

XV Simposium Español de Pediatría Social

Girona, 8-10 de noviembre de 2001

ESTUDIO DE LA ALERGIA AL LÁTEX EN PACIENTES CON ESPINA BÍFIDA ATENDIDOS EN NUESTRA UNIDAD

A. Varona García¹, M.D. Lanzarote Fernández²,
V. García Bernabeu¹, A. Pérez Sánchez¹ e I. Gómez de Terreros¹

¹Unidad de Espina Bífida. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

Introducción: El látex es un jugo lechoso del árbol del corcho (*Hevea brasiliensis*) y de otros muchos vegetales a los que se le añaden otras sustancias químicas (acelerantes, conservantes, etc.). La incidencia de alergia al látex en la población infantil es menor del 1%, aunque se ha señalado un porcentaje mayor en enfermedades crónicas.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes atendidos en la Unidad de Espina Bífida del Hospital Infantil Virgen del Rocío, analizándose una muestra de 30 pacientes elegidos al azar. Estos pacientes han sido sometidos a pruebas cutáneas (*prick-test*) y, cuando éste ha resultado patológico, la determinación de IgE específica contra el látex (RAST). También se han recogido múltiples variables que se relacionan con el riesgo de sensibilización al látex.

Resultados: El 30% presentó sintomatología, siendo la urticaria-edema el hallazgo más frecuente (100%). En el 30% de la muestra se observó reacción cutánea tras el contacto con globos y en 2 casos se detectó antecedentes personales de atopía. La media de intervenciones quirúrgicas fue de 3,93. El 76,7% de la muestra fue sometido a otros procedimientos de riesgo. Las técnicas invasivas urológicas fueron realizadas con una frecuencia media de 7,45 veces. No encontramos alergias a alimentos y sólo en 2 pacientes se detectó alergia a antibióticos (vancomicina).

Las pruebas cutáneas fueron positivas en el 50% de los pacientes evaluados. A los pacientes con pruebas cutáneas positivas se les realizó determinación de IgE específica control látex (78,5% positivos). Se han hallado correlaciones significativas entre *prick* positivo con sintomatología y haberse sometido a más de 3 intervenciones quirúrgicas.

Conclusiones: La prevalencia de alergia al látex en niños con espina bífida en nuestro estudio se sitúa en el 50%, cifra mucho más elevada que en la población infantil. Sería conveniente pues, realizar despistaje de alergia al látex en estos enfermos de forma sistemática, con independencia de la presencia de sintomatología, mediante la realización de pruebas cutáneas y confirmación con RAST.

Hemos encontrado un aumento significativo de la incidencia de alergia al látex en pacientes sometidos a más de tres intervenciones quirúrgicas. Es convenientes pues, tomar medidas

para minimizar el contacto de estos pacientes con el látex, usando medios diagnósticos y terapéuticos fabricados libres de dicho material.

PRIMEROS RESULTADOS OBTENIDOS MEDIANTE EL BRUNET-LEZINE REVISADO EN UNA MUESTRA DE NIÑOS CON ESPINA BÍFIDA

M.^aD. Lanzarote Fernández¹, M. Gómez de Terreros Guardiola¹,
A. Pérez Sánchez², J.M. Rodríguez González¹
e I. Gómez de Terreros Sánchez²

¹Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

²Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La espina bífida es una malformación del SNC que afecta a la motilidad y la sensibilidad de los miembros inferiores del recién nacido. Esto puede limitar el logro de habilidades y aprendizajes motores desde los primeros meses de desarrollo. Por todo ello, nos planteamos la necesidad de valorar a los niños atendidos durante los primeros años de vida, con el propósito de conocer el nivel de desarrollo de los mismos, y orientar a los padres sobre actividades a realizar con sus hijos.

Material y métodos: Se han valorado a 10 niños (9 con mielomeningocele y 1 con meningomielocelo) de entre 4 meses y 3 años, de los cuales el 90% presentó hidrocefalia, siendo necesaria la válvula en el 90% de estos. La malformación de Arnold-Chiari II la presentaron el 20% y la localización de la lesión fue sacra en el 20%, lumbosacra en el 30%, lumbar en el 30% y dorsolumbar en el 20%. La prueba utilizada para valorar el nivel psicoevolutivo de la muestra fue la Escala de Desarrollo Brunet-Lezine revisada, que proporciona un cociente de desarrollo general y por áreas (postural, coordinación, lenguaje y socialización).

Resultados: Los resultados obtenidos mostraron una puntuación media-baja a nivel general y en el área de coordinación, mientras que en el área postural se encontraba en el intervalo muy bajo y en lenguaje y socialización en el medio. La valoración del desarrollo general sitúa al 50% de la muestra en el intervalo medio, y sólo el 30% en el muy bajo. Por áreas destaca, en postural sólo el 20% se sitúa en el intervalo medio, en coordinación el 40% en el medio o superior, y en lenguaje y socialización el 70 y el 60%, respectivamente. Se han hallado puntuaciones superiores en los niveles más bajos de lesión, si bien las diferencias no son significativas. Al agrupar la muestra en función de la localización en dos grupos, dorsolumbar, y lumbosacro y sacro, se encontraron diferencias significativas en las áreas postural y socialización.

Conclusiones: El tamaño de la muestra impide llegar a conclusiones claras, si bien se observa una importante variabilidad en el desarrollo que ya ha sido informada en la literatura, y de la que este equipo se ha hecho eco con investigaciones anteriores a través de una muestra considerablemente superior con otras pruebas cumplimentadas por los padres y en función de distintos períodos evolutivos. Al trabajar con poblaciones con dificultades motóricas, máxime cuando éstas se presentan en los primeros meses de vida, puede dar la impresión de que el desarrollo y capacidades del niño están disminuidas. Los resultados indican que si bien, en general, las habilidades motóricas están por debajo de lo esperable para esa edad, otras habilidades presentan un desarrollo adecuado. Esta afirmación se hace más evidente en las áreas de lenguaje y socialización, aunque se debe tener en cuenta que en la coordinación muchos de los logros van a estar limitados por las habilidades alcanzadas en el área de postural, lo que hace necesario en estos niños el facilitar las situaciones a las que ellos no pueden acceder libremente debido a sus limitaciones físicas, favoreciéndose el logro de habilidades de coordinación.

INTEGRACIÓN DE LOS INMIGRANTES EN NUESTRO SISTEMA DE SALUD

A. Moya Martínez, I. Jou Solés, M. Tuset García
y S. Rodríguez Requejo

ABS La Bisbal d'Empordà. CABE. Girona.

Introducción: La población infantil de origen africano, sobre todo de la zona del Riff en Marruecos y de Gambia, está aumentando rápidamente en nuestra área básica de salud (ABS). El contacto de estos niños con el sistema de salud presenta ciertos problemas. En este trabajo pretendemos detectar algunos para intentar darles solución.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo basado en la revisión de las historias clínicas pediátricas abiertas en los últimos 5 años en el ABS de La Bisbal a niños de origen magrebí o subsahariano. Las variables analizadas son: lugar de nacimiento, seguimiento del programa de vacunas y de controles pediátricos, problemas relevantes de salud, alimentación o escolarización. Se excluyen las de aquellos que no hicieron ningún seguimiento.

Resultados: En los últimos 5 años se han abierto 940 historias pediátricas, de las cuales 135 (14,83%) corresponden a niños de origen magrebí y 23 (2,6%) a niños de origen gambiano. De ellos, el 50% ha nacido aquí y el resto llegaron de África.

De los 126 niños analizados (un 13,9% se excluyeron por falta de seguimiento):

- 81 se consideran bien vacunados siguiendo el calendario, 27 están bien vacunados, pero lo han hecho fuera de plazo y 18 están mal vacunados.
- 36 fallan frecuentemente a las revisiones del niño sano y a los controles de patología.
- 11 presentan problemas serios de alimentación (lactofarinácea la mayoría).

En 4 niños recién llegados de África la prueba de la tuberculina fue positiva, sin objetivarse enfermedad tuberculosa.

Los niños suelen venir a la consulta solos o acompañados de hermanos menores de edad. A partir de los 3 años de edad todos los niños están escolarizados.

Actividades efectuadas: Reuniones con mujeres africanas para tratar temas de higiene y cuidados básicos del niño, alimentación, prevención de accidentes, funcionamiento de nuestra ABS, sexualidad, embarazo y otros. Han tenido buena acogida en ambas comunidades, magrebí y gambiana, por lo que nos planteamos realizar nuevas actividades en este sentido.

Se incluye a los niños en los programas de vacunación escolar y en los programas de educación para la salud en la escuela.

Conclusiones: Los hijos de inmigrantes africanos presentan problemas propios del desconocimiento del sistema sanitario y de las costumbres locales en cuanto a los cuidados de los niños. Creemos que la información y la educación sanitaria, tanto a las madres como a los niños, es el camino hacia un mejor uso y aprovechamiento de los recursos sanitarios.

Los problemas de comunicación mejoran con un buen soporte gráfico y traducciones de las principales instrucciones de las lenguas de origen, pero sobre todo, con el trabajo de alfabetización a estas mujeres que llevan a cabo distintas instituciones en nuestra ciudad.

SEXUALIDAD Y PROBLEMAS EN LA ADOLESCENCIA

J. Behar Algranti

Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona.

En una sociedad cada día más laica, en la que los jóvenes no sienten la presión religiosa, contraria a la iniciación al sexo antes del matrimonio, y en la que es fácil acceder a diversos tipos de anticonceptivos, las relaciones coitales se inician en media a los 17 años (Behar, 1998) y prácticamente todos los chicos y chicas tienen experiencia sexual prematrimonial.

Muchos estudios se han ocupado de diversos aspectos relacionados con la sexualidad en la adolescencia: fuentes de información, motivaciones para iniciarse, uso del preservativo, etc. En esta investigación se consideran cuáles son los problemas que comportan las relaciones sexuales desde la perspectiva de los jóvenes.

Para ello se analizan las respuestas a una pregunta abierta, "¿como consecuencia de tus relaciones coitales has tenido o tienes, tú o tu pareja, algún tipo de problema? sí/no ¿cuál fue el problema o cuál crees que podría ser?" incluida en un cuestionario más amplio. La utilización del análisis de contenido permite agrupar las respuestas en categorías, y proceder posteriormente a la cuantificación de éstas.

La muestra está formada por 108 chicas y 28 chicos, estudiantes de 1.º de Psicología en la UB. Los jóvenes que han tenido relaciones coitales, 46 chicas y 11 chicos, contestan describiendo el problema, si es que lo han tenido. Los que no han tenido relaciones coitales, se refieren a los problemas que creen que pueden surgir.

En las chicas con relaciones coitales que han tenido problemas, 12, destacan tres referencias a embarazos, 2 a molestias físicas y 2 a anorgasmia.

Entre los chicos con experiencia sexual, ninguno manifiesta haber tenido problemas, pero creen que podrían darse situaciones como enfermedades de transmisión sexual, embarazo y rotura de preservativo.

Parecen darse diferencias entre sexos en cuanto a la existencia o no de problemas. También disparidad en el tipo de problemas ya que únicamente en las chicas se dan referencias a falta de placer e incluso a dolor.

FACTORES DE RIESGO SOCIAL EN NIÑOS HOSPITALIZADOS DURANTE 1999. EVOLUCIÓN

M.S. Camacho Lovillo, M.D. Falcón Neyra, R. Castrejón, C. Castillo, M. Gayán, A. López e I. Gómez de Terreros

Unidad de Trabajo Social. Hospital Infantil. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: El niño está inmerso en un medio ambiental, familiar y social donde está expuesto a numerosos factores de riesgo. Es responsabilidad de todos los profesionales de la sanidad detectarlos para poner en marcha los mecanismos existentes para su estudio y seguimiento, siempre buscando que redunde en beneficio de los niños y sus familias.

Objetivos: Estudiar las características de los niños remitidos por factores de riesgo social, los motivos de consulta y cuál ha sido su evolución.

Material y métodos: Hemos revisado los expedientes de los niños remitidos a la Unidad de Trabajo Social en nuestro Hospital durante el año 1999, y a partir de ahí investigar cuál es su situación actual.

Resultados: De 110 niños que se remitieron por factores de riesgo social, 57 eran mujeres y 53 varones. De ellos 57 se encontraban en el período neonatal, 10 eran menores de un año, 22 tenían entre 1 y 5 años, 10 entre 5 y 10 años y 11 eran mayores de 10 años. Cincuenta y uno procedían del Servicio de Neonatal, 8 del Servicio de Urgencias, 11 de Lactantes, 23 de Preescolares y 17 no estaban ingresados. La forma de derivarlos fue en 92 casos a través de hoja de consulta. Se ha encontrado un ligero aumento de incidencia durante los meses de verano. Los motivos de consulta fueron en 6 casos recién nacidos para adopción, en 7 casos madres VIH positivas, en 8 casos sospecha de abusos sexuales, en 32 casos padres adictos a drogas, en 3 casos adicción de los padres a alcohol, en 20 casos sospecha de malos tratos, en 15 casos desestructuración familiar, en 5 casos incumplimiento del tratamiento médico, en 2 casos síndrome de Munchhausen y en 2 casos madre deficiente psíquica. En 42 casos se derivaron a los Servicios Sociales Comunitarios (SSCC), en 57 casos al Servicio Provincial de Atención al Niño (SPAN), en 13 casos a sus Centros de Salud, en 4 casos al Centro Provincial de Drogodependencia, en 2 casos a la Unidad de Salud Mental Infantil (USMI), en 2 casos al Equipo de Evolución e Investigación de Casos de Abusos Sexuales (EICAS) y en 4 casos a otras instituciones. De los niños derivados al SPAN, 27 están aún en estudio, 18 en acogida por familia sustitutiva, en 3 casos en acogida por familia extensa, en 6 casos se han declarado en desamparo y 3 casos se archivaron por no comprobarse factores de riesgo.

Conclusiones: Una gran parte de los niños estudiados son recién nacidos. Los factores de riesgo que más se han detectado son la adicción de los padres a drogas y los malos tratos, tanto físicos como psíquicos. Muchos de ellos han sido derivados al SPAN. Un número significativo de niños están aún en estudio.

EMBARAZO EN ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE BARCELONA DURANTE LA DÉCADA DE LOS 90: UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

M.I. Pasarín, M. Cunillé, C. Borrell, M. Ricart, A. Roig y J. Salvador Servei d'Informació Sanitària. Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona.

Introducción: El embarazo en la adolescencia constituye un importante problema sociosanitario en países desarrollados.

Siendo la inmensa mayoría de estas gestaciones no planificadas, su control evitaría algunas complicaciones obstétricas propias del grado de inmadurez física, así como las consecuencias de la interrupción del proceso formativo o del trauma emocional que supone terminar la gestación.

Material y métodos: La población de estudio son las mujeres residentes en Barcelona que en el período de estudio (1990-1999) tuvieron una gestación que acabó en un recién nacido (RN) o en un aborto provocado (AP). Las fuentes de información son el padrón de habitantes y los registros de nacimientos, AP y defectos congénitos de la ciudad. Las variables analizadas son la edad materna y la planificación del embarazo. La distribución de esta variable se obtiene por extrapolación a partir de los controles del registro de defectos congénitos, cuya base de datos la incluye. Se analiza la evolución temporal de la distribución de los tipos de embarazos y de sus tasas, con especial atención al grupo de gestantes adolescentes.

Resultados: La tasa de embarazos en adolescentes ha experimentado un importante incremento durante la década de los noventa. Las gestantes menores de 25 años son las que menos planifican sus embarazos (sólo el 20%). La mayoría de estos embarazos no planificados de mujeres jóvenes acaban en un AP, con porcentajes superiores al 70% en el grupo de adolescentes. El análisis temporal indica un leve descenso de las tasas de fecundidad y un acusado incremento de los embarazos no planificados y los AP en adolescentes a lo largo de la década. Esta situación coloca a la ciudad de Barcelona lejos del objetivo de su plan de salud de disminuir la tasa de embarazos en mujeres menores de 18 años por debajo del 4 por 1.000 para el año 2000.

Conclusiones: El análisis de las gestaciones basado en los nacimientos, sin tener en cuenta los AP, es engañoso. Aunque el aborto provocado de la mayoría de embarazos no planificados soluciona parte del problema, constituye un asunto de salud pública, ya que estos AP tienen un considerable coste económico y emocional. Invertir la tendencia de incremento de estos embarazos no planificados en mujeres jóvenes se prevé difícil si no se dedican esfuerzos y medios específicos. La planificación del embarazo, además de evitar muchos AP, permite controlar la futura gestación en aspectos como las exposiciones teratogénicas, el diagnóstico prenatal o la aplicación de medidas preventivas, como la ingesta de ácido fólico.

SALUD MENTAL INFANTIL: UNA "NUEVA" UNIDAD EN EL HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO DE SEVILLA

M. López Narbona (Psicóloga Clínica Infantil)
y A. Cintas Ferres (Trabajadora Social)

U.S.M.I. del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

La salud mental infantil es uno de los apartados a tener en cuenta para la atención integral del niño/a. La nueva ubicación de la Unidad de Salud Mental Infantil en el Hospital Universitario Virgen del Rocío ha hecho que, al trabajo que habitualmente se hacía haya habido que aumentar otros en relación con la demanda que genera un hospital de las características del Virgen del Rocío de Sevilla.

En el póster intentamos resumir todas estas actividades, así como la importancia de la coordinación y las funciones específicas del trabajador social en la atención a la salud mental en la infancia.

DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL EN LA RIOJA DESDE 1980 A 1998

M. Llanos de la Torre Quiralte (Pediatra de Atención Primaria de La Rioja), M. Caridad Garijo Ayestarán (Fundación Hospitalaria de Calahorra) y M.L. Poch Olivé (Hospital San Millán-San Pedro de Logroño)

Introducción: Dado que la mortalidad infantil de La Rioja hasta los años noventa era muy elevada (incluso el 60% superior a la media española), se plantearon una serie de medidas destinadas a disminuirla. En este trabajo se exponen los resultados que se obtuvieron.

Material y métodos: Período estudiado: enero de 1980 a diciembre de 1998. Los datos de mortalidad infantil se han obtenido del Movimiento Natural de la Población Española que elabora el INE a través de Internet, del Registro de Mortalidad de la Comunidad Autónoma de La Rioja, y del registro hospitalario de documentación neonatal y materna del Servicio de Pediatría del Hospital San Millán-San Pedro de Logroño.

Resultados y conclusiones: 1) Desde 1993: nueva estructuración del sistema de transporte neonatal e infantil al hospital de referencia (preparto si estuviese indicado, o con nueva UVI-móvil con incubadora de transporte adecuada según protocolo europeo); 2) de 1991 a 1996: renovación del material neonatal (incubadoras, monitores, respiradores, técnicas terapéuticas y diagnósticas); 3) desde 1993: cursos periódicos de RCP para todo el personal pediátrico; 4) desde 1993: cambio de postura del sueño en lactantes. Estas medidas provocaron que la tasa de Mortalidad Infantil en La Rioja disminuyese del 15,4 por mil en 1980 hasta 5,9 en 1998 (mortalidad neonatal de 10,84 a 3,68; mortalidad posneonatal de 4,56 a 2,21; mortalidad perinatal de 20,54 a 5,1). En el mismo período la tasa española se redujo de 12,34 a 4,85. Los datos por autonomías se analizan comparando los dos últimos quinquenios: el mayor porcentaje de reducción ha ocurrido en La Rioja (un -40,41%). La mejora obtenida en estas tasas indica que las medidas adoptadas fueron las correctas, pero aún así continúan siendo de las más altas de España por lo que debemos seguir trabajando para mejorarlas.

INFANCIA EN RIESGO SOCIAL. ASPECTOS FAMILIARES

M.T. Benítez Robredo¹, E. Carrasco Álvarez¹,
P. Llerena Achútegui¹, M.R. López Giménez²,
J. Puig de la Bellacasa¹, M. Sánchez Díaz¹,
Grupo Trabajo Programa Atención al Niño en Situación Social de Riesgo¹

¹Área de Salud y Consumo, Ayuntamiento de Madrid. ²Departamento de Medicina Preventiva, UAM. Financiado: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales III Plan Nacional.

Introducción: La familia está experimentando una serie de cambios en su estructura, composición y funcionamiento que repercuten muy directamente en la salud de los niños y niñas.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de una muestra de 238 familias pertenecientes a un colectivo desfavorecido socialmente atendido en un programa sociosanitario en el medio urbano.

Resultados: Todas las familias tienen al menos un hijo menor de un año que ha nacido en España. El 75% de las madres y el 73% de los padres son inmigrantes.

El 14% de las madres se fueron de casa, por conflictos graves en la familia, con una edad media de 16,8 años.

El 45% de las madres no tienen pareja en la actualidad y en el 58% de las familias el padre no convive o lo hace de forma discontinua.

El 58% de las madres tiene nivel de estudios secundario, y/o universitario y de los padres sólo el 40% alcanzan este nivel.

El 36% de las madres realiza algún tipo de trabajo, de ellas el 69% trabaja en el servicio doméstico, este porcentaje no varía en función de que la familia sea o no monoparental.

El 90% de las familias viven en pisos, compartidos en más del 75% de los casos. La media de personas por vivienda es de 6,06 con 2,26 personas por habitación.

El 51% de las familias ha solicitado ayuda para escuela infantil, prestación que ha sido concedida sólo en la mitad de los casos.

Conclusiones: La inmigración económica condiciona importantes cambios en la estructura familiar. Es imprescindible proporcionar apoyos socioeconómicos a estas familias.

ASPECTOS PERINATALES DE UN COLECTIVO DE RIESGO SOCIAL

P. Llerena Achútegui¹, E. Carrasco Álvarez¹, R. García Neveo¹,
A. Languín Rocha¹, L. Lasheras Lozano², M.R. López Giménez²
y Grupo de Trabajo Programa de Atención al Niño en Situación Social de Riesgo¹

¹Área de Salud y Consumo, Ayuntamiento de Madrid.

²Departamento de Medicina Preventiva, UAM. Financiado: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales III Plan Nacional I + D.

Introducción: Uno de los principales problemas de Salud Pública en los países desarrollados y especialmente en el medio urbano, es la existencia de colectivos desfavorecidos desde el punto de vista social y sanitario.

Las condiciones en que se producen el embarazo, el parto y el puerperio repercuten de manera decisiva en el desarrollo del niño. Del conocimiento de éstas en este grupo de población se pueden derivar intervenciones dirigidas a mejorar la situación de estos niños.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo transversal mediante encuesta de 120 preguntas a través de una entrevista personal realizada por profesionales sobre una muestra de 238 madres de niños atendidos en un programa sociosanitario.

Resultados: De los resultados obtenidos observamos que se trata de mujeres sanas con una edad media de 25,9 años, el 28% de ellas ha sido madre por primera vez antes de los 18 años. El 75,4% son de origen extranjero. Más de la mitad tienen estudios secundarios o superiores y el 3,4% son analfabetas.

El 45,6% de las mujeres no tiene pareja en la actualidad, aunque el 76,1% de los padres sí reconoce al niño.

A pesar de que el embarazo no fue deseado en el 57,4%, acuden a los controles médicos en el primer trimestre en el 73,9%. El 68,9% de las madres trabajan o han trabajado en el servicio doméstico y el 47,9% de ellas han perdido el trabajo a causa del embarazo. El 39,4% no tiene ningún apoyo social. Presentaron síntomas durante el embarazo como vómitos (54,9%), mareos (50,4%) y tristeza (68,3%). El parto fue normal en el 75,4% y en el 70,9% la madre se sintió alegre al nacer el niño, sintiéndose capaces de ocuparse de él el 91,9% e iniciando lactancia materna el 79,9% de las madres.

Conclusiones: A pesar de que muchas de las madres viven en condiciones sociales, económicas y familiares muy precarias,

son capaces de ofrecer cuidado y afecto a sus hijos desde los primeros momentos del embarazo.

POBLACIÓN INFANTIL EN RIESGO SOCIAL. MEDIDAS DE ACTUACIÓN

C. Brugera Moreno¹, MT. Benítez Robredo¹, A. Languín Rocha¹,
L. Lasheras Lozano¹, J. Puig de la Bellacasa¹, M. Sánchez Díaz¹
y Grupo de Trabajo del Programa de Atención al Niño
en Situación Social de Riesgo¹

¹Área de Salud y Consumo, Ayuntamiento de Madrid.

²Departamento de Medicina Preventiva, UAM. Financiado: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales III Plan Nacional I + D.

Introducción: La pediatría del siglo XXI se enfrenta al reto de disminuir las desigualdades sanitarias. La universalización de la sanidad, las medidas higiénicas, las vacunaciones y el desarrollo de la terapia antiinfecciosa han originado importantes cambios en la patología de la infancia en el mundo desarrollado, de modo que los problemas de salud se concentran en los sectores más desfavorecidos de la población.

Material y métodos: Se describen los principales factores de riesgo que inciden en un colectivo de riesgo social y la intervención que se realiza.

Resultados: En esta población concurren múltiples factores de riesgo: inmigración (67,4%), madres adolescentes (16,1%), madres solas (55,5%), prostitución (0,8%), mendicidad (1,3%), toxicomanía y/o alcoholismo (9,3%), antecedentes de malos tratos (8,1%), problemas graves de salud mental (2,1%), muy escasos recursos económicos (63,1%), carencia de todo tipo de apoyo social (39,4%).

Medidas de actuación: Respuesta interdisciplinaria: en el equipo trabajan pediatra, enfermero/a, trabajador/a social que además cuentan con el apoyo de psicólogo o psiquiatra, ginecólogo, matrona, médico general, etc.

Trabajo en equipo. El trabajo en equipo enriquece a cada uno de los profesionales y consigue una visión integral de la salud que condiciona la forma de abordar la promoción de la salud en la comunidad.

Medidas de apoyo (leche adaptada, escuela infantil, educador familiar, salario social, visita domiciliaria, etc.).

Disminuyen algunas carencias y reducen factores de riesgo. Facilitan el seguimiento.

Conclusiones: Es necesario potenciar programas específicos de atención para la población en riesgo social, aplicando medidas no habituales que ofrezcan un trato acogedor y favorezcan un desarrollo armónico del niño en su entorno.

RAQUITISMO EN INMIGRANTES ASIÁTICOS EN PERÍODO PUBERAL

M. Bonet Alcaina

Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Barcelona.

Introducción: La deficiencia de vitamina D entre los inmigrantes asiáticos ha sido reconocido como un problema sanitario en Gran Bretaña desde los años sesenta. Dado que en los últimos años en nuestro país se ha producido un incremento de la inmigración, es posible que volvamos a observar una enfermedad prácticamente erradicada en nuestra población. Se presentan 3 casos clínicos de raquitismo en adolescentes procedentes de Pakistán.

Observación clínica: Dos niñas de 12 y 13 años fueron remitidas por su pediatra para valoración de hipocalcemia detectada de forma casual en el análisis de estudio de episodios de dolor en extremidades inferiores que les dificultaban la marcha. El tercer paciente, de 14 años de edad, fue diagnosticado en nuestro hospital, a raíz de un cuadro convulsivo.

En todos ellos existía una dieta escasa en productos lácteos y rica en chapati (pan típico del Pakistán que se elabora con harina de trigo integral no fermentada) y las niñas vestían la indumentaria tradicional de su país, que limita las zonas expuestas a la radiación solar. No existía clínica de malabsorción intestinal. La exploración física fue normal, a excepción de signos clínicos de tetania en el varón. El análisis mostró hipocalcemia con valores que oscilaban entre 4,7 y 7,8 (valor de normalidad 8,5-10 mg/dl), aumento de la fosfatasa alcalina entre 1.090 y 2.172 (valor de normalidad 60-640 U/l) e incremento de paratormona entre 156 y 585 (valor de normalidad 12-72 pg/ml), coincidiendo con niveles de 25 (OH) -D menores a 5 (valor de normalidad 8-80 ng/ml). La función renal fue normal. Se practicó densitometría ósea, encontrando valores de osteopenia. La administración de vitamina D consiguió normalizar todos los parámetros.

Comentarios: El raquitismo en los adolescentes suele ser subclínico, aunque la hipocalcemia puede manifestarse como dolor en extremidades y de forma excepcional, si ésta es importante, puede llegar a provocar una crisis convulsiva. Dado que la pubertad es un momento crucial para la mineralización ósea, creemos que en adolescentes que pertenecen a familias inmigrantes de piel pigmentada, debería evaluarse el aporte nutritivo de calcio y la posibilidad de deficiencia de vitamina D. Se necesitan estudios poblacionales para plantear la recomendación de dosis preventivas de vitamina D en este grupo de riesgo.

ANÁLISIS DE LA PUBLICIDAD DE PRODUCTOS ALIMENTARIOS PARA NIÑOS

J.A. Ponce Blandón y S. Fernández Villalón

Departamento de Psicología Social. Universidad de Sevilla.

Introducción: En los hábitos alimentarios de los escolares españoles se ha introducido el consumo de productos de escaso valor nutricional como hamburguesas, bollería, bolsas de "snacks" y golosinas. Esto se ha relacionado con el impacto que los medios de comunicación de masas y la publicidad ejercen sobre la conducta de los niños. En el presente trabajo se analiza el contenido de mensajes publicitarios sobre estos productos destinados al público infantil, con el objetivo de contribuir a la evaluación de la influencia de la publicidad en sus hábitos alimentarios.

Material y métodos: Fue seleccionado un programa infantil de 2 horas de duración, ("Club Megatrix", de la cadena privada ANTENA 3) con contenidos de dibujos animados, series, concursos y secciones. Se empleó la técnica del análisis de contenido de mensajes publicitarios, consistente en el estudio de los siguientes elementos: características del producto, marca y anunciante, aspectos técnicos de la imagen, características del texto, efectos de sonido, descripción del estilo publicitario y otros aspectos relevantes.

Resultados: El 60% de los espacios publicitarios del programa anunciaban productos para el consumo alimentario de los niños, en total 10 spots y un espacio de publicidad directa.

Los espacios publicitarios superaron el 12% del tiempo de emisión del programa. Cuatro spots anunciaban cereales, dos productos lácteos, uno de ellos un paté y el resto dulces y golosinas (patatas fritas, helado y bollería). El espacio de publicidad directa también anunciaba cereales y cacao en polvo.

Conclusiones: Resulta difícil distinguir la publicidad de la programación infantil en sí, apareciendo imágenes de animación y personajes de las series y dibujos animados más conocidas por el público infantil. Se usan recursos técnicos para captar al máximo la atención del niño: velocidad de movimientos, colores llamativos, ráfagas luminosas, linfografía y técnicas de animación por ordenador. Aparecen más imágenes de niños que niñas, figurando en actitudes más pasivas y secundarias que los niños, protagonizando éstos con más frecuencia los anuncios. Se destacan en pocas ocasiones las propiedades nutricionales de los productos, empleándose en gran medida argumentos basados en la entrega de obsequios, el agradable sabor y otros valores anecdóticos.

METODOLOGÍA EDUCATIVA DIRIGIDA A LA PREVENCIÓN DE LAS ITS/VIH/SIDA EN ADOLESCENTES

A. Cortés, R. García, M. Hernández, N. Fernández,
C. O'Farril, I. Duque, A. Neyra y M. Aguilera

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Cuba.

Se realizó un estudio de intervención con los alumnos de dos tecnológicos de Ciudad de la Habana, uno como grupo experimental y otro como grupo control para evaluar una metodología educativa dirigida a la prevención de las ITS/VIH/SIDA, a través del incremento de conocimientos, modificación de la percepción de riesgo y las creencias. La metodología constó de técnicas participativas con profesores promotores previamente adiestrados sobre temas referentes a las ITS/VIH/SIDA. Se evidenció un incremento significativo en las medias de los niveles de conocimientos, en las creencias y en la percepción de riesgo con porcentajes de cambio de 24,84, 22,0 y 12,5, respectivamente, en la escuela experimental a diferencia de la de control. Las técnicas cualitativas corroboraron baja percepción de riesgo de contraer estas enfermedades e inadecuadas actitudes no correspondientes con el mismo nivel de conocimientos hacia dichas enfermedades en ambos grupos al inicio del estudio. Los participantes del grupo experimental y los profesores consideraron que la metodología empleada les resultó muy útil.

REVISIÓN DE 106 CASOS DE SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL ESTUDIADOS

J. Gil Arrones, A.M.^a Moreira Real, M.^aA. Caballero Trigo,
I. Correa y M.D. Rodríguez Fernández

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

En nuestro hospital hemos optado por organizar un equipo de diferentes especialistas y profesionales para atender, de una forma integrada, a los menores que pueden haber sido objeto de alguna forma de abuso sexual. Es un equipo funcional, coordinado por un pediatra, basado en la Unidad de Trabajo Social y, en el que participan ginecólogos, especialistas en aparato digestivo, dermatólogos y cuantos profesionales convengan en cada caso.

Material y métodos: Estudio retrospectivo. Se han revisado los expedientes correspondientes a todos los casos estudiados

en nuestra unidad: 106 menores de 18 años, para valorar la idoneidad de los procedimientos y caracterizar los abusos.

Resultados: Se han estudiado 106 menores porque presentaron denuncia o los traen sus padres, han sido derivados por sus médicos, por juzgados o por la policía, o se les ha observado indicadores de sospecha por médicos o enfermeros del hospital.

De ellos, el 22,6% son varones y el 77,3% son mujeres. El grupo de edad más frecuente (42,4%) corresponde a 1 a 5 años, seguido del de 6 a 10 años (26,4%). De ellos, en 62 menores (58,4%) se trata de abuso intrafamiliar, a pesar de que 23 casos se encuentran en fase de estudio. Ha sido un episodio de abuso único en 45 menores, reiterado en 17 y, pendiente de conocer, en 44 casos. Los indicadores observados han sido concluyentes por sí mismos en 15 menores, de alta probabilidad en 18; en 73 casos han sido compatibles con abuso sexual. Han presentado indicadores físico de sospecha 52 niños. Los mecanismos conocidos del abuso han sido genitogenital (38 casos), tocamientos (en 18), genitoanal (11) y genitobucal (8 casos). Los indicadores más frecuentes han sido: trastornos de conducta (25), revelación del menor (20), lesiones anales (9) o genitales (18), conducta sexualizada (9), vulvovaginitis (7), hemorragia vaginal (6). Se descartó abuso en 18 de los 106 menores estudiados.

Conclusiones: 1) El abuso sexual es frecuente en nuestro medio. 2) Se producen más frecuentemente por personas del entorno familiar. 3) Los indicadores son útiles para la detección.

SISTEMÁTICA DE ACTUACIÓN EN LOS CASOS DE SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

J. Gil Arrones, M.^aA. Caballero Trigo, A.M.^a Moreira Real,
M.D. Rodríguez Fernández e I. Correa

Hospital Universitario de Valme. Sevilla.

Introducción: El abuso sexual en menores constituye un grave riesgo para la salud y tiene implicaciones para el desarrollo de la justicia y de la protección del menor. La actuación desde los centros sanitarios tiene que dar respuesta a la detección y tratamiento del impacto sobre la salud y, a la vez, colaborar con las otras instituciones.

Material y métodos: Estudio retrospectivo. Se han revisado los expedientes correspondientes a todos los casos estudiados en nuestra Unidad: 106 menores de 18 años.

Resultados: Todos los casos estudiados han sido incorporados por tres mecanismos posibles: denuncia del menor o de terceras personas, derivación de otros profesionales o, detección de indicadores de sospecha por médicos o enfermeros del hospital. En una segunda fase se procede a una valoración objetiva en tres áreas: médica, social y psicológica.

Valoración médica: de su estado de salud general, de los indicadores de sospecha físicos o comportamentales, de las probabilidades, tipología y características del abuso, del impacto y pronóstico de las lesiones. Valoración e informes de los diferentes especialistas. Tratamiento médico o quirúrgico.

Valoración social: De la estructura y dinámica familiar, convivientes, calidad de cuidados, escolarización, actitud de los padres y capacidad de protección.

Valoración psicológica. A través de la colaboración con psicólogos especializados (EICAS) concertados.

En una tercera fase, que puede coincidir en el tiempo con las anteriores, se procede a informar y a transmitir nuestra valoración a Juzgados, Fiscalías o Servicios de Protección.

Conclusiones: 1) El abordaje de la sospecha del abuso debe ser sistematizado y realizado con la participación de otros especialistas. 2) La valoración global debe estar integrada en un informe que recoja todos los aspectos de salud: médicos, sociales y psicológicos.

PROYECTO MUNDO DE ESTRELLAS

I. Gómez de Terreros

Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

El Proyecto Mundo de Estrellas, surge como iniciativa del Servicio Andaluz de Salud y la Consejería de Salud, con el objetivo de crear una comunidad virtual para la mejora de la calidad de vida de los niños hospitalizados, en los hospitales públicos de Andalucía.

Tiene dos alcances:

Asistencial, constituido por 29 hospitales del Servicio Andaluz de Salud más las tres empresas públicas (Alto Guadalquivir, Poniente y Costa del Sol). *Residencial y educativo*, se quiere potenciar de forma paralela, la creación de un entorno “periférico” que permita llegar a los dos entornos de estancia habitual de los niños: la residencia familiar y la escuela.

El personal que integra “Mundo de Estrellas”, es interdisciplinaria: informáticos, pedagogos y maestros para dar una mejor atención al proyecto, con la idea de implicar cada uno de los entornos y actores que rodean al niño: personal médico, familiares y educadores.

Los principales componentes que forman parte de la comunidad virtual:

- Mundos virtuales: entorno de entretenimiento y comunicación.
- Asistencia extrahospitalaria: videoconferencia con niños afectados por determinadas patologías.
- Estrella educativa: asistencia virtual a “clase”.
- Equipamiento multimedia: dotación de materiales y recursos.
- Herramientas de comunicación: chats, videoconferencias, etc.
- Materiales didácticos multimedia: cuentos, juegos, web, etc.
- Integración con la red de redes y comunicación con proyectos similares o referencias existentes en Internet.

IMAGEN SOCIAL DE LA VIOLENCIA ADOLESCENTE: EL ESPEJO DEL CINE

M. Loscertales, P. Crucera Ramírez, T. Núñez y F. Loscertales

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Servicio de Pediatría.
Departamento de Psicología Social. Universidad de Sevilla.

Introducción: La violencia juvenil es un hecho preocupante en la sociedad actual y decir violencia juvenil es decir violencia en las aulas, el lugar donde más horas pasan los niños y los adolescentes. El aula es el entorno básico de socialización y como contradicción es el lugar donde los jóvenes desarrollan la violencia más sorprendente. ¿Cómo es? ¿Cómo remediarlo? Este estudio se propone analizar en el espejo del cine las características de la violencia y algunos de los medios que los profesores arbitran para atajarlas.

Material y métodos: El material de trabajo ha sido una base de datos de 320 películas pertenecientes a una investigación sobre “el cine como espejo social” del grupo de investigación del Plan Andaluz e Investigación *comunicación y rol docente*.

El método de elección es el análisis de contenido completado con grupos de discusión.

Resultados: Se han seleccionado 72 películas todas ellas de temas de educación. En ellas el argumento total o parcialmente era referido a problemas de violencia en el aula.

Se han definido cinco características más destacadas en la población adolescente, que podrían ser inductoras de la violencia: pasividad e indiferencia, depreciación y anulación de valores sociales, ausencia de sentido comunitario y de solidaridad, hedonismo urgente y falta de expectativas socioculturales y económicas. Por lo que respecta al tratamiento de la imagen adolescente hemos diseñado dos modelos, el de víctima y el de agresor.

Conclusiones: El cine refleja (y ésta es una función de los medios de comunicación), la realidad social: los alumnos son al mismo tiempo las manzanas podridas del sistema y las joyas de la corona de la sociedad. El profesorado en gran parte se rinde ante la violencia porque es víctima del síndrome de *burn-out*. Pero también existe la figura del profesor que lucha por educar a través de los *controladores de la violencia* como influencia social exterior y empleando *reductores internos* para fomentar la disciplina y el autocontrol de los chicos.

ATENCIÓN DOMICILIARIA VIRTUAL A NIÑOS CON FIBROSIS QUÍSTICA

I. Gómez de Terreros

Unidad de Fibrosis Quística. Hospital Infantil Universitario
Virgen del Rocío. Sevilla.

Experiencia piloto encuadrada dentro del Proyecto “Mundo de Estrellas” dependiente del Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Consiste en una red de comunicaciones propias (Intranet) mediante un sistema informático, y la instalación tanto en el domicilio de los afectados de fibrosis quística como en la consulta de la Unidad de Fibrosis Quística del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, de potentes ordenadores con videocámara, conectados mediante líneas RSDI a la Intranet del Proyecto.

Esto permite prestar atención médica y de enfermería a niños que pueden estar en sus domicilios y, por indicación terapéutica, puedan ser atendidos por la tecnología Internet para la supervisión y el seguimiento de programas específicos. Para ello cuentan con los siguientes servicios:

- Sustituir por visitas virtuales, ciertas visitas de presencia física.
- Posibilidad de acceder a otros contenidos propios del Proyecto “Mundo de Estrellas” como son los de carácter lúdico, pedagógico y educativos de distinto nivel.
- Conexión entre afectados entre sí.
- Permite la comunicación de estos enfermos con la Asociación Andaluza contra la FQ.

Los beneficiarios son 12 residentes en Andalucía, con características comunes:

- Afectación pulmonar en grado moderado o grave.
- Enfermos que en su mayoría reciben tratamiento antibiótico intravenoso domiciliario.
- Precisan continuas visitas al centro hospitalario para el seguimiento y control.

– Edades comprendidas entre 8 y 21 años.

De la evaluación realizada, a los usuarios del programa, ha sido valorada de forma muy satisfactoria por el 100% de los usuarios, destacándose los siguientes aspectos:

- Aumento de la calidad de vida de los afectados.
- Disminución de los contactos hospitalarios, reducción de al menos una consulta al mes de seguimiento, evitar algunas visitas esporádicas para resolver dudas.
- Disminución de riesgo de infecciones por contacto con el recinto hospitalario.
- Evitar los trastornos en la dinámica familiar por el desplazamiento al hospital, como son la interrupción de las actividades cotidianas de los familiares y afectados (laborales, escolares), gastos de desplazamiento.

El número de consultas virtuales realizadas desde octubre de 1999 hasta la actualidad, asciende a un total de 237, esto supone una media de 20 consultas por paciente, sumando un total de 27 h y 39 min de conexión, siendo la media de 7 min por consulta el tiempo empleado en cada una. Éstas en su mayoría fueron realizadas por los destinatarios del proyecto aunque también se conectan los familiares más allegados, siendo la madre la figura más habitual. Los motivos más usuales para realizar la conexión son:

- Control del tratamiento (sobre todo de antibioterapia, su inicio, interrupción, descanso por períodos, etc.).
- Exacerbaciones respiratorias, nuevas sintomatologías (febrículas, tos, ronquera).
- Consultas de tipo rutinario relacionadas con la educación en hábitos saludables para llevar a cabo un tratamiento eficaz y correcto (limpieza de vías respiratorias, alimentación adecuada), solucionar dudas técnicas y en ocasiones restar ansiedad.

El objetivo fundamental alcanzado ha sido el aumento de la calidad de vida de los afectados de FQ y sus familiares.

LOGROS Y PERSPECTIVA DE FUTURO DE UNA UNIDAD DE SEGUIMIENTO MADURATIVO. HACIA UNA MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA

A. Loscertales e I. Gómez de Terreros

Unidad de Seguimiento Madurativo. Servicio de Pediatría I.
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: La Unidad de Seguimiento Madurativo del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío surgió ante la necesidad indispensable del control y seguimiento longitudinal del recién nacido de riesgo neurológico, como respuesta a las características propias de este hospital (único con dedicación exclusiva a la infancia en nuestra comunidad autónoma) y a las demandas del mismo, ya que es el centro con mayor número de nacimientos de la UE (11.999 recién nacidos vivos en el año 1998) y se sabe que ingresan en el servicio de neonatología entre un 3 a un 5%, además de unos 200 ingresos/año procedentes de otros centros. Esta unidad está adscrita al servicio de pediatría social, en estrecha relación con los servicios de neonatología, neurología, trabajo social, y especialistas necesarios para la atención multidisciplinaria que precisan estos niños.

Presentamos un análisis descriptivo del tipo de pacientes recibidos, procedencia, ambiente sociofamiliar, motivos de consulta y derivaciones realizadas desde el año 1996 al 2000, para detectar posibles problemas y poder plantear nuevas actuaciones y elementos de mejora.

Material y métodos: Se han analizado 623 historias de niños derivados a la Unidad de Seguimiento Madurativo por haber sido detectado en ellos un riesgo neurológico y/o sensorial. Al hablar de niños con este tipo de riesgo, nos referimos a que en ellos están aumentadas las posibilidades de padecer alguna deficiencia y/o problemas psicopatológicos a lo largo de su desarrollo.

Resultados: Un 70% procedían de la Unidad de Neonatología del Hospital Infantil, un 17,5% de pediatría general y de neurología infantil el 9,5%. La edad media de los padres se sitúa en 33 (DE: 5,71) y 31 (DE: 5,58) años, el padre y la madre respectivamente. De éstos, el 3% no tiene ningún tipo de estudio, más del 50% sólo realizó la EGB, sobre el 15% tiene estudios medios y algo más del 10% realizó alguna carrera universitaria. Entre los factores psicosociales negativos destaca el consumo de drogas (un 20% en el caso de las madres), siendo la droga más consumida el tabaco, seguida del alcohol y la heroína. En torno al 2% de los padres presenta una enfermedad grave. Entre los análisis descriptivos realizados, utilizando los datos recogidos hasta diciembre de 2000, destaca que el 53,8% de los niños que llegan a la unidad son prematuros, y, en la mayoría de los casos, la demanda de seguimiento queda justificada únicamente por este factor de riesgo, es decir, son niños que no presentan secuelas reconocibles en el momento del alta hospitalaria. Un 30,2% de los niños son derivados a la USM por haber padecido asfixia durante el período perinatal. Las sepsis en el período neonatal asciende al 25%, u otros motivos de consultas relevantes aparecen asociados a otros factores de riesgo o lesiones establecidas.

Conclusiones: Esta revisión descriptiva nos ha permitido concluir que estamos atendiendo a una población de riesgo tremendamente heterogénea. Y se ha podido identificar la pérdida de algunos recién nacidos desde el servicio de neonatología. Se han puesto en marcha: 1) Actividades asistenciales y de investigación que permitan la mejor identificación y derivación de recién nacidos de riesgo neurosensorial a la Unidad; 2) Apoyo a la familia desde el nacimiento del niño mediante el desarrollo de un proyecto de investigación; 3) Puesta en marcha de un programa de evaluación de nuestros objetivos y actividades que serán los indicadores de la mejora de la calidad asistencial.

TRAYECTORIA DE LA PEDIATRÍA SOCIAL EN NUESTRO HOSPITAL. RETOS PARA EL FUTURO

J.M. Malo¹, N. Salazar¹, A. López², M. Gayán², A.V. Jiménez²
e I. Gómez de Terreros¹

¹Unidad de Pediatría Social y ²Unidad de Trabajo Social. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Los hospitales infantiles en la década de los setenta, constituían Instituciones “cerradas”, entre los que se enmarcaba el nuestro inaugurado el año 1971. Lo caracterizaba una falta de la denominada “atención integral” (biopsicosocial).

Desde su inicio nuestro Hospital Infantil fue consciente de dicha carencia, favorecido por la experiencia previa que profesionales del mismo había tenido con niños institucionalizados. Ante ello un grupo de éstos, comprometidos y conscientes de dicha carencia (pediatras, enfermeras y trabajadora social), fueron aglutinándose en criterios comunes de cuidados y atención al niño manifestando la necesidad de promocionar lo que posteriormente se han denominado programas de humanización.

Tras varios años de actuaciones individuales y voluntarias, se realizó el primer anteproyecto de lo que hoy es la Unidad de

Pediatría Social, que diera respuesta al objetivo de ir asumiendo la definición de Promoción de la Salud según el concepto de la OMS.

A partir de este momento, se van uniendo nuevos profesionales con inquietudes similares y se van asumiendo e institucionalizando, por parte de la Administración, iniciativas tales como: la escuela infantil, el programa de hospitalización madre-hijo, la escuela de padres, etc. En la actualidad el hospital está abierto a todas las familias, asociaciones, voluntariado, centros de salud, trabajándose con protocolos de actuación interdisciplinaria, siendo la Unidad de Pediatría Social la que ha permitido una interconexión fluida tanto interdisciplinaria como intersectorial.

Concluimos con la siguiente reflexión: existe general acuerdo de que todos los sectores de la pediatría tengan dimensión pediátrica-social. Ante ello consideramos que lo importante no es la existencia o no de unidades de pediatría social, sino que se adquiera la adecuada competencia social de todos los profesionales de salud relacionados con la infancia. Sin duda objetivo a alcanzar en el siglo en que nos adentramos.

NUESTRA EXPERIENCIA CON GRUPOS DE ADOLESCENTES DIABÉTICOS

A.V. Jiménez¹, M. Gayán¹, A. López¹, A.L. Gómez², E.J. Fernández², C. Vázquez³ e I. Gómez de Terreros²

¹Unidad de Trabajo Social. ²Unidad de Endocrinología. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. ³Psicóloga colaboradora.

Después de 2 años trabajando en coordinación con la Unidad de Endocrinología Infantil, con la que realizamos una investigación sobre "Las características socioambientales y sanitarias de familias con hijos diabéticos" (abril-octubre 1999), se observó la necesidad de crear grupos de adolescentes diabéticos con los que poder trabajar temas concretos sobre la enfermedad y ofrecer estrategias y habilidades para afrontar la misma.

Partimos, de los cambios físicos, psíquicos y sociales que se producen a lo largo de la adolescencia y que perturba la vida del adolescente y de su familia, coincidiendo con una enfermedad crónica, como la diabetes.

El adolescente que comienza a pedir "soledad y libertad", para encontrarse a sí mismo, se enfrenta a los miedos y sobreprotección de unos padres que temen por esta situación. Esto le hace verse distinto al resto de sus compañeros, planteándose por qué tiene que padecer la enfermedad, y el temor a complicaciones futuras. El padecer una enfermedad le impide en ocasiones compartir su experiencia con el resto de compañeros.

Las sesiones de grupos, les han ayudado a enfrentarse al mito de su enfermedad y a compartir su experiencia con otros adolescentes, valorando ellos mismo muy positivamente estos encuentros, proponiéndonos continuar con esta línea de trabajo.

ATENCIÓN A PADRES DE NIÑOS CON ESPINA BÍFIDA AL NACIMIENTO

M.^aD. Lanzarote Fernández¹, M. Gómez de Terreros¹, A. Pérez Sánchez² e I. Gómez de Terreros²

¹Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. ²Grupo de Investigación Pediatría Social y Psicología Social CTS-152. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción: En las diversas entrevistas que se han realizado con padres de niños afectados de espina bífida se aprecian va-

rios tipos de demandas. La información percibida por los padres acerca de la enfermedad en el momento en que ésta es diagnosticada y desde qué profesional la recibe, así como los sentimientos que surgen ante la noticia y los apoyos recibidos desde distintos sectores o profesionales son importantes puntos a destacar.

Material y método: El equipo de Psicología de la Unidad de Espina Bífida elaboró una entrevista semiestructurada que se completa junto con los padres. Se recogen datos familiares, datos del momento del parto, reacciones de los padres ante el diagnóstico, información recibida, reacciones al alta hospitalaria y apoyo práctico y emocional recibido desde distintos ámbitos (institucionales, profesionales y sociales).

En la actualidad tenemos 15 familias entrevistadas con niños de edades comprendidas entre 5 meses y 14 años.

Resultados: Un 53,4% de los padres se dieron cuenta de que "algo iba mal" durante el parto o algo después, frente al 60% de las madres. Un 73,3% de las madres no vieron a su hijo inmediatamente, sino una vez ingresados. Un 46,7% de los padres sintieron "pena" ante el diagnóstico. Existen entre los casos estudiados hasta seis especialistas distintos (o el marido) que informan del diagnóstico a las madres y cinco de ellos de las consecuencias, y seis especialistas distintos que informan a los padres. La información recibida no es considerada adecuada por las madres en un 73,3% y en los padres en un 66,7%. El apoyo práctico recibido del hospital se considera excelente o bueno en un 86,7% de los casos, mientras que el emocional fue del 73,3%. Cuando preguntamos por el personal que estaba en contacto directo con su hijo, como el pediatra y el personal de enfermería, los resultados a nivel práctico y emocional coinciden, considerándolo excelente o bueno en el 66,7 y el 80%, respectivamente.

Conclusiones: Conscientes de las limitaciones del estudio, como número de sujetos y variabilidad de las edades, estos resultados permiten confirmar la importancia de la información que se ofrece a los padres que, en muchos casos, es percibida como mejorable por éstos. La diversidad de profesionales que ofrecen la información y por lo tanto la carencia de una asistencia coordinada se pone de manifiesto, situación que puede crear desconcierto e informaciones contradictorias para los padres, especialmente para la madre cuando le viene filtrada por lo que el marido considera que puede "asimilar". Estas opiniones se basan en muchos casos en informaciones de padres de niños mayores, opiniones que ya hace años se han ido teniendo en cuenta en la atención que actualmente se ofrece desde la unidad de espina bífida.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL EN NIÑOS CON ESPINA BÍFIDA

M. Gómez de Terreros¹, M.^aD. Lanzarote Fernández¹, A. Pérez Sánchez² e I. Gómez de Terreros²

¹Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. ²Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Grupo de Investigación Pediatría Social y Psicología de la Salud. CTS-152.

Introducción: El estudio de la capacidad intelectual en niños enfermos crónicos tiene interés en la medida en que exista algún tipo de afectación del sistema nervioso central. Entonces se

considera que existe una razón que apoye que la utilidad de la evaluación de la capacidad intelectual para realizar una orientación individual del niño, para llevar a cabo un seguimiento, y para investigar aquellas variables de la enfermedad que pudieran incidir en su evolución. A pesar de todo esto, no debe olvidarse que un cociente intelectual (CI) no es más que una medida puntual, y nunca suficiente para entender todo el potencial de aprendizaje de cualquier niño.

Material y método: Se han evaluado 68 niños y adolescentes mediante Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños Revisada (WISC-R). Las puntuaciones obtenidas por los sujetos se clasifican mediante el procedimiento de K medias para un análisis de clusters, estudiándose cómo se distribuyen en los dos clusters solicitados distintas variables médicas, psicológicas y sociales. Se analiza mediante tablas de contingencia y prueba chi-cuadrado si las diferencias de distribución son significativas.

Resultados: En el cluster 1 se agrupan 32 sujetos (estando en este incluidos 8 sujetos con mielomeningolipoma) cuyas medias en los subtests se hallan situadas en la zona media de las puntuaciones del WISC-R. En el cluster 2 se agrupan 35 sujetos cuyas medias se encuentran en la zona baja del perfil. De las variables médicas estudiadas, se encuentran la hidrocefalia y la presencia de válvula como variables que significativamente diferencian entre el cluster 1 y el 2. En el cluster 1, denominado de inteligencia media, está compuesto por un 65% de sujetos sin hidrocefalia mientras que en el cluster 2, denominado de inteligencia baja, hay un 91% de niños con hidrocefalia. El valor de chi-cuadrado es de $p = 0,011$. Con respecto a la presencia de válvula, en el cluster 1 hay un 26% de niños que la tienen frente al 76% que la tienen en el cluster 2. Esta diferencia es significativa con un valor de $p < 0,001$. Ninguna de las variables sociales (edad, sexo, procedencia, presencia de hermanos, profesión de los padres) resulta significativa en este análisis. En cuanto a las variables psicológicas estudiadas (presencia de retraso en el desarrollo, problemas escolares, presencia de problemas de ansiedad), es significativa ($p = 0,002$) la distribución en ambos clusters de la variable Problemas escolares. Puede comprobarse como en el cluster 2 hay un 79% de niños con altas puntuaciones en problemas escolares, mientras que el 41% de los niños del cluster 1, de inteligencia media, tienen problemas escolares. Otros gráficos de interés se exponen en el trabajo.

Conclusiones: Estos resultados, en primer lugar, no dejan lugar a dudas de que al estudiar aspectos intelectuales en poblaciones de riesgo debe utilizarse un grupo control. En segundo lugar, destacan cómo el 57,3% de los sujetos quedaría agrupado en un cluster 2. De estos sujetos hay algunos que tienen puntuaciones medias en algunos subtests. Es decir, que aunque en el conjunto de sus puntuaciones son agrupados, por semejanza, en este cluster, pueden llegar a tener puntuaciones medias e incluso medio-altas en algunas de las tareas de la escala. Sigue poniéndose de manifiesto la gran variedad de perfiles que aparecen en los niños con espina bífida. Un análisis semejante podría hacerse con respecto al cluster 1. La relación entre distintas variables médicas, psicológicas y sociales confirma la importancia de profundizar en el estudio de las capacidades de cada niño, puesto que muchas variables pueden influir sobre los resultados. Esto pondría de manifiesto que la intervención debe ser individualizada.

RELACIÓN ENTRE VARIABLES PSICOLÓGICAS Y EL ÉXITO EN EL TRATAMIENTO DEL CONTROL DE ESFÍNTERES EN NIÑOS CON ESPINA BÍFIDA

M. Gómez de Terreros¹, M.^ªD. Lanzarote Fernández¹, F. García Merino², A. Pérez Sánchez² e I. Gómez de Terreros²

¹Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. ²Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Grupo de Investigación Pediatría Social y Psicología de la Salud. CTS-152.

Introducción: Se ha señalado que los accidentes por escapes incontrolados de heces y orina en niños y adolescentes con espina bífida son el hecho que, desde el punto de vista psicológico, peor toleran los pacientes (Núñez et al, 1992) y más les impacta en su adaptación social y convivencia. Esta situación afecta la propia imagen y la integración social (Younoszai, 1992), limitando sus experiencias en esta área de desarrollo tan relevante (Lord et al, 1990).

Por este motivo, la Unidad de Urología del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío de Sevilla se planteó la necesidad de intervenir mediante técnicas de cinesiterapia, biorretroalimentación y electroestimulación para lograr el control en la incontinencia fecal. El tratamiento se compone de distintas fases, donde es indispensable para la superación de cada una de ellas una dieta rica en fibras y la colaboración del niño y su familia.

El objetivo de este trabajo es determinar qué variables psicológicas de las estudiadas pueden facilitar el éxito en dicho tratamiento.

Material y método: La muestra se ha compuesto de 66 niños y adolescentes de entre 6 y 16 años con una edad media de 10 años, y donde el 66% eran varones. Del total 25 han terminado el tratamiento con éxito, grupo 1, mientras que 41 no han completado el tratamiento hasta el momento y no han alcanzado los logros deseados, grupo 2.

Se han analizado variables sociodemográficas (edad, sexo, nivel sociocultural, y variables médicas relacionadas con la enfermedad), inteligencia (a través de Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños Revisada, WISC-R) y las relaciones sociales del niño (mediante la Batería de Adaptación Social, BAS, compuesta por las subescalas: liderazgo, jovialidad, sensibilidad-social, respeto-autocontrol, agresividad-terquedad, apatía-retraimiento, ansiedad-timidez y criterial-socialización).

Los resultados fueron analizados con el programa estadístico SPSS 10.0.

Resultados: Hallamos diferencias significativas, aplicándose la *t* de Student, con respecto a la edad es mayor la edad media en el grupo 1. En este mismo grupo se observa una mayor frecuencia respecto a la procedencia de un medio urbano, y un menor porcentaje de niños con hermanos, aunque no existen diferencias estadísticamente significativas.

La inteligencia no ha mostrado relación con el éxito en el tratamiento, siendo los resultados obtenidos en ambos grupos similares. Por el contrario, en las subescalas del BAS se observan mejores puntuaciones en el grupo 2 a excepción de respeto-autocontrol (asunción de un rol maduro en las relaciones interpersonales), aunque estas diferencias únicamente son significativas en liderazgo (popularidad, iniciativa, confianza en sí mismo y espíritu de servicio) y criterial-socialización (visión global del grado de adaptación social según el juicio de los mayores).

Conclusiones: Finalmente, podemos concluir que es la edad junto con variables relacionadas con la socialización son las que pueden potenciar el efecto del tratamiento, no así variables

intelectuales, influyendo principalmente todo aquello que puede ser incentivado o motivado.

ASPECTOS ESCOLARES Y FAMILIARES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES CON ESPINA BÍFIDA

M.^ªD. Lanzarote Fernández¹, M. Gómez de Terreros¹,
A. Pérez Sánchez² e I. Gómez de Terreros²

¹Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. ²Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. Grupo de Investigación Pediatría Social y Psicología de la Salud. CTS-152.

Introducción: En los niños con espina bífida se han señalado diferentes factores que pueden estar influyendo en el rendimiento y los logros escolares de éstos. Uno de los aspectos que influyen en el desarrollo completo de todo niño son las relaciones que se dan entre los miembros de su familia.

El objetivo de este trabajo es conocer si los niños con espina bífida presentan problemas escolares y analizar cuáles se dan con mayor frecuencia, así como conocer las relaciones entre estas dificultades y su contexto familiar.

Material y método: La muestra esta formada por 55 niños y adolescentes entre 6 y 18 años (media de 10 años, DE, 3,29), donde el 50,9% eran varones y el 63% de procedencia rural. Las madres en su mayoría no trabajaban fuera de casa (63,6%) y los padres en un 87% tenían profesiones medias o bajas. A todos ellos se les aplicaron la Escala de Problemas de Conducta (EPC; Navarro y cols, 1993), donde una de sus subescalas Problemas Escolares, a través de 13 ítems, evalúa este aspecto. Y la Escala de Clima Familiar (FES; Moos y Moos, 1981), compuesta por las subescalas: cohesión, expresividad, conflicto, autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativo, moralidad-religiosidad, organización y control.

El análisis de los datos se realizó mediante el programa estadístico SPSS 10, y se realizó un análisis descriptivo, de frecuencias y de correlaciones Rho de Spearman, al no cumplir las puntuaciones la distribución normal.

Resultados: La puntuación media en la escala problemas escolares resultó ser media-alta (percentil 72, DE, 25,29), y en los diferentes subescalas del FES todas las puntuaciones se sitúan en el intervalo medio.

El 54,5% de la muestra presentó un percentil igual o superior a 80 en Problemas Escolares, presentándose a veces o a menudo en los ítems: "Le cuesta mucho concentrarse" (81,8%), "Tiene problemas de cálculo" (75,9%), "Trabaja desorganizadamente" (64,8%), o "Saca malas notas" y "Tiene dificultades para aprender en el colegio" (63,7%).

Se hallaron correlaciones negativas significativas ($p < 0,05$) entre la puntuación de problemas escolares y las subescalas actuación (actividades orientadas a la acción y el logro) e intelectual-cultural (interés por actividades sociales, intelectuales y culturales).

Las relaciones entre las subescalas del FES y los ítems se mostró muy significativa ($p < 0,01$) entre cohesión y el ítem "Se siente inseguro", y actuación y "Sus trabajos escolares son de poca calidad". Correlaciones significativas ($p < 0,05$) se han hallado entre ítems y otras subescalas como expresividad, control, intelectual-cultural (con tres ítems), social-recreativo y moral-religiosidad, destacando la correlación entre "Se ve inseguro en lo que hace" con la primera y las dos últimas subescalas.

Conclusiones: La escala de problemas escolares puntúa de manera significativamente alta en más de la mitad de la muestra, mostrándose que aspectos de la relación familiar como la motivación hacia el logro de metas o el fomento de actividades intelectuales y culturales favorecen un menor número de éstos. En función de los ítems se observa una relación significativa entre un mayor grado de apoyo entre los miembros de la familia y el hecho de que el niño se sienta más seguro, así como una mayor calidad en los trabajos escolares cuando se valora el logro y la superación. En resumen, son varios los aspectos que se observan que influyen en los resultados escolares de los niños con espina bífida en relación a su entorno familiar como son una buena relación entre los miembros de la familiar y el fomento de actividades de tipo intelectual y cultural, y de logros de metas y objetivos.

MADRES ADOLESCENTES, UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO

F. Jiménez Parrilla, A. Varona García e I. Gómez de Terreros

Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

El embarazo en la mujer adolescente se considera de alto riesgo debido a los frecuentes problemas maternofoetales que conlleva. Según el último cuestionario de la CIE-10, basándose en directrices de la OMS, se considera madre adolescente a la menor de 19 años.

Objetivo: Identificar los factores psicosociales que rodean los embarazos en mujeres adolescentes, y su repercusión sobre el recién nacido.

Método: Estudiamos una población de 44 madres adolescentes atendidas en el Hospital Maternal Virgen del Rocío durante un período de 9 meses. Se planteó un estudio de casos y controles, considerando caso, la madre adolescente cuyo recién nacido precisó ingreso en la unidad neonatal, y control la madre adolescente cuyo recién nacido no precisó ingreso hospitalario. Se realizó una encuesta en ambos grupos basándonos en el cuestionario de la CIE-10, para determinar los factores psicosociales que rodean estos embarazos en mujeres adolescentes.

Resultados: De las 44 madres, 26 pertenecieron al grupo caso y 18 al grupo control (59% frente a 27%, no significativo). Dentro de los factores psicosociales estudiados cabe destacar los estadísticamente significativos: embarazo mal controlado (65,3% frente a 27%), problemas con la educación/bajo nivel de estudios (69,2% frente a 22,2%), problemas con el grupo primario de apoyo (100% frente a 34,6%), principalmente con los padres (100% frente a 23%), embarazos no deseado (73% frente a 55,5%), presencia de estrés (73% frente a 22,2%).

El peso medio del recién nacido de madre adolescente-caso fue de 2.429 g; mientras que en el grupo control fue de 3.252 g. La presencia de partos pretérminos fue del 46% en los casos frente al 5,5% en los controles.

Conclusiones: Las madres adolescentes *per se*, no fueron un grupo significativo de alto riesgo en cuanto al resultado del embarazo y su repercusión en el recién nacido, aunque sí presentan un entorno psicosocial patológico.

La madre adolescente, según el cuestionario de la CIE-10 manejado, no debe ser considerada un grupo de alto riesgo sim-

plemente por su edad, sino que debemos valorar su entorno psicosocial de manera cuidadosa, para determinar de una forma más precisa un embarazo de alto riesgo.

ATENCIÓN A LA SALUD EN CENTROS DE MENORES (ACOGIMIENTO RESIDENCIAL)

J. Esteban Gómez y J.A. Díaz Huertas

Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
Consejería de Servicios Sociales. Madrid.

Las instituciones de acogimiento infantil, que tienen sus orígenes en la Edad Media surgen ante la necesidad de atender a los niños abandonados, en situación de desamparo y como una forma de prevenir el infanticidio.

Los centros de acogida atienden a aquellos niños que necesitan ser separados urgentemente de su medio familiar por presentar una problemática social grave o no tienen una familia que pueda atenderles.

En la actualidad, los centros de acogimiento residencial se caracterizan por: ser un recurso social para casos necesarios, ser centros pequeños y abiertos, estar territorializados, equipos multiprofesionales, atención a los niños integral y normalizadora.

Básicamente los menores ingresan por una falta de atención a los deberes de protección por parte de los padres o tutores, debido a: incumplimiento (abandono, no reconocimiento de los padres); imposible (orfandad, prisión de los padres, enfermedad, ingreso hospitalario); inadecuado (maltrato físico, negligencia, abuso sexual); conflicto familiar.

Durante un tiempo, siempre transitorio, se estudia el caso para que el niño pueda volver a su medio familiar, pasar a una residencia o salir en régimen de acogimiento familiar o adopción.

Los niños atendidos en centros de acogimiento residencial, protección y reforma, requieren: atención sanitaria específica, conocimiento de su problemática sanitaria, intervención adecuada a su situación, divulgación científica de las necesidades sociosanitarias de esta población.

El Instituto Madrileño del Menor y la Familia, organismo responsable de la protección de menores en la Comunidad de Madrid. El equipo de salud para la atención de los niños en los centros de acogimiento residencial está formado por 10 médicos, 21 diplomados en enfermería y 11 auxiliares de enfermería que desarrollan su actividad en 19 residencias con una capacidad de 1.168 plazas.

El trabajo de los equipos de salud en estos centros forma parte de un equipo multiprofesional (educadores, trabajadores sociales, psicólogos, médicos enfermeras, etc.).

Si bien no puede considerarse que la población que se atiende sean niños enfermos, sí podemos hablar de problemas de salud prevalentes en esta población: síndrome de alcoholismo fetal, malformaciones congénitas, negligencia y maltrato infantil y sus secuelas, etc., siendo destacable en los últimos años el número de niños inmigrantes que se atienden (30 al 40%). En este marco la aplicación de los diagnósticos y procesos de enfermería están completamente integrados dentro del trabajo y los objetivos del equipo.

Presentamos datos referentes a la atención sanitaria en los referidos centros.

PROGRAMA DE FORMACIÓN AL MALTRATO INFANTIL PARA EL ÁMBITO SANITARIO EN LA COMUNIDAD DE MADRID

J. Esteban, J.A. Díaz Huertas, J. Casado Flores,
E. García y M.A. Ruiz

Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
Consejería de Servicios Sociales.

El programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid que se inició en 1998 contempla como una prioridad dentro de sus actividades la formación.

Objetivos: 1) Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios en los problemas psicosociales de la infancia y la detección precoz del maltrato infantil. 2) Crear una red de informantes. Para ello, en cada Área sanitaria y hospital, se ha creado la figura de referente del programa. 3) Facilitar la coordinación con servicios sociales.

Material: profesionales sanitarios (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras).

Método: 1) *Cursos* de 32 h lectivas para profesionales sanitarios, asisten de cada Área y hospital, y de otros recursos sanitarios (municipales, privados). Se celebran en hospitales; 2) *Reuniones semestrales* de seguimiento y formación continuada en cada una de las 11 Áreas Sanitarias de Madrid; 3) *Formador de formadores*: se celebrarán los años 2001-2002 cursos en cada una de las 11 Áreas Sanitarias de Madrid organizados y dirigidos por los referentes, asistentes a los cursos y a las reuniones de seguimiento, que serán, fundamentalmente, el profesorado.

Resultados: Se han realizado desde noviembre de 1998:

– 4 cursos para el ámbito de Atención Primaria y Hospitalaria (H.G.U. Gregorio Marañón, 12 de Octubre, San Rafael, Aire), 2 para Salud mental (H. Niño Jesús, Clínico San Carlos) y 3 para detección de riesgo social en la embarazada (matronas, neonatología, etc.) (H. Niño Jesús, Santa Cristina y H. G. U. Gregorio Marañón), 1 de Atención al Abuso Sexual (Centro de Servicios Sociales La Guindalera). Número de asistentes totales: 820.

– 40 reuniones de presentación del Programa.

– 40 reuniones de seguimiento.

Conclusiones: Existe una gran demanda de formación ante el desconocimiento acerca de aspectos clínicos del maltrato infantil, sistema actual de protección de menores y de la intervención, así como por las falsas creencias y mitos que dificultan la intervención de los profesionales sanitarios.

REGISTRO DE CASOS DETECTADOS DE MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

J. Esteban, J.A. Díaz Huertas, J. Casado Flores,
E. García y M.A. Ruiz

Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
Consejería de Servicios Sociales.

La Comunidad de Madrid inició el 1 de enero de 1999 un registro de casos de maltrato infantil detectados desde el ámbito sanitario.

La importancia real de este problema es desconocida, teniendo los profesionales sanitarios una posición privilegiada en la prevención, detección e intervención de los casos.

Objetivos: 1) Conocer las características epidemiológicas y morbimortalidad del maltrato infantil detectado desde el ámbito

sanitario; 2) Prevenir, detectar y tratar los casos de maltrato infantil, así como facilitar la comunicación y la actuación de los servicios sociales; 3) Disponer de datos para elaborar programas destinados a la promoción de los derechos y bienestar infantil.

Material: Todos los niños que acuden a consultas. Al implicar a toda la red sanitaria y considerando que la población infantil en situación de riesgo acude a consulta con gran periodicidad (Programa Niño Sano, urgencias) la cobertura del programa debe ser muy elevada.

Método: Utilización de la *Hoja de notificación*, en papel autocopiativo que consta de tres copias: una para enviar al registro (mediante correo a franquear en destino), otra para guardar en la historia clínica y la tercera para remitir a los servicios sociales a los efectos de iniciar la atención al niño y su problemática familiar.

Resultados: Se presentan y comentan los datos de las 670 notificaciones recibidas en los dos primeros años. *Comentarios:* La mayoría de los casos corresponden a situaciones de negligencia y maltrato físico, siendo ligeramente superior la notificación desde los hospitales que desde atención primaria.

Conclusiones: La implicación del ámbito sanitario en la detección y tratamiento, asegurando la atención social a los niños se ha visto favorecida mediante la formación y al establecer un sistema estandarizado de notificación de todos los casos a los servicios sociales, además de otras notificaciones necesarias según la gravedad del caso: parte de lesiones al juez de guardia, policía, etc., según establece la legislación vigente.

TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN: NO SÓLO NIÑOS

A. Llusent, A. Bonamusa y J. Cornellà

Unitat d'Atenció als Adolescents i Joves. CE Güell. ICS Girona.

Introducción: Los trastornos por déficit de atención constituyen un problema médico subyacente en muchos adolescentes. La comorbilidad asociada puede enmascarar y dificultar el diagnóstico.

Objetivo: Valorar la frecuencia de presentación de trastornos por déficit de atención en adolescentes y sus posibles terapéuticas.

Material y métodos: Se ha estudiado un total de 70 adolescentes de edades comprendidas entre 14 y 21 años que presentaban sintomatología compatible con trastorno por déficit de atención. Representan el 17% de las primeras visitas en una consulta dedicada exclusivamente a la atención a la salud de los adolescentes. La proporción por sexos era claramente favorable a los varones (7:1) y la edad de máxima prevalencia entre los 14 y 15 años.

Resultados: Los motivos principales de consulta fueron las dificultades y fracaso escolares, seguidos de los trastornos depresivos. Existía un alto índice de comorbilidad: trastornos depresivos, dificultades en el habla, trastorno disocial, conducta impulsiva, trastorno negativista desafiante, y dificultades de aprendizaje.

El tratamiento es complejo y aborda diferentes perspectivas. Incluye siempre orientación al adolescente, a la familia, y a los docentes. Los psicofármacos se han utilizado cuando se ha considerado oportuno. Ya que a esta edad no se obtienen siempre respuestas adecuadas con el metilfenidato en monoterapia, se ha asociado éste con fluoxetina y con risperidona. La venlafaxina se ha revelado como una alternativa farmacológica eficaz.

Conclusiones: El trastorno por déficit de atención subyace en un buen número de adolescentes que acuden a la consulta por otros motivos. La identificación y la orientación terapéutica del mismo constituyen un importante paso en la prevención de patología psicossocial más grave.

PROGRAMA DE PROMOCIÓN DE SALUD EN LAS ESCUELAS SOBRE SEXUALIDAD: APLICACIÓN DE ÁMBITO COMARCAL

J. Agulló, C. Llopart, J.M. Marqueta, A. Moya, R. Molinas, J. Reid, M.J. García y M. Lladó

Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà. Palamós. Girona.

La educación sexual constituye una herramienta básica para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y embarazos adolescentes. En la comarca del Baix Empordà, con 98.398 habitantes y cerca de 18.000 menores de 18 años, este aspecto está contemplado dentro de las actividades del Programa de Promoción de la Salud en las Escuelas (PPSE).

Objetivos: Exponer la aplicación del programa formativo escolar en el aspecto de educación sexual en adolescentes en un ámbito comarcal, llevado a cabo por profesionales del programa de atención a la mujer. Este programa depende de la oferta sanitaria del proveedor mayoritario en la comarca (Serveis de Salut Integrats).

Analizar conocimientos y actitudes de muestras significativas de adolescentes de entre 16 y 18 años.

Material y métodos: Análisis de la aplicación en el curso 1999-2000 del PPSE sobre sexualidad en el Baix Empordà. Análisis de las encuestas pasadas a 473 adolescentes de 3º y 4º de ESO de 5 áreas básicas de salud. Uso de encuestas validadas con 26 preguntas, y con experiencia de aplicación en años previos. Estudio con el paquete estadístico SPSS-PC.

Resultados: *Actividades:* Aplicación del programa con 60 actividades –encuestas, talleres, xarlas, vídeos–, en 36 clases de 10 institutos y más de 1.000 participantes.

Conocimientos/actitudes: Cambios significativos en los conocimientos sobre sexualidad en general, después de las intervenciones. Pocos cambios en conocimiento sobre sida, excepto en algún aspecto de vía de transmisión. Constatación que 20% de la población diana ha tenido relaciones sexuales con penetración y 70% con uso habitual de preservativo y 20% sin él. Cambio significativo en creerse capaz de exigir medidas preventivas en futuras relaciones tras la intervención (grupo general).

Comentarios: 1) Amplia aplicación del PPSE sobre sexualidad, a partir de elevada demanda. 2) Elevada participación de sanitarios y educadores. 3) Utilidad de las intervenciones en aportar mayores conocimientos sobre Sexualidad, i algo menos sobre sida (nivel de partida alto). 4) El 20% de estudiantes de 3º y 4º de ESO han tenido relaciones sexuales con penetración, 70% con preservativo.

DIFERENCIA DE MORBILIDAD ENTRE POBLACIONES INFANTILES DE DISTINTAS ETNIAS EN EL BAIX EMPORDÀ (GIRONA)

P. Plaja, J. Agulló, M. Vázquez, F. Aguilar, M. Medina, J.M. Torres, C. Tauler y R. Cortés

Serveis de Salut Integrats del Baix Empordà. Palamós. Girona.

En los últimos años ha habido un aumento progresivo de población de origen africano en la Comarca del Baix Empordà, así

como de nacimientos de este colectivo respecto a la población autóctona. Hablamos de una comarca con censo oficial de 98.398 habitantes, y en la que la mayoría de nacimientos tienen lugar en el Hospital de Palamós.

Objetivo: Valorar si hay diferencias de morbilidad entre la población de origen inmigrante africano y la población autóctona, y posibles causas, si las hay.

Material y métodos: Análisis de datos de partos en el Hospital de Palamós entre los años 1996-2000, y de los ingresos neonatales según procedencia de los padres en el período 1998-2000. Comparación de medidas con el programa informático CIA. Recogida de información sobre prevalencia de morbilidad en niños menores de 15 años del colectivo inmigrante africano en la comarca, a partir de información de los equipos de pediatría de las 5 Áreas Básicas de Salud (ABS).

Resultados: 1) Nacimientos de padres africanos respecto a total: 78/538 (1998), 91/583 (1999), 114/596 (2000) mayoría magrebíes. 2) Ingresos neonatales respecto a nacimientos de autóctonos e inmigrantes: 28,2/51,3 %, 34,5/63,2 %, 33,8/67,4 % (diferencias significativas IC = 99 %). 3) Ingresos mayoritarios provocados por mal control de embarazo: riesgo de infección, desconocimiento de evolución de embarazo y ausencia de serologías, pesos anómalos para edad gestacional, etc. 4) Ingresos en niños mayores de 14 % (2000). 5) Morbilidad más frecuente en niños ligados a trastornos alimentarios, fallo de medro, anemias y raquitismo. Infecciones respiratorias en lactantes. 6) Ausencia de diferencias en prevalencia de tuberculosis a los 6 años de edad entre etnias (cribado > 95 % población en 4 ABS).

Conclusiones: 1) Marcado incremento de número y porcentaje de partos en hijos de inmigrantes africanos hasta llegar a 19 % en año 2000, mayoría magrebíes (15,5 %) en el Baix Empordà en últimos años. 2) Mayor morbilidad perinatal en esta población de forma significativa, generalmente vinculada a mal control gestacional. 3) Morbilidad posnatal vinculada mayoritariamente a incumplimiento/no adaptación de hábitos alimentarios correctos. 4) Incumplimiento de normas sanitarias (fallos de seguimiento y aplicación de Programa de Niño Sano). 5) No diferencias de prevalencia de tuberculosis en población de 6 años de distintos colectivos.

FACTORES PREDICTIVOS EN LOS DEBATES ENTRE MADRES Y ADOLESCENTES SOBRE EL USO DE PRESERVATIVOS: IMPLICACIONES PARA EL PERSONAL SANITARIO QUE PRESTA ASISTENCIA A LOS JÓVENES

J. García Pérez

Unidad Pediatría Social. Hospital Universitario del Niño Jesús. Madrid.

Objetivo: Examinar los elementos predictivos de la comunicación entre madres y adolescentes sobre el uso de preservativo.

Métodos: Se realizaron entrevistas a 27 madres de adolescentes de Vallecas y Parla de entre 14 y 17 años de edad, para determinar si habían hablado con sus hijos adolescentes sobre el uso de preservativos.

Resultados: La comunicación entre madre y adolescente sobre el uso de preservativos se asoció con los siguientes datos: mayores conocimientos acerca de la sexualidad, percepción de tener la suficiente información como para comentar el uso de preservativos, información de origen sanitario, actitudes menos conservadoras sobre la sexualidad del adolescente, percepción de que el adolescente está expuesto al riesgo de adquirir el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), mayor capacidad y comodidad para comentar el uso de preservativos, mayor conocimiento de que el preservativo evita la infección por el VIH y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) y mayor aprobación del uso de preservativos. En los análisis de variables múltiples, la comunicación entre madre y adolescente sobre el uso de preservativos se asoció con los siguientes datos: actitud menos conservadora sobre la abstinencia hasta el matrimonio, mayor capacidad de comunicación con respecto a la sexualidad, mayor comodidad en la comunicación con respecto a la sexualidad, mayor aprobación del uso de preservativos y percepción de que los amigos del adolescente son sexualmente activos.

Conclusión: Los padres con capacidad para comunicarse de un modo eficaz sobre la sexualidad y las conductas sexuales más seguras pueden influir de forma favorable en las conductas arriesgadas de los adolescentes. Los profesionales de la asistencia sanitaria, particularmente los médicos, pueden facilitar dicha comunicación mediante el aporte de información a los padres sobre la conducta sexual de los adolescentes, los riesgos que éstos afrontan, el uso y la eficacia de los preservativos, así como el modo de comentar su utilización. También pueden hacer referencia a programas informativos sobre la capacidad de comunicación.