

Revista Española de
PEDIATRÍA
Clínica e Investigación

NÚMERO MONOGRÁFICO

“Pediatria Social”

Sumario

- | | |
|------------|---|
| EDITORIAL | |
| 281 | <i>M. Hernández Rodríguez</i> |
| ORIGINALES | |
| 282 | Salud ambiental y sus repercusiones en la infancia
<i>J. García Pérez, J. Lirio Casero, S. Sevilla Nebot</i> |
| 291 | La Convención sobre los Derechos del Niño y su aplicación en la práctica pediátrica
<i>J. García Pérez, J. Lirio Casero, L. Parrondo Creste</i> |
| 295 | Adopción internacional: atención al niño y orientación a los padres
<i>J. Lirio Casero, J. García Pérez</i> |
| 308 | Situación vacunal de niños procedentes de adopción internacional a su llegada a España
<i>J. Lirio Casero, J. García Pérez, AB Jiménez Jiménez, C. Peñalver Rodríguez, A. De la Loma Danilova, F. De Ory Machón</i> |
| 314 | Adopciones rotas: el peligro de un nuevo maltrato
<i>A. Berástegui Pedro-Viejo</i> |
| 323 | Síndrome de Munchausen en la infancia y la adolescencia: de la hiperfrecuentación de consultas al maltrato
<i>J.L. Pedreira Massa, L. Martín-Álvarez</i> |
| 330 | Niños que pegan... a otros niños
<i>A. Serrano Sarmiento</i> |
| 336 | Nuevas adicciones sociales: la infancia en la sociedad multipantallas
<i>J. García Pérez, J. Lirio Casero, L. Parrondo Creste</i> |
| 342 | Maltrato en la infancia discapacitada
<i>G. Galdó Muñoz</i> |

Revista Española de
PEDIATRÍA
Clínica e Investigación

Julio - Agosto 2007

Volumen 63 - Número 4

DIRECTOR

Manuel Hernández Rodríguez

SECRETARIO DE REDACCIÓN

Arturo Muñoz Villa

EDITORES PARA EL EXTRANJERO

A.E. Cedrato (Buenos Aires)
N. Cordeiro Ferreira (Lisboa)
J. Salazar de Sousa (Lisboa)
J.F. Sotos (Columbus)

CONSEJO DE REDACCIÓN

Milagros Alonso Blanco
Juan M Aparicio Meix
Julio Ardura Fernández
Josep Argemí Renom
Jesús Argente Oliver
Javier Arístegui Fernández
Raquel Barrio Castellanos
Emilio Blesa Sánchez
Josep Boix i Ochoa
Luis Boné Sandoval
Augusto Borderas Gaztambide
Juan Brines Solanes
Cristina Camarero Salces
Ramón Cañete Estrada
Antonio Carrascosa Lezcano
Enrique Casado de Frías
Juan Casado Flores
Manuel Castro Gago
Manuel Cobo Barroso
Joaquín Colomer Sala
Manuel Crespo Hernández
Manuel Cruz Hernández
Alfonso Delgado Rubio
Ángel Ferrández Longás
José Ferris Tortajada
Manuel Fontoira Suris
Jesús Fleta Zaragozano
José M^a Fraga Bermúdez
Alfredo García-Alix Pérez
José González Hachero

Javier González de Dios
Antonio Jurado Ortiz
Luis Madero López
Serafín Málaga Guerrero
Antonio Martínez Valverde
Federico Martín Sánchez
José M^a Martín Sánchez
Luis A Moreno Aznar
Manuel Moro Serrano
Manuel Nieto Barrera
Ángel Nogales Espert
José Luis Olivares López
Alfonso Olivé Pérez
José M^a Pérez-González
Juan Luis Pérez Navero
Jesús Pérez Rodríguez
Joaquín Plaza Montero
Manuel Pombo Arias
Antonio Queizán de la Fuente
Justino Rodríguez-Alarcón Gómez
Mercedes Ruiz Moreno
Santiago Ruiz Company
Francisco J Ruza Tarrío
Valentín Salazar Villalobos
Pablo Sanjurjo Crespo
Antonio Sarría Chueca
Juan Antonio Tovar Larrucea
Adolfo Valls i Soler
José Antonio Velasco Collazo
Juan Carlos Vitoria Cormenzana

CONSEJO EDITORIAL

Presidente

José Peña Guitián

Vocales

Ángel Ballabriga Aguado
Alfredo Blanco Quirós
Emilio Borrajo Guadarrama
Manuel Bueno Sánchez
Cipriano Canosa Martínez
Juan José Cardesa García
Eduardo Domenech Martínez
Miguel García Fuentes
Manuel Hernández Rodríguez
Rafael Jiménez González
Juan Antonio Molina Font
Manuel Moya Benavent
José Quero Jiménez
Juan Rodríguez Soriano
Armando Romanos Lezcano
Rafael Tojo Sierra
Alberto Valls Sánchez de la Puerta
Ignacio Villa Elízaga

© 2007 ERGON

Arboleda, 1. 28221 Majadahonda
<http://www.ergon.es>

Soporte Válido: 111-R-CM
ISSN 0034-947X
Depósito Legal Z. 27-1958
Impreso en España

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede reproducirse o transmitirse por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética o cualquier almacenamiento de información y sistema de recuperación, sin el previo permiso escrito del editor.

Periodicidad

6 números al año

Suscripción anual

Profesionales 66,95 €; Instituciones: 111,24 €; Extranjero 121,54 €;
MIR y estudiantes 56,65 €.

Suscripciones

ERGON. Tel. 91 636 29 37. Fax 91 636 29 31. suscripciones@ergon.es

Correspondencia Científica

ERGON. Revista Española de Pediatría.
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

NÚMERO MONOGRÁFICO

“Pediatria social”

Sumario

EDITORIAL

281 *M. Hernández Rodríguez*

ORIGINALES

282 **Salud ambiental y sus repercusiones en la infancia**

J. García Pérez, J. Lirio Casero, S. Sevilla Nebot

291 **La Convención sobre los Derechos del Niño y su aplicación en la práctica pediátrica**

J. García Pérez, J. Lirio Casero, L. Parrondo Creste

295 **Adopción internacional: atención al niño y orientación a los padres**

J. Lirio Casero, J. García Pérez

308 **Situación vacunal de niños procedentes de adopción internacional a su llegada a España**

J. Lirio Casero, J. García Pérez, AB Jiménez Jiménez, C. Peñalver Rodríguez, A. De la Loma Danilova, E. De Ory Machón

314 **Adopciones rotas: el peligro de un nuevo maltrato**

A. Berástegui Pedro-Viejo

323 **Síndrome de Munchausen en la infancia y la adolescencia: de la hiperfrecuentación de consultas al maltrato**

J.L. Pedreira Massa, L. Martín-Álvarez

330 **Niños que pegan... a otros niños**

A. Serrano Sarmiento

336 **Nuevas adicciones sociales: la infancia en la sociedad multipantallas**

J. García Pérez, J. Lirio Casero, L. Parrondo Creste

342 **Maltrato en la infancia discapacitada**

G. Galdó Muñoz

MONOGRAPHIC ISSUE

“Social pediatrics”

Contents

EDITORIAL

281 *M. Hernández Rodríguez*

ORIGINAL ARTICLES

282 **Environmental health and its repercussions in childhood**

J. García Pérez, J. Lirio Casero, S. Sevilla Nebot

291 **The Convention on the Rights of Children and its application in the pediatric practice**

J. García Pérez, J. Lirio Casero, L. Parrondo Creste

295 **International adoption: childcare and orientation to the parents**

J. Lirio Casero, J. García Pérez

308 **Vaccine situation of children from international adoption on their arrival in Spain**

J. Lirio Casero, J. García Pérez, AB Jiménez Jiménez, C. Peñalver Rodríguez, A. De la Loma Danilova, E. De Ory Machón

314 **Disrupted adoptions: the danger of new maltreatment**

A. Berástegui Pedro-Viejo

323 **Munchausen syndrome in childhood and adolescence: from very frequent visits to the doctor's office to maltreatment**

J.L. Pedreira Massa, L. Martín-Álvarez

330 **Children who hit... other children**

A. Serrano Sarmiento

336 **New social addictions: children in the multiscreen society**

J. García Pérez, J. Lirio Casero, L. Parrondo Creste

342 **Maltreatment in disabled children**

G. Galdó Muñoz

La Pediatría Social ocupa un lugar destacado dentro del marco conceptual y técnico de la pediatría actual y, frente a una idea bastante extendida de que es un concepto poco definido o que se trata de una creación artificial que ha surgido recientemente, es necesario recordar que la preocupación por las interacciones entre el niño o el joven y su entorno ha estado presente en la pediatría desde el comienzo. Es más, a diferencia de otras especialidades médicas que nacieron por necesidades exclusivamente técnicas, como respuesta al incremento de los conocimientos que obligaba a una división del trabajo, la Pediatría surgió como una respuesta de la sociedad al abandono que sufrían los niños y que fue recogida por un grupo de pensadores y pedagogos cuyas doctrinas configuraron lo que se denominó movimiento puericentrista.

Como cristalización de este núcleo de ideas, y antes de que los médicos iniciaran el desarrollo científico de la pediatría clínica, un grupo de ilustrados enunció el principio de que la infancia no era simplemente una etapa de progreso o transición hacia la madurez adulta, sino que desde el nacimiento el niño era una persona diferenciada y completa portadora de derechos, entre ellos el de ser atendido desde instituciones adecuadas a su situación de dependencia biológica, psicológica y social. Así, surgieron los primeros hospitales infantiles, uno de los cuales fue el Hospital del Niño Jesús de Madrid, en el cual el componente de institución preocupada por la pediatría social o el componente social de la atención pediátrica aparece claramente definido en la denominación que le dieron los fundadores, y que se lee claramente en el frontispicio. "Asilo y Hospital del Niño Jesús". Es decir, centro de acogida de niños abandonados y de tratamiento de niños enfermos.

Si despojamos a la Pediatría de este rasgo esencial, ver al niño y adolescente desde una perspectiva amplia, bioantropológica, y como ser o individuo social inmerso y dependiente de la comunidad, la estamos reduciendo a una disciplina exclusivamente biológica y aceptando de hecho que la forma de afrontar los problemas técnicos de diagnóstico y tratamiento son similares a los de la medicina del adulto y que lo único que la distingue de ésta es el tamaño de los instrumentos que hay que utilizar para la exploración o el tratamiento.

Precisamente en un momento en el cual el progreso científico y el desarrollo tecnológico ha logrado avances sorprendentes en el conocimiento y las posibilidades te-

rapéuticas de numerosos procesos, que hace pocos años no podían tratarse adecuadamente, es más necesario que nunca volver los ojos y dedicar más tiempo a la prevención de riesgos derivados de un entorno hostil para el niño, que le puede producir directamente daños físicos, como en algunos casos de maltrato, alteraciones psicológicas graves o dificultar su desarrollo o adaptación psicosocial.

No solo no hay conflicto entre la pediatría social y el necesario y deseable desarrollo de especialidades o áreas especializadas de la pediatría. No se hace peor pediatría clínica si al estudiar un niño enfermo como consecuencia de la mutación de una hormona, al tiempo que utilizamos las técnicas más avanzadas para establecer el diagnóstico y realizar el tratamiento correcto, pensamos en las dificultades o limitaciones que la enfermedad le va a provocar y la ayuda que un entorno adecuado le va a proporcionar.

En consecuencia, la patología social en pediatría no es ni una moda ni algo anticuado. Ha estado siempre presente y debe seguir ocupando un lugar destacado en el ejercicio de la pediatría clínica, lo único que ha cambiado a lo largo del tiempo es su expresión. El abandono de recién nacidos en el torno de las inclusas ya no existe, pero sí existen los niños de la calle, el mercado sexual de menores, el maltrato en sus más variadas modalidades y los problemas derivados de los cambios demográficos, del incremento de las adopciones o la supervivencia de niños con patología crónica invalidante.

Todos estos cambios hacen necesario revisar y actualizar periódicamente las complejas interacciones del niño y adolescente con su entorno y esto es lo que nos propusimos al encargar al Dr. García Pérez la elaboración de este número monográfico de la Revista Española de Pediatría. En él se abordan los problemas más importantes de la pediatría social en el momento actual por un grupo de autores que llevan muchos años dedicados a su estudio, y su lectura va ser extraordinariamente útil no solo a los pediatras generales o de Atención Primaria, sino a los dedicados a cultivar especialidades o áreas específicas y a los investigadores de distintos campos relacionados con la pediatría.

A todos los que han contribuido y han hecho posible su publicación quiero hacerles llegar desde aquí mi agradecimiento por su esfuerzo y felicitarles por su excelente trabajo.

Manuel Hernández Rodríguez

Salud ambiental y sus repercusiones en la infancia

J. García Pérez¹, J. Lirio Casero¹, S. Sevilla Nebot²

¹Unidad de Pediatría Social, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid

²Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospital Universitario La Fe, Valencia

RESUMEN

En los últimos años se ha producido una respuesta mundial a los cambios sociales y a los avances tecnológicos, que ha alterado la posición de la medicina y ha obligado a plantearse reflexiones, fundamentales sobre los valores, conceptos y símbolos que guían la asistencia médica.

El término de salud ambiental acuñado en 1993 está muy unido al desarrollo de la medicina social, y los descubrimientos de las relaciones entre: lo laboral, económico y ambiental, con el modo de enfermar.

La OMS dice que quienes más sufren los peligros del mundo y la carga de la enfermedad relacionada con el medio ambiente son los niños menores de cinco años. Actualmente más de 80.000 sustancias químicas sintéticas se distribuyen en el medio y pueden ingresar en sus organismos a través de la ingestión, inhalación y la absorción cutánea. Los niños pequeños son especialmente vulnerables a las toxinas ambientales debido a su inmadurez anatómica funcional, al mayor consumo energético-metabólico, su comportamiento social, sus mayores expectativas de vida y a su nula capacidad de decisión; y como consecuencia puede provocar trastornos pediátricos.

Los riesgos en la actividad médica es otra cuestión a tener en cuenta, ya que los residuos sanitarios son algunos de los contaminantes biosanitarios que generan sustancias peligrosas, tóxicas y cancerígenas.

Las causas de la denominada "crisis infantil" son los agentes medioambientales, biológicos y químicos que contaminan el aire, agua, alimentos y suelos, y la carencia doméstica a los recursos naturales básicos como agua potable,

alimentos sanos y combustibles. Las soluciones consisten en medidas políticas, económicas y tecnológicas de prevención y corrección, basadas en la solidaridad, dignidad y justicia social. El término de justicia ambiental debe asegurar a todas las personas la oportunidad de vivir en un entorno saludable y el derecho a respirar aire limpio, beber agua pura y consumir alimentos no contaminados. La esperanza de vida sana puede aumentar hasta nueve veces en todo el mundo si los gobiernos y las personas aúnan sus esfuerzos en la lucha contra los principales riesgos para la salud. La educación es decisiva en la salud, y las madres desempeñan un papel decisivo para adoptar medidas.

Palabras Clave: Salud ambiental; Sustancias peligrosas; Contaminación de alimentos; Contaminación radioactiva; Toxinas biológicas.

ABSTRACT

In recent years, there has been a worldwide response to social changes and technological advances that has altered the position of medicine and made it necessary to give considerations to and establish the bases of values, concepts and symbols that guide medical care.

The term of environmental health, coined in 1993, is greatly bond to the development of social medicine and to the discoveries of the relationships between work, economics and environmental with the way of becoming ill.

The WHO states that those who most suffer the dangers of the world and the disease burden related with the environmental setting are children under five years of age. At present, more than 80,000 synthetic chemical substances are distributed in the environment and may enter their bodies through intake, inhalation and cutaneous absorption. Small children are especially vulnerable to environmental toxins because of their functional anatomical immaturity, greater energetic-metabolic consumption, social behavior, greater life expectancy and null decision-making capacity.

Correspondencia: Jesús García Pérez. Unidad de Pediatría Social. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Avda. Menéndez Pelayo 65. 28009 Madrid
email: jgarciap.hnjs@salud.madrid.org
Recibido: Mayo 2007

REV ESP PEDIATR 2007;63(4):282-289

Consequently, this may cause pediatric disorders. Risks in the medical activity is another question to keep in mind since the health care residues are some of the biohealth contaminants that generate dangerous, toxic and cancerigenic substances.

The causes of the so-called "child crisis" are environmental, biological and chemical agents that contaminate the air, water, food and floors and the lack of access of the home to basic natural resources such as drinking water, healthy food and fuel. The solutions consist in political, economical and technological measures of prevention and correction, based on solidarity, dignity and social justice. The term environment justice should assure all persons the opportunity to live in a healthy setting and the right to breathe clean air, drink pure water and eat uncontaminated foods. Healthy life expectancy may increase up to nine times in all the world if the governments and persons join their forces in the fight against the main risks for health. Education is crucial in health and mothers play a decisive role to adopt measures.

Key Words: Environment health; Dangerous substances; Food contamination; radioactive contamination; Biological toxins.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud considera la salud ambiental pediátrica como uno de los principales retos sanitarios del siglo XXI.

En 1993 se definió salud ambiental como "los aspectos de la salud humana, incluyendo la calidad de vida, que están determinados por la interacción de los agentes medioambientales físicos, químicos, biológicos, psíquicos y sociales". También engloba "los aspectos teóricos y prácticos para evaluar, corregir, controlar y prevenir los factores medioambientales que potencialmente afectan las generaciones presentes y futuras".

El concepto de salud positiva está ligado al desarrollo de la medicina social. La salud siempre ha estado unida al ejercicio de la medicina. Si bien ha estado presente en la práctica médica, ha estado más relacionada con lo social, económico y sistemas de valores. Con la medicina social y la sociología médica se amplía el campo de la salud y enfermedad a otros profesionales, con lo que se enriquece el conocimiento médico de la salud y la enfermedad.

El concepto de salud está muy unido al desarrollo de la medicina social y los descubrimientos de las relaciones entre lo laboral, lo económico, lo ambiental, con el modo de enfermar. Esta relación va a forzar una serie de respuestas que obligan a reformular la idea que se tenía sobre la enfermedad y, por consiguiente, a considerar a la práctica médica que la salud no es solo lo contrario de la enfermedad.

De esta manera se va dibujando un concepto de salud y abriendo camino el desarrollo de la medicina social. Se ha producido una respuesta mundial a los cambios sociales y a los avances tecnológicos que ha alterado la posición de la medicina y ha obligado a plantearse reflexiones fundamentales sobre los valores, conceptos y símbolos que guían la asistencia médica.

El medio ambiente es uno de los factores que influyen de forma más decisiva en el tributo mundial de diez millones de defunciones infantiles anuales, y uno muy importante para la salud y el bienestar de las madres. Cada año mueren más de tres millones de menores de cinco años por causas relacionadas con el medio ambiente. En el primer atlas sobre salud infantil y medio ambiente (Budapest/Ginebra) la OMS, dice que el 40% de los niños menores de cinco años son quienes más sufren los peligros del mundo y los que sufren la carga de enfermedad relacionada con el medio ambiente.

Estamos ante una "pandemia silenciosa" que se extiende entre los pequeños sin ser detectada. Los niños son las víctimas inadvertidas de injusticias ambientales y son afectados de manera desproporcionada. Es inaceptable desde todos los puntos de vista que los miembros más vulnerables de la sociedad sean quienes paguen el precio de la incapacidad para proteger a la salud frente a los peligros medioambientales

El ambiente de los niños es hoy diferente del de hace 50 años. Actualmente existen más de 80.000 sustancias químicas sintéticas, casi todas ellas inventadas a partir de la II Guerra Mundial. Estas sustancias químicas producidas en grandes volúmenes, se distribuyen ampliamente en el medio: el aire, los alimentos y los productos consumidos. Pueden ingresar en el organismo de los niños mediante la ingestión, la inhalación o la absorción transcutánea. Hay suficientes motivos para sospechar que algunos trastornos pediátricos son provocados, al menos en parte, por las exposiciones a toxinas ambientales.

La importancia de la pediatría ambiental ha crecido en base a dos fenómenos: por un lado, la conquista en los países industrializados de las principales enfermedades infecciosas y la sustitución de éstas por trastornos crónicos como el asma, el cáncer, incapacidades del desarrollo y defectos congénitos y, por otro lado, el creciente reconocimiento de que las sustancias químicas presentes en el ambiente son responsables, al menos en parte, de esos cambios en los tipos de la enfermedad.

La industrialización, el crecimiento de la población urbana, el cambio climático, la utilización cada vez mayor de productos químicos, el aire interior y exterior y el agua contaminados, la falta de saneamiento adecuado, los riesgos de toxicidad, los vectores de enfermedades, la radiación ultravioleta y los ecosistemas degradados son factores que exponen a los niños y en la mayor parte de los casos a las madres también, a riesgos que hace unas pocas generaciones ni siquiera se podían imaginar.

En los países en desarrollo, los riesgos y la contaminación ambientales contribuyen de manera muy importante a las enfermedades respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, traumatismos físicos, intoxicaciones, etc. En algunos casos los efectos en la salud solo se manifiestan en años posteriores a la vida.

OBJETIVOS

Este artículo tiene varios propósitos: 1. sintetizar el tema de la contaminación ambiental y el movimiento de justicia ambiental; 2. Demostrar que los niños son víctimas inadvertidas de las decisiones tomadas acerca de la eliminación de sustancias tóxicas y desechos peligrosos, y 3. Investigar diversas estrategias de defensa de los niños y las familias, que promueven la igualdad y la justicia ambiental.

VULNERABILIDAD E IMPORTANCIA DE LOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

La exposición a riesgos ambientales perjudiciales para la salud puede comenzar antes del nacimiento. Los niños pequeños, cuyos cuerpos se desarrollan con rapidez, son especialmente vulnerables. Ellos son quienes más sufren los peligros ambientales. Es inaceptable desde todos los puntos de vista que los miembros más vulnerables de la sociedad sean quienes paguen el precio de la incapacidad para proteger a la salud frente a los peligros medioambientales. Los niños tienen poco control sobre el lugar donde viven, lo que comen, las condiciones económicas de sus familias o las actividades de desarrollo y los comportamientos que los vuelven vulnerables a los contaminantes ambientales. Cuando un grupo de personas está expuesto de forma injusta a toxinas en su entorno, existe un fenómeno llamado discriminación ambiental.

Los niños no son adultos pequeños. Existen unos grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad ante la acción de los contaminantes medioambientales: época fetal, infantojuvenil, mujeres y especialmente las embarazadas y lactantes. La población pediátrica, engloba a tres de los grupos más vulnerables a las amenazas medioambientales.

- **Inmadurez anatómica y funcional:** todos los sistemas orgánicos atraviesan diversas fases de crecimiento del número y tamaño celular. Las fases especialmente críticas son la fetal y la primera infancia, determinando efectos adversos en la salud a corto plazo, medio y largo plazo.
- **Mayor consumo energéticometabólico:** por el rápido crecimiento y desarrollo los niños necesitan un mayor aporte de oxígeno y de sustancias nutricionales. Durante los diez primeros años de vida ingieren y absorben transdermicamente más sustancias tóxicas medioambientales por kilogramo que un adulto.
- **Comportamiento social:** los niños por su conducta natural están más indefensos ante las agresiones medioambientales. Los convierte en sujetos especialmente ex-

puestos a los tóxicos contaminantes: polvo, plomo de las pinturas... Al reptar, gatear, arrastrarse por los suelos, incluso en el mismo ambiente doméstico y fundamentalmente, durante los dos primeros años de vida, respiran compuestos orgánicos volátiles que son más densos y pesados que el aire y que los adultos no inhalan.

- **Mayores expectativas de vida:** como los niños tienen por delante más años potenciales de vida, pueden desarrollar efectos a medio y largo plazo ante exposiciones crónicas a bajas dosis de contaminantes ambientales.
- **Nula capacidad de decisión:** en los temas medioambientales que les afectan con mayor gravedad que a los adultos y que hipotecan irreversiblemente sus hábitats futuros.

Los niños pasan gran parte de sus horas de vigilia en edificios escolares, por lo cual estos se consideran como “el sitio de trabajo de la niñez”. Algunos problemas son mala calidad del aire, asbesto y pintura de plomo deteriorada, concentraciones de radón altas y exceso de uso de plaguicidas.

FACTORES AMBIENTALES. EFECTOS Y ENFERMEDADES

Hay suficientes motivos para sospechar que algunos trastornos pediátricos son provocados al menos por las exposiciones a toxinas ambientales. Los niños son distintos a los adultos en cuanto a los tipos de exposición, a su vulnerabilidad a los plaguicidas y otras sustancias químicas tóxicas: 1. los niños sufren exposiciones desproporcionadamente intensas a las sustancias ambientales tóxicas; 2. las vías metabólicas de los niños, sobre todo los primeros meses después del nacimiento, son inmaduras, y 3. los niños tienen un crecimiento y desarrollo rápido que se pueden ver alterados permanentemente por las toxinas ambientales que pueden ingresar en el organismo de los niños mediante la ingestión, la inhalación o la absorción transcutánea.

Características toxico-farmacológicas inherentes a la biología fetal e infantojuvenil

Para valorar y conocer los efectos adversos de los efectos contaminantes, desde la concepción hasta el final de la adolescencia, debemos tener en cuenta las vías de absorción o penetración, su distribución, metabolismo y la susceptibilidad de los órganos diana.

- **Absorción:** la penetración de un determinado agente tóxico externo ocurre por:
 - *Vía transplacentaria.* Solo permite el paso de sustancias de bajo peso molecular, compuestos liposolubles y algunos elementos específicos, como el plomo y el mercurio. El monóxido de carbono atraviesa fácilmente la barrera hemato-placentaria

– *Absorción transdérmica.* La piel de un neonato presenta mayor capacidad absorbente. Para una superficie cutánea idéntica, tras la aplicación de un compuesto químico, un neonato absorbe tres veces más tóxico por kilogramo de peso, y los niños dos veces más que los adultos.

– *Respiratoria.*

– *Gastrointestinal*

Los requerimientos metabólicos específicos del lactante condicionan una mayor absorción de nutrientes específicos, aprovechando para penetrar en mayores cantidades al organismo infantil.

- **Distribución:** la distribución de sustancias químicas dentro del organismo varía según las fases evolutivas. El plomo, por ejemplo, se acumula más rápidamente en los huesos de los niños que en los de los adultos.
- **Metabolismo:** las diversas fases de activación y desactivación de una sustancia química están determinadas por factores genéticos y por el desarrollo madurativo. La menor edad condiciona una inmadurez metabólica con repercusiones negativas tras la exposición a la mayoría de drogas o sustancias químicas.
- **Susceptibilidad de los órganos diana:** las células necesitan diferenciarse y migrar para convertirse en adultas. La migración es necesaria para que alcancen su destino y este proceso se puede alterar por la acción de algunos tóxicos. El desarrollo de sinapsis intercelulares en el sistema nervioso central alcanza su apogeo a finales del segundo año de vida, proceso vital para establecer definitivamente las redes de conexión neural que determinarán los límites de maduración neurocognitiva y conductual. La mayoría de las sustancias químicas neurotóxicas (plomo, mercurio, manganeso, nicotina, dioxinas y furanos, policlorobifenilos, pesticidas, solventes, etc.) pueden alterar y dañar irreversiblemente la sinaptogénesis en los dos primeros años de vida.

Diversas sustancias químicas ambientales encontradas en el hogar, la escuela y sitios industriales, que actúan de forma aislada, o sinérgica y potenciadora, pueden contribuir a una epidemia de deficiencias del desarrollo, el aprendizaje y el comportamiento entre niños que corren un mayor riesgo de exposición.

Factores medioambientales en patologías crónicas

- **Patologías respiratorias:** en los procesos alérgicos es donde la contaminación doméstica y externa está ocasionando problemas muy importantes en la salud infantojuvenil. La pobre calidad del aire doméstico y externo está íntimamente relacionada con la patología alérgica y asmática, así como con un incremento de otras patologías respiratorias, como infecciones de vías altas, bronquitis y neumonías.

– *Contaminantes domésticos.* En occidente la gente pasa el 90% del tiempo en el hábitat doméstico. Los principales contaminantes en las casas, guarderías y escuelas son los siguientes:

- Humo del tabaco: entre la mitad y dos terceras partes de la población pediátrica vive en ambientes domésticos con, al menos, un fumador activo. La mayoría de las 4.000 sustancias químicas del humo del tabaco son irritantes respiratorios y varias decenas están catalogadas como cancerígenos humanos.

- Compuestos orgánicos volátiles: se evaporan a partir de determinadas sustancias, como productos domésticos de limpieza, adhesivos, colas, pinturas, barnices de muebles, etc. La exposición aguda a estas sustancias ocasiona irritación ocular, nasal, faríngea y bronquial, dermatitis inespecífica, cefalea, náuseas y vómitos y desencadena crisis asmáticas. La exposición crónica puede causar cáncer. Los niños desarrollan urticaria y otros signos alérgicos dermatológicos.

- Óxido de nitrógeno: se produce por la combustión de combustibles fósiles y por el humo del tabaco. Es un irritante respiratorio muy potente, desencadenando y agravando crisis asmáticas y otras enfermedades respiratorias.

- Alérgenos: son los clásicos agentes que causan o agravan las crisis asmáticas de origen doméstico (polvo, polen, esporas de hongos, etc.) también ocasionan manifestaciones alérgicas digestivas y dermatológicas.

– *Contaminantes atmosféricos externos.* Los principales contaminantes urbanos son el ozono troposférico, los óxidos de nitrógeno, monóxido de carbono, dióxido de azufre, partículas y plomo. Los niños son especialmente vulnerables a los efectos del ozono y de las partículas. El ozono se asocia constantemente con el agravamiento del asma bronquial y también con la reducción pulmonar en niños no asmáticos ni alérgicos. En verano, por las condiciones climatológicas, es cuando se alcanzan las mayores concentraciones atmosféricas de ozono y partículas. En dicha época los niños pasan más tiempo al aire libre y practican actividades físicas más vigorosas, que determinan una mayor exposición y absorción respiratoria de dichos contaminantes atmosféricos.

- **Enfermedades neoplásicas:** en los países occidentales se observa un incremento progresivo de su incidencia. Constituyen la primera causa de mortalidad por condiciones médicas durante la época pediátrica. La población está expuesta a los agentes cancerígenos a través de múltiples vías de transmisión, como el aire, agua, alimentos, drogas, contacto cutáneo y uso de tabaco.
- *Humo del tabaco en ambientes cerrados.* El tabaquismo pasivo está asociado a las siguientes neoplasias:

leucemias agudas, tumores del sistema nervioso central, neuroblastoma, tumor de Wilms, sarcomas de partes blandas y óseos.

- *Radón*. Es un gas incoloro, inodoro e insípido que se origina por la desintegración del uranio contenido en el suelo y rocas de la corteza terrestre. El riesgo individual de sufrir cáncer pulmonar asociado al radón, depende principalmente de tres factores: nivel de radón, duración de la exposición y existencia del hábito tabáquico.
- *Asbesto*. Es un mineral fibroso que se usa ampliamente en materiales de construcción. Está asociado a mesotelioma pulmonar y abdominal y a cáncer de pulmón. Únicamente es peligroso cuando es inhalado.
- *Radiación ultravioleta*. La sobreexposición puede dañar la piel de los niños. Los que durante los primeros 10-15 años de vida sufren excesivas quemaduras solares, presentan un riesgo tres veces mayor al esperado de desarrollar melanoma en la época adulta.
- *Residuos peligrosos*. La exposición a basuras peligrosas produce sustancias tóxicas cancerígenas y no cancerígenas que contaminan el medioambiente en los lugares cercanos a su almacenamiento. Los niños de las poblaciones marginales que habitan en las zonas próximas a los depósitos o vertidos de residuos peligrosos están expuestos a mayor concentración de los agentes cancerígenos a través del aire, agua y alimentos que consumen.
- **Enfermedades neurológicas:** las sustancias neurotóxicas son compuestos químicos que pueden afectar al desarrollo morfológico cerebral e interferir con las funciones del sistema nervioso. Pueden tener repercusiones negativas en el nivel de inteligencia, capacidad de lenguaje y de atención, problemas conductuales y sociales y modificaciones del estado del ánimo. Una gran variedad de sustancias químicas son tóxicas, especialmente en el cerebro en desarrollo y generan enfermedades neurológicas y neurocognitivas.
 - *Plomo*. Niveles elevados se asocian con déficits de atención, escaso rendimiento escolar, hiperexcitabilidad, agresividad y conductas delictivas y antisociales.
 - *Mercurio*. La exposición fetal causa retraso mental y alteraciones visuales y trastornos de la marcha. Incluso problemas de lenguaje, atención y disminución de la memoria que pueden ser permanentes.
 - *Manganeso*. Los niveles elevados se relacionan con hiperactividad y alteraciones del aprendizaje.
 - *Nicotina*. Los niños de madres fumadoras durante el embarazo presentan un mayor riesgo de déficits en su inteligencia, trastornos del aprendizaje y déficits de atención. Además, los nacidos de madres expuestas pasivamente, presentan mayor riesgo de retraso en la capacidad del lenguaje y de inteligencia.

- *Dioxinas y policlorobifenilos*. La exposición intrauterina origina alteraciones en el aprendizaje, déficits en el cociente intelectual, hiperactividad y déficit de atención.
- *Pesticidas*. Pueden causar hiperactividad y alteraciones permanentes en los niveles de neurotransmisores cerebrales. Disminución de la memoria, coordinación y capacidad de resistencia.
- *Solventes*. Puede causar un amplio espectro de patología desde alteraciones congénitas hasta hiperactividad, déficits de atención, disminución del coeficiente de inteligencia, menor capacidad de memoria y problemas en el aprendizaje. La exposición prolongada fetal origina déficits en el aprendizaje y problemas conductuales en épocas infantojuveniles y adultas.

El conocimiento actual de la enorme influencia de los factores medioambientales en la salud humana, permite aseverar que dichos factores intervienen directa o indirectamente en todas las enfermedades agudas, subagudas y crónicas. El componente genético y constitucional de cada persona, modulará y determinará la mayor o menor vulnerabilidad o resistencia individual ante los agresores medioambientales.

PRINCIPALES CONTAMINANTES SANITARIOS MEDIOAMBIENTALES

Muchos riesgos pueden ser eliminados a través de sencillos cambios en la actividad diaria en los centros de atención médica y en la compra de materiales. Algunos de los principales contaminantes biosanitarios son los que siguen:

1. **Residuos sanitarios:** provocan un grave impacto ambiental y constituyen un problema de salud pública, debido a la contaminación química, física y biológica y por el despilfarro de materias y energía. Generan sustancias peligrosas, tóxicas y cancerígenas con agresiones directas e indirectas a todos los ecosistemas naturales. Los desechos médicos por cama hospitalaria se han duplicado desde 1995.
 - a) *Basura general:* incluye desechos de la actividad asistencial sanitaria, junto a los generados por otras actividades no asistenciales. Esta basura se recoge en recipientes específicos destinados a vertederos municipales y constituye más del 80% de los residuos.
 - b) *Basura infecciosa:* son los residuos potencialmente contagiosos y capaces de transmitir enfermedades infecciosas. En esta categoría se incluyen los residuos anatómo-patológicos y los generados en laboratorios e industrias de productos biológicos. No más del 15% de residuos corresponden a este grupo.
 - c) *Basura peligrosa:* está constituida por residuos sanitarios potencialmente peligrosos para la salud o el medioambiente, por los siguientes criterios: inflamable, corrosivo, reactivo y tóxico.

- d) *Basura radiactiva*: está formada por los radiofármacos con fines diagnósticos, terapéuticos e investigacionales.
2. **Mercurio**: es un tóxico ambiental que causa numerosos efectos adversos en la salud humana y el medioambiente. Se encuentra en muchos materiales sanitarios. Los hospitales contribuyen aproximadamente con el 4-5% del total presente en aguas residuales. En todas sus formas, es tóxico para el feto y los niños.
 3. **Cloruro de polivinilo**: los problemas derivados son dos fundamentalmente: 1. por un lado la emisión de dioxinas al medioambiente mediante la incineración y 2. utilización de plastificantes tipo ftalatos. Se liberan fácilmente en el aumento de la temperatura, la agitación del envase, el carácter lipofílico del contenido y el tiempo de almacenamiento. Es especialmente peligroso en los pacientes de las unidades de cuidados intensivos neonatales y los hijos de madres con enfermedades crónicas expuestas transplacentariamente.
 4. **Incineración de residuos sanitarios**: la combustión a altas temperaturas libera multitud de agentes tóxicos, y la solución al problema genera nuevos y peligrosos residuos. Intenta disminuir el contagio de enfermedades infectocontagiosas causadas por la dispersión de bacterias y virus. Responsable del 10% de la contaminación en el medio ambiente.
 5. **Compuestos orgánicos persistentes**: son los productos químicos más problemáticos a los que están expuestos los ecosistemas. Son peligrosos por su toxicidad, persistencia, bioacumulación y potencial de transporte a larga distancia.

En general, el 85% del total de los residuos hospitalarios lo componen la mezcla de papel, plástico, vidrio, metal y alimentos, de iguales características que los residuos que se originan desde cualquier hogar. El 15% restante se define como infeccioso y debe esterilizarse antes de su gestión.

LA JUSTICIA AMBIENTAL

La denominada “crisis infantil” consiste en que cada día fallecen más de 40.000 niños por malnutrición y enfermedades infectocontagiosas y cada año más de 150 millones sobreviven con enfermedades que hipotecan irreversiblemente su desarrollo físico y mental. Las causas son los agentes medioambientales, biológicos y químicos que contaminan el aire, agua y alimentos y suelos y por la carencia doméstica a los recursos naturales básicos como agua potable, alimentos sanos y combustibles. Las soluciones para tratar y prevenir esta crisis, consisten en medidas políticas, económicas y tecnológicas basadas en la solidaridad, dignidad y justicia humanas que, desgraciadamente, no se adoptan por los organismos e instituciones nacionales e internacionales competentes.

La OMS calcula que hay 26 factores de riesgo asociados con las enfermedades y los traumatismos. La OMS señala los diez siguientes a escala mundial: la insuficiencia ponderal del niño y la madre; las prácticas sexuales de riesgo; la hipertensión arterial, el consumo de tabaco; el consumo de alcohol; la insalubridad del agua; la falta de saneamiento y de higiene; la hipercolesterolemia; el humo de combustibles sólidos en espacios cerrados; la ferropenia y el sobrepeso y la obesidad. Se demuestra claramente que son un motivo de preocupación cada vez mayor respecto de todas las regiones del mundo.

Muchos problemas ambientales y sanitarios tienen soluciones poco costosas. La educación es decisiva. Las madres desempeñan un papel decisivo en la salud y en la de sus hijos, ya que si reciben la información, están mejor preparadas para adoptar medidas idóneas a fin de reducir y eliminar la exposición.

Los programas e iniciativas de la OMS apoyan la sensibilización, la capacitación y la promoción; preparan instrumentos para identificar los principales riesgos y evaluar las repercusiones en la salud; facilitan orientaciones a las instancias normativas, los profesionales y las comunidades sobre soluciones consistentes en buenas prácticas.

En la Asamblea de la Salud, (máximo órgano decisorio de la OMS) celebrada en mayo de 2005, se subraya la necesidad de promover la salud materna, del recién nacido y del niño para alcanzar los objetivos de desarrollo establecidos en la declaración del milenio. También lideran y coordinan investigaciones e intercambio de conocimientos a nivel mundial acerca de las repercusiones a largo plazo de los principales riesgos ambientales en la salud de los niños.

Políticas y legislación

Si bien los datos indican que existen relaciones entre la exposición ambiental y el estado de salud y el comportamiento, es menos evidente que esos resultados se traduzcan en políticas y medidas de prevención o corrección.

El tratamiento justo implica que ningún grupo de personas debe soportar una parte desproporcionada de las consecuencias ambientales negativas que resulten de operaciones industriales, municipales y comerciales, o de la puesta en práctica de programas y políticas estatales y locales.

El término justicia ambiental fue acuñado en 1990 para referirse a la aplicación de estrategias y procesos equitativos en la solución de desigualdades relacionadas con la contaminación ambiental. Debe asegurar que todas las personas tengan la oportunidad de vivir en un entorno saludable y gocen del derecho de respirar aire limpio, beber agua pura y consumir alimentos no contaminados.

La esperanza de vida sana puede aumentar hasta nueve veces en todo el mundo si los gobiernos y las personas aúnan sus esfuerzos en la lucha contra los principales riesgos para la salud. La Dra. Kerstin Leitner, Subdirectora ge-

neral de la OMS para Desarrollo Sostenible y Ambientes Saludables, ha agregado: “sólo con una estructura adecuada de abastecimiento de agua y de saneamiento será posible lograr un desarrollo social, económico y medioambiental sostenible en las zonas urbanas”.

En el mundo se producen y comercializan decenas de miles de productos químicos sintéticos, pero no hay suficiente información sobre la seguridad de la mayoría de ellos y de sus efectos en la salud y en el medio ambiente. “El éxito depende de la alianza sincera entre los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las organizaciones académicas e internacionales.

APORTANDO SOLUCIONES

En los últimos años existe una creciente preocupación popular por los efectos en la salud humana ocasionados por la imparable contaminación medioambiental. Contrasta con la escasa atención médica que se dedica a la salud medioambiental en la formación académica pre y postgraduada y en los libros de medicina general y pediátrica.

La mayoría de los pediatras no tienen capacitación especial en salud ambiental pediátrica; sin embargo, una de las mayores preocupaciones de los padres con respecto a sus hijos son las exposiciones al medio. Solicitan orientación por posibles exposiciones, aunque sus hijos no tengan síntomas. Es conveniente que se elabore una historia clínica de salud ambiental:

- Caracterizar la vivienda del niño.
- Determinar si está expuesto al humo del tabaco en el ambiente.
- Conocer la presencia de tóxicos en el agua para beber
- Indagar si el niño está protegido de exposición excesiva al sol.
- Descubrir exposición infantil a causa de la ocupación del padre (paraocupacional).

La causa ambiental de la enfermedad no siempre es aparente, se presentan como trastornos médicos comunes o con síntomas inespecíficos. Es necesario un despertar de los pediatras en este campo: evaluar, diagnosticar y tratar y prevenir las enfermedades relacionadas con exposiciones ambientales. Se necesitan principios básicos, conocimientos y habilidades fundamentales. Desarrollar y ofrecer programas educativos para los ciudadanos, con el fin de que tomen conciencia de posibles emisiones tóxicas de establecimientos fabriles y de las relaciones de las toxinas con la salud y la enfermedad, son estrategias útiles y provechosas para facultar a las comunidades.

Los médicos tenemos el deber y la obligación de impulsar medidas de salud medioambiental como una de nuestras máximas prioridades profesionales. Además, tenemos el deber irrenunciable y el compromiso firme de tutelar, vigilar y cuidar la salud de uno de los segmentos

poblacionales más vulnerables de toda la sociedad ante las agresiones medioambientales. Debemos participar activamente en las labores educativas, informativas y de control de residuos. Hay que dar respuesta a los miles de niños amenazados ambientalmente que en nuestro país están mirando y señalando con el dedo ¿dónde están los pediatras?

En el año 2003, en las conclusiones del Consejo sobre una Estrategia europea del medio ambiente y salud, ya se nos recordaba que debíamos contribuir a la protección de la salud de las personas y al fomento de medidas para hacer frente a los problemas ambientales, así como basarnos en el principio de cautela. Los niños resultan especialmente vulnerables a determinados factores medioambientales y por esta razón, puede requerirse un factor de seguridad adicional al evaluar el riesgo real para ellos.

Además, la Comisión insta a la investigación de las amenazas contra la salud y el medioambiente menos exploradas, representadas por el medio físico, psicológico, social y estético que pueda afectar la salud y el bienestar de la población: a) factores ambientales en el interior de los edificios, b) determinantes socioeconómicos, impacto del cambio climático, y c) las aguas contaminadas y d) el ruido. La Asamblea sobre la salud, insta a los países desarrollados a desplegar esfuerzos para ampliar la ayuda oficial para el desarrollo al 0,7% del producto nacional bruto.

El ruido debe considerarse desde el ámbito de la salud como un agente nocivo; es la variante ambiental que presenta una mayor significancia estadística con los ingresos hospitalarios; tiene efectos muy negativos en la población infantil; recientes sentencias judiciales comienzan tímidamente a recoger los daños de la salud.

Las soluciones para prevenir y tratar la “crisis infantil”, consisten en medidas políticas, económicas y tecnológicas basadas en la solidaridad, dignidad y justicia social.

CONCLUSIONES

Los niños son víctimas inadvertidas de las decisiones tomadas acerca de la eliminación de sustancias tóxicas y desechos peligrosos. Los efectos a largo y corto plazo de la contaminación ambiental y la exposición a esta entre los niños, tienen la posibilidad de afectar a generaciones futuras, e, incluso, modificar marcadamente la sociedad.

La participación y la asociación de los ciudadanos son esenciales para el crecimiento y desarrollo de la comunidad y para responder a amenazas reales y potenciales de la contaminación ambiental. Para ello, hay que ayudar a la sociedad a afrontar los problemas de injusticia. El medio ambiente debe proporcionar un marco armónico y complejo donde las poblaciones pediátricas y adultas crezcan en paz, equidad, solidaridad, libertad y salud y donde las actividades agrícolas e industriales prosperen y

se respeten mutuamente sin dañar los ecosistemas naturales.

Hay que proteger y defender a los niños y las familias, que promueven la igualdad y la justicia ambiental. Para alcanzar este objetivo, es importante que las instancias que deciden a nivel internacional, regional y nacional, junto con las ONG y las comunidades y las familias, aúnen esfuerzos para que los principales peligros ambientales se reconozcan y se combatan. Solo las madres que gozan de buena salud y están en condiciones de ofrecer un entorno sano, limpio y seguro pueden proteger el derecho de sus hijos a la vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Powell DL, Steward V. Los niños: víctimas inadvertidas de las injusticias ambientales. *Clínicas Pediátricas de Norte América*. Mc Graw-Hill Interamericana 2001; 5: 1341-57.
2. Satterthwaite D, Hart R, Levy C, Mitlin D, Ross Smith J, Stephens C, The Environment From Children. United Nations Children's Fundation (UNICEF), London: Earthscan-Publ Ltd; 1996.
3. Ferrís i Tortajada J, García y Castell J, López Andreu JA, et al. Enfermedades asociadas a la polución atmosférica por combustibles fósiles. Aspectos pediátricos. *Rev Esp Pediatr* 2001; 57: 213-25.
4. Ferrís i Tortajada J, García i castell, López Andreu JA, et al. Factores ambientales asociados a cánceres pediátricos. *Rev Esp Pediatr* 1999; 166-77.
5. Grupo de trabajo de Salud medioambiental: Sociedad Valenciana de Pediatría. <http://www.socvaped.org/enlaces/salud-medioambiental.htm>
6. Ortega García JA, Ferrís i Tortajada J, López Andreu J et al. EL pediatra y la incineración de residuos sólidos. Conceptos básicos y efectos adversos en la salud humana. *Rev Pediatr* 2001; 57: 473-90.
7. World Health Organization: Consultation: Sofia, Bulgaria. Geneva. WHO 1993.
8. Ortega García JA, Ferrís i Tortajada J, López Andreu J et al. El pediatra ante el desarrollo sostenible y el cambio climático global. *Rev Esp Pediatr* 2001; 57: 287-98.
9. United Nations Environment Programme. Press Release, April; 2001. <http://www.unep.org/Documents>
10. World Health Organization: Environmental Health Indicators: Framework and Methodologies. Geneve: Document WHO/SDE/OEH/10, 1999.
11. Schneider D, Freeman N. Children's environmental health risk: A state of the art conference. *Arch Environ Health* 2001; 56: 103-9.
12. National Research Council. Our Common Journey: A Transition Toward Sustainability. Washington, DC: National Academy Press; 1999.
13. Pediatric Environmental Health Especiality Unit Valencia. <http://pehsu.org/organization/vulnerable.htm>
14. "Medio ambiente y salud, la carta Europea y comentario" (Environment and health. The European Charter and commentary). Copenhagen, Oficina regional de Europa de la OMS, 1990 (Who Regional Publications, nº 35).
15. Desarrollos Sostenibles y Ambientes Saludables. <http://www.who.int/ceh/>.
16. World Health Organization Statistical Information (WHOSIS)
17. Who (2002) Healthy Environments for Children- Initiating an Alliance for Action. World Health Organization, Geneva.
18. Ortega García J A, Ferrís i Tortajada J , Marco Macián A. Necesidad Emergente de las unidades de salud mediambiental pediátricas. *Rev Esp Pediatr* 2004, 60 (3): 177-8.
19. Estrategia Europea de medio ambiente y salud. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo y al Comité Económico y Social Europeo. Bruselas, 11-6-2003. http://europa.eu.int/eur_lex/es/com/cnc/2003_0338es01.pdf. Acceso, 21 de enero de 2004.
20. United Nations Reports. Children inthe New Millenium: Environmental Impact on Health. Geneve, CH, Un Publications; 2002.
21. Tamburlini G, von Ehrenstein OS, Bertollini R eds. Children's Health And Environment: A review of evidence. World Health Organization. Regional Office for Europe. Copenhagen, DK; 2002.
22. Comunicado de prensa OMS/23, Informe conjunto de vigilancia. Ginebra/Nueva York, 2005. http://www.who.int/water_sanitation_health/es/index.html
23. Foro Intergubernamental sobre la Seguridad Química (IFCS). [hptt// www.ifcs.ch](http://www.ifcs.ch).

La Convención sobre los Derechos del Niño y su aplicación en la práctica pediátrica

J. García Pérez¹, J. Lirio Casero¹, L. Parrondo Creste²

¹Unidad de Pediatría Social. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

²Psicóloga ADOPTANTIS. Madrid

RESUMEN

Los Derechos de los Niños no son un tema científico, no se encuentran en los libros de Pediatría, y sin embargo, lo que ocurre con los derechos de los niños es algo que atañe a los pediatras. Revisar algunos artículos de la Convención a la luz de la práctica pediátrica puede ayudarnos a encontrar formas más adecuadas de defensa de los derechos de los niños desde el ejercicio profesional.

Los pediatras, desde su ámbito profesional, pueden contribuir a la mejora de los servicios sanitarios de atención a niños y adolescentes y así trabajar por la defensa de los derechos de los niños. Preparándose y manteniéndose actualizados en la pediatría; brindando un servicio de calidad; luchando por una adecuada financiación médica, investigando sobre los problemas de salud; enseñando a los colegas; predicando con el ejemplo; trabajando por los derechos de los niños en las instituciones científicas y tratando de comprender los fenómenos sociales y políticos para tener una visión más holística de las problemáticas de los derechos de los niños y niñas.

Palabras Clave: Derechos del niño; Pediatría; Infancia.

ABSTRACT

Children's Rights are not a scientific subject. They are not found in books on Paediatrics. And yet what happens with their rights concerns Paediatricians. The review of some articles of the Convention from a paediatrician's point of view can help us find the most suitable ways of defending children's rights through the profession.

In their professional field, paediatricians can contribute to improving the attention of health services to children and adolescents and in doing so, work in defence of their rights.

Correspondencia: Jesús García Pérez. Unidad de Pediatría Social. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Avda. Menéndez Pelayo 65. 28009 Madrid
email: jgarciap.hnjs@salud.madrid.org
Recibido: Mayo 2007

REV ESP PEDIATR 2007;63(4):291-294

Being well prepared and up to date in paediatrics will contribute quality service: paediatricians can insist on adequate medical financing, research health problems, teach colleagues, set an example, work for children's rights in scientific institutions and try to understand the social and political phenomena in order to gain a more HOLISTIC vision of Children's Rights.

Key Words: Children's rights; Paediatrics; Infancy.

LA PEDIATRÍA Y LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS

Los Derechos de los Niños no son un tema científico, no se encuentran en los libros de Pediatría y, sin embargo, lo que ocurre con los derechos de los niños es algo que nos atañe, y mucho. Revisar algunos artículos de la Convención a la luz de la práctica pediátrica puede ayudarnos a encontrar formas más adecuadas de defensa de los derechos de los niños desde el ejercicio profesional.

Todos los niños tienen derechos sin distinción de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política, el origen nacional, étnico o social, la posición económica, los impedimentos físicos, el nacimiento o cualquier otra condición del niño, de sus padres o de sus representantes legales.

Por las consultas pediátricas actualmente desfila un crisol de niños procedentes de muy diversos países, como consecuencia del incremento de las adopciones internacionales y de los flujos migratorios.

Los cambios sociales y psicológicos a los que se somete el inmigrante son muy complejos, todos los ámbitos de su vida se encuentran afectados: la familia, el estatus social, las relaciones sociales, la alimentación, el clima, la vida.

La migración es un hecho que supone estrés y cambios, tanto para aquellas personas que la llevan a cabo, para aquellas que quedan en el otro país como para las que reciben a los inmigrantes.

El inmigrante suele vivir una situación de duelo por las personas queridas dejadas en su país, por la lejanía con su tierra, su cultura, su idioma, etc., al mismo tiempo que una situación de estrés por las nuevas vivencias y la necesidad de adaptarse a sus nuevas circunstancias.

Esto afecta al niño y al adolescente inmigrantes doblemente: por ser protagonistas de la nueva situación y por verse influenciados por la estructura familiar que vive esa adaptación y ese duelo.

Los países que, como el nuestro, reciben este flujo migratorio se ven sorprendidos y desconcertados frente a lo que vivencian como una "invasión". Invasión entendida, en este caso, como el aterrizaje sorpresivo de un crisol de etnicidades físicas y culturales que asustan por desconocidas, a las que se mira con cierto recelo y con excesivos prejuicios.

También a la consulta llegan niños que forman parte de muy variados modelos familiares: familias tradicionales, monoparentales femeninas o masculinas, divorciadas, reconstituidas, homoparentales, que presentan nuevos retos al pediatra.

Todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, deberán tener como consideración primordial el interés superior del menor.

Todas y cada una de las prácticas pediátricas deben tener como objetivo principal la defensa del interés superior del niño, teniendo en consideración no solo los aspectos que atañen a la recuperación de su salud física, sino también a su salud psíquica, espiritual, moral y social.

El pediatra es el agente de salud en quien las familias depositan su mayor confianza; por esta razón, tiene que llevar a cabo su tarea de prevención, tanto en el ámbito familiar, escolar como social donde el niño desarrolla su vida.

Todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida, garantizando en la máxima medida posible su supervivencia y desarrollo.

La Organización Mundial de la Salud estima que solo durante el año 2000 fueron objeto de infanticidio en el mundo cincuenta y siete mil menores de quince años.

Estas cifras siempre hacen pensar en otras sociedades, otras culturas; sin embargo, el mismo informe señala que 4 de cada 100.000 niños que encontraron la muerte por infanticidio vivían en los países desarrollados.

Dato escalofriante que debería hacer agudizar la detección de factores de riesgo en nuestra población.

Los niños deben ser protegidos contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, estableciendo programas sociales que proporcionen asistencia necesaria al niño, a quienes cuidan de él, así como a toda forma de prevención, identificación, notificación, tratamiento y observación ulterior de los casos de malos tratos.

El Programa Nacional de Epidemiología de la violencia en el ámbito familiar, dirigido por el Centro Reina Sofía, hace hincapié en sus informes en que la denuncia de los casos de maltrato no alcanza al 20% de los casos estimados. En su informe sobre los datos recogidos en España durante 1997-1998 indica que la incidencia del maltrato en España alcanza a 7,16 niños por cada 10.000 menores de dieciocho años.

La negligencia afecta al 86,4% del total de casos de maltrato; el maltrato emocional al 35,4%; el maltrato físico al 19,9% y el abuso sexual al 3,6%.

En 2004 se realizaron 5995 denuncias de malos tratos; 3.179 casos de violencia familiar y 16 casos de menores muertos en el ámbito familiar.

El acoso entre iguales, la intimidación (*bullying*); el síndrome de Munchausen por poderes; el síndrome de alienación parental; son nuevas formas de maltrato que nos sacuden por el grado de incidencia que van cobrando en nuestra sociedad.

En 2001, el Observatorio de la Infancia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ha establecido un sistema de registro unificado de casos de maltrato infantil en España. Todos los profesionales del ámbito de los servicios sociales, la sanidad, la policía y la educación están obligados a notificar la sospecha de un posible caso de maltrato infantil por medio de las "hojas de detección de riesgo social y maltrato infantil" para que se estudie cada caso y se pueda dar cumplimiento al artículo 19 de la Convención.

Los niños mental o físicamente disminuidos tienen derecho a disfrutar de una vida plena y decente en condiciones que aseguren dignidad, que le permitan llegar a bastarse a sí mismos y que faciliten la participación activa en la comunidad.

Atrás han quedado los tiempos en que el nacimiento de un niño con algún tipo de discapacidad significaba la vergüenza para la familia y se trataba de ocultar su presencia.

Nuestra sociedad ha ido desarrollando recursos especializados para la atención de los niños con necesidades especiales: centros de diagnóstico y detección de patologías específicas; centros de rehabilitación; centros educativos especializados; disminución de barreras arquitectónicas que dificultaban su paso por las calles de nuestras ciudades, etc.

Sin embargo, múltiples estudios sobre el maltrato infantil señalan que los niños y jóvenes que presentan algún

tipo de discapacidad física, psíquica y/o sensorial están expuestos a un riesgo mayor de sufrir algún tipo de maltrato, abuso o negligencia.

Los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

En manos de los pediatras está la tarea de intentar reducir la mortalidad infantil y en la niñez, asegurando prestaciones de asistencia médica y atención sanitaria a todos los niños.

Continuar combatiendo las enfermedades y la malnutrición en el marco de la Atención Primaria de la salud, logrando una atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres, desarrollando una Atención Primaria preventiva, que brinde orientación a los padres no sólo en los temas de la salud física.

Son los pediatras quienes mejor pueden colaborar en la abolición de las prácticas tradicionales que resulten perjudiciales para la salud de los niños (vegetarianismo; ritualismos; ablaciones; etc.).

Todos los niños tienen derecho a beneficiarse de la Seguridad Social, incluso del Seguro Social.

La ley 4/2004, en su artículo 12, recoge que los extranjeros menores de dieciocho años que se encuentren en España tienen derecho a la asistencia sanitaria pública en las mismas condiciones que los menores españoles, sin tener en cuenta su situación legal.

Los niños tienen el derecho a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

La UNICEF en su informe sobre la situación mundial de la infancia estima que 150 millones de niños de los países en desarrollo están desnutridos; 120 millones de niños en edad escolar primaria no asisten a la escuela; 6.000 jóvenes cada día se infectan de VIH; cada año 1.200.000 niños son objeto de trato para ser explotados como trabajadores o en la prostitución.

Todos ellos, tienen derecho a que les ayudemos a recuperar un nivel de vida adecuado.

Todos los niños tienen derecho a la educación, encaminada a desarrollar la personalidad mental y física del niño hasta el máximo de sus oportunidades.

También en manos de los pediatras está la labor de concienciar a la población sobre los beneficios que la educación reporta al desarrollo intelectual, social y relacional de los niños.

En nuestro país respetamos la recomendación de la Convención en cuanto a la enseñanza primaria obligatoria y gratuita.

Sin embargo, existe un colectivo de familias, aún poco numeroso en nuestra sociedad, pero de importante repercusión en otros países desarrollados, que entiende que no hay mejor educación que la que ellos mismos pueden brindar a sus hijos, el llamado movimiento antiescuela, que no permite la asistencia de sus hijos a centros escolares con las repercusiones que esto puede tener para la vida del niño.

También algunas minorías étnicas continúan discriminando el acceso a la cultura a sus integrantes en función del género.

El pediatra también debe permanecer atento a las circunstancias familiares y personales del niño para fomentar su asistencia regular a la escuela, contribuyendo a reducir la tasa de deserción escolar.

Todos los niños tienen derecho a ser protegidos contra toda explotación económica y contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o pueda entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.

Según los informes de la Organización Internacional del Trabajo, 246 millones de niños, con edades comprendidas entre los cinco y los diecisiete años, trabajan. Las condiciones de explotación y el escaso cuidado de su salud hacen que se produzcan 22.000 muertes de menores trabajadores.

En España, según un estudio de la UNICEF y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, realizado con datos sobre la población escolarizada en 1999, 117.656 niños trabajaban. La mayoría de ellos en trabajos domésticos, ayuda en trabajos familiares agrícolas o pesqueros, delincuencia, explotación sexual y mendicidad.

El estudio señala que el absentismo y abandono escolar, unido a las condiciones de riesgo familiar facilitan el trabajo infantil.

Los niños deben ser protegidos contra el uso ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, y se debe impedir que se utilice a niños en la producción y el tráfico ilícito de dichas sustancias.

La Encuesta estatal sobre el uso de drogas en enseñanza secundaria 1994-2004, realizada por el Plan Nacional sobre Drogas, nos revela que la prevalencia de sustancias psicoactivas en estudiantes de secundaria de entre catorce y dieciocho años es alarmante.

El 82% de los jóvenes consume alcohol de forma habitual; el 60% tabaco; el 42,7% consume cannabis; el 9% cocaína; el 7% hipnosedantes y el 5% éxtasis.

Todo niño tiene derecho a ser protegido contra cualquier forma de explotación y abuso sexual, impidiendo la

incitación o la coacción para que el niño se dedique a cualquier actividad sexual ilegal, la explotación del niño en la prostitución y la explotación del niño en espectáculos o materiales pornográficos.

Según los datos recogidos por el II Plan de Acción contra la explotación sexual de la infancia y la adolescencia 2006-2009, en el período comprendido entre 1997 y 2004 se denunciaron en España 349 casos de coacción a la prostitución; 339 casos de pornografía infantil y 938 casos de corrupción de menores y personas con discapacidad.

Se debe promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de cualquier forma de abandono, explotación o abuso, tortura y otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, o conflictos armados.

Las secuelas que el abandono, la explotación, el abuso, la tortura o los conflictos armados pueden dejar en los niños no solo requieren de una actuación médica. Cada vez somos más conscientes de la necesidad de crear equipos multidisciplinares especializados para abordar la recuperación y reintegración social de niños que sufren.

Esta recuperación y reintegración social debe llevarse a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto a sí mismo y la dignidad del niño.

Nuestra legislación en cuanto a la protección infantil contempla medidas de guarda y tutela en Centros de Menores, para aquellos casos en que la familia no pueda brindar al niño las condiciones necesarias para su adecuado desarrollo.

El acogimiento familiar y la adopción como medidas de protección que puedan brindar un medio familiar normalizado, para aquellos niños en que se prevea un tiempo prolongado de estancia fuera de su familia o se lo considere inviable.

Centros de atención especializada para los niños y familias que han sido víctimas de abusos, de violencia familiar, etc.

LOS PEDIATRAS Y SU IMPLICACIÓN CON LA INFANCIA

Los pediatras, desde su ámbito profesional, pueden contribuir a la mejora de los servicios sanitarios de atención a niños y adolescentes y, así, trabajar por la defensa de los derechos de los niños.

- **Preparándose y manteniéndose actualizados en la pediatría:** los niños tienen derecho a tener un buen pediatra. Actualizarse, leer, estudiar, interactuar con los colegas, son actividades necesarias para ser buenos pediatras.
- **Brindando un servicio de calidad:** contemplando el tiempo que se hace esperar a los pacientes en la sala de espera, la forma de dirigirnos a los niños, la transmisión de información que les hacemos, la forma de comunicarnos con los colegas. Un servicio de calidad también

incluye informar a los niños y a sus familias sobre los derechos que les asisten en el área de la salud.

- **Luchar por una adecuada financiación médica:** que permita desarrollar la labor profesional en condiciones de calidad, instrumental necesario, ambiente físico adecuado para la consulta con condiciones mínimas de privacidad, confort y dignidad para los pacientes y para el pediatra.
- **Investigar los problemas de salud:** los pediatras están en condiciones de investigar los procesos de atención médica, de saber si los niños reciben los tratamientos que necesitan, si son sometidos a las investigaciones diagnósticas en tiempo y forma adecuados, a detectar los excesos y defectos, a encauzar la atención, a denunciar situaciones de epidemias o pandemias locales, etc.
- **Enseñar a los colegas:** predicar con el ejemplo, para que los estudiantes de pediatría tomen nuestra conducta como modelo para dar testimonio de nuestro compromiso con la infancia.
- **Trabajar por los derechos de los niños en las instituciones científicas:** construir una ética grupal, intercambiar ideas, consensuar y tomar decisiones reflexivas compartidas por un amplio número de colegas que darán mayor fuerza a nuestras acciones.
- **Tratar de comprender los fenómenos sociales y políticos,** para tener una visión más holística de las problemáticas de los derechos de las personas y su defensa.

Estas breves pinceladas sólo pretenden despertar la reflexión sobre algunos temas que nos ayudarán a defender y aplicar, desde nuestro rol, los Derechos de los Niños.

BIBLIOGRAFÍA

1. Convención sobre los Derechos del Niño. Cuadernos del Comité Español del UNICEF.
2. Escardó, F. Los derechos del niño. Buenos Aires. Fundasap Ediciones. Sociedad Argentina de Pediatría; 2004
3. WHO Protocol for the study of interpersonal physical abuse of children. Switzerland: World Health Organization; 1994
4. El trabajo infantil en España. Comité Español del UNICEF. Materiales de Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. España, 2000
5. Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanza secundaria 1994-2004. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. España, 2004
6. II Plan de Acción contra la explotación sexual en la infancia y la adolescencia 2006-2009. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, España.
7. Lejarraga, H. Los derechos del niño y el rol del pediatra. Archivos Argentinos de Pediatría. Buenos Aires 2005; 103 (4).
8. Maltrato infantil en la familia. España (1997-1998). Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Serie Documentos 4. 2002.

Adopción internacional: atención al niño y orientación a los padres

J. Lirio Casero, J. García Pérez

Unidad de Pediatría Social. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid

RESUMEN

España se ha convertido en el segundo país que más niños adopta fuera de sus fronteras. Este proceso suele ser largo y complejo e implica no solo a la propia familia, sino también a la escuela, la sanidad y toda la sociedad. El objetivo de los diferentes profesionales implicados debe centrarse en ofrecer la adecuada información a los padres durante la asignación, interpretar los informes médicos, asesorarles durante el viaje, valorar el material gráfico (vídeos y fotografías) y prevenir riesgos durante la estancia en el país de origen. Pero la adopción no finaliza con la llegada del menor al territorio español. Nuestra misión, como médicos, se completa más tarde con la valoración y seguimiento del menor, garantizando una buena integración y adaptación a nuestro mundo.

Palabras Clave: Adopción; Adopción internacional; Pediatría; Cribado.

ABSTRACT

Spain has become the second international adoption country. This process usually is long and complex and implies not only the own family, but also the school, health and all the society. The objective of the implied professionals must be focused in offering the suitable information to the parents during the allocation, to interpret the medical information, to advise to them during the trip, to value the audiovisual information (videos and photographs) and to prevent risks during the stay in the destination country. But the adoption does not finalize with the arrival to the Spanish territory, our mission completes later with the evaluation and pursuit of the minor, guaranteeing a good integration and adaptation to our world.

evaluation and pursuit of the minor, guaranteeing a good integration and adaptation to our world.

Key Words: Adoption; International adoption; Pediatrics; Screening.

INTRODUCCIÓN

La adopción internacional ha experimentado un incremento extraordinario en los últimos años en España, hasta el punto de llegar a ser el primer país de la Unión Europea y el segundo en el mundo, tras Estados Unidos, en número absoluto de adopciones anuales en el 2004 (y primero del mundo en tasa de adopciones por población)⁽¹⁾. Cada año más de 40.000 niños procedentes de más de 100 países son adoptados en el planeta; y en nuestro país parece ser un fenómeno con tendencia creciente.

En España, solo 2 de cada 10 niños adoptados son de origen español⁽²⁾; es decir, el 80% de los niños adoptados procede del extranjero. En el 2004, las adopciones internacionales crecieron más de un 40% respecto al año anterior. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (MTAS)⁽³⁾, en el período de 1997 a 2004 se adoptaron en nuestro país a 24.042 niños procedentes del extranjero. Este importante número de niños representa un enorme reto para los servicios públicos, en general, y para el Sistema Nacional de Salud en particular, por sus necesidades especiales en el terreno de la salud, la educación y los servicios sociales⁽⁴⁾.

La adopción internacional es un proceso largo y a menudo complicado, que involucra a toda la familia en el sentido más amplio del término. La decisión de acudir a la adopción, los trámites y preparativos previos, el propio viaje y la llegada del niño adoptado, constituyen hechos que marcan de forma crítica la agenda y el ritmo en todos los aspectos de los diferentes miembros de la familia, lo cual a veces es fuente de nuevas dificultades que hay que superar. Finalmente, la adaptación del menor a su nueva

Correspondencia: J. Lirio Casero. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Avda. Menéndez Pelayo 65. 28009 Madrid
e-mail: jlirio.hnjs@salud.madrid.org
Recibido: Mayo 2007

TABLA 1. Evolución del número de adopciones internacionales en el período 1997-2004, según áreas y países de procedencia. (Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005)

Continente / País	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
América Latina	631	960	895	905	721	593	679	585	5.969
Colombia	250	393	361	414	319	271	285	256	2.549
Perú	81	151	126	99	71	42	50	50	670
México	72	90	107	79	92	58	50	17	565
Bolivia	18	31	59	66	18	76	126	92	486
Guatemala	47	75	70	90	46	28	8	3	367
Otros	163	220	172	157	175	118	160	167	1.332
Asia	214	295	443	686	1.107	1.586	1.196	2.577	8.104
China	105	196	261	475	941	1.427	1.043	2.389	6.837
India	109	97	163	190	129	109	100	117	1.014
Nepal	0	0	18	16	28	35	38	68	203
Otros	0	2	1	5	9	15	15	3	50
Europa del este	97	216	645	1.439	1.569	1.395	1.913	2.111	9.385
Rusia	70	91	141	496	652	809	1.157	1.618	5.034
Ucrania	0	0	116	218	356	358	462	349	1.859
Rumanía	0	84	280	583	373	38	85	48	1.491
Bulgaria	11	27	92	123	172	181	202	57	865
Otros	16	14	16	19	16	9	7	39	136
África	0	16	23	32	31	51	163	268	584
Etiopía	0	0	0	0	0	12	107	220	339
Marruecos	0	3	12	8	5	7	20	21	76
Otros	0	13	11	24	26	32	36	27	169
Total	942	1.487	2.006	3.062	3.428	3.625	3.951	5.541	24.042
Incremento anual	(%)	57,9	34,9	52,6	12,0	5,7	9,0	40,2	
Procedencias más frecuentes (por orden)	1. Colombia	Colombia	Colombia	Rumanía	China	China	China	China	China
	2. India	China	Rumanía	Rusia	Rusia	Rusia	Rusia	Rusia	Rusia
	3. China	Perú	China	China	Rumanía	Ucrania	Ucrania	Ucrania	Colombia
	4. Perú	India	India	Colombia	Ucrania	Colombia	Colombia	Colombia	Ucrania
	5. Rusia	Rusia	Rusia	Ucrania	Colombia	Bulgaria	Bulgaria	Etiopía	Rumanía

familia y entorno social es un proceso también menos prolongado y complejo, aunque llega en la mayoría de los casos a un final satisfactorio⁽⁵⁾ (en menos del 1% de los casos se produce un nuevo abandono del menor)⁽⁶⁾.

Evolución de la adopción internacional en España en los últimos años

Como puede comprobarse en la tabla 1, en 1997 se adoptaron 942 niños procedentes del extranjero. En el 2004 fueron un 588% más (5.541). El incremento entre 2003 y 2004 fue de un 40,2%⁽³⁾.

Las causas de este fenómeno son probablemente múltiples y de distinta naturaleza; entre ellas figuran el alto nivel de desarrollo económico y bienestar social de nuestro país (aspectos compartidos con otras naciones de la Unión Europea), junto con las peculiaridades y factores de sensibilidad social específicos de nuestra cultura.

Europa del Este, Asia y América Latina, por este orden, son las zonas de procedencia principales (97,5% de todas

las adopciones internacionales). Los países que conforman la región este y sureste de Europa aportan el mayor contingente de niños, aunque con cierta tendencia a la estabilización en todos, excepto en la actual Federación Rusa. En Asia, es la República Popular China el principal y creciente país de origen de niños para la adopción (casi en su totalidad, niñas). América Latina muestra una estabilización e incluso una disminución de la oferta de niños para adopción, y África se incorpora con fuerza al panorama de la adopción (crecimiento en el 2004 del 205% respecto al 2003) (Fig. 1).

Por países de procedencia, China, Rusia, Colombia, Ucrania y Rumanía, por este orden, han aportado en conjunto el 73,9%. No obstante, en el 2004, Etiopía alcanzó el quinto puesto desplazando a Rumanía en el orden de número de niños aportados en adopción.

Los motivos para elegir un país de origen u otro dependen de varias cuestiones. Por una parte, la mayor agilidad y seguridad administrativa en la tramitación (variables en ge-

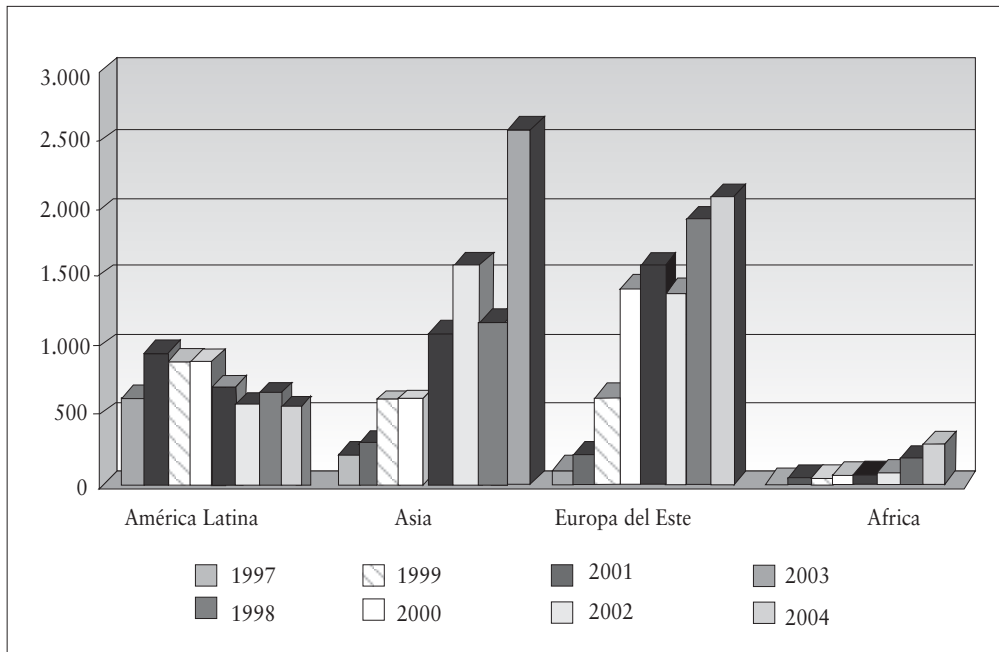


FIGURA 1. Evolución de las adopciones internacionales según áreas de procedencia, 1997-2004 (Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005).

neral dependientes de la normativa y políticas propias de los países de origen) y, por otra, las preferencias de las familias (por ejemplo, en China pueden adoptarse niñas de menor edad, en el Este de Europa los niños tienen rasgos caucásicos, etc.).

Niños con necesidades especiales

Los niños adoptados en el extranjero conforman un grupo con necesidades específicas en el terreno de la salud⁽⁷⁾:

- Proceden en su mayoría de países con renta baja, algunos de ellos extraordinariamente deprimidos desde los puntos de vista económico, social y sanitario, y además de progenitores pertenecientes a los grupos sociales más marginales.
- Pueden haber sido víctimas de carencias básicas de forma prolongada, negligencias y abusos
- Carecen de antecedentes sanitarios, o éstos no son fiables
- Presentan con cierta frecuencia determinadas patologías específicas (hasta el 57% de ellos presenta problemas importantes, en el 81% de los casos detectables mediante cribado⁽⁸⁻¹¹⁾).

Mientras que, de otro lado, las familias adoptivas tienen la necesidad⁽¹²⁾, que sienten como una verdadera urgencia, de poder aclarar todas estas incertidumbres. A este respecto, son críticos dos momentos del proceso adoptivo:

- El primero cuando precisan tomar una decisión respecto a la conveniencia de adoptar al niño adjudicado y tratan de aclararse a través de la observación directa del menor en la visita inicial y la, casi siempre, insuficiente información de que disponen.

- El segundo, tras esta decisión, cuando regresan a nuestro país con el menor.

El sistema sanitario debe estar en condiciones de responder a estas necesidades y despejar las incertidumbres con cierta agilidad. La actuación sinérgica de los niveles de Atención Primaria y Atención Especializada es crucial para alcanzar el objetivo. La meta es hacer la evaluación inicial del estado de salud de estos niños de forma ágil, promover la recuperación de los déficits y lograr su adaptación completa al entorno (ya que son niños con necesidades especiales, no niños especiales)⁽⁴⁾.

ORIENTACIÓN MÉDICA A LOS PADRES

La consulta preadoptiva

Una vez recibida la asignación de un menor, los padres adoptantes, sin grandes conocimientos de Medicina ni de la terminología sanitaria del país de origen, deben tomar la decisión de continuar el proceso en función de los diagnósticos clínicos del menor. Este es, sin duda, uno de los momentos más angustiosos en los que el pediatra puede desempeñar un importante papel como asesor, de ahí la creciente importancia que se da a la consulta médica preadoptiva.

Este asesoramiento debería realizarse tan pronto como los padres adoptantes reciban la asignación, aunque algunos aspectos de la misma podrían abordarse incluso antes, una vez que hayan recibido su certificado de idoneidad y elegido el país de origen de su hijo⁽¹³⁾.

En esta consulta los futuros padres deben ser informados sobre:

TABLA 2. Indicaciones a los padres sobre la técnica de vídeo preadoptivo con finalidades diagnósticos

Técnica apropiada para la toma de imágenes
Buena calidad de imagen y audio
Duración de, al menos, 10-15 minutos
Mostrar al niño con y sin ropa
Mostrar al niño en movimiento (comiendo, bebiendo, jugando, pintando, gateando, andando, etc.)
Mostrar al niño vocalizando, riendo o llorando (audio)
Mostrar al niño reaccionando ante el ruido o sonidos
Mostrar al niño interactuando con adultos y otros niños
Mostrar en detalle el contacto visual del niño
Mostrar en detalle y en diferentes ángulos el cráneo y la facies del niño
Mostrar en detalle el paladar y los dientes del niño
Mostrar en detalle las manos y los pies del niño
Mostrar en detalle cualquier aspecto de su físico que llame la atención
Realizar vídeos/fotografías secuenciales en el tiempo

- Los riesgos a los que puede estar y/o haber estado expuesto el menor y los problemas genéricos de salud que con mayor frecuencia presentan los niños adoptados y los específicos del país de procedencia.
- Los datos de interés médico y social que deben conseguir del menor asignado.
- Medidas preventivas y normas básicas para viajes internacionales.
- Cuándo se debe realizar la primera evaluación médica tras la llegada del niño y la conveniencia de realizar un seguimiento a lo largo del tiempo.
- Si disponen del informe médico del menor asignado, pueden ser asesorados específicamente sobre su estado de salud y los posibles riesgos, aunque se debe subrayar que en ningún caso, se podrá confirmar o descartar la existencia de patologías. Los datos obtenidos deberían ser valorados conjuntamente con la información audiovisual siempre que sea posible.
- Preparación del botiquín de viaje infantil para la estancia en el país de origen y el viaje de vuelta.

Valoración de los informes médicos

La evaluación e interpretación de los datos que ofrece el informe médico de los niños asignados para adopción internacional, debería servir para identificar la existencia de problemas médicos pasados y presentes, la necesidad presente o futura de evaluaciones médicas y tratamientos médicos o quirúrgicos y la existencia de factores de riesgo que pueden afectar su desarrollo a largo plazo o de manera irreversible.

Sin embargo, los informes médicos preadoptivos que llegan a España procedentes de los países de origen suelen ofrecer, en general, una información deficiente, escasa e incompleta y, en muchas ocasiones, confusa, errónea o adulterada. Respecto a su calidad, podríamos catalogarlos

como “aceptables”, los procedentes de la India y países Latinoamericanos, “limitados” los elaborados en países del sudeste de Asia y de África, “deficientes” los procedentes de China y países de Europa del este y “muy deficientes” los elaborados en la Federación Rusa⁽¹⁰⁾.

Debido a esto, se considera que la simple evaluación e interpretación del informe médico preadoptivo elaborado en estos países, y especialmente en la Federación Rusa, China, Ucrania y otras antiguas ex-repúblicas Soviéticas (que suponen el 78% de las adopciones internacionales realizadas en nuestro país), no es suficiente para conocer la salud física y mental real del menor. Por ello, muchas familias optan por obtener personalmente los datos médicos, sociosanitarios y audiovisuales que permitan completar las piezas del “puzzle”, y una vez con el material recopilado y a través de profesionales expertos, poder evaluar con mayores garantías el estado de salud de su futuro hijo.

Valoración de la información audiovisual

Como complemento a la valoración de los informes médicos, y siempre según la decisión individualizada de cada familia, puede ser recomendable conseguir material audiovisual en las fases previas al juicio para tener una idea más aproximada de su estado real de salud física y mental. Las fotografías y vídeos pueden ser útiles para identificar retrasos o trastornos del desarrollo neuromaturo (especialmente si son moderados o severos), signos de alarma de enfermedad neurológica o sensorial, síndromes genéticos y dismorfológicos, anomalías congénitas, deformidades o displasias óseas, trastornos ortopédicos, enfermedades dermatológicas y trastornos dentales, entre otras, aunque pueden tener un valor limitado⁽¹⁴⁾. En la (Tabla 2) se recogen algunas indicaciones para los padres acerca de cómo realizar un vídeo del menor con finalidades

TABLA 3. Consejos y normas sanitarias para viajeros internacionales

1. **Tomar medidas preventivas de inmunización y/o de quimioprofilaxis**
2. **Cuidados con los factores climáticos:**
 - Protegerse del sol
 - Beber abundantes líquidos si el calor y la humedad son excesivos
3. **Cuidados con los alimentos**
 - No ingerir verduras crudas y consumir solo fruta pelada por uno mismo
 - Comer carnes y pescados bien cocinados. No ingerir pescado y marisco crudos
 - No consumir leche ni derivados sin higienizar. Cuidado con helados y repostería
4. **Cuidados con el agua**
 - Beber solo agua embotellada y/o tratada con suficiente garantía
 - Los refrescos y bebidas calientes son más seguras
 - No usar cubitos de hielo
 - En caso de aguas potencialmente peligrosas tratar mediante ebullición (durante 10 minutos) o cloración (2 gotas de lejía por litro de agua y esperar 30 minutos antes de consumirla)
 - Emplear agua embotellada para la bebida, preparación de biberones y cepillado de los dientes
 - Cuidado con las inmersiones en lagos o ríos, sobre todo en agua dulce, que pueden estar infectadas con larvas que penetran en la piel y provocan enfermedades (esquistosomiasis)
5. **Protección contra animales, reptiles e insectos**
 - Evitar contacto con cualquier tipo de animales
 - Usar calzado apropiado y revisar la ropa antes de ponérsela (serpientes, escorpiones)
 - Protegerse de las picaduras de insectos
6. **Enfermedades de transmisión sexual**
 - Utilizar preservativos
 - Evitar tatuajes y *piercing*
7. **Atención sanitaria en el país de destino**
 - Informarse del sistema de atención sanitaria del país de destino
 - Conocer la cobertura del seguro de asistencia médica
 - En caso de padecer alguna enfermedad crónica conviene llevar la medicación necesaria en cantidad suficiente o asegurarse de que podrá adquirirla en el país de destino

diagnósticas. Lo ideal sería hacer algunas tomas sin ropa, eso no quiere decir que haya que desnudarlo completamente, ya que puede agredir su intimidad. Simplemente supone retirar prendas accesorias o remangar partes de la vestimenta. En cualquier caso se deberán respetar los derechos del menor y atenerse a las limitaciones y garantías exigidas por la normativa vigente en las instituciones o países de origen.

Medidas preventivas para el viaje

El viaje y la estancia en el extranjero implican riesgos de adquirir enfermedades transmisibles. Un 5% de las familias que viajan al extranjero para adoptar a un niño presentan una enfermedad infecciosa durante su estancia o tras su regreso, incluidas enfermedades propias de la infancia, como el sarampión o la tos ferina. Además, solo una cuarta parte de estas familias toman medidas preventivas de inmunización y/o quimioprofilaxis antes del viaje. Aproximadamente uno de cada cinco niños adoptados presenta alguna enfermedad durante el encuentro con la familia o en el viaje de regreso⁽¹⁵⁾.

En general, el riesgo de adquirir una enfermedad transmisible depende de: el país visitado, las condiciones y duración del viaje, el lugar de estancia (rural o urbano), la época del año y factores personales, tales como: edad y sexo, inmunizaciones previas, estado de salud actual y antecedentes de enfermedades previas.

Por ello, en la medida de lo posible, y dependiendo del área geográfica a la que se va a viajar, la familia preadoptiva debe recibir información antes de iniciar el viaje sobre los siguientes aspectos:

- Cómo identificar los riesgos y el modo de evitarlos.
- Alertas sanitarias.
- Las medidas preventivas.
- Las instituciones a las que acudir en caso necesario.
- Cuidados básicos del niño.

En la (Tabla 3) se describe una serie de consejos y normas sanitarias útiles para viajeros internacionales. En cuanto a las alertas sanitarias, es necesario informarse sobre si existe algún brote o foco epidémico de alguna enfermedad transmisible en la región a la que se va a viajar. Para ello, es

TABLA 4. Inmunizaciones recomendadas de forma sistemática a las familias adoptivas que viajan al extranjero

1. **Tétanos-difteria (Td adulto)**
 - Adultos; si han transcurrido más de 10 años de la dosis anterior
 - Niños: valorar adelantar la dosis si está cercano a la edad recomendada
 - *En viajes a cualquier destino*
2. **Poliomielitis (VPI, VPO)**
 - Vacunado primariamente: 1 dosis de recuerdo VPI
 - En caso de adulto inmunizado previamente: 1 dosis de recuerdo con VPI
 - *Especialmente en viajes a la India, África y Sudeste Asiático y otras áreas endémicas o epidémicas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud*
3. **Sarampión, rubéola, parotiditis (triple vírica):**
 - En niños entre 9-15 meses, que viajen a zonas endémicas de sarampión, debe ponerse una dosis de vacuna, que luego hay que repetir a la edad recomendada en el calendario (15 m)
4. **Hepatitis A**
 - 2 dosis con pauta 0, 6-12 meses
 - Si no dispone de tiempo, una dosis 10-15 días antes del viaje y una segunda 6-12 meses más tarde
 - Se puede administrar vacuna combinada Hepatitis A+B la pauta es 0, 1, 6 meses
 - *Especialmente en viajes a países con situación higiénica deficientes y estancia prolongada*
5. **Gripe**
 - El riesgo dependerá de la época del año y del destino
 - Se debe vacunar (1 dosis única) no antes de 2- 4 meses del pico de máxima actividad
 - Destinos y picos de máxima actividad:
 - Hemisferio sur (zonas templadas): entre abril y septiembre
 - Trópicos: todo el año
 - Hemisferio norte (zonas templadas): entre diciembre y marzo
 - *Especialmente indicada en población de riesgo con enfermedad crónica y en los viajeros a Rusia, Europa del este, China y Sudeste Asiático*
6. **Neumococo (polisacárido)**
 - Una dosis única
 - *En viajes a cualquier destino (indicada en población de riesgo)*

VPI: vacuna contra la poliomiélitis intramuscular; VPO: vacuna contra la poliomiélitis oral.

aconsejable consultar la situación sanitaria del país de destino en las siguientes páginas web:

- *World Health Organization:* <http://www.who.int/ith/en>
- *Centers for Disease Control and Prevention:* <http://www.cdc.gov/travel/>
- *Ministerio de Sanidad y Consumo:* http://www.msc.es/Disenio/proteccionSalud/proteccion_todos_ciudadanos.htm

En las (Tablas 4 y 5), respectivamente, se describen las inmunizaciones recomendadas de forma sistemática y de forma restringida a las familias adoptivas que viajan al extranjero. Si se viaja a una zona endémica de malaria deberán aconsejarse medidas preventivas frente al paludismo, y para ello les dirigiremos a una Unidad de Consejo al Viajero y/o un Centro de Vacunación Internacional antes de emprender el viaje. Los centros se pueden consultar en la

siguiente URL: http://www.msc.es/proteccionSalud/ciudadanos/viajero/vacunacion/cont_centros_vacunacion.htm.

Preparación del botiquín infantil

Dado que los trámites durante la estancia y el viaje de regreso pueden ser prolongados y pueden presentarse algunos problemas de salud, es útil que los padres adoptivos lleven lo indispensable para los cuidados básicos de alimentación e higiene del niño, así como una serie de medicamentos de uso frecuente (Tabla 6), con normas escritas de cómo utilizarlos, especificando los medicamentos a llevar, para qué y cuando se deben utilizar, la forma de utilización, la dosis a administrar, la pauta horaria y los días de duración.

Del mismo modo, resulta muy útil, práctico y eficaz, disponer del contacto telefónico con un pediatra de confianza

TABLA 5. Inmunizaciones recomendadas de forma restringida a las familias adoptivas que viajan al extranjero

- 1. Fiebre amarilla**
 - Especialmente indicada en viajes a áreas endémicas (zonas tropicales de Sudamérica, Centroamérica y África Subsahariana central, este, sur y oeste)
 - Algunos países exigen el Certificado Internacional de Vacunación a todos los viajeros, mientras que otros sólo si el viajero proviene de cualquiera de las áreas infectadas o de las denominadas áreas endémicas
 - Recuerdo: cada 10 años
 - Si el niño es menor de 9 meses, o existe una contraindicación para vacunar, se debe hacer un certificado de exención en los Centros de Vacunación Internacional
- 2. Fiebre tifoidea**
 - Especialmente indicada en viajes largos (4 o más semanas) a áreas de alta endemicidad (India, países de África, sudeste Asiático, Oriente medio, Sudamérica y Centroamérica) o con brotes epidémicos
 - En España existen dos vacunas disponibles
 - Vacuna oral Ty21a: indicada para adultos y niños mayores de 5-6 años de edad
 - Vacuna parenteral ViCPS: indicada en niños pequeños, entre 2 y 6 años. También en adultos
- 3. Cólera**
 - Esta vacuna está sujeta a reglamentación internacional
 - En situaciones de brote epidémico se recomienda la vacunación, tanto a adultos como a niños. Pauta: 1 dosis, vía oral
- 4. Encefalitis japonesa**
 - Especialmente indicada en viajes a determinados países de Asia [zonas rurales o selváticas de Corea del norte, República de Myanmar (ex Birmania), Vietnam y Laos y subcontinente Indio, y con estancias superiores a un mes durante la época de los monzones
 - Inmunidad: aunque la pauta vacunal tres dosis son precisas, al menos, dos dosis antes de iniciar el viaje
- 5. Encefalitis centroeuropea**
 - Especialmente en viajes a áreas endémicas (zonas boscosas del centro de Europa, Este de Europa y Asia Oriental) durante los meses de mayo-octubre
 - Inmunidad: aunque la vacunación son tres dosis, la protección comienza a los 15 días de la 2ª dosis
- 6. Meningitis meningocócica (A + C)**
 - Especialmente en viajes a áreas endémicas (África Subsahariana (desde Senegal al oeste hasta Etiopía en el este), Brasil (interior), India y Nepal durante los meses de diciembre a junio (ambos inclusive), o en cualquier época de año si se notifica epidemia
- 7. Rabia**
 - Especialmente en viajes a países *de estancia prolongada y alta enzootia*
 - Evitar el contacto con los animales domésticos, principalmente perros y gatos

que pueda indicar, ante situaciones especiales o de urgencia, si se puede utilizar alguno de los fármacos del botiquín médico de viaje, si se debe acudir a una farmacia a adquirir otro medicamento o si la situación aconseja la asistencia en un centro hospitalario.

La consulta postadoptiva

Las familias que han adoptado en el extranjero suelen presentar un alto nivel de ansiedad y estrés motivado por el cúmulo de incertidumbres originadas por el propio proceso y por las experiencias vividas en los países de origen del menor. Una vez superadas todas las dificultades burocráticas, cuando el niño ya está en su nueva familia, aparece una nueva preocupación: su estado de salud.

Son habitualmente las propias familias las que solicitan un estudio pediátrico nada más llegar a suelo español. Re-

almente solo se aconseja realizarlo de forma inmediata si existen signos o síntomas clínicos de enfermedad aguda. En el resto de los casos (la inmensa mayoría) no existe ninguna urgencia, aunque no debería demorarse más de 15 días tras la llegada, ya que entre un 10-15% de estos niños presenta problemas de salud no reconocidos o sospechados antes de la adopción y también porque existe la probabilidad, aunque baja, de transmisión de enfermedades infecciosas a otros miembros de la familia o de la comunidad⁽¹³⁾.

Debido a que en un elevado porcentaje de los niños adoptados en el extranjero se detectan problemas de salud en la evaluación médica inicial y que son niños con riesgo de presentar problemas y trastornos de comportamiento y de adaptación social en el futuro, es muy recomendable realizar un seguimiento prolongado en el tiempo. Este segui-

TABLA 6. Contenido del botiquín médico de viaje en adopción internacional

Apartado sanitario	Apartado de higiene y alimentación infantil
Paracetamol e ibuprofeno	Crema hidratante corporal y para el área del pañal
Suero fisiológico (monodosis o aerosolizado para fosas nasales)	Gel infantil y esponja
Antibiótico oral de amplio espectro	Pañales y toallitas
Colirio antibiótico	Biberón y tetinas
Sobres <i>/bricks</i> de rehidratación oral	Leche adaptada
Crema antibiótica	Cereales
Crema con corticoides	Termo para líquidos y purés
Crema de protección solar	Cuchara, cuenco, vaso adaptado y baberos
Repelentes de insectos	
Loción de permetrina al 1%	
Termómetro	
Tiritas, esparadrapos y gasas estériles	
Jeringuillas calibradas (5 y 10 cc)	
Solución antiséptica yodada	

miento debería ser multidisciplinar y sistematizado, y estar coordinado por el pediatra hasta llegar a la adolescencia.

Con independencia de que los profesionales que realizan el seguimiento de los niños procedentes de adopción internacional puedan ser los mismos que realizan el seguimiento de otros niños inmigrantes, se considera que no se debería incluir en la misma categoría a unos y otros. A diferencia de los niños procedentes de adopción internacional, los inmigrantes se han socializado de forma normalizada, vienen con su familia biológica (manteniendo el idioma, cultura y costumbres) y migran, fundamentalmente, por motivos económicos o políticos que afectan a sus padres e indirectamente a ellos, pero no van a presentar problemas relacionados con los factores de riesgo previos y, desde luego, ninguna dificultad relacionada con la experiencia de una institucionalización más o menos prolongada. Tampoco tendrán problemas de vinculación y adaptación a una nueva familia, como puede ocurrir en los adoptados. Todas estas características diferenciales entre un niño inmigrante y un adoptado en el extranjero, son las que hacen que estos últimos sean considerados de mayor riesgo sociosanitario y que precisen de un control y seguimiento duradero en el tiempo.

PROBLEMAS DE SALUD DE LOS NIÑOS ADOPTADOS EN EL EXTRANJERO

En la actualidad, en nuestro medio los niños procedentes de adopción internacional no constituyen un grupo homogéneo. Las cambiantes tendencias en cuanto a las procedencias de los niños, como muestran los datos del MTAS y los indicadores sanitarios proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁶⁾, lo ponen de manifiesto. La diversidad y heterogeneidad de este grupo hace difícil esta-

blecer una tabla general precisa y representativa de sus problemas de salud. A continuación se hace una enumeración somera de las patologías más frecuentes (en las referencias originales se pueden encontrar amplias y precisas revisiones).

Enfermedades infecciosas⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

- **El riesgo de infección por el VIH** se considera, en general, muy bajo (menor del 0,16%)⁽¹¹⁾.
- **Hepatitis virales.**
 - *La hepatitis B* es una infección ampliamente distribuida en el mundo y con alta prevalencia en algunos países de origen de los niños adoptados. Hasta un 3-5% de los niños puede haber sido infectado por este agente.
 - *La hepatitis C* es también una infección de distribución mundial; el riesgo se estima bajo (menor del 1,3%) aunque los datos disponibles son escasos^(17,20).
- **Sífilis.** Los informes preadoptivos de algunos países del este de Europa señalan una prevalencia del riesgo de lúes congénita en el 15-20% de los niños. En general, esta condición ha sido correctamente diagnosticada y tratada en su momento, no obstante y excepcionalmente, se encuentran casos no diagnosticados/ tratados.
- **Infecciones y parasitosis gastrointestinales.** Hasta el 25% de los niños adoptados está infestado por parásitos intestinales. Son frecuentes también las infecciones gastrointestinales por bacterias entéricas. Los niños que han residido en instituciones de forma prolongada tienen un riesgo incrementado de infección por *H. pylori*^(21,22).
- **Tuberculosis.** La mayoría de los niños adoptados provienen de regiones con alta prevalencia de tuberculosis. Del 5 al 20% de los niños adoptados tienen una prueba de tuberculina positiva a su llegada. Muchos han

recibido la vacuna BCG, por lo que es necesaria una cuidadosa evaluación a su llegada⁽²³⁻²⁵⁾.

- **Inmunizaciones y enfermedades inmunoprevenibles.** Dos de cada tres pueden haber recibido inmunizaciones insuficientes, vacunas no suficientemente inmunogénicas, o tener registros no confiables o ausentes. Es también un capítulo importante en la evaluación de los niños recién llegados. El objetivo es evaluar los registros y las inmunizaciones previas^(26,27) y administrar las vacunas necesarias^(28,29) para alcanzar un nivel de inmunizaciones igual que la población general según las recomendaciones vigentes⁽³⁰⁻³²⁾.

Factores de riesgo para el neurodesarrollo y adaptación social

- **Exposición prenatal al alcohol.** Más de la mitad de los niños residentes en instituciones en Rusia presentan puntuaciones intermedias o altas en una escala para detectar los rasgos fenotípicos que delatan la posible presencia de un síndrome alcohólico-fetal⁽³³⁾.
- **Déficits sensoriales.** Alta prevalencia de anomalías visuales⁽³⁴⁾.

Retraso del crecimiento⁽³⁵⁾ y variantes del desarrollo puberal⁽³⁶⁾

En muchas ocasiones, el problema radica en la ausencia de curvas y gráficas de referencia válidas. La OMS ha llevado a cabo un ambicioso estudio multicéntrico con el objetivo de elaborar gráficas y referencias de peso, ta-

lla y crecimiento en niños de 0 a 6 años sanos válidas para todos los países del mundo a partir de los datos extraídos de cinco países seleccionados con rigurosos criterios metodológicos (Ghana, India, Noruega, Omán y Estados Unidos). Recientemente ha publicado los primeros estándares y referencias que prometen ser un instrumento de gran utilidad en los niños de adopción internacional⁽³⁷⁾.

ACTITUD DEL PEDIATRA TRAS LA LLEGADA A ESPAÑA

Este panorama de riesgos hace necesario establecer una estrategia sistematizada de evaluación y cribaje cuando llegan de su lugar de origen. Esta incluye una evaluación inicial completa y un seguimiento continuado⁽³⁸⁾. Algunas pruebas complementarias habrán de ser repetidas tras 3-6 meses, para evitar los períodos ventana en casos de infecciones recientes, soslayar el efecto de la malnutrición y otras condiciones sobre la respuesta inmunitaria y comprobar el efecto recuperador sobre el desarrollo ponderoestatural y psicomotor de estos primeros meses.

Es necesario valorar de forma crítica las recomendaciones de cribado y pruebas complementarias que se van a realizar de forma sistemática adaptándolas a las pruebas objetivas disponibles, evitando las que resulten innecesarias⁽³⁹⁾. En tanto no se disponga de estudios amplios sobre niños adoptados en nuestro país algunos autores⁽⁴⁰⁾ han propuesto un protocolo de toma de datos y seguimiento clínico y analítico (Anexo 1).

ANEXO 1. Niños adoptados en el extranjero. Protocolo de recogida de información. Evaluación clínica, analítica y supervisión del desarrollo

Tabla de recogida de datos generales	1ª Visita	Visitas sucesivas*				
		2 m	4 m	6 m	12 m	24 m
A. Datos generales						
1. Nombre	X					
2. Fecha de nacimiento oficial	X					
3. Lugar de nacimiento (país, localidad)	X					
4. Sexo	X					
5. Fecha de llegada	X					
6. Edad en el momento de la llegada	X					
B. Familia adoptiva						
1. Madre/padre (1)						
a) Edad	X					
b) Ocupación/profesión	X					
c) Enfermedades	X					
2. Madre/padre (2)						
a) Edad	X					
b) Ocupación/profesión	X					
c) Enfermedades	X					
3. Hermano/a/s	X					
a)						
b)						
C. Antecedentes familia biológica						
1. Madre						
a) Edad	X					
b) Ocupación/profesión	X					
c) Enfermedades	X					
2. Padre						
a) Edad	X					
b) Ocupación/profesión	X					
c) Enfermedades	X					
3. Otros	X					
4. Causa de la entrega/abandono	X					
D. Gestación y parto						
1. Control de la gestación	X					
2. Incidencias durante la gestación	X					
3. Parto; en hospital o domicilio	X					
4. Incidencias durante el parto	X					
5. Peso RN	X					
6. Talla RN	X					
7. Perímetro cefálico RN	X					
8. Hallazgos perinatales	X					
9. Otros datos	X					
E. Otros antecedentes personales						
1. Lugares donde ha residido; familias, instituciones	X					
						.../...

ANEXO 1. Continuación

Tabla de recogida de datos generales	1ª Visita	Visitas sucesivas*				
		2 m	4 m	6 m	12 m	24 m
2. Enfermedades / problemas de salud						
a)	X					
b)	X					
3. Alimentación recibida	X					
F. Primera evaluación / ulteriores visitas*						
1. Fecha	X	X	X	X	X	X
2. Edad	X	X	X	X	X	X
3. Observaciones de la familia	X	X	X	X	X	X
4. Exploración física						
a) Peso	X	X	X	X	X	X
b) Talla	X	X	X	X	X	X
c) PC*	X	X	X	X	X	X
d) TA*	X			X		X
e) Hallazgos	X	X	X	X	X	X
5. Valoración nutricional	X	X	X	X	X	X
a) IMC						
b) Índice nutricional de Waterlow						
c) Perímetro braquial / PC						
d) Peso real x 100 / peso p50 de un niño de la misma talla						
6. Desarrollo puberal	X			X	X	X
a) Vello	X			X	X	X
b) Genitales/mamas	X			X	X	X
7. Desarrollo psicomotor para la edad	X	X		X	X	X
a) Global	X	X		X	X	X
b) Lenguaje	X	X		X	X	X
8. Adaptación social	X	X		X	X	X
9. Adecuación de la edad cronológica	X					
10. Actualización inmunizaciones	X	X	X	X	X	X
G. Pruebas complementarias generales*						
1. Hemograma	X					
2. Bioquímica sérica						
a) Glucosa	X					
b) Urea/creatinina	X					
c) TGO /TGP/GGT	X					
d) FA/Ca/P	X					
e) Proteínas totales/Albumina	X					
f) Fe/Ferritina	X					
3. Mantoux	X	X				
4. Orina						
a. Bioquímica	X					
b. Sedimento	X					
5. Heces: Parásitos	X					
						.../...

ANEXO 1. Continuación

Tabla de recogida de datos generales	1ª Visita	Visitas sucesivas*				
		2 m	4 m	6 m	12 m	24 m
6. Serologías séricas						
a. Virus de la hepatitis B	X	X				
b. Virus de la hepatitis C	X	X				
c. RPR para sífilis	X	X				
d. VIH		X				
7. Cribado endocrino-metabólico	X	Opc				
8. Función tiroidea	X	Opc				
H. Pruebas complementarias especiales*						
1. Estudio de hemoglobinopatías	Opc					
2. Urocultivo	Opc					
3. Coprocultivo	Opc					
4. Niveles de plomo en sangre	Opc					
5. Serología de hepatitis A	Opc					
6. Investigación de Plasmodium sp	Opc					
7. Serología de enfermedad de Chagas	Opc					
8. Otras	Opc					
I. Cribado sensorial*						
1. Visual	X		X			
2. Audición	X		X			
J. Derivación especialidades*						

*Ver tabla de observaciones y comentarios

X: obligado. Opc: opcional. m: meses. RN: recién nacido. PC: perímetro cefálico. BCG: vacuna anti-tuberculosis. HB: vacuna anti-hepatitis B. DTP: vacuna anti-difteria/tétanos/pertusis. DTPe: vacuna anti-DTP con el componente pertusis de células enteras. DTPa: vacuna anti-DTP con el componente pertusis purificado. TV: vacuna triple vírica. Hib: vacuna anti-*Haemophilus influenzae* tipo b. TA: tensión arterial. IMC: índice de masa corporal. TGO: transaminasa glutámico-oxalacética (AST). TGP: transaminasa glutámico-pirúvica (ALT). GGT: gamma-glutamil-transferasa. FA: fosfatasa alcalina. Ca: calcio. P: fósforo. VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Observaciones y aclaraciones

Primera evaluación: en la práctica incluye en general al menos 2 visitas. Una primera de toma de contacto, recogida de datos y petición de pruebas complementarias. Una segunda para ver resultados, completar la evaluación y programar el seguimiento.

Visitas sucesivas: se refiere al tiempo a contar desde la primera visita tras la llegada del niño a la familia adoptiva. El esquema propuesto es sólo tentativo y está basado en los intervalos óptimos para las eventuales revacunaciones. Las ulteriores visitas (después de los 2 años tras la llegada) pueden individualizarse y adaptarse al programa de supervisión de la salud para la población infantil general.

No se incluyen otras actuaciones concretas necesarias de determinados niños en función de los hallazgos o antecedentes individuales.

BIBLIOGRAFÍA

- España, primer país de la Unión Europea y segundo del mundo en adopciones internacionales. *El Mundo*. 28 de abril de 2005; Secc. Sociedad. [consultado el 17 abr 2006]. Disponible en www.elmundo.es/elmundo/2005/04/28/sociedad/1114696591.html
- Alfageme A. Sólo uno de cada cinco niños que se adoptan cada año es español. La mayoría de estos prohijados tiene más de tres años y problemas psíquicos o físicos. *El País*. 24 de agosto de 2005; Secc. Sociedad. [consultado el 17 abr 2006]. Disponible en www.elpais.es/articulo/elpporsoc/20050824elpepi-soc_3/Tes
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Dirección General de las Familias y la Infancia. *Adopciones Internacionales 1997-2004*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005. [consultado el 10 abr 2006]. Disponible en <http://sociales.mtas.es/SGAS/FamiliaInfanc/infancia/Adopcion/Adopcion.pdf>
- Hernández Merino Á. Niños procedentes de adopción internacional; niños con necesidades especiales, pero no niños especiales. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003; 5: 545-51.
- Valerio M. Los niños adoptados en el extranjero se adaptan bien. *El Mundo*. 25 de mayo de 2005; Secc. Sociedad. [consultado el 16 abr 2006]. Disponible en www.elmundo.es/elmundosalud/2005/05/24/pediatria/1116959752.html
- Corral Zabala M. Abandonados por segunda vez. *El País*. 20 de abril de 2005; Secc. Sociedad. [consultado el 17 abr 2006]. Disponible en www.elpais.es/articulo/cataluna/Abandonados/segunda/vez/elpepiatcat/20050620elpepiat_13/Tes/
- de Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez V, García López-Hortelano M, Hernández Merino Á, Lirio Casero J, Oliván Gonzalvo G. *Consenso en Adopción Internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios*. Madrid: CO-RA/Asociación Atlas en Defensa de la Adopción y el Acogimiento; 2005. [actualizado en febrero de 2006] [consultado el 10 abr 2006]. Disponible en www.coraenlared.org/contenidos/salud.htm

8. Hostetter MK, Iverson S, Thomas W, McKenzie D, Dole K, Johnson DE. Medical evaluation of internationally adopted children. *N Engl J Med* 1991; 325: 479-85.
9. Miller LC. Caring for internationally adopted children. *N Engl J Med* 1999; 341: 1539-40.
10. Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 135-40.
11. Miller LC. International adoption: infectious diseases issues. *Clin Infect Dis* 2005; 40: 286-93.
12. Núñez López A. Adopción: una mayor evaluación pediátrica. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2003; 5: 665-9.
13. de Aranzábal Agudo M, Cortés Lozano A, Fumadó Pérez V, García López-Hortelano M, Hernández Merino Á, Lirio Casado J et al. La salud en la adopción. Guía para familias. Madrid: CORA/ Asociación Atlas en Defensa de la Adopción y el Acogimiento; 2005. [actualizado en febrero de 2006] [consultado el 10 abr 2006]. Disponible en www.coraenlared.org/contenidos/salud.htm
14. Boone JL, Hostetter MK, Weitzman CC. The Predictive Accuracy of Pre-Adoption Video Review in Adoptees from Russian and Eastern European Orphanages. *Clin Pediatr* 2003; 42: 585-90.
15. Aronson J. Internacional Pediatric Health Services. Preparing for international travel. OrphanDoctor [Sitio en internet] [En línea] [Fecha de consulta 14/11/2005]. Disponible en www.orphandoctor.com/services/travel/index.html
16. WHO. The world health report 2005: make every mother and child count. [en línea] [consultado el 22 abr 2006]. Disponible en www.who.int/whr/2005/en/17. Staat MA. Infectious disease issues in internationally adopted children. *Pediatr Infect Dis J* 2002; 21: 257-8.
17. Staat MA. Infectious Disease Issues In Internationally Adopted Children. *Pediatr Infect Dis J* 2002; 21: 257-8.
18. Chen LH, Barnett ED, Wilson ME. Preventing diseases during and after international adoption. *Ann Inter Med* 2003; 139: 371-8.
19. Saiman L, Aronson J, Zhou J, Gómez-Duarte C, Pablo SG, Alonso M, et al. Prevalence of infectious diseases among internationally adopted children. *Pediatrics* 2001; 108: 608-12.
20. American Academy of Pediatrics. Pickering L, ed. Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2003.
21. Ashai-Khan FN, Rivera-Bennett MT, Nicpon JJ, Paul LE. H. Pylori Infection in internationally adopted children. *J Pediatr Gastroenterol Nut* 2004; 39 (Suppl 1): S255.
22. Miller LC, Kelly N, Tannemaat M, Grand RJ. Serologic prevalence of antibodies to helicobacter pylori in internationally adopted children. *Helicobacter* 2003; 8: 173-8.
23. García-Mauricio AA, Asensi Botet F, Arístegui Fernández J, Álvarez González F, del Castillo Martín F, García de Miguel MJ, y cols; Grupo de Trabajo de Tuberculosis de la Sociedad de Infectología Pediátrica (SEIP). Documento de consenso sobre el tratamiento de la exposición a tuberculosis y de la infección tuberculosa latente en niños. *An Pediatr (Barc)* 2006; 64: 59-65. [consultado el 21 abr 2006]. Disponible en <http://db.doyma.es/cgibin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pid=13083834>
24. Pediatric Tuberculosis Collaborative Group. Targeted tuberculin skin testing and treatment of latent tuberculosis infection in children and adolescents. *Pediatrics* 2004; 114: 1175-201. [consultado el 21 abr 2006]. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/114/4/S2/1175>
25. Mandalakas A, Starke JR. Tuberculosis screening in immigrant children. *Pediatr Infect Dis J* 2004; 23: 71-2.
26. WHO Vaccine Preventable Diseases Monitoring System 2005 Global summary. [actualizado el 8 oct 2005] [consultado el 20 abr 2006]. Disponible en www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/countryprofileselect.cfm
27. Miller LC, Comfort KPT, Kelly N. Immunization status of internationally adopted children. *Pediatrics* 2001; 108: 1050-1.
28. American Academy of Pediatrics. Inmunizaciones activas y pasivas. En: Pickering LK, ed. Red Book (Libro Rojo). Memoria del Comité de Enfermedades Infecciosas para 2003. 26 ed. México: Intersistemas; 2004. p. 1-107. [en línea] [consultado el 18 abr 2006]. Disponible en <http://aapredbook.aappublications.org/spanish/#SECCIONINMUNIZACIONESACTIVAYPASIVA>
29. Fumadó Pérez MV, Corretger Rauet JM. Vacunación de niños inmigrantes y adoptados internacionalmente. En: De Arístegui J, ed. Vacunaciones en el niño. De la teoría a la práctica. Bilbao: Ciclo Editorial SA; 2004. p. 829-33.
30. Bernaola Iturbe E, Giménez Sánchez F, Baca Cots M, de Juan Martín F, Díez Domingo J, Garcés Sánchez M, y cols. Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría. Calendario de vacunación de la Asociación Española de Pediatría: recomendaciones 2006. *An Pediatr (Barc)* 2006; 64: 74-7. [consultado el 18 abr 2006]. Disponible en www.vacunasaep.org/profesionales/calendarioaep.htm
31. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario de vacunaciones recomendado (aprobado el 29 de marzo de 2006). [consultado el 18 abr 2006]. Disponible en www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/docs/c2006.pdf
32. Ministerio de Sanidad y Consumo. Calendarios de vacunación recomendados en las comunidades autónomas. [consultado el 18 abr 2006]. Disponible en www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/infancia/vacunaciones/programa/vacunaciones.htm
33. Miller LC, Chan W, Litvinova A, et al. and the Boston-Muransk Orphanage Research Team. Fetal alcohol spectrum disorders in children residing in Russian orphanages: a phenotypic survey. *Alcohol Clin Exp Res* 2006; 30: 531-8.
34. Gronlund MA, Aring E, Hellstrom A, Landgren M, Stromland K. Visual and ocular findings in children adopted from eastern Europe. *Br J Ophthalmol* 2004; 88: 1362-7.
35. Miller LC, Kiernan MT, Mathers MI, Klein-Gitelman M. Developmental and nutritional status of internationally adopted children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149: 40-4.
36. Mason P, Narad C. Growth and pubertal development in internationally adopted children. *Curr Opin Endocrinol Diabetes* 2002; 9: 26-31.
37. WHO. The WHO Child Growth Standards. The WHO Multicentre Growth Reference Study (MGRS) [actualizado el 27 abr 2006] [consultado el 30 abr 2006]. Disponible en www.who.int/childgrowth/mgrs/en/
38. Stauffer WM, Maroushek S, Kamat D. Medical Screening of Immigrant Children. *Clin Pediatr* 2003; 42: 763-73.
39. Bakker J, Horsthuis K, Cobelens FJ, Beek F, Schulpen T. Value of routine chest radiography in the medical screening of internationally adopted children. *Acta Paediatr* 2005; 94: 366-8.
40. Hernández Merino A. El niño adoptado en el extranjero. Papel del pediatra de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2006; 8 (Supl. 2): S55-75.

Situación vacunal de niños procedentes de adopción internacional a su llegada a España

J. Lirio Casero¹, J. García Pérez¹, A.B. Jiménez Jiménez¹, C. Peñalver Rodríguez, A. De la Loma Danilova², F. De Ory Machón²

¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid. ²Centro Nacional de Microbiología. Instituto de Salud Carlos III, Madrid

RESUMEN

Muchas familias españolas han adoptado en los últimos años a niños que han nacido en otros países. Los niños adoptados internacionalmente son una población vulnerable ya que, habitualmente, proceden de naciones poco desarrolladas, con recursos sanitarios insuficientes. Alguna de las dudas que plantea la atención a este grupo de niños a su llegada tiene que ver con su situación vacunal y la decisión de iniciar o completar el calendario de inmunizaciones.

Para conocer la cobertura vacunal de los niños nacidos en el extranjero adoptados por familias españolas se realizó un estudio aleatorio retrospectivo incluyendo a 557 niños adoptados en Madrid entre los años 2000 y 2005. La edad media de los niños fue de 2,58 años \pm 2,24. Los resultados serológicos demostraron anticuerpos protectores frente a difteria en el 53% de los casos, tétanos: 54%, polio1: 79%, polio 2: 2,87%, polio 3: 82%, sarampión: 62%, rubéola: 35%, parotiditis: 28%

Palabras Clave: Pautas de inmunización; Vacunación; Adopción; Cuidados infantiles.

ABSTRACT

Many Spanish families have adopted children in the last years born in other countries. The children adopted internationally are a vulnerable population, habitually; they come from undeveloped nations, with insufficient sanitary resources. Attention to this group of children at arrival make some doubts like vacunal situation and the

need to initiate or to complete the immunization's schedule.

In order to know the vacunal cover to children adopted by Spanish families a retrospective random study including 557 adopted children was made in Madrid between years 2000 y 2005. The average age was 2,58 years \pm 2,24. The serologic test demonstrated protective antibodies to difteria in 53% of the cases, tétanos: 54%, polio1: 79%, polio 2: 2,87%, polio 3: 82%, measles: 62%, rubella: 35%, mumps: 28%

Key Words: Immunization schedule; Vaccination; Adoption, child care.

INTRODUCCIÓN

Muchas familias españolas han adoptado a niños que han nacido en otros países. Se trata de una nueva realidad que plantea un cúmulo de dificultades a las familias, riesgos sanitarios a los niños e incertidumbre por el desconocimiento de los antecedentes previos, incluyendo su situación vacunal.

Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, desde 1997 hasta 2004 han sido adoptados fuera de España por ciudadanos españoles 24.042 niños, con un crecimiento progresivo que ha pasado de 942 en 1997 a 5.541 en 2004⁽¹⁾. El interés por este tipo de adopciones es tal que en la actualidad nos hemos convertido en el segundo país del mundo que más niños adopta, solamente aventajados por los Estados Unidos.

Los niños adoptados internacionalmente son una población vulnerable ya que, habitualmente, proceden de países poco desarrollados, con recursos sanitarios insuficientes. La mayor parte de los niños adoptados en España han nacido en China, Rusia, Ucrania, Colombia y Bulgaria. Muchos de ellos pueden llegar sin informes de inmunizaciones infantiles o con cartillas de vacunación en las que fal-

Correspondencia: J. Lirio Casero. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Avda. Menéndez Pelayo 65. 28009 Madrid
email: jlirio.hnjs@salud.madrid.org
Recibido: Mayo 2007

TABLA 1. Distribución por continentes

Continente	Número de niños	Edad	Sexo (niño/niña)
Europa Oriental	182 (32,7%)	3,18 ± 1,80	1,8 : 1
América Latina	28 (6,8%)	3,73 ± 2,63	1,3 : 1
Asia	255 (45,8%)	1,55 ± 1,17	1 : 14,8
África	13 (2,3%)	1,77 ± 1,22	1,7 : 1

TABLA 2. Rangos de edad

Rangos de edad	China	Rusia
< 2 años	207 (85,9%)	27 (23,9%)
2-5 años	31 (12,9%)	73 (64,6%)
> 5 años	1 (0,4%)	8 (7,1%)

tan datos relevantes, como la fecha y el lote de las diferentes dosis. A eso hay que añadir otras dificultades que alteran el estado de inmunización, como la pérdida de la cadena del frío, la administración de dosis caducadas, de forma incorrecta o por vías distintas a las habituales. Por otra parte, muchas de las pautas de vacunación de estos países difieren de las españolas, complicando aún más la valoración que los pediatras españoles deben hacer a su llegada en la primera consulta postadoptiva.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio aleatorio retrospectivo incluyendo a 557 niños procedentes de adopción internacional que fueron atendidos en la Unidad de Pediatría Social del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús entre los años 2000 y 2005. El objetivo inicial de estas valoraciones era comprobar el estado de salud, iniciar medidas para prevenir enfermedades transmisibles y aliviar la ansiedad parental⁽²⁾.

En esa primera evaluación se recogieron datos demográficos incluyendo el país de origen, región, fecha de nacimiento, fecha de la llegada a España, fecha de la primera consulta, sexo y fecha de administración de las diferentes dosis de vacuna recibidas en el país de origen frente a difteria, tétanos, polio, sarampión, rubéola y parotiditis. Junto con una completa anamnesis y exploración física, analítica (sangre, orina y heces) y radiografía de tórax y de muñeca/ tobillo, se realizó estudio serológico para conocer el estado de inmunización previa frente a difteria, tétanos, poliovirus 1, poliovirus 2, poliovirus 3, sarampión, rubéola y parotiditis mediante el envío de una muestra de suero a un laboratorio de referencia (Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid).

El objetivo del trabajo fue conocer la cobertura vacunal de los niños nacidos en el extranjero adoptados por familias españolas.

Se consideró que un niño presentaba valores protectores frente a difteria y tétanos con una titulación > 0,1 UI por técnica de hemoaglutinación pasiva o > 0,4 UI por método ELISA. Para el caso del sarampión, rubéola y parotiditis se empleó técnica ELISA: los resultados fueron notificados simplemente como positivos (previa repetición del test) o negativos. En la determinación frente a poliovirus 1, 2 y 3 se realizó técnica de neutralización, considerando positiva cualquier titulación igual o superior a 1/2. Fueron descartados del estudio serológico para difteria, tétanos, tos ferina y polio todos los menores de 6 meses; y para el estudio a sarampión, rubéola y parotiditis todos los menores de 12 meses.

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) para Windows versión 11.0 (SPSS Inc., Chicago, 2000).

RESULTADOS

La edad media de los niños que entraron en el estudio fue de 2,58 años ± 2,24, el 51% fueron menores de 2 años y el 29% tenían una edad comprendida entre 2 y 5 años. Sólo el 20% tenían más de 5 años.

- **Género:** el 65 % correspondieron a niñas, no se contabilizaron 9 casos en los que no figuraba el sexo, ni pudo deducirse al tratarse de nombres chinos.
- **Distribución por áreas geográficas:** la media de edad fue superior en los países de América Latina y Europa Oriental (3,18 ± 1,80 y 3,73 ± 2,63, respectivamente) y menor en países de Asia y África (1,55 ± 1,17 y 1,77 ± 1,22) (Tabla 1). Los niños adoptados de menor edad fueron los procedentes de China, (1,40 ± 0,83), siendo el 86% menores de 2 años (Tabla 2). En la Federación Rusa la edad media fue de 3,11 ± 1,60, siendo el 24% de los niños menores de 2 años y el 65 % con edades comprendidas entre 2 y 5 años. La distribución de sexos fue diferente según el continente de origen, predominando el sexo masculino en Europa Oriental (1,8:1) y África (1,8:1), y el sexo femenino en Asia (1:14,8) por el gran peso estadístico de las niñas adoptadas chinas.

TABLA 3. Distribución por países

Países	Número de niños	Edad	Sexo (niño/niña)
China	241 (43,3%)	1,39 ± 0,83	1 : 17,4
Rusia	113 (20,3%)	3,11 ± 1,61	2,4 : 1
Ucrania	32 (5,7%)	3,02 ± 2,21	1 : 1
Bulgaria	23 (4,1%)	3,75 ± 2,03	1,9 : 1
Rumanía	13 (2,3%)	3,35 ± 1,92	1 : 1,2
Bolivia	11 (2%)	2,44 ± 1,63	1,7 : 1
Colombia	11 (2%)	5,61 ± 2,86	1,7 : 1
India	10 (1,8%)	4,62 ± 2,54	1 : 2,3
Marruecos	7 (1,3%)	1,74 ± 0,40	4 : 1

TABLA 4. Cobertura vacunal (%)

	Difteria	Tétanos	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Rubéola	Sarampión	Parotiditis
Europa Oriental	59,9	63,7	85,7	89,6	85,7	54,9	66,5	40,1
Rusia	57,5	59,3	92,0	97,3	92,9	55,8	69,0	42,5
Ucrania	53,1	65,6	84,4	84,4	78,1	65,6	62,5	34,4
Bulgaria	65,2	69,6	69,6	69,6	69,6	56,5	69,6	39,1
Rumanía	84,6	84,6	69,2	76,9	76,9	23,1	53,8	38,5
América Latina	57,9	57,9	78,9	84,2	76,3	78,9	63,2	68,4
Bolivia	18,2	54,5	72,7	90,9	63,6	81,8	45,5	45,5
Colombia	90,9	72,7	90,9	90,9	90,9	81,8	81,8	81,8
Asia	44,3	45,5	75,3	86,7	80,4	13,3	58,0	9,0
China	43,6	44,4	75,9	87,1	80,9	11,2	58,5	7,1
India	80,0	80,0	70,0	60,0	60,0	50,0	50,0	40,0
África	46,2	69,2	76,9	100,0	76,9	15,4	69,2	15,4
Marruecos	57,1	71,4	85,7	100,0	85,7	14,3	85,7	14,3

La mayoría de los niños procedían de China, Federación Rusa, Ucrania, Bulgaria, Rumanía, Bolivia, Colombia, India y Marruecos (Tabla 3). Los siguientes países: Etiopía, Nepal, Perú, Guatemala, Salvador, Méjico, Brasil, República Dominicana, Ecuador, Guinea Ecuatorial, Haití, Honduras, Hungría, Kazajstán y Madagascar representaron < 1%. En un 12% no constaba el país de procedencia.

Los resultados serológicos demostraron anticuerpos protectores frente a difteria en el 53% de los casos, tétanos: 54%, polio 1: 79%, polio 2: 87%, polio 3: 82%, sarampión: 62%, rubéola: 35%, parotiditis: 28%. La distribución por áreas geográficas y países más frecuentes puede verse en la tabla 4.

DISCUSIÓN

En la última década y, más concretamente desde la ratificación del Convenio de La Haya por nuestro país en 1995,

el fenómeno de la adopción internacional por ciudadanos españoles se ha incrementado de una manera espectacular, de tal forma que, en la actualidad, somos la segunda nación del mundo en número de adopciones internacionales, por detrás de los Estados Unidos de América. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales⁽¹⁾, el total de niños adoptados en nuestro país en el período 1997-2004 ha sido de 24.042 procedentes de 49 países, aunque seis de ellos (China, Federación Rusa, Colombia, Ucrania, Rumanía e India) suponen el 78% del total. Datos similares se recogen en nuestro estudio, donde se mantiene la hegemonía de China y Federación Rusa como las 2 primeras naciones de origen de las adopciones y aparece Bulgaria dentro de los 6 primeras más frecuentes en sustitución de India. Estas pequeñas divergencias podrían ser explicadas por las diferentes áreas de acreditación de las ECAIs afincadas en nuestra Comunidad Autónoma.

En ciertas ocasiones, elegir un país implica también seleccionar el sexo del niño. Eso es particularmente patente en China, donde la inmensa mayoría de los niños adoptados son de sexo femenino. Esta circunstancia no es más que un reflejo de la realidad social del país, en el que la política de “un solo hijo” y las preferencias culturales por los descendientes varones favorecen el abandono masivo de niñas⁽³⁾, especialmente en las áreas rurales. La corta edad de las niñas procedentes de China (casi el 90% de las que llegaron a nuestra consulta tenían menos de 2 años) se justifica porque en este país los niños suelen ser abandonados poco después del nacimiento y por la relativa agilidad en los trámites burocráticos de preasignación en contraste con otros países, como la Federación Rusa en la que, según nuestros datos, la mayor parte de los niños se situaban en la franja entre 2 y 5 años.

Algunos de los problemas detectados en el grupo de adoptados han sido la ausencia de certificados oficiales de vacunación (en un 61-65% de los casos, especialmente cuando los niños procedían de Rusia y China)^(4,5) o la administración de vacunas con un calendario incorrecto o incompleto⁽⁶⁾ ya que los países de origen frecuentemente utilizan pautas de vacunación que difieren de las nuestras. Las principales diferencias se encuentran en el tipo de vacunas utilizadas, la edad recomendada de administración, el número de dosis y el intervalo entre las mismas. En los procedentes de Europa del Este, Rusia y China, se ha observado que hasta en el 5% de los casos se certifica la administración de una o más vacunas antes de la fecha en que nació el menor⁽⁷⁾. En ocasiones puede aparecer una anotación para la vacuna triple vírica cuando en realidad sólo se ha administrado la vacuna monoantigénica contra el sarampión⁽⁵⁾.

Otras circunstancias, como la mala técnica de punción o los problemas en la conservación de la cadena del frío, se han invocado como causa de los bajos niveles de protección en China y Rusia^(8,9). También hay que tener presente que muchos niños pueden no haber desarrollado una respuesta adecuada a todas o algunas de las vacunas administradas como consecuencia de la malnutrición, que está presente en cerca del 20% de los casos⁽¹⁰⁾.

Esta situación de infrainmunización puede favorecer la aparición de casos de tos ferina, sarampión o rubéola en niños adoptados^(11,12) que pueden provocar pequeños brotes en sus contactos: la familia adoptiva, los representantes de las agencias de adopción, personal de las embajadas, tripulantes y pasajeros de los vuelos.

Como medida cautelar, muchos especialistas proponen la revacunación de todos los niños recién adoptados a su llegada al país de destino⁽¹³⁾, pero en España no disponemos de datos propios de cobertura vacunal de esta población, y los publicados en revistas americanas pueden diferir por referirse a regiones distintas dentro de países de gran extensión, como es el caso de la Federación Rusa o la Repú-

blica Popular China. A tal efecto, revisamos los títulos de anticuerpos frente a difteria-tétanos (DT), polio, sarampión-rubéola-parotiditis (SRP) de 557 niños adoptados que habían acudido a nuestra consulta en los últimos 6 años.

Dentro de los objetivos de nuestro estudio, no figuraba contrastar los datos serológicos con los informes de vacunación preadoptivos ya que algunos trabajos sugieren que, de haberlos, sólo el 9% de dichos calendarios estarían al corriente comparados con las pautas de vacunación americanas⁽¹⁴⁾. Tampoco se tomó en consideración si antes de la adopción los niños habían vivido en alguna institución (orfanato, hospital, etc.) o en un sistema de acogimiento familiar, ya que en anteriores publicaciones no se encontraron diferencias en la validez de la inmunización en ambas situaciones⁽¹⁵⁾.

Dos estudios similares sobre niños adoptados procedentes de la República Popular China, Federación Rusa y otros países del Este de Europa, revelaron que menos del 40% (rango entre el 17 y el 88%) de los niños con 3 dosis de DTP documentadas tenían niveles protectores contra la toxina difterotetánica^(16,17). Nuestros datos, y a pesar de incluir niños sin calendario de vacunación preadoptivo conocido, arrojan cifras ligeramente superiores pero claramente insuficientes, en torno al 44% de protección difterotetánica para China, y cerca del 60% para el conjunto de países de Europa Oriental. Destacan, sin embargo, los mayores porcentajes de protección (85%) para el caso de Rumanía.

Otro estudio que valoraba anticuerpos frente a la toxina de difteria y tétanos en 51 niños de similares procedencias y con evidencia de haber recibido al menos dos dosis de DTP encontró protección básica frente a difteria en el 100% de los casos (ELISA > 0,01 UI/ml), protección completa antidiférica en el 94% (ELISA > 0,1 UI/ml) y protección completa frente a tétanos (ELISA > 0,5 UI/ml) en el 84%. Entre los niños sin niveles protectores para la toxina antitetánica, todos menos uno habían recibido al menos 3 dosis de vacuna y la mayoría de las concentraciones no protectoras correspondían a la categoría de protección indeterminada con niveles por ELISA de 0,05 a 0,49 UI/ml⁽¹⁸⁾. Una explicación para las diferencias entre estos estudios sería la técnica de laboratorio empleada, ya que la hemoaglutinación tiende a subestimar la protección⁽¹⁹⁾. En nuestro caso, parte de los niños fueron analizados mediante ELISA, concretamente aquellos estudios realizados a partir de octubre de 2003, momento en el que cambió la técnica nuestro laboratorio de referencia, lo que podría justificar la discreta diferencia de protección a nuestro favor frente a los trabajos de Hostetter y Johnson. Además se consideraron niveles protectores por ELISA para difteria-tétanos aquellos superiores a 0,4 UI/ml.

Aunque no se comprobó el número de dosis de vacunas puestas según registros oficiales se excluyeron, en los datos de cobertura vacunal frente a toxoide difterotetánico, aque-

TABLA 5. Calendario vacunal en los principales países de origen de adopción internacional (año 2004)

Países	DTP	Polio	DT	SRP
China	3, 4, 5 meses y 18/24 meses	2,3,4 meses y 4 años	7 años	8 meses ^a 7 años ^a
Rusia	3, 4, 5, 6, 18 meses	3, 4, 5, 6, 18, 20 meses y 14 años		12 meses 6 años 13 años ^b
Ucrania	3, 4, 5, 6, 18 meses	3,4,5,18 meses, 3,6,14 años	6 años	12/15 meses 6 años 15 años ^{b+c}
Bulgaria	2, 3, 4 meses y 2 años	2, 3, 4, 14, 22 meses y 7 años	7 años	13 meses 12 años
Rumanía	2, 4, 6, 12, 30/35 meses	2, 4, 6 meses y 9 años	7,14 años	12/15 meses 7 años ^a
Bolivia	2, 4, 6 meses	2, 4, 6 meses		1 año
Colombia	2, 4, 6, 18 meses y 5 años	0, 2, 4, 6, 18 meses y 5 años		1 año 5 años

Fuente: OMS-UNICEF. a: vacuna monoantigénica antisarampionosa. b: vacuna monoantigénica frente a rubeola. c: vacuna monoantigénica frente a parotiditis.

llos niños de menos de seis meses, concedores de que la pauta habitual de vacunación en China y Federación Rusa incluye 3 dosis de DTP + Polio antes de los 6 meses de edad (Tabla 5)⁽²⁰⁻²⁶⁾. Del mismo modo, se eliminaron los datos de cobertura vacunal frente a sarampión, rubéola y parotiditis a los menores de 12 meses, para evitar la interferencia de resultados con los anticuerpos maternos.

Por lo que concierne a otros países de procedencia no existen trabajos publicados debido al número limitado de niños adoptados de estas zonas aunque, en general y teniendo en cuenta la aparente validez de los informes médicos que les acompañan, se tiende a aceptar como válidas las cartillas de vacunación, especialmente las que proceden de América Latina, India y Vietnam⁽⁷⁾. Nuestro trabajo tampoco aporta gran información ya que el número de pacientes de estos países minoritarios parece escaso para inferir conclusiones.

Respecto de la protección frente al sarampión, rubéola y parotiditis se observó en un estudio realizado sobre 70 adoptados⁽²⁷⁾ que muchos habían perdido la inmunidad frente a polio, rubéola y parotiditis, pero que el 90% estaban bien protegidos contra el sarampión. No consta la metodología de la titulación de anticuerpos empleada. Nuestro trabajo ha encontrado unos niveles de protección muy bajos frente a rubéola y parotiditis, que llega a ser del 7% y 11%, respectivamente, en el caso de niños chinos, y cercano al 62% de protección frente al sarampión en el global de países.

Los resultados serológicos de los niños procedentes de China no deberían sorprendernos ya que, según los datos de inmunización recogidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽²⁰⁾, en este país sólo se administra la vacuna monovalente sarampionosa y se hace a los 8 meses.

A la vista de estos datos creemos recomendable repetir la inmunización a todos estos niños ya que, en general, se considera una práctica segura. No obstante, atendiendo las orientaciones del *Advisory Comitee on Immunization Practices (ACIP)* que recomienda no administrar más de 6 dosis de toxoide diftérico y tetánico antes de los 7 años⁽²⁸⁾, consideramos una estrategia razonable realizar estudios serológicos en aquellos niños mayores de 18 meses a su llegada y/o con más de 4 dosis de vacuna DTP anotadas en los informes médicos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, Dirección General de las Familias y la Infancia. Adopciones Internacionales 1997-2004. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005. [Sitio en Internet] [En línea] [Fecha de consulta, 28/03/2006]. Disponible en <http://www.mtas.es>
2. Committee on Early Childhood, Adoption and Dependent Care. Initial medical evaluation of an adopted child. *Pediatrics* 1991; 88: 642-4.
3. Miller L, Hendrie N. Health of Children Adopted From China. *Pediatrics*.2000;105(6). [Sitio en Internet] [En línea] [Fe-

- cha de consulta, 28/03/2006]. Disponible en www.pediatrics.org/cgi/content/full/105/6/c76
4. Meropol S. Health status of pediatric refugees in Buffalo NY. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149: 887-92.
 5. Schulte JM, Maloney S, Aronson J, San Gabriel P, Zhou J, Saiman L. Evaluating acceptability and completeness of overseas immunizations records of internationally adopted children. *Pediatrics*.2002;109:E22. [Sitio en Internet] [En línea] [Fecha de consulta 28/03/2006]. Disponible en www.pediatrics.org/cgi/content/full/109/2/e22
 6. Oliván Gonzalvo G. Adopción internacional: guía de informaciones y evaluaciones médicas. *An Esp Pediatr*. 2001; 55: 135-40.
 7. De Aranzábal M, Cortés A, Fumadó V, García López-Hortelano M, Hernández Merino A, Lirio J, et al. Consenso en Adopción internacional. Guía para pediatras y otros profesionales sanitarios. Madrid: CORA, Asociación Atlas en Defensa de la Adopción; 2006.
 8. García Pérez J. Vacunaciones en niños inmigrantes y adoptados. En: Comité Asesor de Vacunas de la AEP. Manual de vacunas en Pediatría 2005. 3ª Edición. Madrid: AEP; 2005. p. 752-69.
 9. Miller LC, Comfort K, Kely N. Immunization status of internationally adopted children. *Pediatrics* 2001; 108: 1050-1.
 10. De Aranzábal M. Inmigración: Indicadores de nutrición y crecimiento. *An Pediatr* 2003; 58(3): 236-40.
 11. Pertussis in an infant adopted from Russia-May 2002. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2002; 51: 394-5.
 12. Jenista J, Chapman D. Medical problems of foreign-born adopted children. *Am J Dis Child* 1987; 141: 298-302.
 13. American Academy of Pediatrics. Active and passive immunization. En: Pickering KL, ed. 2000 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases. 25th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2000: 27.
 14. Chen L, Barnett E, Wilson M. Preventing infectious diseases during and after international adoption. *Ann Intern Med* 2003; 139: 371-8.
 15. Garás M. Intervalos de administración de vacunas. En Manual de Vacunas en Pediatría, Comité Asesor de Vacunas de la Sociedad Española de Pediatría, 3ª Ed, Madrid, 2005. p. 97-104.
 16. Hostetter MK, Johnson DE. Immunization status of adoptees from China, Russia, and Eastern Europe. *Pediatr Res* 1998; 43: 147A.
 17. Johnson D. Post-arrival evaluation of international adoptees. Abstract presented at the 6th Conference of the International Society of Travel Medicine; Montreal, Canada 1999.
 18. Staat MA, Daniels D. Immunization verification in internationally adopted children [Abstract]. *Pediatr Res* 2001; 49(4): 468^a.
 19. Kriz B, Burian V, Sladky K, et al. Comparison of titration results of diphtheric antitoxic antibody obtained by means of Jensen's method and the method of tissue cultures and haemagglutination. *J Hyg Epidemiol Microbiol Immunol* 1978; 22: 485-93.
 20. WHO: Vaccines and biologicals global 2004 Summary country profile. Immunization profile China. [Sitio en Internet] [En línea] [Fecha de consulta 28/03/2006]. Disponible en ww.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/country-profileresult.cfm?C='chn'
 21. WHO: Vaccines and biologicals global 2004 Summary country profile Immunization profile Russian Federation. [Sitio en internet] [En línea] [Fecha de consulta 28/03/2006]. Disponible en ww.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/country-profileresult.cfm?C='rus'
 22. WHO: Vaccines and biologicals global 2004 Summary country profile Immunization profile Ukraine. [Sitio en Internet] [En línea] [Fecha de consulta, 28/03/2006]. Disponible en ww.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/country-profileresult.cfm?C='ukr'
 23. WHO: Vaccines and biologicals global 2004 Summary country profile Immunization profile Bulgaria. [Sitio en Internet] [En línea] [Fecha de consulta, 28/03/2006]. Disponible en ww.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/country-profileresult.cfm?C='bgr'
 24. WHO: Vaccines and biologicals global 2004 Summary country profile Immunization profile Romania. [Sitio en Internet] [En línea] [Fecha de consulta, 28/03/2006]. Disponible en ww.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/country-profileresult.cfm?C='rou'
 25. WHO: Vaccines and biologicals global 2004 Summary country profile Immunization profile Bolivia. [Sitio en Internet] [En línea] [Fecha de consulta, 28/03/2006]. Disponible en ww.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/country-profileresult.cfm?C='bol'
 26. WHO: Vaccines and biologicals global 2004 Summary country profile Immunization profile Colombia. [Sitio en Internet] [En línea] [Fecha de consulta, 28/03/2006]. Disponible en ww.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/country-profileresult.cfm?C='col'
 27. Miller L, Comfort K, Kelly N. Immunization status of internationally adopted children. Abstract presented at the 7th Conference of the International Society of Travel Medicine; May 27-31, 2001; Innsbruck, Austria.
 28. Update: vaccine side effects, adverse reactions, contraindications, and precautions: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1996; 45(RR-12): 1-35.

Adopciones rotas: el peligro de un nuevo maltrato

A. Berástegui Pedro-Viejo

*Doctora en Psicología. Instituto Universitario de la Familia.
Universidad Pontificia Comillas*

RESUMEN

La adopción internacional es una medida de protección para los menores a los que no se les puede ofrecer una familia en sus países de origen. A pesar de que la mayoría de las adopciones son exitosas, en un pequeño porcentaje la inadaptación familiar conduce a la ruptura de la adopción. El objetivo del artículo es analizar las principales quejas de los padres adoptivos frente a la ruptura de la adopción que quedan reflejadas en los expedientes en una muestra de 23 adopciones rotas o en riesgo de romperse, en comparación con un grupo equiparado de 28 adopciones intactas. Las quejas que discriminaron las adopciones rotas o en riesgo estuvieron relacionadas con la ausencia de vínculo entre padres e hijos y los problemas para establecer y aceptar los límites y las normas, junto con la sensación de la familia de haber sido engañados en el proceso. Se discute la relevancia de estos datos para los servicios adoptivos.

Palabras Clave: Adopción; Ruptura; Fracaso; Protección infantil; Riesgo.

ABSTRACT

International adoption is a child protection measure for those children that can't find a family in their countries of origin. Most of the adoptions are successful but, in a small percentage, the family inadaptation leads to the disruption adoption. The aim of this paper is to analyse the adoptive parents complaints reflected in the case records, in a sample of 23 at risk or disrupted adoptions in comparison with a matched group of 28 intact adoptions. The com-

plaints that discriminated at risk or disrupted adoptions were related to the attachment difficulties between parents and children and the problems to settle down and to accept norms and limits together with the feeling of the family of having been deceived in the process. The relevance of these findings for the adoption services is discussed.

Key Words: Adoption; Disruption; Failure; Child protection; Risk.

INTRODUCCIÓN

La adopción internacional es una medida de protección infantil que, si bien no se puede considerar una solución estructural a los problemas de la infancia en el mundo, puede servir de recurso para que los niños a los que no se puede ofrecer una familia en sus países de origen tengan una adecuada protección, mientras por otros cauces se asegura la capacidad de los países de proteger a sus niños.

Para que esta solución sea efectiva, es imprescindible contar con todas las garantías posibles de que la familia que se asigna a cada menor va a ofrecerle un entorno estable, cálido, responsivo y socializador, estableciendo así las bases para que se curen las heridas que la privación, especialmente la privación afectiva, ha podido dejar en los niños.

La mayoría de los estudios apuntan a que un 75-80% de las familias que han adoptado internacionalmente en España están contentas y satisfechas con la experiencia adoptiva, y consideran que sus hijos se han adaptado correctamente a la nueva situación (Berástegui, 2005; Palacios, Sánchez-Sandoval y León, 2005). Sin embargo, en un porcentaje más reducido de casos la adaptación se hace más compleja o no llega a producirse sin ayuda profesional externa y en algunos de estos casos el sistema llega al extremo de romperse frustrando las necesidades de los niños y los deseos de las familias.

El hecho de que la ruptura de la adopción sea poco frecuente no obsta para que el conocimiento de esta rea-

Correspondencia: A. Berástegui Pedro-Viejo. Universidad Pontificia Comillas.

correo electrónico: a.berastegui@iuf.upcomillas

Recibido: Mayo 2007

REV ESP PEDIATR 2007; 63(4):314-321

lidad sea imprescindible. Cada caso de ruptura supone una realidad traumática para la familia y en especial para el niño cuyo interés debe ser “*la consideración primordial*” (CDN, 1989, art. 21), razón por la que tenemos el imperativo ético y jurídico de no cerrar los ojos a estas situaciones que no solo frustran el éxito de esta medida, sino que dificultan enormemente el éxito de futuras soluciones familiares para el menor. Al fin y al cabo, la ruptura de la adopción no es, ni más ni menos, que una forma de abandono que se produce, además, en menores que ya han sido víctimas de un abandono previo y para los que la adopción pretendía ser una solución protectora definitiva.

En segundo lugar, la adopción internacional se está dando en nuestro país de un modo explosivo, acompañada de una cultura de la adopción poco realista y que desoye las señales de alarma que provienen de países con más experiencia en esta cuestión (Berástegui, 2006). La investigación internacional advierte que, llegados a la adolescencia, un importante porcentaje de adoptados internacionales son internados en instituciones psiquiátricas o residencias de protección, después de muchos años de convivencia, sin que se haya establecido, en muchos casos, un vínculo estable con su familia adoptiva (Hoksbergen, Spaan y Wardenburg, 1988). Por ello, la vigilancia activa de esta realidad será garantía de la capacidad de nuestro sistema de protección de anticipar, tanto los problemas como las soluciones.

Por último, fijar la vista en las adopciones en las que la inadaptación es extrema puede darnos pistas para el trabajo con el resto de las familias, la prevención del riesgo y la promoción de una mayor adaptación, especialmente aquellas que están más necesitadas de apoyo.

Los datos aquí expuestos forman parte de una investigación realizada en colaboración con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF) y generosamente publicada por el Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid (Berástegui, 2003).

La población objeto de estudio la formaron aquellas adopciones que habían sido truncadas y aquellas que se consideraban en grave riesgo de serlo entre el total de adopciones internacionales de la Comunidad de Madrid. Fueron los técnicos de seguimiento del área de adopciones del IMMF los encargados de localizar de entre las familias a las que habían realizado el seguimiento: 1. aquellas familias adoptivas cuya convivencia con el menor adoptado se ha visto interrumpida de un modo presumiblemente definitivo* (adopción “truncada” o adopción “rota”)** y 2. aquellas familias adoptivas que estaban experimentando una situación prolongada de dificultad en la convivencia que ponía en peligro el bienestar del menor y/o su integración en la familia y que, a juicio de los profesionales, necesitarían recibir apoyos o intervencio-

nes profesionales externas para mantener la convivencia con el menor adoptado (adopción “en riesgo”). Se identificaron diez expedientes truncados y ocho en riesgo de un total de 23 niños***. En la actualidad se ha comprobado como la convivencia familiar se rompió en la totalidad de los casos y sólo en uno de ellos se pudo restablecer con apoyo terapéutico tras más de un año de ingreso del menor en un centro de protección. Estas cifras situaron la tasa de ruptura en un 1,5% del total de las adopciones internacionales que se produjeron entre 1997 y 1999 en consonancia con los datos de Palacios y cols. (2005) que sitúan la tasa de ruptura a nivel nacional en el 1% de las adopciones en el mismo período.

Para valorar la importancia de estos datos hay que tener en cuenta que estamos hablando de rupturas más o menos inmediatas. Los menores cuyas adopciones se rompieron convivieron con su familia adoptiva durante un período de tiempo que varió desde un mes hasta cinco años y cuatro meses, pero la media se situó en 15,45 meses y el 54,5% de las adopciones que se rompieron lo hicieron durante los 12 primeros meses de convivencia adoptiva. La experiencia española en adopción es demasiado reciente como para poder valorar la ruptura a medio y largo plazo de las adopciones de la que nos previene la investigación internacional. Por ejemplo, en el estudio llevado a cabo en Holanda a finales de los años ochenta, la ruptura de la adopción se producía, de media, tras casi ocho años de convivencia entre el menor y la familia, generalmente coincidiendo con la entrada del menor en la adolescencia (Hoksbergen y cols., 1998).

En este artículo nos centraremos en analizar, dentro de los casos de ruptura previamente detectados, cuáles fueron las principales causas de conflicto para los padres durante su adaptación como familia adoptiva, a través de las quejas que estos plantearon a lo largo de los seguimientos o, específicamente, en comparencias o cartas dirigidas al IMMF. Estas quejas nos dan cuenta de las ex-

*Esta interrupción se realiza por el ingreso del niño en una institución residencial por parte de los padres o a través de un expediente de tutela de Comisión de Tutela del Menor (CTM) abierto por iniciativa del IMMF o a petición de los padres.

**El término de adopción truncada pretende ser una traducción del término anglosajón “disrupted” a pesar de que este término se refiere, por lo general, al cese de la convivencia familiar durante el período preadoptivo que, en adopción internacional, se suprime para casi todos los casos. El término adopción rota también puede llevar a engaño, ya que tan solo se rompe la convivencia familiar entre la familia y el niño, mientras que el vínculo jurídico sigue intacto ya que la adopción en España es irrevocable.

***Un solo expediente puede contener información relativa a una adopción múltiple y, por tanto, referente a más de un menor.

pectativas que con más frecuencia se vieron rotas en el proceso de adopción y adaptación del menor y de aquellas expectativas que, de romperse, ponen en peligro la estabilidad de la adopción.

En la investigación internacional precedente se han intentado encontrar temáticas y patrones comunes en el modo en que los padres vivían la ruptura de la adopción. Schmidt, Rosenthal y Bombeck (1988) realizan un estudio cualitativo a través de entrevistas semiestructuradas en profundidad a 15 familias que habían adoptado niños con necesidades especiales. Del análisis de las entrevistas extrajeron seis temas importantes de los que los problemas de apego, los diferentes problemas conductuales de los menores y las expectativas de los padres de tener un niño menos difícil fueron los más relevantes, junto con la dificultad del niño de separarse de la familia biológica, los temas irresueltos relacionados con la infertilidad, las lagunas en la historia del menor y la importancia de la experiencia y del apoyo prestado por el trabajador que llevó su caso.

En el estudio de Harper (1994) también se presentan las razones dadas por las familias frente al truncamiento de la adopción, entre las que se encontraban la ausencia o insuficiencia de información, la falta de relación del menor con los padres, el hecho de que el menor no encajara en la familia y el carácter opositivo y agresivo de los menores, seguidas de la sensación de que el niño era mayor, no era el niño para el que estaban preparados o de los problemas en la relación de apego con los padres adoptivos. Una familia mencionó como causa de ruptura que el primer encuentro con el niño fue negativo, lo que empañó el establecimiento de toda la relación posterior.

En este sentido, Quinton, Rushton, Dance y Mayers (1998) encuentran que la falta de calidez o simpatía de los padres hacia el niño, medida tan solo un mes después del inicio de la convivencia era una variable que podía predecir con bastante éxito la ruptura de la adopción antes de un año. Esta ruptura puede resultar de la indiferencia o el rechazo del niño frente a los esfuerzos iniciales de la familia por darle afecto, pero también da cuenta de la falta de preparación de la familia para estas reacciones de los menores, que rompen con sus expectativas acerca de la posible adaptación del menor (Barth y Miller, 2000).

La principal dificultad de estas investigaciones es que siguen un enfoque puramente cualitativo, sin tratar de discriminar hasta qué punto estas quejas aparecen solo en los casos de ruptura o son problemáticas comunes en la adopción que, en algunos casos, aparecen como causa alejada de ruptura. Por ello, en nuestra investigación tratamos de comparar el grupo de adopciones rotas con un grupo de expedientes equiparados en edad, sexo y país para analizar qué situaciones podían discriminar de un

modo más claro entre las familias en riesgo de ruptura y las familias en proceso de adaptación.

MÉTODO

Muestra

La muestra del estudio estaba formada por el total de las adopciones internacionales finalizadas con anterioridad a 1999 y calificadas por los profesionales como truncadas o en riesgo inmediato de ruptura antes de enero del 2000 (N = 23).

El grupo de comparación estaba formado por 28 adopciones intactas elegidas de manera aleatoria de entre los expedientes de adoptados con 6 ó más años entre 1997 y 1999 y cuyo proceso se consideraba "sin significación especial" (SSE), es decir, la convivencia familiar seguía intacta y no se había detectado especial riesgo en los seguimientos. La elección del grupo de comparación de entre los adoptados con más de 6 años se debió a la mayor incidencia de rupturas entre los adoptados a partir de esta edad. A pesar de que la tasa de ruptura se situó en el 1,5% de las adopciones, entre los mayores de 6 años alcanzó el 6,7% y el 83,4% de los niños cuyas adopciones se rompieron tenían seis o más años en el momento de su adopción.

Para formar el grupo de comparación tratamos de equiparar las variables país y sexo, de manera que escogimos aleatoriamente de entre el grupo de mayores de 6 años adoptados en los distintos países, tantos expedientes como habíamos encontrado en el grupo clave. No pudimos equiparar con todos los países por falta de casos.

Las características descriptivas de ambas muestras quedan resumidas comparativamente en la tabla 1.

Diseño y procedimiento

La recogida de información, en esta segunda fase, se realizó a través una lectura sistemática de los 51 expedientes seleccionados; 49 de ellos estaban en el archivo del área de adopciones del IMME, mientras que los dos expedientes más antiguos se tuvieron que solicitar en préstamo a través de este Instituto al Archivo Regional de la Comunidad de Madrid.

Se detectó una gran heterogeneidad en los documentos que componían los expedientes y en los informadores que daban cuenta del historial de la familia. Algunos documentos eran documentos oficiales o cuestionarios que contenían información uniformada para todos los expedientes mientras que otros recogían narrativamente los informes de seguimiento de los menores, los apuntes de las entrevistas realizadas por los padres, informes psicológicos, médicos y psiquiátricos realizados por profesionales al margen de la adopción, distintas cartas dirigidas por los padres a la administración o a las ECAI, recortes de periódico referidos al caso, fotografías y dibujos de los menores, etc., lo que nos planteó la nece-

TABLA 1: Características de los grupos muestrales

Variable	TYR	SSE	Variable	TYR	SSE
número de menores	23	28	país de origen		
Nº de expedientes	19	23	Rusia	60,9	82,9
Sexo			Perú	17,4	10,7
– % de varones	43,5	42,9	India	8,7	–
– % de mujeres	56,5	57,1	Rumania	4,3	–
Edad media	9,34	8,8	Colombia	4,3	–
– Mínimo	4	5	México	4,3	–
– Máximo	16	13			
Grupos de hermanos	4	5			

Los hermanos incluidos en el mismo expediente de adopción son considerados de manera independiente.

sidad de encontrar un modo de categorizar, ordenada y sistemáticamente la información y así garantizar de algún modo la replicabilidad de los resultados.

Para ello se elaboró una rejilla de codificación de la información contenida en los expedientes que, entre otras cuestiones, recogía las quejas planteadas por los padres durante el proceso de adaptación de los que se daba cuenta en los informes de seguimiento, en las cartas dirigidas al IMMF y en las comparecencias especiales en esta entidad. Para la codificación de las quejas se elaboró un guión de codificación a partir de los primeros 10 expedientes. Este guión recoge el tipo de expresiones verbales que corresponden a la puntuación en determinado ítem.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

En los expedientes se detectan las quejas que plantean los padres a la administración y a las ECAI, así como, lo referente a sus dificultades de integración como familia adoptiva. Es importante resaltar que no se hace referencia a aquello que efectivamente está ocurriendo, sino a aquello que es motivo de queja para los padres de modo que, por ejemplo, en una familia pueden estarse dando problemas con el rendimiento escolar del menor, pero esta situación no puntuará en el ítem 16: “problemas de escolaridad”, si los padres no lo plantean como una queja frente a los profesionales del caso o las instituciones.

Los criterios de clasificación han sido elaborados teniendo en cuenta las razones que daban los padres para la ruptura de la adopción en los estudios previos y otras variables también relevantes desde la perspectiva de los padres.

1. **Falta de apoyo psicológico:** las quejas de los padres se dirigen a la sensación de haber necesitado ayuda psicológica o educativa en la integración de sus hijos y no haberla encontrado en el grado que esperaban (Schmidt y cols., 1988).
2. **Falta de apoyo económico:** puntúan en este ítem los padres que han pedido apoyo económico a las instituciones

para la manutención y/o los tratamientos especiales de los menores y no la han obtenido en el grado que esperaban.

3. **Haber sido engañados en el proceso:** puntúan en este ítem los padres que se quejan de haber sido estafados o engañados por las entidades que tramitaron la adopción o por las autoridades del país de origen por cuestiones, como las condiciones del viaje, las características del menor, la información errónea sobre las condiciones del menor, el cambio de menor desde la preasignación hasta la adopción. Además, se hace referencia a la falta de información suficiente o adecuada en torno a las mismas cuestiones (Barth, Berry, Yoshikami, Goodfield y Carson, 1988; Nelson, 1985; Brooks, Allen y Barth, 2000). Este ítem pretende rastrear el sentimiento de engaño y el descontento de los padres con la tramitación, mientras que los ítems 4, 5 y 7 implican, generalmente, la puntuación en este ítem pero valoran aspectos más específicos que se detallan a continuación.
4. **No es lo que habían pedido al principio:** puntúan en este ítem los padres que alegan que el menor que han adoptado no coincide con sus expectativas expresadas en las características de su solicitud inicial (Berry y Barth, 1989; Harper, 1994). No se incluyen cuando la diferencia se refiere a la edad del menor o a problemas médicos del mismo.
5. **Edad diferente a la solicitada:** puntúan en este ítem las quejas de la familia acerca de la diferencia entre la edad solicitada y la edad del menor adoptado (Boneh, 1979; Harper, 1994; Schmidt y cols., 1988).
6. **Engañados por el niño:** puntúan en este ítem las familias que manifiestan haber sido engañados y manipulados por el menor que se comportó de una manera en el país de origen buscando tan solo salir del orfanato, comportamiento que cambió en cuanto llegaron al nuevo hogar (Hoksbergen, 1991).
7. **Problemas de enfermedad:** puntúan en este ítem las familias que manifiestan quejas acerca de las condicio-

nes médicas del menor adoptado (Partridge, Hornby y McDonald, 1986).

8. **Falta de afectividad en el niño:** puntúan en este ítem las familias que se quejan de que los menores son poco cariñosos y expresivos o que rechazan el contacto afectivo (Grotevant y cols, 1988; Schmidt y cols., 1988).
9. **Falta de vínculo familiar:** puntúan en este ítem las familias que manifiestan no poder establecer lazos afectivos con el menor, no sentirse reconocidos como padres o no poder reconocer al menor como su hijo. Así como el ítem anterior se refiere más a las dificultades de los menores, este ítem se centra en las dificultades o la incapacidad de los padres para crear lazos familiares con el menor (Harper, 1994; Quinton y cols., 1998; Smith y Howard, 1994).
10. **Rechazo del niño a la familia:** puntúan en este ítem las quejas de la familia acerca del deseo de sus hijos de salir de la familia sea o no para volver a su país (Harper, 1994; Hoksbergen y cols, 1998).
11. **Referencias a la familia biológica:** puntúan en este ítem las familias que se quejan de las continuas referencias del menor a su familia biológica o a la aparición de esta en la vida de la familia adoptiva –telefónicamente o por carta– (Schmidt y cols., 1988).
12. **Agresiones, violencia:** puntúan en este ítem las familias que se quejan de la aparición de episodios de agresividad o violencia del menor hacia la familia u otras personas del entorno (Berry y Barth, 1989; Hoksbergen y cols., 1988).
13. **Miedo por la integridad física:** puntúan en este ítem las familias que se quejan de sentir miedo por su integridad física o por la de sus familiares en presencia del menor. Implica haber puntuado en el ítem anterior, pero añade el impacto negativo de la agresividad del menor en la vida de la familia.
14. **Hiperactividad:** puntúan en este ítem las familias que se quejan de la hiperactividad del menor, de su constante movimiento o su incapacidad para estarse quieto (Grotevant y cols., 1988; Rosenthal, Schmidt y Conner, 1988).
15. **Problemas con los límites y normas:** puntúan en este ítem las familias que se quejan de la incapacidad de los menores para respetar los límites y cumplir con las normas impuestas por la familia (Barth y Berry, 1988; Hoksbergen y cols., 1988).
16. **Problemas de escolaridad:** puntúan en este ítem las familias que se quejan de los problemas escolares de los menores (Fuentes, 2000).
17. **Convivencia insostenible:** puntúan en este ítem las familias que se quejan de que la convivencia familiar se ha hecho muy conflictiva o insostenible (McDonald, Lieberman, Partridge y Hornby, 1991; Partridge y cols., 1986).

RESULTADOS

La media de problemas planteados por los padres del grupo SSE se sitúa en 0,4615 y su desviación típica en 0,9892, mientras que la media de los padres del grupo TYR tienen una media de 3,9565 con una desviación típica de 2,3057.

El total de las quejas planteadas por los padres difieren significativamente en función de la situación de la adopción (T de Student = -6,741; $p = 0,0001$), es decir, las familias que se rompieron plantean significativamente más quejas en los seguimientos que aquellas que siguieron intactas.

La queja que aparece con más frecuencia**** en los expedientes se refiere a los problemas con los límites y normas en la adaptación del menor a la familia (27,5%), seguida por la de los padres que manifestaron haber sido engañados en el proceso y aquellos que encontraban problemas para vincularse a los menores (ambos en un 23,5% de los casos). Un 19,6% de los padres manifestaron su descontento porque la edad del menor era diferente a la solicitada, un 15,7% de ellos presentó como queja la falta de afectividad en el niño un 13,7% se queja de las referencias que hacen sus hijos a la familia biológica y con el mismo porcentaje se presenta la queja acerca de que la convivencia es insostenible. El miedo por la integridad física de los padres y las quejas acerca de la agresividad del menor tienen un porcentaje de aparición del 11,8%, al igual que el rechazo del niño a la familia adoptiva. En un 7,8% de los casos se presentaron quejas acerca de los problemas de enfermedad del menor, en un 5,9% de estar siendo engañados por el niño. Tan sólo un 2,0% manifestó su descontento por la falta de apoyo económico y otro tanto manifestó quejas acerca de los problemas de escolaridad de su hijo. Ningún padre en nuestra muestra manifestó a lo largo de los seguimientos quejas acerca de la falta de apoyo psicológico.

Encontramos diferencias significativas en la distribución de la ruptura entre los que presentaron y los que no presentaron quejas acerca de: haber sido engañados en el proceso, la falta de afectividad en el niño, la falta de vínculo en la familia adoptiva, el rechazo del niño a la familia, la presencia de agresiones y violencia por parte del niño y el miedo por la integridad física, los problemas con los límites y normas y la sensación de que la convivencia era insostenible, tal y como queda expresado en la tabla 2.

DISCUSIÓN

El estudio de las razones que plantean los padres para la ruptura de la adopción es de vital importancia para la prevención de las mismas. En el análisis de los casos de rup-

****Se consideran las quejas aisladamente. Hay que tener en cuenta que los casos pueden puntuar en más de una queja.

TABLA 2: Porcentajes de aparición de las quejas planteadas por los padres y contraste Phi con la situación de la adopción

		%	SSE ⁽¹⁾	TYR ⁽²⁾	Phi	p
P1	Falta de apoyo psicológico	0	0	0	– ⁽³⁾	–
P2	Falta de apoyo económico	2,0	0	1	0,155	0,274
P3	Haber sido engañados en el proceso	23,5	3	9	0,327	0,021
P4	No es lo que habían pedido al principio	7,8	2	2	0,024	0,867
P5	Edad diferente a la solicitada	19,6	3	7	0,241	0,089
P6	Engañados por el niño	5,9	0	3	0,274	0,053
P7	Problemas de enfermedad	7,8	1	3	0,172	0,225
P8	Falta de afectividad en el niño	15,7	0	8	0,473	0,001
P9	Falta de vínculo de la familia adoptiva	23,5	0	12	0,609	0,0001
P10	Rechazo del niño a la familia	11,8	0	6	0,397	0,005
P11	Referencias o aparición de la familia biológica	13,7	3	4	0,083	0,559
P12	Agresiones, violencia	11,8	0	6	0,397	0,005
P13	Miedo por la integridad física	11,8	0	6	0,395	0,005
P14	Hiperactividad	3,9	0	2	0,219	0,125
P15	Problemas con los límites y normas	27,5	0	4	0,672	0,0001
P16	Problemas de escolaridad	2,0	0	1	0,153	0,283
P17	Convivencia insoportable	13,7	0	7	0,434	0,002

Se marcan en negrita aquellos contrastes que han alcanzado un nivel de significación estadística de $p \leq 0,05$. ⁽¹⁾ Frecuencia de aparición de la queja en el grupo SSE. ⁽²⁾ Frecuencia de aparición de la queja en el grupo TYR. ⁽³⁾ El contraste no ha podido ser realizado por falta de variabilidad en las muestras.

tura detectamos que, en los informes preceptivos de seguimiento, estas quejas aparecen de un modo solapado hasta que se destapa la crisis que está viviendo la familia, en la mayoría de las ocasiones con tal grado de deterioro que la intervención se hace muy complicada (Berástegui, 2003; Palacios y cols., 2005).

Por ello, conocer las temáticas que más frecuentemente están presentes en los casos de ruptura puede favorecer una detección precoz de estas situaciones y una mayor facilidad de intervención en estos casos.

Es importante, además, que este conocimiento no se circunscriba a los servicios de postadopción sino que forme parte de la formación continua de los profesionales que, de modo más cotidiano, están presentes en la vida de las familias adoptivas, en especial profesores y pediatras. Las familias que se han sentido más decepcionadas en el proceso de adopción viven las intervenciones de los agentes implicados en este proceso con cierto recelo y desconfianza, mientras que la acción de los profesionales externos al proceso puede ser mejor recibida por parte de los mismos. Por otra parte, la visión privilegiada que ofrece el seguimiento cotidiano de la familia coloca a estos profesionales en primera línea en lo que se refiere a la prevención de casos de ruptura en adopción internacional.

Hay que destacar que el número total de quejas planteadas por los padres, que daría cuenta de su nivel de descontento con el proceso de adopción y adaptación del menor, parecen un claro factor de riesgo para la adopción, de

manera que a mayor volumen de quejas mayores probabilidades encontramos de ruptura de la misma. Las quejas más frecuentes de los padres son, en primer lugar, referentes a la dificultad de adaptación del menor y, en segundo lugar, referentes al engaño sufrido en el proceso adoptivo; ambas referidas en más de un 20% de los expedientes estudiados.

En cuanto a las dificultades en el proceso de adaptación, las quejas que se encuentran más relacionadas con la ruptura de la adopción giran en torno a dos vectores importantes, el desarrollo de una relación afectiva entre padres e hijos y el control de la conducta más o menos disruptiva del menor. Por consiguiente, la ruptura de expectativas frente a uno de estos vectores pone en gran peligro la permanencia de la adopción.

En primer lugar, destacamos las dificultades en el establecimiento del vínculo como causa de dificultad para la familia. En este vector encontramos las dificultades del niño para mostrar o recibir afecto que vemos expresadas en los expedientes con verbalizaciones del tipo “*la niña no nos quiere*”, “*le da asco que le besemos*”, “*su carácter es arisco y distante*”, “*no es cariñosa ni deja que los padres lo sepan*”, “*los padres dicen que desde que llegó no ha dado ninguna muestra de cariño*”. También encontramos dificultades por parte de la familia en el establecimiento del vínculo: “*expresan que no quieren al niño*” “*sus sentimientos son de indiferencia*” “*esta no es nuestra hija*” “*no se encuentran reconocidos como padres y reconocen no haberle he-*

cho su hijo” “dice que no puede cogerle cariño”. Por último, en ocasiones se produce un rechazo explícito del menor a la convivencia con los padres con expresiones del tipo “no quiero a mi nueva familia”, “dice que se quiere marchar”, “quiere salir de la casa porque dice que no le quieren”.

En cuanto al control de la conducta, las quejas referentes a la dificultad para que el menor acepte los límites y las normas familiares es una de las variables más significativas que explican, en opinión de los padres, la ruptura. Los padres lo expresan con palabras, como las siguientes: “no se adapta ni a nosotros ni a las normas”, “no obedece órdenes ni normas, siempre trata de hacer lo que quiere”, “tiene dificultad para aceptar normas y rechaza todo lo que se le propone” o “no tolera las órdenes”. Especialmente, encontramos una gran dificultad en las familias para afrontar las conductas agresivas y violentas (“levanta la mano a todos”, “la situación se ha hecho insostenible llegando a la agresión física” o “tiene miedo de un aumento de la agresividad del menor, ya que no puede contenerlo”). De hecho, en seis de los 23 casos de ruptura, la familia ha llegado incluso a temer por su propia integridad física en presencia de los menores como manifiestan en los expedientes: “ha sido amenazada y pegada por el menor”, “dicen sentir miedo de sus hijos y sentirse amenazados” o “tiene miedo al daño físico que le pueda producir”.

Si analizamos esta cuestión hay que tener en cuenta que el control de la conducta y el establecimiento de una relación afectiva son los dos ejes fundamentales de lo que consideramos la relación paterno-filial o la parentalidad por lo que, cuando fallan, ponen en peligro el mantenimiento de la misma relación y hacen que la familia perciba la convivencia como insostenible (“es obvio que la convivencia resulta imposible” o “nuestra vida se ha convertido en una pesadilla”).

A pesar de que las dificultades en el establecimiento del vínculo no son generalizadas, se ha estudiado cómo, cuando se producen, son las que más afectan al cumplimiento de las expectativas familiares y a la sensación de adaptación y bienestar de la familia (Berástegui, 2005). Al fin y al cabo, cuando una familia adopta lo hace porque quiere tener un hijo, es decir, establecer una relación paterno-filial con un menor, por lo que las dificultades que surgen en el establecimiento de esta relación ponen en jaque todo el sistema de expectativas familiares (“hemos ido sufriendo frustración tras frustración y la convivencia es muy difícil”). Sin embargo, hay que tener en cuenta que los menores adoptables lo son porque han vivido una separación, muchas veces traumática, de su primer entorno familiar por lo que es esperable que se produzcan ciertas disfunciones precisamente en el área de los afectos. La preparación de los padres para un proceso de vinculación lento y comple-

jo será el modo más seguro de garantizar una estabilidad familiar a los menores más heridos afectivamente.

Con los problemas en el área del control de la conducta sucede algo similar. En la población adoptada con más de tres años de edad, los problemas de conducta más frecuentes al llegar al hogar son los relacionados con las dificultades de atención y la hiperactividad, la ansiedad y los problemas sociales. Sin embargo, estos problemas son mayoritariamente abordados por la familia con resultados muy positivos en la conducta del menor en un período relativamente corto de tiempo. Por el contrario, y a pesar de ser menos frecuentes, cuando los problemas se relacionan con la agresividad y las conductas de tipo antisocial, la mayoría de las familias son menos capaces de encauzar por sí solas la conducta del menor (Berástegui, 2005). De nuevo la posibilidad de los padres de recibir entrenamiento para el manejo y control de este tipo de conductas, puede incidir muy positivamente en el establecimiento de una relación satisfactoria y en la mejor integración del menor en otros contextos de la vida.

Llama la atención que no aparezca la falta de apoyo psicológico como queja en los expedientes de ruptura. Las familias que han sido objeto en este estudio adoptaron en un período en el que ni la formación preadoptiva era obligatoria ni existían servicios postadoptivos públicos en la Comunidad de Madrid y, sin embargo, estas familias no parecen demandar apoyo para el establecimiento de una relación de afecto y control sobre sus hijos en situaciones de gran dificultad. Será importante, por tanto, clarificar a las familias que van a adoptar que, en el proceso de adaptación de sus hijos, pueden surgir situaciones de gran estrés emocional, y para las que son necesarios apoyos y recursos educativos específicos que pueden encontrar en los servicios de postadopción.

Más allá de las variables del proceso de adaptación familiar, tenemos que destacar la sensación de las familias de haberse sentido engañadas en el proceso, que aparece con una frecuencia mayor de lo deseable en los expedientes (“Nos sentimos totalmente engañados, defraudados y decepcionados”, “se sienten engañados y que no han sido asesorados”, “se sienten engañados y agraviados por todo el proceso de adopción”). La relación de esta sensación de engaño con la ruptura de las adopciones nos hace destacar la importancia de la transparencia en los procesos adoptivos como base de una posterior relación adoptiva satisfactoria, y nos conduce a estudiar la relación de las variables de tramitación con la ruptura de la adopción. Muchas de las veces, esta acusación de engaño hacia las agencias que han tramitado la adopción tiene que ver con la sensación de la familia de que durante todo el proceso se les ha hecho forjar unas expectativas sobre las características del niño que se han visto frustradas con la adopción (en el proceso de idoneidad, en la asignación del niño e incluso en el país

de origen). En este mismo sentido, Palacios y cols. (2005) apuntan que en el 60% de los casos de ruptura que estudiaron se podían detectar fallos en la idoneidad, en el 90% no había existido formación preadoptiva y en el 80% de los casos se había encontrado un marcado desajuste entre el perfil de la solicitud y el perfil de la asignación.

El análisis de los casos de ruptura, por su carácter extremo y su baja incidencia, nos hace pensar que nos encontramos ante situaciones marginales, ante un puñado de casos clínicos que no aportan información acerca de la marcha de la adopción internacional. Sin embargo, el rápido incremento de la este fenómeno en España (se han adoptado ya 29.583 niños en el extranjero entre 1997 y 2005)^{****} hace que un bajo porcentaje pueda dar cuenta de la realidad de muchos niños y familias. Si efectivamente se mantuviera el porcentaje del 1,5% de rupturas inmediatas a lo largo del tiempo y en todas las Comunidades Autónomas, podríamos estar hablando de 443 casos de ruptura en España entre 1997 y 2005 lo que redimensiona la gravedad del problema.

Por otro lado, es posible que estos casos no supongan sino la punta del iceberg de una realidad de inadaptación más amplia. Desde los servicios de postadopción se están empezando a encontrar casos de “pseudorrupturas”. En estas situaciones no existe un ingreso en el sistema de protección de menores y, sin embargo, la convivencia familiar se ve interrumpida por el ingreso del menor en instituciones educativas internas o en centros de tratamiento psiquiátrico o de menores con trastornos de conducta. En otras ocasiones la familia comparte techo sin que se haya producido una adopción en el sentido psicológico del término, es decir, sin que se haya establecido una relación paterno-filial además de la legal. A pesar de que estas familias altamente insatisfechas no acaben en ruptura ni en pseudorruptura, tenemos que pensar que no son adopciones plenamente constituidas en el plano psicosocial.

Junto a las pseudorrupturas y a las adopciones no constituidas están empezando a salir a la luz casos de malos tratos y abusos hacia menores adoptados internacionalmente y situaciones sostenidas por la intervención profesional en las que la vida cotidiana es muy difícil para padres e hijos.

No es ésta la realidad de la mayoría de las adopciones y, sin embargo, es ésta la realidad que tiene que centrar el foco de la intervención profesional en adopción para que sea, cada vez más, un recurso efectivo de protección para todos los menores que la necesitan.

Ante el previsible aumento de casos de truncamiento y riesgo, a medida que aumenta el número de niños adoptados y la edad de estos, sería recomendable mantener una vigilancia activa a nivel nacional sobre esta realidad, que

permitiera ir tomando decisiones estratégicas para la prevención e intervención sobre las crisis de las familias adoptivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barth R, Berry M, Yoshikami R, Goodfield R, Carson. Predicting adoption disruption. *Social Work* 1988; 33 (39): 227-33.
2. Barth RP, Miller J. Building effective post-adoption services: what is the empirical foundation? *Family Relations* 2000; 49(4): 447-56.
3. Berástegui A. Adopción internacional: protección a la infancia o reproducción asistida. I Forum Internacional de Infancia y Familias: De filias y fobias, del parentesco biológico al cultura. Barcelona, 2006.
4. Berástegui A. La adaptación familiar en adopción internacional: una muestra de adoptados mayores de tres años en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid; 2005.
5. Berástegui A. Las adopciones internacionales truncadas y en riesgo en la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid; 2004.
6. Berry M, Barth R. Behavioral problems of children adopted when older. *Children and Youth Services Review* 1989; 11 (3): 221-38.
7. Boneh C. Disruptions in adoptive placements: a research study. Boston: Massachusetts Department of Public Welfare; 1979.
8. Brooks D, Allen J, Barth RP. Adoption services use, helpfulness and need: a comparison of public and private agency and independent adoptive families. *Children and Youth Services Review* 2002; 24 (4): 213-38.
9. Hoksbergen RAC, Spaan JJTM, Waardenburg BC. Bittere ervaringen: uithuisplaatsingen var buiten landse adoptiekinderen. Lisse: Swets and Zeitlinger; 1988.
10. McDonald T, Lieberman Partridge S, Hornby H. Assessing the role of agency services in reducing adoption disruptions. *Children and Youth Services Review* 1991; 13 (5-6): 425-38.
11. Nelson KA. On the frontier of adoption : a study of special needs adoptive families. New York: Child Welfare League of America; 1985.
12. Palacios J, Sánchez-Sandoval Y, León E. Adopción Internacional en España: un nuevo país, una nueva vida. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.
13. Partridge S, Hornby H, McDonald T. Legacies of loss, visions of gain: an inside look at adoption disruption. Portland, ME: University of Southern Maine; 1986.
14. Quinton D, Rushton A, Dance C, Mayes D. Joining new families: a study of adoption and fostering in middle childhood. Chichester, UK: Willey; 1998.
15. Rosenthal J Schmidt D, Conner J. Predictors of special needs adoption disruption: An exploratory study. *Children and Youth Services Review* 1988; 10 (2): 101-7.
16. Schmidt D, Rosenthal J, Bombeck B. Parents' views of adoption disruption. *Children and Youth Services Review* 1988; 10 (2): 119-30.
17. Smith SL, Howard JA. The impact of previous sexual abuse on children's adjustment in adoptive placement. *Social Work* 1994; 39 (5): 491-502.

^{****}Estadística de adopción internacional. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <http://www.mtas.es/SGAS/FamiliaInfanc/infancia/Adopcion/Adopcion.pdf>

Síndrome de Munchausen en la infancia y la adolescencia: de la hiperfrecuentación de consultas al maltrato

J.L. Pedreira Massa¹, L. Martín-Álvarez²

¹Psiquiatra Infancia y Adolescencia. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. SERMAS

²Pediatra de Atención Primaria. Área 7. SERMAS

RESUMEN

Los autores exponen el concepto actualizado de síndrome de Munchausen por poderes. Caracterizan de forma actualizada y detallada:

1. Formas clínicas del síndrome de Munchausen.
2. Factores de riesgo familiar (en ambas figuras parentales y en el niño).
3. Características evolutivas.
4. Funcionamiento del sistema sanitario: hiperfrecuentadores de servicios sanitarios.
4. Bases para la intervención terapéutica: primera etapa en los servicios pediátricos de Atención Primaria y segunda etapa en los servicios de Salud Mental de la Infancia. Se destaca la importancia de las técnicas de interconsulta y enlace desde los Servicios de Pediatría y Psiquiatría Infantil para el tratamiento del síndrome de Munchausen por poderes.

Palabras Clave: Síndrome de Munchausen; Síndrome de Munchausen por poderes; Factores de riesgo; Cuadros clínicos; Interconsulta y enlace.

ABSTRACT

The authors present an approach to the Munchausen's Syndrome by Proxy. Focusing on the clinical features including psychopathological and psychosocial profile. Authors consider also family risk factors –both the parenting and the children–, developmental characteristics and Health Care Services delivery its relationship with the impact

Correspondencia: J.L. Pedreira Massa. Psiquiatría Infantil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Avda. Menéndez Pelayo, 65, 2ª planta. 28009 Madrid
correo electrónico: jlpedreira@terra.es
Recibido: Mayo 2007

REV ESP PEDIATR 2007;63(4):323-329

on the clients attendance. The therapeutic interventions was implemented in tow phases: the first phase Primary Care Paediatric setting, and the second phase in Child Psychiatry Services. Authors emphasize the relevance of the liaison-consultation between Paediatrician and Child Psychiatrist as a key procedure to approach Munchausen's Syndrome by Proxy treatment.

Key Words: Munchausen Syndrome; Munchausen Syndrome by Proxy; Risk factors; Clinical Features; Liaison-consultation.

INTRODUCCION

En 1951 Asher⁽¹⁾ describe por vez primera un síndrome denominado como síndrome de Munchausen y caracterizado por un peregrinaje por diferentes hospitales que hacen determinados individuos que se provocaban, bajo un control voluntario, síntomas físicos y psíquicos de enfermar con el fin de asumir el rol de enfermo. En 1977 Meadow⁽²⁾ lo emplea por primera vez para describir niños cuyas madres inventan historias de enfermedades que padecen sus hijos y lo sostienen fabricando falsos signos físicos.

Mientras que en el síndrome de Munchausen del adulto él es el que fabrica su enfermedad, en el síndrome de Munchausen por poderes, el poder es del cuidador principal, quien proporciona una información falsa sobre el padecimiento del niño.

Los sistemas internacionales de clasificación de los trastornos mentales lo incluyen, sobre todo la CIE-10 y la DSM-IV-TR⁽³⁾, dentro de los “trastornos facticios”. Se consideran que son cuadros clínicos cuyos síntomas son provocados por el propio paciente, estableciendo un diagnóstico diferencial con otros cuadros emocionales⁽⁴⁾ que presentan síntomas corporales (Fig. 1).

En el caso del síndrome de Munchausen por poderes se ha descrito como alteraciones perceptivas de las figuras parentales. Son padres ansiosos que se preocupan en de-

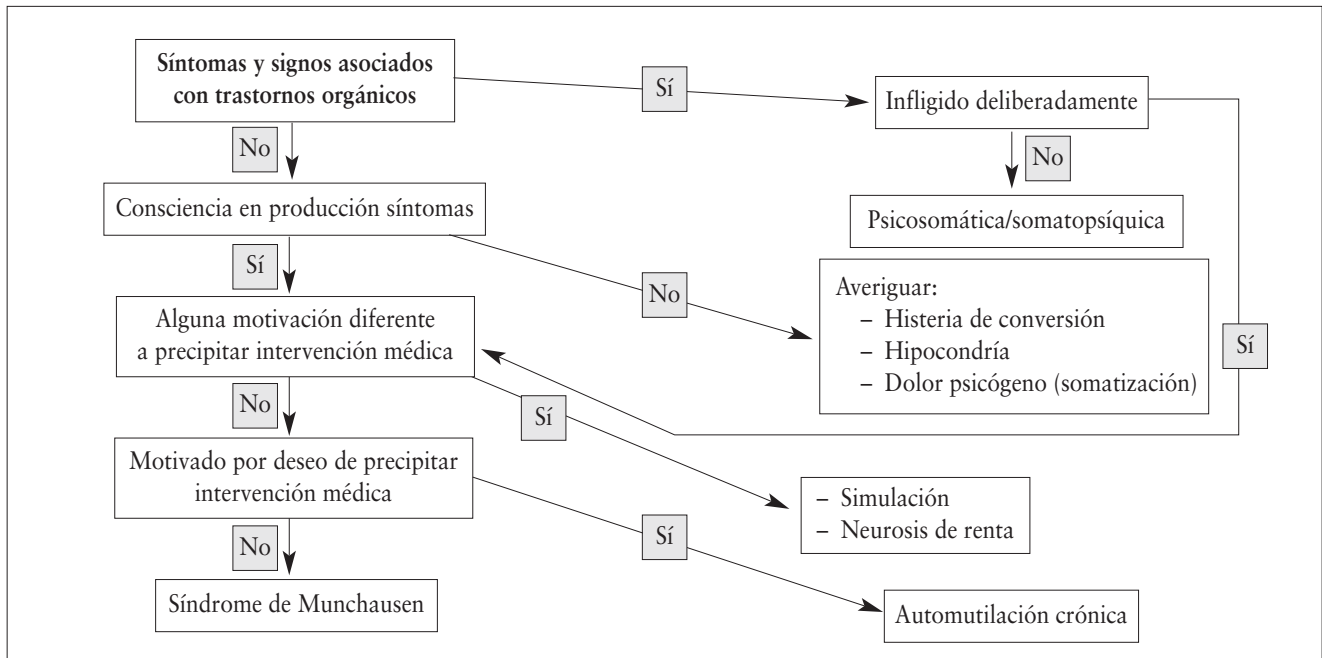


FIGURA 1. Cuadro de decisión ante cuadros de presentación somatizada.

masía por la salud de su hija. En ocasiones es una madre inexperta, estresada o enferma ella misma, lo que hace que se encuentre más sensibilizada para percibir como síntomas en su hija lo que otros no observan. En estas circunstancias el niño es llevado al pediatra de forma repetida y frecuentemente sometido a exploraciones médicas poco placenteras y se le prescriben tratamientos sintomáticos ante la insistencia parental. La mayoría de los pediatras, no obstante, no llegan a sospechar que esta clínica en el niño puede ser un cuadro de maltrato, debido a la persistencia materna en rehusar el resultado como normal y, a medida que este cuadro clínico progresa en el tiempo, la calidad de vida del niño se va deteriorando de forma progresiva⁽⁴⁻¹⁹⁾.

Este es un cuadro clínicamente importante, en ocasiones pasa desapercibido y en el que juegan un papel relevante las buenas intenciones de los profesionales sanitarios que atienden al niño y a su familia, incluida la incredulidad cuando las sospechas se van haciendo realidad.

En estos cuadros el cuerpo del niño es manejado por las figuras parentales a su antojo y aquél se convierte en el receptor de sus propias inseguridades y miedos en torno a su capacidad de crianza. Por estas razones se ven impelidos a demostrar que están atentos a los padecimientos de su hija, incluso por encima del saber médico y pediátrico. Este afán de reconocimiento como figuras preocupadas y responsables es lo que pone en evidencia las contradicciones, porque de forma simultánea aparece una cierta distancia o frialdad a la hora de transmitir el padecimiento del niño y en las respuestas ante las posibles intervenciones diagnósticas o terapéuticas^(4-19,20-29).

Un caso específico de este tipo de procesos se ha descrito (Ogilvie y cols.⁽³⁰⁾, 1998; Tofler y cols.⁽³¹⁾, 1998; Tofler, Knapp y Drell⁽³²⁾, 1999) en lo que se refiere a la “exigencia del éxito por poderes”, es el caso de estimular a niños y jóvenes a obtener éxitos rotundos en el campo del deporte o de la interpretación musical u otro campo, más por deseo de sus progenitores que por las propias capacidades y aptitudes de los niños y jóvenes, quienes terminan por asumir el discurso de sus mayores de forma muy relevante y luego presentan trastornos de tipo ansioso, comportamentales o bloqueos cognitivos de singular relevancia que suelen iniciarse o expresarse, de forma prioritaria, como clínica somatoforme. Bien es cierto que es de destacar los éxitos que obtienen y que son de admirar sus resultados, pero no es menos cierto que se debe seguir de forma muy cercana el desarrollo psicológico y los procesos psicopatológicos, pues en ocasiones parecen síntomas aislados, que se inician y desarrollan en este tipo de sujetos, originando una tipología peculiarmente “inducida” por el deseo de las figuras parentales o de algún entrenador con singular ambición.

FORMAS CLÍNICAS

Las formas clínicas se refieren a un único síndrome, aunque la forma de presentación es diversa según se considere el aspecto evolutivo o las sujetos afectados por el citado síndrome.

1. **Doctor shopping**, consiste en un cuadro que se caracteriza por los siguientes datos^(16,33,34):
 - 1.1. Inventar enfermedades sin signos clínicos constatables.

- 1.2. Habitualmente esta clínica es presentada por la figura materna.
 - 1.3. “Buscar” un diagnóstico cada vez con más ahínco, solicitando pruebas diagnósticas progresivamente más complicadas o las más novedosas.
 - 1.4. Sugerencias a los profesionales como: “No será...” y planteando diagnósticos de procesos que, en muchas ocasiones, son raros o excepcionales.
 - 1.5. Se establece un itinerario de médico en médico y de queja en queja.
 - 1.6. Esta queja actúa como “seducción” al sistema médico por un síntoma o padecimiento del niño que se presenta como un reto diagnóstico y una nueva esperanza terapéutica.
 - 1.7. “Si le duele, algo tendrá”, es la frase más frecuentemente utilizada por estas figuras parentales que buscan, a todo costa, una legitimación a sus sospechas y/o acciones.
2. **Munchausen por poderes:** este cuadro descrito cuidadosamente por Meadow (1970) en ocasiones ha sido muy debatido y discutido, pero en las publicaciones científicas aparecen descripciones cada vez más frecuentemente. Se caracteriza por^(2,14):
 - 2.1. Conceptualmente se encuadra en un tipo de maltrato específico que acontece en el contexto familiar en la infancia, con un claro componente coadyuvante de maltrato institucional.
 - 2.2. Provocación (p. ej., causticación) o inducción (p. ej., hipoglucemias por administración de insulina) de síntomas en el niño, sobre todo por parte de la figura materna o cuidador principal y con base en los sistemas más diversos del organismo humano y que evocan cuadros clínicos de extremada gravedad.
 - 2.3. La actitud general es similar a la expresada en el apartado anterior.
 3. **Síndrome de Polle:** es una forma clínica de presentación singular y curiosa, bastante excepcional, pero que no se debe descartar de entrada cuando los datos clínicos de la anamnesis familiar y los obtenidos por la exploración son muy discordantes. Sus características definitorias son^(33,35,36):
 - 3.1. Presentación de un síndrome de Munchausen en la madre, acompañado de un síndrome de Munchausen por poderes en el hijo.
 - 3.2. Las demás características se corresponden con las descritas en los dos cuadros precedentes.
 4. **Síndrome de Munchausen puro:** ya tiene las características propias del síndrome en la edad adulta y se caracteriza por^(27,37,38):
 - 4.1. Precisa un estado de evolución psíquica avanzada, por lo que la edad de la adolescencia suele ser el momento inicial.
 - 4.2. Suele presentarse en la preadolescencia y adolescencia.
 - 4.3. A veces es la evolución de un Munchausen por poderes que había sido padecido en la primera infancia.
 - 4.4. Antecedentes médicos que, en ocasiones, pasan desapercibidos, pero con importancia para el sujeto o su familia, como determinadas intervenciones quirúrgicas, historia clínica de algún tipo de complicaciones o de dudas diagnósticas.

SIGNOS DE ALARMA DEL SÍNDROME DE MUNCHAUSEN EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA^(10,18,24-26,39-44)

Meadow (1977) describió los siguientes signos de alarma para ser reconocidos por los profesionales que atienden a la infancia:

1. **Clínica de presentación más frecuente:**
 - 1.1. Hemorragias (hamaturias o gastrorragias, epistaxis).
 - 1.2. Neurológicas (somnolencias, convulsiones).
 - 1.3. Fiebres.
 - 1.4. Alteraciones bioquímicas.
 - 1.5. Digestivos: vómitos fecaloideos.
 - 1.6. Exantemas y otras alteraciones dérmicas.
 - 1.7. Glucosuria.
2. **Enfermedades persistentes y/o recurrentes** sin explicación alguna, a pesar de los medios terapéuticos que se ponen en juego.
3. **Discrepancias entre datos clínicos y la historia clínica:** signos y síntomas sin un sentido clínico claro, en ocasiones solo se presentan en determinadas situaciones y circunstancias.
4. **Médicos con la suficiente experiencia piensan en una “enfermedad rara o nunca vista”:** precisamente los datos anteriores hacen que la diagnóstico elegido sea disarmonico y pueda pensarse en forma atípicas de procesos raros o bien variaciones clínicas de determinados cuadros clínicos que merecen una revisión.
5. **Diagnósticos contradictorios:** la insistencia a lo largo del tiempo en el cuadro clínico hace que existan varios diagnósticos que, en buena medida, resultan contradictorios.
6. **Signos y síntomas que no se presentan en ausencia de la madre/cuidador principal:** es la prueba semiológica de mayor valor, el cuadro clínico se va mitigando hasta desaparecer en el momento que se realiza el ingreso y se establecen unos mecanismos de vigilancia adecuados, con el fin de que la figura materna esté el mínimo tiempo a solas con su hija.
7. **Madre demasiado atenta y con dificultades para dejar solo al niño:** la figura materna está a la defensiva, controla lo que acontece con su hijo, pregunta, se interesa,

se muestra “entregada” y con serias dificultades para dejar al niño solo.

8. **El niño presenta, con frecuencia, intolerancia o falta de respuesta a todo tipo de tratamiento:** los tratamientos resultan ineficaces para yugular o hacer desaparecer la clínica.
9. **La madre parece presentar menos interés que los profesionales de la medicina:** en efecto, la figura materna está presente y quiere controlar la situación, pero es control sobre la situación y los cuidados y no tanto por el proceso. Su intervención es del tipo “Uds. hacen todo lo que pueden” o “Ya nos ha pasado otras veces algo parecido, no se preocupen”.
10. **Convulsiones que no responden al tratamiento.**
11. **Madre con previa experiencia en medicina o enfermería:** esta experiencia puede ser, o bien por pertenencia a uno de los estamentos sanitarios, o bien porque en la familia o en ella misma existen antecedentes de procesos crónicos o de cierta severidad que ha hecho adquirir un lenguaje (pseudo)profesional.
12. **Madre con historia de enfermedad parecida a la del niño:** ya hemos señalado que esto solo acontece en alguna forma clínica específica, como el síndrome de Polle.

CARACTERÍSTICAS FAMILIARES^(2,5-7,14,20,23,26,27,33,34,40,45)

1. **Figura materna:** es a la que más importancia se le ha dado tradicionalmente:
 - 1.1. Antecedentes de tratamiento psiquiátrico, es posible, pero no necesario.
 - 1.2. Alteraciones del comportamiento y de la personalidad: los componentes fobo-obsesivos, histéricos y ciertos contenidos depresivoides no son extraños; parecen hiperadaptadas socialmente, pero son exigentes y perfeccionistas.
 - 1.3. Conocimiento del funcionamiento del sistema sanitario, asimismo de sus contradicciones y carencias, así como de la terminología.
 - 1.4. Antecedentes familiares de haber cuidado a algún familiar con enfermedad crónica: aporta una cierta “medicalización” de lo que sucede y de los problemas y posibles soluciones.
 - 1.5. Signos de Munchausen en la madre, como base para el síndrome de Polle.
2. **Figura paterna:** en época reciente se ha visto que la figura paterna tiene una importancia fundamental en estos procesos, su funcionamiento es clave para que la figura materna sea capaz de asumir y ejercitar tanto poder en el sistema familiar:
 - 2.1. Poco contacto con la familia, ocupaciones que le distancien de ella.
 - 2.2. Conflicto familiar: sea manifiesto o larvado, incluido el conocido como “divorcio emocional”, en ocasiones es la forma de realizar un chantaje emo-

cional de unos miembros contra otros del propio sistema familiar.

- 2.3. Separación/divorcio de las figuras parentales: el cuadro clínico del niño representa una solución para “preocuparse” en conjunto por el devenir de su hija.
 - 2.4. Aparenta poco interés por las enfermedades de la familia y su cuidado, lo que contrasta con el control que pretende ejercer sobre el actual proceso del niño.
 - 2.5. Inferior nivel socioeconómico que figura materna: esta disarmonía contrasta con el hecho por el que el padre es, habitualmente, el que trabaja fuera del hogar y ha obligado a “retirarse” a la figura materna de su actividad laboral o de sus estudios, a fin de no verse superado por ella.
3. **Niño:** habitualmente se describe a las figuras parentales y, todo lo más, el funcionamiento del sistema familiar. Pero pensamos que los niños también presentan unas características singulares que es preciso conocer para abordarlas desde el primer momento:
 - 3.1. Suele asociarse con otro tipo de maltrato: quizá el maltrato emocional en la familia es bastante frecuente y se simultanea con un cierto maltrato institucional.
 - 3.2. Hospitalizaciones y/o consultas médicas repetidas: la característica más significativa viene representada por una especie de peregrinación sanitaria, cuyo cambio se consuma cuando se está a punto de realizar un diagnóstico y poner un tratamiento.
 - 3.3. Absentismo escolar, en parte por el desencadenamiento de los síntomas o en parte por acudir a los servicios sanitarios.
 - 3.4. Numerosos procedimientos diagnósticos y terapéuticos han sido utilizados, sin obtener resultados concluyentes: existe como una cierta actitud de reto y desconfianza hacia el sistema sanitario, que oscila entre la demanda de diagnóstico y curación y un cierto enfrentamiento por no “acertarle”.
 - 3.5. “Peregrinación” por distintos servicios por síntomas catalogados como “menores”: es una característica de importancia, ese ir y venir sin rumbo aparente, con abandonos reiterados y vuelta a iniciar.
 - 3.6. Dependencia emocional de la figura materna: el niño guarda su secreto, es la prueba de lealtad a la figura materna. Depende emocionalmente de ella y se transforma en un termómetro para evaluar el estado emocional y la ansiedad de la figura materna.
 - 3.7. Problemas crónicos del desarrollo psicosocial, relacionados con carencias emocionales y afectivas, p. ej., dificultades en la expresión de los afectos, o un exceso de emoción expresada en la relación,

o dificultades serias en el proceso de vinculación y en la relación con las figuras de apego, cambio de roles sociales.

CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS

Evolutivamente existe una serie de caracteres bastante significativos que son comunes a todas las formas descritas en la infancia y la adolescencia^(2,9,21,26,35,39,44,46-49):

1. **Contenidos iniciales de “enganche”** en una enfermedad, sea familiar –habitualmente un proceso crónico o una intervención quirúrgica menor– o del propio niño –p. ej., deshidrataciones en la primera infancia, procesos re- cidivantes ORL, neumonías–. Son procesos que han causado una cierta alarma acerca de la continuidad vital, o creado un cierto sentimiento de culpa acerca de las propias capacidades para cuidar al niño o alarma ante la continuidad vital.
2. **El desencadenamiento de los síntomas y de la clínica se realiza en forma de crisis:** aparecen episodios con clínica activa y muy evidente junto con periodos clínicamente silentes. La crisis aparece de forma abrupta, invade y hace de recordatorio. En algunas familias hemos observado que la figura parental no involucrada directamente (habitualmente la figura paterna) lleva una especie de registro de la secuencia de aparición de los síntomas y de la evolución aguda, registra la frecuencia y los lapsos de tiempo de inactividad clínica.
3. **Dificultad y resistencias para poder establecer un diagnóstico:** cuando parece que se va a identificar un proceso siempre aparece un “pero...” y emerge otra posibilidad diagnóstica o un matiz que se había pasado.
4. **Fijación excesiva en buscar una “causa médica”:** existe una búsqueda en la causa médica, incluso de las enfermedades o procesos más excepcionales. En un proceso intestinal provocado, un padre insistía en la posibilidad de que fuera un “íleo obstructivo de pelotones de ascaris”, con la terminología médica incluida. Si se pretende indagar sobre aspectos relacionales “todo normal” es la contestación habitual, si profundizamos hacia los posibles beneficios secundarios las contestaciones desahbridadas suelen ser la norma y la actitud de comportamientos reivindicativos hacia pruebas diagnósticas sofisticadas (anteriormente era la TAC, ahora es la RNM) son constantes, incluidas las reclamaciones iniciales.
5. **Posibles “fugas”** en busca de una respuesta concreta: siempre existe la posibilidad de un nuevo servicio u hospital donde “me han dicho que allí hacen...”. Tenemos algunos casos de verdadero rocambolismo para conseguir llegar a un servicio u hospital determinados obviando el proceso administrativo de solicitud de consulta. En el cuadro que hemos denominado como *Doctor Shopping* es lo más habitual, pero también en las otras formas clínicas es bastante común y reiterado.

FACTORES FAVORECEDORES DERIVADOS DEL FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA SANITARIO^(8,10,16,20,27,31-33,38,40,46,48,50-52)

El funcionamiento del propio sistema sanitario favorece, en muchas ocasiones, que este tipo de procesos sean de muy difícil identificación, debido a:

1. Aspecto cultural del sistema sanitario, en ocasiones como medicina defensiva, que ha trascendido hacia el externo del sistema. Se ha generalizado el conocimiento de algunas pruebas, pero no su funcionamiento y en ocasiones se confunden pruebas diagnósticas con intervenciones terapéuticas (p. ej., EEG y “corrientes en la cabeza”; TAC; RNM).
2. La propia respuesta médica se puede transformar en agente agresor del niño. El lenguaje -tecnicista y críptico- que se utiliza más frecuentemente de lo deseable, el ambiente adultomorfo de buena parte de las consultas, primar la exploración sobre las figuras parentales casi de forma exclusiva, la hospitalización pediátrica no plenamente adaptada al sujeto infantil son, entre otros, algunos de los aspectos que favorecen la cronicidad de este tipo de complicados procesos.
3. La organización del sistema sanitario muestra una escasa intercomunicación entre los diferentes niveles del sistema. Este déficit organizativo y de intercomunicación favorece la “repetición” de la clínica en lugares diferentes, la reiteración de pruebas diagnósticas y el incremento de las posibilidades de diagnóstico diferencial.
4. Escaso nivel de conocimiento sobre el funcionamiento emocional familiar y de la influencia propia en la relación de esa familia. La formación de los médicos de familia y de los pediatras continúa siendo muy orgánica, apenas se aborda el desarrollo psicosocial, el proceso de expresión emocional o la clínica psicosomática como forma de interacción entre lo somático y lo emocional.
5. Existencia de emociones contradictorias que la simple sospecha despierta en el personal sanitario, y que tiende a evitar: siempre puede buscarse un “nuevo” diagnóstico diferencial y puede hacer una “nueva” prueba. Hay verdaderas resistencias en dar crédito a que una madre o un padre o el propio paciente estén provocando la clínica.

PRINCIPIOS PARA LA INTERVENCIÓN^(1,4,10,12,20,21,23,24,27,30,33,38,40,51-56)

1ª etapa: es importante que sean los dispositivos de Atención Primaria los que realicen esta etapa, pues poseen la visión longitudinal y familiar en su conjunto:

- 1.1. Examen físico minucioso del niño, pero sin obsesiones y repeticiones reiteradas.
- 1.2. Historia detenida del niño, de la familia y de ambas figuras parentales. Incluir la presencia de acon-

tecimientos vitales estresantes, desencadenantes sanitarios de interés.

- 1.3. Historia social: sobre todo de la propia dinámica relacional y de funcionamiento e integración social.
- 1.4. Valorar/descartar la posibilidad de obtención de drogas y su uso. Sobre todo por los efectos secundarios y/o colaterales a que pudieran dar lugar.
- 1.5. Sopesar detenidamente la posibilidad de un tratamiento de separación de las figuras parentales, con el fin de constatar la desaparición de la clínica en la ausencia de las figuras parentales.

2ª etapa: si lo anterior no está claro, pasamos a una etapa más basada en la interacción con los servicios de evaluación psico-social:

- 2.1. Explicación detallada a los padres de las contradicciones encontradas a lo largo del proceso de evaluación realizado: se denomina a esta intervención "revelación" y puede originar una fuerte descarga agresiva por parte de las figuras parentales con gran carga de emoción expresada.
- 2.2. Recomendar el estudio psicosocial: con el fin de poder evaluar el conjunto relacional, las interacciones familiares, los conflictos personales, la dinámica familiar, los beneficios secundarios, la estructura de personalidad de los integrantes familiares.
- 2.3. Estos procesos son el caso típico de abordaje conjunto pediatras-psiquiatras infantiles: la interconsulta y enlace se erige, de esta forma, en un instrumento de primera magnitud y el de elección, tanto para la evaluación como para el seguimiento longitudinal.
- 2.4. Notificación/registro a la administración sanitaria y servicios sociales: nosotros hemos constatado la importancia de notificar las sospechas de síndrome de Munchausen. En Australia tienen un sistema computarizado de interconexión de los servicios de urgencia hospitalario donde se registran los casos sospechosos de padecer este cuadro clínico, siendo obligación de los profesionales sanitarios su consulta ante cuadros clínicos donde la discordancia clínica y las contradicciones son muy evidentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Asher R. Munchausen's Syndrome. *Lancet* 1951; 1: 339-41.
2. Meadow R. Munchausen Syndrome by Proxy: The hinterland of Child Abuse. *Lancet*, 1977; 13: 343-45.
3. American Psychiatric Association: Manual estadístico y diagnóstico DSM-IV. Barcelona: Masson-Salvat; 1994.
4. Angosto T, et al. Actualidad del Síndrome de Munchausen: su médico, su cuerpo y su dolor. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatr* 1989; IX 30: 381-98.
5. Beltrand D, Simonnot AL, Mazet Ph. Le Syndrome de Münchhausen par procuration: Forme étrange de maltraitance à l'égard de l'enfant. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 1997; 45 (4-5): 180-9.
6. Black D. The extended Munchausen Syndrome: a family case. *Br J Psychiatr* 1981; 138: 466-9.
7. Burman D, Stevens D. Munchausen family. *Lancet* 1977; 22: 456.
8. Carney MWP. Artefactual illness to attract medical attention. *Br J Psychiatr* 1980; 136: 542-7.
9. Cramer B, Gershberg MR, Stern M. Munchausen Syndrome. *Arch Gen Psychiat* 1971; 24: 573-8.
10. Epstein MA, et al. Síndrome de Munchausen por poderes. Consideraciones sobre su diagnóstico y confirmación mediante vigilancia con video. *Pediatrics* (ed. esp.), 1987; 24 (2): 136-9.
11. Florentin T, Mergui J, Skurnik N. À propos du Syndrome de Munchausen. *Ann Méd-Psychol* 1996; 154 (8-9): 547-51.
12. Kass FC. Identification of persons with Munchausen Syndrome: Ethical problems. *Gen Hosp Psychiatric* 1985; 7 (3): 195-200.
13. Málaga S et al. Síndrome de Munchausen en la infancia. *Med Clínica* 1984; 83 (11): 472-6.
14. Meadow R. Munchausen Syndrome by Proxy. En: Meadow R (ed.). *ABC of Child Abuse*. London: Br. Medical Journal: 1989. p. 37-9.
15. Meadow R. Non-accidental salt poisoning. *Arch Dis Child* 1993; 68: 448-52.
16. Noollcott P et al. Doctor shopping with the child as proxy patient: A variant of child abuse. *J Pediatr* 1982; 101: 297-301.
17. Palomeque A, et al. Síndrome de Munchausen inducido como intoxicación recidivante con imipramina. *An Esp Pediatr* 1986; 25 (4): 257-9.
18. Reig del Moral C et al. Síndrome de Munchausen por poderes. *An Esp Pediatr* 1986; 25 (4): 251-6.
19. Sutphen JL, Saulsbury FT. Intoxicación intencional con ipecacuana. Síndrome de Munchausen por poderes. *Pediatrics* (ed. esp.), 1990; 75: 564-8.
20. Abed RT. Voluntary false confessions in a Munchausen Patient: A new variant of the Syndrome? *Irish J Psychological Med* 1995; 12 (1): 24-6.
21. Cheng L, Hummel L. The Munchausen Syndrome as a Psychiatric condition. *Br J Psychiatr* 1978; 133: 20-1.
22. Clark GD, Key JD, Rutherford P, Bithoney WC. Munchausen's Syndrome by Proxy (Child Abuse) presenting as apparent authority through sensitization syndrome: An unusual presentation of Polle Syndrome. *Pediatrics* 1984; 74: 1100-2.
23. Griffith JL. The family systems of Munchausen Syndrome by Proxy. *Family Process* 1988; 27: 423-37.
24. Jiménez JL, et al. Síndrome de Munchausen por poderes: Consideraciones sobre el diagnóstico y el tratamiento. *Rev Esp Pediatr* 1986; 42: 411-20.
25. Jiménez JL, López-Ibor JJ, Yturriaga R, Sainz J. El síndrome de Munchausen por poderes: Un tipo especial de niños maltratados. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1987; 15: 333-43.
26. Meadow R. Munchausen Syndrome by Proxy. *Arch Dis Child* 1982; 57: 92-8.

27. Pedreira JL, Martín L. El síndrome de Munchausen en la infancia y la adolescencia. En Pedreira JL, Tomás J (eds.). *Condicionantes psicossomáticos y su tratamiento en la infancia y la adolescencia*. Barcelona: Laertes; 2001. p. 193-208.
28. San Sebastián FJ, Lana F, Crespo MD, Martínez M. Síndrome de Munchausen por poderes: a propósito de un caso que implicó a dos generaciones del núcleo familiar. *Rev Esp Pediatr* 1988; 44 (3): 269-74.
29. Tost Pardell L, Hernández C, Sotomoyor A de, Henry M, Pérez M. A propósito de tres casos de síndrome de Munchausen. *An Psiquiatría* 1995; II (2): 76-9.
30. Ogilvie BC, Tofler IR, Conroy DE, Drell MJ. Comprehending role conflicts in the coaching of children, adolescents and young adults: transference, countertransference and achievement by proxy distortion paradigms. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1998; 7: 879-90.
31. Tofler IR, Knapp PK, Drell MJ. The achievement by proxy spectrum in youth sport: historical perspective and clinical approach to pressured and high achieving children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 1998; (7): 803-20.
32. Tofler IR, Knapp PK, Drell MJ. The "Achievement by proxy" Spectrum: Recognition and clinical responses to pressured and high-achieving Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38 (2): 213-6.
33. Pedreira JL. *Protocolos de Salud Mental Infantil para Atención Primaria*. Madrid: ELA-Aran, S.A.; 1995.
34. Pedreira-Massa JL, Martín-Álvarez L. Munchausen's Syndrome: Clinical manifestations and Case Management. 4th European Conference on Child Abuse and Neglect. Padua, 1993.
35. Ackerman NB, Strobel CT. Polle Syndrome: Chronic diarrhea in Munchausen's Child. *Gastroenterology* 1981; 81: 1140-2.
36. Meadow R, Lennerst Th. Munchausen by Proxy or Polle Syndrome: Which term is correct? *Pediatrics* 1984; 74: 554-6.
37. Bhugra D. Psychiatric Munchausen's Syndrome. *Act Psychiatr Scand* 1988; 77: 497-503.
38. Mohammed R et al. Munchausen's Syndrome: A study of the casuality "black book" of Melbourne. *Med J Aust* 1985; 143 (12-13): 561-2.
39. Guandolo VL. Munchausen Syndrome by Proxy: An outpatient challenge. *Pediatrics* 1985; 75 (3): 526-30.
40. Libon JA, Schreier HA. Three focus of factitious illness in children: When is it Munchausen Syndrome by Proxy. *Am J Orthopsychiatr* 1986; 56: 4.
41. Malatack JJ, et al. Síndrome de Munchausen por poderes. Una nueva complicación de la cateterización venosa central. *Pediatrics* (ed. esp.) 1985; 19 (3): 185-7.
42. Orenstein DM, Wasserman AL. Munchausen Syndrome by Proxy simulating Cystic Fibrosis. *Pediatrics* 1986; 78 (4): 621-4.
43. Pozo J et al. Síndrome de Munchausen por poderes. *An Esp Pediatr* 1989; 30 (3): 229-30.
44. Roberts MD. Munchausen by proxy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (5): 578-9.
45. Pedreira JL. La vulnerabilidad en la primera infancia. *An Psiquiatría* 1997; 13 (7): 299-310.
46. Nadelson Th. False patients/Real Patients: A Spectrum of Disease Presentation. *Psychother. Psychosom* 1985; 44: 175-84.
47. Sinanan K, Houghton H. Evolution of variants of the Munchausen Syndrome. *Br J Psychiatr* 1986; 148: 465-7.
48. Spiro HR. Chronic Factitious Illness. *Arch Gen Psychiatr* 1968; 18: 569-79.
49. Toth EL, Baggaley A. Coexistence of Munchausen's Syndrome and Multiple Personality Disorder: Detailed Report of a Case and Theoretical discussion. *Psychiatry* 1991; 54: 176-83.
50. Castilla del Pino C. Psicopatología de la hipocondría. *Rev Psicoterapia y Psicossomática* 1980; 1: 5-20.
51. Lanteri-Laura G. Iatrogenie et pathogénies en médecine générale et en psychiatrie. *L'Évolution Psychiatrique* 1989; 54 (2): 301-10.
52. Meadow R. False allegations of abuse and Munchausen Syndrome by Proxy. *Arch Disease Childhood* 1993; 68: 444-7.
53. Meadow R. Management of Munchausen Syndrome by Proxy. *Arch Dis Child* 1985; 60: 385-93.
54. Mitchels B. Munchausen Syndrome by Proxy: Protection or correction. *New Law Journal* 1983; 133: 165-8.
55. Nicol AR, Eccless M. Psychotherapy for Munchausen Syndrome by Proxy. *Arch Dis Child* 1985; 60: 344-8.
56. Walter DA. Obstacles to the treatment of Munchausen by Proxy Syndrome. *J. American Academy Child & Adolesc Psychiatry* 1983; 22: 80-5.

Niños que pegan... a otros niños

A. Serrano Sarmiento

*Psicopedagoga y Responsable del Área de Violencia Escolar.
Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia*

RESUMEN

Se revisan las situaciones de violencia en el medio escolar. Se definen los factores de riesgo (personales, familiares, de los propios centros educativos, del profesorado). Se definen los criterios de actuación contra este fenómeno y los roles a desempeñar por profesores, padres y profesionales sanitarios en su detección y resolución.

Palabras Clave: Maltrato infantil; Acoso escolar; Violencia.

ABSTRACT

The situations of violence in the school setting are reviewed. Risk factors (personal, family, of the education center itself, of the teachers) are defined. Action criteria against this phenomenon and the roles to be played by the professors, parents and health care professionals in their detection and solution are defined.

Key Words: Child maltreatment; School harassment; Violence.

INTRODUCCIÓN

El médico lo auscultó, lo examinó, no era la primera vez. Paco había visitado el médico en varias ocasiones, Sin embargo físicamente no parecía tener nada, pero Paco cada vez iba a menos, no comía, continuamente se quejaba de un dolor estomacal y en ocasiones se le bajaba drásticamente la tensión.

Correspondencia: A. Serrano Sarmiento. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
Recibido: Mayo 2007

REV ESP PEDIATR 2007; 63(4):330-335

Pero el facultativo, sabía muy bien que auscultar, es mucho más que aplicar el estetoscopio a una parte del cuerpo, para explorar los sonidos o ruidos normales o patológicos producidos en los órganos. Sabía que auscultar a un paciente también es verlo como persona, examinar su situación social, y saber que causa tal nivel de estrés, que el organismo sabiamente decide como una vía de escape somatizarlo.

Esta vez el pediatra pidió estar un momento a solas con Paco, lo miró a los ojos, lo vio quizás como nunca antes lo había visto, e indago e indago, una y otra vez, hasta que tras un profundo suspiro Paco dijo: es que me pegan; en el cole... me pegan, a veces, yo también pego... pero más que eso, no se, no puedo hacer nada.

Respecto de la detección de las conductas violentas en niños en edad escolar ningún esfuerzo es vano. Cuanto más pronto se hace la detección, menores serán las consecuencias para las víctimas.

Hay múltiples espacios donde los niños involucrados en un conflicto escolar violento interactúan, allí donde estos niños van, llevan consigo su historia, y las consecuencias del conflicto; es por esta razón que la detección de la violencia escolar no compete únicamente a los profesores y padres de los menores involucrados; también compete a todos los profesionales que por alguna circunstancia deben tratarlos.

Toda persona que conozca una situación de violencia o que sospeche de una situación de violencia, tiene la obligación moral y profesional de denunciar. La violencia es un problema social y como tal, pertenece al ámbito público no privado. Quien conoce una situación de maltrato y la calla es cómplice de que esa situación permanezca en el tiempo.

SOBRE EL CONCEPTO

La escuela es por excelencia el segundo contexto de socialización, es por esta razón que no es de extrañar, que también en este ámbito existan los conflictos que alteran la convivencia. Sin embargo cuando estos conflictos no son

TABLA 1. Tipos de maltrato, según sean víctimas de acoso o de violencia escolar en general

Tipos de maltrato	Víctimas de acoso	Víctimas de violencia escolar
Maltrato emocional	90%	82,8%
Maltrato físico	70%	50,9%
Vandalismo	5%	5,2%

solucionados adecuadamente se convierten en violencia. Y es que la violencia escolar, es ante todo un problema de socialización, cuando un niño pega a otro, su comportamiento, nos expresa por un lado; que no cuenta en su repertorio con las habilidades para resolver una situación social que le resulta contradictoria y desbordante y por otro lado, que hay un “algo” en su ámbito personal o social que no esta bien. Esto no justifica su comportamiento, pero, nos da pistas para buscar y encontrar el origen de ese comportamiento.

La mayoría de situaciones de violencia entre compañeros que observamos en los centros escolares españoles hacen referencia a situaciones ocasionales. Sin embargo, si las situaciones de violencia ocasionales no reciben la atención que requieren, se convierten en acoso escolar, habitualmente conocido como “*bullying*”. Esté, cobra especial énfasis por convertirse en una especie de tortura para la víctima.

El acoso escolar es un tipo de violencia escolar que se da entre iguales, y que hace referencia a un comportamiento repetitivo de hostigamiento e intimidación, cuyas consecuencias suelen ser el aislamiento y la exclusión social de la víctima. De tal manera que cuando un niño dice que es víctima de acoso, no se refiere a una riña, un insulto o una amenaza aislada, cuyas consecuencias no suelen ir más allá. No, cuando un niño expresa que vive acoso escolar es, porque se siente intimidado, perseguido por el mismo compañero*, convirtiéndose en una especie de suplicio a menudo metódico y sistemático, que se apoya en un claro abuso de poder por parte del agresor, que sabe que intimida a la víctima.

INCIDENCIA

Mucho se ha especulado sobre los datos de la violencia entre iguales en la escuela, sin embargo es importante poner las cosas en su justa medida, lo primero es decir que no todo lo que ocurre en los centros escolares es violencia. Los siguientes datos corresponden a la investigación que hemos realizado en 2005 en el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Los resultados más sobresalientes referidos a la violencia escolar entre compañeros son:

*O por el mismo grupo de compañeros, por lo general el acoso escolar no es perpetrado por una sola persona, aunque se trate de un agresor directo, tras su acción hay un grupo que jalea el comportamiento de quien agrede.

La mayoría de situaciones de violencia que ocurren en la escuela son puntuales. El 75% (600) de los chicos y chicas entrevistados/as ha sido testigo de situaciones de violencia ocasional; el 14,5% (116) reconoció ser víctima; el 2,5% son víctimas de acoso (es decir, el 17,2% de las víctimas de violencia escolar en general); y el 7,6% (61) de los chicos y chicas se identificó como agresor.

Entre los tipos de maltrato que se presentan con mayores porcentajes están los presentados en la tabla 1.

Los datos según el tipo de maltrato que sufren las víctimas de acoso, son superiores en varios puntos porcentuales, excepto en el vandalismo respecto de las víctimas de violencia escolar en general.

El maltrato emocional, no es el único tipo de maltrato que sufren las víctimas de acoso, aunque si, el que mayor padecen; y con ello es importante destacar que es el tipo de maltrato que produce más secuelas y el más difícil de demostrar. Respecto del tipo de violencia, es importante destacar que un 60% de las víctimas de acoso sufre más de una forma de maltrato y es agredida a su vez por más de un agresor.

Hasta hace cinco años se pensaba que la forma más extrema de violencia escolar: el acoso, ocurría fuera del control de los maestros en horas fuera de clase, sin embargo, la investigación reveló que el 54% de las agresiones de violencia escolar y, el 75% de las de acoso ocurren en la clase. Estos datos indican que los agresores logran burlar el control de los adultos, de tal manera, que, en espacios supuestamente controlados es donde ocurre la mayor parte de las agresiones para las víctimas. Esto se explica porque a medida que avanzan las agresiones, cada situación nueva, vulnera emocionalmente a la víctima y el agresor gana espacio psicológico para agredir, de tal manera que ya no necesita de las agresiones físicas.

Es por esta misma razón que se deben sancionar cualquier manifestación de violencia de la cual los profesores/as son testigos; puesto que si no se sanciona adecuadamente las situaciones de violencia escolar que son puntuales, estas, pueden tender a volverse persistentes y convertirse en acoso, lo cual agrava todas las consecuencias. Como se aprecia en la tabla 2.

Entre las consecuencias negativas que conlleva el acoso, según el último informe, se destaca; la tristeza, soledad, depresión y trastornos del sueño entre otros. Además las consecuencias negativas que tiene la violencia escolar puntual, aumenta significativamente en las víctimas de acoso escolar.

TABLA 2. Consecuencias, según sea víctima de acoso o de violencia escolar en general

Consecuencias	Víctimas de acoso	Víctimas de violencia escolar
Nerviosismo	55%	35,3%
Tristeza	50%	26,7%
Soledad	45%	18,1%
Reducción del rendimiento escolar	35%	13,8%
Alteraciones del sueño	20%	9,5%
Ninguna	5%	32,8%

Cuando analizamos la conducta de un escolar que se comporta violentamente, nos damos cuenta que su comportamiento no obedece a una causa única; hay multitud de factores tanto individuales, como familiares y culturales.

FACTORES DE RIESGO

Entre los factores de riesgo de los escolares que se comportan de forma violenta encontramos:

Factores personales; sabemos que, los agresores escolares no padecen ningún trastorno mental o de la personalidad grave –por lo menos, no la mayoría de ellos–; lo que sí tienen son algunas características psicológicas muy marcadas. Por ejemplo, suelen carecer de empatía, o sea, no saben ponerse en el lugar del otro y, en particular, no saben ponerse en el lugar de la víctima y pueden causarle el mayor de los daños sin experimentar ningún tipo de compasión. Además, suelen presentar algunas distorsiones cognitivas, como; hacer una interpretación hostil de la realidad, percibir e interpretar la realidad de manera sesgada, en contradicción incluso con los hechos. Por ejemplo, no se ven a sí mismos como verdugo, sino como víctima, en concreto, suelen decir que atacan a la víctima porque *ella le provoca*. De ahí que tampoco sientan ningún tipo de remordimiento por su conducta.

Dentro de los trastornos psicológicos que pueden detectarse en algunos escolares, se encuentra el trastorno disocial, en una reciente investigación** que hemos realizado dentro del proyecto DITCA con 40.000 adolescentes; se identificó que el 1,2% de los escolares de secundaria cumplían al menos tres criterios de este trastorno. Los síntomas del trastorno disocial van unidos a un tipo de comportamiento repetitivo y persistente en el que se violan los derechos básicos de las personas, así como normas sociales propias de la edad, los niños que sufren trastorno disocial tienden a utilizar estrategias coercitivas y a dominar a otros niños, estableciendo relaciones conflictivas (Trianes, 2000). Sin embargo, antes de que se haga manifiesto este trastorno, el niño puede dar algunos signos de alerta en la infancia –aunque no necesariamente–, presentando conductas retadoras o, presentando comporta-

mientos propios del trastorno negativista desafiante que se caracteriza por comportamientos no cooperativos, desafiantes, negativos, irritables y enojados hacia los padres, compañeros, maestros y otras personas en posición de autoridad.

Pero también existen factores familiares; la familia es en primer lugar la institución socializadora por excelencia. Los escolares que agreden a otros escolares, expresan con sus actos que hay una grave fractura en el proceso de socialización en especial, en el reconocimiento del otro como un igual. La socialización se inicia en la familia, a través del intercambio de afecto y de situaciones de continua demanda social. Hay valores que solamente pueden ser vivenciados a través de los lazos familiares, como el respeto, la tolerancia y la cooperación. Sin embargo, cada día son más los casos de agresores escolares que no han aprendido el respeto al otro, o el límite entre sus deseos y los deseos del otro. En ocasiones los padres de acosadores escolares les han educado de forma autoritaria, sin afecto y con muchas normas impuestas; o en ocasiones bajo la ley del temor y la dominación. De esta manera los niños y niñas reproducen en sus relaciones escolares la agresión a otros como imitación de un modelo de dominio.

Con todo y esto, en gran medida las entrevistas con los agresores escolares manifiestan que sucede lo contrario. Los menores violentos en la escuela, suelen haber sido educados de forma permisiva por sus padres; con pocas o ninguna norma. Se trata de padres que creen que cualquier “NO” frustrará a sus hijos, o que sencillamente, sin proponérselo, hacen dejación de sus funciones como padres; de tal manera que el chico/a, no encuentra normas que cumplir y crece con la idea de que el mundo se rige por sus propias normas.

Este estilo educativo negligente, refuerza el egocentrismo y la ausencia de empatía. Con lo cual es muy probable que el niño ni empatice ni respete a sus padres y reproduzca en la escuela los hábitos de conducta adquiridos.

Pero no todo es responsabilidad de la familia, puede ocurrir que los factores de riesgo de la violencia escolar, estén originados en los centros escolares. El hecho de que algunos profesores no intervengan en las situaciones de violencia o no sancionen al alumno agresor, por temor a las consecuencias que pueda conllevar, la incoherencia en la forma de sancionar las mismas faltas a diferentes alumnos; pue-

**Investigación sobre problemas de conducta y violencia en la escuela (Proyecto DITCA).

de transmitir a los escolares la idea de que la violencia es aceptada en determinadas situaciones. De igual manera, el no sancionar una falta porque se considera que no es de su competencia, resta autoridad a la figura del maestro y traslada la autoridad a una sola figura en el centro escolar. Lo cuál, puede poner en juego la autoridad para corregir los comportamientos violentos en el aula.

También sabemos, que algunos profesores no han sido formados en las habilidades y recursos didácticos necesarios para mantener en clase un clima de convivencia apropiado. Ya sea porque son licenciados, no pedagogos o maestros en el sentido estricto del término, o porque en sus carreras han aprendido muy bien su especialidad pero, nadie les ha enseñado cómo intermediar en situaciones conflictivas que pueden degenerar en violencia. Añádase a todo ello, el hecho de que, como suele ocurrir desgraciadamente, el péndulo se ha desplazado desde el profesor autoritario que ejercía una violencia incluso institucionalizada sobre sus alumnos al profesor al que se ha desprovisto legalmente de cualquier posibilidad de mantener la disciplina en el aula más allá de enviar al alumno problemático al despacho de dirección.

Todos estos factores generan un riesgo mayor para que el profesorado maneje acertadamente las situaciones de convivencia.

Finalmente, es innegable un aspecto que hace más difícil la situación y que no podemos pasar por alto. Sabemos que en los últimos tiempos la dignidad de la figura del profesor se ha devaluado extraordinariamente. Por un lado, porque la familia, en ocasiones no transmite ni reconoce la autoridad y el respeto que sus hijos deberían tener a los maestros. Y por otro lado; porque en el pasado fue el símbolo de la autoridad en clase y ha habido una confusión de consecuencias tremendamente negativas entre el concepto de mantener la “autoridad” y se un maestro “autoritario”.

Pero la sociedad también tiene una enorme responsabilidad en la presencia de conductas violentas en edad escolar, hay factores culturales que no pueden ser pasados por alto.

En el proceso de socialización, cobra especial relevancia la cultura. Indudablemente la cultura española está fuertemente influenciada por los medios de comunicación: en especial por la televisión. Una buena parte de nuestra programación televisiva, presenta en su programación educativa modelos carentes de valores, baja calidad educativa y cultural de la programación y alta presencia de contenidos violentos. Además de un tratamiento sensacionalista de las noticias violentas; todo ello, puede llegar a crear una falsa idea de los valores sociales en el menor violento.

Si a ello sumamos, que los modelos sociales que se presentan a través de algunos programas de televisión transmiten la idea de conseguir lo que se desea rápidamente y sin esfuerzo; ofertando una tendencia hedonista, que in-

tenta relativizar los valores sociales y morales. Entonces, indudablemente estaremos hablando de un contexto social poco favorecedor de la convivencia para los adolescentes.

Ante los factores de riesgo la siguiente pregunta que nos surge es ¿qué hacer?

Ante todo, se debe reconocer, que existe el problema y actuar. Cuando nos enfrentamos a un conflicto entre escolares es importante comprender que tanto la víctima como el agresor necesitan ayuda. La víctima necesita ser escuchada y acogida, debe transmitírsele seguridad y confianza; además, de vincularla a nuevos grupos sociales que refuercen su autoestima y que aumenten sus relaciones sociales. Los agresores escolares, también necesitan ayuda, necesitan que se les enseñe a relacionarse adecuadamente, a controlar los impulsos, la ira, y a que se les eduque en la empatía. Hemos de tener presente en el momento de intervenir que hay que solucionar el conflicto salvando las personas. Un agresor escolar es un alumno en proceso de formación, no es un delincuente juvenil.

Además los profesores, por ser quienes están en la primera línea de actuación deben estar atentos a algunas señales. Por ejemplo; debe llamar su atención el estudiante que empieza a faltar a clase con cierta frecuencia, que suele salir solo -el primero o el último- de la clase, que se muestra triste, deprimido, inquieto o nervioso y que, ha tenido en más de una ocasión con el mismo/a compañero/a.

Ante estos indicios los profesores, en una atmósfera apropiada, deben hablar tanto con la posible víctima como con el posible agresor o agresores. A la posible víctima hay que infundirle seguridad. Al agresor hay que dejarle absolutamente claro que no se tolerará su conducta. Los profesores, obviamente, deben poner al tanto de esta situación a la dirección del centro y, en su caso, al tutor y al psicopedagogo. En todos los casos, el centro escolar deberá tratar de encontrar la colaboración de los padres tanto de la víctima como del agresor. Y, desde luego, ha de crear un ambiente escolar en el que esté absolutamente claro que no hay ninguna tolerancia respecto de la violencia en general y el acoso en particular.

Asimismo, ha de abordarse un programa de convivencia para los alumnos que son testigos y compañeros/as, en el cual se les enseñe a ponerse en el lugar del otro, a acompañar a la víctima y a romper la ley del silencio. Los compañeros temen ser acusados de chivatos si denuncian la situación de acoso. Crean, frecuentemente, que ése es un asunto privado, que concierne en definitiva a acosador y acosado. Pero se equivocan. Quien calla una situación de violencia de la que ha sido testigo es cómplice de que esa situación se esté dando. Es por está misma razón, y por las consecuencias de aislamiento que vive la víctima, que se debe abordar en tutorías y otros espacios los temas de convivencia escolar.

Entre otras estrategias que se pueden abordar en el centro escolar, se podrían adoptar las siguientes: reforzar la tutoría, incrementar la vigilancia, reorganizar los horarios de los profesores para que se cubran todos los espacios donde se pueda generar situaciones de violencia. Realizar como metodología de trabajo en la clase, el grupo cooperativo de tal forma, que se pueda evitar la formación de grupos, pandillas o guetos escolares, utilizar el cambio de grupo para sancionar los agresores, hacerles participar, a los mismos, de jornadas de formación en habilidades sociales, en horario contrario a la jornada escolar, etc. Finalmente, echar mano de estrategias como la mediación –ya sean los mediadores padres, alumnos o agentes externos–.

Podría ser de gran utilidad en algunos casos, la creación de un grupo de apoyo externo para solucionar los problemas graves. Que, además de mediar en los conflictos, ofrezca apoyo a la víctima –ya sea esté un profesor o un alumno–, brinde apoyo jurídico en caso necesario y atienda también la atención al agresor a través de terapias individuales, etc.

A los padres, se les debe pedir que colaboren en la detección de las situaciones de violencia. Se les debe brindar indicadores para que puedan estar atentos a algunos aspectos del hijo que puedan señalar que probablemente esté siendo objeto de acoso o, en general, de violencia escolar. La existencia de algunas de estas señales no significa que el hijo esté siendo, sino que existe una probabilidad, ante la cual hay que estar atento.

Los padres ante una supuesta sospecha o ante la evidencia de la situación deben, además, dirigirse al centro escolar para denunciar la situación y colaborar con él en la búsqueda de soluciones. Los conflictos escolares deben ser solucionados en la escuela, es importante emocionalmente para la víctima saber que no se ha perdido el control de la situación, y que no se hace público un problema que la ha violentado.

También es responsabilidad de todos los profesionales que tratan a los menores, identificarlos casos de violencia entre iguales. El personal sanitario que atiende a los menores que han sido agredidos debe hacer un parte de incidencia e identificar si se trata de un caso de violencia puntual entre compañeros o un caso de acoso escolar. De igual manera los psicólogos y psiquiatras que tratan a los menores en edad escolar porque presentan algún problema que afecta la convivencia; deben recabar la mayor información posible sobre como afecta el comportamiento del menor a los diferentes entornos donde se interrelaciona, entre ellos la escuela. En cualquier caso, si las consecuencias se extienden al centro escolar debe remitirse un informe, para que el psicopedagogo, el tutor y quien corresponda conozca la situación y tome las medidas correspondientes.

Finalmente, hemos de tener presente que para solucionar de forma apropiada el conflicto entre niños que pegan a otros niños, hemos de tener claro la responsabilidad social de cada uno de los agentes que socializa. La familia la escuela y la sociedad.

La familia debe crear las bases de la convivencia a través de la transmisión de los valores y el afecto; la escuela de reforzarla y brindar un espacio de convivencia más complejo, y la sociedad en su conjunto debe mantener el respeto al otro que es la base de la convivencia, como un derecho y un deber irrenunciables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baldry AC y Farrington DP. Parenting Influences on Bullying and Victimization. *Legal and Criminological Psychology* 1998; 3: 237-54.
2. Baumrind D. Parenting Styles and Adolescent Development. En: Brooks-Gunn I, Learner RL, Petersen AD (eds.) *The Encyclopedia of Adolescence*. Nueva York: Garland; 1991. p. 223-38.
3. Blaya C. Social Climate and Climate and Violence in Socially Deprived Urban Secondary in England France: a Comparative Stud. Inglaterra: University of de Portsmouth; 2001.
4. Bowlby JA. *Secure Base. Clinical Applications of Attachment Theory*. Londres: Routledge; 1988.
5. Centro Reina Sofía. *Maltrato Infantil en la Familia (España, 1997-1998)*, Informe de Esteban Requena, Valencia, Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia, Serie Documentos 4, 2002.
6. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia: *Violencia entre compañeros en la escuela*, informe presentado por Ángela Serrano e Isabel Iborra Marmolejo, Valencia, Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia, Serie Documentos 9, 2005.
7. Cowi H. *Emotional Health and Well-being*. Londres: Sage Publications; 2004.
8. Debarbieux E, et al. *Microviolences et climat scolaires: évolution 1995-2003 en écoles élémentaires et en collèges*. Bordeaux: Université de Bordeaux; 2003.
9. Goldstein A, Conoley JC. *School Violence Intervention*. In: *A Practical Handbook*. Goldstein A, Conoley JC (eds). Nueva York: Guilford Press; 1997.
10. Harris R. *A Cognitive Psychology of Mass Communication*, Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1994.
11. Heaven PCL. *Personality and Self-Reported Delinquency: Analysis of the "Big Five" Personality Dimensions*. *Personality and Individual Differences* 1996, 20: 47-54.
12. Lazarus RS y Folkman S: *Stress Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer; 1984.
13. Lecocq C, Hermesse C, Galand B, Lembo B, Philippot P, Born M. *Violence à l'école: enquête de victimisation dans l'enseignement secondaire de la Communauté Française de Belgique*, Université de Liège (ULG) y Université Catholique de Louvain, 2003.
14. Maciá y otros. *Técnicas de intervención y tratamiento psicológico*. Madrid: Piramide; 1993.

15. Menesini E, Eslea M, Smith PK, Genta ML, Giannetti E, Fonzi A, Constabile A. "Cross-National Comparison of Children's Attitudes towards Bully/Victim Problems in School". *Aggressive Behavior* 1997; 23: 245-57.
16. Nardone G, Giannotti E, Rocchi R. *Modelos de familia*. Barcelona: Herder; 2005.
17. Olweus D. Bully/victim problems among school children: Basic facts and effects of a school based intervention program. En: Pepler, DJ y Rubin KH (eds.). *The Development and Treatment of Childhood Aggression*, Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum 1991. p. 411-48.
18. Olweus D. *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell Publishers; 1993.
19. Olweus D. *Bullying en la escuela: datos e intervención*, Conferencia presentada en la IX Reunión Internacional sobre Biología y Sociología de la Violencia "Violencia y escuela", Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia; 2005.
20. Olweus Dan. *Conductas de acoso y amenaza entre escolares*. Madrid: Morata; 1998.
21. Rigby K, Cox y Black G. Cooperativeness and Bully/Victim Problems among Australian Schoolchildren. *Journal of Social Psychology* 1997; 137: 357-68.
22. Sanmartín J. *La violencia y sus claves*. Barcelona: Ariel; 2000.
23. Sanmartín J. *La mente de los violentos*. Barcelona: Ariel; 2002.
24. Sanmartín J. *Agresividad y violencia*. En: Sanmartín J. *El laberinto de la violencia, causas, tipos y efectos*. Barcelona: Ariel; 2004. p. 21-44.
25. Sanmartín J. *El terrorista. ¿Cómo es? ¿Cómo se hace?* Barcelona: Ariel; 2005.
26. Sanmartín J. *El laberinto de la violencia*. En: Colección Estudios sobre violencia, Sanmartín J (coord.). Barcelona: Ariel; 2004 (10).
27. Schwartz D, Dodge, Pettit G, Bates J. The Early Socialization of Aggressive Victims *Child Development* 1997; 68, 4: 665-75.
28. Schwartz D, McFadyen-Ketchum SA, Dodge KA, Pettit, GS, Bates JE. Peer Group Victimization as a Predictor of Children's Behavior Problems at Home and in School. *Development and Psychopathology* 1998; 10: 87-99.
29. Serrano A. *Acoso y violencia en la escuela. Cómo detectar, prevenir y resolver el bullying*, Barcelona: Ariel; 2006.
30. Smith P. *Violence in Schools*. Londres: Routledge Falmer; 2003.
31. Smith P, Depra P, Rigby K. *Bullying in Schools. How Successful Can Interventions Be?* Cambridge: Cambridge University Press; 2004.
32. Trianes MV. *La violencia en contextos escolares*. Málaga: Ediciones Aljibe; 2000.
33. Trianes MV, Fernández-Figares C. *Aprender a ser personas y a convivir: un programa para secundaria*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2001.
34. Urra J. *El pequeño dictador*. Madrid: La esfera de los libros; 2006.
35. Walker H, Colvin G, Ramsey E. *Antisocial Behavior in School: Strategies and Best Practices*. Albany, NY: Brooks, Cole Publishing Co.; 1995.
36. Whitney I, Smith PK. *A Survey of the Nature and Extent of Bullying in Junior/Middle and Secondary Schools*. Sheffield: University of Sheffield; 1991.

Nuevas adicciones sociales: la infancia en la sociedad multipantallas

J. García Pérez¹, J. Lirio Casero¹, L. Parrondo Creste²

¹Unidad de Pediatría Social, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid
²Psicóloga ADOPTANTIS, Madrid

RESUMEN

Los maestros hablan de alumnos que no pueden quedarse quietos en sus asientos y concentrarse; que reaccionan de forma agresiva frente a pequeñeces; que carecen de creatividad y capacidad de desarrollar pensamientos propios: ¿todo por culpa de las nuevas tecnologías?

Tal vez, el nerviosismo y la agresividad de muchos chicos que frecuentan los medios audiovisuales tengan otro origen. Si los niños no tienen contención interior y carecen de mecanismos de protección con que poder aislarse frente a sucesos desagradables e hirientes, si se sienten descuidados o son objeto de abusos no es sólo a causa de los ordenadores y la televisión.

Las causas del comportamiento violento no provienen exclusivamente del uso –o abuso– de las nuevas tecnologías, en general provienen de experiencias traumáticas reales a las que ha sido expuesto el menor y que, por su situación emocional particular, no encuentran otra forma de ser canalizadas que la exteriorización puesta en acción de forma violenta y agresiva.

Palabras Clave: Nuevas adicciones sociales; Ciberpatologías; Infancia; Agresividad; Violencia.

ABSTRACT

Teachers talk of students who cannot keep still in their seats and concentrate, who react aggressively to matters of little importance, who lack the creativity and the capacity to develop their own thoughts: Can this all be blamed on new technology?

Correspondencia: Jesús García Pérez. Unidad de Pediatría Social. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Avda. Menéndez Pelayo 65. 28009 Madrid
email: jgarciap.hnjs@salud.madrid.org
Recibido: Mayo 2007

REV ESP PEDIATR 2007; 63(4):336-341

Perhaps the nervousness and aggression of many children who frequently use audiovisuals has another source. If the children do not have self control or lack self protection mechanisms to use against disagreeable or hurtful experiences, if they feel abandoned or are abused, it is not just the fault of computers and televisions.

The causes of violent behaviour do not come exclusively from the use –or abuse– of new technology. They generally come instead from real life, traumatic experiences they have been exposed to which, owing to the children's particular emotional make-up, they can find no other way of channelling except through violent and aggressive actions.

Key Words: New social addictions; Cyber pathology; Infancy; Aggression; Violence.

INTRODUCCIÓN ETIOPATOGENIA Y FORMAS CLÍNICAS

Desde el punto de vista conceptual una adicción es un hábito repetitivo difícil de controlar que compromete la salud y la vida social de quien la padece.

Aunque el DSM IV aún no incluye el concepto de adicción a los videojuegos o a Internet, define la dependencia como “grupo de síntomas cognoscitivos o comportamentales que indican que el paciente continúa consumiendo pese a sus efectos indeseables, debido a fenómenos de tolerancia y abstinencia”.

La mayoría de autores la definen con los siguientes rasgos, considerando un alto riesgo de adicción la presencia de tres o más síntomas:

- Sentir gran satisfacción y euforia cuando se está frente al ordenador.
- Pensar en Internet cuando se están haciendo otras cosas.
- Mentir sobre el tiempo real que uno pasa conectado a la red o a un videojuego (entre 20 y 40 horas semanales).
- Descuidar la vida de relación, especialmente con la familia, el trabajo, etc.

- Estar inquieto o angustiado cuando no se está conectado a un *chat*.
- Intentar cortar con el ordenador y no conseguirlo.

La ciberadicción no solamente puede estar causada por el uso de Internet, sino, como se ha dicho, por otras tecnologías relacionadas con la comunicación. El grado de potencial adictivo depende, en principio, de su grado de interactividad. Así, de menor a mayor cabe considerar las siguientes formas etiopatogénicas:

- Adicción a la TV.
- Adicción a los videojuegos.
- Adicción a la informática.
- Adicción a los teléfonos de líneas pornográficas y similares.
- Adicción a Internet.

Todas ellas son parecidas pero destacan por su importancia y extensión entre las diversas edades de la infancia la adicción a los videojuegos y la adicción a Internet.

ADICCIÓN A LOS VIDEOJUEGOS

La aparición de las consolas ha permitido una gran difusión de los mismos al no estar ligados al ordenador, equipo notablemente más caro.

La capacidad de adicción de los videojuegos está en relación inversa a la edad de inicio: cuanto más precozmente empiezan con la afición más firme será con los años la dependencia de los mismos.

Es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino. Parece que la motivación inicial de los niños, es fundamentalmente, mejorar la autoestima y consideración ajena apareciendo ante los demás como expertos, si bien no son pocos los que se aficionan a ellos en encuentros con amigos, por aburrimiento o por reto personal. Todos estos son los factores que más tarde inducen en la continuidad de la adicción y provocan la imposibilidad de dejarla.

Entre los efectos negativos propios de la adicción a los videojuegos está la agresividad, además de los comunes, como el fracaso escolar, el ensimismamiento, etc.

ADICCIÓN A INTERNET

La clínica de la adicción a Internet presenta las siguientes características:

- Preocupación por el tema entre sesiones.
- Necesidad de una dedicación creciente.
- Incremento de las horas navegando por Internet.
- Dificultad para terminar una sesión.
- Alteraciones relacionales de la vida real (familia, amigos, etc.).
- Ocultación de los síntomas.
- Utilización de Internet como escape de la vida real.

El tipo de adicción a Internet varía según la personalidad del paciente. Los más frecuentes son:

- **Ciber relación** (amistades virtuales). La red ofrece un anonimato y una intimidad que no puede dar el mundo real. Por eso, en personas tímidas o con poco éxito social la red ofrece un mecanismo compensatorio altamente atractivo: se desinhiben y establecen amistades con quienes, probablemente, no conocerán en realidad nunca.
- **Ciber sexo**. El fenómeno de la pornografía en cine o revistas y el de los teléfonos eróticos se suman en Internet, dando lugar a una ciberadicción de gran repercusión en la vida personal y familiar de quien la sufre, ya sea un niño, un adolescente o los padres del mismo.

La ciberrelación y el ciber-sexo constituyen el 20% de los casos de ciberpatología. Existen ciertas diferencias de género, de manera que entre los hombres es más frecuente la pornografía y entre las mujeres los chat eróticos o intimistas.

- **El anonimato**, que ofrece tanto una sensación de control interno (elección de *partner*, de contenidos y de duración), como la desinhibición e irresponsabilidad, así como la accesibilidad (mucho mayor que acudir a un burdel), constituyen factores predisponentes a esta adicción.
- **La baja autoestima**, una imagen corporal distorsionada y una disfunción o adicción sexual en el mundo real son los factores de riesgo más destacables.

LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS Y EL DAÑO PSÍQUICO

Los maestros hablan de alumnos que no pueden quedarse quietos en sus asientos y concentrarse; que reaccionan de forma agresiva frente a pequeños; que carecen de creatividad y capacidad de desarrollar pensamientos propios: ¿todo por culpa del ordenador?

El modo en que se asimilan los contenidos de los programas de televisión, las páginas de Internet y los juegos de ordenador depende de:

- La capacidad individual de percepción del menor, estrechamente relacionada con su carácter y su tipología.
- El estado de ánimo del niño: contento o amargado; furioso o triste.
- La atmósfera familiar.
- La relación con amigos y hermanos.
- Las cosas que ha visto o leído y que le han impresionado.

Recordamos durante más tiempo ciertos acontecimientos, porque lo que más fácilmente se adhiere son los contenidos emocionales. Por eso recordamos esa película particular (porque nos identificamos con los actores o sus personajes); o porque seguimos apasionadamente a nuestro deportista favorito (y ese evento pasa a formar parte de la memoria colectiva de millones de televidentes). No sucede lo mismo con

los culebrones o los programas de preguntas y respuestas que pronto, muy pronto, caen en el olvido.

Generalmente, con los juegos de ordenador sucede lo mismo, son interesantes durante semanas, hasta que se alcanza un dominio razonable o se ha logrado superar con éxito todos los niveles del mismo, luego pierden interés y solo sirven para ocupar sitio en las estanterías y llenarse de polvo.

La calidad de algunos programas de televisión o de videojuegos es dudosa, en algunos casos provoca el rechazo desde el sentido común. La elección depende de uno mismo, y en el caso de niños y jóvenes son los padres quienes deben realizar siempre una cuidadosa elección de los contenidos.

Tal vez el nerviosismo y la agresividad de muchos chicos que frecuentan los medios audiovisuales tengan otro origen. Si los niños no tienen contención interior y carecen de mecanismos de protección con que poder aislarse frente a sucesos desagradables e hirientes, si se sienten descuidados o son objeto de abusos no es solo a causa de los ordenadores y la televisión.

En muchos casos han sido los propios padres quienes, para lograr un poco de tranquilidad, sientan desde muy temprana edad a sus hijos frente al televisor, o los dejan solos frente al ordenador.

No todos los niños que en su tiempo libre ven televisión, juegan con la videoconsola o el ordenador, chatean con amigos o navegan por Internet presentan trastornos psíquicos. Por esta razón siempre hay que indagar las causas más profundas de estos trastornos, no siempre las nuevas tecnologías son la única causa de los padecimientos emocionales de niños y jóvenes.

LA AGRESIVIDAD Y LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

La agresividad es un sentimiento innato en toda persona, al igual que la capacidad de amar, de entristecerse o de alegrarse.

Los sentimientos dominan las primeras etapas infantiles. El niño está en condiciones de sentir antes de poder conocer o comprender. La inteligencia y la capacidad de desarrollar los conocimientos son procesos más complejos que requieren mayor tiempo hasta lograr el desarrollo de sus capacidades.

En la pubertad y la adolescencia estallan verdaderas tormentas de sentimientos: amor, odio, dolor, ira, entusiasmo se suceden sin parar haciendo que el propio adolescente y su familia pasen de un extremo al otro del espectro de estados de ánimo.

La televisión o el ordenador, como ámbitos de entretenimiento y juego, ofrecen un mundo muy interesante para los niños y jóvenes.

Las películas o los videojuegos violentos pueden servir de base para acciones violentas, que pueden tener su corre-

lato en las actitudes y juegos de los niños, sobre todo de los más pequeños que carecen de los recursos para metabolizar el contenido de las imágenes.

Pero las causas del comportamiento violento no provienen exclusivamente del uso –o abuso– de las nuevas tecnologías. En general, provienen de experiencias traumáticas reales a las que ha sido expuesto el menor (violencia física o verbal, incluso en el seno de su propia familia) y que, por su situación emocional particular, no encuentran otra forma de ser canalizadas que la exteriorización puesta en acción de forma violenta y agresiva.

EL PELIGRO DE LOS MEDIOS ELECTRÓNICOS PARA LOS NIÑOS

El mundo de los cuentos infantiles con los que han crecido generaciones de niños hasta el presente presentan muchas situaciones de brutalidad: al lobo se le cose el vientre luego de llenárselo de piedras, a la bruja de Hansel y Gretel se la hace arder en el horno.

Los niños expresan y vivencian los sentimientos con mayor intensidad e inmediatez que los adultos.

A primera vista, los dibujos animados parecen inofensivos, aunque si prestamos atención, sus personajes se tratan con bastante brutalidad, pero como los personajes suelen ser inmortales (la violencia no tiene consecuencias), no suelen producir efectos de importancia sobre los espectadores.

Tanto en los dibujos animados como en los formatos para adultos, la violencia forma parte de la dramaturgia y sirve para hacer crecer la tensión entre “el bien y el mal”. Y suele triunfar generalmente el bien, mientras que el mal resulta aniquilado o castigado.

A diferencia de la violencia ficticia, la violencia real que aparece en imágenes (fotos o emisiones de TV sobre guerras, crueldad, muertes) suscita reacciones muy fuertes en los niños y adolescentes. Lo mismo sucede con las injusticias sociales. Y las reacciones pueden oscilar entre una leve inseguridad hasta un profundo temor, según la intensidad con que es percibido el suceso por los niños. Y, sin embargo, no apagamos el televisor a la hora del telediario para evitar que los niños las contemplen, en el mejor de los casos pueden servir como base para el diálogo familiar y la educación en valores.

Sin embargo, la mayor preocupación de los padres recae sobre el control de los juegos e imágenes a las que los niños y jóvenes tienen acceso a través de los ordenadores.

¿Acaso no hemos jugado a vaqueros e indios; polis y ladrones; o a emular a Robin Hood? ¿Y no hemos “matado” con arcos y flechas, rifles y pistolas? ¿Y por ello, somos más peligrosos que lo que puedan ser nuestros hijos que “pasan pantallas” ayudando a su héroe de ficción a lograr sus objetivos?

Como siempre, el peligro de los medios electrónicos en la salud física y psíquica de nuestros hijos está en el uso ina-

decuado de los mismos. Encontrar la justa medida en el tiempo que se les dedica y en el grado de agresividad que se les permite es nuestra responsabilidad como padres, igual que frente a los contenidos de la televisión.

HUIDA A LA RED O ADICCIÓN POR LA RED

¿Cuánto tiempo deben pasar los niños y adolescentes frente al ordenador? Tal vez la pregunta más reiterada en las familias preocupadas por la crianza y educación de sus hijos.

Aparecen muchas noticias sobre la adicción al ordenador o Internet y muchas son las dudas. Algunas investigaciones realizadas sobre el abuso de las nuevas tecnologías nos hablan de niños que sufren a menudo ataques de pánico y angustia; signos maniaco-depresivos; o pueden estar más expuestos a sufrir otras adicciones, como el alcohol, las drogas o el tabaco.

No es fácil generalizar que la causa de los problemas y enfermedades de los niños derivan únicamente del uso excesivo del ordenador o Internet. Causa y efecto pueden funcionar también en sentido inverso.

Los niños que nacen o viven en entornos problemáticos encuentran en el ordenador cierta protección. Pueden moverse de forma anónima y sin presiones; nadie es juzgado ni condenado de antemano, cada cual puede manifestar su opinión y eso hace que el uso o abuso del ordenador o Internet puedan representar un espacio donde refugiarse, hacia donde huir, cuando las condiciones de la realidad vivida se tornan insoportables.

Los signos de alarma deben saltar cuando el niño o joven descuidan sus tareas escolares para pasar más tiempo en Internet; cuando comprobamos que desde que descubrió la red su rendimiento escolar baja sensiblemente; cuando las tarifas que se pagan de teléfono aumentan considerablemente; si reacciona con irritación cuando se le interrumpe o se le imponen limitaciones horarias al uso del ordenador; cuando abandonan *hobbies*, aficiones y actividades de tiempo libre para pasar más horas frente al ordenador; o cuando los encuentros con sus amigos se hacen cada vez menos frecuentes o incluso llegan a abandonar a sus amistades reales para pasar más tiempo frente al ordenador conectados con las amistades virtuales.

En estos casos, no dude en solicitar ayuda urgente al pediatra, al psicólogo o al Servicio de Pediatría Social de su Hospital.

EL ORDENADOR Y LA UNIDAD FAMILIAR

El uso excesivo de las nuevas tecnologías puede perjudicar la vida familiar. Cuando uno, varios e incluso todos los miembros de la familia se aíslan en su propio mundo virtual en lugar de dialogar con los otros, nos encontramos ante una grave crisis familiar cuyas causas pueden ser muy profundas.

Hoy en día existen muchas razones para explicar el estrés en la familia porque las condiciones de vida familiar han cambiado drásticamente.

Las estructuras sociales en que crecen nuestros hijos han cambiado mucho con respecto a las generaciones anteriores.

Como cada vez estamos más ocupados –los padres (el trabajo, las tareas del hogar, etc.) y los hijos (el colegio, las múltiples actividades extraescolares, la práctica de deportes, etc.)– es poco el tiempo que dedicamos y pasamos juntos.

No es de extrañar entonces, que padres e hijos reaccionen a menudo con irritación en el trato mutuo y que se refugien en el mundo multimedia.

Solo la utilización consciente del tiempo, el establecimiento de prioridades y una relación coherente con los medios audiovisuales, serán de gran ayuda para evitar las situaciones de ruptura familiar.

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

Es importante la detección precoz de los síntomas de adicción, pues la dificultad del tratamiento es proporcional a la intensidad y duración de la misma.

Del mismo modo que no es recomendable que los niños tengan el televisor en su habitación, la accesibilidad limitada a Internet es un elemento esencial de profilaxis. Esta limitación debe ser horaria y de contenidos. Estos últimos puede lograrse mediante los llamados “filtros”. Desde hace tiempo existen en el mercado programas informáticos que permiten limitar el acceso a Internet de los niños. Se trata de programas que filtran palabras clave referentes a los temas que se quieren evitar: “sexo”, “pornografía”, “pederastia”, etc. Son útiles como coadyuvantes en situaciones difíciles de controlar: niños que están solos en casa, aulas informáticas de los colegios, etc.; sin embargo, nada puede sustituir la labor del padre o maestro en la formación del recto criterio en el niño y el adolescente.

Para el tratamiento de esta patología es necesaria la intervención de la familia con la ayuda de un profesional ya sea un pediatra o un psicólogo.

Se ha discutido mucho si la agresividad de los videojuegos o de las *web* influye sobre la violencia en los jóvenes. Algunos estudios señalan que no han hallado relación entre juego violento y conducta violenta; sin embargo, sí parece demostrado que los niños más violentos prefieren juegos violentos y que su cociente intelectual es menor. Finalmente, cabe mencionar que también se ha utilizado el poder de seducción de Internet y de los videojuegos para inculcar hábitos saludables en los jóvenes. Hay experiencias en este sentido en educación sexual, prevención del SIDA entre otras.

REGLAS PARA EL USO ADECUADO DE LOS MEDIOS AUDIOVISUALES

El modo y la intensidad con que los niños y jóvenes utilizan las nuevas tecnologías reflejan, en gran parte, el com-

portamiento que observan en sus padres, sus hermanos mayores o su círculo de amigos.

Cada niño tiene sus inclinaciones personales: unos prefieren la lectura; otros los juegos y juguetes; y otros la televisión, el ordenador o las videoconsolas.

Antes de condenar el uso de los elementos multimedia, los padres deben buscar las causas del abuso de las mismas por parte de sus hijos.

Tal vez el primer paso sería preguntarse ¿por qué y para qué utiliza el resto de la familia las nuevas tecnologías? ¿en qué medida se controla el tiempo que pasan frente a ellas?

Para evitar eternas discusiones diarias en torno al uso del televisor, las videoconsolas y el ordenador lo mejor será acordar una serie de reglas familiares y comprometerse a cumplirlas.

- **Dialogar en lugar de imponer:** como en todas las cuestiones educativas, se trata de conciliar las necesidades de todos, para que las soluciones encontradas sean respaldadas por todos.
- **Dar el ejemplo:** los niños y jóvenes aprenden la mayoría de sus comportamientos en el seno del hogar, si los padres suelen sentarse frente al televisor, los hijos querrán hacer lo mismo. Si los hermanos mayores pasan horas frente al ordenador, los pequeños tenderán a imitarlos. La mejor educación es el ejemplo, los niños son los primeros delatores de las incoherencias de los padres.
- **Adecuar las normas a la edad de los hijos:** los hijos crecen y las normas deben ir adecuándose a las diferentes capacidades que van adquiriendo. Si hay varios niños en casa las normas no deben obligatoriamente ser las mismas para todos, dependerá de la edad y los intereses de cada uno el acuerdo que se establezca.
- **Crear un horario para el uso:** el límite de tiempo debe regularse de forma proporcional a la edad, no puede ser igual el tiempo dedicado al ordenador para un pequeño que para un púber o un adolescente.
- **Ofrecer alternativas a las pantallas:** la mayoría de las veces, si los niños pasan demasiado tiempo frente a las pantallas, debemos buscar las claves del problema en la familia. Si en familia se realizan otras actividades comunes como jugar, escuchar música, practicar deportes o actividades al aire libre, el ordenador y el televisor tendrán un papel secundario para los chicos. Cuantas menos alternativas encuentren, más interesante resultará para ellos refugiarse en el ordenador.
- **Instalar programas de filtro para Internet:** el contenido debe ser el criterio más importante para la utilización de los medios audiovisuales. Los niños son demasiado sensibles como para todo lo que reciben sin un filtro previo. Estar al tanto del contenido de los programas de televisión o los videojuegos es relativamente sencillo. El problema más importante se presenta con el acceso a Internet. La diversión y la aventura están a un paso de distancia

de ofrecimientos de contenido inmoral o inadecuado para la capacidad de comprensión de los niños. Para evitar su acceso a páginas que les puedan resultar peligrosas existen programas de filtrado o filtros que impiden el acceso a determinados ámbitos temáticos que resultan de gran utilidad si no se quiere terminar realizando tareas de espionaje con nuestros propios hijos.

- **No bloquear sino guiar:** uno de los principales problemas entre padres e hijos es la disputa en torno a la diferencia de criterios a la hora de decidir cuándo es razonable usar y cuánto tiempo dedicar a las nuevas tecnologías. Ambas partes se sienten incomprendidas y el conflicto suele ir en aumento. Hacer desaparecer el cable alimentador de energía eléctrica no es la mejor solución. Argumentar solo con prohibiciones y restricciones, solo bloquea la posibilidad de diálogo. Muchos chicos interpretan estas conductas como el propio temor de los padres frente al mundo tecnificado que les rodea y su incapacidad para dominarlo. Frente a ello despliegan su rebeldía incumpliendo las normas acordadas. Es posible utilizar otras líneas de argumentación sin necesidad de llegar a la prohibición sin explicaciones.
- **Participar en los juegos con los hijos:** siempre es importante compartir las actividades de los hijos. Y también en el mundo del ordenador y los videojuegos. Con satisfacción serán grandes maestros para enseñarnos el funcionamiento de los mismos. Tal vez descubramos que se necesita mucha paciencia y tiempo para dominarlos, y no habrá sido tiempo desperdiciado si nos permite conocer a nuestros hijos.
- **Buscar y elegir juegos electrónicos:** aun cuando no seamos unos expertos en el manejo del ordenador y las reglas de los juegos electrónicos, será importante tomar un papel activo y asesorarnos sobre los contenidos de los juegos antes de comprarlos. No todos son juegos violentos, pero es bueno saber qué ofrecemos a nuestros hijos.
- **Navegar juntos por Internet:** Internet con sus numerosos contenidos ofrece una buena posibilidad de compartir experiencias con los hijos frente al ordenador. Y nos permite la posibilidad de intervenir inmediatamente si la búsqueda ha terminado en una página inadecuada. Nuevamente, ofrecemos como modelo para nuestros hijos.
- **Autoayuda entre padres:** siempre existe la posibilidad de unir fuerzas y criterios para el uso de las tecnologías con otros padres. Hablar sobre videojuegos conflictivos y el tiempo que se puede dedicar a estas actividades ayudará a ponerse de acuerdo sobre el uso que se les permitirá. Así, no encontrará el niño fuera de casa el acceso a programas no deseados. Compartir con otros padres preocupados las inquietudes sobre estos temas, permite mantenerse al corriente de la situación y respi-

rar tranquilos cuando los hijos acceden al ordenador en casa ajena.

- **Solicitar ayuda profesional antes de que las situaciones conflictivas sean graves:** establecer reglas es una parte importante para enfrentar situaciones conflictivas. Incluso en las mejores familias a veces los niños y jóvenes se niegan a seguir las indicaciones de sus padres y el ordenador se convierte en una fuente de conflictos permanentes.

Cuando se llega a la situación de pensar en desconectar el ordenador, porque no hay forma posible de diálogo y no es posible encontrar soluciones, tal vez sea el momento necesario para recurrir a la ayuda profesional. El pediatra, el maestro o el psicólogo serán de gran ayuda para todos, padres e hijos y podrá permitir reconducir el diálogo familiar.

La informática y los medios de comunicación no son ni buenos ni malos en sí; su papel social depende de sus contenidos, es decir, de cómo se usan.

Lo que ya nadie duda es que tienen un fuerte poder de atracción, tanto para niños como para adultos; y que, precisamente por ello, son capaces de producir todo un nuevo repertorio de patologías psicosociales y de adormecer

a toda una sociedad, haciendo cada vez más verosímil la existencia real del mundo feliz de Huxley.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castells P, de Bofarull I. Enganchados a las pantallas. Televisión, videojuegos, Internet y móviles. Ed. Planeta 2002
2. Clemente Díaz M, Vidal Vázquez M. Violencia y televisión. Ed. Noesis 1999.
3. Comas Arnau, D. Videojuegos y violencia. Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid. Estudios e Investigaciones 2001
4. García Galera, M. Televisión, violencia e infancia. Ed. Gedisa 2000.
5. Grossman D, De Gaetano, G Stop teaching our kids to Kill. A call to action against TV, movies & video game violence. Crown 1999.
6. San Martín, J. ; Grisolia, S. Violencia, televisión y cine. Centro Reina Sofía para el Estudio de la violencia, 1998.
7. Cibercentros y seguridad infantil en Internet. Protégeles. Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid. Estudios e Investigaciones 2004.
8. Seguridad infantil y costumbres de los menores en Internet. Acción contra la pornografía infantil - Protégeles. Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid. Estudios e Investigaciones 2002.

Maltrato en la infancia discapacitada

G. Galdó Muñoz

*Catedrático de Pediatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Granada
Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Universitario San Cecilio. Granada*

RESUMEN

El problema del maltrato y abuso sexual a los niños con una discapacidad física, psíquica o sensorial (por acción u omisión), es más frecuente que el maltrato a los niños considerados normales, a la vista de los estudios realizados en este colectivo. En el presente trabajo se realiza una revisión y actualización de los conocimientos que sobre este problema social hay publicados en la literatura más reciente. Se hace una revisión sobre la frecuencia, el tipo de maltrato que afecta a este grupo de niños, de causa multifactorial. Se valoran los factores protectores, factores de riesgo, formas específicas de maltrato, indicadores del mismo, diagnóstico y diagnóstico diferencial y prevención primaria y secundaria sobre este problema.

Palabras Clave: Maltrato infantil; Negligencia; Abuso sexual; Discapacidades; Diagnóstico, Prevención.

ABSTRACT

Abuses to children with physical, psychological and sensorial disabilities are more frequent than to children considered normal, according to the studies carried out on this subject. The present paper reviews and actualizes the current knowledge on this problem, usually caused by multiple factors. Frequency, kind of abuse, clinic findings, risk and protect factors, diagnosis, differential diagnosis and the primary and secondary prevention strategies are revised.

Key Words: Childhood abused; Neglect; Sexual abuse; Disabled children; Diagnosis; Prevention.

Correspondencia: G. Galdó Muñoz. Servicio de Pediatría del Hospital Universitario San Cecilio. Granada
email: ggald@ugr.es
Recibido: Mayo 2007

REV ESP PEDIATR 2007; 63(4):342-350

INTRODUCCIÓN

El maltrato a la infancia es tan antiguo como la humanidad. Es a partir del siglo XX cuando preocupa de forma evidente el diagnóstico y la prevención del maltrato infantil, siendo hoy uno de los problemas emergentes de la pediatría social.

La Organización Mundial de la Salud en su clasificación de deficiencias, discapacidades y minusvalías nos ofrece una aproximación a la discapacidad a través de sus consecuencias para la persona y su desenvolvimiento diario. Considera discapacidad a toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano. Se refiere a discapacidades de conducta, de la comunicación, del cuidado personal, de la locomoción, de la disposición del cuerpo, de la destreza, etc. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de la actividad normal, que pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivas o no progresivas, por tanto, físicas, psíquicas y sociales.

La mayor parte de las discapacidades suceden en relación a cuatro grupos de riesgo:

1. **Problemas pre y perinatales.** Defectos y malformaciones genéticas, prematuridad, pérdida del bienestar fetal, tales como retrasos evolutivos del lenguaje psicomotricidad, problemas de conducta (niños difíciles), parálisis cerebral, pérdida de la visión o de la audición, luxaciones, etc.
2. **Riesgo socioambiental.** En España el 18% de la población vive bajo el umbral de la pobreza y un 4% en la pobreza severa. La tasa de deficiencias se triplica en estos ambientes más desfavorecidos con problemas de salud (desnutrición, enfermedades), inadaptación, retrasos en el desarrollo y problemas de aprendizaje. A este grupo igualmente pertenecen los niños de las etnias minoritarias o excluidos, al desenvolverse en ambientes de marginalidad y de falta de recursos para atender sus necesi-

dades (vivienda, alimentación, higiene,...). Las situaciones de falta familiar y maltrato suponen otro factor de riesgo importante asociado a deficiencias, trastornos de conducta, enfermedades y trastornos emocionales. El maltrato infantil puede ser, a su vez, causa de discapacidad.

3. **Los accidentes a partir del primer año de edad, variando el lugar en función de la edad.** De 1 a 4 años en el hogar, de 4 a 18 años en el colegio y grupos de ocio, y los jóvenes por accidentes de tráfico. Este grupo representa un 10% del total de la discapacidad.
4. **Las enfermedades crónicas.**

MITOS SOBRE EL MALTRATO A NIÑOS CON DISCAPACIDAD

Al igual que existen mitos sobre el maltrato en otros grupos de niños, los hay respecto al maltrato en los niños discapacitados. Entre ellos, el que nadie abusaría de niños o adolescentes con discapacidad, o que si los niños y adolescentes no saben que se está abusando de ellos no sufrirán ninguna consecuencia⁽¹⁾. En nuestra sociedad actual, lamentablemente, existen todavía individuos y grupos sociales con unas ideas, actitudes y comportamientos que etiquetan, estigmatizan, infravaloran, despersonalizan, segregan y rechazan a los niños con discapacidades. Para estas personas o grupos, la violencia contra los niños discapacitados es más aceptable que en los niños considerados normales. Ideas, actitudes y comportamientos, como que los niños con discapacidades son diferentes y, por ello, no deben tener las mismas oportunidades sociales, sanitarias, educativas o profesionales que los niños sin discapacidades, los niños con discapacidades son asexuales y, por lo tanto, no necesitan recibir educación sexual, los niños con discapacidades no son capaces de controlar sus comportamientos, a los niños con discapacidad mental no es necesario tratarlos respetuosamente, ya que no se dan cuenta, algunos niños con discapacidades no sienten dolor, pena o sufrimiento, coloca a los niños con discapacidades en un riesgo mayor de sufrir algún tipo de maltrato.

FRECUENCIA DEL MALTRATO EN LOS NIÑOS DISCAPACITADOS

Uno de los aspectos que preocupa es el conocer si el maltrato en los niños discapacitados es más frecuente que en el resto de niños. Es difícil encontrar estudios válidos sobre la incidencia del maltrato en los niños con discapacidad. Los datos disponibles son difícilmente comparables, por la gran cantidad de variables que se han valorado, respecto a población investigada, clasificación de discapacidades, fondo cultural y legislativo, actitud general hacia el problema, etc.

Hay muchas razones que justifican que los niños con discapacidades puedan ser maltratados con más frecuencia que el resto, y que esto sea más difícil de detectar: la carencia

de la comunicación que puede afectar la capacidad del niño y cuidadores para establecer una relación sólida, dificultad de expresarse con el lenguaje, incapacidad para producir señales no verbales de rechazo al maltrato, dificultad para expresar necesidades de forma clara e inteligible para los demás, como claramente, por ejemplo, el malestar, dolor, hambre, etc., que pueden conducir a la frustración del cuidador o a sensaciones de ser incapaces para resolver las necesidades del niño, capacidad deteriorada de divulgar el maltrato, dificultad para protegerse o para negarse a su sufrir el maltrato o abuso.

Sería interesante desarrollar un estudio sistemático de la violencia hacia los niños con discapacidad, para recopilar datos válidos relativos, tanto a la extensión como a las consecuencias. No obstante, hay suficientes evidencias para establecer que los niños con discapacidad tienen un riesgo más alto de sufrir violencia doméstica que los niños sin discapacidad. Sullivan y cols.⁽²⁾ publican que los niños con discapacidad tienen una probabilidad 3,7 veces mayor de experimentar negligencia; 3,8 veces más de sufrir maltrato físico y emocional y 4 veces más de sufrir abuso sexual. Otras investigaciones señalan que los niños con discapacidad mental tienen un riesgo más alto de ser víctimas de todas las formas de violencia que los niños con discapacidad física. Un estudio reciente americano refiere que los cuidadores abusaron de niños con inhabilidades 1,7 veces más que de los niños sin discapacidad⁽³⁾. En los trabajos realizados sobre este maltrato en Canadá se estima que el riesgo del maltrato de la población con inhabilidades pueda ser tan alto como cinco veces mayor que para el resto de la población general⁽⁴⁾. El maltrato y el abuso de niños institucionalizados con discapacidades físicas y psíquicas son hechos bien documentados en la historia canadiense^(5,6). Los niños que crecen en instalaciones residenciales presentan un riesgo más alto de abuso que los niños que crecen en su propio hogar⁽⁷⁾. En España, Olivan⁽⁸⁾ encuentra una frecuencia de maltrato del 5,56% de los niños acogidos, y concluye que en la mayoría de los casos la etiopatogenia no estaba relacionada únicamente con la discapacidad, sino con factores de riesgo familiares, sociales y ambientales, siendo pues multifactorial. Otros estudios realizados exclusivamente en niños discapacitados han observado una prevalencia del maltrato entre el 9,7 y el 61%⁽⁹⁾, sin predominio de sexo⁽⁸⁾.

La conexión entre la violencia y la discapacidad se considera que es bidireccional. No solo los niños con discapacidad están más expuestos a la violencia, sino que además, la violencia es una causa significativa de discapacidad intelectual y de otros tipos⁽⁵⁾. Las altas tasas de violencia sufrida por personas con discapacidad intelectual son el resultado, por un lado, del hecho de que la violencia causa discapacidad y por otro, de la respuesta de la sociedad ante las discapacidades, que a menudo incrementa el

TABLA 1. Factores protectores

1. Factores del niño	Capacidad para expresar sus sentimientos y relacionarse con otros, educación sexual durante la adolescencia, integración en contextos sociales (p. ej., el colegio), estabilidad en el comportamiento y la atención
2. Factores de la familia o de los cuidadores	Bienestar psicológico, alta capacidad para hacer frente al estrés, gran autoestima y expectativas personales, aceptación de la discapacidad, reconocimiento, tanto de los límites como de las potencialidades del niño, conocimiento adecuado sobre el desarrollo del niño, sus necesidades y procesos, apoyo familiar y social durante la infancia, relaciones positivas, al menos con un adulto, vivienda segura, ordenada y guardería adecuada, relación estable y de apoyo con la pareja, capacidad para hacer frente a los retos y adaptarse a los cambios que caracterizan la vida familiar, trabajo y comodidad económica, apoyo social, estrategias de educación positivas
3. Factores ambientales y sociales	Los derechos de los niños no pueden ser desatendidos, hacer cumplir las leyes de protección a los niños, valor creciente de los niños, bienestar y empleo, red de relaciones de apoyo social, red de relaciones social y multiprofesional e interdisciplinar, vecindarios seguros, inaceptabilidad social de la violencia, normas culturales y promoción en los medios contra la violencia

riesgo de violencia. Sobsey⁽¹⁰⁾ sugiere que las discapacidades neurológicas que surgen del “síndrome del niño zarrandeado” aparecen aparentemente sólo un año después de salir del hospital. Bonier y cols.⁽¹¹⁾, han mostrado cómo un estrés importante asociado con la violencia puede producir cambios bioquímicos que dañen la estructura cerebral y su función. La violencia contra los niños con discapacidades es un problema multifactorial, en el que intervienen factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y ambientales.

FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

Al igual que en el problema del maltrato general en la infancia, el maltrato en los niños discapacitados se relaciona con una serie de factores protectores y otros de riesgo. Tanto los factores protectores como los de riesgo de maltrato infantil se pueden referir a tres sectores diferentes: el niño, los padres o cuidadores, y los factores ambientales.

Factores protectores

Los factores de protección se refieren a las fuerzas y recursos para mediar frente a los factores de riesgo, promoviendo la resistencia contra los efectos negativos de las experiencias de maltrato. En general, la investigación ha dado a conocer que relaciones de apoyo y emocionalmente satisfactorias con familiares o amigos pueden ayudar a minimizar el riesgo de maltrato de los padres hacia los hijos, especialmente durante sucesos estresantes. Por otro lado, situaciones aparentemente familiares y socioeconómicas armoniosas podrían disminuir el nivel de atención y alerta de

observadores externos, incluyendo amigos, familiares y servicios sociales (Tabla 1).

Factores de riesgo

La discapacidad, en sí misma, no es causa de violencia, pero parece que aumenta el riesgo del mismo, por las circunstancias del entorno. Los niños con discapacidad son niños con necesidades especiales. El sentirse completamente responsable de atender estas necesidades a diario, puede llevar a situaciones de desbordamiento que conduzcan a la violencia (Tabla 2).

TIPOS DE MALTRATO EN LOS DISCAPACITADOS

Los niños con pocas habilidades y oportunidades para relacionarse con su entorno, tienen más probabilidades de sufrir situaciones de malos tratos que los niños con muchas o más fuertes capacidades y redes de apoyo social. Sullivan y Knutson⁽¹²⁾, han observado en la población estudiada y comparada con otros grupos, que los niños con discapacidad maltratados experimentan el mayor número de factores adicionales de estrés en la familia. En general, los niños con discapacidad suelen ser maltratados a una edad más temprana. Además, suele existir una asociación significativa entre el estatus familiar de los maltratadores y el tipo de maltrato. Los miembros de la familia más próximos representan la gran mayoría de los casos de negligencia y maltrato físico y emocional, mientras que entre los que cometen abuso sexual, el número de los que no pertenecen a la familia es significativamente más alto. Sobsey⁽¹³⁾ afirma que los niños con discapacidad que sufren maltrato, son frecuentemente deshumanizados (la despersonalización de víc-

TABLA 2. Factores de riesgo de maltrato

1. Factores del niño	Discapacidad física, cognitiva, emocional, parto prematuro y poco peso al nacer, necesidades especiales, hospitalizaciones frecuentes, trastornos de conducta (p. ej., agresividad, hiperactividad, desórdenes de sueño, etc.) o gran demanda de cariño, incapacidad para entender el maltrato, denunciarlo o escapar de él.
2. Factores de la familia o de los cuidadores	Una enfermedad mental de los progenitores, los desórdenes de personalidad, intentos de suicidio y sufrimiento psicológico, la falta de capacidades parentales, pocas habilidades para hacer frente al estrés, la autoestima y las propias expectativas, modelo de padres inadecuado (autoritarios, etc.), historia de maltrato durante la infancia, abuso de sustancias, conocimiento inadecuado sobre el desarrollo del niño, sus necesidades y procesos, expectativas no reales y no conocidas, historia de desórdenes de comportamiento y agresividad, adolescentes sin apoyo familiar, niveles altos de estrés, aislamiento social, estatus económico bajo, paternidad unipersonal, embarazo no deseado, cuidado prenatal inadecuado, poca adaptación familiar a la discapacidad, rechazo al apoyo o recursos ofrecidos, una vivienda caótica y difícil (tamaño familia y densidad), vivienda no segura e inadecuado servicio de guardería, conflictos matrimoniales y violencia doméstica, sucesos estresantes, estrés en los padres y dolor emocional, desempleo y problemas económicos, un bajo nivel cultural, aislamiento social, mayor tolerancia hacia disciplina dura y agresión verbal (p. ej., golpes)
3. Factores sociales y ambientales	Leyes de protección al niño no existentes o cumplidas, valor decreciente de los niños (minoría de edad, discapacidad, sexo), pobreza y desempleo, aislamiento social, menor apoyo material y emocional, vecindario peligroso, alta aceptabilidad social de la violencia, promoción de la violencia en normas culturales, violencia en los medios

timas potenciales es una clave para suprimir la inhibición de la violencia contra ellos).

Ciertos comportamientos y actitudes sociales y profesionales pueden transmitir algunas ideas de devaluación que ponen a los niños en situación de riesgo. Sobsey⁽¹⁴⁾ explica que una intervención médica temprana en las unidades de cuidados neonatales puede interferir en la creación de un vínculo adecuado entre los padres y sus hijos con discapacidad.

En el período prenatal ante un embarazo no deseado o en circunstancias de riesgo, el realizar maniobras abortivas inadecuadas, alimentación restrictiva (vegetarianismo estricto), falta de adecuado control por el obstetra, abuso de drogas y alcohol, son tipos de maltrato prenatal que puede causar discapacidades severas o acentuar las previsibles.

En la actualidad ha disminuido el porcentaje de recién nacidos afectados de graves malformaciones mediante el diagnóstico prenatal precoz y la interrupción del embarazo.

MALTRATO EN EL RECIÉN NACIDO Y EN EL NIÑO

Ante el nacimiento de un niño con discapacidad puede haber una no aceptación del mismo y, como conse-

cuencia, el posible abandono del hijo e intentos de ocultarlo, no adoptar las medidas adecuadas para su seguimiento y cuidado e integración, no prestándole una adecuada asistencia sanitaria, no proporcionar una educación adecuada. Por el contrario, la existencia de expectativas no reales por parte de los padres en cuanto a la rehabilitación de sus hijos, puede causar que expongan a los mismos a múltiples tratamientos terapéuticos resultando perjudiciales por ser excesivos, con el uso inapropiado de tratamiento farmacológico. La negación de asistencia sanitaria apropiada (p. ej., atención sanitaria dental) pueden considerarse formas de violencia. También el abuso sexual acontece en este grupo de discapacitados con mayor frecuencia, por sus propias características, bien de un entorno próximo o más lejano.

Además, hay formas específicas de violencia ligadas a la discapacidad que son causadas por complejas convicciones individuales, sociales y culturales, estrictamente interrelacionadas y actuando a diferentes niveles. Son la expresión de actitudes particularmente difíciles de detectar y cambiar, ya que están determinadas culturalmente y ampliamente aceptadas. Ejemplos pueden ser la falta de intervención a tiempo dirigida a la autonomía e indepen-

TABLA 3 . Frecuencia del tipo de maltrato en discapacitados

Tipo de maltrato	Crosse Kaye y Ratnofsy	Sullivan y Knutson
Negligencia	1,6 más frecuente	3,8 más frecuente
Abuso sexual	1,8 más frecuente	3,1 más frecuente
Maltrato físico	2,1 más frecuente	3,8 más frecuente
Maltrato psicológico	2,8 más frecuente	3,9 más frecuente

dencia, la negación de una identidad sexual para los niños con discapacidad, la falta de autodeterminación y poder de decisión, falta de oportunidades de comunicación y falta de privacidad para los adolescentes y adultos con discapacidad, etc. Mucha gente expresa actitudes negativas hacia la diversidad y la discapacidad a través de una discriminación abierta: la humillación, el miedo al contacto físico, el desdén, y son formas de violencia que a menudo sufren los niños con discapacidad. En la tabla 3 recogemos la frecuencia de diversos tipos de malos tratos a este grupo de niños^(15,16).

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico y/o la detección de maltrato infantil es la primera condición para poder intervenir en casos de maltrato infantil, ya que, como resulta evidente, si no detectamos la situación de malos tratos, difícilmente podremos actuar sobre las causas que dieron lugar a esta situación y proteger al menor. Debe ser lo más precoz posible, para evitar la gravedad de consecuencias para el niño e incrementar las posibilidades de éxito de la intervención, tratar las secuelas, prevenir la repetición, etc. De ahí la importancia de que los profesionales tengan los conocimientos suficientes que se requieren para sospechar y establecer este diagnóstico.

Los indicadores son aquellos datos derivados de la anamnesis, de las exploraciones y de la historia social que señalan la posible existencia de malos tratos. La detección del maltrato en el niño discapacitado por las dificultades en su valoración e interpretación hacen que sea algo más difícil que en los niños considerados como normales. Al igual que en estos casos existen indicadores físicos, comportamentales del niño y compartamentales de la familia o cuidadores (Tabla 4).

CONSECUENCIAS DEL MALTRATO AL NIÑO DISCAPACITADO

Se consideran como tales los problemas de comportamiento, sociales y emocionales (p. ej., desobediencia, hostilidad, ira, miedo, ansiedad, depresión, pocas o malas relaciones sociales incluso con los hermanos); los problemas cognitivos y de actitud (p. ej., retrasos madurativos, pobre formación escolar, privación sociocultural, actitudes pro-violencia, falta de resolución de conflictos), problemas a largo plazo (p. ej., niveles más altos de depresión en los adul-

tos y síntomas de traumas). En términos generales, cuanto menor sea el niño, más devastador será el impacto del maltrato, debido también al hecho de que la exposición a la violencia podría continuar durante un largo período de tiempo antes de ser detectada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Cuando se sospecha la posibilidad de maltrato, es necesario establecer a veces un diagnóstico diferencial con otros problemas que pueda presentar el niño no maltratado. Entre ellos tendremos que hacerlo con los siguientes:

1. **Lesiones osteoarticulares.** Las alteraciones esqueléticas pueden afectar a cualquier hueso, y pueden hacer difícil el diagnóstico con las lesiones no accidentales. Debe tenerse en cuenta que los malos tratos son causa de fracturas frecuentes, oscilando su incidencia alrededor del 25 al 50% de los casos de maltrato físico. Existen diferentes situaciones, tanto congénitas como adquiridas, que pueden hacer sospechar erróneamente el diagnóstico de maltrato en el niño. Para diversos autores, la presencia de fracturas en esquina (metáfiso-epifisarias) sería patognomónica de maltrato, aunque las más frecuentes son las fracturas diafisarias. Es típico que los niños maltratados presenten múltiples fracturas en distintas fases de evolución. Son frecuentes las hemorragias subperiósticas, las fracturas diafisarias y las fracturas por arrancamiento metafisario. También se describen secuelas en forma de desviaciones, fracturas costales generalmente en la zona posterior, y fracturas craneales asociadas o no a hematoma subdural. La osteogénesis imperfecta es un ejemplo claro de situación que puede hacer pensar en maltrato, debido a los distintos tipos de fracturas que pueden ocurrir, así como a su distinta expresividad clínica. La deficiencia de cobre también produce deformidades esqueléticas, como las de los malos tratos, tanto en la de tipo nutricional como en la congénita (síndrome de Menkes). Además, en estos casos se pueden producir fracturas metafisarias y hemorragias intracraneales, como las que se ven en los malos tratos. El raquitismo y el escorbuto pueden producir también deformaciones de los huesos parecidas a las de los niños maltratados. Otras lesiones similares a los abusos son las que se presentan en la sífilis congénita. Igualmente algunos medicamentos pueden producir lesión

TABLA 4. Indicadores de maltrato en los niños.

1. Indicadores físicos en los niños	Heridas o marcas en la piel, quemaduras, mordiscos, fracturas, manifestaciones traumáticas, discapacidad psíquica o motora, aspecto descuidado, bajo peso, infecciones no cuidadas, suciedad, descuido dentición y patologías no atendidas, apatía y falta de vitalidad, señales clínicas de intoxicación o de abuso sexual
2. Comportamentales del niño	El niño está receloso de los adultos y actúa desconfiadamente, parece tener miedo a sus padres, tendencia al aislamiento y al retiro, falta de participación en los juegos y actividades en grupo, falta de reacciones diferenciadas hacia las personas desconocidas, agresividad, comportamiento antisocial, comportamiento destructivo, hipervigilancia comportamientos sexuales inesperados, necesidad de llamar la atención, disturbios psicológicos (anorexia, insomnio, enuresis, irritabilidad, somatizaciones, intimidación), fracaso escolar
3. Indicadores en los padres: comportamientos, lenguaje y actitudes	Explicación no muy creíble de lo que ha sucedido, discrepancia entre los síntomas referidos por la familia, la historia clínica y evidencias de la evaluación clínica, historia familiar de maltrato infantil, relaciones familiares disfuncionales, tardanza en la búsqueda de asistencia médica al niño, ausencia de preocupación por el niño, su aspecto y necesidades físicas y emocionales, sobreprotección, celos, ideas y actitudes negativas hacia el niño (devaluación, desdén), disciplina severa, discapacidad en los padres, enfermedad mental en padres, falta de seguimiento y cuidados sanitarios, exceso de celo en procedimientos diagnósticos y tratamientos

nes óseas parecidas a las de los malos tratos, como las prostaglandinas, que pueden producir proliferación cortical a lo largo de las costillas y diáfisis de los huesos largos que recuerdan a las periostitis traumáticas. El metrotexato, por otra parte, provoca cuando se da a dosis altas, osteoporosis y fracturas metafisarias locales. La neuropatía sensorial hereditaria, por sus características de impedir que los pacientes sientan dolor, puede dar lugar a que estos enfermos sufran diversos tipos de quemaduras, equimosis, fracturas, etc., que en principio puedan parecer malos tratos, y cuyo diagnóstico viene dado por la historia clínica del paciente.

2. **Lesiones cutáneo-mucosas.** El diagnóstico diferencial deberá establecerse con múltiples situaciones que incluyen equimosis, tales como manchas mongólicas, enfermedades hemorrágicas, o bien con lesiones que sugieran quemaduras, tales como varicela, impétigo, eritema multiforme y quemaduras solares accidentales. No es raro que, tanto en estos enfermos, como en otras situaciones de enfermedades tumorales, como la leucemia, o bien tras la ingestión de raticidas o en los déficits de vitamina K, haya habido casos en los que se presumió el diagnóstico de maltrato. La ingestión accidental de salicilatos puede dar lugar a la aparición de petequias subconjuntivales y una púrpura por aumento de permeabilidad capilar

y descenso de la adhesión plaquetaria. Igualmente, la ingestión accidental de warfarina o derivados dará lugar a una prolongación del tiempo de protrombina, con la aparición de equimosis y sangrado que puede confundir inicialmente con maltrato.

3. **Lesiones de órganos abdominales.** Éstas constituyen una causa importante de muerte en el niño maltratado. Cuando estas lesiones se deben a accidente existe el antecedente de golpe o caída, además de la evidencia del traumatismo. El pseudoquiste pancreático, que cuando es accidental suele ser secundario a traumatismo pancreático por manillar de bicicleta o accidente de tráfico, sugerirá malos tratos cuando se observe en lactantes o niños pequeños. También se hará el diagnóstico diferencial con la malnutrición en los síndromes de malabsorción, y con la perforación intestinal secundaria a malos tratos.
4. **Tradiciones culturales.** Las medidas terapéuticas utilizadas en algunas culturas para tratar distintas dolencias pueden ser confundidas con malos tratos (aunque en ocasiones pueden llegar a constituir auténticos malos tratos). Entre ellas se encuentran las lesiones circulares producidas por una taza caliente colocada sobre la piel del niño que al enfriarse producen el vacío dejando una característica marca circular (*cupping*), que

se practica en Méjico y Europa del Este con el fin de disminuir el dolor y la inflamación y recuperar el apetito y la fuerza en el niño. Otra costumbre es frotar primero la espalda o el tórax del niño con aceite y posteriormente rascarle en la zona con el borde de una moneda (se utiliza en los países orientales para el tratamiento de la fiebre y el dolor de cabeza). La otra práctica similar es la que se hace en China, en la cual tras un masaje de la piel con una cuchara de porcelana hasta que aparecen las equimosis (*spooning*). Otras costumbres incluyen también diversas quemaduras terapéuticas en las zonas dolorosas. Por último, en Méjico se utiliza un remedio para la fontanela deprimida o hundida (mollera caída), en el que se realizan succiones y sacudidas al niño para que la fontanela recupere su posición normal pudiéndose provocar una hemorragia intracraneal similar a la que presenta un tipo de maltrato que se conoce como síndrome del niño sacudido o zarandeado.

5. **Muerte súbita del lactante.** El llamado síndrome de muerte súbita que se presenta en lactantes, por otra parte normales, y generalmente durante el sueño, es otro de los procesos que deben ser diferenciados de los malos tratos, y que en épocas pasadas ha llevado a no pocos padres a sufrir, además de la pérdida de su hijo, la situación de verse acusados de un delito que no cometieron. Hoy día se trata de un síndrome conocido, y cuya distinción desde el contexto familiar, social y médico no suele dar lugar a confusiones.

PREVENCIÓN

Prevenir situaciones de violencia y de maltrato en los niños con discapacidades, significa evitarles dolores físicos, sufrimientos emocionales, dificultades para su integración y secuelas añadidas a las que ya presentan por su discapacidad, además de evitar grandes costes económicos a la comunidad. Cuando se planea desarrollar una estrategia de prevención de la violencia y el maltrato, es preciso conocer el contexto del problema para adaptar la intervención a la población que va destinada y concentrar los recursos en los grupos más vulnerables y de mayor riesgo. Es un problema que debe abordarse de forma simultánea desde varios niveles y en múltiples sectores de la sociedad. Basándose en la perspectiva aportada por el modelo ecológico del maltrato infantil, es necesario que las diferentes estrategias de prevención de la violencia y el maltrato para los niños con discapacidades se caractericen por estar orientadas de una forma multidisciplinar y multisectorial, en colaboración, y ser aplicadas de una forma coordinada.

Para la prevención de la violencia doméstica contra los niños con discapacidad, son útiles aquellas estrategias de prevención primaria, y aquellas intervenciones, de-

nominadas estrategias de prevención secundaria, que apuntan específicamente a las familias que tienen niños con discapacidades, sean o no sean consideradas de riesgo al maltrato, al propio niño discapacitado y a su entorno extrafamiliar más cercano, que se pueden aplicar integradas en las estrategias de los programas genéricos de prevención del maltrato infantil, o de forma paralela con actuaciones específicas para este colectivo, lo que parece más efectivo. Las estrategias de prevención terciaria, solo son útiles cuando ya se ha producido el maltrato y están diseñadas para intentar aminorar los traumas o discapacidades asociadas a la violencia y para evitar que ocurra de nuevo (Tabla 5)⁽¹⁷⁾. Ser padre de un niño con discapacidad requiere grandes destrezas para hacer frente a la situación, y habilidades para adaptarse a nuevas y difíciles situaciones. El nacimiento de un niño con discapacidad causa un trauma que requiere una profunda reorganización de las expectativas y perspectivas futuras. De forma inmediata los padres tienen que encontrar la fuerza tanto para reaccionar ante el shock como para organizar la nueva vida. Cuidar del niño, de los otros miembros de la familia y tener un trabajo resulta en muchos casos incompatible.

Por esto, muchos cuidadores, la mayoría de las veces mujeres, dejan sus trabajos, lo que conduce a una reducción de recursos económicos, y a una especialización de la pareja en dos papeles separados, uno en el hogar, dedicándose al cuidado de los otros, y el otro, fuera de la casa, concentrado en la consecución de ingresos. Los dos roles establecen diferentes tipos de prioridades y desarrollan diferentes tipos de estrés que no son siempre fáciles de compatibilizar. Otro cambio importante es el representado por la activación de una red formal de relaciones, representado por los servicios sociales de salud, y una red informal compuesta por familiares y amigos. Cuanto más sólidas sean estas redes, mayor protección tendrá el niño. Redes adecuadas garantizarán los recursos familiares, tanto materiales como psicológicos, para alcanzar y mantener una buena calidad del cuidado y de la vida. En estos casos, tanto las habilidades de los padres para manejar o controlar estas situaciones como sus expectativas positivas se verán reforzadas. Cuando el apoyo se ofrece tarde y hay poca comunicación, la intervención tendrá menos éxito.

La discapacidad de un miembro de la familia es un factor de riesgo que interactúa con otros. El peso de los factores de riesgo en una situación no es absoluto, sino que es compensado por los factores de protección. El resultado es un modelo complejo de factores, cuyas características, mecanismos internos y procesos no son siempre fáciles de detectar y entender. Conocerlos puede ser de ayuda para identificar las situaciones de riesgo total, pero nunca debería conducir a conclusiones simples y lineales.

TABLA 5. Estrategias para la prevención del maltrato en niños discapacitados

Comunidades	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medidas legislativas y judiciales que salvaguarden los derechos y mejoren la protección de estos niños 2. Políticas que permitan la financiación de las campañas, programas y proyectos dedicados a la investigación, divulgación y prevención de la violencia y el maltrato de los niños con discapacidades 3. Campañas en los medios de comunicación para aumentar y mejorar la información, concienciación y sensibilización de la sociedad 4. Campañas en los medios de comunicación para modificar las actitudes y comportamientos negativos de la sociedad con los niños discapacitados 5. Programas, proyectos y protocolos específicos para la investigación y divulgación de la violencia y el maltrato, o de su sospecha, en los niños con discapacidades 6. Plataformas que faciliten el registro e intercambio de datos e información de los resultados de las campañas de concienciación y sensibilización, los programas y proyectos específicos y las contribuciones de investigadores expertos y que sirvan para la evaluación de los resultados
Hacia la familia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programas generales de ayuda socioeconómica, sociosanitaria y socioeducativa 2. Programas para mejorar el conocimiento y para facilitar el acceso a los recursos y servicios de atención temprana, sanitarios, sociales, educativos, jurídicos, de tiempo libre y de formación profesional existentes en la comunidad 3. Programas de intervención sociosanitaria precoz, que actúen en el mismo momento en que nace un niño con discapacidad en una familia considerada de... 4. Programas de formación parental para incrementar el conocimiento y entendimiento del desarrollo del niño, recibiendo información sobre el tipo específico de discapacidad y las expectativas reales en el desarrollo. 5. Programas de formación parental para consolidar habilidades para la correcta crianza y supervisión del niño, y desarrollar habilidades positivas para sobrellevar su discapacidad 6. Programas de información y formación parental sobre el uso imprudente, indebido o ilícito de medicamentos, sustancias terapéuticas y terapias de rehabilitación para los niños con discapacidades 7. Programas de formación parental para el reconocimiento temprano de signos y síntomas de violencia y maltrato en los niños con discapacidades 8. Programas para reducir el aislamiento, en particular de las familias que residen en zonas rurales pequeñas y distanciadas geográficamente 9. Programas para reducir la tensión emocional y servicios de ayuda en situaciones de crisis 10. Programas de ayuda en las tareas del hogar y de suplencia temporal de los padres o familiares que cuidan al niño discapacitado, para evitar el síndrome del "cuidador quemado" y situaciones de riesgo al maltrato, sobre todo si el cuidador también presenta alguna discapacidad 11. Programas de visitas domiciliarias, realizadas por profesionales entrenados en el tema, especialmente para las familias consideradas de riesgo al maltrato 12. Programas de ayuda entre familias, para que las familias en riesgo de maltratar a sus hijos discapacitados puedan comunicarse y obtener información, ayuda y recursos de otras familias que se encuentran o se hayan encontrado en esa situación
Hacia los niños	<ol style="list-style-type: none"> 1. Programas y actividades para aumentar la autoestima y mejorar la autoimagen corporal 2. Programas y actividades que informen y formen a los niños con discapacidades sobre qué son los malos tratos, cómo identificarlos, cómo responder ante ellos, cómo comunicarlo a otras personas, qué sensaciones se pueden tener tras un abuso o intento de abuso y sobre los derechos que tienen 3. Programas y actividades que eduquen a los niños con discapacidades para la autoprotección y defensa frente al maltrato, sobre todo frente al abuso sexual a través de cursos de educación sexual básica diseñados específicamente para ellos, en los que se les enseñen los comportamientos sexuales apropiados y las habilidades personales protectoras

.../...

TABLA 5. Continuación

En el entorno del niño discapacitado	<ol style="list-style-type: none"> 1. Campañas de información respecto a los cuidados que precisan, y de concienciación y sensibilización respecto al problema de la violencia y el maltrato, realizadas en el ámbito de las asociaciones de barrios y dirigidas a los adultos del entorno cercano y a los que ofrecen servicios a los niños con discapacidades 2. Campañas de información, concienciación, sensibilización y educación en la erradicación de la violencia y en la comprensión y aceptación de los niños con discapacidades y entre iguales, realizadas en las escuelas y dirigidas a los niños con y sin discapacidades 3. Programas de formación y entrenamiento para los profesionales que con mayor frecuencia entran en contacto con los niños discapacitados, en particular para los cuidadores profesionalizados y los profesionales de la salud, de la educación especializada y del trabajo social, con los objetivos de que conozcan, se sensibilicen y detecten el problema y para que entiendan su papel en la prevención 4. Programas para la adecuada selección de los proveedores de servicios y cuidadores de los niños con discapacidades, en el hogar y en los centros residenciales o asistenciales, por parte de las familias y de los directores de las instituciones, respectivamente 5. Programas para la supervisión externa, por profesionales independientes entrenados, de los cuidados y servicios administrados a los niños con discapacidades en el hogar y en las instituciones residenciales o asistenciales
--------------------------------------	---

BIBLIOGRAFÍA

1. Marge DK. A call to action: Ending crimes of violence against children and adults with disabilities. Syracuse: SUNY Upstate Medical University, 2003.
2. Sullivan and Knutson JF. Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Chile Abuse Neglect* 2000; 10: 1257-73.
3. Proyecto Dphne. www.aialbo.it/daphne
4. U.S. National Center on Child Abuse and Neglect, 1993, cited in D. Sobsey and G. Wolbring, *Child Abuse and Disability*. Toronto: Rehabilitation Digest; 1996. p.11
5. Sobsey. *Violence and Abuse in the Lives of People with Disabilities: The End of Silent Acceptance*. Baltimore, Paul H. Brookes Publishing Co.; 1994. p. 35
6. Park D, Radford J. From the Case Files. *Reconstructing a History of Involuntary Sterilisation*. *Disability & Society* 1998; 13 (3): 317-42
7. H. Pringle, Alberta Barren Toronto: *Saturday Night Magazine*; 1997. p. 30-37,70,74.
8. Oliván Gonzalvo G. Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. *An Esp Pediatr* 2002; 56: 219-23.
9. Benedict MI, Wulff LM, White RB. Current parental stress in maltreating and nonmaltreating families of children with multiple disabilities. *Child Abuse Negl* 1992; 16: 155-63.
10. Ammerman (trabajo Oliván) Ammerman RT, Hersen M, Van Hasselt VB, Lubetsky MJ, Sieck WR. Maltreatment in psychiatrically hospitalized children and adolescents with developmental disabilities: Prevalence and correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 567-76.
11. Verdugo(trabajo Oliván) o Verdugo MA, Bermejo BG, Fuertes J. The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. *Child Abuse Negl* 1995; 19: 205-15.
12. Sullivan PM, Knutson JF The prevalence of disabilities and maltreatment among runaway children. *Child Abuse Negl* 2000; 24: 1275-88.
13. Sobsey D. Exceptionality, Education, and Maltreatment. *Exceptionality*, 2002; 10 (1): 29-46. Bonnier C., Nassogne MC, and Evrard P. Outcome and Prognosis of Whiplash Shaken Infant Syndrome: Late Consequences After a Symptom-Free Interval. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1995; 37: 943-56
14. Sobsey D, *Violence and Abuse in the Lives of People with Disabilities: The End of Silent Acceptance?* Baltimore MD: Paul Brookes Publishing Co; 1994.
15. Crosse SB, Kaye E, Ratnofsky ACA A report on the maltreatment of children with disabilities. Washington, DC: National Center on Child Abuse Negl; 1995.
16. Sullivan P Knutson J. Maltreatment and disabilities: A population based epidemiological study. *Child Abuse Negl* 2000; 24: 1257-73.
17. Oliván Gonzalvo G ¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia y le maltrato de los niños discapacitados? *Ann Pediatr* 2005; 62: 153-7.

Boletín de suscripción

Dirección de envío	Nombre y Apellidos		
	Dirección		
	Teléfono	Población	
	C.P.	Provincia	NIF

Suscríbame a:	Profesionales	Instituciones	MIR y estudiantes	Extranjero
Revista Española de Pediatría (6 números/año)	66,95 €	111,24 €	56,65 €	121,54 €
Impuestos y gastos de envío incluidos.				



- Mediante talón nº que adjunto
 Transferencia a ERGON CREACION, S.A. BANCO BILBAO VIZCAYA. cc. 0182/5437/61/0010072818. Avda. de España, 22. 28220 Majadahonda
 A través de mi cuenta bancaria (cumplimento autorización adjunta)

Orden de pago por domiciliación bancaria

Banco/Caja de Ahorros	Entidad	Nº Sucursal	D.C.
Calle		Población	
D.P.	Provincia	C/C o Ahorro nº	
Nombre del titular de la cuenta			

Ruego a Uds. se sirvan tomar nota de que, hasta nuevo aviso, deberán adeudar en mi cuenta corriente con esa entidad el recibo o letra que anualmente y a mi nombre les sean presentados para su cobro por **Ergon Creación, S.A.**

Les saluda atentamente
(Firma)

Remitir a:
ERGON CREACIÓN, S.A.
C/ Arboleda, 1
28221 MAJADAHONDA (Madrid)
Teléfono suscripciones: (91) 636 29 37 de de 2007

Oferta válida hasta el 31 de Diciembre de 2007

Responsable de suscripciones
MADRID, de de 2007