

**ACTIVIDADES DE
INTERVENCIÓN
Y CRIBADO
UNIVERSALES**

Actividades de intervención y cribado universales

ACTIVIDADES DE INTERVENCIÓN Y CRIBADO UNIVERSALES

Cribado neonatal de enfermedades metabólicas congénitas

Supervisión del crecimiento físico y desarrollo puberal

Cribado y prevención del sobrepeso y la obesidad

Prevención del raquitismo

Prevención del déficit de yodo

Salud bucodental

Cribado de la displasia evolutiva de cadera

Detección precoz de anomalías en el desarrollo del aparato locomotor

Cribado de criptorquidia

Cribado de ambliopía, estrabismo y trastornos de refracción

Detección precoz de hipoacusia infantil

Evaluación del desarrollo psicomotor y afectivo

Detección precoz de trastornos del lenguaje y del aprendizaje

Salud mental

Valoración social y plan de atención social en salud

CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES METABÓLICAS CONGÉNITAS

Población diana:

- Todos los recién nacidos.
- Todos los menores a los que no se les ha realizado el cribado neonatal en su momento, independientemente de su edad.

Periodicidad:

Cribado neonatal: Todos los recién nacidos, entre el tercer y quinto día de vida, preferentemente el tercer día. Muestra única.

Se recomienda segunda determinación de sangre en papel para detección de hipotiroidismo congénito a los 14 días de vida en los menores en situación específica de riesgo (anexo 3).

Se recomienda una segunda determinación de sangre en papel para detección de errores innatos del metabolismo en los menores en situación específica de riesgo (anexo 4).

ACTIVIDADES:

- **Informar en la visita prenatal de la prueba de cribado neonatal.**
- **Realizar la prueba de cribado** de enfermedades metabólicas congénitas, extracción de una muestra única para cada recién nacido entre el tercer y quinto día de vida, preferentemente el tercero. Muestra de sangre en papel siguiendo las normas para la correcta extracción de la prueba de cribado (anexo 1).
- **Determinación a todos los recién nacidos de TSH (hipotiroidismo), tripsinógeno inmunorreactivo (Fibrosis Quística) y aminoácidos-acilcarnitinas (errores innatos del metabolismo).** En el anexo 2 se recogen las enfermedades incluidas en el cribado neonatal.
- **Registrar en la historia clínica si se realizó o no la prueba** y los motivos de no haberla realizado.
- **Registrar el resultado de la prueba de cribado.**
- **Identificar los recién nacidos en situación de riesgo de no finalizar el cribado.**
- **Realizar la prueba de cribado en el caso de que no se hubiera realizado en su momento,** independientemente de su edad.
- **Repetir el cribado de hipotiroidismo congénito por cumplir criterios (anexo 3).**
- **Repetir el cribado de errores innatos del metabolismo por cumplir criterios (anexo 4).**

- Seguimiento de la función tiroidea por los Servicios de Pediatría y Neonatología:
- Bebés nacidos de madres con hipertiroidismo autoinmune y/o en tratamiento con anti-tiroideo durante el embarazo.
- Bebés con patología grave (médica o quirúrgica) o tratamiento médico que pueda alterar los resultados bioquímicos de la función tiroidea.
- Bebés en quienes se haya utilizado desinfectantes yodados por cirugía mayor ó contrastes yodados por pruebas diagnósticas (radiología, inserción de catéter de silástico o cateterismo cardíaco).
- Bebés con síndrome de Down (ver actividades preventivas en pacientes con síndrome de Down).

Observaciones

Aunque poco frecuentes, existen casos de hipotiroidismo de causa hipofisaria, que cursan con niveles normales de TSH, y que por tanto pueden no ser detectados por los programas de cribado neonatal. Por ello, es preciso mantener un alto índice de sospecha ante la presencia de signos clínicos sugestivos de hipotiroidismo con normalidad de los valores hormonales. En estos casos se aconseja aplicar el índice de Letarte (positivo cuando la suma de todas las puntuaciones de cada signo es superior a 4) (anexo 5).

En el caso de la fibrosis quística, el íleo meconial puede dar resultados falsos negativos en el cribado neonatal. En este caso sería recomendable realizar pruebas complementarias para descartarla.

En el caso de los errores innatos del metabolismo es importante asegurarse de que el bebé esté alimentándose correctamente antes de realizar la prueba.

Aunque es poco probable, cualquiera de las enfermedades cribadas puede presentar un resultado falsamente negativo, por lo que ante la manifestación de síntomas compatibles con alguna de dichas enfermedades, ésta debería descartarse con pruebas diagnósticas específicas, independientemente de que la prueba de cribado haya resultado normal.

Recursos:

Centros de cribado neonatal de Andalucía:

- Laboratorio de metabolopatías del Hospital Materno Infantil de Málaga. Centro de referencia de Andalucía Oriental (Almería, Granada, Jaén y Málaga). Teléfono: 951292284.
- Laboratorio de metabolopatías del Hospital Universitario Virgen de Rocío de Sevilla. Centro de referencia de Andalucía Occidental (Cádiz, Córdoba, Huelva, Sevilla y Ceuta). Teléfono: 955013216.
- En estos mismos hospitales, también se encuentran las Unidades Clínicas de Referencia de Enfermedades Metabólicas y de Fibrosis Quística.

Programa de detección precoz de errores congénitos del metabolismo: Evaluación e instrucciones para profesionales. 1ª revisión. Servicio Andaluz de Salud.

Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/500/pdf/Instrucciones_cribatabolevisin.pdf

CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES METABÓLICAS CONGÉNITAS

ANEXO 1

NORMAS PARA LA CORRECTA EXTRACCIÓN DE LA PRUEBA DE CRIBADO

La recogida de la muestra se realiza en una tarjeta especial (ver figura 1) que se entregará a los progenitores al alta hospitalaria. La tarjeta debe cumplimentarse correctamente con todos los datos. El lugar de la extracción se realizará en el centro de salud o en el hospital si el paciente está ingresado. **Importante: la extracción se realizará entre el 3º y 5º día de vida**, con preferencia el tercer día (48-72 horas).

El tipo de muestra a analizar es **sangre capilar** obtenida del talón. A continuación se numeran los pasos a seguir para realizar una correcta extracción de la muestra (ver fig. 2):

- 1) Calentar el talón frotándolo suavemente para aumentar la vascularización (paso 1).
- 2) Puede limpiarse el talón con una torunda de alcohol estéril, en este caso es muy importante dejar secar completamente al aire (paso 2).
- 3) Realizar una incisión en la zona lateral del mismo con una lanceta o un dispositivo automático para dicho fin (pasos 3 y 4). **Nunca deben emplearse capilares o agujas para la recogida de sangre.**
- 4) Desechar la primera gota de sangre y aplicar la segunda gota directamente sobre el primer disco del papel de filtro asegurando una buena impregnación, comprobando que quede bien empapado el papel por ambas caras (paso 5). Rellenar los 4 discos restantes con sucesivas gotas de sangre (una gota para cada disco).

Nota: Toque ligeramente el papel de filtro con una gota GRANDE de sangre. Espere a que la sangre empape bien y llene completamente el círculo con una sola aplicación de una gota GRANDE de sangre. Para incrementar el flujo sanguíneo, puede aplicarse una presión intermitente, MUY SUAVE, en la zona que rodea el lugar de la punción. Aplique sangre sólo en un lado del papel de filtro, pero asegurándose de que la gota empapa adecuadamente todo el grueso del papel. No deje que el papel entre en contacto con la piel del niño. No toque los círculos con los dedos. El sudor contiene aminoácidos que pueden contaminar la muestra.

- 5) Dejar secar al aire entre una y tres horas, en un lugar seco y protegido de la luz directa y el polvo. Finalmente introducir la tarjeta en el sobre normalizado y enviar inmediatamente por correo postal al laboratorio de referencia.

Normas para la correcta extracción del cribado neonatal de enfermedades metabólicas congénitas

Figura 1. Modelo de tarjeta para recogida de muestra única

PROGRAMA DE METABOPATÍAS

CLAVE Nº A000000000

SAS 903 LOTE # W-011 L-XXXXXX

DATOS DE LA EXTRACCIÓN: CENTRO DE EXTRACCIÓN, Fecha, PARTO (Vag, Ces), LACTANCIA (Mat, Lact), VIDA (M, G)

DATOS PERSONALES Y DEMOGRÁFICOS: HOSPITAL O CENTRO DE NACIMIENTO, DATOS DEL NIÑO (Nombre, Segundo Apellido, Primer Apellido), FECHA DE NACIMIENTO (Día, Mes, Año), SEXO (M, F), PESO (Kg), NUSA, Madre patológica (Sí/No)

DATOS DEL MADRE: Nombre, Segundo Apellido, Primer Apellido

RESIDENCIA: Provincia, Municipio, Localidad/Barrio, CÓDIGO POSTAL, CALLE (Número, Escalera, Piso, Puerta), NUSA, Teléfono móvil, Teléfono

DATOS DEL LABORATORIO: RECEPCIONADO (Fecha, Hora), CALIDAD (M, C, I), RESULTADO (Date), SP, Nº orden

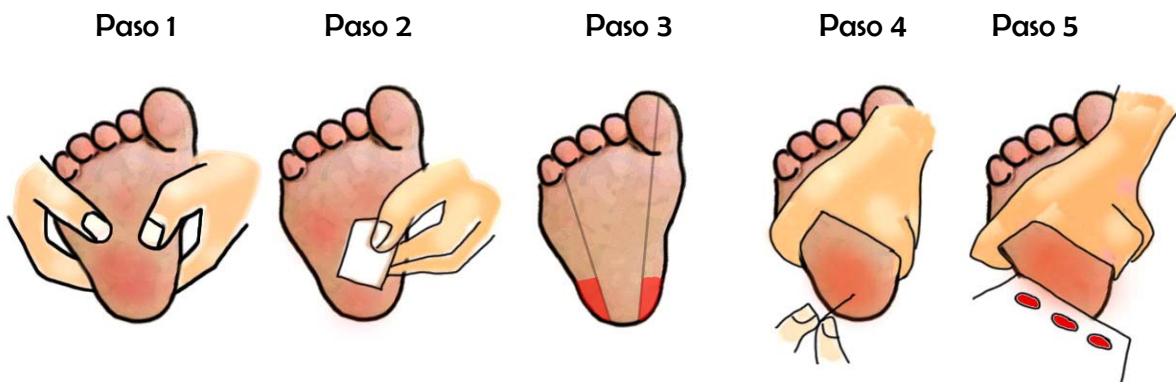
INTRODUZCA LA FICHA EN EL SOBRE

NO COCER EL SOBRE NI COCER EL SOBRE EN EL CALOR

CLAVE Nº A000000000

Figura 2. Pasos a seguir para realizar una correcta extracción de la muestra

(Carretié P, 2011)



Cuando sea preciso la recogida de dos muestras (72 horas y 14 días), en las maternidades se le entregarán a la madre 2 tarjetas para muestra única (cada una tendrá su propia clave de identificación) y en la que se realice la segunda muestra se anotará segunda muestra o se marcará la casilla “es segunda muestra”. Las figuras 3 y 4 muestran algunos ejemplos de muestras bien y mal recogidas.

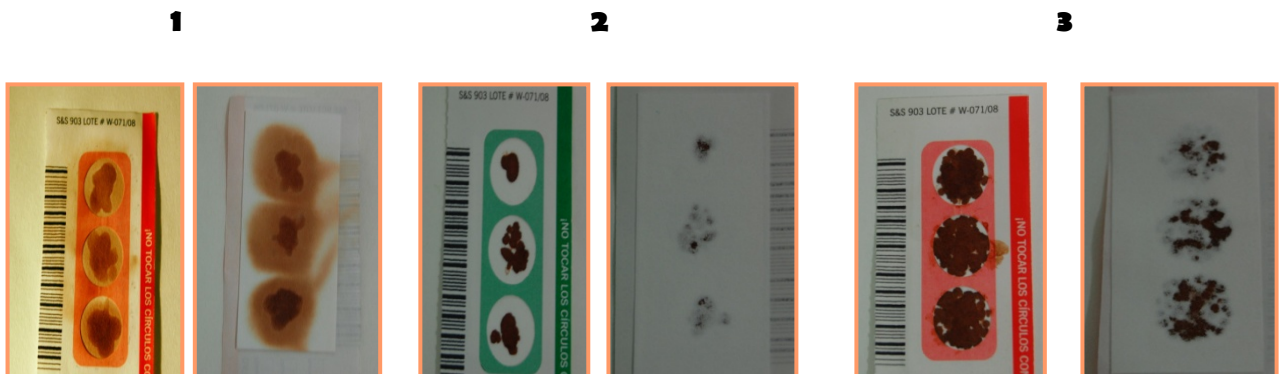
Figura 3. Ejemplo de muestra bien recogida.

Obsérvese que se ha rellenado cada disco con una sola gota de sangre y que ésta traspasa ambas caras del papel.



Figura 4. Ejemplo de muestras mal recogidas

1. Muestra diluida. Generalmente es debida al uso de alcohol para desinfectar el talón y no esperar a que se seque bien antes de realizar la extracción.
2. Muestra insuficiente. La cantidad de sangre recogida es tan escasa que no atraviesa el reverso del papel.
3. Muestra recogida con capilar. El uso de capilar impide una homogénea impregnación del papel.



CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES METABÓLICAS CONGÉNITAS

ANEXO 2 LISTADO DE ENFERMEDADES INCLUIDAS EN EL CRIBADO NEONATAL

| NOMBRE DE LA ENFERMEDAD | METODO ANALÍTICO |
|---|------------------|
| 1. Hipotiroidismo primario congénito | FIA |
| 2. Fibrosis quística | FIA |
| 3. Alteración del metabolismo y transporte de aminoácidos*: fenilcetonuria/hiperfenilalaninemia, defectos en la síntesis y en la regeneración del cofactor tetrahidrobiopterina, enfermedad jarabe de arce, homocistinuria, hipermetioninemia, citrulinemia, acidemia arginosuccínica, tirosinemia tipo I. | MS/MS |
| 4. Alteración del metabolismo de β -oxidación*: Déficit de acil-coA deshidrogenasa de cadena media (MCAD), déficit de acil-coA deshidrogenasa de cadena corta (SCAD), deficiencia primaria de carnitina, déficit de L-3-hidroxiacil-coA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD), déficit de acil-coA deshidrogenasa de cadena muy larga (VLCAD), deficiencia múltiple de acil-coA deshidrogenasa (MAD), deficiencia de carnitina palmitoil-transferasa (CPT), deficiencia de carnitina/acilcarnitina translocasa (CACT). | MS/MS |
| 5. Alteración del metabolismo de ácidos orgánicos*: aciduria glutárica tipo I, acidemia isovalérica, aciduria 3-OH-3-metilglutárica, déficit β -cetotiolasa, acidemias metilmalónicas (Cbl, A, B, C, D, Mut), acidemia propiónica, deficiencia múltiple de carboxilasa (MCD). | MS/MS |

FIA: fluoroinmunoanálisis. MS/MS: espectrometría de masas en tándem.

*En el estudio ampliado por MS/MS se detectan potencialmente hasta 30 enfermedades metabólicas, aunque se reflejan en la tabla exclusivamente las enfermedades con mayor nivel de evidencia científica para inclusión en un programa de cribado neonatal.

CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES METABÓLICAS CONGÉNITAS

ANEXO 3

Grupos en los que hay que repetir la prueba de hipotiroidismo congénito a los 14 días de vida por posible falso negativo.

- **Bebés nacidos prematuramente**, de menos de 37 semanas de gestación y/o con menos de 1.500g de peso. En menores de 30 semanas se debe repetir también la prueba al alta hospitalaria (en total 3 determinaciones). En estos casos es posible que la TSH no esté elevada a las 72 h de vida por inmadurez del eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo.
- **Gemelaridad**, independientemente de su edad gestacional. Por intercambio de sangre feto-fetal es posible que el bebé sano compense con hormona tiroidea al hermano o hermana hipotiroideo, presentando TSH normal a las 72 h de vida.

CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES METABÓLICAS CONGÉNITAS

ANEXO 4

Grupos en los que hay que repetir la prueba para errores innatos del metabolismo.

- **Prematuridad extrema:** se repetirá una segunda muestra de sangre en papel cuando el bebé alcance 2.000g de peso o en su defecto al alta hospitalaria.
- **En politransfundidos,** se repetirá la prueba a los 120 días de la última transfusión.
- **En pacientes en situación crítica,** se repetirá la prueba cuando esté clínicamente estable.

CRIBADO NEONATAL DE ENFERMEDADES METABÓLICAS CONGÉNITAS

ANEXO 5

ÍNDICE DE HIPOTIROIDISMO NEONATAL DE LETARTE. (Letarte J, 1980)

| | |
|------------------------------|-----|
| - Sexo femenino | 0,3 |
| - Gestación >40semanas | 0,3 |
| - Ictericia | 0,3 |
| - Peso> 3.500gr. | 0,5 |
| - Hernia umbilical | 0,8 |
| - Problemas de alimentación | 0,9 |
| - Hipotonía | 0,9 |
| - Estreñimiento | 1 |
| - Macroglosia | 1,1 |
| - Inactividad | 1,1 |
| - Cutis marmorata | 1,1 |
| - Piel seca | 1,4 |
| - Fontanela posterior >0.5cm | 1,4 |
| - Facies típica | 2,8 |

SUPERVISIÓN DEL CRECIMIENTO FÍSICO Y DESARROLLO PUBERAL

Población diana:

- Toda la población infantil de 0 a 14 años de edad.

Periodicidad:

- En todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas.

ACTIVIDADES:

• DETERMINAR EN LOS MENORES DE 2 AÑOS:

- Peso.
- Longitud.
- Perímetro craneal.

• DETERMINAR EN MAYORES DE 2 AÑOS:

- Peso.
- Longitud.
- Índice de masa corporal (IMC).

- **REGISTRAR DATOS**, comparar con las tablas de referencia y valorar cambio de percentiles.

- **VALORAR EL DESARROLLO PUBERAL** ante sospechas de alteraciones del mismo (anexo 1).

Herramientas, recursos:

- **Longitud:** Desde el nacimiento hasta los 2 años. Se colocará al paciente en posición supina, se utilizará, preferiblemente, una escala horizontal, rígida con soporte fijo donde contactará la cabeza y procurando un estiramiento completo, con los pies y cabeza perpendiculares al eje longitudinal.
- **Talla:** Desde los 2 años. Se utilizará tallímetro, la medida se realizará con el paciente en bipedestación y descalzo, sobre la base del tallímetro que debe de ser un plano ancho duro horizontal, apoyando las plantas con los tobillos juntos y los talones, nalgas y hombros en el mismo plano vertical. Se estirará ligeramente la cabeza.
- **Peso:** Se deben de utilizar balanzas de precisión, electrónicas o manuales y calibrarlas diariamente.

- **Perímetro craneal:** En pacientes sanos se medirá en las revisiones hasta los 2 años. Se utilizará cinta métrica, ajustándola lo más posible al cráneo para obviar el error debido al cabello. Se medirá siempre la máxima circunferencia craneal.
- **Índice de masa corporal (IMC):** Es una medida de asociación entre el peso y la talla. Es el resultado de dividir el peso expresado en kilos entre el cuadrado de la talla expresada en metros. Es el índice nutricional más útil.
- **Comparación de los valores obtenidos con los estándares de referencia poblacional.**
- **Las tablas o estándares de referencia se obtienen de estudios poblacionales amplios que permiten comparar por sexo y edad los datos obtenidos: peso, longitud o talla, perímetro craneal e índice de masa corporal. Los percentiles 3 y 97 son los límites convencionales de la normalidad. Los más utilizados son las tablas de la Fundación Orbegozo (<http://www.aepap.org/crecorbegozo.htm>) y las tablas de la OMS (<http://www.who.int/childgrowth/standards/en/>)**
- **Desarrollo puberal: valorar estadios de Tanner (anexo 1)**

SUPERVISIÓN DEL CRECIMIENTO FÍSICO Y DESARROLLO PUBERAL

ANEXO 1

ESTADIOS DE TANNER

| DESARROLLO MAMARIO | DESARROLLO VELLO PUBIANO | |
|--|--|--|
| (M1) Mamas infantiles | (P1) Ligera vellosidad infantil | |
| (M2) Botón mamario. Aumento discreto del diámetro de la areola. 11 años (8.9-13.2) | (P2) Vello escaso, lacio y poco pigmentado a nivel de los labios mayores. 11.6 años (9.5-13.7) | |
| (M3) Continúa desarrollo mamario. Mama y areola en un mismo plano. Años (-) | (P3) Vello rizado y oscuro sobre sínfisis del pubis. 12.3 años (10.1-14.5) | |
| (M4) Engrosamiento de la areola hasta formar una pequeña elevación que sobresale del resto de la mama. 13.3 años (10.8-15.3) | (P4) Vello similar al de la mujer adulta pero ocupando una superficie menor que en ésta. 12.9 años (10.8-15.8) | |
| (M5) Desarrollo mamario completo. Solo sobresale el pezón, no la areola. 15.3 años (11.8-18.8) | (P5) Vello tipo adulto que puede extenderse hacia cara interna de los muslos. 14.4 años (12.1-16.6) | |

SUPERVISIÓN DEL CRECIMIENTO FÍSICO Y DESARROLLO PUBERAL

ANEXO 1

ESTADIOS DE TANNER

| DESARROLLO GENITAL | DESARROLLO VELLO PUBIANO | |
|---|--|--|
| <p>(G1) Pene, testes y escroto infantiles.</p> | <p>(P1) Ligera velloidad infantil</p> | |
| <p>(G2) Agrandamiento de los testes (≥ 4 cc) y escroto. La piel de éste se torna más roja, delgada y arrugada.</p> <p>(11.6 años (9.5-13.7))</p> | <p>(P2) Vello escaso, lacio y poco pigmentado a nivel de la base del pene y escroto.</p> <p>13.4 años (11.3-15.6)</p> | |
| <p>(G3) Agrandamiento del pene en longitud. Los testes (6-12 c) y el escroto crecen en mayor proporción que el pene.</p> <p>12.6 años (10.7-14.9)</p> | <p>(P3) Vello rizado y oscuro sobre sínfisis del pubis.</p> <p>13.9 años (11.8-15.9)</p> | |
| <p>(G4) Aumento del pene en grosor y longitud. Desarrollo del glande. Continúa crecimiento de testes (12-15 cc) y escroto, al tiempo que su piel se oscurece.</p> <p>13.7 años (11.7-15.8)</p> | <p>(P4) Vello tipo adulto. Crece hacia los pliegues inguinales, no hacia los muslos.</p> <p>14.3 años (12.2-16.5)</p> | |
| <p>(G5) Genitales tipo adulto. Volumen testicular: 15-25 cc.</p> <p>14.9 años (12.7-17.1)</p> | <p>(P5) Vello tipo adulto que se extiende hacia cara interna de los muslos y línea alba.</p> <p>15.1 años (13-17.3)</p> | |

CRIBADO Y PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

Introducción

El incremento de la prevalencia de la obesidad y el sobrepeso en la edad pediátrica constituye en la actualidad una preocupación para la salud pública debido a que pone en peligro la salud futura de quienes la padecen, especialmente porque su persistencia en la edad adulta favorece el desarrollo de enfermedades crónicas que afectan negativamente a las expectativas vitales y a la calidad de vida.

Actividades:

- Determinaciones somatométricas periódicas, incluyendo el índice de masa corporal y el perímetro de la cintura, plasmadas en tablas adecuadas, para el diagnóstico precoz del sobrepeso (SP) y la obesidad (OB).
 - Detección precoz de factores de riesgo (anexo 3) para desarrollar SP u OB.
 - Proporcionar consejo a la población general sobre la importancia de una alimentación equilibrada, el ejercicio físico y la disminución del sedentarismo. El consejo debe ser adaptado a la edad.
 - Descartar comorbilidades en niñas y niños diagnosticados de SP u OB, especialmente el síndrome metabólico (anexo 5).
 - Ofrecer consejo en niños y niñas de riesgo (anexo 3) y en aquellos diagnosticados de SP u OB.
- ACTIVIDAD. DETERMINACIONES SOMATOMÉTRICAS PERIÓDICAS, INCLUYENDO EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y EL PERÍMETRO DE LA CINTURA, PLASMADAS EN TABLAS ADECUADAS, PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD.**

Población diana:

- Población infantil mayor de 2 años.

Periodicidad:

- En mayores de 2 años, anualmente, en los controles de salud y de manera oportunista en las consultas por otros motivos.

Definiciones:

- Índice de masa corporal (IMC = peso en kg/[talla en m]²).
- Sobrepeso: IMC entre el percentil 90 y 97 para edad y sexo. A partir de los 18 años IMC entre 25 y 29,9. (anexo 1)
- Obesidad: IMC > percentil 97 para edad y sexo. A partir de 18 años IMC > 30.
- Obesidad central: perímetro de cintura² > percentil 90 para edad y sexo.

- El perímetro de cintura es el perímetro de la zona abdominal, a un nivel intermedio entre el último arco costal y la cresta ilíaca, en la posición más estrecha del abdomen. Si la zona más estrecha no es aparente, arbitrariamente se decide el nivel de medición. Se utiliza la técnica de cinta yuxtapuesta sostenida en nivel horizontal.

Justificación:

- La población en edad escolar con OB ha aumentado del 5 al 15% entre 1984 (Estudio Paidos) y 2000 (Estudio enKid).
- Se ha observado asociación positiva (riesgo incrementado de desarrollar obesidad o sobrepeso) en las tres situaciones siguientes:
 - Ganancia rápida de peso durante el primer año.
 - Rebote adiposo precoz (el IMC se empieza a incrementar antes de los 5 años)
 - Incremento anual del IMC de más de 2 unidades.

Herramientas:

- El cribado de SP y OB se realiza con la determinación del IMC.
- Las tablas de referencia para el IMC son las de la Fundación Orbegozo de 1988 ya que las gráficas elaboradas más recientemente incluyen dentro de la distribución normal muchos casos de SP.
- También pueden emplearse las tablas de la OMS realizadas con población multiétnica realizado entre 1997 y 2003 (accesibles en <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/>).
- Las curvas de referencia de valores del perímetro de la cintura desarrolladas por Moreno *et al* pueden utilizarse para el diagnóstico de OB central que suele estar relacionada con mayor riesgo cardiovascular. (Anexo 2)
- **ACTIVIDAD. DETECCIÓN PRECOZ DE FACTORES DE RIESGO (ANEXO 3) PARA DESARROLLAR SP U OB.**

Población diana:

- Población infantil de todas las edades, incluida la visita prenatal

Periodicidad:

- En las visitas de seguimiento de salud infantil y de manera oportunista en las consultas por otros motivos.

Justificación:

- Desde el periodo prenatal pueden existir factores que facilitan el desarrollo de SP u OB, tales como la desnutrición antenatal (bebés nacidos con bajo peso para su edad gestacional) o los nacidos de madre diabética.
- El incremento rápido de peso en los primeros 6-9 meses de vida constituye un factor de riesgo.
- La lactancia artificial con patrones rígidos favorece el incremento rápido de peso y dificulta al bebé el desarrollo de mecanismos de control de la saciedad.

- La lactancia materna favorece un mayor desarrollo de masa magra en los primeros meses de vida y favorece los mecanismos de autorregulación del apetito.
- Existen factores genéticos que favorecen el desarrollo de SP u OB, tales como el que uno o ambos progenitores también tengan OB.
- Hay conductas relacionadas con la alimentación o los estilos de vida que constituyen también factores de riesgo, por ello se debe indagar periódicamente sobre los patrones familiares de alimentación y actividad física para proporcionar consejos adecuados.

Herramientas:

- La promoción de la lactancia materna es una estrategia importante para la prevención de la OB.
- Explicar a los progenitores y a la familia extensa cuáles son las señales de saciedad de los bebés (anexo 4) y la importancia de permitir que el bebé pueda autorregular la ingesta de alimento.
- Realizar una adecuada historia familiar para detectar factores de riesgo.
- Realizar periódicamente historia dietética y de hábitos de vida, sobre todo de ejercicio físico.
- **ACTIVIDAD. PROPORCIONAR CONSEJO A LA POBLACIÓN GENERAL SOBRE LA IMPORTANCIA DE UNA ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA, EL EJERCICIO FÍSICO Y LA DISMINUCIÓN DEL SEDENTARISMO. EL CONSEJO DEBE SER ADAPTADO A LA EDAD.**

Población diana:

- Toda la población infantil y sus familias.

Periodicidad:

- En las visitas de seguimiento de salud infantil, incluida la visita prenatal y de manera oportunistas en las consultas por otros motivos.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- En la mayoría de los casos la OB es exógena, es decir que está determinada preferentemente por factores ambientales que pueden modificarse: sedentarismo e ingesta calórica por encima de las necesidades.
- En diversos estudios se ha observado asociación entre la velocidad de ganancia de peso durante la lactancia y la infancia precoz y el desarrollo de OB en la adolescencia y edad adulta. Estas observaciones hacen conveniente una intervención precoz.

Herramientas:

En la gestación y con bebés menores de 1 año:

- Recomendaciones durante la gestación sobre alimentación saludable y actividad física de la embarazada.
- Promocionar la lactancia materna. Recomendarla como alimento exclusivo los primeros 6 meses de vida. Destacar que puede prolongarse más tiempo si se desea.
- Mostrar la importancia de que el bebé pueda controlar la cantidad de comida que ingiere en contraposición a la alimentación con control externo de horarios y cantidades.
- Evitar la introducción de la alimentación complementaria antes de los 4-6 meses.
- Introducción precoz de la cuchara y el vaso (4-6 meses).
- Estimulación precoz de la masticación cuando el bebé comienza a mostrar interés por otras comidas (sobre 9-10 meses).

Entre 12 meses y 3 años

- Retirar los biberones y los alimentos triturados a los 12 meses para estimular que el bebé se adapte a la alimentación familiar.
- Desaconsejar el empleo de alimentos industriales y de alimentos y bebidas dulces en lactantes y niños o niñas pequeños.
- Favorecer el juego activo a diario, especialmente al aire libre.
- Limitar el tiempo que pasan frente a la televisión a un máximo de 2 horas (la Academia Americana de Pediatría recomienda que no la vean en absoluto en esta etapa)

Etapa escolar

- Proporcionar guías sencillas sobre alimentación saludable (pirámides, folletos...).
- Fomentar que tomen desayuno a diario.
- Estimular que los menores participen en la adquisición de los alimentos y en la preparación de las comidas.
- Procurar realizar las comidas en familia, con horario regular y con la televisión apagada.
- Recomendar la práctica de ejercicio físico moderado al menos 60 minutos al día y que participen en actividades deportivas organizadas de forma regular.
- Recomendar a las familias que limiten el tiempo que los menores dedican a actividades sedentarias: ver la televisión, video juegos y otras pantallas a un máximo de 2 horas al día.
- Desaconsejar que los menores dispongan de aparato de televisión u ordenador en su propio dormitorio.

En la adolescencia

- Proporcionar información adecuada sobre alimentación saludable.
- Fomentar que tomen desayuno a diario mostrándoles las ventajas para su salud.
- Recomendar que participen en actividades deportivas organizadas de forma regular o realicen actividad física vigorosa al menos una hora al día.
- Recomendar que limiten el tiempo que dedican frente a cualquier tipo de pantalla: Internet, video juegos, etc a un máximo de 2 horas al día.

En todas las edades

- Utilizar formatos grupales para la educación para la salud ofertando talleres interactivos.

- **ACTIVIDAD. DESCARTAR COMORBILIDADES EN NIÑAS Y NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE SP U OB.**

Población diana:

- Niños, niñas y adolescentes que cumplan criterios de SP u OB.

Periodicidad:

- En las visitas de seguimiento de salud infantil y de manera oportunista en las consultas por otros motivos.

Justificación:

- En la edad infantil las complicaciones psicosociales asociadas a la obesidad son las que con mayor frecuencia se manifiestan. Hay que añadir problemas ortopédicos, respiratorios y metabólicos.
- De gran trascendencia es la aparición del síndrome metabólico (anexo 5), relacionado con un mayor riesgo de diabetes y cardiopatía isquémica en la edad adulta.

Herramientas:

- Cribado de hipertensión arterial.
 - Determinación del perímetro abdominal.
 - Encuesta dietética y de hábitos.
 - Analítica sanguínea que incluya enzimas hepáticas, lipidograma y glucemia en ayunas.
 - Exploración dirigida a detectar anomalías en piel y miembros inferiores.
 - Indagar acerca de posibles apneas de sueño.
 - Derivar a endocrinología pediátrica en caso de OB secundaria, presencia de síndrome metabólico u otras comorbilidades.
- **ACTIVIDAD. OFRECER CONSEJO EN NIÑOS Y NIÑAS DE RIESGO (ANEXO 3) Y EN AQUELLOS DIAGNOSTICADOS DE SP U OB.**

Población diana:

- Todos los niños con riesgo de obesidad o diagnosticados de SP u OB.

Periodicidad:

- Desde la visita prenatal y en todas las visitas del PSI.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Herramientas:

Consejo sobre alimentación.

- Preguntar sobre los hábitos dietéticos y de actividad física de los progenitores y otros familiares implicados.
- Modificaciones de la dieta
 - No recomendar dietas muy bajas en calorías en preadolescentes con OB; son preferibles las dietas ligeramente hipocalóricas (1.200-1.300 kcal/día).
 - Insistir en la importancia de tomar un desayuno completo a diario.
 - Controlar el tamaño de las raciones y evitar que repitan platos.
 - Fragmentar la ingesta diaria en 4-5 tomas y no saltarse ninguna comida.
 - Fomentar el consumo de fruta, verdura, cereales integrales y lácteos bajos en grasas (esto último solo a partir de 2 años).
 - Limitar el total de grasas, especialmente saturadas, grasas “trans” y colesterol.
 - Eliminar bebidas dulces y refrescos (incluso zumos): es una variable independiente asociada con el aumento de IMC en adolescentes. Sustituir por agua o bebidas sin calorías.
 - Un ejemplo de dieta es la “dieta del semáforo” (anexo 6).
- Incentivación de la actividad física
 - Iniciar el hábito del ejercicio físico antes de que se establezcan SP u OB importantes. Si ya se ha instaurado, incrementar el nivel de actividad poco a poco.
 - Ayudar en la elección de actividades de tipo lúdico, adaptadas a los gustos del paciente; animar a que las realice en compañía; facilitar la búsqueda de recursos locales.
- Modificación conductual
 - Proporcionar modelos sobre estrategias de refuerzo
 - Apoyar en la toma de decisiones
 - Ayudar en la identificación de barreras
 - Manejar con delicadez los aspectos emocionales relacionados, cuidando la autoestima del paciente.
 - Pedir la participación activa de todos los miembros de la familia en los cambios conductuales.

CRIBADO Y PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

ANEXO 1

Valores de los percentiles 90 y 97, tomado de las tablas de crecimiento de M. Hernández et al. Fundación F. Obergozo, 1988. (Ramos Corpas AL y Melo Salor JA. Distrito Sanitario Sevilla Sur).

| Edad (años) | IMC SOBREPESO ($P \geq 90$) | | IMC OBESIDAD ($P \geq 97$) | |
|-------------|-------------------------------|--------|------------------------------|--------|
| | Chicos | Chicas | Chicos | Chicas |
| 2 | 18.49 | 18.43 | 19.21 | 19.24 |
| 2.5 | 18.20 | 18.32 | 18.90 | 19.16 |
| 3 | 17.96 | 18.28 | 18.66 | 19.15 |
| 3.5 | 17.89 | 18.25 | 18.62 | 19.16 |
| 4 | 17.80 | 18.24 | 18.53 | 19.14 |
| 4.5 | 17.72 | 18.22 | 18.45 | 19.14 |
| 5 | 17.72 | 18.31 | 18.48 | 19.28 |
| 5.5 | 17.87 | 18.60 | 18.68 | 19.63 |
| 6 | 18.25 | 18.88 | 19.14 | 19.99 |
| 6.5 | 18.38 | 19.32 | 19.34 | 20.58 |
| 7 | 18.73 | 19.32 | 19.76 | 20.58 |
| 7.5 | 19.08 | 19.46 | 20.18 | 20.71 |
| 8 | 19.10 | 19.58 | 20.20 | 21.01 |
| 8.5 | 19.10 | 19.94 | 20.23 | 21.30 |
| 9 | 19.39 | 20.06 | 20.58 | 21.44 |
| 9.5 | 19.66 | 20.19 | 20.94 | 21.57 |
| 10 | 19.91 | 20.74 | 21.20 | 22.23 |
| 10.5 | 20.15 | 21.24 | 21.47 | 22.78 |
| 11 | 20.80 | 21.58 | 22.24 | 23.15 |
| 11.5 | 21.30 | 21.91 | 22.81 | 23.52 |
| 12 | 21.50 | 22.09 | 23.02 | 23.70 |
| 12.5 | 21.85 | 22.42 | 23.41 | 24.22 |
| 13 | 22.20 | 23.04 | 23.79 | 24.75 |
| 13.5 | 22.53 | 23.53 | 24.13 | 25.22 |
| 14 | 22.86 | 24.04 | 24.47 | 25.79 |
| 14.5 | 23.46 | 24.20 | 25.14 | 25.89 |
| 15 | 23.99 | 24.34 | 25.66 | 25.99 |
| 15.5 | 24.70 | 24.17 | 26.46 | 25.74 |
| 16 | 25.41 | 24.00 | 27.27 | 25.49 |
| 16.5 | 26.12 | 23.87 | 28.07 | 25.26 |
| 17 | 26.37 | 23.72 | 28.35 | 25.03 |
| 17.5 | 25.90 | 23.34 | 27.73 | 24.58 |
| 18 | 25.45 | 23.29 | 27.11 | 24.55 |

CRIBADO Y PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

ANEXO 2

TABLAS DE PERÍMETRO DE CINTURA

| Edad | Niños | | Niñas | | |
|------|-------|------|-------|------|-------|
| | Media | d.s. | Media | d.s. | p |
| 6.5 | 55.95 | 4.88 | 54.87 | 6.26 | 0.198 |
| 7.5 | 57.27 | 4.29 | 56.59 | 5.35 | 0.350 |
| 8.5 | 60.57 | 6.21 | 59.04 | 6.41 | 0.138 |
| 9.5 | 63.16 | 6.88 | 61.39 | 6.47 | 0.068 |
| 10.5 | 65.41 | 7.31 | 64.05 | 8.18 | 0.257 |
| 11.5 | 67.97 | 8.17 | 64.90 | 6.98 | 0.021 |
| 12.5 | 68.00 | 6.46 | 65.32 | 4.86 | 0.012 |
| 13.5 | 70.62 | 7.65 | 67.29 | 6.44 | 0.010 |
| 14.5 | 72.75 | 6.78 | 66.81 | 5.02 | 0.000 |

Tomadas de Moreno LA, Fleita J, Mur L, Rodríguez G, Sarría A y Bueno M. Waist circumference values in Spanish children-Gender related differences. Eur J Clin Nutr. 1999;53:429-33. Gráficas elaboradas con datos de 1.360 niños (701 niños y 659 niñas) de 6 a 14,9 años de Zaragoza.

CRIBADO Y PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

ANEXO 3 POBLACIÓN DE RIESGO DE SOBREPESO/OBESIDAD

Obesidad secundaria (menos del 5%):

- Endocrinopatías (déficit de GH, hipotiroidismo, hipercortisolismo y pseudohipoparatiroidismo).
- Enfermedades del sistema nervioso central (traumatismo craneoencefálico grave, tumor cerebral y/o radioterapia cerebral).
- Iatrogenia (tratamiento crónico con altas dosis de corticoides, ciproheptadina, valproato, progestágenos y antipsicóticos).
- Síndromes congénitos (Prader-Willi, Bardet-Biedl y Beckwith-Wiedemann).
- Síndromes genéticos relacionados con OB:
 - Enfermedades autosómicas (osteodistrofia hereditaria de Albright, lipodistrofia parcial familiar, Prader Willi, síndrome de resistencia a la insulina tipo A)
 - Trastornos autosómicos recesivos (Sind de Alström, de Bardet-Biedl).
 - Trastornos ligados al cromosoma X (Síndromes de Mehmo, X frágil con fenotipo parecido al Prader Willi, de Wilson-Turner)
 - Mutaciones de un solo gen (leptina, receptor de la leptina, deficiencia de protein convertasa, proopiomelanocortina, receptor de la melanocortina 4)

Situaciones que se asocian a obesidad:

- Lactantes con un rápido aumento ponderal y escaso crecimiento lineal.
- Talla baja.
- Características dismórficas.
- Déficit neurológico.
- Distribución anormal de la grasa.
- Trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastornos psicológicos (baja autoestima, depresión, víctimas de acoso escolar...).
- Síndrome metabólico (anexo 4).

Otros factores de riesgo

- **Bebés nacidos con bajo peso para la edad gestacional I de madre diabética.**
- **Uno o ambos progenitores presentan OB**
- **Ganancia rápida de peso en el primer año**
- **Rebote adiposo precoz (antes de los 5-6 años)**
- **Incremento del IMC anual mayor de 2 unidades (a partir de los 5 años)**
- **Hábitos y estilos de vida que supongan balance energético positivo.**

CRIBADO Y PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

ANEXO 4

SIGNOS DE SACIEDAD EN MENORES DE 1 AÑO

| | |
|--|--|
| Entre 4 y 12 semanas (1-3 meses) | <ul style="list-style-type: none">- Suelta espontáneamente el pezón- Separa la cabeza del pezón- Cierra los labios al introducirle el pezón- Succiona más lento- Se queda dormido |
| Entre 16 y 24 semanas (4-6 meses) | <ul style="list-style-type: none">- Muerde el pezón- Bloquea la boca con las manos- Gira la cabeza- Llora y protesta si se insiste en alimentarlo- Se distrae y dirige su atención a otra cosa- Pierde interés por el alimento- Suelta el pecho o el biberón y echa la cabeza hacia atrás. |
| Entre 28 y 36 semanas (7-9 meses) | <ul style="list-style-type: none">- Cambia de posición (se retira)- Mueve más las manos- Mantiene la boca cerrada- Juega con los utensilios- Dice “no” con la cabeza |
| Entre 40 y 52 semanas (10-12 meses) | <ul style="list-style-type: none">- Todo lo anterior- Devuelve el biberón a los progenitores- Escupe |

CRIBADO Y PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

ANEXO 5 SÍNDROME METABÓLICO. DEFINICIÓN PEDIÁTRICA

Constituido por factores de riesgo de enfermedad cardiovascular arteriosclerótica y de diabetes tipo 2 (DM2).

Deben cumplirse tres de entre los siguientes criterios:

- Perímetro de cintura \geq p90.
- Presencia de AGA, ITG o DM2.
- Triglicéridos \geq 110 mg/dl.
- Colesterol-HDL $<$ 40 mg/dl.
- Presión arterial \geq p90.

Definición de las alteraciones del metabolismo de la glucosa:

- Alteración de la glucemia en ayunas (AGA): glucemia en ayunas entre 100 y 125 mg/dl.
- Alteración de la tolerancia a la glucosa (ATG): glucemia a las 2 h de la sobrecarga entre 140 y 199 mg/dl.
- Diabetes *mellitus* 2 (DM2): glucemia en ayunas de más de 126 mg/dl o una glucemia a las 2 h de la sobrecarga de 200 mg/dl o más.

Refs: Tapia Ceballos L. An Pediatr (Barc). 2007;66(2):159-66.y ADA

CRIBADO Y PREVENCIÓN DEL SOBREPESO Y LA OBESIDAD

ANEXO 6

DIETA SEMÁFORO

VERDE (se puede consumir libremente)

- Todas las verduras y hortalizas.
- Frutas frescas no muy maduras.
- Agua natural.

ÁMBAR (cantidades moderadas según la evolución del peso)

- Cereales: pan, pasta, arroz.
- Legumbres: alubias, garbanzos, lentejas, guisantes.
- Patatas: cocidas o asadas.
- Aceite vegetal (oliva, girasol, maíz).
- Lácteos: leche y yogur bajo en contenido de grasa, queso fresco y requesón.
- Huevos: 2-3 por semana (en tortilla, pasados por agua).
- Pescados: todos.
- Carnes: pollo, conejo, pavo, caza, ternera, vaca.
- Zumos naturales (no azucarados).
- Frutos secos: higos, pasas y castañas con moderación.

ROJO (alimentos prohibidos)

- Cereales: arroz, cereales azucarados para desayuno.
- Todos los fritos.
- Frutos secos: pipas, almendras, cacahuetes, nueces, piñones...
- Lácteos: leche y yogur enteros y de sabores. Leche condensada, nata, mantequilla, quesos grasos.
- Carnes: cerdo (excepto solomillo), cordero con grasa, pato, ganso.
- Embutidos.
- Dulces, repostería, cacao, bollería industrial, postres lácteos y helados.
- Bebidas que no sean agua o zumo natural no azucarado.

Tomado de: Tapia Ceballos L. An Pediatr (Barc). 2007;66(2):159-66.

PREVENCIÓN DEL RAQUITISMO

Población diana:

- Todos los menores de un año lactados a pecho y los que reciben lactancia artificial si toman menos de 1 litro de leche al día enriquecida en vitamina D.
- Mayores de un año con factores de riesgo de déficit de vitamina D (anexo 1)

Periodicidad:

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

Actividades:

- **ASEGURAR UNA INGESTA DE CALCIO ADECUADA SEGÚN LA EDAD**

| REQUERIMIENTOS DE CALCIO POR EDAD (mg/día) (FAO 2001) | |
|--|--|
| 0-6 meses | Leche humana: 300 Leche artificial. 400 |
| 6-12 meses | 400 |
| 1-3 años | 500 |
| 4-8 años | 4-6 años: 600 7-9 años. 700 |
| 9-18 años | 1300 |

En España todas las fórmulas infantiles están enriquecidas en vitamina D.

Las leches de inicio tienen una media de 40-45 mg de calcio por cada 100 ml de leche reconstituida.

Las fórmulas de continuación contienen de 75-80 mg de calcio por cada 100 ml. En las leches habituales no infantiles la cantidad de calcio es de 120mg por 100 ml para las no enriquecidas y de 180mg por 100ml de leche enriquecida en calcio.

- **ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTOS DE VITAMINA D A LA POBLACIÓN CON FACTORES DE RIESGO**

Los menores de un año lactados al pecho deben recibir un suplemento de 400 UI/día de vitamina D, iniciando su administración en los primeros días de vida. Estos suplementos se mantendrán hasta que el lactante ingiera un litro diario de fórmula adaptada enriquecida en vitamina D.

Todos los menores de un año alimentados con sucedáneo de leche humana que ingirieran menos de 1 litro diario de fórmula han de recibir un suplemento de 400 UI/día.

Los niños, niñas y adolescentes que tengan factores de riesgo de déficit de vitamina D (tabla 2) y que no obtengan 400 UI/día con la ingesta de un litro de leche enriquecida o alimentos enriquecidos (por ejemplo, una ración de cereales contiene 40 UI de vitamina D y una yema de huevo 40 UI de vitamina D) o una adecuada exposición solar, deberían recibir un suplemento de vitamina D de 400 UI/día

Los prematuros menores de un año de edad corregida precisan una ingesta de vitamina D de 200 UI /Kg/ día hasta un máximo de 400 UI/día

- **ASESORAMIENTO SOBRE LA EXPOSICIÓN SOLAR**

Recomendar que los mayores de 2 años y adolescentes realicen actividades al aire libre.

La exposición al sol del medio día sin protección solar durante 10-15 minutos con el rostro y brazos al descubierto, sería suficiente para asegurar una síntesis endógena de vitamina D. En los meses de verano la exposición solar se realizará fuera de las horas centrales del día.

En invierno por encima de los 42º de latitud norte no se produce suficiente vitamina D con la exposición solar. Tenerlo en cuenta en los casos que vayan a residir fuera de nuestra comunidad autónoma en esa época del año (Toda Andalucía se encuentra por debajo de esa latitud).

PREVENCIÓN DEL RAQUITISMO

ANEXO 1

SITUACIONES DE RIESGO DE DÉFICIT DE VITAMINA D (tomado de Previnfad)

1. Hasta el año de vida

- Deficiencia de vitamina D materna (madres con escasa exposición solar, de piel oscura, que visten con velo, multíparas o con poca ingesta de vit. D)
- Lactancia materna
- Recién nacido pretérmino y/o de bajo peso para la edad gestacional

2. Infancia y adolescencia

- Disminución de la síntesis de vitamina D: poca exposición solar
 - Poco tiempo al aire libre
 - Uso de factor de protección >8 (inhibe síntesis >95%)
 - Piel oscura
 - Velos, ropa, cristal, etc.
 - Si van a residir en meses de otoño e invierno por encima de 42º de latitud norte. (Andalucía se encuentra por debajo de esa latitud).
- Disminución de la ingesta de vitamina D
 - Lactancia materna exclusiva prolongada sin suplementación
 - Nutrición pobre
- Ciertas condiciones médicas/enfermedades crónicas
 - Malabsorción intestinal
 - Enfermedades de intestino delgado (enf. celíaca)
 - Insuficiencia pancreática (fibrosis quística)
 - Obstrucción biliar (atresia de vías biliares)
 - Disminución de la síntesis o aumento de la degradación 25-(OH)D o 1,25(OH)2D
 - Enfermedades crónicas hepáticas o renales
 - Tratamiento con rifampicina, isoniazida, anticonvulsivantes

PREVENCIÓN DEL RAQUITISMO

ANEXO 2

CONTENIDO DE VITAMINA D DE ALGUNOS SUPLEMENTOS
VITAMÍNICOS (tomado de Previnfad)

| Composición | Nombre comercial | Concentración de vit. D | Cantidad equivalente a 400 UI |
|------------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Vit. D3 sol. oleosa | Vitamina D3 Kern Pharma gotas | 2000 UI/ml (1 ml=30 gotas) | 6 gotas |
| Polivitamínico con vit. D2 | Protovit gotas | 900 UI/ml (1 ml=24 gotas) | 10-11 gotas (12 gotas=450 UI) |
| Polivit. + minerales, con vit. D2 | Vitagama Flúor gotas | 200 UI/ml | 2 ml |
| Polivit. + minerales, con vit. D2 | Dayamineral gotas | 1667,7 UI/ml | 0,25 ml |
| Polivit. + minerales, con vit. D2 | Dayamineral comp. | 1000 UI/comp. | 0,4 comp. |
| Polivit. + minerales, con vit. D2 | Redoxon complex comp. eferv. | 400 UI/comp. | 1 comp. |
| Polivit. + calcio, con vit. D2 | Redoxon calciovit comp. eferv. | 300 UI/comp. | 1,3 comp. |
| Polivit. + minerales, con vit. D2 | Rochevit grageas | 400 UI/comp. | 1 comp. |
| Polivit. + minerales, con vit. D3 | Micebrina comp. | 200 UI/comp. | 2 comp. |
| Polivit. + minerales, con vit. D3 | Pharmaton complex (caps., comp. rec. y eferv.) | 400 UI/caps. o comp. | 1 caps. o comp. |
| Polivit. sin minerales, con vit D3 | Hidropolivit gotas o Grageas | 600 UI/ml o 1.660 UI/gragea | 0,7 ml (19 gotas) o ¼ gragea |
| Polivit. sin minerales, con vit D3 | Hidropolivit C sobres | 2000 UI/sobre | 0,2 sobres |
| Polivit. + minerales, con vit. D3 | Hidropolivit mineral comp. mastic. | 500 UI/comp | 0,8 comp. |

EQUIVALENCIAS: 1 ng/ml de 25(OH)D = 2,5 nmol/l y 1 microgramo de vitamina D equivale a 40 UI

PREVENCIÓN DEL DÉFICIT DE YODO

Población Diana:

- Toda la población infantil en general.
- Embarazadas y madres que amamantan.

Periodicidad:

- En todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas.
- En el caso de la gestantes, en las visitas de salud maternal.

Actividades:

- Recomendación del uso generalizado de sal yodada por toda la población, en cantidad de 1-3 gramos al día, según la edad.
- Recomendación de suplementos de yoduro potásico (200 mcgr/día) en embarazadas hasta alcanzar una ingesta de yodo diaria de 300 mcgr.
- Se mantiene la prohibición de usar antisépticos yodados antes, durante y después del parto tanto en la madre como en el recién nacido, así como las precauciones al usar contrastes yodados, medidas que pueden parecer incoherentes con lo anterior, pero que se limitan en el tiempo para no interferir con los resultados de las pruebas de criado metabólico.

Herramientas o recursos:

- Consejo directo en las visitas de salud
- Los aportes o suplementos pueden recomendarse en forma de:
 - Sal yodada: contiene de 30 a 100 microgramos de yodato o yoduro potásico/gramo. Se estiman las necesidades diarias (RDA/AI) según la edad:
 - Hasta 9 años: 90 mcgr (consumo de 1,5 gr/día de sal)
 - De los 9 a 14 años: 120 mcgr (consumo de 2 gr/día de sal)
 - En la adolescencia y edad adulta: 150 mcgr (2,5 gr/día de sal yodada)
 - Mujeres gestantes: 220 mcgr (3,5-4 gr/día de sal yodada)
 - Mujeres lactando: 290 mcgr (4,5-5 gr/día de sal yodada)
 - Yoduro potásico: Existen en España productos comercializados con 100, 200 y 300 mcgr, en comprimidos, vía oral.
 - Puede mejorarse la ingesta de yodo consumiendo alimentos procedentes del mar: pescados, mariscos, algas marinas y plantas cultivadas en suelos ricos en yodo.

SALUD BUCODENTAL

Población diana:

Toda la población infantil.

Periodicidad:

- En la primera semana de vida y en todas las visitas de seguimiento de salud infantil a partir de los 6 meses.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades:

- **PROMOVER HÁBITOS SALUDABLES SOBRE HIGIENE DENTAL, LO QUE INCLUYE:**

- Promoción de la lactancia materna, por su influencia en el correcto desarrollo de las estructuras bucodentarias.
- Alimentación no cariogénica.
- Recomendación del cepillado dental.
- Uso de pasta dentrífica fluorada a partir de los 2-3 años.

- **LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL QUE INCLUYE, FUNDAMENTALMENTE:**

- Prevención primaria de la caries dental.
- Manejo de la enfermedad periodontal.
- Tratamiento precoz de los traumatismos dentales.
- Diagnóstico precoz de las maloclusiones dentarias.

Herramientas:

Pauta de actuación por edades

• De 0 a 2 años

Exploración cavidad oral en periodo neonatal (dientes neonatales, malformaciones u otras alteraciones).

Seguimiento de la erupción primaria o temporal (Anexo 1). En la mayoría de los bebés la erupción de la primera pieza ocurre antes de los 15 meses y es completa a los 3 años.

Profilaxis de las caries:

- Fomentar la lactancia materna.
- Prevención de la caries rampante de los incisivos: desaconsejar firmemente endulzar el chupete o dejar dormir al bebé con un biberón de leche o zumo en la boca.
- Suplementos de flúor por vía oral a partir del 6º mes (Anexo 2), según contenido de flúor en el agua de la bebida, sea agua embotellada o de consumo público, pero sólo a grupos de riesgo de caries dental (Anexo 3).
- Aconsejar el inicio del cepillado desde la erupción dental. Deben realizarlo los progenitores, con agua y, preferentemente, sin pasta dentífrica o con pasta sin flúor.

Informar a las familias sobre los alimentos cariogénicos, insistiendo en que lo que realmente perjudica es la frecuencia con que los toma, el momento (peor entre comidas) y la consistencia más que la cantidad.

Vigilar la aparición de maloclusiones y evitar hábitos perjudiciales, como la succión del pulgar y el uso de chupete durante el día a partir de los 15 meses de edad.

• De 2 a 5 años

Explorar la dentición primaria, su evolución y descartar existencia de caries, gingivitis, maloclusiones y traumatismos. Derivar a odontología o Unidad de Salud Bucodental de referencia, a aquellos niños o niñas con piezas cariadas o algún otro problema.

Profilaxis de las caries y enfermedad periodontal:

- Informar a las familias sobre los alimentos cariogénicos, promover cumpleaños saludables, evitar todo tipo de bebidas azucaradas (zumos envasados, batidos, refrescos...) sobre todo entre comidas y al acostarse.
- Evitar el uso de chupetes después de los 2 años de vida.
- Suplementos de flúor oral, sólo en situaciones de riesgo, en función del agua de consumo.

Cepillado dental: Aconsejar a los progenitores que se cepillen los dientes por la noche en presencia del menor. Este se los “cepillará” también para ir adquiriendo el hábito y posteriormente, el padre o la madre repasará el cepillado limpiando cuidadosamente los restos de la comida (anexo 4).

Recomendar el cepillado de dientes, al menos 2 veces al día y de forma especial al acostarse, con pasta dentífrica que contenga un máximo de 500 ppm de flúor y de cantidad el tamaño de un guisante.

Antes de los 6 años, aconsejar sobre la necesidad de revisiones periódicas por especialista en odontología y anticipar información sobre la existencia del talón de asistencia dental andaluz (TADA) (anexo 5)

Informar sobre programas de promoción de la salud bucodental existentes en Andalucía (anexo 6).

• De 6 a 15 años

Exploración bucodental. Vigilar la presencia de sarro, caries, flemones, gingivitis, maloclusiones o apiñamientos. Derivar al especialista en odontología o Unidad de Salud Bucodental de referencia si se detectan piezas cariadas, hipoplasia de esmalte y maloclusiones.

Profilaxis de la caries y de la enfermedad periodontal:

- Informar a las familias sobre los alimentos cariogénicos. No abusar de dulces y golosinas. Promover cumpleaños saludables.
- Aconsejar cepillado dental después de las comidas y al acostarse, con pasta dentífrica que contenga entre 1000 y 1450 ppm de flúor. El nivel máximo de flúor recomendado en Europa es de 1500 ppm.
- Suplementar con flúor, solo pacientes de riesgo de caries, que no usan dentífrico fluorado y en función del contenido de flúor en el agua de consumo.
- Pueden utilizarse colutorios fluorados diarios (0,05% fluoruro sódico) o semanales (0,2 fluoruro sódico). Hay que asegurarse que el niño o la niña realiza bien los enjuagues durante 1 minuto y que no se traga el líquido. No se debe ingerir nada en los siguientes minutos.

Informar sobre el TADA (anexo 5) y programas de promoción de la salud bucodental existentes en Andalucía (anexo 6).

SALUD BUCODENTAL

ANEXO 1

CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN DENTAL

La dentición humana se compone de dos series de dientes:

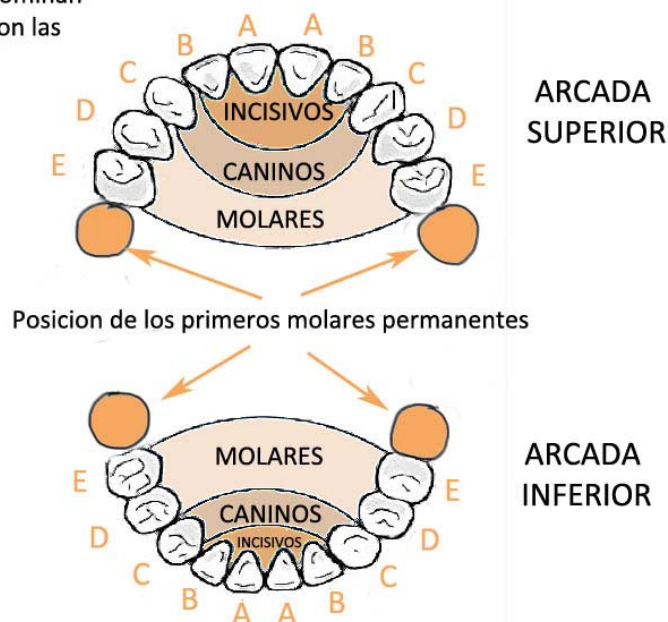
- Una formada por 20 dientes primarios, también llamados “de leche”, temporales o deciduos, que se pierden en su totalidad.
- Otra constituida por los 32 dientes permanentes, incluidos los terceros molares, cordales o muelas del juicio (estas últimas no se desarrollan en todas las personas).

Dentición primaria (dientes de leche, temporales o deciduos)

- El primer diente suele erupcionar hacia los 6 meses y hacia los 2-3 años ya ha salido toda la dentición temporal, compuesta por 20 piezas.
- Los dientes primarios tienen el mismo valor y funciones que los permanentes.
- Su pérdida precoz puede ocasionar dificultades cuando salen los dientes permanentes.
- El mantenimiento de una dentición temporal sana es fundamental para la salud.
- Es por ello necesaria la revisión odontológica anual desde los 3 años de edad.

Dientes Primarios

Estos dientes se denominan en cada cuadrante con las letras A,B,C,D y E



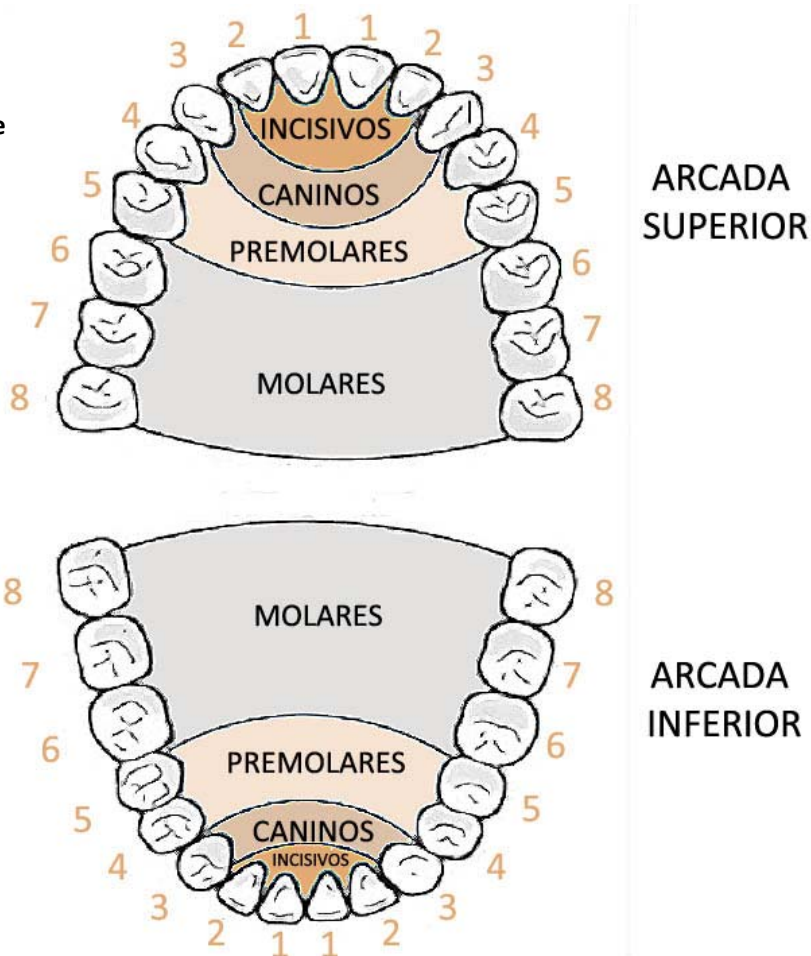
Dientes permanentes.

- El primer diente permanente es el molar de los 6 años, erupciona detrás del último molar de leche y no reemplaza a ningún diente primario.
- El primer diente que se pierde es, por lo general, el incisivo central inferior.
- Hacia los 12-13 años toda la dentición primaria ha sido sustituida por la permanente.

Dientes Permanentes

Los dientes de cada cuadrante se enumeran del 1 al 8.

1. 6-8 años
2. 7-9 años
3. 10-11 años
4. 9-11 años
5. 11-12 años
6. 6-7 años
7. 12-13 años
8. 17-21 años



SALUD BUCODENTAL

ANEXO 2

SUPLEMENTOS DE FLÚOR

Suplementos diarios de flúor en función de la concentración de flúor en el agua de consumo habitual, según la academia europea de dentistas pediátricos y el consenso de la asociación dental canadiense sobre empleo de flúor en la prevención de la caries dental.

| Edad | Flúor agua $\leq 0,3$ ppm | Flúor agua 0,3-0,6 ppm | Flúor agua $\geq 0,6$ ppm |
|------------------|---------------------------|------------------------|---------------------------|
| 6m-3 años | 0,25 mg | 0 | 0 |
| 3-6 años | 0,50 mg | 0 | 0 |
| 6-16 años | 1 mg | 0 | 0 |

Suplementos diarios de flúor en función de su concentración en el agua de bebida, según la academia europea de dentistas pediátricos

| Edad | Flúor agua menor 0,3 ppm | Flúor agua 0,3-0,6 ppm | Flúor agua mayor 0,6 ppm |
|------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| 6m-2 años | 0 | 0 | 0 |
| 2-6 años | 0,25 mg | 0 | 0 |
| 6-16 años | 0,50 mg | 0 | 0 |

SALUD BUCODENTAL

ANEXO 3

FACTORES DE RIESGO DE CARIES DENTAL EN LA INFANCIA (tomado de Previnfad)

Hábitos alimentarios inadecuados:

- Chupetes o tetinas endulzados.
- Biberón endulzado para dormir.
- Ingestión frecuente de azúcares.

Factores relacionados con la higiene dental:

- Alteraciones morfológicas de la cavidad oral.
 - Malformaciones orofaciales.
 - Uso de ortodoncias.
- Deficiente higiene oral.
 - Mala higiene oral, personal, o de otras personas de la familia
 - Minusvalías psíquicas importantes (dificultad para la colaboración)

Factores asociados con xerostomía:

- Síndrome de Sjogren.
- Displasia ectodérmica.

Enfermedades en las que hay un alto riesgo en la manipulación dental:

- Cardiopatías
- Inmunosupresión(incluido VIH)
- Hemofilia y otros trastornos de la coagulación

Factores socioeconómicos:

- Bajo nivel socioeconómico (sobre todo si se asocia a malos hábitos dietéticos e higiénicos).

Otros:

- Historia familiar de caries y caries activas independientemente a la edad.

La placa bacteriana vuelve a establecerse en la superficie de los dientes antes de 24 horas, de ahí que deba realizarse un correcto cepillado con dentífrico fluorado antes de acostarse por la noche, ya que durante el sueño disminuye la secreción de saliva y los dientes se encuentran más expuestos al ataque ácido.

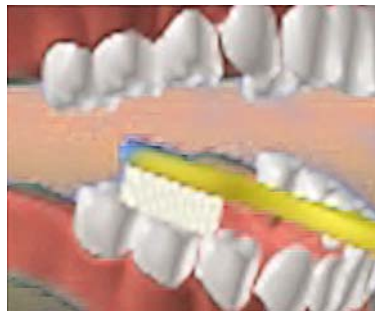
SALUD BUCODENTAL

ANEXO 4

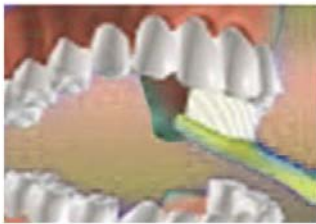
TÉCNICAS DE CEPILLADO

La técnica más sencilla es la de barrido horizontal o la de barrido con movimientos circulares. No es necesario un cepillado demasiado enérgico. También es importante que la técnica sea sistemática, de manera que no se deje ninguna superficie sin limpiar.

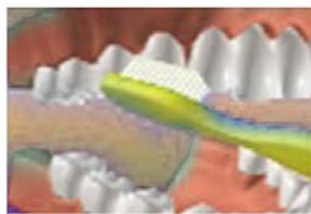
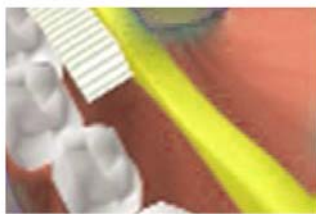
El cepillado puede comenzarse por las caras oclusales o masticatorias de los molares (muelas), realizando movimientos de delante hacia atrás (figura).



Se continúa por las superficies externas de los dientes, colocando el cepillo en un ángulo de 45° en contacto con la encía y el diente, y se realizan cortos desplazamientos en sentido anteroposterior con pequeños movimientos circulares para limpiar las zonas interdentales (figuras)



Se procede del mismo modo en las superficies internas, teniendo en cuenta que en el grupo anterior (incisivos y caninos) el cepillo debe colocarse en posición vertical (figuras).



Los desplazamientos del cepillo deben ser cortos, y repetirlos unas 10 veces.

Debemos también cepillar la lengua, el paladar y la cara interna de las mejillas.

Hasta los 10 años son los progenitores los encargados de repasar el cepillado de los dientes a sus hijos e hijas, sobre todo por la noche antes de acostarse, ya que los menores aún no tienen plenamente desarrollada la destreza manual para realizarlo bien.

Dependiendo de la habilidad de cada persona, el cepillado debe durar unos 3-5 minutos en cada sesión.

SALUD BUCODENTAL

ANEXO 5

TALÓN DE ASISTENCIA DENTAL DE ANDALUCÍA (TADA)

El TADA es un Programa de Salud Bucodental destinado a los menores de la Comunidad Autónoma de Andalucía, regulado en el Decreto 281/2001, de 6 de diciembre, publicado en BOJA 31 diciembre del 2001.

Contiene el conjunto de medidas preventivas y asistenciales que garanticen una asistencia sanitaria de calidad, en materia de salud bucodental para la población infantil.

Se dirige a todos los niños y niñas residentes en la Comunidad Autónoma de Andalucía, que tengan derecho a asistencia sanitaria con cargo al SAS y cuya edad está comprendida entre 6 y 14 años ambos inclusive.

A tal efecto, el menor será incluido en el Programa desde el 1 de enero del año en el que cumple 6 años de edad, permaneciendo en él hasta el 31 de diciembre del año en que cumpla los 15 años, estando prevista la ampliación de cobertura hasta los 18 años.

Las prestaciones que incluye son:

- Revisión anual del estado de salud bucodental.
- Recomendaciones higiénico-dietéticas para prevenir enfermedades orales.
- Asistencia dental para tratamiento de urgencias bucodentales.
- Tratamientos asistenciales básicos:
- Procedimientos preventivos con sellado de fisuras y fluoración tópica si precisa, para evitar caries.
- Obturación de molares permanentes (en caso de lesiones irreversibles, “empastes” y extracción de piezas temporales o permanentes).
- Tartrectomías (“limpiezas”) en dentición definitiva, si hubiera cálculos o pigmentaciones extrínsecas.
- Extracción de supernumerarios erupcionados.
- Seguimiento de caries, enfermedad periodontal, malaoclusión y pacientes de riesgo.
- Tratamiento pulpar de piezas permanentes, que incluye: apicoformación, recubrimiento pulpar directo y endodoncias (“matar el nervio”).

Tratamientos asistenciales especiales:

Relacionados con los dientes incisivos y caninos definitivos, en los supuestos de lesión traumática o malformaciones debiendo ser autorizados por la Delegación Provincial, previa solicitud del dentista. Al cumplir los 6 años, podrá acudir a la consulta del especialista en odontología, elegido de entre los ofertados en la dirección web de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, donde será atendido presentando la TSI (Tarjeta Sanitaria Individual).

www.juntadeandalucia.es/salud/dentistas

SALUD BUCODENTAL

ANEXO 6

PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCODENTAL EXISTENTES EN ANDALUCÍA

“Aprende a sonreír”

- Programa de Educación para la Salud, promovido por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y la Consejería de Educación, Cultura y Deporte.
- Población Diana: Escolares (de 3 a 12 años), de los centros públicos y concertados de Infantil y Primaria de Andalucía.
- Objetivo: Promoción de la salud bucodental en el ámbito escolar.

www.juntadeandalucia.es/averroes

“Sonrisitas”

- Programa de Educación para la salud, promovido por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales y la Consejería de Educación, Cultura y Deporte.
- Población Diana: niños y niñas menores de 3 años, de los centros que imparten el primer ciclo de la educación infantil.
- Objetivo: Promoción de la salud bucodental en la etapa de educación infantil (de 0 a 3 años)

<http://www.juntadeandalucia.es/educacion/nav/contenido.jsp?pag=/Contenidos/PC/infantil/sonrisitas>

CRIBADO DE LA DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA

Población diana:

El cribado de displasia va dirigido a toda la población, aunque la actuación difiere según sea o no población de riesgo.

Población de riesgo:

- Antecedentes familiares de displasia evolutiva de caderas (DEC).
- Parto en presentación de nalgas.
- Sexo femenino.

Los factores de riesgo mayores se asocian, con evidencia suficiente, al riesgo de luxación, pero la mayoría de las DEC no tienen factores de riesgo: sólo el 10-27% de los bebés con DEC tienen factores de riesgo y sólo el 1-10% de niños o niñas con factores de riesgo tienen DEC (excluyendo el sexo).

Periodicidad:

- En todos los controles de salud hasta que la deambulación esté perfectamente definida.
- En consultas a demanda específicas.
- En población de riesgo (presencia de dos factores de riesgo) ecografía alrededor de las 6 semanas de vida.

Actividades:

- Exploración sistemática para cribado de DEC desde el nacimiento hasta la correcta deambulación:
- Maniobras de Ortolani y Barlow en periodo neonatal precoz (anexo 1). Se recomienda que ante una maniobra clínica positiva, el bebé sea remitido a especialista en ortopedia. El clic de cadera debe ser considerado como un hallazgo normal.
- Exploración de caderas, abducción y asimetrías (anexo 2), en todas las revisiones de salud, hasta que esté correctamente establecida la deambulación.
- Se realizará ecografía de caderas tras el primer mes de vida (entre las 4 y las 8 semanas) o radiografía si es mayor de 4-6 meses, ante una exploración clínica dudosa o anormal o ante la presencia de dos o más marcadores de riesgo.

Comentario

La displasia evolutiva de la cadera incluye desde la luxación (dislocación franca), la subluxación (dislocación parcial) y la inestabilidad o luxabilidad (la cabeza entra y sale del cotilo), hasta una serie de anomalías radiológicas que indican displasia acetabular. Cuanto antes se detecte una cadera luxada, el tratamiento resulta más sencillo y eficaz, mejorando el pronóstico. A pesar de los programas de cribado sistemático neonatal, se siguen diagnosticando luxaciones de cadera en etapas avanzadas de la lactancia y la infancia. Estos hallazgos pueden, realmente, no estar presentes al nacer e ir apareciendo a lo largo del desarrollo, por lo que el término *evolutiva* (en inglés "*developmental*") tiene mayor exactitud que el de *congénita*.

CRIBADO DE LA DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA

ANEXO 1

MANIOBRAS DE ORTOLANI Y BARLOW

- **La maniobra de Ortolani** pretende comprobar la reducción de una cadera previamente luxada. Se explorará cada cadera de forma independiente. Debe realizarse con el paciente en decúbito supino, relajado y flexionándole nosotros las caderas y rodillas 90° a base de pinzarle el muslo entre nuestro pulgar por la cara interna y el 2º y 3er dedo que apretarán por la cara externa el relieve del trocánter. Se abduce el muslo y se estira, con nuestros dedos 2º y 3º presionando el trocánter hacia dentro y arriba, hacia el borde acetabular. Si hay luxación y se reduce (la cabeza del fémur “entra”) oiremos un clic fuerte y notaremos el resalte del muslo que se alarga. La percepción de un chasquido, crepitación o clic es normal y no debe inducir a sospecha clínica de DEC.

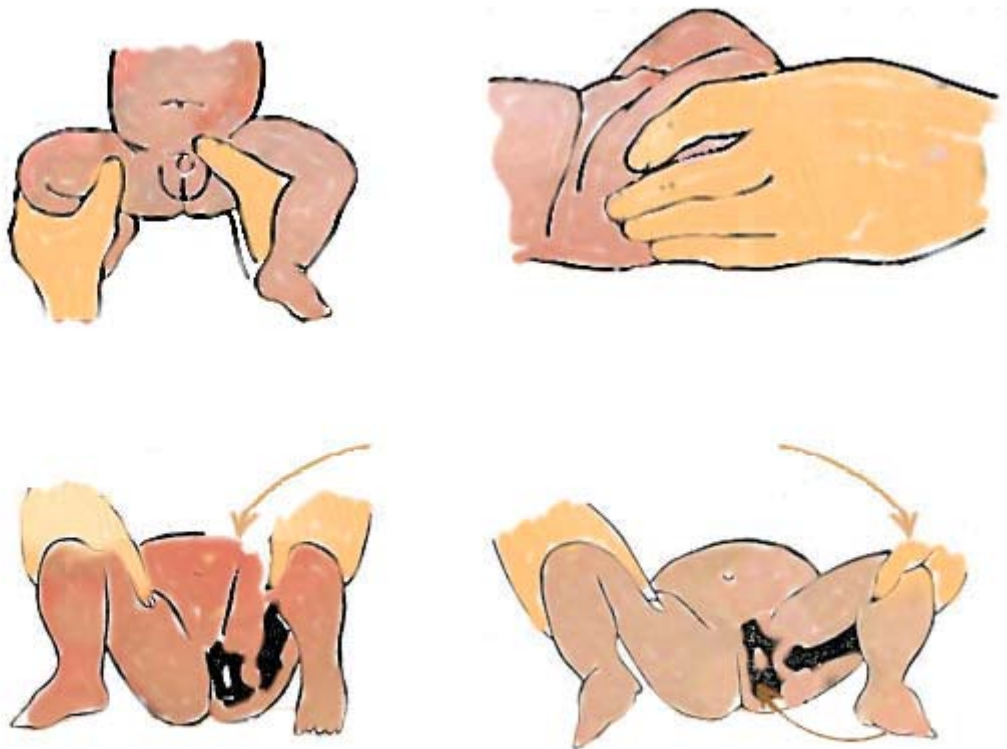


Figura 1. **Maniobra de Ortolani**

- **La maniobra de Barlow** busca comprobar la luxabilidad de una cadera reducida. Se aplica en decúbito supino con las caderas en abducción de 45 grados: mientras una cadera fija la pelvis, la otra se movilizará suavemente en adducción y abducción intentando deslizarla sobre el borde acetabular, intentando luxarla al adducir, empujando con el pulgar el cuello del fémur hacia afuera y hacia atrás mediante una presión axial sobre la diáfisis, y luego reduciéndola en abducción.

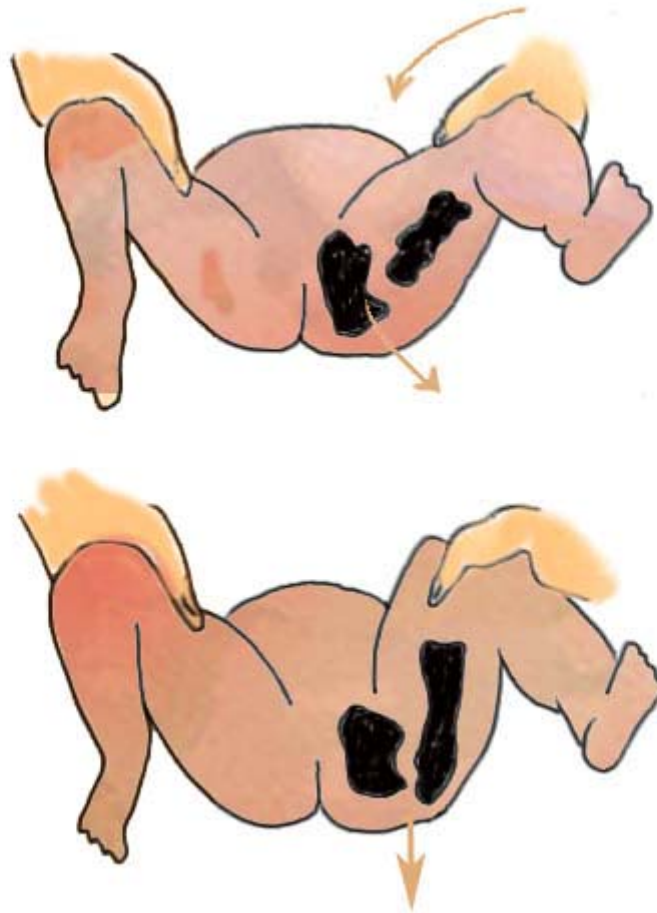


Figura 2. Maniobra de Barlow

La prueba de Ortolani traduce una luxación, y la de Barlow una cadera luxable o displásica.

Tras el período neonatal precoz las maniobras de Ortolani y Barlow ya no están indicadas por bajar su sensibilidad. Hay pobre evidencia de riesgos propios del cribado, como podría ser la luxación secundaria o la necrosis de la cabeza femoral.

CRIBADO DE LA DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA

ANEXO 2

EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA DE CADERAS

Búsqueda sistemática de signos directos e indirectos de DEC

La abducción forzada de los muslos (limitación de la abducción): resultará imposible a más de 60 grados en caso de que exista luxación. En la cadera normal la abducción al menos será de 75 grados. Se aconseja explorar cada lado por separado.

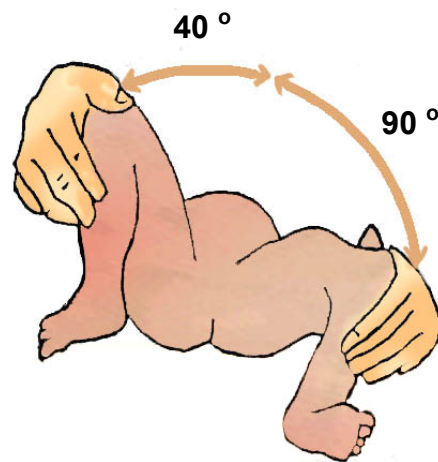


Figura 3. Asimetría en la amplitud de la abducción.

Asimetrías de pliegues:

Pueden ser signos de DEC la desviación de la vulva en las niñas, o la actitud asimétrica de los pliegues inguino-vulvares (debe explorarse en decúbito supino) o el ascenso del pliegue poplíteo.

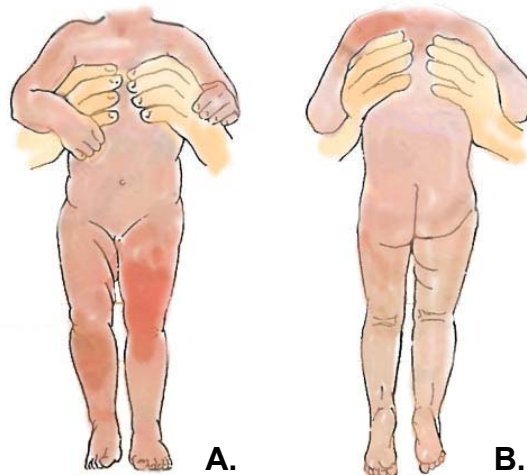


Figura 4. Asimetría de pliegues.

Asimetría longitud de miembros o acortamiento de un muslo (signo de Galeazzi):

Se exploran mejor en flexión de caderas y rodillas, apreciándose la menor longitud del muslo en caso de luxación de cadera.

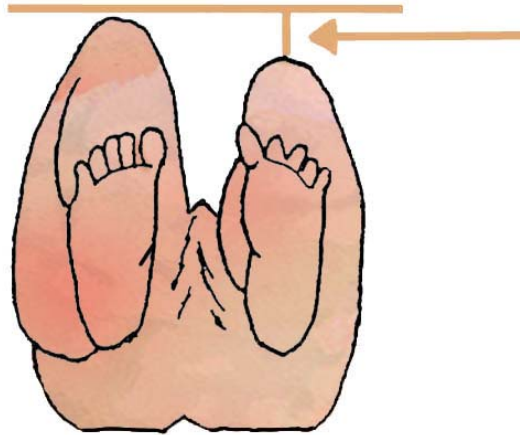


Figura 5. Acortamiento de muslo (mejor explorar en flexión).

CRIBADO DE LA DISPLASIA EVOLUTIVA DE CADERA

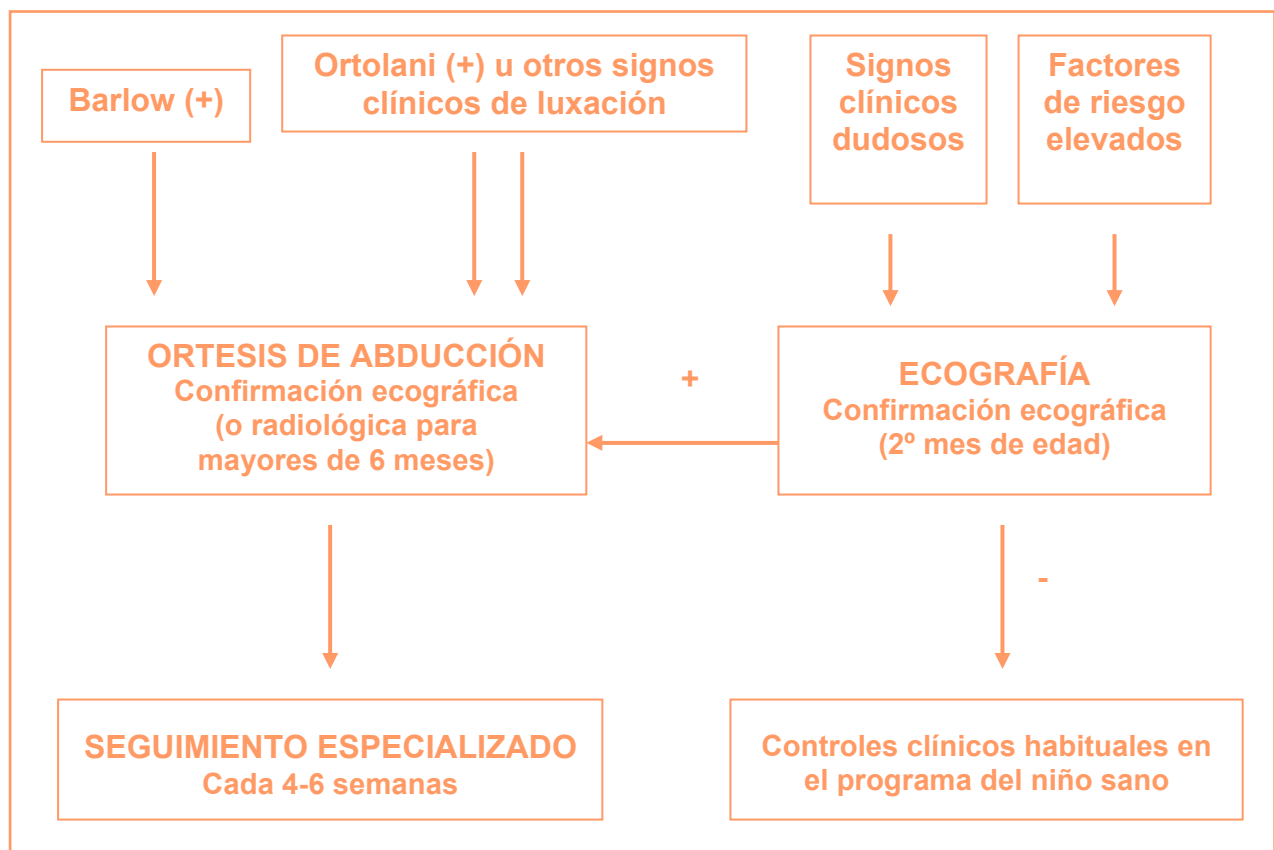
ANEXO 3

TRATAMIENTO

El tratamiento ortopédico se basa en mantener las caderas en flexión y abducción permanente durante 2 ó 3 meses mediante una férula que permita cierta movilidad. Ante la positividad de la maniobra de Ortolani se derivará el paciente sin dilación a especialista en ortopedia.

Ante la positividad de la maniobra de Barlow se deberá obtener una confirmación ecográfica a las 6 semanas de vida. La aplicación de doble o triple pañal no es recomendable, ya que nunca se ha podido demostrar su eficacia.

En los casos de diagnóstico tardío (sobre todo a partir del sexto mes) o en aquellos casos que no responden bien al tratamiento ortopédico puede ser necesaria la cirugía correctora.



DETECCIÓN PRECOZ DE ANOMALÍAS EN EL DESARROLLO DEL APARATO LOCOMOTOR

Población diana:

- Toda la población infantil.

Periodicidad:

- Detección de anomalías del cuello y plexo braquial: tortícolis muscular congénito en lactantes hasta los 6 meses, fractura de clavícula congénita y parálisis del plexo braquial en las visitas del **periodo neonatal**.
- Detección de anomalías del pie: deformidades congénitas en las visitas del periodo neonatal, anomalías del arco plantar en los exámenes de salud **a partir de los 4 años**.
- Deformidades torsionales y angulares de extremidades inferiores, motivo frecuente de consulta **desde el inicio de la deambulación**. La mayoría de las alteraciones son temporales y mejoran espontáneamente.
- Cribado de escoliosis y otras deformidades de la espalda. Actualmente existe recomendación en contra del cribado sistemático en menores asintomáticos para detectar escoliosis ideopática. Se realizará **en menores sintomáticos a partir de los 6 años**.
- Cribado de displasia evolutiva de cadera (ver tema específico)

Actividades:

- Detección de anomalías del cuello y plexo braquial
 - Detección de anomalías del pie
 - Deformidades torsionales y angulares de extremidades inferiores
 - Cribado de escoliosis
- DETECCIÓN DE ANOMALÍAS DEL CUELLO Y PLEXO BRAQUIAL**

Inspección de la longitud del cuello, movilidad y actitud espontánea, lateralización de la cabeza, presencia de limitación a la movilidad pasiva, palpar los relieves musculares en ambos lados del cuello, la integridad de las clavículas, actitud y movilidad espontánea de extremidades superiores.

Remitir precozmente a rehabilitación las parálisis braquiales y la tortícolis que se presentan desde el momento del nacimiento sin antecedentes de parto laborioso y sin evidencia de masa en ECM.

Informar a la familia del hallazgo de fractura obstétrica de clavícula y su evolución a resolución sin tratamiento; aconsejar respecto a evitar las manipulaciones bruscas del brazo y no acostar de ese lado.

Vigilar la aparición de tortícolis congénito hacia las 2-4 semanas de vida; aconsejar manipulaciones suaves, ejercicios de estiramiento y colocar al bebé de forma tal que para mirar a las personas de su entorno o a la luz tenga que girar la cabeza en posición de corrección. Revisar y si no mejora derivar para rehabilitación.

• DETECCIÓN DE ANOMALÍAS DEL PIE

Etapa neonatal:

- Explorar el pie en posición neutra para ver si existen deformidades. Si es así, explorar si éstas son reductibles o no mediante manipulación.
- Derivar para tratamiento ortopédico precoz el pie equino-varo o zambo, el metatarso aducto y el pie talo-valgo (éstas dos cuando no son reductibles con manipulación).
- En las deformidades reductibles aconsejar a la familia la realización de ejercicios de estiramiento pasivo durante unos segundos varias veces al día (asociarlos a los cambios de pañal). Comprobar la corrección en las siguientes visitas.
- El pie cavo al nacimiento obliga a buscar alteración neurológica subyacente. Remitir siempre a ortopedia infantil.

El menor que camina:

- Explorar la huella plantar en el podoscopio, el rango de movilidad del tobillo y la marcha.
- El pie plano esencial, laxo o flexible no precisa tratamiento y ninguna medida será efectiva, por lo que basta con informar a la familia para evitar tratamientos innecesarios.
- El pie plano rígido, se debe a fusión de huesos del retropié, generalmente aparece sobre los 8-10 años y provoca dolor en la cara externa del pie que se agrava con el deporte y la marcha por terreno irregular. Remitir para tratamiento.
- Es frecuente la marcha de puntillas hasta los 3 años y suele desaparecer hacia esa edad, explorar si está limitado el movimiento de flexo-extensión del pie para descartar acortamiento del tendón de Aquiles que requiere tratamiento en traumatología infantil y si están exaltados los reflejos osteotendinosos, estudio en neuropediatría.

• DEFORMIDADES TORSIONALES Y ANGULARES DE EXTREMIDADES INFERIORES

Valoración completa en bipedestación desde la cadera hasta los pies: ver si las rodillas están giradas hacia la línea media, si existe torsión tibial, medir la distancia intermaleolar y entre los

cóndilos femorales internos; evaluación visual de la marcha y establecer el perfil rotacional: ángulo de progresión del pie (diferencia entre el eje longitudinal del pie y la línea de progresión de la marcha), en decúbito prono medir el ángulo muslo-pie y el ángulo de rotación femoral interna y externa.

Deformidades angulares de extremidades inferiores.

Los menores de un año presentan un varo fisiológico que se va corrigiendo progresivamente pasando a valgo fisiológico. A los 2-3 años de vida este progresa, suele ser máximo hacia los 6-7 años y posteriormente disminuye hasta los valores normales de la edad adulta (valgo menor de 4-10 grados)

- Genu valgo (piernas en “x”):

Las rodillas se juntan en la línea media y aumenta la distancia entre los maleolos tibiales. Frecuente entre los 2 y los 10 años, se debe derivar si la distancia intermaleolar es mayor de 10 cm, si es asimétrico o aparece en edades no fisiológicas. Si no es así explicar a la familia que no precisa tratamiento.

- Genu varo (piernas en “paréntesis”):

Las rodillas se alejan en la línea media lo que conlleva aumento de la distancia entre los cóndilos femorales. Es fisiológico y se resuelve de forma espontánea hasta los 2 años. Derivar si empeora a partir de esta edad, es unilateral o si la distancia entre los cóndilos femorales internos es superior a 5 cm (descartar raquitismo, enfermedad de Blount).

Deformidades torsionales o rotacionales de extremidades inferiores

Son alteraciones que causan una desviación del pie hacia dentro (rotaciones internas) o hacia fuera (rotaciones externas), a veces se aprecian mejor al observar la marcha. Se pueden originar en el fémur o en la tibia.

Se puede diferenciar el origen (fémur o tibia) con una sencilla maniobra, sentando al menor. Si la deformación esta originada en el fémur en posición sentada desaparece la torsión, ya no presenta la desviación del pie, mientras que si se origina en la tibia se mantendrá la misma.

| Rotación | Femoral interna | Femoral externa | Tibial interna | Tibial externa |
|--------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Pie (marcha) | Desviación interna | Desviación externa | Desviación interna | Desviación externa |
| Sentado | Normal | Normal | Desviación interna | Desviación externa |

- Anteversión femoral o rotación femoral interna:

Es la causa más frecuente de marcha en rotación interna de los 3-12 años. Su aparición se favorece al sentarse en “W”. Se presenta el doble de veces en niñas que en niños. La marcha es torpe (carrera en batidora), los muslos están rotados internamente y las rótulas miran hacia dentro (estrabismo de rodillas). El ángulo de rotación externa de las caderas está limitado y el de rotación interna aumentado hasta los 90°. Se debe informar a la familia de la alta probabilidad de

resolución espontánea al final del crecimiento. Sólo un 1% de los casos precisa osteotomía desrotatoria, nunca antes de los 9 años. Desaconsejar sentarse con las piernas en "W". Hay discrepancias entre especialistas respecto a si las medidas posturales (sentarse con las piernas cruzadas "como los indios") y ejercicios de rotación externa como el ballet o patinaje, ayudan a la corrección.

- Rotación femoral externa:

Es rara. Si se observa marcha en rotación externa se debe descartar epifisiolisis de cadera, sobretodo si es unilateral y/o afecta a adolescente con sobrepeso. Solicitar en estos casos radiografía anteroposterior y lateral de Lauenstein de caderas.

- Torsión tibial interna:

Es la causa más frecuente de marcha en rotación interna en menores de 2 años. En este caso las rótulas miran al frente pero los pies están girados adentro. Medir el ángulo muslo-pie en decúbito prono con las rodillas en flexión de 90°. Informar de su resolución espontánea en la mayoría de los casos alrededor del año después de conseguir la deambulación. Derivar si persiste a los 5 años de vida o si el ángulo muslo-pie es inferior a -10°.

- Torsión tibial externa:

El ángulo muslo-pie es mayor de +30°, suele resolverse espontáneamente aunque es más frecuente la persistencia en la adolescencia.

• CRIBADO DE ESCOLIOSIS

Actualmente existe evidencia en contra del cribado universal para detectar escoliosis en menores asintomáticos. Sólo se debe realizar si existe sintomatología y parece prudente realizar la inspección visual de la espalda en las visitas de seguimiento de salud, si existen antecedentes familiares de este problema.

Existe acuerdo en desaconsejar la práctica de cribado dentro de los reconocimientos de Salud Escolar, no resulta eficiente pues aumenta el número de derivaciones sin disminuir el número de casos que precisan tratamiento quirúrgico.

El examen físico de la espalda se realiza en decúbito prono en la etapa de recién nacido y lactante; a partir de la edad preescolar, en bipedestación con los brazos alineados a lo largo del cuerpo. Se observan las apófisis espinosas, las escápulas y el nivel de las crestas ilíacas, buscando asimetrías, en cuyo caso se realiza la maniobra de Adams: se explora al paciente desde atrás, con el observador en posición sentada, a una distancia de un metro y medio. Se le pide que flexione el tronco hacia delante con las piernas juntas en extensión y la cabeza y los brazos colgando de forma simétrica. La maniobra es positiva si se observa una prominencia en el lado de la convexidad y si es negativa se descarta escoliosis.

Se debe diferenciar la escoliosis estructurada de la actitud escoliótica y de la postural. En ambos casos, la curva del raquis desaparece en decúbito o al inclinar el tronco al lado contrario a la curva.

En algunos casos es antiálgica o por disimetría de extremidades inferiores (no se tratan si son menores de 1cm). La telerradiografía de columna de una escoliosis estructurada evidencia la rotación de los cuerpos vertebrales mientras que en la actitud escoliótica no aparece este signo.

Si la maniobra de Adams es positiva se debe solicitar telerradiografía de columna en bipedestación en proyección postero-anterior. Se determina el ángulo de escoliosis mediante el método de Cobb (trazar una línea siguiendo el borde superior de la vértebra más alta inclinada hacia la concavidad y otra línea siguiendo el borde inferior de la vértebra más baja. La intersección de ambas líneas forma el ángulo de la curvatura con un margen de error de $\pm 5-7^\circ$).

Se deben derivar para estudio las curvas con ángulo superior a 10° . Si el ángulo es inferior a esta cifra se revisará la espalda anualmente hasta el final del desarrollo. Curvas entre 10 y 20° deben ser seguidas por especialista cada 4-6 meses hasta el final del desarrollo, curvas de $20-40^\circ$ precisan tratamiento conservador con órtesis rígida (corsé). Se realiza tratamiento quirúrgico en las curvas de más de 60° , escoliosis de más de 40° en período de crecimiento o si la progresión de la curva es rápida a pesar del tratamiento con corsé.

Aunque es imposible predecir qué curvas van a progresar rápidamente y a requerir tratamiento, esto se ha relacionado con los siguientes factores: curvas dobles, edad de presentación temprana, detección cuando aún no se ha producido la menarquia, menor estadio de maduración (se utiliza el test de Risser de osificación de la pala ilíaca o los estadios de Tanner), mayor magnitud de la curva en el momento de la detección y sexo femenino. Menor riesgo si la curva es lumbar.

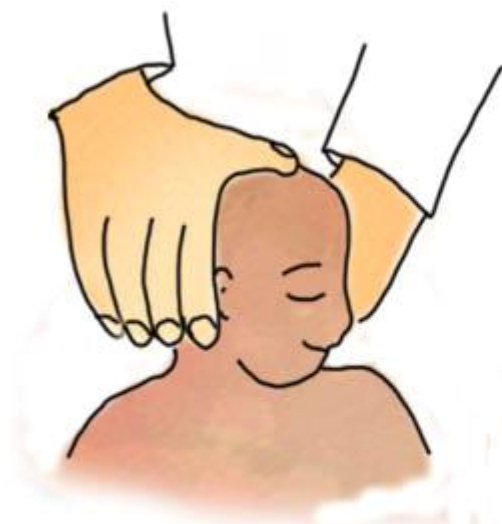
Recursos:

- Podoscopio
- Plomada/escoliómetro

DETECCIÓN PRECOZ DE ANOMALÍAS
EN EL DESARROLLO DEL APARATO LOCOMOTOR

ANEXO 1

EJERCICIOS DE REHABILITACIÓN DEL CUELLO



Llevar el mentón hacia el
hombro del lado afecto



Inclinar la cabeza hacia
el lado contrario

Realizar varias veces al día con el niño relajado

DETECCIÓN PRECOZ DE ANOMALÍAS
EN EL DESARROLLO DEL APARATO LOCOMOTOR

ANEXO 2

DEFORMIDADES DEL PIE



Pie equino-varo o zambo

Pie talo-valgo

Metatarso aducto

DETECCIÓN PRECOZ DE ANOMALÍAS
EN EL DESARROLLO DEL APARATO LOCOMOTOR

ANEXO 3

EXPLORACIÓN DEL ÁNGULO DE ROTACIÓN DE LA CADERA



Ángulo de rotación interna



Ángulo de rotación externa

DETECCIÓN PRECOZ DE ANOMALÍAS
EN EL DESARROLLO DEL APARATO LOCOMOTOR

ANEXO 3

ANOMALÍAS ANGULARES DE EXTREMIDADES INFERIORES



Alineación normal

Genu valgus

Genu varum

DETECCIÓN PRECOZ DE ANOMALÍAS EN EL DESARROLLO DEL APARATO LOCOMOTOR

ANEXO 5

ESCOLIOSIS

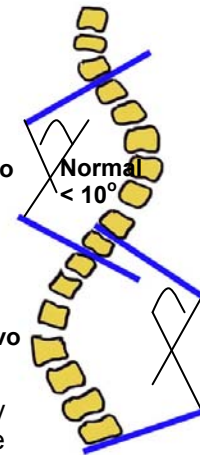
Inspección buscando asimetrías en los relieves óseos



Adams positivo



Adams negativo



Maniobra de Adams: flexión del tronco con piernas extendidas y brazos colgando en actitud simétrica. Positiva: giba en el lado de la convexidad.

Telerradiografía de columna: medir el ángulo de escoliosis por el método de Cobb. Ángulo entre las líneas que delimitan el borde superior e inferior de la convavidad.

CRIBADO DE CRIPTORQUIDIA

Población diana:

- Todos los varones.

Periodicidad:

- La exploración de testículos para cribado de criptorquidia debe realizarse en la visitas del programa de salud infantil desde el mes hasta el año de vida.
- Se realizará en vistas posteriores si no se ha realizado previamente o no hay constancia del mismo.
- En el caso de presentar testículo retráctil o en ascensor realizar revisiones anuales hasta los 8 años de edad (riesgo de reascenso).

Actividades:

- Exploración de los genitales externos (anexo 1) para comprobar la presencia de los testículos dentro de las bolsas escrotales. Registrar ante situación de normalidad.
- Ante la presencia de criptorquidia unilateral se realizará registro y seguimiento, si se mantiene a los 6 meses de vida se derivará a cirugía o urología infantil para que planifiquen tratamiento idóneo.
- En prematuros podemos esperar hasta el año porque pueden presentar un descenso más tardío.
- Si la criptorquidia es bilateral o si asocia hipospadias la derivación será inmediata.
- En los casos en los que el diagnóstico se realice después de los 6 meses de vida derivación al diagnóstico.
- La presencia de testículo retráctil no requiere tratamiento pero sí supervisión en Las visitas de salud, ante la posibilidad teórica de reascenso.

Definiciones:

Criptorquidia: A efectos prácticos y de actuación la definiremos como cualquiera de las siguientes situaciones:

- Testículo no palpable (comprende la ausencia de testículo o anorquia y la presencia de testículos en cualquier localización que no es palpable)
- Testículo que se palpa pero no se consigue descender hasta el escroto.
- Testículo que se palpa, se logra descender a escroto pero reasciende nada más soltarlo.
- Testículo en ascensor o retráctil: el testículo se encuentra localizado fuera de bolsa escrotal pero se introduce perfectamente en el escroto y permanece en el (aunque ascienda por reflejo cremastérico)

CRIBADO DE CRIPTORQUIDIA

ANEXO 1

TÉCNICA DE EXPLORACIÓN

La exploración se realizará en un ambiente cálido, y con las manos calientes, con el niño en decúbito supino y con las piernas abiertas.

En primer lugar se debe observar el aspecto de los genitales externos tamaño, color, simetría, también se valorarán posibles alteraciones en el pene (hipospadias, micropene,...) que pueden ser indicativas de endocrinopatía o alteraciones cromosómicas.

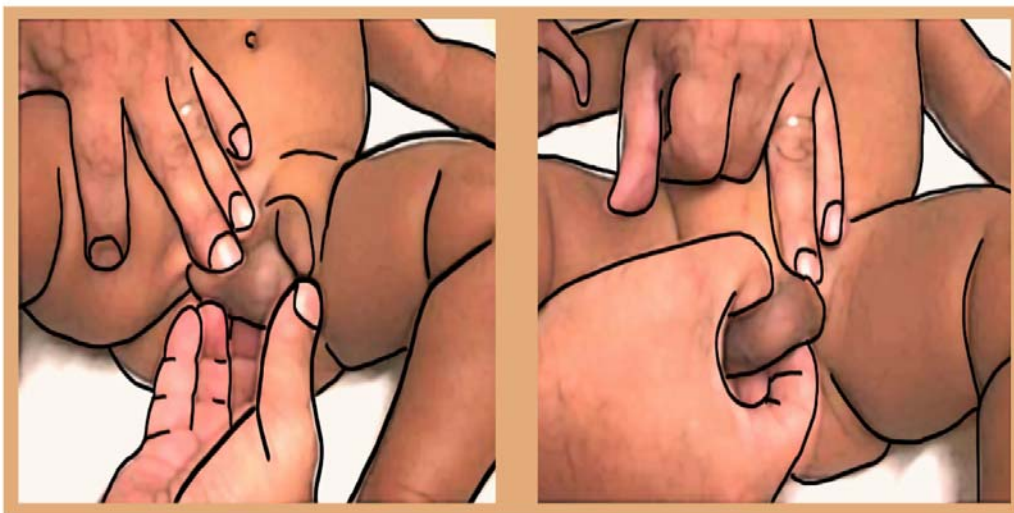
Para la palpación del testículo se comienza empujando con suavidad con la punta de los dedos de una de las manos, siguiendo el trayecto del canal inguinal hacia la bolsa escrotal tratando de localizar el testículo.

Si se localiza el testículo se pinzará con los dedos de la mano contraria. Hay que valorar su tamaño, consistencia y localización. Es importante comprobar, en el caso de que el testículo no se encuentre directamente en bolsa escrotal, que descienda con facilidad o si por el contrario presenta resistencia o reasciende fuera de la bolsa nada más soltarlo.

Si no se localiza el testículo es aconsejable repetir la exploración para no cometer errores diagnósticos.

Los testículos se exploran individualmente.

En ocasiones, para disminuir el reflejo cremastérico y facilitar la exploración, se puede realizar con el niño sentado con las piernas cruzadas o bien en cuclillas, especialmente en niños mayores.



Imágenes adaptadas de Previnfad.

REFRACCIÓN

Población diana:

- Toda la población infantil de 0 a 14 años.

Periodicidad:

- En las visitas del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas.

Procedimientos según edad:

Periodo neonatal hasta revisión de los 4 meses:

- Antecedentes familiares personales.
- Preguntas y observación comportamiento visual.
- Exploración externa
- Motilidad ocular.
- Pupilas.
- Reflejo rojo.
- Test de Bruckner
- Reflejo corneal a la luz (test de Hirschberg).

Revisión 6 meses hasta los tres años:

- Antecedentes familiares personales.
- Preguntas y observación comportamiento visual.
- Exploración externa
- Motilidad ocular.
- Pupilas.
- Reflejo rojo.
- Test de Bruckner
- Reflejo corneal a la luz (test de Hirschberg).

- Test de ojo cubierto descubierto (cover test).

Revisiones desde 4 a 6 años:

- Antecedentes familiares personales.
- Preguntas y observación comportamiento visual.
- Exploración externa
- Motilidad ocular.
- Pupilas.
- Reflejo corneal a la luz (Test de Hirschberg).
- Test de ojo cubierto descubierto (cover test).
- Test de visión esteroscópica.
- Agudeza visual de cada ojo (cerca y lejos).

Revisiones mayores 6 años:

- Antecedentes personales.
- Exploración externa
- Motilidad ocular.
- Pupilas.
- Agudeza visual de cada ojo (cerca y lejos).

Actividades:

- Detectar ambliopía, causa más común de pérdida de visión en países desarrollados, y sus factores de riesgo asociados:
 - Estrabismo.
 - Anisometropía (diferencia de agudeza visual entre ambos ojos).
 - Catarata.
 - Ptosis palpebral.
- Detectar errores de refracción no asociados a ambliopía, generalmente miopía e hipermetropía, mediante utilización de optotipos.
- Valorar Antecedentes Familiares y personales de problemas oculares o que puedan asociarse a ellos. (Anexo 1)
- Preguntar a la familia sobre posibles problemas visuales y sobre el desarrollo del comportamiento visual. (Anexos 2 y 3)
- Realizar inspección externa: párpados, globos oculares, reflejos pupilares, motilidad ocular y comportamiento visual.
- Descartar estrabismo mediante test de Bruckner, test de Hirschberg para el estrabismo fijo (tropías) y test de ojo cubierto-descubierto (Cover-test) para el estrabismo latente (forias).

Herramientas:

- **Reflejo rojo:** Evalúa la transparencia ocular y de la retina. Se explora observando a través del oftalmoscopio, a 30-45 cm. enfocando la pupila. El espacio pupilar aparecerá de un color homogéneo rojizo-naranja brillante y simétrico en ambas pupilas.
- **Test de Bruckner:** Valora cualitativamente la posible existencia de estrabismo. Consiste en observar el reflejo rojo del fondo de ambos ojos simultáneamente a través del oftalmoscopio. Si los ojos están centrados y no existe gran anisometropía (más de 2 dioptrías de diferencia entre los 2 ojos) el reflejo será simétrico en forma y color.
- **Test de Hirschberg:** Valora la alineación ocular y se utiliza para detectar tropías o estrabismos fijos. Se basa en la observación del reflejo luminoso corneal procedente de una luz situada a unos 40 cm de los ojos. Si el menor presenta estrabismo los reflejos no serán simétricos ni centrados (estrabismo de unos 15º si el reflejo coincide sobre el borde pupilar, si está entre borde pupilar y corneal unos 30º y si es sobre limbo corneal de unos 45º). En ortotropía (los ejes visuales coinciden sobre el objeto que fijamos) los reflejos serán simétricos y centrados. Puede resultar imposible de realizar en lactantes poco colaboradores y no detecta estrabismos intermitentes o forias.

- **Test de ojo cubierto-descubierto (Cover test):** Detecta forias o estrabismo latente u oculto. Técnica (anexo 4): El menor fija la mirada en un objeto situado a unos 40 cm. Le tapamos un ojo, si este presenta un estrabismo latente o foria al dejar de enfocar (al taparlo) perderá la alineación (se desvía) y al destaparlo observaremos el movimiento de corrección que hace para enfocar nuevamente el objeto. Si el ojo no presenta estrabismo latente al taparlo se mantendrá alineado con el ojo descubierto y al destaparlo no se evidenciará ningún movimiento. Esta prueba requiere cierta colaboración y puede ser difícil de realizar en menores de 2-3 años. Existen ocluidores comerciales traslúcidos (no transparentes) que permiten ver el comportamiento durante el test del ojo ocluido facilitando la interpretación de la prueba.
- **Test de visión esteroscópica o de exploración de la visión binocular:** Constituyen pruebas muy útiles para detectar posibles ambliopías, se pueden utilizar sistemáticamente a partir de los 3 años y en algunos menores colaboradores desde los 2 años. Algunos ejemplos son el TNO, el Titmus Stereo Test o el Lang estereotest.
- **Exploración de la agudeza visual mediante optotipos:** Debemos utilizar optotipos ajustados a la edad del menor a explorar (ejemplos Allen o Pigassou en preescolares, E de Snellen o signos alfabéticos en escolares). La prueba se realizará a la distancia correcta del optotipo. Se valorará la agudeza visual de cada ojo por separado, tapando el ojo que no estamos explorando, a ser posible con ocluidores oculares. La agudeza visual normal varía con la edad y va aumentando de forma progresiva llegando a la unidad a los 6-8 años de vida. A los 4 años al menos debe ser de $\frac{1}{2}$. Debe sospecharse ambliopía si la agudeza visual difiere entre ambos ojos en más de una línea.
- **Exploración de la agudeza visual cercana:** Se explorará cada ojo por separado, debemos emplear test homologados para la valoración de la agudeza visual cercana como el de Rossano Weiss.
- **Agujero estenopeico:** Se trata de una herramienta que nos ayuda a establecer el diagnóstico de sospecha de defectos de refracción durante la exploración de la agudeza visual. Consiste en una pantalla opaca con uno o varios agujeros pequeños que colocaremos delante del ojo a explorar. Cuando tenemos una disminución de la agudeza visual exploraremos nuevamente la misma empleando el agujero estenopeico, si esta mejora (incluso es posible que se normalice) podemos sospechar que presenta un defecto de refracción por el contrario si la agudeza visual no mejora con el agujero estenopeico debemos sospechar otras causas como enfermedades de la retina, cataratas o enfermedades del nervio óptico.

CRIBADO DE AMBLIOPÍA, ESTRABISMO Y TRASTORNOS DE REFRACCIÓN

ANEXO 1

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A AMBLIOPÍA, TRASTORNOS DE REFRACCIÓN Y OTRAS ANOMALÍAS DE VISIÓN

Factores personales:

- RN de menos de 1.500 g. o menos de 30 semanas de gestación.
- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Retinopatía de la prematuridad.
- Desórdenes neurológicos o retraso del crecimiento madurativo.
- Artritis idiopática juvenil.
- Anormalidades craneofaciales.
- Enfermedades tiroideas.
- Diabetes Mellitus de más de 5 años de diagnóstico.
- Síndromes generales asociados a anomalías oculares.
- Enfermedades sistémicas que precisan tratamiento de larga duración con corticoides o fármacos con efectos oculares.

Factores familiares:

- Retinoblastoma.
- Cataratas en la infancia.
- Glaucoma infantil.
- Degeneración retiniana.
- Estrabismo.
- Ambliopía.
- Miopía maligna.
- Historia de ceguera no asociada a traumatismo.

CRIBADO DE AMBLIOPÍA, ESTRABISMO Y TRASTORNOS DE REFRACCIÓN

ANEXO 2

PREGUNTAS A LOS PROGENITORES PARA DETECTAR PRECOZMENTE PROBLEMAS VISUALES EN LA INFANCIA

- ¿Ha observado si su hijo o hija desvíá un ojo?
- ¿Ha notado si guiña siempre el mismo ojo cuando está en la calle?
- ¿Gira la cabeza para fijarse en algo?
- ¿Le lagrimea algún ojo frecuentemente?
- ¿Parpadea frecuentemente?
- Si le tapa un ojo y luego el otro, ¿nota alguna diferencia de comportamiento?
- ¿Entorna los ojos cuando se fija en objetos lejanos?
- ¿Se queja de dolor de cabeza por las tardes?
- ¿Tiene los ojos enrojecidos a menudo?
- ¿Presenta descamación de la piel entre las pestañas o le salen orzuelos con frecuencia?
- ¿Se acerca mucho para ver la TV o cuando dibuja o hace los deberes del colegio?

CRIBADO DE AMBLIOPÍA, ESTRABISMO Y TRASTORNOS DE REFRACCIÓN

ANEXO 3

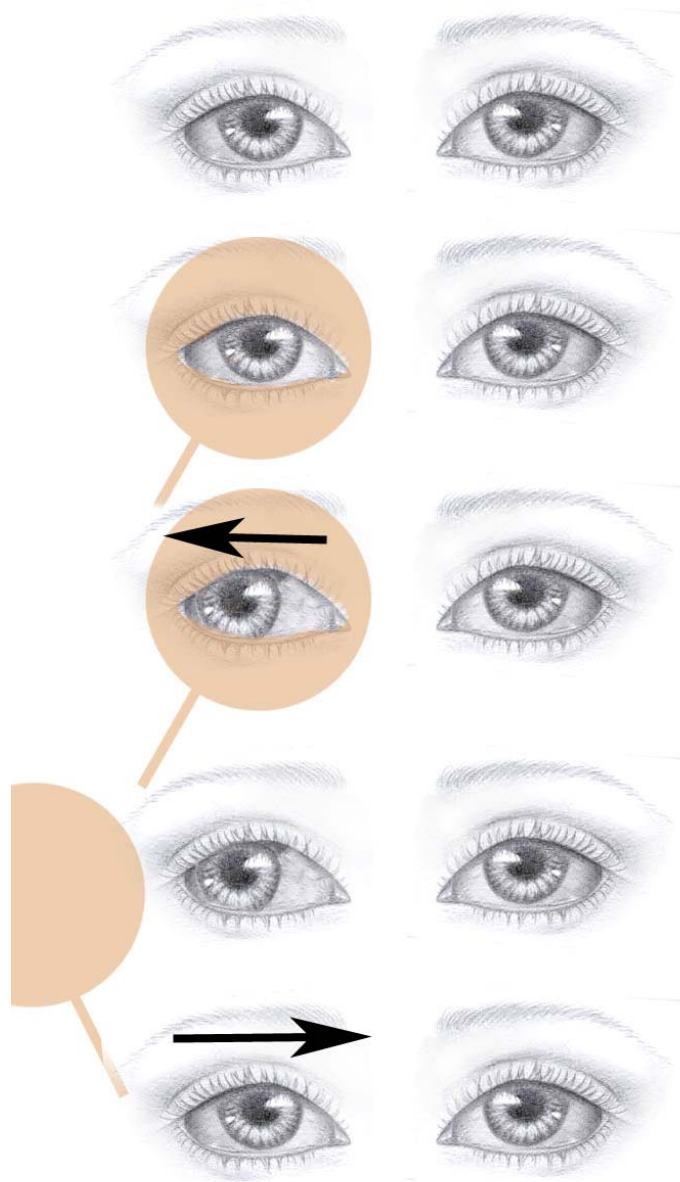
DESARROLLO DEL COMPORTAMIENTO VISUAL NORMAL

| | |
|---------|---|
| 1 MES | Observa la cara de su madre. Mira un objeto oscilante 90º. |
| 2 MES | Sigue a una persona que se mueve. Sigue un objeto móvil 90º. |
| 3 MES | Fija-converge-enfoca. Sigue un objeto móvil 180º. |
| 3-6 MES | Se mira la mano. |
| 4 MES | Sonríe a su imagen en el espejo. |
| >7 MES | Toca su imagen en el espejo. |
| >9 MES | Se asoma para ver un objeto. |

CRIBADO DE AMBLIOPÍA, ESTRABISMO Y TRASTORNOS DE REFRACCIÓN

ANEXO 4

COVER TEST



Realización de cover test en paciente con exoforia derecha.

Esquema adaptado de Previnfad.

CRIBADO DE AMBLIOPÍA, ESTRABISMO Y TRASTORNOS DE REFRACCIÓN

ANEXO 4

MOTIVOS DE REMISIÓN AL ESPECIALISTA

- Todo RN y lactante con alteraciones oculares, estrabismo fijo a cualquier edad, cualquier tipo de estrabismo a partir de los 6 meses y anomalías en el comportamiento visual normal.
- Escolares a partir de 4 años en quienes no se objective visión estereoscópica.
- Todo estrabismo fijo o latente observado o intermitente referido por la familia aunque no podamos reproducirlo.
- Disminución de la agudeza visual, explorada en cada ojo por separado:
 - De 3-5 años: AV menor de 1/2 (0.5) ó 0.3 logMAR.
 - De 6-7 años: AV menor de 2/3 (0.66) ó 0.2 logMAR.
 - De 8 años en adelante: AV menor de 1 ó 0 logMAR.
- Diferencia de agudeza visual entre ambos ojos superior al 10% (mas de una línea del optotipo), aún dentro del rango aceptable.
- Disminución de la agudeza visual que no mejora con el estenopeico.
- Ante la presencia de factores de riesgo de ambliopía y otras anomalías visuales (anexo1)

DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA INFANTIL

Población diana:

- Toda la población infantil, al menos hasta completar la adquisición completa de lenguaje oral.
- Especial atención a menores con factores de riesgo de hipoacusia (anexo1).

Periodicidad:

- Cribado universal mediante realización de otoemisiones acústicas a todos los recién nacidos.
- Los menores con factores de riesgo de hipoacusia repetir prueba de cribado objetivo de hipoacusia (preferentemente potenciales evocados auditivos) antes de los 3 meses de vida.
- Explorar la audición en todas las vistas de seguimiento de salud infantil hasta los 6 años de vida (anexo 2)
- En la consulta a demanda si se identifican situaciones de riesgo (anexo1).

Actividades:

- En la primera visita comprobar que se han realizado otoemisiones acústicas antes del alta de la maternidad, registrar. Si no es así remitir al centro de referencia para su realización antes del mes o al menos antes de los 3 meses. Si la prueba fue positiva comprobar que ha sido citado para su repetición antes de los 3 meses de vida.
- Valorar la presencia de factores de riesgo de hipoacusia (anexo 1). Los menores con factores de riesgo que hayan pasado el cribado neonatal deben ser reevaluados audiológicamente antes de los 24-30 meses mediante realización de potenciales evocados auditivos del tronco cerebral.
- Vigilar el desarrollo evolutivo de la audición en todas las visitas al programa de salud infantil hasta los 6 años: recabar la opinión de la familia sobre la audición del bebé, explorar la reacción al sonido y supervisar el desarrollo del lenguaje verbal (anexos 2 y 3).
- Coordinar el seguimiento de los menores con diagnóstico confirmado de hipoacusia: comprobar que se ha iniciado tratamiento por ORL; realizar derivación para atención temprana, preferentemente antes de los seis meses de vida. Se recomienda realización de estudio oftalmológico al menos una vez para descartar déficit visual. Coordinación con trabajo social para el acceso de la familia a los recursos de ayuda y orientación.

DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA INFANTIL

ANEXO 1

FACTORES DE RIESGO DE HIPOACUSIA INFANTIL (adaptación de la actualización realizada por el Joint Committee of Infant Hearing 2007)

- Sospecha por parte de la persona cuidadora acerca de retrasos en el habla, desarrollo y audición normal.
- Historia familiar de hipoacusia permanente en la infancia.
- Estancia en Cuidados Intensivos Neonatales durante más de 5 días, incluidos los reingresos dentro del primer mes de vida.
- Haber sido sometido a oxigenación por membrana extra-corpórea, ventilación asistida, antibióticos ototóxicos, diuréticos del asa (furosemida), hiperbilirrubinemia que precisó exanguinotransfusión.
- Infecciones intrauterinas del grupo TORCH (citomegalovirus, herpes, rubeola, sífilis y toxoplasmosis).
- Anomalías craneofaciales incluyendo las del pabellón auricular, conducto auditivo, apéndices o fositas preauriculares, labio leporino o paladar hendido y anomalías del hueso temporal y asimetría o hipoplasia de las estructuras faciales.
- Hallazgos físicos relacionados con síndromes asociados a pérdida auditiva neurosensorial o de conducción como un mechón de pelo blanco, heterocromía del iris, hipertelorismo, telecantus o pigmentación anormal de la piel.
- Síndromes asociados con pérdida auditiva o pérdida auditiva progresiva o de comienzo tardío como neurofibromatosis, osteopetrosis y los síndromes de Usher, Waardenburg, Alport, Pendred, Jervell y Lange-Nielson entre otros.
- Enfermedades neurodegenerativas como el síndrome de Hunter y neuropatías sensorio-motrices como la ataxia de Friedrich y el síndrome de Charcot-Marie-Tooth.
- Infecciones postnatales asociadas a pérdida auditiva, entre las que se incluyen las meningitis víricas (especialmente varicela y herpes) y bacterianas (especialmente hemófilus y neumococo).
- Traumatismo craneoencefálico, especialmente fracturas del hueso temporal y base de cráneo que requiera hospitalización.
- Quimioterapia.
- Enfermedades endocrinas. Hipotiroidismo.

DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA INFANTIL

ANEXO 2

HITOS ESPERADOS DEL HABLA-LENGUAJE-AUDICIÓN
(adaptado de Northem JL, Downs MP. "Hearing in children"
5ª ed. Lippincott Williams and Wilkins; Baltimore, 2002)

Nacimiento-3 meses

- Sobresalto ante ruidos fuertes.
- Despierta ante sonidos.
- Parpadeo o apertura de ojos ante ruidos.

3-4 meses

- Se tranquiliza con la voz de la madre.
- Deja de jugar al escuchar nuevos ruidos.
- Busca la fuente de sonidos nueva que no está a la vista.

6-9 meses

- Disfruta con juguetes musicales.
- Arrulla y gorjea con inflexiones.
- Dice bisilabos "mamá".

12-18 meses

- Responde a su nombre y al "no".
- Cumple pedidos simples.
- Cuenta con un vocabulario expresivo de 3-5 palabras.
- Imita algunos sonidos.

18-24 meses

- Conoce las partes del cuerpo.
- Cuenta con un vocabulario expresivo mínimo de 20-50 palabras (Usa frases de dos palabras).
- Un 50% del habla es inteligible para las personas extrañas.

36 meses

- Cuenta con un vocabulario expresivo de 500 palabras (usa frases de 4-5 palabras).
- Un 80 % del habla es inteligible para las personas extrañas.
- Comprende algunos verbos.

DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA INFANTIL

ANEXO 3

CUESTIONARIO PARA PROGENITORES Y PERSONAS CUIDADORAS SOBRE LA AUDICIÓN EN LA PRIMERA INFANCIA

6 meses

- ¿Tiene dudas sobre la audición de su hijo o hija?
- ¿Se despierta ante ruidos fuertes?
- ¿Siente su bebé aproximarse a personas que no ve, o reacciona al oír hablar a personas conocidas sin verlas?
- ¿Intenta localizar ruidos que le llaman la atención?
- ¿Balbucea?

12-18 meses

- ¿Tiene dudas sobre la audición de su hijo o hija?
- ¿Responde de alguna manera a preguntas sencillas sin gestos?
- ¿Responde de alguna manera a un timbre o teléfono?
- ¿Responde de alguna manera cuando se le grita desde otra habitación?
- ¿Emite sonidos articulados o melódicos?
- ¿Ha comenzado a hablar?

2 años

- ¿Tiene dudas sobre la audición de su hijo o hija?
- ¿Responde de alguna manera a preguntas sencillas sin gestos y sin mirar a los labios?
- ¿Responde de alguna manera a un timbre o teléfono?
- ¿Responde de alguna manera cuando se le grita desde otra habitación?
- ¿Emite sonidos articulados o melódicos?
- ¿Dice palabras sencillas habituales?
- ¿Construye frases de dos palabras?

3-6 años

- ¿Tiene dudas sobre la audición de su hijo o hija?
- ¿Tiene un lenguaje adecuado a su edad?
- ¿Grita excesivamente al hablar?
- ¿Contesta frecuente o sistemáticamente con un "qué"?
- ¿Sube muy alto el volumen del televisor?
- ¿Tiene problemas de relación o integración en la escuela?
- ¿Es introvertido, distraído o agresivo?

DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIA INFANTIL

ANEXO 4

CUESTIONARIO A PARTIR DE 10 AÑOS

(Modificado de National Institute on Deafness and Other Communication Disorders. Ten Ways to Recognize Hearing Loss. Bethesda, MD: National Institute of health, 2006)

- ¿Tienes problemas para escuchar una conversación al teléfono?
- ¿Tienes problemas para seguir una conversación cuando dos personas hablan al mismo tiempo?
- ¿Se quejan otras personas de que subes mucho el volumen del TV?
- ¿Debes esforzarte para entender una conversación?
- ¿Tienes problemas para escuchar en un ambiente ruidoso?
- ¿Le pides a otras personas que repitan con frecuencia lo que acaba de decir?
- ¿Te parece que muchas de las personas con las que hablas murmuran o no hablan con claridad?
- ¿Entiendes mal lo que te dicen o contestas de manera incorrecta con frecuencia?
- ¿Tienes problemas para entender el habla de mujeres o niños?
- ¿Se enojan las personas porque no comprendes bien lo que dicen?

NIH Publication No 01,4913 Disponible en <http://www.nidcd.nih.gov/health/hearing/10ways.asp>

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y AFECTIVO

Población diana

- Todos los menores entre 0 y 14 años.
- Desarrollo psicomotor (DPM): especialmente en menores de 3 años.
- Grupos de especial vulnerabilidad o riesgo:

POR CAUSAS ORGÁNICAS:

RN de <1500 g o EG <32 S.

- Convulsiones neonatales.
- Apgar <3 a los 5 minutos o pH cordón <7,00.
- Necesidad de Ventilación mecánica.
- Hiperbilirrubinemia >25 mg/dl que precise exanguinotransfusión.
- Infección congénita pre o postnatal del SNC.
- Hijo de madre VIH, ADVP y/o Alcohol.
- Neuroimagen patológica.

- Trastornos genéticos dismórficos o metabólicos.

- SD Malformativos.

CAUSAS PSICOSOCIALES:

- Carencias afectivas-emocionales.
- Malos tratos.
- Separación o conflictos abiertos.
- Familia monoparental. Muerte de uno de los padres.
- Padres adolescentes.
- Falta de recursos económicos.
- Enfermedades crónicas de los padres (especialmente depresión, adicciones...)

Periodicidad

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

Para lograr que estos niños y niñas desarrollen el máximo de sus capacidades y alcancen un óptimo desarrollo biopsicosocial, es necesario que exista implicación y coordinación entre las familias y los profesionales que se relacionan con los menores en sus distintos entornos: sanitario, familiar escolar y servicios sociales

- **Entorno Sanitario:** Observación directa del menor en la consulta. Revisiones en las visitas del programa de salud infantil en su centro de salud. Revisiones en consulta a demanda o de urgencias.
- **Entorno familiar:** conociendo las necesidades básicas de sus hijos e hijas en cada momento de su desarrollo, construyendo vínculos afectivos y observando sus adquisiciones.
- **Entorno escolar** (maestros y equipos orientación): observando la evolución de los menores en la escuela y sus adquisiciones cognitivas y sociales.

ACTIVIDADES:

1. Evaluación del desarrollo psicomotor (dpm)
2. Evaluación del desarrollo afectivo
3. Promover actividades de coordinación

• EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR (DPM)

El desarrollo psicomotor es el proceso de incremento de capacidades neuromotoras, cognitivas y psicosociales, que tiene lugar en la vida del niño durante sus primeros años. Corresponde tanto a la maduración de las estructuras nerviosas como al aprendizaje que el niño hace descubriéndose a sí mismo y al mundo que le rodea. La evaluación del desarrollo psicomotor de un menor es un proceso complejo, que precisa un seguimiento a lo largo del tiempo. Los controles de salud infantil permiten una detección precoz de problemas y una intervención temprana, de ahí la importancia de conocer en las distintas edades, los principales hitos evolutivos indicativos de un desarrollo saludable y ajustado a la norma. Hay que precisar previamente que estos cambios evolutivos no tienen por qué seguir un orden estricto ni ser rígidos ni homogéneos en sus características puesto que dependerán en gran medida de las demandas socio-educativas y socio-culturales del entorno del menor.

Además de explorar las diferentes áreas, no olvidar preguntar a los padres, independientemente de la edad del niño, si tienen alguna preocupación con respecto al desarrollo de su hijo o hija.

Los puntos claves en la valoración del desarrollo psicomotor son:

- Conocer el desarrollo normal de un lactante.
- Conocer las variantes de la normalidad. (¿retraso o inmadurez?)
- Detectar signos de alarma. (Anexo III)
- Disponer de instrumentos sencillos de diagnóstico y detección precoz.
- Si hay una sospecha ¿informar o esperar?

En general:

- Durante el primer año se podrán diagnosticar la mayoría de los trastornos más graves del desarrollo: formas severas y medias de parálisis cerebral, de retraso mental y déficits sensoriales.
- A lo largo del segundo año, pueden detectarse las formas moderadas o leves de los trastornos anteriores, así como los correspondientes al espectro autista.
- Entre los dos y los cuatro años se van a poner de manifiesto los trastornos y retrasos del lenguaje. Los trastornos motrices menores y los de conducta, a menudo ya presentes en etapas previas, se hacen más evidentes y se constituyen en motivo de consulta.
- A partir de los 5 años se detectan en las escuelas dificultades de aprendizaje, que ponen de manifiesto otros trastornos como deficiencia mental leve, disfunciones motoras finas, dispraxias, etc. que previamente han podido pasar desapercibidos.

Herramientas o recursos:

- Historia clínica detallada
- Exploración y valoración neuroevolutiva (Anexo I, Anexo VIII)
- Preguntar a los padres acerca de la evolución del menor y prestar atención a sus preocupaciones respecto al desarrollo de sus hijos/as. Las preocupaciones de los padres deben ser siempre tenidas en cuenta, ya que suelen ser los primeros en darse cuenta de que algo no marcha como era de esperar.
- Test de evaluación (Test de Denver II, el Haizea-Llevant, Chat, M-Chat,...) son herramientas muy utilizadas y orientativas aunque con limitaciones derivadas de su interpretación, por tanto no deben ser concluyentes a la hora de establecer un diagnóstico. (Anexo II)

- Signos de alerta. Los signos de alerta nos obligan a ser exhaustivos en la exploración y la historia clínica, valorando en su conjunto el desarrollo del niño, ya que un signo aislado es poco valorable. (Anexo III)

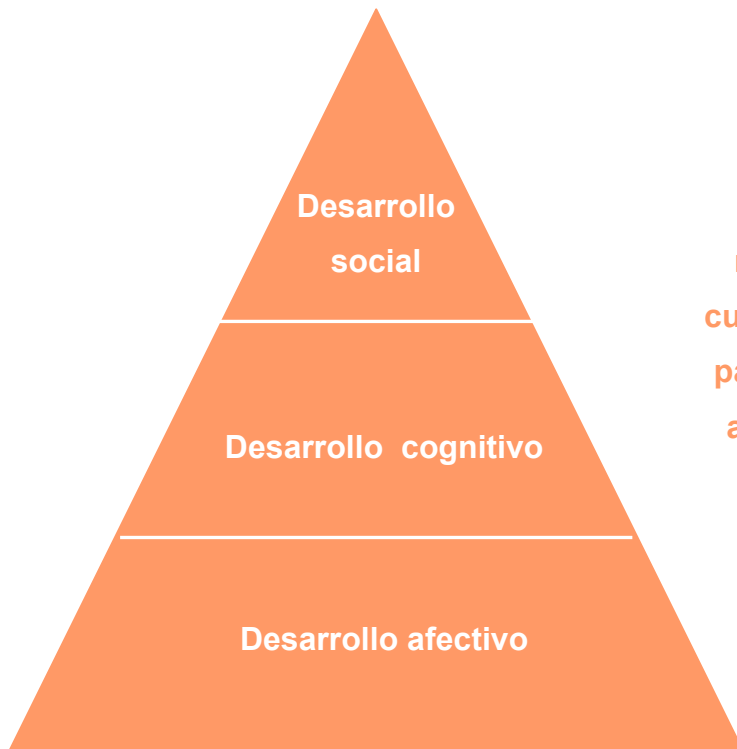
• EVALUACIÓN DEL DESARROLLO AFECTIVO

El desarrollo evolutivo es una construcción narrativa que el menor lleva a cabo incorporando elementos del mundo externo (realidad física, estímulos...) a su mundo interno, esta incorporación es posible gracias a una vinculación afectiva positiva o segura con sus figuras vinculares, por tanto el desarrollo afectivo está en la base de la pirámide del desarrollo evolutivo. (figura 1)

El desarrollo afectivo del menor permite crear modelos de referencia a través de los cuales se incorpora la información necesaria para su desarrollo cognitivo y a partir de ambos (desarrollo afectivo y cognitivo) se posibilita el desarrollo social.

Los vínculos afectivos juegan un papel esencial en la construcción de la identidad de la persona y de sus relaciones futuras, es la base de su seguridad y lleva a la persona a la exploración, al desarrollo de relaciones sociales y de su autonomía.

Una de las habilidades básicas de los padres o madres será saber vincularse afectivamente con sus hijos/as y transmitir modelos de referencia, incluidos los de género, que permitan en ellos un desarrollo integral, adquirir experiencia, desenvolverse y adaptarse al mundo exterior. (figura 1)



El desarrollo afectivo permite crear modelos de referencia a través de los cuales incorpora la información necesaria para el desarrollo cognitivo y a través de ambos se posibilita el desarrollo social

Figura 1. Pirámide del desarrollo evolutivo.

Puntos clave sobre el desarrollo afectivo:

- **Diferenciar interacción, vínculo y relación de dependencia.**
 - Interacción es una relación temporal, intercambiable, sin implicación afectiva ni compromiso.
 - Vínculo es una relación de dos única e insustituible (no es una característica de la persona sino de la relación), en la que ha habido implicación afectiva, permanencia en el tiempo y en la que se ha generado un proyecto de vida. Es la base de la seguridad y la autonomía.
 - Relación de dependencia: está basada en un vínculo afectivo inseguro o negativo e impide el desarrollo integral del menor.
- **Estimular conductas de apego (ver temas correspondientes)**
 - Promoción lactancia materna
 - Buen trato
 - Expresar el afecto
 - Compartir tiempo
 - Generar sentimientos de pertenencia
 - Compromiso y cuidado del otro
 - Observar aspectos positivos de los hijos
- **Fomentar la autonomía, y potencialidad de los menores.**
- **Atención a edades críticas, acontecimientos vitales estresantes** (adquisición de los hábitos de alimentación y sueño. Control esfínteres, rabietas, celos, adolescentes)
- **Seguimiento cercano de las situaciones de riesgo.**

Herramientas o recursos:

- Historia clínica detallada.
- Exploración y valoración de la construcción de vínculos afectivos entre los menores y sus padres. (Anexo IV)
- Conocimiento de las etapas evolutivas, adquisiciones, “momentos críticos” e indicadores y señales de alarma en el desarrollo psicológico. (Anexo I, III, VII, VIII)
- Detección de Factores de riesgo y Factores de protección en el desarrollo psicológico del menor. (Anexo V y VI)

- Facilitar un óptimo desarrollo psicosocial y afectivo mediante la derivación a consulta especializada de menores con señales de alarma.
- Guías anticipatorias que orienten a los padres sobre las necesidades básicas, parentalidad positiva, construcción de vínculo seguro y momentos críticos.
- Grupos Psicoeducativos de Padres, Escuela de Padres, Educación para la salud.

• PROMOVER ACTIVIDADES DE COORDINACIÓN

En aquellos menores en los que se detecten signos de alerta o se sospeche que hay alteración del desarrollo se hará:

- Consulta con el trabajador/a social sanitario para que realice la valoración sociofamiliar.
- Derivación a los servicios especializados (neuropediatría, ORL, Oftalmología, Salud mental, según el caso), y a los servicios de atención temprana.
- Seguimiento en consulta programada de AP en programas específicos (ej: menores de 1500 g; Síndrome de Down, etc... (ver temas específicos)

Herramientas o recursos:

- Proceso de Atención Temprana: (Atención temprana: proceso asistencial integrado. Procesos específicos. Sevilla: Consejería de Salud)
- Asociaciones de discapacitados presentes en la comunidad.
- Consultas específicas de seguimiento en coordinación con atención especializada.
- Creación de Equipos de trabajo multidisciplinares con Unidad de Trabajo social para facilitar calendario de visitas a consulta especializada, derivación a otros servicios o asociaciones y asegurar la atención integral de estos menores.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y AFECTIVO

ANEXO 1

HITOS DEL DESARROLLO EVOLUTIVO

| PERÍODO DE EDAD | DESARROLLO COGNITIVO |
|-----------------|---|
| 0-6 meses | <ul style="list-style-type: none"> - Ejercicio simple de reflejos innatos - Repetición, combinación y diversificación de reflejos |
| 6-12 meses | <ul style="list-style-type: none"> - Repetición de conductas que tienen consecuencias interesantes - Conducta intencional sensoriomotora (p.e. coger un objeto). - Inicio de la permanencia del objeto (conoce la existencia de un objeto que se esconde en su presencia) - Primeras muestras de imitación gestual |
| 12-24 meses | <ul style="list-style-type: none"> - Repetición de conductas con consecuencias interesantes pero con variaciones - Imitación gestual y conservación del objeto ya establecida - Imitación diferida - Conoce miembros de categorías - Representa situaciones vividas a través del juego - Reconoce su imagen en el espejo |
| 2-3 años | <ul style="list-style-type: none"> - Mayor controlabilidad y adaptabilidad de la atención, pero requieren apoyo para atención sostenida y selectiva - Pensamiento <i>egocéntrico</i> o ceñido a su perspectiva y experiencias vitales. P.e. la creencia de que los objetos inanimados están vivos y dotados de intenciones - Deriva conocimientos nuevos de otros aprendidos previamente - Memoria autobiográfica |
| 3-4 años | <ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos categoriales complejos, en tres niveles: categorías básicas, supraordenadas y subordinadas - Recuerda una historia o cuento - Conocimiento del significado arbitrario de símbolos (números) |
| 4-6 años | <ul style="list-style-type: none"> - Capacidad progresiva de discriminar perspectivas diferentes a la suya (p.e. que un niño no sabe donde otro escondió un caramelo, a pesar de que él lo sepa) - Mayor capacidad de atención sostenida y selectiva, aunque en determinadas circunstancias precisan ayudas externas - Autoconcepto basado en el aquí y ahora y ceñido a características físicas, posesiones y preferencias (“tengo pecas; me gusta jugar al fútbol”). |

| PERÍODO DE EDAD | DESARROLLO COGNITIVO Y LENGUAJE COMPLEJO |
|-----------------|--|
| 6– 8 años | <ul style="list-style-type: none">- Mayor control y selección de la atención, adaptándose de manera más eficaz a las exigencias de cada situación- Uso de estrategias de memoria, principalmente repetir el material a aprender.- Habilidades en tareas de series de razonamiento (p.e. nieto-hijo-padre y...? abuelo)- Realizan exitosamente distintas tareas de reversibilidad, es decir, volver las cosas a un estado inicial de partida ya conocido por él para solucionar un problema.- Adquisición de repertorios básicos de lectoescritura y cálculo |
| 8 -12 años | <ul style="list-style-type: none">- Uso más frecuente de la repetición como estrategia de memoria pero combinado con estrategias de organización comprensiva del material- Habilidades de razonamiento a través de analogías- Autoconcepto basado en rasgos de conducta y capacidades, enfatizando la pertenencia a una categoría (“soy un buen futbolista”) y las interacciones interpersonales. |
| >12 años | <ul style="list-style-type: none">- Capacidad para informar sobre razonamientos del tipo “creo que tu estás pensando que yo estoy pensando pedirte algo” y del tipo “el médico esta pensando qué pensará mi madre de lo que le ha dicho de la alimentación”- Habilidades de razonamiento hipotético-deductivo- Autoconcepto basado en actitudes y rasgos de personalidad abstractos (“soy muy solidario”) y expresado en términos relativos.- Establecimiento de preferencias profesionales, gustos u otros valores, así como estrategias de afrontamiento para su consecución. |

| PERÍODO DE EDAD | DESARROLLO DEL LENGUAJE Y COMUNICACIÓN |
|-----------------|--|
| 0-6 meses | <ul style="list-style-type: none"> - Comunicación basada en señales cinéticas (gestos, sonrisas, llantos) - Arrullos - Protoconversaciones adulto/bebé |
| 6-12 meses | <ul style="list-style-type: none"> - Laleo o balbuceo reduplicativo (“ba-ba-ba-ba”) - Protoimperativos (usa al adulto para obtener un objeto) - Protodeclarativos (usa un objeto para llamar la atención del adulto) - Comprensión de las primeras palabras - Responde a su nombre - Parloteo: combinación de diferentes sonidos (“da-du”) - Expresión de la primera palabra |
| 12-24 meses | <ul style="list-style-type: none"> - Emite alrededor de 10 palabras - Imitación vocal - Sobre-extensiones (misma palabra para distintos referentes) - A los 18 meses: 50 palabras a nivel expresivo y 100 a nivel comprensivo. - Comprende órdenes sencillas - Explosión léxica a partir de los 20 meses - Holofrases: uso de una palabra para expresar una idea completa - Primeras combinaciones de palabras (“papá agua”) |
| 2-3 años | <ul style="list-style-type: none"> - Combinaciones de tres palabras - Pregunta por el nombre de las cosas - Habla “telegráfica” - Hiperregularizaciones: (“he ponido”, “no cabo”) - Incorporación progresiva al repertorio morfosintáctico: preposiciones, conjunciones, artículos, tiempos verbales, etc. |
| 3-4 años | <ul style="list-style-type: none"> - Aprende entre 5-9 palabras nuevas al día - Amplio repertorio fonológico de articulación vocal, pero son frecuentes los errores - Usa frecuentemente el lenguaje para comunicarse con adultos o jugando solo - Realiza preguntas sobre el funcionamiento de diversos eventos - Uso sistemático de morfosintaxis adecuada |
| 4-6 años | <ul style="list-style-type: none"> - Léxico de 8000 palabras - Dominio completo de la articulación fonológica. - Dominio de errores de hiperregularización |

| PERÍODO DE EDAD | DESARROLLO SOCIOAFECTIVO |
|-----------------|--|
| 0-6 meses | <ul style="list-style-type: none"> - Expresión facial de interés, asco, desagrado o enfado - Sonrisa social - Sensibilidad diferenciada hacia figuras familiares - Total dependencia de su figura de apego, construcción de la confianza que se recibe a través de los cuidados físicos, la higiene y las caricias. - Intercambio de miradas, gestos y vocalizaciones. - A través del llanto, balbuceos el bebé comunica sus deseos y necesidades. El hecho de que sus padres interpreten y satisfagan estas demandas brinda seguridad y fortaleza al niño. - Aceptan a desconocidos |
| 6-12 meses | <ul style="list-style-type: none"> - Apego establecido: precaución ante los desconocidos y protestas por la separación del cuidador . Llanto y/o timidez ante extraños (8 meses) - A través del llanto, los gestos, balbuceos y primeras palabras el bebé comunica sus deseos y necesidades. El hecho de que sus padres interpreten y satisfagan estas demandas brinda seguridad y fortaleza al niño. - La comprensión de las expresiones emocionales de otros guía su conducta a niveles básicos. - Juego en paralelo con iguales. |
| 12-24 meses | <ul style="list-style-type: none"> - Acepta mejor las separaciones de las figuras de apego - Juego simbólico o de ficción con personas u objetos (p.e. usar un palo como un teléfono o un cuchillo) - Ausencia de preferencias de género en los compañeros de juego. - Sigue ordenes o peticiones sencillas. - Aprenden a tolerar y afrontar sus reacciones emocionales. - A través del llanto, los gestos, y palabras el bebé comunica sus deseos y necesidades. El hecho de que sus padres interpreten y satisfagan estas demandas brinda seguridad y fortaleza al niño. |
| 2-3 años | <ul style="list-style-type: none"> - Desarrolla la autonomía a través del movimiento y del lenguaje. - Cumple secuencia de órdenes. - Sigue normas sencillas en el juego. - Diferenciación del propio yo del de los demás. - Se interesa por los estados afectivos de los demás. - Experimenta emociones como vergüenza, culpa y orgullo. - Comparten con amigos. - Juego cooperativo y socio-dramático (p.e. jugar a los médicos) - Adoptan estados emocionales diferentes a los propios a través del juego simbólico. - Preferencias por jugar con niños del mismo sexo. |

| | |
|------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Expresión emocional flexible y adaptada a las circunstancias. - Adquiere hábitos de auto cuidado: vestirse, limpiarse y ducharse. - Etapa de un gran egocentrismo y dificultad para ponerse en el lugar del otro (hasta los 4 años) - Surgen pataletas y berrinches pues quiere separarse de sus figuras vinculares pero desea que ella siga a su servicio. |
| 3-4 años | <ul style="list-style-type: none"> - Adquiere hábitos de auto cuidado: vestirse, limpiarse y ducharse - Comportamientos oposicionistas reconducibles - Etapa de un gran egocentrismo y dificultad para ponerse en el lugar del otro (hasta los 4 años) - Relaciones de jerarquía establecidas (p.e. padres/hijo) - Construye un ideal basado en sus principales figuras de apego. - Conocimiento de normas sociales - Se amplían gustos y preferencias así como el contacto con diversos agentes de socialización (profesores, compañeros..) |
| 4-6 años | <ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de los roles sociales y de género - Curiosidad por el cuerpo y la sexualidad. Se preocupan por el nacimiento de los niños y las niñas, por las relaciones de pareja. - Construye un ideal basado en sus principales figuras de apego. - Gran desarrollo de las fantasías sobre las que basan su juego o ideales. - Comprensión de las normas sociales y morales básicas - Habilidades de empatía en situaciones concretas y emociones básicas (p. e. alegría) - A partir de los 5 años bajan las pataletas y descubre que puede integrarse a su medio y busca ser reconocido y aceptado por su ambiente. - Aparece el deseo de apoyar en las labores de casa, ayudar a su profesora. - Aparecen los miedos nocturnos, temen a monstruos, animales, etc. |
| 6 – 8 años | <ul style="list-style-type: none"> - Amistad como ayuda y apoyo unidireccional - Autoridad como mayor poder físico y social. Aprende el funcionamiento social, sus normas y exigencias - Obediencia basada en la reciprocidad (“si lo hago, jugará conmigo”) - Habilidades de empatía generalizadas a distintas situaciones y con emociones más complejas (p.e. culpabilidad) - Capacidad de comprender que una situación puede producir dos emociones diferentes, siempre que una suceda a la otra (p.e. que está contento por dormir en casa de un amigo, pero luego añorará a sus padres) - Comprende y además utiliza razonamientos referidos al reparto equitativo (p.e. los mismos caramelos a cada uno) - Tolerancia a la frustración y un estilo de afrontamiento adecuado a las situaciones en las que ocurren experiencias de fracaso y decepción. - Mayor necesidad de convivir con gente de su edad. Los niños conviven con los niños y las niñas |

| | |
|-----------------------|--|
| | <p>con las niñas, encontrando poco agradables a los del sexo opuesto.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desea adquirir un lugar en su núcleo social, tanto en casa como con los amigos, el reconocimiento de los otros (especialmente de sus padres) es fundamental para su autoestima. - Suele tener sentimientos de inferioridad en la escuela, el apoyo del núcleo familiar es muy importante para contener sus crisis. |
| <p>8 -12 años</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Es una etapa en la que canaliza su energía y sus impulsos en actividades creativas y complejas, esto le ayuda a sentir seguridad sobre su identidad. - La productividad y la competencia cobran mayor importancia y son sanas si son moderadas. - Amistad basada en la reciprocidad principalmente instrumental (“nos dejamos los juguetes”) pero con referencias a la similitud psicológica - Habilidades de comunicación con iguales y adultos - Autoridad ligada a otras cualidades, conocimientos (“el médico sabe de la salud”) o al desempeño de un rol. - Conciben las reglas como acordadas por consenso entre todos los implicados - Capacidad para discriminar la emoción de una persona a pesar de que su expresión facial no se corresponda (p.e. que alguien está triste aunque no lo “parezca”) - Capacidad de comprender que dos emociones diferentes se den a la vez siempre que tengan causas distintas (p.e. que está enfadado con un amigo porque le rompió el juguete pero triste porque tenga que irse castigado) - Posteriormente, admite que son posibles dos emociones diferentes simultáneamente y causadas por el mismo motivo (que está orgulloso de decirle la verdad a sus padres, pero triste por haberle castigado por los suspensos) |
| <p>>12 años</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Amistad basada en la reciprocidad del apoyo y confianza mutua (“nos contamos nuestros secretos o problemas”) - Capacidad empática con situaciones de mayor nivel de abstracción (p.e. el hambre en el mundo) - Mayor tiempo de relación y temas de conversación propios con iguales. La pertenencia a un grupo de amigos de su misma edad es fundamental, ya que la identidad grupal apoya el sentimiento de pertenencia que le “asegura un lugar en el mundo”. - También hay quienes se vuelven muy tímidos y temerosos a las exigencias del medio, prefieren estar solos o con poca gente de su edad con quienes se sienten realmente identificados. - Amistades más íntimas y aumento de comportamientos prosociales - Transición desde la pandilla unisexual, a la interacción con otras pandillas unisexuales, hasta la pandilla mixta - Primeros vínculos y relaciones de pareja. Tiene ganas de experimentar cosas nuevas y de jugar distintos roles, con ello incluido el rol de pareja. Generalmente, esto ocurre primero en las mujeres que en los hombres. - Inicio de las conductas sexuales - Aumentan las expectativas de influencia en la toma de decisiones familiares - Cambios en las relaciones padres/hijos: mayor equilibrio entre afecto, comunicación y control; o desajustes afectivos. Presenta conductas rebeldes por una necesidad de diferenciarse de sus |

padres aunque sigue dependiendo de ellos.

- Su tarea más importante es la búsqueda de identidad. Esto conlleva cierta confusión que se refleja en el culto al héroe o ídolo, impulsividad infantil e intolerancia hacia los demás.

DESCRIPCIÓN DE LA TABLA

| | |
|--|--|
| Instrumento que permite a los profesionales de los servicios sanitarios, educativos y sociales | Comprobar nivel de desarrollo cognitivo, social y motor de los niños y niñas de 0 a 5 años, detectar precozmente, en toda la población infantil, aquellas dificultades en las que está indicada una evaluación más completa y especializada. |
| Describe por colores la adquisición habitual de determinados hitos fundamentales del desarrollo infantil por edades en nuestro medio | <p>Inicio de la columna verde la edad en que lo ejecutan satisfactoriamente el 50%</p> <p>Final de la columna verde la edad en que lo ejecutan satisfactoriamente el 75%</p> <p>Final de la columna azul la edad en que lo ejecutan satisfactoriamente el 95%</p> |
| Consta de 97 elementos, que valoran el desarrollo | <p>Área de socialización: 26 elementos</p> <p>Área de lenguaje y lógica-matemática: 31 elementos</p> <p>Área postural: 21 elementos</p> <p>Área de manipulación: 19 elementos</p> |
| VENTAJAS FUNDAMENTALES DE LA TABLA “HAIZEA-LLEVANT” | |
| Sus datos proceden de población infantil de nuestro medio (muestra aleatoria 2.510 niños y niñas) | Comunidades Autónomas de Cataluña y del País Vasco. |
| Ofrece todo el espectro de normalidad en la adquisición de una determinada competencia | Permite valorar grandes variaciones normales del desarrollo, eliminando ansiedades injustificadas y estructurando el marco en el que una falta de adquisición debe ser considerada “estadísticamente anómala |
| Los elementos son fácilmente administrables | no requieren una formación especializada ni un material costoso |

| | |
|---|---|
| Las escalas de valoración del desarrollo no son diagnósticas | 1/3 de los niños con dificultades en su desarrollo puntúan de manera normal en los elementos de adquisición de ciertas habilidades fundamentales, por eso establece adicionalmente 13 signos de alerta, que a cualquier edad o a partir de edades concretas indican la necesidad de realizar una evaluación cuidadosa de la situación |
| La tabla se puede administrar en un corto espacio de tiempo | |
| La Tabla alerta sobre las posibilidades de | ceguera, autismo, sordera, parálisis cerebral y deficiencia mental |
| NORMAS DE INTERPRETACIÓN | |
| Se traza una línea vertical partiendo desde la edad en meses del niño y atravesando dichas áreas. | Preguntar a la familia y comprobar si el niño realiza los elementos que quedan a la izquierda de la línea trazada o aquellos que atraviesa la línea. |
| El examinador o examinadora valorará | La falta de adquisición de elementos en todas o algunas de las áreas de desarrollo la presencia de señales de alerta la necesidad de otros estudios diagnósticos |
| En niños nacidos prematuros. | Es preciso utilizar la edad corregida por debajo de los 18 meses de edad |
| CONSIDERACIONES | Crear un ambiente agradable, estando presente la familia; y con el niño tranquilo Comenzar por el área de socialización No es preciso mantener el orden estricto del test Para evaluar el desarrollo psicomotor considerar que el niño o niña no esté enfermo, hambriento o con sueño; y que ve y oye bien |

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y AFECTIVO

ANEXO 3

SIGNOS DE ALERTA POR EDADES

| | |
|----------------|--|
| <p>2 meses</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Irritabilidad permanente. - Sobresalto exagerado ante el ruido. - Llanto monótono o alto. - Aducciones pulgares. - Ausencia de contacto visual |
| <p>3 meses</p> | <ul style="list-style-type: none"> - No control cefálico. - Asimetría de la actividad de las manos. - No responde a los sonidos. - Ausencia de seguimiento visual. - Falta sonrisa social |
| <p>4 meses</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pasividad excesiva. - Limitación en la abducción (ángulo a 90°). - No se orienta hacia la voz. - No responde con sonidos guturales a la voz ni emite sonidos para llamar la atención |
| <p>6 meses</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Persistencia del reflejo de Moro. - Ausencia de control del eje corporal. - No prensión voluntaria. - No seguimiento visual de 180°. - Falta de balbuceo. - Dificultad para la interacción con las personas de su entorno. |
| <p>8 meses</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de volteo. - Asimetría en la prensión. - No dirige las manos a los objetos (déficits en la prensión manipulación y/o prensión en la línea media). - No se coge los pies para jugar con ellos. - Patrón de conducta repetitivo |

| | |
|--------------------------------|--|
| <p>9 meses</p> | <ul style="list-style-type: none"> - No sedestación sin apoyo. - Estereotipias verbales. - No hace frases de dos palabras. - Incapacidad para ejecutar órdenes sencillas, que no se acompañen de gestos. - No responde, ni parece reconocer a su nombre. - Incapacidad para desarrollar juego simbólico. Ausencia de participación en actos cotidianos: comer, vestirse... |
| <p>36 meses</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Caídas frecuentes. - Dificultad para subir y bajar escaleras. - No puede copiar un círculo. - Inmadurez verbal (vocabulario escaso, no uso de verbos). - Lenguaje incomprensible. - Incapacidad de comunicarse con frases cortas (3-4 palabras). - Incapacidad de separarse de la madre |
| <p>4 años</p> | <ul style="list-style-type: none"> - No adquisición de conductas básicas (alimentación, sueño, control de esfínteres). - Incapacidad de prestar atención cinco minutos mientras se le lee un cuento. - No copia un cuadrado. - No consigue realizar un puzzle de cuatro piezas. - No usa pronombre personales, artículos o nexos |
| <p>5 años</p> | <ul style="list-style-type: none"> - No es capaz de pintar un "monigote" mínimamente reconocible - No es capaz de copiar un triángulo. - Insomnio, dificultad al dormirse, pesadillas. - Incapacidad de seguir juegos reglados, planificar, escuchar normas y respetar turnos. |
| <p>A cualquier edad</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de hitos conseguidos en etapas anteriores. - Macrocefalia. - Microcefalia. - Estacionamiento perímetro craneal. - Dismorfias. |

- Arreflexia osteotendinosa.
- Asimetrías posturales o de la motricidad.
- Movimientos oculares anormales.
- Movimientos cefálicos anormales.
- Otros movimientos anormales:
- Actividades distónicas de manos y estereotipias.
- Hiperextensión cefálica y/o del eje corporal.
- Movimientos cefálicos repetitivos.
- Trastornos conductuales graves.

Modificado del Proceso de Atención Temprana. Junta de Andalucía. Consejería de Salud (2006).
Atención temprana: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y AFECTIVO

ANEXO 4

INFLUENCIA DE VÍNCULO PADRE/MADRE- HIJO/HIJA EN EL DESARROLLO DE LOS MENORES

El vínculo es una necesidad innata del ser humano de relacionarse con otro por medio de conductas de intimidad (abrazar, sonreír) que desean ser correspondidas. Las principales figuras vinculares para los niños y niñas son aquellas que se hacen cargo de su cuidado y protección sean o no sus padres biológicos.

| | |
|--|--|
| <p>VÍNCULO SEGURO</p> | <p>Características de los padres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se encuentra cómodo en sus relaciones afectivas. • Puede ser cercano e íntimo y autónomo a la vez. • Tiene una visión positiva tanto de sí mismo como de los otros. • Se siente fuerte para enfrentar diversas situaciones en casa y en el trabajo. <p>Actitud de los padres hacia los menores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escucha y complace las demandas del niño. • Puede alejarse del él pero siempre vuelve a su lado cuando lo necesita, le da protección y apoyo en situaciones que el niño percibe como “peligrosas”. • No tiene expectativas concretas de las respuestas del niño sino que está flexible y receptivo/a frente a lo que el niño expresa. <p>Características de los menores</p> <ul style="list-style-type: none"> • El niño o niña seguro llora cuando sus padres se alejan y se tranquiliza cuando llegan, más adelante. • Maneja bien la separación. • Es capaz de jugar libremente porque sabe que está protegido. • Tiene buenas relaciones con sus iguales y no se victimiza ni victimiza a los otros, de hecho, sus compañeros lo encuentran positivo y dispuesto. • No teme al fracaso ya que su madre o padre están seguros de que puede lograr las cosas que se propone. |
| <p>VINCULO INSEGURO EVITATIVO O</p> | <p>Características de los padres:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valoran más la independencia. |

| | |
|---|--|
| <p>DESPREOCUPADO</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Rechazan la intimidad como modo de protección (aunque en el fondo tengan necesidad del cariño de los otros) • Expresan poco sobre sí mismos y sus sentimientos. • Suelen tener dificultades en las relaciones interpersonales. • Tienden a sentirse mejor en el manejo de temas laborales que en las relaciones personales. • Se sienten incapaces de contener sus propias ansiedades y temores, los evitan, los niegan y los depositan en otros, muchas veces en sus hijos o en sus parejas. <p>Actitud del padre o madre hacia el niño o niña</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tienden a rechazar las conductas de apego del menor. • Tienen aversión frente al contacto táctil. • Se quejan de manera verbal y/o no verbal del fastidio que le produce haber tenido al bebé. <p>Características de los menores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se presentan con mayor frecuencia en hombres. • No presentan reacciones afectivas e interés frente a las figuras de apego, incluso pueden mostrar más interés por un extraño que por sus madres. • Tienden a poner una “barrera” entre ellos y sus emociones, se muestran apáticos, no son cariñosos, rechazan el contacto físico. • Tienen dificultades sociales pues tienden a ser agresivos con sus compañeros. |
| <p>VINCULO INSEGURO AMBIVALENTE O PREOCUPADO</p> | <p>Características de los padres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Presentan ansiedad constante • Se implican demasiado en las cosas. • Tienden a generar relaciones de dependencia. • Gran dificultad para tener relaciones afectivas satisfactorias. • Tienden a sentir soledad y tristeza con frecuencia. • Les cuesta separarse de su hijo o hija. <p>Actitud del padre o madre hacia el niño o niña</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tienden a ser confusos algunas veces manifiesta calidez y otras, enojo sin que |

| | |
|---|--|
| | <p>existan motivos lógicos para hacerlo.</p> <ul style="list-style-type: none">• Respuesta inestable frente a las señales del niño o niña, no lo rechazan pero presentan incapacidad para consolarlo en su regazo.• Con frecuencia sus comentarios desaniman la autonomía de los hijos e hijas.• Les cuesta establecer buen contacto con el niño o niña y no saben “leer” lo que les ocurre <p>Características de los hijos</p> <ul style="list-style-type: none">• Se encuentran muy angustiados y preocupados por lo que la figura vincular hace o deja de hacer, esto les impide realizar sus propias actividades de exploración y juego.• La ausencia de su padre o madre les estresa pero su presencia también, no se sienten reconfortados y tranquilos en su cercanía.• Cuando hay conflictos entre la pareja el niño o niña tiende a involucrarse y a sentir culpa, genera conductas muy dependientes y toma partido. |
| <p>VINCULO DESORGANIZADO</p> | <p>Características de los padres</p> <ul style="list-style-type: none">• Es el tipo de apego que generan padres o cuidadores con psicopatologías más severas.• Pueden ser depresivos, excesivamente ansiosos, con trastorno bipolar, drogodependientes y otros trastornos graves.• Generalmente en sus relaciones están presentes el maltrato y/o la violencia.• Es muy posible que existan situaciones traumáticas previas. <p>Actitud del padre o madre hacia el niño o niña</p> <ul style="list-style-type: none">• Con frecuencia presentan conductas contradictorias (piden aproximación con el niño o niña pero luego ponen distancia)• No son capaces de tranquilizar al niño, se asustan con las demandas del niño o niña• Inversiones de rol, busca que el infante les de seguridad. |

- A veces tienen conductas sexualizadas o demasiado íntimas con el niño de manera prolongada.
- Hay distancia afectiva y verbal.

Características de los hijos

- Patrones conductuales contradictorios, tales como una conducta de apego muy fuerte seguida repentinamente por la evitación, la congelación o conductas absortas.
- Indicadores de desorganización y desorientación, tales como deambulación desorientada, expresiones confusas o absortas o cambios rápidos y múltiples del afecto.
- Tienen expresiones de angustia pero no buscan acercarse a su figura vincular sino evitarla.
- Tienden a tener conductas agresivas, a ser hiperactivos y a presentar dificultades en el aprendizaje.

Tabla elaboración propia. FUENTE Save the Children (2008). Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Madrid: Save the Children

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y AFECTIVO

ANEXO 5

FACTORES DE RIESGO GENERALES EN EL DESARROLLO DE PROBLEMAS PSICOLÓGICOS EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

Circunstancias de la concepción y del embarazo

- Madre adolescente (riesgo para la madre y el hijo)
- Hijo no aceptado al final del embarazo
- Hijo adoptado
- Embarazo de riesgo

Circunstancias perinatales

- Prematuridad
- Sufrimiento fetal
- Bebé con defectos o malformaciones
- Separación prolongada madre-hijo en este período
- Hospitalización prolongada

Características temperamentales

- Temperamento difícil, irritable, hiperestésico (ya observable en bebés).
 - Niños complicados/problemáticos en las primeras semanas (Factor de riesgo moderado, inespecífico, para diferentes trastornos. El riesgo aumenta cuando el niño “difícil” vive en un ambiente familiar patológico, conflictivo o incoherente desde el punto de vista educativo)
 - Humor negativo (colérico, triste, etc.)
 - Arrítmico (regulación de los ritmos de vigilia/sueño, alimentación, eliminación, etc.)
 - Reacciones intensas, desmesuradas, frecuentes
 - Adaptación muy lenta a situaciones nuevas (personas, objetos, alimentos, etc.)
 - Embotamiento o alejamiento social
- Inhibición conductual (valorable sobre todo después del primer año de edad):
 - Inhibición conductual en situaciones nuevas, especialmente delante de personas desconocidas que no le resulten familiares

- Tardanza extrema a la hora de responder
- Alejamiento de los desconocidos
- Paralización del juego y las vocalizaciones
- Se apega y se aferra, de forma continua y excesiva, a la madre o a la figura sustituta
- Activación vegetativa

Enfermedades crónicas

- Asma, obesidad, convulsiones, diabetes, déficits sensoriales, neoplasias, VIH+, etc.
- Secuelas de enfermedades agudas del SNC
- Enfermedades metabólicas que originan déficits en los niños que las sufren o que generan angustia en los padres
- Enfermedades que provocan trastornos cognitivos

Cambios ambientales o Momentos críticos agudos

- Muerte del padre, de la madre o de un hermano
- Separación de los padres
- Larga hospitalización personal o de familiares directos
- Larga temporada de ausencia del padre o la madre
- Nacimiento de hermanos en familias vulnerables
- Cambios escolares o ambientales
- Malos tratos físicos y/o sexuales
- Otras circunstancias que producen estrés

Características de los padres

- Antecedentes de trastornos psicopatológicos en los padres:
 - trastornos delirantes
 - esquizofrenia
 - trastornos depresivos mayores
 - episodios de manía
 - intento de suicidio
 - alteraciones graves de la personalidad

— alcoholismo y abuso de drogas

- Enfermedad crónica. Padres con déficits sensoriales graves
- Desestructuración familiar. Conflictos graves y crónicos de pareja
- Desvinculación y/o desconocimiento del papel de padres
- Abandono, negligencia, maltrato
- Padres de edades extremas (muy jóvenes o muy mayores)
- Padres con institucionalización prolongada durante la infancia
- Familias monoparentales con poco apoyo psicosocial

Estatus económicosocial desfavorable

- Situación económica desfavorable (falta de vivienda, dificultades económicas, pobreza extrema, etc.)
- Familias aisladas socialmente
- Migraciones desprotegidas o con riesgo de marginación
- Falta de escolarización de un año de duración o más

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y AFECTIVO

ANEXO 6

FACTORES DE PROTECCIÓN PARA EL DESARROLLO PSICOLÓGICO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

La OMS reconoce, entre otros, los siguientes factores protectores de la salud mental:

Estos factores de protección deben estar presentes y aprenderse en las primeras etapas de la vida de los niños y niñas dentro de su familia

- Estilos de vida saludables.
- Autoestima.
- Sentimientos de dominio y control.
- Sentimientos de seguridad.
- Destrezas sociales y de manejo de conflictos.
- Capacidad para afrontar el estrés.
- Capacidad para enfrentar la adversidad.
- Habilidades de resolución de problemas.
- Adaptabilidad.
- Apego positivo y lazos afectivos tempranos.
- Apoyo social de la familia y amistades.
- Roles igualitarios.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y AFECTIVO

ANEXO 7

MOMENTOS CRÍTICOS DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y SEÑALES DE ALARMA EN EL DESARROLLO PSICOLÓGICO

| | MOMENTOS CRÍTICOS | SEÑALES DE ALARMA |
|------------|---|---|
| 0 a 2 años | <ul style="list-style-type: none"> • El niño o niña se puede despertar varias veces en la noche. • Puede presentar llanto permanente cuando ya está alimentado y se le han cambiado los pañales. • Llanto ante extraños y rechazo a ser alzado por personas que no son muy cercanas. • Deseo de tocar todos los objetos a su alcance. • Exigencia de permanente actividad o juego. • Incremento de PATALETAS O RABIETAS • Dificultades para el destete, quitar chupete, biberón • Succión del pulgar • Negativa a querer dormir solo o en su habitación • Alimentación reducida y selectiva • Celos entre hermanos | <p>TRASTORNOS DEL SUEÑO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedo a dormir o pesadillas durante cuatro semanas, casi todas las noches. • Insomnio: <ul style="list-style-type: none"> ○ Expresado en forma de llantos y protestas (durante cuatro semanas casi todas las noches). ○ Acompañado de actividades motoras elaboradas (balanceo, cabezadas) ○ Gran insomnio (acompañado de rechazo sistemático del contacto, desvinculación, apatía y falta de relaciones sociales) ○ Insomnio silencioso (bebés que pasan horas de noche y de día despiertos sin manifestar nada con los ojos abiertos) • Hipersomnia (somnia prolongada con poca reactividad e indiferencia). <p>TRASTORNOS DE LA REGULACIÓN:</p> <p>Dificultades específicas para regular los procesos conductuales, fisiológicos, sensoriales, de la atención o motores (finos o gruesos), relacionales o afectivos. Dificultades claras para que el niño o bebé pueda organizarse en estados de tranquilidad y calma después de cambios, problemas y alteraciones. Pudiendo ser el niño clasificado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipersensible (excesivamente asustadizo o, por el contrario, negativista y desafiante) • Hiporeactivo (con dificultades para la relación, retraído o distraído) • Desorganizado motóricamente e impulsivo |

| | MOMENTOS CRÍTICOS | SEÑALES DE ALARMA |
|------------|---|--|
| | | <p>TRASTORNOS DE LA RELACIÓN Y LA COMUNICACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retraimiento en la relación, • Ausencia de contacto visual: No mira, evita sistemáticamente la mirada de personas, sólo mira objetos, no realiza seguimiento visual, mirada perdida... • Ausencia de sonrisa o sonrisa infrecuente pasados los 3-6 meses • Falta de respuesta a los estímulos relacionales procedentes de familiares y personas cercanas |
| 2 a 6 años | <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de terrores nocturnos que interrumpen el descanso de los padres • Poner a prueba al adulto para que complazca sus deseos a través de pataletas y rabietas, manipulación para conseguir lo que se propone • Alimentación reducida, selectiva o hábitos inadecuados • Problemas en la retirada del pañal • Celos entre hermanos • Negativa a querer ir al colegio • Desobediencias • Escasa implicación o motivación en actividades académicas o dificultades en las mismas • Escaso control de impulsos y emociones | <p>ALTERACIONES DEL SUEÑO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Insomnio: <ul style="list-style-type: none"> ○ Expresado en forma de llantos y protestas (como mínimo durante cuatro semanas y prácticamente todas las noches) ○ Acompañado de actividades motoras elaboradas (balanceo, cabezadas...) ○ Gran insomnio (acompañado de rechazo sistemático del contacto, desvinculación, apatía y falta de relaciones sociales) ○ Insomnio silencioso (niños que pasan horas despiertos durante la noche o el día, con los ojos abiertos, sin manifestar nada) • Hipersomnia (somnia prolongada con poca reactividad e indiferencia) • Miedo a dormir, a partir de los 30 meses, o pesadillas durante 4 semanas prácticamente todas las noches. |

| MOMENTOS CRÍTICOS | SEÑALES DE ALARMA |
|-------------------|---|
| | <p>TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO: presentación con regularidad de intensidad fuerte o media y desborden las capacidades de tolerancia y contención de los padres o de los educadores)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crisis de cólera • Oposicionismo-negativismo • Conductas agresivas • Tolerancia baja a la frustración (dificultad para calmarle) <p>MIEDOS Y TRASTORNOS DE LA RELACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedos con elusión sistemática de situaciones: noche, oscuridad, algunos animales, personas desconocidas, situaciones nuevas... • Timidez intensa con rechazo del contacto • Problemas importantes en la relación con sus semejantes (agresividad excesiva y/o aislamiento) <p>TRASTORNOS GRAVES DE LA RELACIÓN Y LA COMUNICACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de contacto visual: el niño no mira, evita sistemáticamente la mirada de personas, sólo mira objetos, no realiza seguimiento visual, tiene la mirada perdida... • Ausencia de sonrisa o sonrisa infrecuente: niño absorto en sí mismo, con un estado de ánimo que se caracteriza por irritabilidad y depresión, más que por retraimiento • Conductas agresivas atípicas: automutilación, cabezazos, agresiones peligrosas a uno mismo o a los demás • Habla siguiendo un patrón peculiar: ecolalia, inversión de pronombres, hiperinterrogación, verborrea... • Falta de respuesta a estímulos sociales: afectos inapropiados al contexto de las situaciones, inclinación exagerada a las personas o, a la inversa, ausencia de contactos interpersonales e insociabilidad. |

| | MOMENTOS CRÍTICOS | SEÑALES DE ALARMA |
|--------------------|---|--|
| 7 a 12 años | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de motivación para hacer sus tareas escolares. • Los niños y niñas quisieran estar siempre fuera de casa jugando con sus amigos o amigas • Comienzan a rebelarse y luchan por mayor independencia • Desobediencias • Escaso control de impulsos y emociones • Celos entre hermanos | <p>TRASTORNOS EN LA COMUNICACIÓN Y EN LA RELACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento o inhibición social importante: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alteración de la relación con sus semejantes, compañeros y amigos ○ Sobredependencia del adulto ○ No sabe jugar en grupo ○ Reacciones emocionales excesivas al perder ○ Dificultades para hacer amigos/amigas y para mantenerlos • Desconexión en los contextos cotidianos: <ul style="list-style-type: none"> ○ Contestación fuera de lugar ○ No se da cuenta de lo que sucede a su alrededor ○ Verborrea ○ Habla incoherente • Mutismo total o selectivo • Disfemia <p>TRASTORNOS DE CONDUCTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Impulsividad, oposicionismo (activo o pasivo), rabietas y rebeldía excesivas • Mentiras reiteradas • Dificultades para incorporar y asumir normativas escolares y familiares • Robos y comportamientos destructivos • Agresiones a personas (autoagresiones y heteroagresiones) y a animales • Exceso de movimiento, sin ninguna finalidad (hiperactividad), en más de un ambiente (hogar y colegio, hogar y parque, etc.) |

| | MOMENTOS CRÍTICOS | SEÑALES DE ALARMA |
|--------------|---|--|
| | | <p>TRASTORNOS POR ANSIEDAD EXCESIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acciones repetidas y sin sentido de las cuales no puede prescindir (rituales compulsivos) • Ansiedad excesiva al alejarse de los padres o al preverlo • Miedos desproporcionados y persistentes que limitan la vida cotidiana (fobias) <p>TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza o irritabilidad mantenidas • Sentimiento de culpabilidad excesivo y/o repetitivo • Falta de ilusión, desmotivación • Pensamiento retardado • Astenia • Agitación o lentitud psicomotora • Ideas de suicidio o pensamientos persistentes sobre la muerte • Euforia y excitación excesiva (manía) |
| 12 a 18 años | <ul style="list-style-type: none"> • Presenta actitudes críticas y confrontadoras ante figuras de autoridad como sus padres y profesores por una necesidad de diferenciarse • Cambios repentinos de humor • Preocupación excesiva por el aspecto físico. • Preocupación excesiva por adecuarse al grupo de iguales. • A veces exige ser tratado como adulto y a veces como niño. • Falta de motivación para hacer | <p>ABUSOS DE SUSTANCIAS TÓXICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Señales somáticas <ul style="list-style-type: none"> ○ Pérdida de peso importante ○ Fatiga crónica ○ Tos crónica, congestión respiratoria y ojos rojos ○ Deterioro de la higiene personal ○ Constipación • Apatía y malestar generales persistentes acompañados de otras señales anteriores. • Deterioro de la memoria, la atención y la concentración |

| MOMENTOS CRÍTICOS | SEÑALES DE ALARMA |
|---|---|
| <p>sus tareas escolares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escaso control de impulsos y emociones • Celos entre hermanos | <ul style="list-style-type: none"> • Cambios muy frecuentes de humor (euforia-tristeza) • Autoestima baja, autculpabilización excesiva, automenosprecio <p>TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Molestias gástricas y constipación persistentes acompañados de otras señales • Irritabilidad, tristeza, susceptibilidad persistentes • Pérdida de peso y restricción alimentaria grave • Vómitos y postprandiales reiterados • Retraimiento social progresivo • Amenorrea • Alteraciones electrolíticas (sodio, potasio, cloro, etc.) • Incremento compulsivo de la actividad física <p>TRASTORNOS AFECTIVOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mal humor, irritabilidad, agresividad, tristeza, pesimismo, apatía, aburrimiento • Reducción de actividad de intereses • Descenso del rendimiento académico • Menosprecio personal, culpabilización • Ideas de muerte y/o suicidio • Quejas somáticas • Insomnio o somnolencia • Pérdida del apetito y adelgazamiento • Euforia, locuacidad y descontrol general excesivos |

| MOMENTOS CRÍTICOS | SEÑALES DE ALARMA |
|-------------------|---|
| | <p>TRASTORNOS POR ANSIEDAD EXCESIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedos excesivos, irracionales, no justificados • Rechazo a situaciones no familiares y vinculación familiar excesiva • Resistencia a las relaciones sociales • Quejas somáticas • Perfeccionismo, preocupación excesiva por rendimientos, evaluaciones, resultados, etc. • Preocupación excesiva por la limpieza, el orden, la simetría, las enfermedades, las infecciones, etc. • Comprobaciones innecesarias y rituales absurdos • Trastornos conversivos <p>TRASTORNOS DE LA CONDUCTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rebeldía y/o desobediencia sistemática • Ausentismo escolar frecuente • Agresiones físicas frecuentes • Robos • Mentiras frecuentes • Conductas sexuales inadecuadas • Crueldad con los animales • Consumo de tóxicos |

Tabla: Elaboración propia

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y AFECTIVO

ANEXO 7

CAMPOS A EXPLORAR EN LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y PSICOLÓGICO POR EDADES

CAMPOS A EXPLORAR EN LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y PSICOLÓGICO

De 0 a 6 meses

- Observar el ejercicio adecuado de los reflejos.
- Observar si atiende tanto a un objeto como a un estímulo sonoro: ¿lo mira, lo sigue/busca con la mirada, hasta qué ángulo, intenta cogerlo, muestra alguna reacción hacia éste como alegría o desagrado?.
- ¿Le interesa su cuerpo? Por ejemplo, se busca las manos, las chupa o explora, etc.
- Observar si existen reacciones diferenciales ante los rostros de las personas en comparación con los objetos y entre personas familiares a él o desconocidos.
- Explorar la presencia de sonrisa social (p.e. pidiendo a la madre que lo estimule).
- Observar o preguntar a los familiares si el niño emite gorgojeos o arrullos.
- Explorar si coge los objetos y se los cambia de mano, preguntando además si cuando se le caen los busca (es posible que no los busque hasta la fase siguiente).
- Observar o preguntar si percibe contingencias del medio y las repite (p.e. cuando le da un golpe al sonajero y escucha que provoca un sonido intenta repetirlo).

Preguntar si muestra reacciones anticipatorias. Por ejemplo, ¿levanta los brazos cuando lo va a tomar una persona conocida?

De 6 a 12 meses

- Valorar la existencia de juego manipulativo: por ejemplo explora un objeto con las manos, lo gira, lo mira, lo chupa, lo tira, etc.
- Observar o preguntar si percibe contingencias básicas de su medio social y las busca (p.e. si al hacer un gorgojeo la madre le hace carantoñas, responde a sus “fiestas” buscando la interacción social). Valorar progresivamente durante este período los comportamientos del menor que puedan considerarse una muestra de su interés por las relaciones sociales (p.e. se interesa por los niños, hace “gracias” al entorno, etc).
- Valorar las muestras de apego ajustadas a esta edad.
- Comprobar si imita gestualmente, considerando que imitará a personas familiares previamente a imitar a desconocidos.
- Explorar si juega con el lenguaje: por ejemplo repite los mismos sonidos o incluso combina sonidos diferentes en cadenas silábicas

CAMPOS A EXPLORAR EN LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y PSICOLÓGICO

- Preguntar a los familiares si utiliza a las personas para alcanzar un objeto y si incluso solicita la atención de un adulto hacia un objeto (p.e. ¿señala o muestra algo que le es llamativo para que el adulto lo mire?)
- Valorar el lenguaje comprensivo del menor a través de sus padres, preguntándoles por ejemplo cómo responde cuando lo llaman por su nombre, si se detiene ante un “no”, si mira a papa ante la pregunta ¿dónde está papá? u otros ejemplos similares.
- Preguntar a los familiares si articula alguna palabra y en que situaciones (p.e. dice mamá cuando se despierta y quiere que vaya a cogerlo).
- Valorar a través de la familia por los logros de autonomía del menor (p.e. coge el biberón solo y se lo lleva a la boca).
- Valorar la transición al juego exploratorio, preguntando si utiliza nuevas formas de juego para explorar el mundo y su entorno social (meter y sacar objetos, hacer palmitas con adultos ...)

De 12 a 24 mese

- Valorar nuevas y variadas formas de interrelación con el entorno a través del juego (p.e. hacer torres de cubos, patear un balón, que mamá le lea un cuento, etc).
- Preguntar por el desarrollo del juego simbólico (p.e. tapa a la muñeca para dormir).
- Preguntar a los padres si imita gestos variados y ante múltiples modelos (familiares, no familiares, dibujos de la tele, etc), para comprobar si se ha logrado que dicha habilidad se generalice a múltiples circunstancias.
- Explorar si muestra imitación gestual de manera diferida. Por ejemplo, tras mostrarle “como se peina mamá”, lo imita aunque se le pida pasado un tiempo.
- Valorar si el menor imita vocalmente, a través de la información de los familiares y a ser posible, a través de la observación directa en la consulta.
- Valorar el desarrollo del lenguaje a través de los padres. Es recomendable que junto a la estimación informal de dicho repertorio, se realicen valoraciones estandarizadas periódicas para un seguimiento más fiable, realizando como mínimo una evaluación estandarizada inicial alrededor de los 18 meses y un seguimiento al año (alrededor de los 30 meses). Para ello pueden utilizarse instrumentos como el Inventario de Desarrollo Comunicativo de MacArthur – MCDI - (López-Ornat, S., Gallego, C., Gallo, P., Karousou, A., Mariscal, S. y Martínez, M., 2005), validado en población española desde los 8 hasta los 30 meses de edad.
- Para completar la valoración del repertorio lingüístico habría que considerar:
 - 1) Comprensión de frases: p.e. el seguimiento de órdenes sencillas.
 - 2) Elaboración progresiva de la expresión lingüística, desde palabras aisladas a holofrases, frases de dos palabras, así como otros logros ajustados a la norma.
 - 3) Variedad de usos del lenguaje: para pedir cosas, para nombrar objetos o eventos de su entorno, en canciones, rimas u otras secuencias aprendidas.

CAMPOS A EXPLORAR EN LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y PSICOLÓGICO

- 4) **Habilidades de adquisición lingüística:** si las nuevas formas lingüísticas las está aprendiendo a través de situaciones de enseñanza más o menos formales con otras personas (p.e. di “pan”... ¿qué quieres?, dilo tu...”pan”) o si incluso observan que cuando el menor escucha que alguien usa una palabra es capaz de comprenderla o expresarla sin que nadie se lo haya enseñado directamente.
 - 5) **Adquisición progresiva de la articulación vocal,** atendiendo al uso progresivo de nuevos fonemas y en posiciones de articulación distintas (p.e. “pla”, “pal”).
- Valorar la adquisición progresiva de tolerancia a la frustración o situaciones desagradables (separaciones de los padres, no comprarle algo que quiere, etc).
 - Valorar la adquisición progresiva de rutinas y habilidades básicas en relación a la alimentación, sueño, juego, relaciones sociales, etc.
 - Explorar a través de los padres nuevos logros en la autonomía del menor ajustados a su edad (se quita prendas sencillas, uso de la cuchara,...).

De 2 a 3 años

- Evaluar si participa en juegos colaborativos con otras personas y si además tienen un carácter sociodramático (p.e. jugar a los médicos).
- Valorar si obedece secuencias de órdenes (p. e. coge tu juguete y guárdalo en su cesto) y cumple normas sencillas en un juego (p. e. “ahora me toca a mí”).
- Valorar si se involucra en un juego durante un tiempo más largo progresivamente.
- Explorar si el niño participa en actividades pre-académicas en casa o en el centro de educación infantil (usa lápices, sigue indicaciones en una tarea de papel, etc).
- Realizar una nueva valoración del lenguaje tal y como se detalló anteriormente, atendiendo principalmente a la adquisición de formas lingüísticas más complejas (p. e. conoce ciertas categorías, comprende y/o expresa frases más largas, mejor articulación vocal, usa preposiciones, conjunciones, etc) y con nuevas funciones (para conversar con otros niños y adultos, para contar cosas que hizo en otro momento, lugar o persona, para conocer el nombre o la utilidad de los objetos u otros eventos, etc..)
- Explorar la adquisición y/o estabilidad de rutinas básicas en relación a la alimentación, sueño, control de esfínteres, juego, sociabilidad, etc.
- Valorar si persisten hábitos como el uso del chupete u otras autoestimulatorias (succión del pulgar, “tocar la mantita preferida” para dormir, etc).
- Valorar nuevos logros de la autonomía del menor ajustados a su edad (beber solo de un vaso, se lava las manos, se interesa por quitar botones y cremalleras, etc.).

De 3 a 4 años

- Explorar el abanico de gustos e intereses del menor, considerando si son variados, de múltiples fuentes (distintas personas, actividades académicas, de juego,..) y constructivos en su desarrollo.

CAMPOS A EXPLORAR EN LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y PSICOLÓGICO

- Valorar la adaptación y participación del menor en nuevas rutinas y actividades (p.e. asistencia al colegio), así como nuevas relaciones sociales (compañeros de colegio, profesores, hermanos u otros).
- Valorar el establecimiento de relaciones de jerarquía con otras personas (padre-niño, profesor-niño,...) preguntando a los padres por el cumplimiento de peticiones y el seguimiento de rutinas por parte del niño, quien define estas rutinas o normas de funcionamiento cotidiano (p.e. donde se sienta a comer), como intentan sus hijos cambiar estas normas y hasta qué punto lo consiguen, como reconducen las situaciones de conflicto, etc.
- Evaluar el establecimiento de responsabilidades y obligaciones básicas (p.e. recoger sus juguetes).
- Valorar el cumplimiento progresivo de normas de funcionamiento social (p.e. dar las gracias, decir buenos días, etc).
- Valorar el repertorio lingüístico atendiendo a la adquisición de nuevos logros (p.e. uso de adverbios, corrección parcial de hiperregularizaciones,...).
- Explorar nuevos logros de autonomía del menor (p.e. colaborar en la ducha).
- Valorar la capacidad del niño de discriminar sus estados internos y emocionales (p.e. si le duele la barriguita, si tiene sueño, etc)

De 4 a 6 años

- Preguntar a los padres sobre la capacidad del menor de comprender las reacciones y estados emocionales de otras personas y de adoptar distintas perspectivas a la suya (p.e. ¿cuándo va a hacer un regalo a un amigo, puede anticipar si le gustará o no le gustará?; si el niño tiene guardado un juguete en un sitio, ¿sabe si una persona que no lo vio guardarlo desconoce que está ahí?).
- Valorar el establecimiento de nuevas formas de comunicación y de relación con el menor, gracias a la mayor perspectiva autobiográfica (p.e. el niño cuenta a sus amigos lo que hizo en verano, cuenta a sus padres a qué ha jugado en el cole, etc).
- Si tiene hermanos, explorar la relación entre ellos y factores protectores o claves en la prevención de conflictos (habilidades para compartir, respetar lo que tiene el otro, gustos y habilidades tanto compartidas como independientes de cada uno,...)
- Los logros relativos a la discriminación de estados internos propios y ajenos, unidos a las mayores habilidades lingüísticas y de memoria autobiográfica nos permitirá que los menores sean mejores informantes a estas edades. En este punto es preciso implicar más aún al menor en las sucesivas exploraciones clínicas y valorarlo por estos nuevos logros en autonomía y comunicación con profesionales sanitarios (p.e. conocer sus hábitos de salud e informar sobre ellos).
- Valorar el seguimiento generalizado de hábitos, normas y responsabilidades en casa y en el colegio (p.e., no coger lo ajeno, hablar adecuadamente a los padres, etc) y si se han interiorizado, es decir, si ya existe un seguimiento autónomo por parte del niño (p.e. se puede observar en frases de los padres tales como “es decirle vamos a cenar y ya no le recuerdo que se lave las manos”, “el ya sabe que no se lo voy a comprar y no me lo pide”, “ya no le tengo que recordar que recoja los juguetes”).
- Explorar a través de los padres si existen logros en relación a las habilidades de atención sostenida y

CAMPOS A EXPLORAR EN LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y PSICOLÓGICO

selectiva del menor, preguntando si pasa cada vez más tiempo realizando una misma actividad o juego, si atiende a las cuestiones importantes para hacer una actividad correctamente, etc.

- Observar las descripciones que los padres realizan sobre el menor y si realizan calificativos a comportamiento concretos o al niño en su conjunto (p.e. en lugar de decir “estuvo mal que desobedeciera a su padre”, dicen, “es un niño malo y desobediente”). Valorar las repercusiones que estas u otras descripciones tienen en el autoconcepto del menor (p.e. “yo soy muy malo”) y el concepto que otros tienen de él (profesores, familia extensa, etc).

De 6 a 8 años

- Preguntar a los padres sobre la adaptación escolar (cambio de profesores, nuevas actividades extraescolares u horarios, etc).
- Valorar la existencia de relaciones sociales significativas con compañeros u otros niños de su edad y los logros o afianzamiento de habilidades para relacionarse con su entorno social (p.e. preguntar en una tienda algo que busca, e incluso pagar).
- Valorar a través de los padres el desarrollo de habilidades académicas básicas y el cumplimiento y consolidación de hábitos de estudio.
- Explorar el cumplimiento de normas de convivencia y morales básicas (p.e. respetar el mobiliario urbano, guardar el respeto a adultos u otros compañeros,...)
- Valorar la tolerancia a situaciones de frustración y habilidades de afrontamiento ante estas (p.e. respeta las decisiones adultas).
- Valorar la autonomía en hábitos saludables adecuados (p.e. higiene dental).

De 8 a 12 años

- Valorar su implicación en nuevas preferencias y gustos (videojuegos, ordenador,...).
- Preguntar por la adaptación y relación del menor en su grupo de iguales y con otras personas significativas de su entorno (hermanos, familia extensa, etc.).
- Explorar su adaptación a los cambios corporales propios de la edad (p.e. menstruación).
- Preguntar a los padres sobre las implicaciones del menor en la toma de decisiones familiares y sus habilidades para mediar y dar el peso adecuado su punto de vista.

De 12 a 18 años

- Explorar la relaciones interpersonales significativas del menor, su papel protector o de riesgo y las habilidades de los padres en el manejo de los contactos sociales (horas de salida y llegada, lugares de contacto, momentos adecuados, etc.).
- Valorar el posible consumo de tóxicos y alcohol, así como actuaciones de educación que ha recibido el menor en su entorno familiar y social.
- Valorar el inicio de prácticas sexuales de riesgo, así como actuaciones educativas de su entorno familiar y social.

CAMPOS A EXPLORAR EN LA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO EVOLUTIVO Y PSICOLÓGICO

- Explorar el mantenimiento de hábitos de salud básicos, sobre todos los relativos a la alimentación y al cuidado de la imagen personal de manera adecuada.
- Explorar estrategias de afrontamiento ante situaciones conflictivas (p.e. pérdida de un abuelo, separación de compañeros de clase, discrepancias familiares,...).

Tablas: Elaboración propia

DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y DEL APRENDIZAJE

Población diana:

- Menores de 2 a 14 años

Periodicidad:

- En Todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil desde los 2 años de vida.
- En consultas a demanda específicas.

Actividades

- Detección precoz de trastornos del lenguaje y del aprendizaje

Los trastornos del aprendizaje (TA) y del lenguaje (TL) afectan a niños, niñas y adolescentes que manifiestan limitaciones específicas en diferentes áreas en relación a su rendimiento académico y al uso del lenguaje, y que no se corresponden con su capacidad intelectual. La identificación de los TA en edades preescolares continúa siendo extremadamente difícil y, por lo general, estos pacientes no se diagnostican hasta el tercer año de educación primaria con 8-9 años.

Con frecuencia la familia no expresa abiertamente su preocupación en estos aspectos, a no ser que se pregunte específicamente. Es necesario por tanto, preguntar por el rendimiento escolar incluso a edades muy tempranas con objeto de detectar TA y TL y solicitar una evaluación psicopedagógica en quienes se sospechen dificultades.

La identificación temprana de los TA y TL es esencial para iniciar un tratamiento precoz que permita una buena adaptación al medio escolar e impida alteraciones en el rendimiento académico y/o secuelas emocionales que condicionan el pronóstico y la efectividad del tratamiento.

Clasificación de los TA según el DSM-IV-TR

- Trastorno de la lectura.
- Trastorno del cálculo.
- Trastorno de la escritura.
- Trastorno de aprendizaje no especificado.

Los TA hacen referencia a déficits específicos y significativos del aprendizaje escolar y tienen unos criterios diagnósticos propios que pueden resumirse en:

- Las capacidades de lectura, escritura o cálculo, se sitúan por debajo de lo esperado para la edad cronológica, el cociente de inteligencia y la escolaridad propia de la edad. Estas capacidades son medidas mediante pruebas normalizadas y administradas individualmente.
- Estas alteraciones han de interferir significativamente en el rendimiento académico o en las habilidades de la vida cotidiana que exigen lectura, cálculo o escritura.
- Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura, cálculo y escritura exceden de las asociadas habitualmente a él.

También deben de cumplir la premisa de no ser consecuencia directa de otros trastornos como retraso mental, enfermedades neurológicas, problemas sensoriales o trastornos emocionales.

Clasificación de los trastornos del lenguaje según el DSM-IV-TR

- Trastornos específicos del lenguaje (TEL): disfasias receptivas, mixtas y expresivas; retraso simple, retraso fonológico.
- Trastornos del habla: dislalias, disfemias y disfonías.
- Trastornos de base orgánica (TBO): parálisis cerebral, déficit auditivo; disartrias; disglosias; deficiencia mental.
- Trastornos generalizados del desarrollo y la comunicación (TGD)
- Trastornos del lenguaje escrito: dislexias y disgrafías.

Herramientas:

1. Anamnesis:

Aspectos claves en la anamnesis:

- Antecedentes obstétricos: prematuridad, bajo peso, infecciones, etc
- Primeros hitos del desarrollo psicomotor: edad de sedestación y deambulación autónoma, primeros bisílabos propositivos, primeras palabras y frases.
- Enfermedades intercurrentes: cualquier enfermedad crónica que pudiese justificar absentismo escolar, etc.
- Antecedentes familiares, ya que hay un componente genético en la etiología de la dislexia, del déficit de atención/hiperactividad y de la discalculia.
- Comorbilidad: descartar trastornos comórbidos como ansiedad, depresión, problemas de conducta, problemas de autoestima y trastorno por déficit de atención.

- Considerar enfermedades como ferropenia, anemia, hipotiroidismo o intoxicación por plomo como posibles causas de TA
- La anamnesis sobre el rendimiento escolar la haremos periódicamente en cada revisión del niño, pues muchos TA no se hacen evidentes hasta que aumenta la exigencia académica en educación secundaria. Los profesionales de la salud deben conocer de forma general los objetivos curriculares de cada ciclo educativo.
- Los progenitores y el profesorado son con frecuencia los primeros en detectar las dificultades del menor. Sus preocupaciones al respecto deben valorarse tanto como la presencia de signos anormales.

2. Exploración física y neuropsicológicas:

Aspectos claves en la exploración:

- Descartar problemas sensoriales visuales y/o auditivos y malformaciones en los órganos fonatorios.
- Signos de alarma de los trastornos del aprendizaje según la edad (anexo 1)
- Signos de alarma en el desarrollo del lenguaje (anexo 2).
- Explorar ligeras alteraciones del tono muscular y descartar la presencia de los llamados “signos neurológicos menores” (soft signs):
 - **Praxias** (capacidad para ejecutar acciones motrices por imitación o ante una orden verbal): pedir al paciente que saque la lengua y la mueva a los lados, que atornille y desatornille el martillo de reflejos, etc.
 - **Gnosias** (proceso de percepción, reconocimiento y denominación de estímulos): reconocimiento digital con los ojos cerrados, al tacto, etc.
 - **Sincinesias** (presencia de movimientos superfluos, no propositivos, que aparecen en un movimiento propositivo). Son fenómenos fisiológicos que pueden ser patológicos en caso de exageración o ausencia (por ejemplo la ausencia del balanceo de brazos propio de la marcha bípeda) y si persisten fuera de la edad habitual. Las sincinesias se consideran normales hasta la edad de 8-9 años.

3. Exploración neuropsicológica en la consulta de pediatría:

Aunque la valoración neuropsicológica y psicopédagógica la realizará un profesional experto en la materia, el pediatra de atención primaria debe saber explorar “a grandes rasgos” algunas funciones cognitivas para detectar posibles trastornos del desarrollo o dificultades específicas de aprendizaje.

Exploración funciones cognitivas (Anexo 3)

Esta somera exploración, añadida a la exploración pediátrica general, puede suponer un coste adicional de 15 minutos. Precisa de recursos sencillos, perfectamente disponibles en las consultas. Con ese diagnóstico de sospecha y evitando a toda costa adoptar la postura de “esperar a ver si madura” o aceptar la etiqueta de “vago” que a veces ya trae adjudicada, el pediatra debe remitir al menor, según su edad, a los equipos de Atención Temprana y/o de Orientación Educativa (EOE) de su centro escolar para establecer o descartar el diagnóstico de TA, así como a atención especializada si se sospecha patología asociada.

DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y DEL APRENDIZAJE

ANEXO 1 SIGNOS DE ALARMA DE LOS TRASTORNOS DE APRENDIZAJE

Educación infantil (0-6 años)

Lenguaje:

- Problemas de pronunciación, habla ininteligible.
- Dificultad para entender órdenes sencillas.
- Dificultad para entender preguntas.
- Desarrollo lento en la adquisición de palabras y/o frases.
- Dificultad para expresar deseos o necesidades a través del lenguaje oral.
- Dificultad para rimar palabras.
- Falta de interés en relatos o cuentos.

Motricidad:

- Torpeza en motricidad gruesa (como correr, saltar)
- Equilibrio pobre.
- Torpeza en la manipulación fina (como atarse cordones, abrocharse botones o ponerse los zapatos)
- Evitación de actividades como dibujar, hacer trazos, etc.

Desarrollo cognitivo:

- Problemas en memorizar los días de la semana, el alfabeto, etc.
- Problemas para recordar las actividades rutinarias.
- Dificultades en la noción causa-efecto, en contar y secuenciar.
- Dificultades en conceptos básicos (como tamaño, forma, color)

Atención:

- Alta distraibilidad, dificultades para permanecer en una tarea.
- Hiperactividad y/o impulsividad excesiva.

Habilidad social:

- Problemas de interacción, juega solo.
- Cambios de humor bruscos.
- Fácilmente frustrable.
- Rabietas frecuentes.
- Repetición constante de ideas, dificultad para cambiar de idea o de actividad.

Educación primaria

Lenguaje:

- Dificultad para aprender la correspondencia entre sonido/letra
- Errores al leer.
- Dificultades para recordar palabras básicas
- Inhabilidad para contar una historia en una secuencia.

Matemáticas:

- Problemas para aprender la hora o contar dinero.
- Confusión de los signos matemáticos.
- Transposición en la escritura de cifras.
- Problemas para memorizar conceptos matemáticos.
- Problemas para entender la posición de los números.
- Dificultades para recordar los pasos de las operaciones matemáticas.

Motricidad:

- Torpeza, pobre coordinación motora.
- Dificultad para copiar en la pizarra.
- Dificultad para alinear las cifras en una operación matemática.
- Escritura pobre.

Atención:

- Dificultades para concentrarse en una tarea.
- Dificultades para terminar un trabajo a tiempo.
- Falta de habilidad para seguir múltiples instrucciones.
- Descuidado, despreocupado.
- Rechazo ante los cambios de la rutina o ante conceptos nuevos.

Habilidad social:

- Dificultad para entender gestos o expresiones faciales
- Dificultad para entender situaciones sociales
- Tendencia a malinterpretar comportamientos de compañeros o adultos
- Aparente falta de «sentido común».

Educación secundaria

Lenguaje:

- Evita leer o escribir.
- Tendencia a perder información cuando lee un texto.
- Comprensión lectora pobre, dificultad para entender los temas leídos.
- Pobreza en las redacciones orales y/o escritas.
- Dificultad para aprender idiomas extranjeros.

Matemáticas:

- Dificultades para entender conceptos abstractos.
- Pobre habilidad para aplicar destrezas matemáticas.

Atención/Organización:

- Dificultades para organizarse.
- Problemas en tareas de elección múltiple.
- Trabajo lento en clase y en exámenes.
- Pobreza al tomar notas.
- Pobre capacidad para corregir su trabajo.

Habilidad social:

- Dificultad para aceptar críticas.
- Problemas para negociar.
- Dificultades para entender el punto de vista de otras personas.

DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y DEL APRENDIZAJE

ANEXO 2 HITOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE. SIGNOS DE ALERTA

| Edad | Hito del desarrollo | Signo de alerta |
|-------------|--|---|
| RN | Demuestra interés por las voces Llora | No responde a sonidos. Sin interés por contacto social |
| 2-4 meses | Vocaliza | Falta de interés por comunicarse (4 m) |
| 6 meses | Responde a su nombre. Balbucea | No vocaliza ni balbucea |
| 9 meses | Apunta/señala lo que desea Hace "adiós" con su mano Dice "Ma-ma" o "pa-pa" | No dice "mamá" o "papá" Pierde habilidades ya desarrolladas |
| 12 meses | Obedece ordenes simples Dice algunas palabras ("mamá, agua") | |
| 18-24 meses | Entiende frases Es capaz de decir frases de 2 palabras | 15 a 18 m: - No dice palabras. Balbuceo sin entonación expresiva. - Dificultades en la comprensión de palabras, gestos y conductas comunicativas: respuesta al nombre, respuesta a la sonrisa social, respuesta a la atención conjunta (juguete), imitación funcional y simbólica (coche, vaso). |
| 24-36 meses | Obedece órdenes de 2 pasos ("ven y come") Inteligibilidad 50% Es capaz de decir frases de 3 palabras | 24 meses: - No dice frases de 2 palabras - Maneja menos de 50 palabras - Se le entiende menos del 50% |
| 36-48 meses | La mayoría de las personas le entiende Inteligibilidad 75% | 36 meses: -Se le entiende menos del 75% -Repite sistemáticamente -No juego interactivo conjunto -No seguimiento de un cuento -No descripción de una imagen y acciones -No conversación |
| 48-60 meses | Inteligibilidad 100% Logra contar historias | 48 meses: Tartamudea |
| Toda edad | Se sobresalta con ruidos intensos | No responde a sonidos Sin interés por contacto social |

DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS DEL LENGUAJE Y DEL APRENDIZAJE

ANEXO 3

EXPLORACIÓN DE FUNCIONES COGNITIVAS

| LENGUAJE | |
|---|---|
| <p>Seleccionar cuatro o cinco preguntas, y hacer siempre las mismas a todos los pacientes, lo que permitiría establecer comparaciones.</p> <p>Evaluar Lenguaje:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Instrumental: buco-facio-lingual. - Formal: fonología, morfología y sintaxis. - Cognitivo: léxico y semántica; el conocimiento de objetos, de la relación entre los objetos y de la relación entre acontecimientos <p>Interactivo: uso del lenguaje o funciones sociales; función intrapersonal-matética e interpersonal-pragmática</p> | <p>Breve diálogo informal:</p> <p>¿Qué ves en la tele?,</p> <p>¿A qué te gusta jugar?</p> <p>¿Qué comida te gusta?</p> <p>Si son de corta edad, mediante juego informal (con una casita con muñecos, un coche, un teléfono de juguete), utilizando también preguntas abiertas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valorar: - Disfasia. - Retraso del lenguaje. - Alteración del lenguaje expresivo/comprendido. - Asociación con otros trastornos neurológicos. |
| MOTRICIDAD FINA | |
| <p>La pobre habilidad manipulativa, aceptable a los 3 años, ya no lo es a partir de los 5-6 años.</p> | <p>Abrochar botones y atar cordones de los zapatos</p> |
| HABILIDAD GRAFOMOTRIZ | |
| <p>A partir de los 3 - 3,5 años</p> <p>4 años</p> <p>6 años</p> | <p>Dibujar una persona</p> <p>Representa monigotes</p> <p>Calidad de representación muy buena</p> <p>Pensar en retraso de la elaboración del esquema corporal si al final del ciclo infantil el menor no reconoce en sí mismo los elementos que componen su cuerpo o no los representa con cierta fidelidad</p> |

| LATERALIDAD | |
|---|---|
| Se relaciona con el aprendizaje de lectura y la escritura | Explorar en la consulta |
| CAPACIDAD DE ATENCION | |
| 3 a 5 años y Educación Primaria | Atención ante un pequeño relato |
| MEMORIA | |
| | A través de la repetición de números ó historia corta |
| LECTURA | |
| Hacer leer el mismo texto a todos los pacientes para establecer comparaciones | Lectura y comprensión de la misma |
| Valorar la exactitud lectora | <p>Velocidad lectora</p> <p>Errores cualitativos (silabeo, prosodia, acentuación, etc.)</p> <p>Errores cuantitativos: de inversión, sustitución, omisiones o adiciones. Dislexia</p> <p>Derivar para estudio si a los 7 años no lectura automatizada y comprensiva</p> |
| ESCRITURA | |
| | <p>Valorar confusión de grafismos iguales que se diferencian en su orientación en el espacio (b-d-p-a)</p> <p>Errores de ortografía arbitraria (acentuación, reglas ortográficas). Ortografía natural (sustituciones, uniones, inversiones.)</p> <p>Valoración descriptiva: sintaxis; contenido expresivo</p> <p>Conductas implicadas en el acto gráfico: tamaño de las letras, irregularidad, interlineación...)</p> <p>Al finalizar educación primaria el niño debe haber conseguido la escritura conoce reglas básicas de ortografía</p> |

SALUD MENTAL

Objetivos

El concepto de salud mental es más amplio que “la ausencia de enfermedad psíquica”, y hace referencia a un estado de bienestar subjetivo en el que se reconoce la propia autonomía, competencia y habilidades para el desempeño de las funciones propias del lugar que se ocupa en la sociedad. Por ello, la **promoción y prevención** en salud mental infantil es más que la detección de enfermedades, y concierne directamente al profesional de atención primaria, quien, en su quehacer diario, debe saber dar respuesta a las dificultades de tipo emocional y a los obstáculos para el desarrollo biopsicosocial de los niños/as y adolescentes, conocer los factores de riesgo y los protectores que puedan estar implicados en dicho desarrollo, reconocer los signos y síntomas de alarma de los trastornos psíquicos prevalentes en cada edad y debe contribuir asimismo de forma activa a eliminar el estigma y discriminación que sigue lastrando la enfermedad mental, especialmente en la infancia.

Población diana

De 0 a 14 años, teniendo en cuenta que existen unas peculiaridades del enfermar psíquico en la infancia y adolescencia:

- **Carácter dinámico y evolutivo** del psiquismo del niño, niña y adolescente, lo que obliga a una valoración “longitudinal” de las manifestaciones, y siempre en relación con la edad y el estado madurativo.
- **Continua interacción** entre el **contexto** sociofamiliar y educativo y las experiencias cognitivas, emocionales, motivacionales, psicomotoras y sociales a las que se va enfrentando. Así, sobre la base psicobiológica con la que cada individuo nace (genética y factores perinatales) la sucesión de experiencias van modelando su entramado psíquico, en ocasiones facilitando y en otras dificultando los procesos adaptativos y de desarrollo. El equilibrio entre factores de riesgo/factores protectores, por un lado, y vulnerabilidad / resistencia individual por otro, determina la susceptibilidad hacia el enfermar psíquico.
- **Vaguedad expresiva** en la manifestación de los problemas en la etapa infantil: los síntomas aislados con frecuencia no guardan relación con síndromes o alteraciones concretas, más bien la relación se establece con conjuntos de síntomas mantenidos en el tiempo.
- **Continuidad** entre las enfermedades mentales de la infancia con las de la vida adulta, lo cual refuerza la importancia de la detección e intervención precoz. El diagnóstico tardío o inexistente conlleva serias consecuencias para el desarrollo y limita las posibilidades educativas, vocacionales y profesionales, empeorando el pronóstico de los trastornos en la vida adulta.

- **Fragilidad:** no sólo el retraso en la detección, también la etiqueta precipitada o una intervención desafortunada puede tener efectos muy negativos a corto y largo plazo. De nuevo señalar la importancia de una visión de conjunto del niño y su entorno, evitando focalizar el problema en datos puntuales.

Periodicidad

En Todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.

- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades

Las actividades, encaminadas a la detección precoz de los problemas de salud mental, dependen de la naturaleza de los mismos, por lo que se describen brevemente los índices de sospecha y la actitud a tomar en cada caso.

1) TRASTORNO DE ANSIEDAD (DSM-IV-TR)

Incluye:

- Trastorno de ansiedad por separación
- Fobia social. Mutismo selectivo
- Fobia escolar
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno por estrés postraumático
- Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Síntomas de alarma:

- No hay una línea divisoria clara entra la ansiedad adaptativa y la que dificulta la adaptación: se considera patológica la que interfiere el normal desarrollo de las actividades cotidianas, afecta al rendimiento escolar o provoca un sufrimiento manifiesto.
- En la edad preescolar y escolar: quejas somáticas repetidas y cambiantes, referidas a cualquier órgano o sistema (palpitaciones, insomnio, polaquiuria, mareos, dificultad respiratoria, prurito, cefalea...)
- En los adolescentes, además de estos síntomas: irritabilidad, exigencias, accesos de cólera.
- Rituales y manías absurdas, preocupaciones excesivas o injustificadas. Evitación reiterada de determinadas situaciones (escuela, salidas, relaciones sociales...)

Actitud:

- Orientaciones para el establecimiento de un vínculo saludable con las figuras de apego (ver tema específico).
- Diferenciar los miedos evolutivos propios de la infancia
- Entrenamiento en técnicas de relajación.
- Derivación a salud mental si estas medidas son insuficientes, se sospecha TOC o existen circunstancias familiares desfavorables.

2) TRASTORNOS DEL ÁNIMO (DSM-IV-TR)

Incluyen:

- Distimia
- Depresión
- Trastorno bipolar

Síntomas de alarma:

- En niños y niñas de 2 a 6 años: inhibición, irritabilidad, alteraciones del sueño y/o apetito, fallo de medro, pérdida del control de esfínteres, llanto inexplicable, falta de interés en los juegos.
- En edad escolar: tristeza, irritabilidad-agresividad, astenia, apatía, baja autoestima, disminución del rendimiento escolar, estancamiento del peso, alteraciones del sueño, quejas somáticas.
- Adolescentes: a los síntomas anteriores, se suman las conductas de oposición, el consumo de sustancias tóxicas, las ideas sobre la muerte y el suicidio.

Actitud:

- Es muy importante su detección por el riesgo de conductas suicidas (tercera causa de muerte en jóvenes) y de abuso de sustancias en adolescentes.
- Ante la sospecha por la intensidad y /o duración de los síntomas, por el deterioro de la vida familiar, social o académica, o por la presencia de factores sociofamiliares desfavorables: derivar a USMI.

3) TRASTORNOS DE LA CONDUCTA–TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO PERTURBADOR (DSM-IV-TR):

Incluyen:

- Trastorno negativista–desafiante
- Trastorno disocial.

Signos de alarma:

- Hostilidad, desobediencia y enfrentamiento a las figuras de autoridad, de forma mantenida en el tiempo y más allá de las consideradas propias de las etapas evolutivas (3-4 años y adolescencia).
- Indiferencia ante los sentimientos de los demás y ante las consecuencias de sus actos; falta de sentimientos de culpa y de arrepentimiento; crueldad con los animales.
- Accesos de cólera o pataletas impropios de la edad y circunstancias. Agresividad oral y/o física. Conductas destructivas
- En adolescentes: robo, mentiras, conductas sexuales de riesgo, absentismo escolar, abuso de sustancias, indiferencia ante el daño que provoca.

Actitud:

- Reforzar habilidades educativas parentales: evitar cualquier beneficio tras las conductas indeseables; establecer límites claros y firmes, concretando las consecuencias de la transgresión de los mismos; elegir la negociación antes que el castigo; descalificar las acciones, no al niño/a.
- Prevención de riesgos: educación sexual; educación sobre riesgos del consumo de drogas.
- Si por la intensidad de las manifestaciones o por el fracaso de las medidas anteriores, existe un grado importante de afectación de la convivencia familiar y/ o escolar, o bien se planteen situaciones que pongan en riesgo al propio menor o a sus familiares, profesores o compañeros: derivar a USMI.

4) TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Incluye:

- TDAH con predominio de la hiperactividad-impulsividad
- TDAH con predominio de la inatención
- TDAH combinado

Síntomas de alarma:

- Movimiento y actividad excesiva, con frecuencia sin ningún objetivo. Dificultad para permanecer sentado. Locuacidad, cambiando de un tema a otro. Cambios continuos de juego. Dificultad para esperar su turno.
- Interrumpe las conversaciones, interfiere en el trabajo de los demás. Habla y actúa sin reflexionar. No mide el peligro.
- Se distrae con frecuencia, olvida el material escolar, los deberes... De varias órdenes, solo es capaz de retener una. Le cuesta terminar lo que empieza.
- Estos comportamientos deben aparecer en más de un contexto, prolongarse al menos 6 meses y comportar un grado suficiente de afectación de la vida familiar y escolar.
- Es importante constatar que estas quejas de los padres y profesores no se deban a un nivel bajo de tolerancia de los adultos o a reacciones ante conflictos intrafamiliares.

Actitud:

- Descartar defectos de audición y de visión.
- Solicitar informe psicopedagógico al equipo de orientación educativa
- Si cumple los criterios del DSM-IV (ver anexo), derivar a atención especializada, ya que:
 - 1) El correcto diagnóstico implica además de cumplir dichos criterios una evaluación cognitiva (de la atención, la impulsividad, el control inhibitorio), psicoeducativa y una observación directa de la conducta.
 - 2) Es importante el estudio y tratamiento de posibles patologías comórbidas, muy frecuentes en el TDAH: trastorno oposicionista desafiante, trastorno disocial, trastorno del ánimo, de ansiedad y de aprendizaje, abuso de sustancias tóxicas.
 - 3) El tratamiento debe ser multimodal: farmacológico, terapia conductual, reeducación psicopedagógica, apoyo al paciente y orientación a los padres y maestros.

La aplicación de escalas específicas para el TDAH es solo una herramienta más para completar el diagnóstico, éste no debe basarse exclusivamente en el resultado de las mismas.

5) TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO O TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Incluyen:

- Trastorno autista
- Trastorno de Asperger

- Síndrome de Rett
- Trastorno desintegrativo infantil
- Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

Síntomas de alarma:

- Alteración del contacto visual: mirada periférica, mirada “a través” de los otros.
- Retraso o ausencia de lenguaje verbal, o bien un lenguaje peculiar, en su contenido y en las expresiones, rígido, monotemático, sin capacidad para el diálogo.
- Alteración de la comunicación gestual, de las expresiones faciales y las posturas.
- No responde ni mira cuando se le llama, sensación de “sordera”.
- No hay conductas prosociales espontáneas: no busca la expresión de su madre o su protección, no muestra o señala objetos, no pide, con frecuencia se aísla, no hay relación con los iguales.
- Movimientos repetitivos sin una finalidad, especialmente balanceo o aleteo de manos.
- Intereses restringidos, con apego inusual a algunos objetos o estímulos concretos.
- Uso peculiar de los juguetes y objetos: los ordena repetidamente, los manosea, los gira...sin utilizarlos realmente.
- Se contraría ante los cambios ambientales, con rabietas desproporcionadas.
- Para consultar los signos de alarma de TEA según edad: ver anexo 4.
- Ante la sospecha de Síndrome de Asperger: es útil la “Escala autónoma para la detección de Síndrome de Asperger y autismo de alto nivel de funcionamiento” (ver ANEXO)

Actitud:

Además de todo menor que presente algún síntoma de alarma, se vigilarán estrechamente los niños y niñas en las siguientes **situaciones de riesgo**:

- Existencia de algún familiar directo diagnosticado de TEA
- Síndrome genético relacionado con autismo: síndrome del cromosoma X frágil, esclerosis tuberosa, neurofibromatosis, fenilcetonuria.
- Patología pre y perinatal: toxemia gravídica, exposición a drogas y fármacos, infección vírica en el 1º trimestre, sufrimiento fetal, parto distócico.

- Niños y niñas adoptados con antecedentes obstétricos y familiares desconocidos.

En todo estos casos de mayor riesgo, y a partir de los 18 meses, se aplicará el cuestionario CHAT-M (ver anexo) que aunque no es diagnóstico, ayuda a corroborar o descartar la sospecha. Con un cuestionario claramente patológico debe derivarse a USMI y al Equipo de Atención Temprana. Con un resultado parcialmente anómalo, se recomienda estimulación, derivación a Atención Temprana, vigilancia estrecha y repetición del CHAT-M al mes. Si vuelve a resultar dudoso o es patológico, derivar a USMI.

Es importante descartar deficiencias sensoriales (auditivas y visuales) que pueden provocar síntomas similares, así como realizar una completa exploración neurológica, iniciando estudio neuropediátrico si se detectan anomalías.

No se recomienda el cribado sistemático del TEA en todos los niños en la supervisión general del desarrollo.

La intervención terapéutica en los niños con TEA es obligadamente multidisciplinar, el pediatra de atención primaria, junto con los profesionales de la USMI y de los Equipos de Atención Temprana, debe coordinar las distintas intervenciones.

6) TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

Incluyen:

- Trastorno de la ingesta alimentaria en la infancia
- Anorexia y bulimia nerviosas.
- Pica
- Rumiación o mericismo

Signos de alarma:

- Estancamiento ponderal o pérdida de peso sin causa orgánica evidente.
- Selectividad exagerada de los alimentos, rechazo alimentario, rechazo a la masticación. Preocupación excesiva de los padres respecto a la alimentación.
- Ingesta de sustancias no alimenticias
- Regurgitaciones frecuentes fuera de la edad de lactancia.
- En adolescentes: disgusto con el propio cuerpo y decisión de adelgazar (suele se el comienzo de la anorexia nerviosa); dieta restrictiva; esconder o tirar comida y mentir respecto a la propia ingesta; aumento de la actividad física, sobre todo si lo oculta; amenorrea; vómitos frecuentes sin causa aparente; disforia y retraimiento social.

Actitud:

- En el trastorno de la alimentación en la infancia: intervención desde AP, tras descartar patología orgánica, tranquilizar a los padres, modificar hábitos, limitar el tiempo de las comidas, no forzar ni amenazar, a veces es recomendable que otras personas se encarguen de la alimentación de forma transitoria (comedores en guardería o escolares, por ejemplo), dieta variada e igual para toda la familia...
- En la pica y la rumiación: derivar a USMI
- En la anorexia-bulimia nerviosa: en casos de dietas restrictivas, sin afectación significativa del peso, sin otras alteraciones asociadas y con una familia colaboradora, se realizará intervención psicoeducativa en AP, asesorando e informando de los riesgos. En los demás casos: derivar a USMI. La derivación será urgente en casos de negativa rotunda a toda ingesta, deshidratación/desnutrición severa y síntomas depresivos con riesgo de autolesión-autólisis.
- Existen cuestionarios de autoinforme para el despistaje en atención primaria , como el SCOFF (a partir de 11 años) ,el EAT26 (a partir de 12 años) y el ChEAT, adaptado para edades inferiores (8 a 12 años)(VER ANEXOS)

7) TRASTORNOS DEL CONTROL DE ESFINTERES Y DE LA ELIMINACION

Incluyen:

- Enuresis primaria y enuresis secundaria
- Encopresis

Signos de alarma:

- Micciones involuntarias nocturnas y/o diurnas con más de 5 años de edad.
- Pérdida del control de esfínteres tras al menos un año de control adquirido.
- Evacuar heces repetidamente en superficies inadecuadas, pasados los 4 años de edad.
- Jugar o manipular los excrementos.

Actitud:

- Descartar patología orgánica

- Analizar las pautas educativas para el control de esfínteres, modificando actitudes excesivamente rígidas.
- En la enuresis primaria monosintomática: abordaje en atención primaria, informando y tranquilizando a la familia (hay un alto porcentaje de resolución espontánea) y realizando intervenciones conductuales o si fuera preciso utilizando fármacos y/o sistemas de alarma.
- En la enuresis secundaria y la encopresis sin patología orgánica que no responden a la intervención en AP: derivar a USMI.

8) TRASTORNOS PSICOSOMATICOS

Incluyen:

- Reacciones psicológicas derivadas de enfermedades orgánicas.
- Empeoramiento de la enfermedad somática por causa de una disfunción psicológica (Ej: crisis de asma desencadenada por estrés)
- Manifestaciones somáticas por conversión. Quejas somáticas sin causa médica detectada. (Ej: cefalea; dolor abdominal recurrente, tos psicógena).

Signos de alarma y actitud:

Todo paciente con enfermedad crónica se considera de riesgo para el desarrollo de alteraciones psicológicas, por lo que son candidatos de intervenciones de prevención como pueden ser: favorecer un vínculo saludable padres-hijo/a, evitando tanto la sobreprotección como el rechazo, ayudar a la aceptación del problema por parte del propio menor y por su familia, crear un ambiente de confianza con el adolescente realizando parte de la consulta sin la presencia de los padres (ver capítulo "Entrevista con el adolescente")

Las quejas somáticas repetidas sin hallazgo de patología orgánica obligan a analizar la situación familiar y social de menor, detectando otros miembros familiares con cuadros parecidos, la ganancia secundaria que pueda obtener por la enfermedad, la reacción que el síntoma provoca en los padres... El abordaje adecuado, con especial cuidado a la hora de comunicar el origen psíquico del problema, tiene una **función preventiva** de futuras patologías tan importante o más que la curación del problema actual. Debemos evitar restar importancia con frases como "no le pasa nada", "son cosas normales", "no le hagan tanto caso"...y ayudar a la familia a plantear el problema desde otra perspectiva. Si la evolución no es adecuada o se detectan problemas familiares graves concomitantes: derivar a USMI.

CRITERIOS DE DERIVACION A UNIDADES DE SALUD MENTAL

- Los trastornos psicopatológicos como son: trastorno depresivo, trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos de espectro autista, trastorno de ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria.
- Los síntomas evolutivos que persisten en el tiempo o se presentan con una intensidad inapropiada.
- Los trastornos de la conducta y de hábitos que no mejoran tras la intervención psicopedagógica desde atención primaria y/o equipos de orientación escolar (EOE).
- Los trastornos que aun sin alcanzar las situaciones anteriores aparecen en un contexto sociofamiliar desfavorable, especialmente si hay patología psiquiátrica parental.

La derivación (sería más adecuado el término interconsulta) a salud mental no debe ser un “final” del problema para el pediatra de atención primaria sino una redefinición y contextualización del mismo, que implique una colaboración con el equipo de salud mental a lo largo del proceso diagnóstico y terapéutico, en la búsqueda de una atención integral del paciente y su familia.

Esta relación con la unidad de salud mental es bidireccional, ya que entre las funciones asistenciales de estas unidades se encuentra la de apoyar y asesorar a los equipos de atención primaria.

En algunos casos es recomendable aportar al equipo de salud mental, además del informe clínico, un informe social, puesto que es necesario establecer espacios de atención social interniveles que garanticen la continuidad en dicha atención social al menor y a su familia durante el tratamiento.

SALUD MENTAL

ANEXO 1

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA TDAH DEL DSM-IV-TR

El DSM-IV-TR define el TDAH de una forma amplia y requiere para el diagnóstico la presencia de síntomas de inatención (al menos seis síntomas) o de hiperactividad/impulsividad (al menos seis síntomas). Los síntomas deben estar presente antes de los 7 años en al menos dos ambientes de la vida del niño o niña, y durar como mínimo seis meses.

DIAGNÓSTICO DE TDAH (DSM-IV)

- Cumplir TODOS los criterios esenciales.
- + 6 o más de los 9 ítems de déficit de atención.
- + 6 o más de los 9 ítems de hiperactividad-impulsividad.

CRITERIOS ESENCIALES

- Duración: los criterios sintomatológicos deben haber persistido al menos los últimos 6 meses.
- Edad de comienzo: algunos síntomas deben haber estado presentes antes de los 6 años.
- Ubicuidad: algún grado de disfunción debida a los síntomas debe haber estado presente en dos situaciones o más (escuela, trabajo, casa, etc).
- Disfunción: los síntomas deben ser causa de una disfunción significativa (social, académica, familiar...). Un niño o niña puede cumplir los 18 criterios del TDAH pero si no le afectan su vida diaria no es hiperactivo/a.
- Discrepancia: los síntomas son excesivos comparando con otros niños o niñas de la misma edad y CI.
- Exclusión: los síntomas no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

CRITERIOS DE DÉFICIT DE ATENCIÓN

Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

1. A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo o en otras actividades.
2. A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
3. A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en el lugar de trabajo (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender las instrucciones).

5. A menudo tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita, le disgustan las tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
7. A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (como juguetes, trabajos escolares, lápices, libros o herramientas).
8. A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
9. A menudo es descuidado en las actividades diarias.

CRITERIOS DE HIPERACTIVIDAD E IMPULSIVIDAD

Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad-impulsividad han persistido por lo menos durante 6 meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo:

1. A menudo mueve en exceso manos y pies o se remueve en su asiento.
2. A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
4. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
5. A menudo está en marcha o parece que tenga un motor.
6. A menudo habla excesivamente.
7. A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
8. A menudo tiene dificultades para guardar su turno.
9. A menudo interrumpe o estorba a otros.

SALUD MENTAL

ANEXO 2

CUESTIONARIO DEL DESARROLLO COMUNICATIVO Y SOCIAL

EN LA INFANCIA (M-CHAT/ES)

Seleccione, rodeando con un círculo, la respuesta que le parece que refleja mejor cómo su hijo o hija actúa **NORMALMENTE**. Si el comportamiento no es el habitual (por ejemplo, usted solamente se lo ha visto hacer una o dos veces) conteste que el niño o niña **NO** lo hace. Por favor, conteste a todas las preguntas.

| | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Le gusta que le balanceen, o que el adulto le haga el “caballito” sentándose en sus rodillas, etc? | SI | NO |
| 2. ¿Muestra interés por otros niños o niñas? | SI | NO |
| 3. ¿Le gusta subirse a sitios como, por ejemplo, sillones, escalones, juegos del parque, etc? | SI | NO |
| 4. Le gusta que el adulto juegue con él o ella al “cucú-tras”? (taparse los ojos y luego descubrirlos; jugar a esconderse y aparecer de repente) | SI | NO |
| 5. ¿Alguna vez hace juegos imaginativos, por ejemplo, haciendo como si hablara por teléfono, como si estuviera dando de comer a una muñeca, como si estuviera conduciendo un coche o cosas así? | SI | NO |
| 6. ¿Suele señalar con el dedo para pedir algo? | SI | NO |
| 7. ¿Suele señalar con el dedo para indicar que algo le llama la atención? | SI | NO |
| 8. ¿Puede jugar adecuadamente con piezas o juguetes pequeños (por ejemplo, cochecitos, muñequitas o bloques de construcción) sin únicamente chuparlos, agitarlos o tirarlos? | SI | NO |
| 9. ¿Suele traerle objetos para enseñárselos? | SI | NO |
| 10. ¿Suele mirarle a los ojos durante unos segundos? | SI | NO |
| 11. ¿Le parece demasiado sensible a ruidos poco intensos? (por ejemplo, reacciona tapándose los oídos, etc) | SI | NO |
| 12. ¿Sonríe al verle a usted o cuando usted le sonrío? | SI | NO |
| 13. ¿Puede imitar o repetir gestos o acciones que usted hace? (por ejemplo, si usted hace una mueca él o ella también la hace) | SI | NO |
| 14. ¿Responde cuando se le llama por su nombre? | SI | NO |
| 15. Si usted señala con el dedo un juguete al otro lado de la habitación...¿Dirige su hijo o hija la mirada hacia ese juguete? | SI | NO |
| 16. ¿Ha aprendido ya a nadar? | SI | NO |
| 17. Si uste está mirando algo atentamente, ¿su hijo o hija se pone también a mirarlo? | SI | NO |
| 18. ¿Hace su hijo o hija movimientos raros con los dedos, por ejemplo, acercándoselos a los ojos? | SI | NO |
| 19. ¿Intenta que usted preste atención a las actividades que él o ella está haciendo? | SI | NO |
| 20. ¿Alguna vez ha pensado que su hijo o hija podría tener sordera? | SI | NO |
| 21. ¿Entiende su hijo o hija lo que la gente le dice? | SI | NO |
| 22. ¿Se queda a veces mirando al vacío o va de un lado a otro sin propósito? | SI | NO |
| 23. Si su hijo o hija tiene que enfrentarse a una situación desconocida, ¿le mira primero a usted a la cara para saber cómo reaccionar? | SI | NO |

SALUD MENTAL

ANEXO 3

SIGNOS DE ALERTA DE TEA SEGÚN EDAD

A cualquier edad:

- Mayor interés por los objetos que por las personas.
- Si mira a la cara lo hace por poco tiempo y con más atención a la boca que a los ojos

De 0 a 3 años:

En cualquier caso, se debe valorar como señales de alerta para los TEA, con indicación absoluta de proceder a una evaluación diagnóstica más detallada y amplia, si:

- No balbucea ni señala ni hace gestos a los 12 meses.
- No dice palabras sencillas a los 18 meses.
- No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas) a los 24 meses.
- Cualquier pérdida de lenguaje o habilidad social.

Signos de alerta a los 12 meses:

- Menor contacto ocular.
- No reconoce su nombre.
- No señala para pedir.
- No muestra objetos.

Detección específica a los 18 meses:

- No señala para pedir ni para mantener atención compartida (ausencia de protoimperativos y protodeclarativos). Detectable con test de M-CHAT.
- No dice palabras sencillas.

Signos de alerta a partir de los 2 años:

- No dice frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas)
- No presencia de juegos de ficción)

Detección específica a partir de los 36 meses:

- Déficit en el desarrollo del lenguaje, especialmente de comprensión, deficiente comunicación no verbal y fracaso en la sonrisa social para expresar placer y responder a la sonrisa de otros.
- Alteraciones sociales: Imitación limitada o ausente de accionares (ej. Aplaudir) con juguetes u objetos, no muestra objetos a los demás, falta de interés o acercamiento a extraños o niños de su edad. Escasa respuesta a emociones: felicidad o tristexa, no realiza juegos.

SALUD MENTAL

ANEXO 4

ESCALA AUTÓNOMA PARA DETECCIÓN DE SD ASPERGER Y AUTISMO DE ALTO NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

Extraído de Guía de Práctica Clínica del SNS

INSTRUCCIONES PARA LA APLICACIÓN

Cada uno de los enunciados que va a leer a continuación describe formas de ser y comportarse que podrían ser indicativos de Síndrome de Asperger o autismo. Estas personas suelen presentar, de un modo u otro, características como las que aquí se recogen, especialmente **a partir de los 6 años**.

Le rogamos que lea detenidamente cada enunciado, y que estime en qué medida ha observado los siguientes comportamientos en la persona sobre la que va a informar marcando la respuesta apropiada con los criterios siguientes:

- 1) Si el comportamiento descrito en el enunciado no corresponde en absoluto con las características de la persona sobre la que informa, conteste marcando el espacio dedicado a la categoría **"Nunca"**.
- 2) Si algunas veces ha observado esas características, aunque no sea lo habitual, marque en el espacio correspondiente a **"Algunas veces"**.
- 3) Si el comportamiento descrito es habitual, conteste **"Frecuentemente"**.
- 4) Si generalmente se comporta como se describe en el enunciado, hasta el punto de que cualquiera esperaría que se comporte así, conteste **"Siempre"**.
- 5) Puede ocurrir que algunas descripciones se refieran a comportamientos que se producen en situaciones en las que usted no ha estado presente nunca; por ejemplo: "Come sin ayuda de nadie", es un comportamiento que sólo ha podido observar si ha tenido la oportunidad de estar presente a la hora de comer. Si se encuentra ante este caso, conteste **"No observado"**.

INSTRUCCIONES PARA LA CORRECCIÓN

1. Puntúe las respuestas a cada ítem observado del siguiente modo:
 - "Nunca": 1 punto
 - "Algunas veces": 2 puntos
 - "Frecuentemente": 3 puntos
 - "Siempre": 4 puntos
2. Compruebe si se cumplen las dos condiciones siguientes:
 - Se han contestado los 18 ítems
 - No hay más de 2 ítems con la respuesta "No Observado"
3. Si se cumplen estas dos condiciones, obtenga la *puntuación directa* de la prueba sumando los puntos de todas las respuestas (la puntuación mínima que podrá obtener en dicha suma será 18 y la máxima 72).
4. Si no se cumplen estas dos condiciones, obtenga la *puntuación promedio* de la prueba sumando los puntos de todas las respuestas y dividiendo el resultado por el número de ítems respondidos (la puntuación mínima que podrá obtener será 1 y la máxima 4).
5. Se recomienda consultar a un especialista si la *puntuación directa* obtenida es de 36 (o se acerca a este valor), y si la *puntuación promedio* es de 2 (o se acerca a este valor) –ver Nota.

NOTA: Nada impide iniciar la consulta al profesional si la puntuación directa no llega a 36 pero se sitúa por encima de los 30 puntos (o si la puntuación promedio no llega a 2 pero se sitúa por encima del 1,7); tampoco hay razones psicométricas que impidan adoptar un criterio más exigente (por ejemplo, tomar como punto de corte una puntuación directa de 40, o una puntuación promedio de 2,22). Esta *Escala no es un instrumento diagnóstico por sí mismo*, sino una herramienta dirigida a facilitar la detección de personas que *pueden tener* Síndrome de Asperger o Autismo de no asociado a discapacidad intelectual y sobre las cuales interesaría determinar *cuanto antes* su diagnóstico clínico y sus necesidades de apoyo.

ESCALA AUTÓNOMA PARA DETECCIÓN DE SD ASPERGER Y AUTISMO DE ALTO NIVEL DE FUNCIONAMIENTO

| ÍTEMS | Nunca | Algunas veces | Frecuente-mente | Siempre | No observado |
|---|----------------------------------|---------------|-----------------|---------|--------------|
| 1. Tiene dificultades para realizar tareas en las que es especialmente importante extraer las ideas principales del contenido y obviar detalles irrelevantes (p.ej., al contar una película, al describir a una persona...). | | | | | |
| 2. Muestra dificultades para entender el sentido final de expresiones no literales tales como bromas, frases hechas, peticiones mediante preguntas, metáforas, etc. | | | | | |
| 3. Prefiere hacer cosas solo antes que con otros (p.ej, juega solo o se limita a observar cómo juegan otros, prefiere hacer solo los trabajos escolares o las tareas laborales). | | | | | |
| 4. Su forma de iniciar y mantener las interacciones con los demás resulta extraña. | | | | | |
| 5. Manifiesta dificultades para comprender expresiones faciales sutiles que no sean muy exageradas. | | | | | |
| 6. Tiene problemas para interpretar el sentido adecuado de palabras o expresiones cuyo significado depende del contexto en que se usan. | | | | | |
| 7. Carece de iniciativa y creatividad en las actividades en que participa. | | | | | |
| 8. Hace un uso estereotipado o peculiar de fórmulas sociales en la conversación (p.ej., saluda o se despide de un modo especial o ritualizado, usa fórmulas de cortesía infrecuentes o impropias...) | | | | | |
| 9. Le resulta difícil hacer amigos. | | | | | |
| 10. La conversación con él/ella resulta laboriosa y poco fluida (p.ej., sus temas de conversación son muy limitados, tarda mucho en responder o no responde a comentarios y preguntas que se le hacen, dice cosas que no guardan relación con lo que se acaba de decir...). | | | | | |
| 11. Ofrece la impresión de no compartir con el grupo de iguales intereses, gustos, aficiones, etc. | | | | | |
| 12. Tiene dificultades para cooperar eficazmente con otros. | | | | | |
| 13. Su comportamiento resulta ingenuo (no se da cuenta de que le engañan ni de las burlas, no sabe mentir ni ocultar información, no sabe disimular u ocultar sus intenciones...) | | | | | |
| 14. Hace un uso idiosincrásico de las palabras (p.ej., utiliza palabras poco habituales o con acepciones poco frecuentes, asigna significados muy concretos a algunas palabras). | | | | | |
| 15. Los demás tienen dificultades para interpretar sus expresiones emocionales y sus muestras de empatía. | | | | | |
| 16. Tiene dificultades para entender situaciones ficticias (películas, narraciones, teatro, cuentos, juegos de rol...). | | | | | |
| 17. Realiza o trata de imponer rutinas o rituales complejos que dificultan la realización de actividades cotidianas. | | | | | |
| 18. En los juegos, se adhiere de forma rígida e inflexible a las reglas (p.ej., no admite variaciones en el juego, nunca hace trampas y es intolerante con las de los demás). | | | | | |
| PUNTUACIÓN PROMEDIO: | PUNTUACIÓN DIRECTA TOTAL: | | | | |

FECHA DE APLICACIÓN:

DATOS DE LA PERSONA SOBRE LA QUE SE INFORMA

NOMBRE:

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

SEXO:

DATOS DE LA PERSONA QUE INFORMA

NOMBRE:

VINCULACIÓN CON LA PERSONA SOBRE LA QUE SE INFORMA:

SALUD MENTAL

ANEXO 5

CUESTIONARIO SCOFF PARA LA DETECCIÓN DE TCA



Servicio Andaluz de Salud
EXCMO. CONSEJO DE SALUD

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

CUESTIONARIO –SCOFF-

Población diana: Población general femenina. Es un cuestionario autoadministrado.

Instrucciones: Por favor, marque con una cruz la respuesta que mejor se ajusta a su situación

| | SI | NO |
|--|----|----|
| ¿ Tiene la sensación de estar enferma porque siente el estomago tan lleno que le resulta incómodo? | | |
| ¿ Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuanto come? | | |
| ¿ Ha perdido recientemente más de 6Kgs en un periodo de tres meses? | | |
| ¿ Cree que está gorda aunque otros digan que está demasiado delgada? | | |
| ¿ Diría que la comida domina su vida? | | |
| Puntuación Total | | |

SALUD MENTAL

ANEXO 6

VERSIÓN ESPAÑOLA DEL EAT-26

1. Me angustia la idea de estar demasiado gordo/a.
2. Procuro no comer cuando tengo hambre.
3. La comida es para mí una preocupación habitual.
4. He sufrido crisis de atracones en las que tenía la sensación de no poder parar de comer.
5. Corto mis alimentos en trozos pequeños.
6. Conozco la cantidad de calorías de los alimentos que como.
7. Procuro no comer alimentos que contengan muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas, etc.).
8. Tengo la impresión de que a los demás les gustaría verme comer más.
9. Vomito después de comer.
10. Me siento muy culpable después de comer.
11. Me obsesiona el deseo de estar más delgado/a.
12. Cuando hago deporte pienso sobre todo en quemar calorías.
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
14. Me preocupa la idea de tener zonas gordas en el cuerpo y/o de tener celulitis.
15. Tardo más tiempo que los demás en comer.
16. Procuro no comer alimentos que tengan azúcar.
17. Tomo alimentos dietéticos.
18. Tengo la impresión de que mi vida gira alrededor de la comida.
19. Tengo un buen autocontrol en lo que se refiere a la comida.
20. Tengo la sensación de que los demás me presionan para que coma más.
21. Paso demasiado tiempo pensando en la comida.
22. No me siento bien después de haber tomado dulces.
23. Estoy haciendo régimen.
24. Me gusta tener el estómago vacío.
25. Me gusta probar platos nuevos, platos sabrosos y ricos en calorías.
26. Después de las comidas tengo el impulso de vomitar.

Categorías de respuesta:

Siempre / Muy a menudo / A menudo / A veces / Raramente / Nunca.

Los 26 ítems que configuran tres subescalas: dieta, bulimia y preocupación por comer y control oral. Se valora mediante una escala de Likert de 6 puntos.

El rango de puntuación de las respuestas es de 0 a 78. Es un cuestionario Autoadministrado para pacientes mayores de 12 años. El punto de corte está en 22 puntos o más.

SALUD MENTAL

ANEXO 7

VERSIÓN ESPAÑOLA DEL ChEAT

1. Me da mucho miedo pesar demasiado.
2. Procuero no comer aunque tenga hambre.
3. Pienso en comida continuamente.
4. A veces me he atracado de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.
5. Corto la comida en trozos pequeños.
6. Estoy informado/a de las calorías que tienen los alimentos que como.
7. Evito comer alimentos como pan, patatas o arroz.
8. Noto que los demás preferirían que comiese más.
9. Vomito después de haber comido.
10. Me siento muy culpable después de comer.
11. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.
12. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.
13. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.
14. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.
15. Tardo en comer más que las otras personas.
16. Procuero no comer alimentos con azúcar.
17. Noto que los demás me presionan para que coma.
18. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.
19. Me siento incómodo/a después de comer dulces.
20. Me comprometo a hacer régimen.
21. Me gusta sentir el estómago vacío.
22. Me lo paso bien probando comidas nuevas y sabrosas.
23. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.
24. Como alimentos de régimen.
25. Siento que los alimentos controlan mi vida.
26. Me controlo en las comidas.

Categorías de respuesta:

Siempre / Casi siempre / Muchas veces / Algunas veces / Casi nunca / Nunca

Interpretación de resultados del ChEAT (Versión infantil del EAT-26; Children Eating Attitudes Test)

El ChEAT un cuestionario autoaplicable a partir de los 8 años (requiere de un nivel de lectura para responder de cuarto-quinto año de primaria), que puede ayudar en la valoración de la preocupación por la comida, modelos de alimentación y actitudes ante la comida en estas edades. Una puntuación total en la escala superior a 20 puntos indicaría la posible presencia de TCA puntuando cada respuesta de 0 a 6 puntos.

VALORACIÓN SOCIAL Y PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL EN SALUD

En la atención a la infancia desde los Servicios de Salud, el profesional de Trabajo Social Sanitario realiza la Valoración Sociofamiliar del menor, su familia y su entorno, con el objetivo de adquirir conocimiento y comprensión de la situación vital del niño-a, adolescente y familia, identificar factores de riesgo y planificar la Intervención Sociofamiliar (Plan de Atención Social), operando en los aspectos sociales, familiares y del entorno a través de técnicas propias del trabajo social sanitario.

Población diana:

- Menores con sospecha de estar en situaciones de riesgo social o con factores de riesgo social (anexo 1)

Periodicidad

- En todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En el contexto de cualquier intervención desde el espacio sanitario.

Para ello es imprescindible tener en cuenta en la anamnesis los aspectos sociales del binomio menor-familia. La presencia de alguno de ellos debe plantear la valoración sociofamiliar y del entorno de forma pormenorizada, con el fin de articular intervenciones que protejan al menor y que los servicios de salud se conviertan en fuente de apoyo directa.

ACTIVIDADES

- Identificación de menores con riesgo social
- Identificación de factores de protección
- Actividades de prevención primaria en la población general. Sin presencia de factores de riesgo social
- Actividades de prevención primaria orientadas a la población con presencia de factores de riesgo social
- Valoración social
- Intervención social

- **IDENTIFICACIÓN DE MENORES CON RIESGO SOCIAL (ANEXO2)**

El profesional del centro sanitario que atiende al menor y detecte criterios de riesgo social de derivación al trabajador social (anexo1), solicitará la intervención de este profesional.

Los profesionales sanitarios incluirán sistemáticamente en la anamnesis del menor la identificación de los factores de riesgo social que motivarán la interconsulta con el/ la trabajador/a social del servicio de salud, para que este profesional realice la valoración sociofamiliar y la puesta en marcha del plan de intervención social si procede:

- La no existencia de factores de riesgo social, se recogerá en la historia de salud.
- Ante la sospecha de factores de riesgo social, o a criterio del profesional, se realizará interconsulta/ derivación con el/la trabajador/a social del servicio sanitario.
- El/la trabajador/a social del servicio sanitario realizará la valoración social de forma sistemática a toda familia que sea derivada o que acuda por iniciativa propia explorando tanto los factores de riesgo como los de protección.
- Una vez realizada la valoración sociofamiliar se define el plan de intervención social, si procede.

- **IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE PROTECCIÓN**

En todas las intervenciones con los menores desde el centro sanitario es importante la identificación de factores de protección: activos en salud.

En cuidadores:

- Apego y vinculación emocional.
- Habilidades de comunicación en los padres.
- Maternidad/paternidad deseada.
- Pautas educativas de control positivo.
- Disciplina coherente.
- Recursos para afrontar situaciones conflictivas.
- Buen seguimiento de las indicaciones de los profesionales sanitarios.
- Existencia de redes sociales y familiares.

En el menor:

- Buena salud.
 - Buen temperamento.
 - Autonomía e independencia.
 - Adecuada autoestima.
 - Buena inteligencia.
 - Habilidades para solución de problemas.
- **ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA POBLACIÓN GENERAL. SIN PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO SOCIAL**

Mediante acciones socioeducativas interinstitucionales, tanto individuales como grupales, dirigidas a los menores y/o sus familias

- **ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN PRIMARIA ORIENTADAS A LA POBLACIÓN CON PRESENCIA DE FACTORES DE RIESGO SOCIAL**

-
- Seguimiento específico de niños de riesgo social desde las consultas de pediatría, enfermería y trabajo social sanitario, o mediante visitas domiciliarias.
 - Intervención sociofamiliar del trabajador/a social sanitario, que incluya el fomento del apoyo social formal e informal.
 - Identificación y fomento de factores de resiliencia.
 - Comunicación en el Equipo de Salud (médico, enfermera y trabajo social) para tratar patologías de los padres (drogadicción, alcoholismo, enfermos psíquicos) y seguimiento.
 - Atención específica según protocolo a los menores discapacitados.
 - Estar alerta ante la presencia de indicadores de maltrato en sus diferentes tipos.

- **VALORACIÓN SOCIAL**

El profesional de trabajo social sanitario, deberá investigar y conocer las siguientes circunstancias o áreas: personal, familiar, económica, vivienda, educativa, empleo, ocupacional..., paralelamente al

diagnóstico clínico para poder emitir un diagnóstico social que permita la elaboración de un Plan de Atención Social en Salud.

El análisis y sistematización de estas variables:

- Ayudarán a detectar problemas y necesidades no cubiertas así como los recursos personales, familiares, comunitarios, institucionales para afrontar dichas dificultades.
- Permitirán conocer aquellos factores sociales que dificulten el proceso de evaluación, diagnóstico y tratamiento de los niños y niñas con problemas de salud así como la identificación de factores de protección.
- Modularan y/o intensificaran las intervenciones sociales que se diseñen en el Plan de Atención Social en Salud.

La valoración social se podrá realizar desde los siguientes contextos: en consulta o en el domicilio.

Si es necesario se realizará en diferentes sesiones o entrevistas, siempre creando un ambiente acogedor, de escucha y empatía, estando alerta a las emociones y sentimientos de los padres y familiares de acuerdo al momento que estén viviendo en cuanto al proceso diagnóstico, duelo, etc.

Será importante coordinar esta actividad con el Equipo de Salud, evitando el solapamiento en las intervenciones y/o saturación a la familia y siempre bajo criterios de respeto, discrecionalidad e individualización.

Concluiremos con la emisión de un diagnóstico social que nos permitirá elaborar el Plan de Atención Social en Salud (PASS) acordado con la familia, cuidadores y el menor.

• INTERVENCIÓN SOCIAL

El tratamiento social estará integrado en el conjunto de acciones sociosanitarias que el Equipo de Salud haya diseñado y en función a las especificidades de cada caso.

El objetivo general de esta intervención es favorecer que los menores con problemas de salud alcancen las mejores condiciones de normalización, integración y calidad de vida. Velando por la garantía de sus derechos y su protección.

Como objetivos específicos de la Intervención Social tendremos:

- Potenciar las actitudes positivas que conservan el menor y su familia.
- Intervenir en aquellas necesidades no cubiertas y en las problemáticas sociales emergentes.
- Abordar las problemáticas sociales en función de las áreas afectadas, potenciando los recursos personales, familiares y comunitarios. Las Áreas objeto de intervención serán: Personal, Familiar, Educativa, Ocupacional-Laboral, Económica, Ocio, Comunitaria y Jurídica.

Con carácter general la intervención social irá encaminada a aumentar la calidad de vida mediante actuaciones dirigidas al apoyo y orientación familiar, asesoramiento, información, gestión y movilización de recursos (personales, familiares, institucionales).

En el Plan de Intervención Social se formularán objetivos y actividades en función de las áreas afectadas y las características de cada situación, bajo la metodología del Trabajo Social de Casos, Trabajo Social de Grupo y Trabajo Social Comunitario.

En este plan se marcarán igualmente las Actividades de Coordinación mediante las que se consensuarán los mecanismos y procedimientos de actuación que permitan a las diferentes instituciones y profesionales implicados trabajar de manera eficaz para conseguir la protección de los menores, evitando la duplicidad de servicios y la disparidad de criterios y objetivos.

En el equipo de salud asumirá la responsabilidad de la coordinación de las actividades derivadas del Plan de Intervención Social a nivel interinstitucional el/la trabajador/a social sanitario. Asumirá la relación entre el Equipo de Salud, los servicios sociales y los centros escolares fundamentalmente, pudiendo incorporarse a la misma otros profesionales de las instituciones que participen en el tratamiento de los menores.

Herramientas/Recursos

Las herramientas a utilizar en el PASS serán las descritas en la metodología de Trabajo Social de Casos, Grupo y Comunidad.

Requisitos mínimos para la realización del PASS:

a) Valoración sociofamiliar cumplimentando la Historia Social mediante:

- Entrevistas familiares
- Visita domiciliaria
- Visita al centro educativo y entrevista con profesores referentes.

b) Emisión de un diagnóstico social sanitario tras la valoración.

c) Elaboración del plan individualizado de atención social, en el que se reflejarán los objetivos y las actividades a realizar para conseguirlos.

Entre las actividades se definirán las reuniones de coordinación necesarias y las actividades de trabajo social comunitario y grupal que fueran necesarias.

VALORACIÓN SOCIAL Y PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL EN SALUD

ANEXO 1

RIESGO SOCIAL. FACTORES DE RIESGO SOCIAL

El riesgo social en la infancia se entiende como el incremento de la susceptibilidad a contraer enfermedad psíquica y/u orgánica derivada de una mayor vulnerabilidad o desprotección infantil por las especiales condiciones de la situación sociofamiliar y del entorno del menor.

Los factores de riesgo social asociados a la mayor vulnerabilidad de enfermar y que en sí mismo representan un deterioro del estado de salud, están descritos en la bibliografía de forma coincidente.

Criterios Familiares de Riesgo social para derivar al Trabajador Social Sanitario:

- Familia que presenta limitada capacidad para afrontar problemas.
- Familia que presenta dificultades sociales por la existencia de otros miembros con problemas de salud.
- Familia que presenta relaciones familiares conflictivas: malos tratos, carencias afectivas, falta de apoyo, etc.
- Familia que manifiesta condiciones desfavorables de vivienda: hacinamiento, insalubridad, falta de equipamientos básicos, barreras arquitectónicas, ausencia de vivienda, desahucio.
- Familia que presenta una situación de marginación social: mendicidad, delincuencia, prostitución.
- Familia con dificultades de accesibilidad a los servicios.
- Familia perteneciente a minorías étnicas con dificultades de integración.
- Familia con soporte económico comprometido por inestabilidad laboral o paro prolongado de sus miembros.
- Familia que sufre un problema de salud que origina un problema social grave.

Criterios de riesgo social en menores para derivar al Trabajador Social Sanitario:

- Menor que presenta síntomas de maltrato (físico, psíquico y/o abuso sexual) intra o extra familiar (violencia escolar, violencia entre iguales).
- Menor que ha sufrido fallecimiento o abandono de progenitores y pudiera sospecharse situación de desprotección.

- Menor cuyos padres están inmersos en un proceso de separación conflictivo.
- Menor perteneciente a familia con alta movilidad (cambios frecuentes de domicilio).
- Menor hijo de adolescentes con dificultades de apoyos familiares.
- Menor perteneciente a familia monoparental, u otro tipo de familia sin apoyos sociales.
- Menor con discapacidad que interfiere en la dinámica familiar.
- Menor con irregularidades escolares: no escolarizado, absentismo, inadaptación escolar que le aleje de forma frecuente del programa escolar reglado.
- Menor con necesidades educativas especiales.
- Menor que requiere la intervención de múltiples instituciones y profesionales y están en situaciones de descoordinación.
- Menor cuya familia maneja creencias de rechazo a medidas de prevención y atención a problemas de salud: medicación, pruebas diagnósticas, vacunas...
- Menor cuyos padres mantienen conductas o pautas inadecuadas de crianza, (sobrepotección, permisividad, dejación en aspectos nutricionales, de sueño, de higiene...)
- Menor tutelado por la Administración Pública.
- Menor cuya familia presenta demandas de atención frecuentes por motivos no justificados ("hiperfrecuentadores").

VALORACIÓN SOCIAL Y PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL EN SALUD

ANEXO 2

ALGORITMO DE ACTUACIÓN

