



## SUMARIO

- Noticias (Pág. 2)
- Editorial (Pág. 3)
- Glosario de Pediatría Social (Pág. 4)
- Importancia Social del Juego en el Desarrollo Infantil, por Jaime Boscà (Pág. 8)
- Protocolo de Anticoncepción de Emergencia o Postcoital (Pág. 12)
- Alcohol y Embarazo, por Joaquín Callabed (Pág. 15)
- Compromiso Ético de las Adopciones Transnacionales en las Catástrofes, por Xavier Allué (Pág. 17)
- Entrevista a: Stefan Vanistendael (Pág. 19)
- Agenda (Pág. 20)
- Libros: *Los padres no se divorcian*, de Paulino Castells (Pág. 21)

## NOTICIA FUE NOTICIA FUE NOTICIA FUE NOTICIA FUE NOTICIA

### UN NIÑO DE 10 AÑOS SENTENCIADO POR HOMICIDIO

EL MUNDO / 16 de enero

(Isaac Hernández | Santa Bárbara)

El día 5 de noviembre de 2008, Vincent Romero, 29, y Timothy Romans, 39, fueron asesinados. El hijo de Vincent, que entonces tenía ocho años, admitió bajo interrogación policial haber disparado a los dos hombres. En un principio dijo que él no había realizado los primeros disparos, pero sí los últimos, para que no sufrieran. La noticia conmocionó a la pequeña comunidad de St. Johns, 170 millas (274km) al noroeste de Phoenix, Arizona.

Según la orden del juez Mónica Stauffer dictada el día 14 de enero, el niño será enviado a un programa privado de rehabilitación en el condado de Maricopa, como había pedido tanto el fiscal como la defensa. La otra opción era enviarlo a un centro penitenciario del condado.

El niño, que ahora tiene 10 años, se declaró culpable por homicidio negligente de Romans, quien alquilaba un cuarto en su casa. Los cargos por el homicidio de su padre fueron abandonados como parte de un acuerdo entre el fiscal y el defensor.

La orden no deja claro cuanto tiempo tendrá que estar el niño en el programa, pero sí que estará intensamente vigilado hasta que cumpla los 18 años.

#### Crianza peligrosa

El niño había aprendido a usar armas con su padre, cazador aficionado, disparando a perritos de las praderas. El cerebro de un niño de ocho años no está suficientemente desarrollado para entender a la muerte. El niño admitió que su padre lo azotaba, y que mantenía la cuenta de los azotes, pero que ese no fue el motivo de sus actos.

Su abogado, Ron Wood, comunicó al juez que el niño estaba arrepentido por los asesinatos y que pedía disculpas a la familia de Romans y a la suya. Continuó diciendo que el niño había elegido ese día entre suicidarse y matar a los dos hombres.

En los EEUU, han sido arrestados 62 niños de 7 y 8 años entre 1976 y 2005 por homicidio, según información del FBI. En sólo dos casos fue por fratricidio, que de ocurrir es más común entre adolescentes. Los niños de 7 años no suelen recibir cargos en la mayoría de los estados americanos.

En Arizona, la ley permite cargos criminales a cualquier persona de 8 o más años.

### EMERGENCIA INTERNACIONAL: HAITÍ

El 12 de enero de 2010 a las 21.53 hora local, se desencadenó un terremoto de magnitud 7.0 con el epicentro a tan sólo 25 kms de la capital de Haití, Puerto Príncipe. Lo que queda del gobierno haitiano ha dado la cifra aproximada de 200.000 fallecidos.

Tras el terremoto y sus réplicas, la población comenzó un éxodo masivo a las áreas rurales, dejando a millones de personas sin techo en las ciudades. Teniendo en cuenta que en cualquier desastre los niños son los más vulnerables, podemos deducir la situación y desesperadas necesidades de millones de niños del país más pobre de latinoamérica.

La ayuda internacional se vuelca con los afectados afrontando que prácticamente no quedan infraestructuras en la extensa zona.

Para ayudar económicamente a este esfuerzo de ayuda y reconstrucción, la SPS ofrece una completa información de las entidades que canalizan las donaciones, en la portada de su página web oficial:

[www.pediatriasocial.com](http://www.pediatriasocial.com)

### ABANDONADO EL DÍA DE LA FAMILIA

ABC / 28 de diciembre

(María Isabel Serrano)

Ironías de la vida. Mientras miles de familias se despertaban y se preparaban ayer para acudir a la misa de la plaza de Lima con motivo del Día de la Familia, una madre abandonaba a su suerte a su hijo recién nacido dentro de una mochila. Esto último ocurría hacia las siete y media de una gélida mañana en la calle Duque de Sesto, en pleno distrito de Salamanca (Madrid). Por el portal número 7 de esa calle andaba Francisco Fernández, 36 años, vecino de la zona que había sacado a pasear a su perra Iris. La rápida reacción de Francisco para llamar al Samur fue vital.

En cuanto llegaron los sanitarios se percataron de que el bebé todavía permanecía con el cordón umbilical, lo que significa que tenía poco más de una hora de vida. De otra forma hubiera muerto desangrado o de frío. Tenía evidentes signos de hipotermia. Por lo demás, su estado era bueno... Fuentes del Samur aseguran que si Francisco no reacciona de forma tan oportuna y los servicios médicos de urgencia no llegan tan a tiempo, el bebé podría no haber sobrevivido....

De lo que no hay duda es de que aunque la madre aparezca, y quisiera porque se hubiera arrepentido del abandono, no tendría nada fácil recuperar inmediatamente a su hijo. Más bien todo lo contrario. Se enfrentará, como mínimo, a un delito de abandono y de haber puesto en serio peligro la vida de un menor, la de su propio hijo.

**CONSEJO EDITORIAL:****Director:** Jesús García Pérez**Coordinador:** Víctor Ruiz**Colaboradores:**

M<sup>a</sup> Teresa Aranzábal  
 M<sup>a</sup> Teresa Benítez  
 Concepción Brugera  
 Joaquín Callabed  
 José A. Díaz Huertas  
 Gabriel Galdó  
 Isabel Junco Torres  
 Antonio Muñoz Hoyos  
 Bárbara Rubio Gribble  
 Carmen Vidal

**Edita:**

**Sociedad de Pediatría Social**  
 c/ Alcalde Sáinz de Baranda, 34  
 28009 Madrid

**Contacto con la redacción:**  
[pediatriasocial@gmail.com](mailto:pediatriasocial@gmail.com)

*Cuadernos de Pediatría Social es una publicación plural, que respeta las opiniones que sus colaboradores manifiestan en los artículos publicados, aunque no necesariamente las comparte.*

**Patrocinado por:****EDITORIAL**

**D**isponer de una publicación ha sido una de las actividades que se han considerado necesarias dentro de la Sociedad de Pediatría Social.

En 1999 se inició la publicación de un Boletín de la Sociedad y en el año 2002 se comenzaron a editar los Cuadernos de Pediatría Social, de los que se publicaron 9 números.

Por diferentes razones de índole organizativa y financiera, no fue posible su edición en los años 2006-2009.

Considerada por todos la necesidad de retomar su publicación, iniciamos de nuevo su andadura, en un momento de la pediatría de especial importancia para su desarrollo en nuestro país, en el que se plantea su troncalidad en la formación de médicos y especialistas, el modelo de atención pediátrica y la falta de especialistas, problemas éticos en la práctica clínica, la autonomía del paciente, el concepto del menor maduro, etc.

Por otra parte, no podemos olvidar el contexto internacional y la no limitación a nuestro país de los problemas y necesidades en salud de la infancia y su atención, y abordar la cooperación internacional no sólo con motivo de desastres como el ocurrido recientemente.

Esta publicación, en la medida que colaboremos todos los socios, se verá enriquecida con textos científicos que es necesario difundir y otras informaciones de interés para la práctica diaria de la pediatría social.

Para esta nueva andadura, agradecemos la colaboración de quienes han aceptado contribuir desinteresadamente, como son los Drs. Jesús García Pérez, Joaquín Callabed, Gabriel Galdó, y al resto de profesionales que han aportado sus artículos para la publicación de este número.

Esperamos que en las próximas ediciones, sean muchos otros los que deseen ayudarnos -que es ayudar al conjunto de la pediatría social- de una manera u otra.

**La Junta Directiva**

# GLOSARIO de PEDIATRÍA SOCIAL

por Nick Spencer, Concha Colomer, Garth Alperstein, Paul Bouvier, Julia Colomer, Olivier Duperrex, Gulbin Gakcay, Pilles Julián, Lennart Kohler, Bengt Lindström, Aidan Macfarlane, Raul Mercer, Takis Panagiotopoulos, Tom Schulpen, en nombre de la Sociedad Europea de Pediatría Social (ESSOP).

*J. Epidemiol Community Health 2005, 59: 106-108*

La pediatría social es un enfoque sobre la salud infantil que se centra en la enfermedad y la salud del niño, dentro de su contexto social, medioambiental, escuela, y familia. El glosario clarifica el rango de términos usados para describir los aspectos de la práctica pediátrica y define los conceptos clave de la pediatría social. Fue compilado a través de un proceso de consulta y consenso construido por miembros de la Sociedad Europea de Pediatría Social. Los pediatras sociales de países no europeos fueron incluidos, dándole así al glosario una perspectiva internacional.

La pediatría social comenzó en 1969 con la formación del Club Internacional de Pediatría Social (ver <http://www.pediatricie-sociale.org>). Un grupo anglófono, con objetivos similares, la Sociedad Europea de Pediatría Social (ESSOP), fue fundada en 1977 (ver <http://www.essop.org>). La aparición de una serie de pediatras con un interés centrado en el contexto social de la salud y la enfermedad del niño, formalizó la cadena de pensamiento pediátrico, siguiendo la tendencia de Abraham Jacobi (1830-1919), el primer profesor sobre enfermedades infantiles en USA y presidente de la Asociación Médica Americana. Experiencias similares se desarrollaron en América Latina como consecuencia de iniciativas locales. Términos tales como *riesgo* y *nivel socioeconómico* son comunes a la medicina social y a la salud pública en todos los grupos de edad. El glosario enfoca estos términos que son específicos de la infancia, pero hay una superposición inevitable con términos más genéricos. Las referencias a estos términos, que tienen sus propias entradas específicas, están en **letra negrita**.

## PEDIATRÍA SOCIAL

Un enfoque global, holístico y multidisciplinario de la salud infantil considera la salud del niño y la niña dentro del contexto de su sociedad, medio ambiente, escuela, y familia, integrando la dimensión social, mental y física de la salud y el desarrollo del niño así como también el cuidado, la prevención, y la promoción de la salud y la calidad de vida. La pediatría social actúa en tres áreas: problemas de

la salud del niño por causas sociales, problemas de la salud del niño con consecuencias sociales y cuidado de la salud de niños y niñas en la sociedad. Engloba cuatro áreas del cuidado de la salud: pediatría asistencial, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y rehabilitación. En algunos países, tales como Turquía y Holanda, tiene el rango de una especialidad pediátrica.

## PEDIATRÍA COMUNITARIA

Término para describir la pediatría preventiva y curativa practicada en escenarios comunitarios no hospitalarios. Es comúnmente llamada salud comunitaria de la infancia para enfatizar la idea de que su interés se centra en niños sanos y enfermos y quienes la asisten pueden ser profesionales de la salud infantil. Habiendo estado inicialmente interesada exclusivamente en la prevención secundaria en clínicas maternoinfantiles y escuelas, la pediatría comunitaria ganó más reconocimiento en el Reino Unido después de un informe de la Corte que, en 1976, promovía el establecimiento de servicios pediátricos fuera de los hospitales. La pediatría comunitaria incluye: pediatría del desarrollo, de la conducta, salud escolar, pediatría ambulatoria, y salud pública infantil. En el Reino Unido, también incluye la pediatría social, pero más bien definida como protección del niño de abusos y atención a niños adoptados y entregados a hogares sustitutos.

## PEDIATRÍA DEL DESARROLLO

También conocida como Pediatría del neurodesarrollo. Este término se refiere al cuidado de la salud del niño con problemas del desarrollo y al estudio del desarrollo normal y anormal de la infancia. Más efectivamente practicado por grupos multidisciplinarios en los que se incluyen trabajadores sociales y del ámbito educativo, la pediatría del desarrollo se ocupa también de la valoración del desarrollo del niño y la niña a través de la vigilancia y el cribado (ver **prevención secundaria en la infancia**) y del manejo de los trastornos del desarrollo de niños y niñas a largo plazo (ver **prevención terciaria en la infancia**).

## PEDIATRÍA DE LA CONDUCTA

En respuesta al aumento de la prevalencia de los problemas conductuales de la infancia y el reconocimiento de que muchos problemas presentados a los servicios pediátricos son psicosociales, más que orgánicos, la pediatría de la conducta se ha desarrollado como una rama dentro de la pediatría unida a la psiquiatría del niño pero tendiendo a tratar a niños con desórdenes de la conducta más leves. Como la **Pediatría del desarrollo**, es practicada por grupos multidisciplinarios con conexiones a los servicios de psiquiatría del niño en vinculación con las familias, escuelas y jardines maternas.

## SALUD ESCOLAR

Este término se refiere a la atención de los servicios de salud dentro de los centros escolares y al estudio de los efectos de la escuela y del progreso educacional en la salud del niño. Aunque principalmente interesada en la vigilancia de la salud y la identificación de niños con problemas de adaptación, de aprendizaje, psicológicos y físicos, los servicios de la salud escolar han sido usados en algunas comunidades con bajos recursos, particularmente en EEUU, para proveer servicios de atención primaria de la salud. Las escuelas son escenarios para la **Promoción de la salud en la infancia** a través de las iniciativas de las Escuelas Promotoras de Salud (Ver <http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/ENHPS/Home>).

## PEDIATRÍA AMBULATORIA

Término usado, particularmente en EEUU, para referirse a la pediatría practicada en urgencias, pacientes ambulatorios o consultorios externos. Cubre el trabajo curativo y preventivo con los niños y sus familias centrándose en niños sanos y enfermos que no necesitan el cuidado pediátrico hospitalario. En el Reino Unido se utiliza para caracterizar el ejercicio de pediatras que trabajan en la interfase entre hospital y servicios de atención primaria. En otros países, tales como España, fue usado en el pasado antes de Alma Ata y la atención primaria de la salud promocionó el uso del término "Atención Primaria Pediátrica".

## SALUD PÚBLICA DE LA INFANCIA

La salud pública del niño se interesa por la salud de la infancia más a nivel poblacional que individual y ha sido definida por Kohler como: *"Los esfuerzos organizados de la sociedad para desarrollar políticas de salud pública saludables para promocionar la salud de los jóvenes y los niños, para prevenir enfermedades en niños y jóvenes, y fomentar la*

*equidad para niños y jóvenes, dentro del marco de desarrollo sustentable"*.

La salud pública, la "ciencia y el arte de prevenir enfermedades, prolongar la vida y promover la salud a través de esfuerzos organizados de la sociedad", tiene una larga tradición en favor de la salud de los niños, sin embargo, la salud de las poblaciones infantiles ha recibido menos atención en años recientes como resultado de un enfoque en el estilo de vida y las enfermedades adultas. La salud pública de la infancia como un campo de interés especial ha surgido recientemente asociada al reconocimiento de los **Derechos del niño** y de la infancia como un período crítico en la **Epidemiología basada en el curso de vida**.

## DESARROLLO SALUTOGÉNICO

Término usado para describir exposiciones y experiencias en la infancia que promocionan y aumentan la salud mental, física y el bienestar. Deriva del concepto original de salutogénesis de Antonovsky, el cual se refiere a la capacidad, conocida como sentido de la coherencia, a utilizar recursos disponibles, conocidos como recursos de resistencia generalizada, para desarrollarlos en la dirección de la buena salud. Una amplia gama de factores físicos, espirituales, psicológicos y sociales están incluidos en la definición: exposición a condiciones fetales óptimas (ver **Epidemiología basada en el curso de vida**), apego seguro, ambiente del hogar enriquecedor, padres comprensivos; economía del hogar adecuada y ausencia de desventajas materiales; vivienda adecuada y refugio; atención de la salud accesible, educación accesible, medidas sociales para asegurar la protección de la salud y los derechos del niño.

## DESARROLLO PATOGÉNICO

Esencialmente es el opuesto al **Desarrollo salutogénico**, el término se refiere a la exposición a factores de riesgo que operan en detrimento de la salud en la infancia.

Una completa lista de factores de riesgo sería demasiado larga para incluirla aquí. Los mayores riesgos a nivel de familia, sociedad y ambiente, son las desventajas materiales y la pobreza, la contaminación ambiental, padres violentos y coercitivos, ausencia de protección social para los niños y las familias (ver **Protección de la salud de la infancia**), marginación, y racismo y falta de sensibilidad cultural. Globalmente, la guerra y sus consecuencias (refugiados y desplazados), y malnutrición son los factores de mayor riesgo para la salud del niño.

## RESILIENCIA

Se refiere a la capacidad de un niño para vivir bien y desarrollarse positivamente a pesar de las condiciones difíciles de la vida, tales como aquellas mencionadas en **Desarrollo patogénico**. Este concepto fue originalmente desarrollado por Werner basado en un estudio longitudinal en Hawái. Ha sido usado para informar aquellas intervenciones diseñadas para asistir a los niños para sobrellevar el legado de una infancia violenta y desventajosa. Está conectada a los factores del **Desarrollo salutogénico** tales como el sentido de la coherencia.

## EPIDEMIOLOGÍA DEL CURSO DE VIDA

Se refiere al estudio de los efectos de exposiciones tempranas (particularmente durante la vida fetal, infancia, y infancia) sobre resultados ulteriores de salud. El crecimiento fetal deficiente asociado con los programas de las células fetales, denominados programación fetal, está asociado con la mortalidad prematura por enfermedades cardiovasculares y la aparición temprana de diabetes mellitus tipo 2. Las desventajas materiales y la ausencia de atención segura y comprensiva de los padres ha demostrado ser de influencia negativa en la salud del adulto.

## INDICADORES DE LA SALUD DE LA INFANCIA Y SUS RESULTADOS

Las mediciones del estado de salud de las poblaciones infantiles es un componente importante en la pediatría social que permite identificar determinantes y tendencias y evaluar las intervenciones. Las tasas de mortalidad (lactantes -muertes en el primer año de vida/1000 nacidos vivos; y en menores de cinco años -muertes en los primeros cinco años de vida/1000 nacidos vivos) permanecen como indicadores globales claves del estado de la salud de la población infantil de los países. Sin embargo, en los países desarrollados donde los casos de muerte en la infancia son raros, se están desarrollando indicadores que reflejan la salud-enfermedad del niño como así también indicadores positivos de salud. Grupos claves de indicadores son: demográficos y socioeconómicos (por ejemplo: niños en situación de pobreza), estado de la salud del niño y la niña (por ejemplo: tasas de mortalidad, morbilidad, traumatismos, salud mental); determinantes de la salud, factores de riesgo y protectores (por ejemplo: tasas de lactancia materna); políticas y sistemas de salud (por ejemplo: cobertura de inmunización). (ver *Rigby et al*, para una lista más exhaustiva).

## PROTECCIÓN DE LA SALUD DE LA INFANCIA

Se refiere a medidas tomadas a nivel poblacional para proteger a los niños de las enfermedades, traumatismos y riesgos específicos para su desarrollo. La protección de la salud del niño es una forma de prevención primaria que, en contraste con la **Promoción de la salud de la infancia**, les da a los individuos un rol pasivo. Las medidas protectoras son numerosas y van desde la legislación a la inmunización e involucran las políticas de salud pública atravesando todos los sectores del gobierno, no sólo los departamentos de salud.

Particularmente, es la legislación para proteger al niño del abuso, negligencia y castigo corporal, la protección social para los niños y las familias a través de políticas impositivas para redistribuir la riqueza de la sociedad y reducir las desventajas de los niños y las familias, las políticas de educación que aseguran el acceso para todos y todas, en la infancia, a la atención y la escolaridad.

## PROMOCIÓN DE LA SALUD DE LA INFANCIA

La promoción de la salud es el proceso que le permite a los niños, niñas y las familias aumentar el control, y mejorar, su salud. Incluye medidas tomadas a niveles de la población e individuales para promover la salud de los niños y niñas a través del desarrollo de habilidades personales, construyendo políticas públicas saludables, y creando ambientes contenedores. La promoción de la salud de la infancia se centra más en la salud que en la prevención de la enfermedad y requiere de la participación activa de los individuos y las familias. Las medidas de promoción de la salud buscan asegurar que los niños y sus padres tengan la oportunidad de adoptar estilos de vida saludables a través de la educación, la información y ambientes saludables (por ejemplo, con la legislación). Además, la promoción de la salud no es sólo responsabilidad del sector salud, sino que va más allá. Involucra a todos los sectores de la sociedad. Comprende además, acciones sobre los estilos de vida, los entornos, las políticas.

## PREVENCIÓN SECUNDARIA EN LA INFANCIA

Se refiere al cribado y a la vigilancia en el nacimiento y a lo largo de la infancia apuntando a la identificación temprana de condiciones tratables. El cribado bioquímico en el período neonatal para las condiciones tales como fenilcetonuria e hipotiroidismo congénito tiene una base de evidencia y responde a criterios de cribado rigurosos. El cribado más tardío en la infancia, particularmente para retrasos en el desarrollo, tiene una base de evidencia más débil y está siendo abandonado en el Reino Unido y Australia, aunque no en muchas otras

partes de Europa. La vigilancia de la salud del niño y la niña involucra a toda la población y pone mayor énfasis en una relación continuada entre las familias y los servicios de salud que en los simples tests de cribado.

### PREVENCIÓN TERCIARIA EN LA INFANCIA

Se refiere a las terapias, tratamientos sintomáticos, rehabilitación, y estrategias de manejo de casos que apuntan a la reducción de los efectos adversos de condiciones crónicas establecidas. Estas medidas son usadas extensivamente en **Pediatría del desarrollo** e incluyen un rango de terapias tales como la fisioterapia para niños con parálisis cerebral y terapias para el habla para niños y niñas con trastornos de habla y lenguaje. Los conceptos de desventaja (pérdida o anomalía de la estructura o función anatómica, fisiológica y psicológica), discapacidad (impedimento experimentado por los niños y niñas como resultado de una desventaja o discapacidad) y minusvalía (daño físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades vitales importantes) juegan un papel clave en la prevención terciaria.

### LOS DERECHOS DEL NIÑO

Se refiere a los derechos del niño, contenidos en la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, los cuales tienen tres dimensiones complementarias: el derecho al bienestar y al desarrollo y a ser protegidos de las amenazas de la vida, derecho a ser provistos de las necesidades básicas y servicios, los derechos a participar activamente en la vida social y en cualquier decisión concerniente al niño.

### DEFENSA (advocacy)

Se refiere a los esfuerzos a nivel poblacional y/o individual de defensa de los niños, niñas y sus familias y representar el caso a los cuerpos gubernamentales y a los que deciden las políticas para la salud y el bienestar de los niños, niñas y la realización de políticas públicas saludables. La Declaración de los Derechos del Niño es una herramienta valiosa en la defensa o apoyo de la infancia.

---

#### Afiliación de los/as autores/as:

**N Spencer**, School of Health and Social Studies and Warwick Medical School, University of Warwick, Coventry, UK / **C Colomer**, Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, Valencia, Spain / **G Alperstein**, Central Sydney Area Health Service, Australia / **P Bouvier**, Child Health Services, Geneva and Institute of Social and Preventive Medicine,

University of Geneva, Switzerland / **J Colomer**, University of Valencia, Spain / **O Duperrex**, Institute of Social and Preventive Medicine, University of Geneva, Switzerland / **G Gokcay**, Istanbul University Institute of Child Health, Istanbul, Turkey / **G Julien**, McGill University and Université de Montréal, Montreal, Canada / **L Kohler**, **B Lindström**, Nordic School of Public Health, Göteborg, Sweden / **A Macfarlane**, Independent International Consultant in Strategic Planning of Child and Adolescent Health Services, Oxford, UK / **R Mercer**, Centre for Studies of State and Society, Red de Centros Perinatales, Hospital Durand, Buenos Aires, Argentina / **T Panagiotopoulos**, Hellenic Centre for Infectious Disease Control, Athens, Greece / **T Schulp**, Utrecht Medical Centre, Utrecht, the Netherlands.

#### Referencias:

1. Kohler L. ESSOP-25 years: personal reflections from one who started the European Society for Social Paediatrics. *Child Care Health Dev* 2003;29:321-8.
2. Blair M, Stewart-Brown S, Waterston T, et al. *Child public health*. Oxford: Oxford University Press, 2003.
3. Colomer C, Mercer R. La Pediatría Social: una nueva forma de pensar el espacio de la consulta? *Cuadernos de Pediatría Social* 2003;2:12-14.
4. Lindström B, Spencer N. *Social paediatrics*. Oxford: Oxford University Press, 1995.
5. Department of Health. *Fit for the future. The report of the committee on child health services*. London: HMSO, 1976.
6. Kohler L. *Child public health. A new basis for child health workers*. *Eur J Public Health* 1998;8:253-5.
7. *Public Health in England. A report of the committee of inquiry into the future development of the public health function*. London: HMSO, 1978.
8. Antonovsky A. A call for a new question-salutogenesis and a proposed answer- sense of coherence. *Journal of Preventive Psychiatry* 1984;2:1-3.
9. Werner EE. Vulnerable but invincible: high-risk children from birth to adulthood. *Acta Paediatr Suppl* 1997;422:103-5.
10. Halfon N, Hochstein M. Life course health development: an integrated framework for developing health policy and research. *Milbank Q* 2002;80. <http://www.milbank.org/quarterly/8003feat.html> (accessed 12 Feb 2003).
11. Rigby M, Kohler L, Blair M, et al. Child health indicators for Europe: a priority for a caring society. *European Journal of Public Health* 2003;13(suppl 3): 38-4 (ver también [http://www.europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/monitor/fp\\_monitoring\\_2000\\_frep\\_08\\_en.pdf](http://www.europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/monitor/fp_monitoring_2000_frep_08_en.pdf)).
12. WHO. *Ottawa Charter for Health Promotion*, 1986. [http://www.who.dk/AboutWHO/Policy/20010827\\_2](http://www.who.dk/AboutWHO/Policy/20010827_2).

Traducido por: **Claudia Schira**, **Raúl Mercer**, **Oriol Vall Combelles**.

Reproducción traducida al Castellano del artículo de la revista *J. Epidemiol Community Health* 2005, 59: 106-108, autorizada por su editor, Carlos Álvarez Dardet.

# IMPORTANCIA SOCIAL DEL JUEGO EN EL DESARROLLO INFANTIL

por Jaume Boscà Berga. Pediatra

El juego tiene la máxima importancia en el desarrollo de los niños y niñas, porque por el juego empiezan a comprender cómo funcionan las cosas. Jugando aprenden lo que puede o no puede hacerse con los objetos y cómo puede hacerse, o los rudimentos del porqué y del porqué no. Cuando juegan con otros niños descubren que existen reglas de la casualidad o de la probabilidad o reglas de conducta, que deben seguirse si quiere que los demás jueguen con ella o con él.

El juego estimula el desarrollo físico e intelectual y ayuda, sin que se den cuenta, a adquirir hábitos tan importantes para el desarrollo intelectual como el de la perseverancia, tan importante para todo aprendizaje y tan fácil de adquirir, con actividades deleitables de juegos elegidos por ellos mismos, a corta edad, que es - como dice Bruno Bettelheim - cuando se forman los hábitos y, por cierto, de un modo bastante "indoloro".

Cuando el niño arroja el sonajero desde la cuna, generalmente los adultos se lo devolvemos con un placer, que el niño reconoce. Ese hecho, le produce también satisfacción y se convierte en "placer mutuo" que es lo que da sentido y convierte a ese acto en un verdadero "juego", en el que, según Bettelheim, el niño se estaría preguntando: ¿Puedo influir en mi entorno sin consecuencias? ¿Puedo afirmar mi voluntad y manipular objetos sin sufrir por ello? ¿Puedo librarme de algo que me molesta? ¿Puedo renunciar al control de mis cosas sin perderlas? Curiosamente los mismos niños cuando son ya adolescentes, volverán a "arrojar", los "valores", como si fueran un sonajero, "a la cara" de sus propios padres, para "ver" el efecto que produce y sacar sus conclusiones.

Hay dos tipos de juego: el juego libre (*play*) y el juego estructurado (*game*). El juego libre no tiene reglas, la única regla es la fantasía de los niños y tampoco tiene metas y se suele jugar en solitario. Por otra parte el juego estructurado sí tiene reglas externas y sí tiene meta, generalmente "ganar", son juegos competitivos. Competir, (deriva de *cum, petere*; acometer con), sirve para probar la propia valía compitiendo (que en el fondo es contra sí mismo), como dice Holofernes en la obra de Nestroy "Judith y Holofernes": "Ahora veremos quien es más fuerte, si yo o yo".

El juego ayuda a compensar las dos presiones del niño. La interna (sus potenciales auténticos pero mezclados con la fantasía) y la externa de lo real que le impone la vida. Por medio del juego aprende a identificar y a familiarizarse con "sus" deseos fantasiosos y antisociales; de guerra, de grandeza, de querer ser *superman* o un rey, con los que busca satisfacer sus sueños, carentes de realismo y controlar a los demás para "compensar" así sus sentimientos de estar sujeto al con-

trol de los adultos. Por ejemplo, cuando representa que es un rey y en su fantasía cree que es un déspota que puede mandar lo que le dé la gana, dictando alguna orden o ley, los otros niños se encargarán de que él sea el primero en cumplir esa ley, imponiéndole la "realidad", de que para que él sea rey, los otros niños tienen que sentirse satisfechos de ser sus súbditos, porque sino se desintegrará el juego.

El niño, normalmente, jugando llega a resolver todos los problemas que se le presentan, siempre y cuando los adultos no interfiramos demasiado, porque, por ejemplo, hay juegos que parece que no lo son y que los adultos tendemos a interferir e incluso a impedir, como es el "preámbulo" del propio juego, que no es otra cosa que el "juego democrático". Los niños dedican minutos (y horas) interminables a preparar el juego, y a los adultos nos suele preocupar (más que a ellos) que "se les agote" el tiempo de jugar. Creyendo tener razón, nuestra impaciencia, les puede obligar a que dejen el preámbulo e inicien el "juego", cuando lo que ellos desean -y además les con-



viene- es dedicar el tiempo necesario para alcanzar el consenso democrático, entre otras cosas, porque así aprenden lo que cuestan las deliberaciones fructíferas, valorando la opinión de todos, que les hace disfrutar, participando "en pie de igualdad", para la toma de decisiones en íntima cooperación, con un espíritu de camaradería deleitable en sí mismo. Ellos prefieren que "sobre" tiempo para discutir y acordar las reglas (en ese juego democrático) y prefieren que falte tiempo, (o incluso que se agote todo el tiempo) para el "verdadero juego", porque huyen del mismo juego de competición, ya que saben que el ambiente de simpatía y cooperación previo se esfuma cuando hay vencedores y vencidos.

El antropólogo José Antonio Jáuregui, recientemente fallecido, gustaba decir que "la vida es un juego... que va en serio", parecido opinan otros autores de prestigio, como Bettelheim, Piaget, Chérie Carter-Scott, etc. Kierkegaard dice: "sin límite, tiempo ni sufrimiento, no hay ni llama ni amor ni vida...". Así mirado podríamos interpretar los contratiempos como las "cartas" del juego de la vida. El niño está sujeto a los límites que le impone la realidad, mediado por la "autoridad" de los adultos. Jugando aprende a armonizar y disfrutar a pesar del fastidio de los límites, incluidos el límite del tiempo y el del sufrimiento, parte del cual es inevitable. Diríamos que cada niño tiene una "mochila del dolor" propia, que nadie le podemos llevar, aunque los padres quisieran evitarle, y que, como la "mochila del cole" nadie más que él o ella debe llevar, porque todos estamos obligados a obedecer los Mandamientos.

### El juego ¿para qué?

Lo más difícil para el hombre es: "conocerse a sí mismo", según Tales. Por el juego se conoce, conoce y se adapta. Einstein era incapaz de hablar a los 3 años y prefería comunicarse con juegos combinatorios (mecano, de arquitectura) y él mismo nos recomienda el juego combinatorio, por ejemplo el rompecabezas, antes incluso de saber hablar, como base del pen-

samiento productivo, porque ofrecen al niño una visión global o idea del todo, que es difícil obtener con las palabras. Kierkegaard lo resume diciendo; "enseñale porqué y descubrirá como".

El juego tiene dos objetivos: divertir y tener sentido. El psicólogo Bruno Bettelheim, a los 85 años dice que ha dedicado su vida al tratamiento de los niños perturbados y que su labor consistía en restablecer el "sentido" de sus vidas y comenta que si les hubieran educado de modo que la vida tuviera sentido para ellos, no necesitarían ayuda especial. Apunta que lo que más sentido les da a su vida es, en primer lugar el impacto de sus padres y cuidadores y en segundo orden la herencia cultural si se transmite correctamente, a través de, por ejemplo, la literatura.

La literatura más apropiada y que más les gusta a los niños es los cuentos, como los de los hermanos Grimm. Jacobo Grimm en el preámbulo de los "Cuentos completos de los hermanos Grimm" (1954) dice: "el título *Kinder und Hausmärchen* (cuentos de la infancia y del hogar), cuenta la procedencia y el carácter de la materia, no su destino, el libro no está escrito para los niños, aunque si les gusta, tanto mejor; no hubiera puesto tanto ánimo en componerlo, de no haber creído que las personas más graves y cargadas de

años podían considerarlo importante desde el punto de vista de la poesía, de la mitología y de la historia". Los niños comprenden fácilmente los cuentos sin necesidad de explicárselos (que sería contraproducente). Están apareciendo cuentos "dulcificados" que evitan nombrar la muerte, que junto con el envejecimiento, son los límites del ser humano. Los niños ven pronto la presencia de la muerte en la vida (de los animales...). El papel del cuento de armonizar su fantasía con la realidad (por ejemplo, de la muerte de caperucita roja, que resuelve el cazador) no surtiría efecto, con esos cuentos "no originales", que esconden la realidad de la muerte, para "evitarles" sufrimiento.

La familia nuclear de padres e hijos y la "multifamilia" biológica (abuelos, tíos, primos...) o social (amigos, profesionales...), suelen ser el ámbito en el que se desarrollan la mayoría de los niños de nuestro ambiente. El niño a los 4 meses "sale del cascarón social" y emite estímulos de interacción. Según la respuesta que den los miembros de la "Multifamilia" será el efecto en el desarrollo de las habilidades sociales del niño o niña. Si es de satisfacción de la madre que, por ejemplo, le devuelve el sonajero repetidas veces y como decíamos, con placer, de modo que prevalece y con gran diferencia el sí sobre el no. Entonces siente que sí se divierte y ese placer compartido



Ilustración de Werner Klemke para las cubiertas del libro *Die Kinder- und Hausmärchen*, de los Hermanos Grimm (1963).

le da el sentido al juego y hará que tenga energía e ilusión de buscar nuevas interacciones y repetirlas.

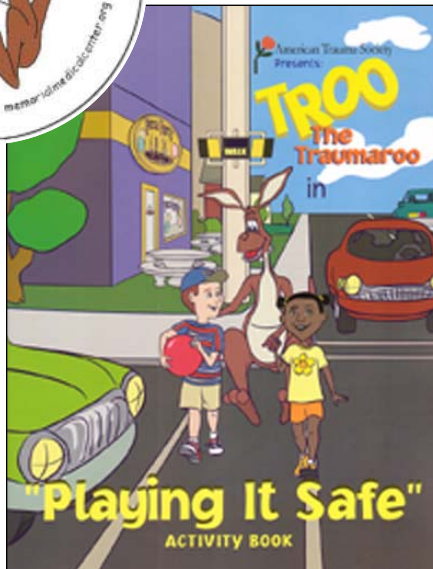
Al revés, si el cuidador o miembro de la multifamilia, tiene problemas biológicos, psicológicos o sociales, que "no puede" gestionar y que le desbordan y reacciona con impaciencia o se enfada y la respuesta es predominantemente noes, la conclusión de los niños es que no es divertido "jugar" (porque se enfadan los adultos) y no tiene sentido lanzar el sonajero, porque "desaparece" o me riñen.

El refuerzo que desde la cuna se da al juego de los niños, por parte de los puericultores (que significa "cultivadores" de niños), sean padres u otros cuidadores, es una transmisión de energía y de resistencia, parecida a la que produce el herrero que contra el yunque golpea con el martillo a la espada, y que con cada golpe que le da, le aumenta la resistencia y tras muchos golpes, se consigue una espada nueva y resistente que no puede ser perforada por un material aunque sea de más dureza que el de la espada. Todo ese refuerzo, diríamos que ocurre, si el adulto "disfruta" y estima a los niños que juegan.

Esa favorable desproporción del **Sí/no**, es parecida a la relación entre la pared y la hiedra que dice Fernando Savater, en su libro *El valor de educar* (Ariel), cuando alude a que autoridad deriva de *augeo*; hacer crecer, diciendo que los adultos damos nuestra tutela a los niños como la pared a la hiedra, ofreciendo guía, protección, resistencia, firmeza y continuidad en el tiempo, -entre otras cosas- pero siempre con "cordialidad".

Hay estudios que demuestran que en los prematuros con riesgo de retraso cognitivo, si la interacción entre los padres y el niño es buena, hay bajo riesgo de retraso, en cambio si esa interacción padres-niño es mala el riesgo de retraso es mayor y aumenta si además hay pobreza. Del mismo modo en Hawai se hizo

un trabajo en el que los jóvenes que estaban en la cárcel y que tenían un adulto de confianza (que no los juzgaba), fue protector para conseguir su rehabilitación. En ese estudio el adulto fue un padre, abuelo o profesor.



Portada de un cuaderno del programa de seguridad vial infantil "Troo the Traumaroo" realizado en EEUU. Junto a este, una de las pegatinas con el personaje/mascota del programa.

Conviene recordar que el deporte y los "juegos" olímpicos o paralímpicos son un juego y evitar el deporte como causa de maltrato en la educación de los escolares, como dicen Petrús y Casasa, si en vez de orientarlo como un juego se orienta errónea y (en el peor sentido de la palabra) competitivamente hacia el "deportista de élite".

Es saludable que los adultos prestigien el "saber perder" deportivamente, haciendo ver que una derrota no es el fin mundo, que a veces a la tercera va la vencida. También es recomendable y justo, desde su perspectiva, premiar el esfuerzo tanto o más que el éxito, incluso con ejemplos reales, como el de Edison que tardó 1 año y gastó 50.000 dólares de entonces, para obtener el hilo (de algodón carbonizado) para la bombilla e inventar la luz eléctrica. Hacer hincapié en disfrutar, más que en ganar, y en reconocer la derrota con elegancia y con ánimo, como justa según reglas del juego, proyección su autoestima.

Hay interesantes estudios sobre el juego en la escuela infantil (o guardería); por ejemplo niños con déficit auditivo en los que a la clase que se le estimuló la adquisición de habilidades de comunicación por signos (además de la oral) comparada con la otra clase que sólo se le estimuló la comunicación oral, tenían mayor puntuación en las habilidades sociales y mostraban menos agresividad. En Canadá en 1998 se entrenó a niños de 10 años durante 15 horas para mediar entre los más pequeños durante el recreo, cuando surgía violencia y se resolvió el 90% de los conflictos, disminuyendo hasta el 65% de las agresiones y mostrándose eficaz un año después.

Hay trabajos muy interesantes, como "Troo, the Traumaroo" (J Trauma Nurs 1999) en EEUU, sobre seguridad vial. Enseñaron a ir en bicicleta durante el recreo con la ayuda de un profesor y una niñera, tuvo éxito y resultó divertido, en 7 guarderías con puntajes significativamente superiores, sobre conocimientos y seguridad en bici, antes y después, ( $p < .0001$ ). No podemos olvidar que los accidentes son la primera causa de muerte entre los niños y jóvenes de 1 a 19 años, y que hay mucho trabajo sobre los juegos, pendiente de investigar. Quizá esta gran cantidad de muertes por accidente y lesiones, se evite, cuando los médicos residentes de pediatría y/o de familia y/o los profesionales responsables del equipo multidisciplinar de Pediatría Social, dediquen algo de su tiempo a la "investigación en Pediatría Social", para averiguar, dar a conocer y mejorar la atención primaria pediátrica en su sentido más amplio, divertido y saludable, de la promoción de la salud infanto-juvenil.

En países subdesarrollados, (Nueva Delhi. Health Millions 1989 Jun; 15) estudios sobre el juego y el altruismo en la atención primaria, han mostrado eficacia, al involucrar a los niños en la salud de otros niños menos favorecidos o de la comunidad. Fue fácil con actividades como: cuidar pequeños enfermos, difundir mensajes preventivos, enseñar, prevención de accidentes,

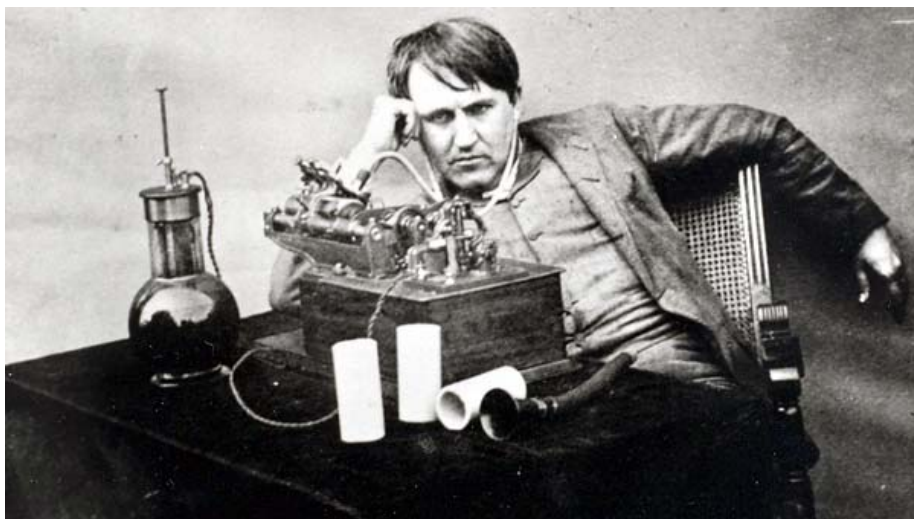
la hidratación de diarreas, reconocimiento signos de enfermedad grave, representación teatral de mensajes de salud...

También hay estudios del juego en el escolar y en el joven. Por ejemplo la relación entre juego activo o inactivo y la masa corporal en 11.887 niños en EEUU de entre 10 y 15 años, entre 1997-98. Cambios en el índice de masa corporal (IMC)/ por cada año y hora de juego activo o inactivo. El juego activo disminuye el IMC (-0.06-0.22/h/+actividad/día). Se encontró más efectividad en obesos, con actividades como andar o bailar. La mayor inactividad se relaciona con mayor IMC (+0.05/h/+inactividad) con actividades sedentarias, como ver televisión, vídeo o videojuego.

Hay actividades lúdicas, como la música, que estudió el Departamento de Física de California, EEUU, demostrando que, incluso poco tiempo (6 meses) de estudio de piano, en los preescolares, mejoró el razonamiento temporo-espacial (comparado con otros niños) y mejoró el aprendizaje de conceptos matemáticos (matemática proporcional; difícil aprender lenguaje-método analítico).

En la Facultad de Psicología del País Vasco se diseñó un programa sobre asertividad para niños de 8 a 10 años, que incluyó presentación, comunicación, ayuda, cooperación, creatividad, expresión emocional. Esta ayuda a cooperar, compartir y desarrollar un juego creativo, aumentó la asertividad ( $p < .001$ ) y el autoconcepto ( $p < .01$ ).

Goethe (1749-1832) en su biografía comenta que cuando nació su hermano pequeño "una hermosa tarde, cuando todo estaba silencioso en la casa, estuve jugueteando con mis recién adquiridos platos y cacharros, y como no sacaba nada de ello, arrojé uno por la ventana a la calle y me regocijé al ver que se rompía de forma tan divertida. Los hermanos Von Ochsenstein, viendo lo mucho que ello me deleitaba y me hacía aplaudir alegremente, gritaron ¡Sigue!" y él siguió tirando los platos de juguete, pero además, siguió con



No todo resultó fácil y exitoso en la vida del inventor Thomas A. Edison (1847-1931)

la loza verdadera de su madre. Este hecho, también lo comentan Bettelheim y Freud y coinciden en resaltar la importancia del "niño travieso", que según Goethe obtuvo la comprensión y el apoyo de los adultos, (no que jugaran con él).

Este ejemplo ilustra sobre el juego libre. En el juego libre, nadie sabe donde va a parar, es una "aventura" (no lo sabe ni él). El juego no tiene sentido hasta que no "conectan" el juego y el problema del niño, que ni él mismo conocía, y que, según Goethe, se sentía "arrojado por su nuevo hermano y quería arrojar al usurpador". Los juguetes (platos) baratos o elementales, resuelven problemas muy serios y añade, fue necesario "campo libre" (*spielraum*) es decir, tiempo, espacio y libertad de acción. Que siguiendo con el ejemplo, -esa libertad- fue respetada por los adultos y además, nadie (juzgó) riñó al niño travieso, refiere el autor.

De niños se vigilan mutuamente cumplir las reglas en honrada competición para ganar o perder. Pero hay juegos, de más mayores, como el del baile, en el que no hay control, cada cual juega como le parece, sin ocuparse demasiado de los otros, todos ganan y nadie pierde, el objetivo es distraerse, jugando para sí y estimulado por el grupo y la colectividad (Piaget).

Decíamos que el juego tiene dos objetivos divertir y tener sentido y

reglas. Cuando los niños maduran y se van haciendo mayores, el "juego de la vida" resulta (soportable y) divertido, si refuerza la "autoestima". Tiene sentido si obedece a (lo que para ellos es) un sentido "superior" y es acogido como socialmente aceptable o justo si aplica la regla del "juego limpio" que marca la conciencia colectiva. Con ello, aceptan la vida deportivamente. Obedecen, respetan, se hacen respetar, disfrutan y se aceptan como parte del colectivo social. Aunque, como dice Ramón y Cajal, seamos incompletos e imperfectos. Se sienten auténticos y asertivos y podemos decir que los niños y jóvenes se van civilizando con el juego.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bettelheim B. *No hay padres perfectos*. Editorial Grijalbo Mondadori. Barcelona. 2000.
- Casasa JM. *Educación Física y deporte en la infancia y la adolescencia*. Pediatría Social. Carlos García Caballero (Editor). Ediciones Díaz De Santos, S. A. 1995.
- Carter-Scott C. *El juego de la vida*. Grijalbo. 2000.
- Piaget J, Inhelder BI. *Psicología del niño*. Madrid... Ediciones Morata S.A. 1984.
- Needlman RD. *Growth and development*. In Nelson Textbook of Pediatrics. 17th Edition. Elsevier Science (USA). 2004: 23-66.

# PROTOCOLO DE ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA O POSTCOITAL

## Introducción

La anticoncepción de emergencia o postcoital (AE ó APC) es una medida preventiva muy eficaz para evitar el embarazo no deseado en jóvenes y adultos.

El aumento de la demanda de APC en general, y de forma especial en menores de 16 años, habría que enmarcarla dentro del contexto actual, donde los jóvenes y adolescentes viven en un entorno muy permisivo, con dificultades para imponer normas y con una gran erotización de los medios de comunicación, que favorecen e inducen una mayor desinhibición de algunos comportamientos sexuales y el inicio de relaciones sexuales, más precoces y de riesgo.

En los inmigrantes se dan unas determinadas condiciones de desarraigo, carencias afectivas, hacinamiento, desconocimiento de los métodos anticonceptivos a los que pueden acceder, que pueden favorecer las prácticas de riesgo.

## Justificación

Ante el riesgo de embarazo no deseado. La APC es una medida preventiva, eficaz; con escasos efectos secundarios.

Aproximadamente por cada cien APC administradas, se evitan diez embarazos no deseados (en el periodo periovulatorio el riesgo de embarazo es de un 35% y fuera de este, de un 10-15%).

Hay que tener en cuenta que el número de IVE y embarazos no deseados ha aumentado, sobretudo a expensas de población inmigrante (50%).

La atención precoz es necesaria para aumentar la eficacia, que es de un 95%-98% en las primeras 24 horas que va disminuyendo conforme pasan las horas.

En la actualidad se dispone de un nuevo preparado que conserva una eficacia del 60% hasta 5 días después de un coito no protegido.

Se puede considerar esta demanda como una oportunidad, no sólo para atender la necesidad explícita de APC, si no para informar sobre los métodos anticonceptivos y la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y también motivar y ofrecer a la usuaria otras atenciones que pudieran ser de su interés.

Esto es, sobre todo, de especial interés en los adolescentes y jóvenes.

## Objetivos

- General: disminuir el numero de embarazos no deseados

- Secundarios:

- Aumentar conocimientos sobre métodos anticonceptivos eficaces
- Aumentar conocimientos sobre prácticas sexuales de riesgo
- Prevenir el riesgo para ITS

### **Población diana**

- Mujeres en edad fértil.

### **Criterios de inclusión**

- Mujer en edad fértil que solicita intervención tras una relación de riesgo

### **Proceso**

- Se garantizará la confidencialidad de la recogida de datos.
- Se realizará la información de todo el proceso de atención.
- Se procurará un espacio de intimidad adecuado para la intervención.
- Se realizará una recogida de datos sobre:
  - Antecedentes familiares y personales que pudieran ser de interés:
  - Causa de la consulta. Fecha de la última regla (F.U.R). Tipo menstrual. Día del coito de riesgo. Número de horas desde coito de riesgo. Coitos desde la F.U.R.
  - Gestaciones y abortos anteriores.
  - Anticoncepción de emergencia anterior.
  - Anticonceptivo habitual.
  - Indicación de tratamiento. (\*Ver algoritmo)
  - Se ofrecerá una posibilidad de atención inmediata ante cualquier efecto secundario adverso o ausencia de la regla.
- Sería oportuno instaurar lo antes posible un método anticonceptivo de uso continuado y derivar a una consulta de anticoncepción para seguimiento y control del mismo.
- En el caso de APC en una adolescente es importante que se aproveche este momento para, tras atender la demanda, investigar otras áreas que puedan influir en la salud (hábitos de alimentación, consumo de sustancias tóxicas, etc.)
- Si se considera oportuno o si es menor de 16 años se realizará el consentimiento informado se puede hacer oral o escrito. Si se considera necesario que sea escrito, la usuaria cumplimentará y firmará el impreso normalizado.
 

En el primer caso se anotará en la historia para que conste que se ha informado a la usuaria de los efectos secundarios, posibles fallos, riesgos y beneficios de la APC; que los comprende y se toma la medicación por propia iniciativa.

**Es muy importante que se entienda que es una solución de urgencia y no un método anticonceptivo para uso habitual.**

En el momento actual se dispone de los siguientes fármacos para la anticoncepción post-coital:

- Levonorgestrel, se puede utilizar en las 72 horas siguientes al coito de riesgo. No precisa prescripción médica.
- Acetato de ulipristal, se puede utilizar en las 120 horas siguientes al coito de riesgo. Precisa prescripción médica ( contraindicada en gestación).

**ALGORITMO DEL PROCESO**

**Citación**

Confidencialidad de la recogida de datos  
 Información del proceso de atención

**Entrevista Clínica**  
 Medicina o Enfermería

Antecedentes familiares y personales que pudieran ser de interés:  
 Causa de la consulta. Fecha de la última regla (F.U.R). Tipo menstrual.  
 Día del coito de riesgo. Número de horas desde coito de riesgo. Coitos desde la F.U.R  
 Gestaciones y abortos anteriores. Anticoncepción de emergencia anterior.  
 Anticonceptivo habitual.  
 Información de Métodos Anticonceptivos y de ITS.

**Indicación APC**

**No indicación APC**

(\*)Coito sin método anticonceptivo  
 Sospecha de relación coital bajo el efectos de drogas  
 Interacción de AO con medicamentos  
 Antibióticos. Anticomiciales. etc.  
 Fallo accidental de método anticonceptivo  
 Preservativo: Rotura o retención  
 Píldora de AO : Olvido, retraso, vómito, diarrea, retirada precoz.  
 Parche : Retraso del inicio, retirada tardía. Perdida de adherencia  
 Anillo: Retraso de inicio. Retirada precoz, temporal o tardía.  
 Anticoncepción Inyectada : Retraso de la administración  
 DIU: Expulsión

**Consentimiento Informado**

- Toma única de 1 comprimido de 1.500 microgramos de Levonorgestrel. Hasta las 72 horas después del coito de riesgo.
- Toma única de 1 comprimido 30 mg de Acetato ulipristal. Hasta las 120 horas después del coito de riesgo.

Plantear Planificación Familiar y otras posibles consultas, según los datos recogidos en la entrevista clínica.  
 Si efectos secundarios o retraso mensual volver a la consulta.  
 Derivación a Trabajador Social, si riesgo social.

# Alcohol y Embarazo

por Joaquín Callabed

En un reciente congreso de la Sociedad Francesa de Pediatría celebrado en Nantes rendimos homenaje a Paul Lemoine, pediatra social hijo de Nantes, que fue el primero en describir el cuadro de los hijos de madre alcohólica, observando el aspecto peculiar y el retraso mental que presentaban algunos niños en una guardería de su ciudad, cuyas madres eran alcohólicas.

Describió Lemoine que estos niños presentaban una cabeza pequeña con hendiduras palpebrales pequeñas, mandíbula pequeña y labio en boca de pescado. También, soplo cardíaco y una macrodactilia en el primer dedo del pie. Evolucionaban con retraso de crecimiento somático, psicomotor y psicoafectivo. Es una de las primeras causas de retraso mental.

La causa directa es el consumo de etanol con acción lesiva directo sobre el feto. No existen marcadores biológicos ni radiológicos. El feto no puede defenderse de la agresión por carecer de poder catalítico, ejerciendo el alcohol su acción por interferencia en la cadena respiratoria del NADH (incremento) con repercusión en el metabolismo lipídico (hiperlipemia) hidrocarbonado (hipoglucemia) y oligoelementos (Zn) e incluso induciendo anomalías cromosómicas. Se considera que la ingesta diaria de 90 mL de etanol en la gestación hace que el 40% de los fetos sufran el SAF, si son 60-90 mL sucederá en el 19 %, y si son 30-60 mL sucederá en el 10% de casos.



*En Francia, desde 2005, por orden gubernativa se aplica este pictograma a las bebidas alcohólicas*



Lemoine, junto a Harousseau y Borteyru, publicó sus observaciones de 127 niños afectados de esta enfermedad en la revista *Ouest Medical* (1968), que tuvo poco impacto y no convenció mucho a los pediatras franceses. Fueron los americanos Clarren y Jones los que publicaron en la prestigiosa revista *Lancet* (1985) 11 casos de fetopatía alcohólica, que tuvo una gran repercusión en el mundo científico y lo denominaron Síndrome Alcohólico Fetal (SAF). Describieron tres niveles: En el primer nivel hay deficiencias de crecimiento pre y posnatal; en el segundo hay alteraciones craneo faciales, como microcefalia y filtrum muy poco desarrollado, fisuras palpebrales cortas y malformaciones del área maxilar; en el tercer nivel describen graves disfunciones del sistema nervioso central.

Se describen incidencias variables entre 1/300 y 1/2000 nacimientos. Suele aparecer en un 30% de madres alcohólicas. En Francia nacen 800 a 1000 niños afectados por esta enfermedad. En Estados Unidos se considera que afectan a un 0'3 a 4'8 por mil de nacimientos, que coincide con la cifra detectada en Australia. En Noruega, tras advertir a comadronas, ginecólogos y pediatras, detectaron que un 1'5 por mil nacimientos están afectados por el SAF. Experimentado en animales se confirmó la acción teratógena del alcohol etílico o etanol.

En la inspección del SAF se observa hipocrecimiento prenatal y posnatal, escaso tejido adiposo, hipotonía

y conducta bradipsíquica. En cráneo y cara hay microcefalia, hendiduras palpebrales de tamaño reducido, ptosis palpebral, hipoplasia maxilar, retrognatia en el lactante, nariz pequeña y respingada, filtro hipoplásico, labio superior fino. A veces presentan fisura labial palatina, epicanto, miopía, estrabismos, hipoacusia, orejas prominentes, maloclusión dentaria y defectos de esmalte. En tórax, cardiopatías congénitas CIV, CIA, Tetralogía de Fallot y posibles anomalías de la caja torácica, como el pectum excavatum. A nivel urogenital puede aparecer hipospadias, hipogenesia renal, hidronefrosis e hipoplasia de labios mayores. En extremidades, captodactilia, falanges terminales afiladas, aracnodactilia del índice, hipoplasia de uñas en manos y pies, contracturas en flexión de codos y luxación congénita de cadera. En columna vertebral se describen escoliosis y anomalías de Klippel-Feil. A nivel neuro-psíquico hay retraso mental en un 80% de casos paralelo a las alteraciones fenotípicas y con el sustrato de atrofia cerebral, aplanamiento de circunvoluciones, retraso de mielinización del córtex, lesiones de hipocampo, tronco encefálico y vía auditiva; disfunción motora fina, irritabilidad en el lactante, hiperactividad infantil, déficit de atención, trastornos del lenguaje; hipotonía y mala coordinación.

Tres madres de la localidad francesa de Roubaix con hijos afectados por esta enfermedad denunciaron al gobierno francés la falta de información que habían observado en las botellas con productos alcohólicos que habían consumido y los resultados nefastos de su embarazo. El ministro de sanidad Douste-Blazy ordenó que se llevara una encuesta específica a las embarazadas durante el cuarto mes de gestación y el etiquetado de bebidas con alcohol incluyera una información precisa de los posibles efectos al feto.

La ingesta de alcohol femenina en nuestro medio va en aumento. Si una consumidora habitual de alcohol decide quedar embarazada debería tener una información precisa de los riesgos que corre su embarazo. Según mis noticias, en Estados Unidos se advierte de este riesgo en el etiquetado de botellas que contienen alcohol. El entusiasta Dr. Tritan -pediatra social de Roubaix-, preconiza con rotundidad tolerancia cero de alcohol durante el embarazo. Se debería incluir en los envases con bebidas alcohólicas mensajes de advertencia sobre los peligros en el feto indicando que puede producir retraso mental y defectos congénitos.

Paul Lemoine es el ejemplo de pediatra social de guardería o escuela infantil que indaga no sólo el crecimiento somático de peso y talla sino también el desarrollo psicomotor y psico-afectivo de cada niño y el entorno social donde se desenvuelve. También detecta precozmente cualquier alteración del desarrollo, está en contacto con la psicóloga y las familias, y elabora planes de acogida individuales para niños discapacitados y con enfermedades crónicas.



*Una campaña realizada recientemente en España, fue la promovida en 2009 por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y Cerveceros de España y titulada "Un embarazo sin", a cuyo poster pertenece esta imagen.*

Aplaudiendo a Paul Lemoine se me ocurrieron algunas ideas. La importante labor de las comadronas, pediatras y tocólogos para detectar la enfermedad; la importancia del pediatra de guardería y el necesario apoyo de las autoridades públicas para que continúen las efectivas campañas anti-tabaco y de accidentes de tráfico, y concedan un espacio a la prevención de los riesgos del alcohol en embarazo, haciendo hincapié en que es una importante etiología de retraso mental y que es evitable.

Es un caso de retraso mental grave que puede prevenirse. Mil niños españoles podrían agradecerlo cada año. Creo que vale la pena ¿no?. Seguro que esto sucede también en otros países. Hay camino por recorrer.

No existe acto humano mas digno que cuidar la salud de los niños.

**Joaquin Callabed** es Doctor en Medicina y Director del Club de Pediatría Social

## EL COMPROMISO ÉTICO DE LAS ADOPCIONES TRANSNACIONALES EN LAS CATÁSTROFES

por Xavier Allué

La tragedia que ha ocasionado el terrible terremoto en Haití el pasado mes de enero ha destapado algunas situaciones especiales relativas a los riesgos que pueden sufrir los niños en situaciones tan extremas. Las autoridades han detenido, en la frontera del país con la República Dominicana, a un grupo de miembros de una organización no gubernamental (ONG) estadounidense de carácter confesional cuando pretendían llevarse de Haití treinta y tres niños, sin disponer de la documentación requerida y necesaria. En principio adujeron que se trataba de menores huérfanos y abandonados, pero posteriores investigaciones demostraron que varios de los niños tenían familias.

Unos días antes, un periodista español recogía en una grabación la propuesta de una madre que le ofrecía su hija de siete años para que se la llevase a España, convencida de que eso era mejor que el futuro que le esperaba en un país destruido y en ruinas.

En medio del desastre, han trascendido los esfuerzos de varias familias españolas que se encontraban en los últimos pasos de la tramitación de adopciones transnacionales de niños haitianos, para conseguir extraer sus hijos adoptados del país.

Según todos los testimonios, la magnitud de la tragedia de Haití excede todos los supuestos de la imaginación más desatada. Un estado fallido desde hace ya muchos años, establecido sobre un población donde la miseria, la superstición y el desorden, mantienen al



©UN / Eduardo Dormino. Haití, 15 de enero - Niños comen alimentos distribuidos por efectivos militares bolivianos de la ONU, en Cité Soleil .

país en la cola de los países más pobres, desde luego el más pobre de toda América. Los algo más de 4 millones de niños haitianos padecen las mayores tasas de mortalidad y enfermedades prevenibles del continente, al mismo nivel que los países más pobres del África subsahariana.

El desastre del terremoto ha empeorado una situación que parecía imposible que tuviese margen de empeoramiento.

*Salvad los niños*, el voluntarioso nombre de una conocida ONG, parece una consigna revalorizada ante tamaña situación. Sin embargo, las situaciones catastróficas entrañan limitaciones para el salvamento.

En principio, la legislación internacional, que se basa en la Declaración de los Derechos del Niño que recoge en su articulado el derecho a la prioridad en la atención y el socorro de los niños, impide los ejercicios de adopción transnacional en situaciones de catástrofe, con el objetivo de impedir los abusos.

A la vez, establecer diferencias entre la ayuda, el ofrecimiento de refugio, la adopción y lo que puede ser últimamente tráfico ilegal de personas menores entraña notables dificultades.

En este país hemos vivido experiencias de parecido dramatismo. Basta recordar el proceso de evacuación de niños españoles hacia Rusia durante la Guerra Civil, en los años 30, del que hay múltiples testimonios y documentación. La evacuación se produjo en el bando republicano, para evitar que los desastres de la guerra se cebaran sobre los niños, sobre todo porque era en ese bando donde se producían víctimas entre la población civil y donde las miserias de la guerra, sobre todo en las ciudades grandes, eran más notables. No todos los niños evacuados eran, sin embargo, huérfanos. Algunas familias dejaron marchar a sus hijos convencidos de que fuera de España les esperaba un futuro mejor.



(Foto: Mariana O'Leary) Santo Domingo, 14 de enero - Un militar estadounidense traslada desde un helicóptero de los Guardacostas de EEUU una niña evacuada de Puerto Príncipe, para recibir tratamiento médico.

En cambio, España acogió un numeroso contingente de niños refugiados de países centroeuropeos, principalmente de Austria, al final de la II Guerra Mundial. Los niños eran mayoritariamente huérfanos, aunque teniendo en cuenta que la terrible guerra produjo varias decenas de millones de desplazamientos de personas, las circunstancias de cada caso bien podían ser confusas.

Ante situaciones extremas es muy difícil decidir que es mejor para las víctimas, si permanecer en su lugar de origen con los riesgos que comporta o huir y buscar refugio en otra parte.

Resulta también complicado separar al refugiado del emigrante. La diferencia parece encontrarse en que los refugiados lo son porque huyen de situaciones dramáticas de violencia, ya sea telúrica o originada por el hombre, como las guerras. Pero, al fin y al cabo, los emigrantes que salen de los países más pobres lo que buscan es "refugio" ante la violencia extrema de la miseria, la ignorancia, las enfermedades o las supersticiones. Y eso hasta extremos como el que ha representado la concesión del estatuto de refugiado a un inmigrante africano afecto de albinismo, porque en su lugar de origen las tradiciones primitivas consideran a los albinos como portadores de malos espíritus y los matan.

Vistas las cosas y con un criterio amplio, se podría considerar que TODOS los niños de los países más pobres y especialmente los que sufren enormes tragedias en contextos de estados fallidos o inexistentes, como el caso de Haití o también el de Somalia, tienen derecho al estatuto de refugiado y deben ser evacuados. Y esos son cientos de millones de niños.

En ese contexto, y en el de la adopción transnacional, cabe preguntarse qué es mejor: dejar a los niños en su país o llevárselos. ¿Qué es mejor, que te roben y te lleven con una familia rica que te cuide y te de una educación y te ofrezca un futuro, o que te dejen en tu



©UNICEF/LeMoyne. Haití, 19 de enero - La niña de 9 años, llamada Sandie, juega con una trabajadora sanitaria suiza, en un hospital de campo situado en la base de Minustah, cerca del aeropuerto la capital Puerto Príncipe. Sandie resultó ligeramente herida durante el terremoto y es una de los muchos niños sin compañía que UNICEF está trasladando a un hogar a cargo de la ONG local CAD (Centre for Action and Development).

país, en tu poblado con tu miseria y la posibilidad franca de no llegar a sobrevivir la infancia?

Ni siquiera se le puede preguntar a cada niño o a cada padre, porque los términos de comparación están absolutamente desequilibrados.

Una parte de la respuesta está en el control sobre quienes organizan los procesos de evacuación, como en el caso de la ONG norteamericana en Haití, para evitar y perseguir los abusos o el lucro.

Pero la parte importante está en combatir la pobreza y los desastres en el ámbito mundial. Y esa no es tarea de ONG's: es de todos.

**Xavier Allué** es pediatra. Edita el **Blog de Pediatría Social** (<http://pedsocial.wordpress.com/>)

#### Bibliografía:

Allué X. "Adopciones transnacionales. Cuestiones médicas y éticas". Anal. Esp. Pediatr. 2000; 53: 21-24

Miembros de una ONG detenidos en Haití por pretender llevarse niños sin documentación: <http://www.cnn.com/2010/CRIME/02/04/haiti.arrests/index.html> y <http://www.nytimes.com/2010/02/05/world/americas/05orphans.html>

Los niños de Rusia: [http://es.wikipedia.org/wiki/Ni%C3%B1os\\_de\\_Rusia](http://es.wikipedia.org/wiki/Ni%C3%B1os_de_Rusia), consultado el 11.02.2010

Castillo Rodríguez, Susana. *Memoria, Educación e Historia: el caso de los niños españoles evacuados a la Unión Soviética durante la Guerra Civil Española*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Departamento de Antropología Social. Madrid, 1999. Texto completo (...del total de niños evacuados (2.895), una minoría eran "hijos de dirigentes destacados de partidos y organizaciones")...

Tablas estadísticas sobre salud y pobreza de UNICEF: [http://www.unicef.org/sowc05/english/sowc05\\_Tables.pdf](http://www.unicef.org/sowc05/english/sowc05_Tables.pdf), consultado el 11.02.2010



Foto: Haití, 18 de enero - Niños en el aeropuerto de Puerto Príncipe, celebran su pronto traslado.

## ENTREVISTA

## STEFAN VANISTENDAEL

**"La dificultad revela los recursos interiores que no conocía la persona"**

por Joaquín Callabed

Stefan Vanistendael (Secretario del BICE - Oficina Internacional Católica de la Infancia) participó recientemente en una jornada internacional sobre Derechos del niño y Resiliencia en Barcelona. Es un hombre afable, cercano, políglota, con gran erudición. Dedicó su vida a trazar caminos de bien para la infancia. En este encuentro en Barcelona, me confesó **"me gusta la frase del psiquiatra Boris Cyrulnik: la vida es una artesanía que se construye alrededor de una transcendencia"**.

Considera que **"La Resiliencia es la capacidad de la persona, grupo o comunidad, de superar dificultades y continuar el crecimiento positivo frente a dificultades muy graves. La dificultad revela los recursos interiores que no conocía la persona. Está comprobado que la calidad de relación humana, la autoestima, el desarrollo de las competencias, las redes sociales y el humor aportan soluciones a las personas en dificultad. Somos drogadictos del cambio y la educación del niño necesita tiempo"**.

Vanistendael ha seguido los estudios de Warner, quien observó en la isla de Hawai cómo algunos niños que vivían con dificultades sociales importantes podían crecer de forma positiva. Tras sus estudios de Sociología y

**Stefan Vanistendael**

Nació en Utrecht (Holanda) y vive cerca de Lausana (Suiza). Se educó en Lovaina, la Universidad Católica más antigua del mundo. Estudió sociología y demografía. Con el BICE ha trabajado para la educación sanitaria de niños africanos que cuidan sus hermanos "niños con niños" y para los "niños de la calle" en Brasil.

Es autor de libros como "La Resiliencia o el realismo de la esperanza" (Ed. Claret), que trata sobre la capacidad de crecer en situaciones muy difíciles, y "La felicidad es posible" con Jacques Leconte (Ed. Gedisa).

Ha presentado la Resiliencia en más de 140 talleres o conferencias, desde Chile hasta Taiwan, y en universidades como Lovaina, Madrid, Barcelona, Buenos Aires, Montevideo, Quebec y Ginebra.

Actualmente es Secretario del BICE.



Demografía tuvo la impresión de que **"hay abuso de cifras y no sirven para clarificar la realidad. Necesitamos aprender de varias fuentes de información. La ciencia no es suficiente y a veces es un freno. Es necesaria la corrección que lleva la práctica. Necesitamos construir poco a poco una sabiduría global que integre a la ciencia también"**.

Su formación religiosa marcó su vida y considera que **"hay un momento en el que hay que dejar el centro de la propia vida para encontrar ese mismo centro a nivel más profundo y más cerca de la gente, como dice Henry Noonen"**.

Considera que la entidad para la que actualmente trabaja, el BICE, es una opción muy abierta que le permite llevar a cabo muchas actividades y llegar a muchos rincones del mundo.

Sus libros han sido traducidos a numerosos idiomas. Como el argentino Ramón Lascano, piensa que **"la reflexión sobre la Resiliencia empieza con la observación de que existen caminos de vida que nos sorprenden en bien"**.

En su amena charla comenta su admiración por la música de Bach, por René Jules Dubos, un fundador del pensamiento ecológico, por el teólogo Dietrich Bonhoeffer y por el monje Anthony Bloom...

En su despedida, recuerda al pedagogo inglés Hugo Hawes, cuando escribe que **"admiro a las personas que se aproximan a conseguir los tres grandes compromisos del hombre: la bondad, la verdad y la belleza."**

# AGENDA AGENDA AGENDA AGENDA AGENDA AGENDA

## 12 y 13 de marzo 2010 **XX Symposium Nacional de Pediatría Social ADOLESCENTES DEL SIGLO XXI**

La edición de este simposio organizado por el Club de Pediatría Social en Barcelona. estará centrada en Nuevas miradas a las familias, Bioética, Inmigración, Adicciones y Alimentación. Información: Tel. 93 200 71 63 (Julia Emperador) e-mail: [pediatriasocial@yahoo.com](mailto:pediatriasocial@yahoo.com)



## 23 y 24 abril de 2010 **XX Congreso de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia**

En Salou (Tarragona), entre los días 23 y 24 de Abril de 2010, se celebra el XX Congreso de la SEMA. En la primera jornada se realizará un simposio sobre "Obesidad en la adolescencia", desde un enfoque multidisciplinar y sobre "El adolescente que delinque". El programa incluye una serie de talleres y un curso especial para Padres de Adolescentes.

Información: T. 932 388 777 [ema2010@pacifico-meetings.com](mailto:ema2010@pacifico-meetings.com) [www.adolescenciasema.org](http://www.adolescenciasema.org)



## 20 y 21 mayo de 2010 **7º Encuentro de Jueces y Médicos sobre Infancia, Salud y Derechos**

Organizado en Madrid por el Hospital Universitario Niño Jesús y el Consejo General del Poder Judicial. En este encuentro anual, Jueces y médicos se reúnen para exponer, profundizar y debatir sobre situaciones legales complejas directamente relacionadas con la salud física y/o psicológica del menor y la situación social que le rodea.

Con el fin de profundizar en el mutuo conocimiento del funcionamiento de cada uno de los sistemas, sanitario y judicial, se realizan Prácticas de Jueces en el Hospital Niño Jesús y la rotación de médicos de dicho centro en distintas instituciones del sistema judicial y en determinados centros destinados al cuidado y educación del menor.

Contacto: 91-5035900 - Sta. Maripaz (Dirección, HU Niño Jesús)  
email: [jdiaz.hnjs@salud.madrid.org](mailto:jdiaz.hnjs@salud.madrid.org)



## 3-5 junio de 2010 **59 Congreso de la AEP**

Este año, el Congreso de la Asociación Española de Pediatría, tendrá lugar en el Palacio de Congresos de Maspalomas (Gran Canaria) y en él se celebrarán una serie de actividades de pediatría social:

**Mesa Redonda Destacada:** "Cambios en la actividad del pediatra actual". (Jueves 3, 17:00 - 18:15). Moderador: Manuel Cruz Hernández, Catedrático Emérito de la Universidad de Barcelona.

**Ponencias:** "Atención pediátrica considerando las necesidades del niño", por José Antonio Díaz Huertas, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.

"La promoción de la salud y los aspectos psicosociales en la atención pediátrica", por M. Teresa Benítez Robredo, Asesora Técnica del Instituto de Salud Pública, Ayuntamiento de Madrid.

"Pediatría y discapacidad: enfoque actual y perspectivas", por Josep María Corretger Rauet, Hospital Sant Joan de Déu y Fundació Catalana Síndrome de Down, Barcelona.

**Taller:** T10. "Ayudando a crecer. Educación parental". (Viernes 4, 14:30 - 16:30 y Sábado 5, 11:15 - 13:15)

Monitores: M. Concepción Brugera Moreno, CMS Chamberí. Instituto de Salud Pública Madrid Salud, Madrid.

M. Isabel Junco Torres, Instituto de Salud Pública Madrid Salud, Madrid.

**Almuerzo con el Experto:** Bárbara Rubio Gribble, Hospital Universitario de Getafe, Madrid. "Abordaje multidisciplinar en la atención a la infancia y adolescencia con necesidades especiales". (Viernes 4, 14:15 - 15:15)

**Reunión anual de la Sociedad de Pediatría Social:** Viernes, de 17:00 a 18:00 Ver: [www.congresoaeop.org](http://www.congresoaeop.org)



## 13-17 Octubre de 2010 **Congreso de la Sociedad Europea de Pediatría, en Izmir (Turquía). Tema propuesto: Well-child care.**



## 25-27 Noviembre 2010 **X Congreso Estatal Sobre Infancia Maltratada, en Sevilla, organizado por la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil).**

Información del Congreso: (ADIMA) 954-636358



**LIBROS****LOS PADRES NO SE DIVORCIAN DE SUS HIJOS****Claves para seguir con ellos tras la separación****Autor: PAULINO CASTELLS**

Editorial Aguilar, 2009

Comentado por: **Gabriel Galdó Muñoz**  
Catedrático de Pediatría (Pediatría Social y Adolescencia) Universidad de Granada

Uno de los problemas actuales más importantes de la pediatría social son los derivados de las separaciones y divorcios, hoy tan frecuentes en nuestro entorno social. En este libro, el Dr. Paulino Castells, especialista en pediatría, neurología y psiquiatría, profesor agregado en la Universidad Abat Oliba CEU de Barcelona, y autor de numerosos libros sobre temas de pediatría social y adolescencia, obras de gran interés, con 40 años de experiencia clínica, presenta esta monografía de 203 páginas, en la cual con su amenidad, claridad de exposición, su amplia experiencia sobre el tema, basado en sus amplios conocimientos sobre el tema y especialmente por su propia experiencia profesional, aborda en no deseado y no siempre bien aceptado y resuelto problema de las separaciones matrimoniales, y la repercusión de las mismas sobre los hijos, a corto y largo plazo.

En sus 8 capítulos analiza, con su escritura de fácil lectura que le caracteriza y a la vez análisis completo, los problemas de las relaciones de pareja, la importancia de la decisión de la separación entre las parejas y consejos sobre cuál debe ser la actitud correcta ante la separación, el cómo deben comunicar a los

hijos la decisión de la separación con la finalidad de evitar las repercusiones de la separación en los mismos.

A continuación describe los diferentes sentimientos que presentan los niños ante la separación de los padres, las repercusiones sobre la conducta social y el rendimiento escolar, valorando las reacciones de los niños ante las separaciones, en función de las diferentes edades de los mismos. Seguidamente considera los cambios que presentan los padres como consecuencia de la separación y sus diversas reac-

ciones, las dificultades por las que atraviesan respecto a la vivienda, la economía, un nuevo sistema de vida, unas nuevas relaciones, etc. En otro apartado valora los cambios que experimentan los hijos ante sus nuevos papeles, sus relaciones con los padres separados, en reconocimiento de la autoridad de los mismos o la compra por los mismos, el que a veces asumen el papel de progenitor ausente, etc. Le sigue el estudio y valoración de los problemas relativos a la guarda y custodia individual o compartida, con argumentos en pro o en contra de la misma, el sistema y régimen de visitas, el síndrome de alienación o de indefensión parental. Por último y a modo de conclusiones terapéuticas valora la fecha de caducidad del resentimiento, la eficaz terapia del perdón, lo saludable que es para uno perdonar, la posibilidad de una nueva pareja, la situación de los abuelos y cómo deben comportarse los progenitores ante unas circunstancias tan difíciles como es una separación, es decir comportándose como padres responsables, ejerciendo adecuadamente la paternidad, buscando el bien de los hijos. Finaliza la obra con una amplia bibliografía sobre el tema.

Por todo lo anterior consideramos de amplio interés esta obra que nos ofrece la editorial Aguilar, no sólo para padres separados, sino para el público en general y especialmente útil para los profesionales relacionados con las parejas y sobre todo con el campo de la pediatría social.



En nuestro sitio web oficial: [www.pediatriasocial.com](http://www.pediatriasocial.com)

						
<a href="#">Inicio</a>	<a href="#">Junta Directiva</a>	<a href="#">Cuadernos de PS</a>	<a href="#">Documentos</a>	<a href="#">Agenda</a>	<a href="#">Enlaces</a>	<a href="#">Más Noticias</a>
<b>Agenda</b>		<b>De interés...</b>		<b>Noticias</b>		
 <p>La Asociación Española de Pediatría, celebra su <b>53 Congreso en Maspalomas</b> (Gran Canaria), entre los días <b>3 y 5 de junio</b>, con un amplio programa formativo que incluyen el de Pediatría Práctica, con cerca de 40 talleres, cursos y seminarios, un programa específico para Enfermería en Pediatría y más de 1.000 presentaciones científicas.</p> <p>Durante este Congreso, la SPS desarrolla una serie de actividades de pediatría social, entre las que se incluye la celebración de la propia <b>Asamblea General de la SPS</b>.</p> <p><a href="#">Más Información</a></p> 		<b>Llamamiento a la Solidaridad con Haití</b>  <p>Desde la Sociedad de Pediatría Social queremos sumarnos a las campañas de ayuda a las víctimas del seísmo que ha asolado Haití.</p> <p>Facilitamos los datos de <a href="#">Instituciones y Entidades</a> bancarias en que se pueden hacer donaciones:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• El <b>Blog de la Pediatría Social</b> está ya a tu disposición.</li></ul> <p>Moderado por el Dr. Xavier Allué y abierto a todos desde 2009, cuenta con variedad de temas de consulta y discusión.</p> <p><b>Esperamos tus comentarios.</b> <a href="#">Ir al Blog</a></p>		<p>Nota de Prensa de la AEP: <b>Pediatría y sus Áreas Específicas, una Especialidad Troncal</b> (Madrid, enero de 2010)</p> <p>La Asociación Española de Pediatría (AEP) ha tenido conocimiento de la última versión del documento de trabajo elaborado por el Grupo de Troncalidad de CCAA (GT) sobre <b>la troncalidad de las Especialidades en Ciencias de la Salud</b>, que recoge los acuerdos básicos alcanzados hasta el momento.....el documento establece, aunque con dudas, <b>que la Pediatría debe agruparse en el Tronco Médico</b>, perdiendo el carácter troncal específico que ha mantenido hasta ahora.</p> <p>Ante esta propuesta del GT, la AEP desea hacer llegar a la opinión pública su punto de vista.</p> <p><a href="#">Ver nota completa</a></p> <p><b>Carta de la Presidenta de la Sociedad de Pediatría de Castilla-La Mancha (Madrid, 1 de Febrero de 2010)</b></p> <p>La presidenta de la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha, Dra. M<sup>a</sup> Teresa Muñoz Calvo, firma este comunicado para "poner de manifiesto su disconformidad y preocupación ante la propuesta elaborada por el grupo de Troncalidad de las CC.AA. sobre <i>Troncalidad de las Especialidades en Ciencias de la Salud</i>".</p>		

...ofrecemos toda nuestra información, en secciones como:

**Cuadernos de PS:** con la completa colección de todos los números de Cuadernos, en versión pdf.

**Documentos:** donde es posible acceder a una extensa serie de documentos claves para la pediatría social en España, como los Informes SIAS.

**Agenda:** con el calendario y la información de contacto de las actividades relevantes del ámbito pediátrico social.

...junto a otras secciones que contienen los datos **institucionales** y de **contacto**, a su disposición permanente.

## BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN

Para recibir los comunicados y/o hacerse miembro de la SPS, podremos facilitarle un Boletín de Inscripción si nos lo solicita por escrito en esta dirección electrónica: [pediatriasocial@gmail.com](mailto:pediatriasocial@gmail.com)

o a través de nuestra oficina: **Sociedad de Pediatría Social**  
c/ Alcalde Sáinz de Baranda, 43 Bajo 2  
28009 Madrid

Tf: 91- 5044256