

**ACTIVIDADES
DE PROMOCIÓN
DE SALUD Y
CONSEJOS
PREVENTIVOS**

Actividades de promoción de salud y consejos preventivos

ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE SALUD Y CONSEJOS PREVENTIVOS

[Promoción de la lactancia materna](#)

[Alimentación de 4 a 24 meses](#)

[Alimentación de 2 a 18 años](#)

[Asesoría de comedores escolares](#)

[Tabaquismo pasivo](#)

[Consejo sobre actividad física y deporte](#)

[Consejo sobre fotoprotección](#)

[Consejo preventivo sobre el sueño](#)

[Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante \(SMSL\)](#)

[Prevención de accidentes](#)

[Higiene corporal](#)

[Promoción del buen trato: parentalidad positiva y apego seguro](#)

[Atención a la sexualidad](#)

[Uso responsable de los medicamentos](#)

[Atención al adolescente](#)

[Sexualidad: salud afectivo-sexual y reproductiva en la adolescencia](#)

[Prevención y detección del consumo de alcohol, tabaco y drogas](#)

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

Introducción

La lactancia materna (LM) es la alimentación ideal para los bebés humanos. Sus beneficios para la salud de madres y bebés están científicamente demostrados incluso en las sociedades industrializadas. Además el aumento de la prevalencia y duración de la LM proporciona beneficios para toda la sociedad. Promocionar la LM desde todos los ámbitos asistenciales favorece mejores resultados en salud y constituye un marco para fomentar un apego saludable y con ello contribuir a la promoción del buen trato a la infancia y entre iguales. Aunque debemos promocionar y animar la LM, en última instancia se debe respetar el derecho de las mujeres a decidir lactar o no hacerlo.

ACTIVIDADES

- Ofrecer programas estructurados de apoyo a la lactancia materna en etapas pre y postnatal.
- Recomendar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses y fomentar la prolongación de la misma hasta los 2 años, acompañando a una adecuada alimentación complementaria.
- Recomendar el amamantamiento a demanda atendiendo precozmente las señales de hambre del bebé (en oposición al amamantamiento restringido a un horario)
- Enseñar a los progenitores a reconocer las señales de un amamantamiento eficaz y aconsejar pedir ayuda si no hay recuperación del peso después de la semana de vida.
- Asegurar el vaciado eficaz de las mamas durante el amamantamiento y permitir al lactante vaciar al menos un pecho en cada toma.
- Ofrecer a las madres el contacto con grupos de apoyo o al menos tener la posibilidad de acudir a talleres de lactancia posparto.
- Enseñar a las madres técnicas de extracción y conservación de la leche.
- Recomendar la introducción de alimentación complementaria a partir de los 6 meses. Ofrecer pronto alimentos ricos en hierro de alta biodisponibilidad.
- Dar información disponible en otros soportes (folletos, internet) para el apoyo de la lactancia y sobre medicación y lactancia materna.
- Proporcionar alternativas al destete ante situaciones comunes si la madre desea continuar amamantando.

- **ACTIVIDAD. OFRECER PROGRAMAS ESTRUCTURADOS DE EDUCACIÓN ANTENATAL Y APOYO POSPARTO A LA LACTANCIA MATERNA.**

Población diana:

- Mujeres embarazadas, padres y madres lactantes.

Periodicidad:

- En cualquier contacto con la población diana.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- La educación antenatal estructurada que aborda específicamente la LM aumenta las tasas de inicio y duración de la LM.
- El apoyo persona a persona o por teléfono aumenta el efecto de la educación antenatal y las cifras de LM inicial en un 5 ó 10%.
- El apoyo posparto favorece el inicio y la duración de la LM a corto y largo plazo.
- El apoyo madre a madre es particularmente eficaz para aumentar las cifras de LM al inicio.
- Las expectativas realistas sobre el proceso de amamantamiento ayudan a evitar el destete temprano.
- El apoyo por parte de la pareja contribuye al éxito de la LM.

Herramientas:

- Talleres de LM para gestantes.
- Visita individual:
 - Información sobre los beneficios de la LM, la técnica correcta del amamantamiento (anexos 1 y 2) y resolución de dudas.
 - Evaluación de las mamas.
 - Detección de factores de riesgo para la lactancia (anexo 3).
- Establecer talleres de lactancia en el posparto en el centro de salud, realizados por profesionales sanitarios con experiencia y formación en lactancia.
- Fomentar la participación de las madres y su continuidad en los talleres como figuras de modelado y apoyo.
- Fomentar el contacto con grupos de apoyo ya establecidos o potenciar el desarrollo de nuevos grupos de apoyo a nivel local.
- Incluir a la familia y allegados en las actividades de educación y apoyo.
- Reconocer las verdaderas contraindicaciones para la lactancia (anexo 4).

- **ACTIVIDAD. RECOMENDAR LA LM EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES Y APOYAR LA PROLONGACIÓN DE LA MISMA HASTA LOS 2 AÑOS O MÁS, CON UNA ADECUADA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.**
-

Población diana:

- Madres lactantes con hijos menores de 2 años.
- Sus parejas y la familia extensa.

Periodicidad:

- En las visitas del Programa de Salud Infantil, mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto con la población diana.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- La leche humana proporciona todo el líquido y los nutrientes necesarios para un crecimiento óptimo del lactante.
- El apoyo positivo y con conocimientos apropiados de la LM por parte del personal sanitario aumentan la incidencia, la duración y la exclusividad de la LM.
- La información inconsistente o inexacta proporcionada por los profesionales contribuye a la confusión materna y al destete prematuro.

Herramientas:

- Recordar, reforzar y alentar la LM durante cualquier contacto con madres embarazadas y en todas las visitas del programa de seguimiento de salud infantil.
- Evitar la información incongruente o inexacta, mediante cursos de actualización y protocolos consensuados por todos los profesionales implicados en la atención materno-infantil.

- **ACTIVIDAD. RECOMENDAR EL AMAMANTAMIENTO A DEMANDA ATENDIENDO PRECOZMENTE LAS SEÑALES DE HAMBRE DEL BEBÉ (EN OPOSICIÓN AL AMAMANTAMIENTO RESTRINGIDO A UN HORARIO)**

Población diana:

- Madres lactantes, sus parejas y la familia extensa.

Periodicidad:

- En las visitas del Programa de Salud Infantil mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto con la población diana.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- Amamantar a demanda y sin restricciones promueve la producción láctea, aumenta la duración de la LM, disminuye la pérdida inicial de peso del lactante e incrementa las tasas de ganancia ponderal.
- La respuesta temprana a las primeras señales del lactante de que está dispuesto a mamar facilita el agarre correcto y la succión efectiva.
- El contenido de grasa de la leche se incrementa a lo largo de la toma, por tanto, para asegurar que el lactante recibe esa leche de mayor contenido calórico debe fomentarse el vaciado completo de uno de los pechos en cada toma, así como evitar los cambios forzados del primer pecho al segundo.

Herramientas:

- Instruir en la observación de las señales del bebé que indican que está dispuesto a mamar: comienza a moverse, gira la cabeza, realiza movimientos de chupeteo o de búsqueda, se lleva las manos a la boca...
- Aconsejar el amamantamiento frecuente (8 a 12 veces al día al menos las 6 primeras semanas).
- Aconsejar el amamantamiento a demanda durante todo el primer año.
- Asegurarse de que los padres saben que el volumen de leche aumenta con el incremento del número y duración de las tomas.

- **ACTIVIDAD. ENSEÑAR A RECONOCER LAS SEÑALES DE UN AMAMANTAMIENTO EFICAZ Y ACONSEJAR PEDIR AYUDA SI NO HAY RECUPERACIÓN DEL PESO DESPUÉS DE LA SEMANA DE VIDA**
-

Población diana:

- Madres lactantes, sus parejas y la familia extensa.

Periodicidad:

- En las visitas del Programa de Salud Infantil mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto con la población diana.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

La pérdida continuada de peso después del tercer día de vida está fuertemente relacionada con el abandono precoz de la LM (anexo 6).

Herramientas:

- Enseñar a reconocer las señales tempranas de hambre y aconsejar el amamantamiento sin esperar al llanto.
- Instruir en la observación de indicadores de amamantamiento eficaz: posición de la boca, deglución, ausencia de dolor, orina, excretas, llanto, insatisfacción, sueño o ganancia ponderal.
- Proporcionar información sobre cómo, dónde y a quién pedir ayuda en caso de pérdida de peso excesiva o ausencia de recuperación del peso neonatal. (anexo 8)

- **ACTIVIDAD. ASEGURAR EL VACIADO EFICAZ DE LAS MAMAS DURANTE EL AMAMANTAMIENTO Y PERMITIR AL LACTANTE VACIAR AL MENOS UN PECHO EN CADA TOMA.**
-

Población diana:

- Madres lactantes, sus parejas y la familia extensa.

Periodicidad:

- En las visitas del Programa de Salud Infantil mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto con la población diana.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- La producción de leche se regula por la succión del bebé y el vaciado eficaz de las mamas. El volumen de leche aumenta con el incremento en la frecuencia de las tomas durante los primeros 14 días.
- La duración del amamantamiento aumenta cuando los profesionales sanitarios proporcionan una evaluación continuada y realizan intervenciones apropiadas.

Herramientas:

- Aconsejar que permitan al lactante terminar un pecho antes de pasarlo al otro.
- Observar al menos una toma al inicio de la lactancia (anexo 5) y corregir si es preciso problemas de técnica.

- **ACTIVIDAD. OFRECER A LAS MADRES EL CONTACTO CON GRUPOS DE APOYO O AL MENOS TENER LA POSIBILIDAD DE ACUDIR A TALLERES DE LACTANCIA POSPARTO.**
-

Población diana:

- Madres lactantes, sus parejas y la familia extensa.

Periodicidad:

- En las visitas del Programa de Salud Infantil mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto con la población diana.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- El apoyo entre madres tiene un efecto significativo sobre las tasas de inicio y duración del amamantamiento.
- La inclusión de madres de grupos de apoyo en las clases prenatales mejora las cifras de lactancia.

Herramientas:

- Remitir a las madres a un grupo de apoyo local y/o al taller de lactancia más próximo.

- **ACTIVIDAD. ENSEÑAR A LAS MADRES TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE. EXPLICAR INDICACIONES Y UTILIDADES DE LA LECHE EXTRAÍDA.**

Población diana:

- Madres lactantes, sus parejas y la familia extensa.

Periodicidad:

- En los talleres de lactancia y en las visitas del Programa de Salud Infantil mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto con la población diana.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- El retorno al trabajo extradoméstico es percibido como una barrera a la prolongación de la LM.
- La leche puede extraerse de forma sencilla tanto manualmente como mediante extractores.
- Son numerosas las situaciones médicas, familiares o sociales que pueden verse facilitadas si la madre sabe cómo extraerse la leche en lugar de interrumpir la LM.
- Los masajes sobre el pecho inmediatamente antes de la extracción aumentan la cantidad de leche extraída, sin alterar la composición de la misma.
- La extracción doble simultánea mediante un dispositivo eléctrico consigue un aumento en la cantidad final de leche extraída.
- El vaciado manual es sencillo y cómodo para muchas mujeres.
- La leche materna extraída puede administrarse al bebé en las siguientes 48 horas.
- La leche materna extraída puede almacenarse en un congelador, preferiblemente en envases de polipropileno. (anexo 7)

Herramientas:

- Preguntar a las madres por sus planes de incorporación al trabajo.
- Anticipar otras situaciones que pueden beneficiarse de la extracción de leche.
- Comprobar que conocen las técnicas de extracción y conservación de la leche (anexos 7).
- Enseñar masajes previos a la extracción y la técnica de extracción manual.
- Aconsejar las bombas eléctricas de doble copa.
- Aconsejar a las madres acudir a talleres de lactancia.

- **ACTIVIDAD. RECOMENDAR LA INTRODUCCIÓN DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA A PARTIR DE LOS 6 MESES. OFRECER PRONTO ALIMENTOS RICOS EN HIERRO DE ALTA BIODISPONIBILIDAD.**
-

Población diana:

- Madres lactantes, sus parejas y la familia extensa.

Periodicidad:

- En las visitas del Programa de Salud Infantil mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto con la población diana.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- La alimentación con leche materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, reduce la frecuencia de infecciones gastrointestinales y respiratorias en el lactante, ha demostrado beneficios para el desarrollo del lactante y ningún déficit nutricional.
- A partir de los 6 meses, los depósitos de hierro del lactante sano pueden quedar mermados y se hace necesario el aporte de alimentos ricos en hierro de fácil absorción.

Herramientas:

- Entregar anticipadamente un calendario de introducción de alimentación complementaria.
- Aconsejar la introducción de alimentos complementarios a partir de los 6 meses.
- Los primeros alimentos deben ser ricos en hierro de alta biodisponibilidad.
- Evitar la introducción precoz (antes de los 6 meses) de alimentos excesivamente dulces o con sacarosa añadida.

- **ACTIVIDAD. DAR INFORMACIÓN DISPONIBLE EN OTROS SOPORTES (FOLLETOS, INTERNET) PARA EL APOYO DE LA LACTANCIA Y SOBRE MEDICACIÓN Y LM.**
-

Población diana:

- Madres lactantes, sus parejas y la familia extensa.

Periodicidad:

- En las visitas del Programa de Salud Infantil mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto con la población diana. En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- Es frecuente que las mujeres que amamantan planteen dudas sobre la misma, siendo Internet un excelente sistema de apoyo para resolver estas dudas.
- Es frecuente que las mujeres tomen medicación durante el periodo de lactancia y/o antes de su comienzo y que, por tanto, surjan dudas sobre la seguridad de determinados fármacos.

Herramientas:

- Información disponible vía Internet (anexo 9).

- **ACTIVIDAD. PROPORCIONAR ALTERNATIVAS AL DESTETE SI LA MADRE DESEA CONTINUAR AMAMANTANDO.**

Población diana:

- Madres lactantes, sus parejas y la familia extensa.

Periodicidad:

- En las visitas del Programa de Salud Infantil mientras se mantenga la LM y en cualquier contacto con la población diana.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

- El retorno al trabajo suele ser motivo de abandono de la LM por parte de muchas madres.
- La introducción de la alimentación complementaria no debe suponer la sustitución de tomas de pecho por otro alimento sino que éste último debe complementar a la LM.
- La curva de peso no debe ser indicador de suplementación con fórmula artificial sino motivo para reforzar la LM.
- Es frecuente que se proponga el destete como solución única ante situaciones que no constituyen una contraindicación para la LM: enfermedades maternas leves, mastitis, contracepción, intervenciones quirúrgicas de madre o bebé...

Herramientas:

- Utilizar las gráficas de crecimiento de la OMS realizadas con bebés amamantados como patrón de referencia para la supervisión del crecimiento de los bebés.
- Recordar que las tablas de percentiles representan a toda la población normal y son una medida de estadística, no de salud.
- Priorizar el mantenimiento de la LM siempre que la madre lo desee.
- Introducir la alimentación complementaria respetando a la LM.
- Proponer alternativas adaptadas a cada situación cuando la madre deba reincorporarse al trabajo extradoméstico planificando la continuidad de la LM. (Anexo 8)

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 1

TÉCNICA CORRECTA DE LACTANCIA MATERNA

Colocación al pecho*

Una buena colocación facilita: Pezones sanos + succión eficaz + bebé satisfecho

1. *Sostén al bebé tripa con tripa*, de manera que no tenga que girar la cabeza para alcanzar el pezón.
2. *Sostén el pecho con el pulgar arriba y los dedos por debajo*, muy por detrás de la areola. Espera hasta que el bebé abra la boca de par en par. Acerca el bebé al pecho.
3. *Asegúrate de que el bebé toma el pezón y gran parte de la areola en la boca*. Este bebé mama con la boca abierta y su nariz y mentón están pegados al pecho. Su labio inferior está vuelto hacia abajo.

* La liga de la Leche, España [consultado el 04/12/2012]

Disponible en http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/colocacion.htm

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 2

LAS DIEZ CLAVES DE LA LACTANCIA MATERNA²

1. **Amamanta pronto, cuanto antes, mejor.** La mayoría de los bebés están dispuestos a mamar durante la primera hora después del parto, cuando el instinto de succión es muy intenso. Amamantar precozmente facilita la correcta colocación al pecho.
2. **Ofrece el pecho a menudo día y noche.** Hazte a la idea de que pasarás mucho tiempo amamantando a tu bebé durante estas primeras semanas. Un recién nacido normalmente mama entre 8 y 12 veces en 24 horas. No mires el reloj y dale el pecho cada vez que busque o llore, sin esperar a que "le toque". Así establecerás un buen suministro de leche.
3. **Asegúrate de que el bebé succiona eficazmente y en la postura correcta.**
4. **Permite que el bebé mame del primer pecho todo lo que desee,** hasta que lo suelte. Después ofrécele el otro. Unas veces lo querrá, otras no. Así el bebé tomará la leche que se produce al final de la toma, rica en grasa y calorías, y se sentirá satisfecho.
5. **Cuanto más mama el bebé, más leche produce la madre.** Es importante respetar el equilibrio natural y dejar que el bebé marque las pautas, mamando a demanda. No es necesario sentir el pecho lleno; la leche se produce principalmente durante la toma gracias a la succión del bebé.
6. **Evita los biberones "de ayuda",** de suero glucosado y de infusiones. La leche artificial y el suero llenan al bebé disminuyendo su interés por mamar, entonces el bebé succiona menos y la madre produce menos leche.
7. **Evita el chupete,** al menos durante las primeras semanas, hasta que la lactancia esté bien establecida. Un recién nacido ha de aprender bien cómo mamar del pecho y las tetinas artificiales como el biberón o el chupete pueden dificultar este aprendizaje.
8. Recuerda que el **bebé también mama por razones diferentes al hambre, como por necesidad de succión o de consuelo.** Ofrecerle el pecho es la forma más rápida de calmar a tu bebé.
9. **Cuídate.** Necesitas encontrar momentos de descanso y centrar tu atención más en el bebé que en otras tareas. Solicita ayuda de los tuyos.
10. **Busca apoyo.** Tu grupo local de apoyo o el taller de lactancia más cercano tiene la información y el apoyo que toda madre lactante necesita.

² Adaptado de: La liga de la Leche, España [consultado el 04/12/2012].

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 3 FACTORES DE RIESGO PARA LA LACTANCIA MATERNA

En el lactante:

- Parto traumático.
- Edad gestacional menor de 38 semanas.
- Dificultades para mantener un agarre efectivo y/o una succión eficaz.
- Somnolencia y/o irritabilidad.
- Intervalos largos entre tomas.
- Hiperbilirrubinemia o hipoglucemia.
- Ser pequeño o grande para la edad gestacional.
- Frenillo corto.
- Parto múltiple.
- Problemas neuromotores.
- Anomalías cromosómicas.
- Anomalías faciales.
- Enfermedad aguda o crónica.
- Uso de chupetes y tetinas.

En la madre:

- Dificultades en el amamantamiento de hijos anteriores.
- Cesárea, intervenciones en el parto.
- Separación del bebé.
- Ausencia de cambios prenatales en la mama.
- Pezones dañados con grietas o sangrantes.
- Congestión mamaria importante.
- Dolor mamario persistente.
- Percepción de leche insuficiente.

- Enfermedad aguda o crónica.
- Uso de medicamentos.
- Anomalías de la mama o el pezón.
- Cirugía o trauma mamario.
- Alteraciones hormonales (síndrome de ovario poliquístico, hipotirodismo, diabetes y otros).

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 4 FACTORES DE RIESGO PARA LA LACTANCIA MATERNA

Contraindicaciones verdaderas para la lactancia materna

En la madre:

- HIV positiva, en España.
- Abuso de sustancias.
- Quimioterapia.
- Tratamientos con isótopos radiactivos hasta la eliminación del isótopo del cuerpo de la madre.
- Tuberculosis activa hasta que la madre deje de ser contagiosa. La leche materna extraída puede ser administrada al bebé.
- Varicela activa: exantema en los 5 días anteriores y 2 posteriores al nacimiento. La leche materna extraída puede ser administrada al bebé, salvo que presente lesiones de varicela en areola mamaria.
- Lesiones de herpes activas en la mama.
- Enfermedad de Chagas.

En el lactante:

- Galactosemia.

No se consideran contraindicaciones:

- Fiebre materna en ausencia de contraindicación antes reseñada.
- Hepatitis B o C.
- Exposición a niveles bajos de contaminantes ambientales.
- Alcohol –aconsejar a la madre limitarse a un consumo ocasional–.
- Tabaco: aconsejar el abandono del hábito, pero si esto no es posible evitar la exposición del bebé al humo.
- Infección por citomegalovirus

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 5

OBSERVACIÓN DE LA TOMA

Nombre de la madre Fecha
Nombre del bebé..... Edad del bebé

SIGNOS DE NORMALIDAD

Posición

- Madre relajada y cómoda
- Bebé muy junto y bien encarado.
- Cabeza y cuerpo del bebé alineados
- El mentón toca el pecho
- Bebé bien sujeto por detrás*

Respuestas

- Busca el pecho si tiene hambre
- Movimientos de búsqueda*
- Explora el pecho con la lengua
- Mama tranquilo y despierto
- Se mantiene en el pecho
- Signos de eyección de la leche (goteo, “apoyo”, entuertos)

Vínculo afectivo

- Abrazo seguro y confiado
- La madre le mira a la cara
- La madre le acaricia

Anatomía

- Pechos blandos después de la toma
- Pezones salientes, protráctiles
- Piel de aspecto sano
- Pecho redondeado durante la toma

Succión

- Boca muy abierta
- Labio inferior doblado hacia fuera
- La lengua rodea al pecho
- Mejillas redondeadas
- Más areola por encima de la boca
- Succión lenta, profunda, con pausas
- Se ve u oye como traga

Duración

- Suelta el pecho espontáneamente

SIGNOS DE ALERTA

Posición

- Hombros tensos, inclinada sobre el bebé
- Bebé separado de la madre
- El bebé ha de torcer o doblar el cuello
- El mentón no toca el pecho
- Sólo sujeta el hombro o la cabeza*

Respuestas

- El bebé no responde al pecho
- No hay reflejo de búsqueda*
- No muestra interés por el pecho
- Bebé inquieto o lloroso
- Se le escapa el pecho
- No se observan signos de eyección.

Vínculo afectivo

- Abrazo nervioso o flojo
- No hay contacto visual entre ambos
- Apenas le toca, o le sacude y atosiga

Anatomía

- Pechos ingurgitados
- Pezones planos o invertidos
- Piel irritada o agrietada
- Pecho estirado

Succión

- Boca poco abierta, “morrito”
- Labio inferior doblado hacia dentro
- No se ve la lengua
- Mejillas tensas o hundidas
- Más areola por debajo de la boca
- Chupadas rápidas
- Se oyen chasquidos

Duración

- La madre lo saca del pecho

Hora de inicio de la toma: Hora en que acaba la toma:

Tiempo de succión: minutos

(*) Se refieren sólo a recién nacidos, no a niños mayores

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 6

SIGNOS DE AMAMANTAMIENTO INEFICAZ

En el lactante:

- Pérdida de peso mayor del 7% respecto al peso RN.
- Menos de 3 deposiciones/día pasadas las primeras 24 horas de vida.
- Heces meconiales después del 4º día.
- Menos de 6 pañales mojados con orina clara después del 4º día.
- Insatisfecho (irritable, inquieto o somnoliento) después de las tomas.
- Deglución no audible durante las tomas.
- Pérdida de peso después del 3^{er} día.
- No gana peso a partir del 5º día.
- No ha recuperado el peso de RN al 10º día.

En la madre:

- Sin cambios discernibles en el peso o tamaño de las mamas y sin cambios en la composición de la leche el 5º día.
- Dolor de los pezones persistente o creciente.
- Congestión mamaria que no mejora amamantando

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 7 TÉCNICAS DE EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA

Situaciones en que la extracción de la leche materna puede ser necesaria o de utilidad:

- Cuando madre e hijo no pueden estar juntos, por ausencia de la madre (incorporación al trabajo, enfermedad) o enfermedad del lactante (grandes prematuros, ...)
- Cuando se desea establecer, aumentar o mantener la producción láctea.

La extracción de leche también puede ser útil los primeros días tras el parto, cuando el bebé no se coge suficientes veces, para estimular mejor la “subida de la leche” o cuando hay una disminución de la producción de leche (porque el bebé empieza a dormir toda la noche o porque se han establecido pautas erróneas como el uso de chupete o tetinas).

En casos de grietas muy dolorosas o en el caso de pezones planos, puede ser útil utilizar el sacaleches unos minutos antes de ponerse al bebé al pecho, para estimular el pezón y la subida de la leche.

Frecuencia de la extracción

Si el bebé no mama a menudo, es conveniente vaciar los pechos cada 2 ó 3 horas para mantener la producción de leche. Es aconsejable empezar a usar la bomba tan pronto como se haya interrumpido el horario habitual de amamantar. No es necesario esperar a la subida o a que la madre se sienta incómoda. El calostro también se puede extraer y almacenar.

Preparativos para extraer la leche:

1. Lavarse las manos (no es necesario lavar el pecho, el pezón ni la areola).
2. Buscar un lugar silencioso y privado en donde la madre se sienta cómoda para usar la bomba y donde tener el equipo recolector limpio y listo para usar.
3. Prever la posibilidad de tomar una infusión o algo de beber mientras se usa la bomba.
4. Realizar ejercicios de relajación y varias inspiraciones profundas unas cuantas veces. Escuchar música suave o ver la televisión.
5. La aplicación de calor sobre el pecho favorece el flujo de leche. El calor no es aconsejable para aliviar la congestión mamaria.

Cómo estimular la bajada de la leche:

Tanto si se va a extraer la leche de forma manual, como con bomba es conveniente preparar antes el pecho para facilitar la extracción, provocando el reflejo de bajada o de eyección láctea.

Para ello se pueden seguir tres pasos:

1. Masajear: oprimiendo firmemente el pecho hacia la caja torácica (costillas), usando un movimiento

circular con los dedos en un mismo punto, sin deslizar los dedos sobre la piel. Después de unos segundos ir cambiando hacia otra zona del seno.

2. Frotar el pecho cuidadosamente desde la parte superior hacia el pezón, de modo que produzca un cosquilleo. Continuar este movimiento desde la periferia del pecho hacia el pezón, todo alrededor.

3. Sacudir ambos pechos suavemente inclinándose hacia delante.

Técnicas de extracción

La leche materna puede extraerse a mano o con sacaleches. A medida que la madre coge práctica se obtienen mejores resultados, también es más fácil cuando la madre ya ha establecido una buena producción de leche.

Extracción manual

La extracción manual es más laboriosa, pero a muchas madres les resulta más agradable y natural. Suele ser más conveniente para la extracción en casa.

Técnica de Marmet para la extracción manual de leche:

- Colocar el pulgar y los dedos índice y medio formando una letra "C" a unos 3 ó 4 cm por detrás del pezón (no tiene que coincidir forzosamente con el final de la areola).
- Evitar que el pecho descansa sobre la mano.
- Empujar los dedos hacia atrás (hacia las costillas), sin separarlos. Para pechos grandes o caídos, primero levantarlos y después empujar los dedos hacia atrás.
- Rodar los dedos y el pulgar hacia el pezón, con movimiento como de rodillo (rodar no deslizar).
- Repetir rítmicamente para vaciar los depósitos (colocar los dedos, empujar hacia adentro, rodar).
- Rotar la posición de los dedos para vaciar otras partes del pecho. Utilizar ambas manos en cada pecho.
- Extraer la leche de cada pecho hasta que el flujo de leche se haga más lento.
- Provocar el reflejo de bajada en ambos pechos (masajear, frotar, sacudir). Puede hacerse simultáneamente.
- Repetir todo el proceso de exprimir y provocar el reflejo de bajada en ambos pechos, una o dos veces más. El flujo de leche, generalmente, se enlentece más pronto la segunda y tercera vez, a medida que los reservorios se van vaciando.
- Evite estiramientos y maniobras de presión excesiva en el pecho o pezón.

Tiempo de extracción

El procedimiento completo debe durar entre 20 y 30 minutos.

- Extraer la leche de cada pecho de 5 a 7 minutos.
- Masajear, frotar y sacudir.
- Extraer nuevamente de cada pecho de 3 a 5 minutos.
- Masajear, frotar y sacudir.
- Extraer una vez más de 2 a 3 minutos.

Si la producción de leche ya está establecida, utilizar los tiempos anteriores solo como una guía. Si aún no hay leche o hay poca, seguir los tiempos anteriores cuidadosamente.

Extractores manuales de leche materna

Son más baratos y menos aparatosos y ruidosos, pero pueden causar cansancio en la mano de la madre. Ninguna bomba debe hacer daño. Los extractores tipo perilla están en desuso.

Cómo usar un extractor manual

1. Colocar el embudo o el reborde con copa suave sobre el pecho siguiendo las instrucciones del fabricante.
2. Para comenzar, se debe imitar la "llamada a la leche" del bebé, usando tracciones cortas y rápidas.
3. Una vez que se obtenga algo de leche, se deben realizar aspiraciones largas y uniformes.

Se debe evitar la tentación de usar demasiada aspiración, causando malestar. El bombeo forzoso y doloroso bloqueará el mecanismo de liberación de la leche y puede dejar dolorido el pecho.

4. Algunas bombas cuentan con un regulador para aspirar. Hay que comenzar con el nivel más bajo e incrementarlo hasta que la leche fluya libremente y la madre se sienta cómoda.
5. Utilizar 5 a 7 minutos en cada lado (previo masaje) o hasta que el chorro de leche o las gotas sean más lentas. Cambiar de pecho y repetir. Volver a cada pecho unas cuantas veces más, hasta que el flujo de leche sea lento.
6. Verter la leche extraída en un recipiente limpio, sellar, poner la fecha y colocarlo en el refrigerador o en el congelador.
7. Lavar las partes del extractor con agua caliente con jabón, enjuagarlas y secarlas al aire. Una vez al día, esterilizar. También pueden esterilizarse en el lavavajillas, siempre y cuando la temperatura alcance 50 grados por lo menos.
8. Las primeras veces que se use el extractor, puede ser que solo salgan unas cuantas gotas de leche. Esto es normal. Usando la bomba cada 3 horas pronto se obtendrá más y más leche.

Extractores eléctricos

Si la madre va a regresar al trabajo o a estar lejos de su bebé por largo tiempo, un extractor eléctrico es mejor. Se pueden alquilar en varios lugares como en las farmacias, en los hospitales o a través de

organizaciones de madres lactantes. Puede ser útil escoger el que haga menos ruido. Se puede comprar o encargar en las farmacias.

Los más rápidos son los que permiten la extracción de ambos pechos a la vez.

Modo de empleo

1. Lavarse las manos.
2. Usar equipo limpio.
3. Preparar los pechos usando calor, masajes y agitándolos.
4. Poner el control para aspirar en el nivel de presión más bajo o mínimo.
5. Conectar según las instrucciones en la caja.
6. Colocar el embudo o la campana en el pecho. Poner el pezón en el centro y encender la bomba. El pezón se moverá hacia adelante y atrás dentro del embudo. Después de que salgan unas gotas, aumentar poco a poco el nivel de aspiración procurando que sea cómodo. Realizar la extracción alternando pechos como con el extractor manual. En cualquier caso extraer durante 5-7 minutos, masajear y volver a extraer al menos 3 veces.

Almacenamiento:

1. Verter la leche en un recipiente limpio.
2. Etiquetar.
3. La leche puede mantenerse sin refrigerar durante 6-8 horas si la temperatura ambiente es inferior a 29 °C.
4. Si se va a consumir más tarde, es preferible refrigerar o congelar de inmediato.

Envases

La leche materna puede congelarse en recipientes de vidrio o de plástico duro (polipropileno).

Llenar cada recipiente con 60 ó 120 ml. de leche materna. Dejar lugar para que la leche se expanda al congelarse. La leche materna se descongelará más rápidamente y habrá menos desperdicio si se congela en cantidades pequeñas.

Sellar los recipientes inmediatamente después de recolectar la leche.

Las bolsas de plástico para leche pueden utilizarse para los bebés sanos nacidos a término. No se debe tocar el interior de la bolsa para leche. Llenar la bolsa para leche con 60 ó 120 ml. de leche y cerrarla bien. Después de que la bolsa para leche se congele, conviene guardarla en un recipiente de plástico duro para evitar que se rompa el plástico.

Refrigeración y congelación

La leche materna puede refrigerarse pero se conserva mejor congelada.

Dependiendo del congelador la duración media es de 3 meses.

Descongelar: descongelar la leche materna bajo el chorro de agua caliente del grifo.

- No hervir ni poner la leche materna en el horno de microondas. Las temperaturas altas destruyen los anticuerpos.
- Cuando la leche se descongele, agitar el biberón suavemente para mezclar la leche.
- No volver a congelar la leche que no se use.
- Tirar la leche que sobre en el biberón después de dar de comer al bebé.
- La leche descongelada debe refrigerarse y usarse en las siguientes 24 horas.

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 8 CONSEJOS ÚTILES PARA LA MADRE QUE DESEA AMAMANTAR Y TRABAJAR

1. Practicar la LM exclusiva establece una buena producción de leche materna antes de la vuelta al trabajo.
2. A partir de la 4-6 semanas de vida, la producción de leche materna está bien establecida si el bebé está mamando bien. A partir de entonces se le puede ofrecer una toma de leche materna extraída para que el bebé se vaya acostumbrando. Algunos bebés aceptan mejor el biberón si se lo ofrece otra persona que no sea la madre.
3. Es conveniente alquilar o comprar un sacaleches eléctrico o manual de buena calidad, para la extracción durante el trabajo.
4. Es conveniente familiarizarse con el uso del sacaleches antes de la vuelta al trabajo.
Es aconsejable empezar a usarlo una o 2 semanas antes de la vuelta al trabajo.
5. El uso de un sacaleches eléctrico doble reduce el tiempo de extracción. La mayoría de las madres pueden reducir el tiempo de extracción a 10-15 minutos al sacarse de los dos pechos a la vez.
6. Si es posible, intentar que la vuelta al trabajo sea a mitad de semana de modo que sólo queden 2 días antes del fin de semana.
7. Es conveniente buscar en el lugar de trabajo un lugar tranquilo y limpio donde poder sacarse la leche y llevar algo para comer y una foto del bebé.
8. Si hay problemas con la subida de la leche, es útil realizar unas inspiraciones profundas, escuchar música suave y concentrarse en la foto del bebé.
9. Dejar a la persona que va a cuidar al bebé, instrucciones por escrito sobre cómo descongelar y calentar la leche extraída.
10. Explicar al cuidador que, a ser posible, no le ofrezca al bebé ningún alimento unas 2 horas antes del regreso a casa de la madre, para que coja su pecho con avidez.
11. Es conveniente que la madre:
 - a. Coma alimentos sanos y nutritivos y beba abundantes líquidos.
 - b. Busque un tiempo de descanso después del trabajo.
 - c. Busque ayuda en la pareja, familiares o amigos con las tareas de la casa y con el bebé.

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 9 DIRECCIONES WEB DE INTERÉS PARA LA LACTANCIA MATERNA

Comité de LM de la Asociación Española de Pediatría

Permite acceder al documento de recomendaciones para la lactancia de la AEP, así como a otros documentos relacionados con la lactancia.

Ofrece dos foros para hacer consultas, uno para padres y otro para profesionales. Responden pediatras expertos en LM: <http://www.aeped.es/lactanciamaterna/index.htm>

La Leche League International

La Liga de La Leche Internacional (LLLI) es una ONG, fundada en 1956, que ofrece información y apoyo a las madres que desean amamantar a sus hijos. Pertenece al Consejo de ONGs de UNICEF y es miembro fundador de la Alianza Mundial a favor de la Lactancia Materna (World Alliance for Breastfeeding Action, WABA); además, mantiene relaciones oficiales de trabajo con la Organización Mundial de la Salud. En su página de Internet hay información fiable y respuestas a la mayoría de los problemas de lactancia que plantean las madres. Especialmente práctica la sección de preguntas más frecuentes.

<http://www.lalecheleague.org/>

También hay información de la LLLI en español:

<http://www.lalecheleague.org/LangEspanol.html>

Medicamentos y lactancia

Una web mantenida por el Servicio de Pediatría del Hospital Marina Alta de Denia, en donde puede consultarse la compatibilidad de muchos medicamentos y otras sustancias con la LM.

<http://www.e-lactancia.org/inicio.htm>

Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento (IHAN)

Propuesta por la OMS y UNICEF para animar a los hospitales, servicios de salud, y en particular las salas de maternidad a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

<http://www.ihan.es/>

Facilita material de consulta y otros recursos sobre LM además de enlaces a todos los grupos de apoyo del territorio nacional

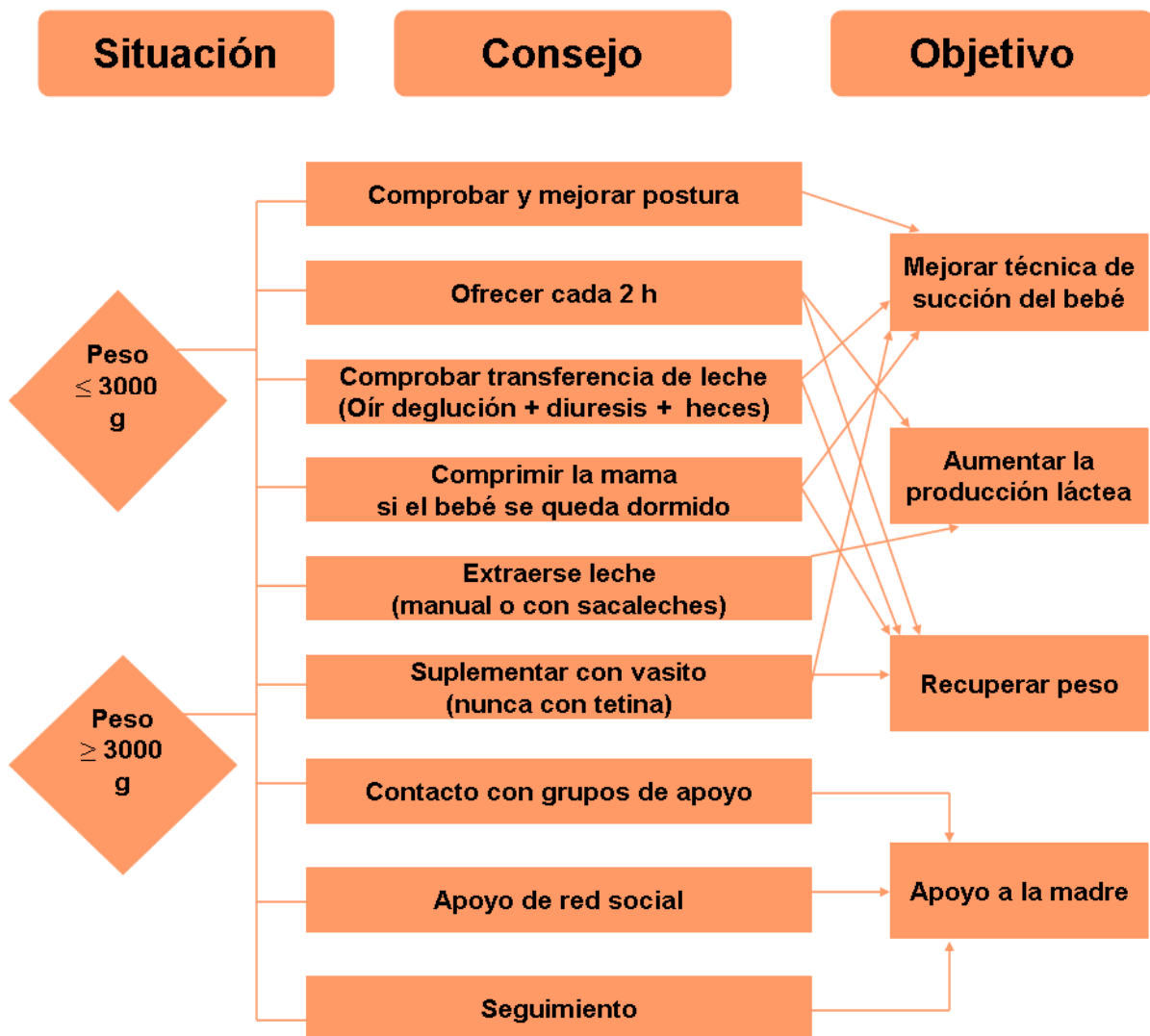
<http://www.ihan.es/index3.asp>.

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA

ANEXO 10

CONSEJOS PARA MANEJAR LA PÉRDIDA DE PESO MANTENIDA

Pérdida de peso mantenida o no inicia la recuperación a los 4-5 d



ALIMENTACIÓN DE 4 A 24 MESES

Población diana:

- Familias con menores de 2 años.

Periodicidad:

- En las visitas de seguimiento de salud infantil desde los 4 a los 24 meses y siempre que demanden información.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.
- **ACTIVIDAD: OFRECER CONSEJO NUTRICIONAL (ANEXO 1)**

Definiciones

- El consejo nutricional pretende adecuar la alimentación del lactante a sus necesidades metabólicas. Se considera que la leche sigue siendo el alimento principal en esta etapa, pero debe iniciarse alimentación complementaria.
- La alimentación complementaria está constituida por los alimentos que toma el lactante distintos de la leche.

Justificación

- El periodo entre el nacimiento y los 2 años de edad es una “ventana de tiempo crítica” para favorecer el crecimiento, la salud y el desarrollo óptimos. Las deficiencias nutricionales pueden tener consecuencias inmediatas sobre el desarrollo físico, mental y motor, y también a largo plazo en la adolescencia y edad adulta.
- A partir de los 6 meses la leche materna no cubre los requerimientos nutricionales y es preciso introducir alimentación complementaria
- Una revisión de las guías alimentarias comúnmente utilizadas ha demostrado la inconsistencia de las recomendaciones específicas para la alimentación de lactantes y niños o niñas pequeños. Aún no contamos con guías unánimes que puedan adaptarse a las prácticas alimenticias y a las condiciones socioculturales individuales. Debemos por tanto orientarnos por las recomendaciones actuales de las principales organizaciones de salud y nutrición, y adaptarlas al entorno sociocultural de las familias.

Herramientas:

- Información individual a la familia y personas cuidadoras.
- Material escrito para entregar como recordatorio. Pirámide de alimentación.
- Ofrecer información en grupos de manera periódica.
- Proporcionar bibliografía adaptada a progenitores y personas cuidadoras.

ALIMENTACIÓN DE 4 A 24 MESES

ANEXO 1

CONSEJO NUTRICIONAL

Inicio de la alimentación complementaria (AC)

El objetivo propuesto por la Organización Mundial de la Salud es la LM exclusiva hasta los 6 meses.

Deben introducirse otros alimentos a partir de esta edad en los bebés amamantados (aunque pueden continuar con LM 2 años o más). En los alimentados con leche adaptada o lactancia mixta también se inicia a los 4-6 meses.

Las razones para no introducir antes la AC incluyen:

- Disminuye la producción de leche materna
- No significa mejoras en el crecimiento
- Los lactantes pequeños no pueden digerir determinadas comidas,
- El bebé puede quedar expuesto a microorganismos patógenos (con aumento del riesgo de diarrea y malnutrición)
- Hay mayor riesgo de alergias

Por otra parte, no se debe retrasar la alimentación complementaria porque:

- La leche materna no aporta suficiente energía y nutrientes para los lactantes de más de 6 meses, lo que supone mayor riesgo de retraso de crecimiento y desnutrición)
- El contenido en hierro y zinc puede ser deficitario.
- Hacia los 6 meses mejora la habilidad motora oral (masticación, deglución...) y la aceptación de sabores y texturas diferentes. Si se deja pasar este momento pueden aparecer dificultades para la aceptación adecuada de los sólidos.

Consistencia de los alimentos

Los alimentos complementarios se pueden administrar como:

- **Transitorios:** triturados, purés y semisólidos a partir de los 6 meses. A los 8 meses pueden tomar alimentos sólidos con sus propias manos.
- **Alimentos familiares:** alrededor de los 12 meses pueden tomar la misma dieta que la familia, siempre que ésta sea equilibrada y variada, con pequeñas adaptaciones a sus habilidades motoras (picada, trozos pequeños), aumentando gradualmente la consistencia y la variedad de los alimentos.

Conviene tener en cuenta que los menores de 2 años necesitan alimentos energéticamente densos, y que hay que evitar los que puedan causar daño por el riesgo de atragantamiento, como los frutos secos, uvas, aceitunas, zanahorias crudas...

Habilidades relacionadas con la alimentación

Es conveniente aprovechar la maduración psicomotriz para favorecer la adquisición de habilidades necesarias para la alimentación autónoma. Por eso:

- Los alimentos en papilla o triturados deben introducirse cuando el bebé puede sostenerse sentado.
- La introducción de los triturados debe hacerse con cuchara, salvo en circunstancias especiales como los grandes prematuros.
- Los líquidos se pueden administrar en taza o vaso desde los 6 meses.
- No se aconseja el biberón para beber zumos ni líquidos azucarados, porque favorecen la aparición de caries.
- Se debe atender a las señales de saciedad (ver anexo 4 del tema prevención de obesidad) y permitir que el bebé regule la cantidad de alimento que ingiere.
- A partir de los 8-10 meses debe favorecerse que el bebé utilice los dedos para probar alimentos de diferente consistencia.
- No es necesario esperar a que el bebé tenga dientes para estimular las acciones de roer y masticar alimentos de consistencia adaptada.

Frecuencia de consumo y densidad energética

Aumentar el número de veces que el bebé es alimentado con alimentos complementarios conforme pasa la edad:

- Entre los 6-8 meses se pueden dar 2 a 3 comidas diarias de AC.
- A partir de los 9 meses se pueden dar 3 a 4 comidas diarias, junto a aperitivos nutritivos (pan, fruta) 1 a 2 veces/día.
- Si la densidad energética de los preparados es baja o el bebé está alimentado al pecho puede requerir comidas más frecuentes.

Alimentos complementarios

- Hay que seleccionar una variedad de alimentos para satisfacer los requerimientos nutricionales.
- No hay base científica para recomendar que deba comenzarse por un tipo concreto de alimento o tenga que hacerse en un orden específico.
- Los bebés alimentados con LM exclusiva hasta los 6 meses deben iniciar la alimentación complementaria con frutas y purés de verduras o legumbres cocidas y/o con carne.

- No se justifica la introducción de leche adaptada solo para preparar papillas de cereales.
- Si la madre dispone de leche suficiente, se podrá extraer para hacer papillas de cereales, o en caso contrario realizarlo con agua o caldo. El arroz se puede incluir en los purés.
- Conviene aconsejar a la madre que, hasta el año de edad, ofrezca el pecho antes que los alimentos complementarios, y cuando sustituya alguna toma o complete con otros alimentos, se extraiga la leche y la conserve para cuando se ausente o para preparar papillas de cereales.
- La situación ideal es que el bebé cumpla el año de edad sin que se haya introducido leche de vaca.
- Patatas, cereales, verduras, frutas, carne, pescado y huevos deben tomarse de forma frecuente.
- La dieta diaria debe incluir alimentos ricos en vitamina A (frutas, verduras, aceite), en vitamina C (frutas, patatas), en vitaminas B (hígado, huevo, verduras de hoja verde, soja, carnes, pescados, patatas y otros tubérculos) y en folatos (legumbres, verduras de hoja verde, zumo de naranja).
- Carne, pescado o huevo pueden tomarse diariamente o lo más frecuente posible, por su riqueza en muchos nutrientes clave (aminoácidos esenciales, hierro y cinc). Los nutrientes están más concentrados en la carne magra que en la grasa. El pescado tiene proteínas de alta calidad, similar a la carne magra, y es menos graso y rico en yodo. Los pescados azules son ricos en ácidos grasos polinsaturados ω -3 importantes para el neurodesarrollo. El retraso en la introducción de alimentos alergénicos (huevo, pescado) no ha disminuido las alergias, exista o no riesgo familiar de desarrollar alergias.
- Los huevos se pueden dar desde los 6 meses, bien cocinados para evitar el riesgo de salmonelosis.
- La cantidad de leche de fórmula necesaria en lactantes no alimentados al pecho es al menos 280-500 ml/día, recomendándose ingestas de 500 ml/día durante el primer año. No se debe aumentar la cantidad de leche diaria porque desplaza la ingesta de otros alimentos complementarios y entorpece la habilidad para comer. Otras fuentes de lácteos aceptadas incluyen la leche fermentada, el yogurt y el queso, que se pueden introducir en cantidades pequeñas alrededor de los 6-9 meses.
- Los bebés mayores de un año no alimentados al pecho pueden tomar leche entera de vaca sin diluir, aconsejando un mínimo de 200-400 ml/día si la dieta incluye otros alimentos de origen animal y entre 300-500 ml/día en caso contrario. La leche de vaca desnatada o semidesnatada tiene menor contenido en vitaminas y no se recomienda en menores de 2 años.
- Proporcionar dietas con adecuado contenido en grasas. Si no se administran alimentos de origen animal regularmente, es necesario añadir 10-20 g de grasa o aceite; en caso contrario añadir 5 g. Por su composición, se prefiere el aceite de oliva en todas las preparaciones culinarias.

- Evitar las bebidas con escaso valor nutritivo como té, café, infusiones, bebidas azucaradas y carbonatadas, procurar que la cantidad de zumos de fruta no desplace la ingesta de alimentos más ricos en nutrientes. La AAP recomienda un máximo de 180 ml/día de zumo natural de fruta.
- Recomendar no añadir sal o azúcar a las comidas.
- Evitar la miel hasta el año de edad, por su contenido en esporas de Clostridium Botulinum, que unido a la insuficiencia de ácido gástrico del lactante puede causar botulismo.
- Las últimas recomendaciones de la Espghan (2008) aconsejan introducir el gluten no antes de los 4 meses ni después de los 7 meses. Si en el momento de introducirse el gluten el bebé está tomando LM, parece existir un efecto protector y se asocia con menor riesgo de desarrollar enfermedad celiaca, lo cual a su vez reduce el riesgo de diabetes tipo 1 y de alergia al trigo.
- Las dietas vegetarianas adecuadamente planificadas cubren las necesidades de nutrientes en esta edad. En casos necesarios puede ser conveniente administrar suplementos específicos y mantener la lactancia materna.

En la tabla 1 se presenta un ejemplo de comidas que se puede tomar y deglutir sin problemas a determinadas edades y etapas del desarrollo. No significa que se deban ofrecer necesariamente a estas edades.

Suplementos vitamínicos y minerales

La ingesta variada de alimentos hace usualmente innecesaria la utilización de alimentos fortificados. Sin embargo, incluso en países desarrollados, se está incrementando el raquitismo bioquímico y clínico, por lo que el Comité de Nutrición de la AAP y el grupo Previnfad recomiendan la suplementación con 400 UI/día de vitamina D para lactantes que estén tomando LM o ingieran menos de 1l/día de fórmula. Durante el primer año de vida.

Alimentación responsable

- Los menores deben ser alimentados directamente por los cuidadores y cuando sean mayores y coman solos, deben ser ayudados, siendo sensibles a sus señales de hambre y saciedad.
- Se debe alimentar de forma pausada y paciente, animándolos a comer pero sin forzar nunca. Si rechazan muchos alimentos, es conveniente experimentar con diferentes combinaciones, texturas y métodos de estimulación. Reiterar los alimentos hasta que sean aceptados.
- Hacer de las comidas momentos para el aprendizaje y el cariño, estableciendo contacto visual directo y hablando al bebé mientras come.
- Desaconsejar las comidas con peligro de atragantamiento (frutos secos, uvas, aceitunas...).
- Desaconsejar que se permita al bebé tomar solo el biberón, se lo debe dar una persona adulta y aprovechar para mayor contacto cara a cara.

Higiene y seguridad en la manipulación de los alimentos

- Asegurar la higiene de manos del bebé y la persona cuidadora antes de las comidas y de su preparación.
- Es importante una buena higiene de los alimentos y de los utensilios para su preparación y administración.

Alimentos complementarios procesados por la industria alimentaria (cereales y homogeneizados)

- Se fabrican siguiendo las normas de la Unión Europea y tienen un papel importante cuando no hay disponibilidad para preparar alimentos complementarios a partir de alimentos frescos.
- Sin embargo pueden dificultar el paso a la alimentación familiar debido a su diferente textura y sabor.

Tabla 1: Tipos de alimentos en la dieta del bebé en relación con sus habilidades motrices

Edad	Habilidades motoras	Tipos de alimentos que se pueden consumir	Ejemplos de alimentos
0-6 meses	- Mamar, succionar y tragar	Líquidos	Leche materna exclusiva
4-7 meses	- Aparece el primer reflejo de masticar, mayor fuerza de succión, movimientos reflejos de la lengua	Purés (solo si las necesidades del menor piden una alimentación complementaria)	Leche materna, más purés de carne cocinada, verduras como zanahorias, patatas, calabacín o frutas como plátanos, papillas de cereales con y sin gluten
7-12 meses	- Coger la comida de la cuchara con los labios, morder y masticar. - Movimientos laterales de la lengua y movimiento de la comida hacia los dientes. - Se desarrollan habilidades motoras finas que facilitan la autoalimentación	- Mayor variedad de comidas tanto Trituradas, como alimentos picados y alimentos con los dedos, combinando alimentos nuevos y familiares. - Dar 3 comidas/día con 2 aperitivos en los intervalos	- Leche materna, más carne picada, frutas y verduras trituradas. - Vegetales y comida cruda Picada (plátano, melón, tomate), cereales (p. ej. trigo) y pan
12-24 meses	- Masticación con Movimientos rotatorios y estabilidad de la mandíbula	- Comidas familiares	- Leche materna, más cualquier cosa que coma la familia siempre que la dieta de la familia sea sana y equilibrada

ALIMENTACIÓN DE 2 A 18 AÑOS

Población diana:

- Población de 2 a 18 años de edad, sus progenitores, la familia extensa y personas al cuidado infantil.

Periodicidad:

- En las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En las consultas por problemas relacionados con la alimentación: obesidad, estreñimiento, falta de apetito.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

ACTIVIDADES:

- Comentar la importancia de establecer hábitos dietéticos adecuados a cada etapa del menor o adolescente.
- Ofrecer consejo nutricional (anexos 1, 2 y 3) y resaltar la importancia del desayuno.
- Informar sobre la pirámide de alimentación (anexo 4).
- El equilibrio energético incluye un balance adecuado entre la alimentación y la actividad física.

La US Preventive Services Task Force (2003) considera que no existe evidencia suficiente para recomendar el consejo nutricional en pacientes no seleccionados en el marco de la Atención Primaria; pese a ello se debe alentar esta intervención dados los beneficios asociados a una dieta saludable y a la prevención de la obesidad.

El consejo nutricional debe darse a los progenitores y, a medida que el niño o la niña maduran, se les puede ofrecer información adaptada a sus capacidades.

El consejo sobre la actividad física debe ser inseparable del consejo nutricional.

Definiciones

- Equilibrio nutricional: consumo de una dieta variada y moderada, equilibrando la ingesta con el gasto energético.
- Dieta variada: la que incluye alimentos de todos los grupos, en las proporciones y frecuencia de consumo indicadas en la pirámide de alimentación.
- Dieta mediterránea: propia de los países de dicho área, que se caracteriza por ser sana, nutritiva y por ayudar a prevenir enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación. Esta se caracteriza por una abundancia de alimentos de origen vegetal, mínimamente

procesados y estacionales, preferentemente frescos; fruta fresca como postre típico diario; consumo de dulces ocasional; aceite de oliva como principal fuente de grasa; un consumo bajo o moderado de productos lácteos así como de pescado y aves; consumo de huevos semanal y carne roja en pequeñas cantidades.

Justificación

- La alimentación es uno de los factores que en mayor medida determina el estado de salud presente y futura de las personas.
- Desde la gestación hasta la adolescencia, fomentar una alimentación equilibrada y la adquisición de unos hábitos dietéticos saludables, contribuye a favorecer el crecimiento, la maduración y el óptimo estado de salud de niños y niñas.
- Una alimentación saludable disminuye el riesgo de algunas enfermedades crónicas.
- La Agencia Española de Seguridad Alimentaria, en base a los datos de la Encuesta Nacional de Ingesta Dietética (ENIDE 2011), concluye que en España el consumo de productos cárnicos supera los valores recomendados y que se ha de incorporar más legumbres, frutos secos y cereales (preferentemente integrales); propone recuperar, en definitiva, un modelo saludable de dieta mediterránea.

ALIMENTACIÓN DE 2 A 18 AÑOS

ANEXO 1 LOS PRINCIPIOS INMEDIATOS EN LA DIETA

Hidratos de carbono (50-60% de los requerimientos energéticos)

Se recomiendan los hidratos de carbono complejos de absorción más lenta (vegetales, cereales, pan, pastas, arroz, frutas frescas) y disminuir (a menos del 10%) el aporte de azúcares simples de absorción rápida, de alto índice glicémico.

La fibra está compuesta por carbohidratos complejos no digeribles que influyen en el control de la saciedad al retardar el vaciamiento gástrico y que regulan el ritmo intestinal.

Se ha propuesto que el aporte de fibra (g/día), entre los 2-20 años se calcule: edad (años) + 5.

En > 20 años 25-30 g/día. Los alimentos que aportan fibra son los cereales integrales, las legumbres, las verduras, las frutas y los frutos secos.

Grasas (30-35% de los requerimientos energéticos)

- **Grasas saturadas (7% de los requerimientos energéticos):** ácidos grasos palmítico, mirístico, laúrico, esteárico. Se encuentran en las carnes grasas, aves (la piel y las de carne oscura), embutidos, leche entera y sus derivados, nata y mantequilla, helados, aceites de coco y palma, manteca.
- **Grasas monoinsaturadas (10% de los requerimientos energéticos):** ácido oleico presente en el aceite de oliva.
- **Grasas poliinsaturadas (13% de los requerimientos energéticos):** ácido linoleico (omega 6) en aceites de semillas como el maíz, cacahuete, girasol... y el ácido linolénico (omega 3) en el aceite de soja, pescados grasos...
- **Grasas saturadas *trans*, derivadas de los ácidos grasos poliinsaturados por hidrogenación (conviene evitarlas):** margarinas, cereales de desayuno chocolateados, galletas, patatas fritas, snacks, bollería, platos preparados, fritos envasados, salsas.
- **Colesterol:** yema de huevo, carnes grasas, lácteos. En personas normales se recomienda < 300 mg/día y en personas con hiperlipidemia <200 mg/día.

Proteínas (12-15% de los requerimientos energéticos)

Las de origen animal (lácteos, carnes, huevos, pescados) son más ricas en aminoácidos esenciales que las vegetales (legumbres, frutos secos, cereales...) y deben proporcionar aproximadamente el 65% de las necesidades proteicas en el preescolar y el 50% en el adolescente. Las proteínas vegetales de las legumbres son capaces de suplir a las proteínas de alta calidad.

Minerales y vitaminas

Sus requerimientos se cubren si se realiza una alimentación variada y equilibrada, que incluya abundante presencia de frutas y verduras.

En la adolescencia tienen especial importancia las necesidades de hierro, calcio y zinc, ya que no suelen cubrirse con la dieta. En esta etapa el uso de anticonceptivos orales, tabaco, alcohol y drogas puede aumentar los requerimientos de algunas vitaminas y minerales.

Distribución de la ingesta energética a lo largo del día

Es adecuado realizar 3 comidas principales y 2 tentempiés (uno a media mañana y otro a media tarde).

ALIMENTACIÓN DE 2 A 18 AÑOS

ANEXO 2 RECOMENDACIONES NUTRICIONALES Y SALUD

Grasas (para disminuir el riesgo cardiovascular y de obesidad):

- Disminuir el consumo de grasas saturadas.
- Disminuir al mínimo el consumo de grasas hidrogenadas o *trans*.
- Aumentar el consumo de grasas mono y poliinsaturadas.
- Disminuir el consumo de colesterol.

Azúcares (para disminuir la incidencia de caries, obesidad y el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2):

- Limitar la ingesta de sacarosa.
- Limitar el consumo de zumos envasados y refrescos a menos de una ración al día.

Leche y lácteos (para asegurar un desarrollo óseo adecuado y disminuir el riesgo de osteoporosis en la edad adulta):

- Ingerir 2-4 porciones de lácteos al día.
- Si se asocian factores de riesgo cardiovascular u obesidad, optar por productos con bajo contenido en grasa.

Fibra dietética (para prevenir la obesidad y algunos tipos de cáncer):

- Consumir varias veces al día alimentos vegetales (frutas, hortalizas, verduras y legumbres), preferiblemente en todas las comidas.

ALIMENTACIÓN DE 2 A 18 AÑOS

ANEXO 3

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES EN LA VIDA DIARIA

1. Aspectos y conductas que deben reforzarse:

- Es deseable una dieta variada, que incluya alimentos de todos los grupos.
- Existe correlación entre la frecuencia de exposición a los alimentos y las preferencias.
- Estimular que se desayune a diario.
- Favorecer desde temprana edad que los menores puedan seguir el dictado de los mecanismos que regulan el apetito y la saciedad para evitar en lo posible la sobrealimentación y prevenir la obesidad.
- Consumo moderado de sal, y preferiblemente que sea yodada.
- Promocionar la “dieta mediterránea”: potenciar el consumo de frutas, verduras, pescado, cereales y legumbres; moderar el consumo de carne (sobre todo vacuno y carnes procesadas).
- Utilizar aceite de oliva para cocinar y condimentar.
- La campaña “5 al día” expresa el número de porciones de frutas y verduras que conviene tomar.
- En todas las edades, debe recomendarse el incluir en la vida diaria más tiempo dedicado a la actividad física (si no se realiza)

2. Aspectos y conductas que se deben limitar o evitar:

- El acceso a alimentos y bebidas de alto contenido calórico y bajo en nutrientes. Este amplio grupo incluye: refrescos, zumos envasados, bebidas dulces, chucherías, bollería, galletas, chocolatinas...
- Las restricciones excesivas de alimentos.
- El uso de la comida o alimentos concretos como recompensa.
- El tiempo dedicado a la televisión y a entretenimientos sedentarios.
- La monotonía, presentando de forma atractiva los alimentos.
- Comer viendo la televisión.
- Obligar a comer, ya que puede favorecer el desarrollo de conductas negativas.
- Que los menores dispongan de aparato de televisión en su dormitorio.
- El consumo de bebidas dulces y refrescos. Desaconsejar las bebidas estimulantes como té, café y colas en menores de 14 años. Prevenir el consumo de alcohol, sobre todo en adolescentes.
- El consumo de calorías vacías como caramelos, dulces y “alimentos basura”.

ALIMENTACIÓN DE 2 A 18 AÑOS

ANEXO 4

PIRÁMIDE DE HÁBITOS SALUDABLES DE ANDALUCÍA



Accesible en: <http://tinyurl.com/ngev3w>

ASESORÍA DE COMEDORES ESCOLARES

Población diana:

- Población infantil y adolescente escolarizada con servicio de comedor escolar. Sus familias, personal de educación y de protección de la salud.

Periodicidad:

- Cuando sea solicitado por el centro escolar, ante petición de las familias, de las AMPAS o de profesionales de protección de la salud.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Justificación:

El comedor escolar contribuye a la organización de la vida familiar cuando el padre y la madre trabajan, o los escolares deben asistir al programa educativo fuera de su localidad de residencia. Un elevado número de escolares realiza durante cinco días a la semana, su comida principal en el centro de enseñanza, porcentaje que aumenta en el grupo de edad de 2-5 años. Esta circunstancia condiciona el estado nutricional, influye en el establecimiento de los hábitos alimentarios de niños y niñas y constituye una oportunidad para fomentar estilos de vida saludables.

ACTIVIDADES:

- Apoyar, asesorar y sensibilizar a la comunidad educativa: familias, educadores y alumnos, en la adquisición de hábitos alimentarios saludables.
- Trabajar junto a los profesionales de protección de la salud (veterinarios y farmacéuticos de atención primaria) y los responsables de los centros educativos, colaborando en el desarrollo y participación en programas y actividades de información, formación y educación para la salud relacionadas con la dieta, los hábitos y los entornos saludables.

Las recomendaciones para las comidas escolares deben incluir:

- Frecuencias indicadas de consumo (Anexo 1)
- Información a las familias.
- Atención a las necesidades especiales.
- Criterios para una oferta saludable en las máquinas expendedoras, cantinas y quioscos de los centros educativos (Anexo 3)
- Evaluar los menús del comedor escolar. (anexo 2)

ASESORÍA DE COMEDORES ESCOLARES

ANEXO 1

CIFRAS Y DATOS SOBRE CANTIDADES RECOMENDADAS, RACIONES Y FRECUENCIAS INDICADAS DE CONSUMO

1. Recomendaciones para la programación de los almuerzos:

Composición: Debe ser equilibrada y adecuarse a las necesidades nutritivas y energéticas de cada grupo de edad:

- Con variedad de alimentos, preparaciones y texturas
- Dando prioridad a legumbres, pescado, frutas y verduras (los más “problemáticos” en casa)
- Basada en raciones (el tamaño debe ser adecuado a la edad y a lo que cada niña o niño pueda consumir)
- Adecuado según edad y sexo.
- El menú-tipo debe incluir:
 - Como base del primer plato o guarnición del segundo: Verduras y hortalizas o patatas, pasta, arroz, legumbres, maíz,...
 - Un segundo plato en que se alternarán carne, pescado o huevo.
 - Un postre que debe ser fruta.
 - Se puede añadir como complemento un lácteo pero no obligado ni diario.
 - Se acompaña el menú de pan y agua.
- La duración de las comidas no deberá ser inferior a 30 minutos

Supervisión del menú escolar

La ley 17/ 2011 de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, establece que las comidas servidas en escuelas infantiles y centros escolares deben ser variadas, equilibradas y adaptadas a las necesidades nutricionales de cada grupo de edad, de tal forma que todos los menús servidos en los comedores escolares serán siempre supervisados por profesionales sanitarios con formación acreditada y específica en nutrición humana y dietética.

Información a los las familias, tutores o responsables de los comensales:

La ley 17/ 2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, establece que las escuelas infantiles y los centros escolares deberán proporcionar a las familias, tutores o responsables de todos los comensales, la programación mensual de los menús, de la forma más clara y detallada posible, y orientarán con menús adecuados para que la cena sea complementaria con el menú del mediodía. La información de los menús será accesible a personas con cualquier tipo de discapacidad, cuando así se requiera.

Igualmente estarán a disposición de las familias, tutores o responsables de los comensales, la información de los productos utilizados para la elaboración de los menús que sea exigible por las normas sobre etiquetado de productos alimenticios.

- La familia debe conocer el plan mensual de menús del comedor escolar para poder planificar el resto de las comidas del día (desayuno 25%, merienda 15% y cena 25%), ya que deben ser complementarios con el fin de conseguir una dieta equilibrada.
- Fomentar hábitos saludables: alimentarios, higiénicos, ejercicio...

Será de interés incorporar en la información del menú, otras informaciones o recomendaciones dirigidas a las familias, tutores o responsables, en especial las relacionadas con la promoción de la actividad física, hábitos alimentarios higiénicos saludables; consejos nutricionales, hábitos alimentarios e higiénicos saludables, fomento de la actividad física, Otras informaciones de interés.

Atención a las necesidades especiales: Menús Alternativos

La ley 17/ 2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, establece que las escuelas infantiles y los centros escolares, cuando las condiciones de organización e instalaciones lo permitan, deberán elaborar menús especiales, adaptados para los alumnos con alergias o intolerancias alimentarias, que hayan sido diagnosticado por especialistas, acreditando estas alergias o intolerancias, mediante el correspondiente certificado médico. Igualmente se garantizarán menús alternativos en el caso de intolerancia al gluten.

Cuando las condiciones organizativas, o las instalaciones y locales de cocina, no permitan cumplir las garantías exigidas para la elaboración de los menús especiales, o el coste adicional de dichas elaboraciones resulte inasumible, el centro escolar facilitará a los alumnos los medios de refrigeración y calentamiento adecuados, de uso exclusivo para esas comidas, para que pueda conservarse y consumirse el menú especial proporcionado por la familia.

Es de interés debido a la diversidad cultural actual de los colegios, que también se ofrezcan platos alternativos para niños de otras culturas, religiones, hábitos alimentarios, etc.

Aporte energético: Debe aportar el 35% de la energía diaria

Tabla de necesidades energéticas en función de edad y sexo

EDAD (años)	NIÑOS		NIÑAS	
	Kcal./día	Kcal./Almuerzo	Kcal./día	Kcal./Almuerzo
3-8	1742	610	1642	575
9-13	2279	798	2071	725
14-18	3152	1103	2368	829

Ingesta de energía diaria recomendada y proporción de energía que debe contener la comida del mediodía en los diferentes tramos de edad escolar (Food and Nutrition Board. Institute of Medicine of the National Academies, 2005)

Perfil calórico: 50-55% H. C.; 30-35% Lípidos (<10% grasas saturadas); 12-15% Proteínas.

2. Tamaño orientativo de las raciones para población en edad escolar

ALIMENTOS		3- 6 años		7-12 años		13-15 años	
		Gramaje	Medida culinaria	Gramaje	Medida culinaria	Gramaje	Medida culinaria
Lácteos	Leche (ración)	100 ml	Un aso pequeño o ½ vaso	200 ml	1 vaso	200 ml	1 vaso
	Queso (postre)	25-30	Una loncha fina	50-60	Dos lonchas finas	50-60	Dos lonchas finas
Cereales, legumbres y tubérculos	Legumbres (plato principal) ¹	30 g	2 cucharadas soperas	60 g	4 cucharadas soperas	60 g	4 cucharadas soperas
	Legumbres (guarnición) ¹	15 g	1 cucharada sopera	30 g	2 cucharadas soperas	30 g	2 cucharadas soperas
	Patatas (plato principal) ¹	150-200 g	1 unidad pequeña	200-250 g	1 unidad mediana	200-250 g	1 unidad mediana
	Patatas (guarnición) ¹	90-100 g	1 unidad pequeña tamaño huevo				
	Arroz, pasta (plato principal) ²	50-60 g	1 plato pequeño hondo)	60-80 g	1 plato mediano (hondo)	80-90 g	1 plato grande (hondo)
	Arroz, pasta (sopa) ²	20-25 g	Un plato mediano (plato hondo)	20-25 g	Un plato mediano (plato hondo)	20-25 g	Un plato mediano (plato hondo)
	Arroz, pasta (guarnición) ¹	20-25 g	1 cucharada sopera de arroz 2 cucharadas soperas de pasta	20-25 g	1 cucharada sopera de arroz 2 cucharadas soperas de pasta	20-25 g	1 cucharada sopera de arroz 2 cucharadas soperas de pasta
	Pan tipo barra (acompañamiento)	30 g	Una porción pequeña (3 dedos de largura)	30 g	Una porción pequeña (3 dedos de largura)	60 g	Una porción mediana (6 dedos de largura)

		3- 6 años		7-12 años		13-15 años	
	Pan tipo payés (acompañamiento)	30 g	Una rebanada pequeña	30 g	Una rebanada pequeña	60 g	Una rebanada mediana
Verduras	Plato principal	120-150 g	1 plato mediano (llano) ³	120-150 g	1 plato mediano (llano) ³	200-250 g	1 plato grande (llano) ³
	Guarnición	60-75 g	1 plato pequeño (llano) ⁴	60-75 g	1 plato pequeño (llano) ⁴	120-150 g	1 plato mediano (llano) ⁴
Carnes y derivados, aves, pescado y huevos	Filete ¹	50-60 g	1 filete pequeño	80-90 g	1 filete pequeño	110-120	1 filete mediano
	Chuletas de cerdo ⁵	70-80 g	1 chuleta pequeña	100-120 g	Chuleta grande	100-120 g	Chuleta grande
	Costillas de cordero ⁵	70-80 g	2 costillas de cordero	100-120 g	3 costillas de cordero	100-120 g	3 costillas de cordero
	Carne picada (albóndigas, hamburguesa) ¹	30-60 g	1 plato pequeño	80-90 g	1 plato pequeño	110-120 g	1 plato mediano
	Carne picada (arroz, pasta) ¹	15-20 gr.	1 cucharada sopera	20-30 g	1 cucharada sopera colmada	20-30 g	1 cucharada sopera colmada
	Pollo (guisado, asado) bruto ⁴	80-90 g	1 muslito pequeño	150-160 g	1 muslo mediano	230-250 g	1 muslo grande
	Pescado en filetes ¹	70-80 g	1 filete pequeño	100-120 g	1 filete pequeño	230-250 g	1 filete mediano
	Huevos	1 unidad		1-2 unidades		2 unidades	
	Embutido y fiambre 1	25-30 g	1 loncha fina tipo jamón cocido/serrano. 6 rodajas finas tipo chorizo/salchichón	25-30 g	1 loncha fina tipo jamón cocido/serrano. 6 rodajas finas tipo chorizo/salchichón	25-30 g	1 loncha fina tipo jamón cocido/serrano. 6 rodajas finas tipo chorizo/salchichón
Fruta	Fruta fresca ⁴	80-100 g	1 unidad pequeña	150-200 g	1 unidad mediana	150-200 g	1 unidad mediana

¹ Gramaje expresado en peso crudo y neto.

² Gramaje expresado en peso crudo. Medida culinaria estimada con el peso en cocido. En el caso de la sopa como plato principal la medida culinaria se ha expresado teniendo en cuenta el peso cocido y el caldo de acompañamiento.

³ En el caso de la ensalada variada, un plato grande (plato llano)

⁴ En el caso de la ensalada variada, un plato mediano (plato llano)

⁵ Gramaje expresado en peso crudo y bruto.

Fuente: Rusolillo GI Marques I. Sistema de intercambios para la confección de dietas y planificación de menús. 2010.
www.intercambiodealimentos.com

3. Frecuencias de consumo recomendadas en los menús de los centros educativos.

	Frecuencia Semanal
VERDURA COCINADA	2 a 3
VERDURA CRUDA	2 a 3
LEGUMBRES	1 a 2 (siendo imprescindible que al menos se oferte en 6 ocasiones al mes)
CARNE	1 máx. como plato principal + 0,5 como ingrediente (ej. Patatas con carne). Total:1,5
PESCADO	2
HUEVO	1 a 2
TOTAL PASTA, ARROZ Y PATATAS	3 a 4 entre pasta, arroz y patatas (junto con el pan llegarían a 8-9 raciones/semana)
FRITOS/PRECOCINADOS	1 máx. Como principal y otra como guarnición y nunca en el mismo día. Total 1.5
FRUTA	4-5 (Se procurará que sean 5 raciones a la semana, permitiéndose como máximo la sustitución de la fruta 3 veces al mes por un postre lácteo, resultando un mínimo mensual de 17 raciones)
OTROS POSTRES (yogurt, queso fresco, cuajada, frutos secos, zumos naturales, etc.)	1 máx. (no superando la cantidad máxima de 3 veces al mes)
PAN	diario
BEBIDA: Agua	diario
BOLLERÍA	0
ZUMO DE FRUTAS	0

Cuadro de frecuencias que establece el “Documento de Consenso sobre la alimentación en los centros educativos”.

ASESORÍA DE COMEDORES ESCOLARES

ANEXO 2

EVALUACIÓN DE LA OFERTA ALIMENTARIA EN CENTROS ESCOLARES (comedor escolar, máquinas expendedoras, quioscos y cantinas)

En Andalucía, los profesionales de Protección de la Salud deben verificar las acciones de promoción de hábitos alimentarios e higiénicos en los comedores escolares y determinar si los menús ofertados y el resto de la oferta alimentaria del centro escolar satisfacen los criterios de una dieta equilibrada y correcta.

Oferta alimentaria Comedor escolar

La ley 17/2011 de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, unifica en una única norma toda la legislación sobre alimentos y nutrición en España y promueve que la oferta alimentaria de los centros escolares sea variada y adecuada a las necesidades nutricionales de los alumnos, estableciendo una serie de requisitos legales en relación con el comedor escolar entre los que se encuentran:

- a) Obligación de las industrias de utilizar tecnologías e ingredientes que minimicen el contenido de grasas trans.
- b) Supervisión de los menús por profesionales acreditados en nutrición y dietética.
- c) Proporcionar a los padres o tutores información detallada sobre los menús y directrices para que la cena sea complementaria.
- d) Elaborar menús escolares adaptados a las necesidades especiales (enfermedad, alergias e intolerancias alimentarias.)

El “Programa de evaluación de la oferta alimentaria en centros escolares de Andalucía” establece un procedimiento para desarrollar la evaluación consta de 5 bloques:

Evaluación nutricional del menú (deficiente/mejorable/óptima):

- Frecuencia de consumo semanal por grupos de alimentos en el comedor escolar.
- Recetas diferentes por grupos de alimentos
- Rotación mensual de alimentos que componen el menú.
- Procesos culinarios de los alimentos que componen el menú.
- Información que aporta el menú.
- Rotación del menú.

(Existe un convenio con las principales empresas de restauración colectiva (FEADRS) por el que éstas se comprometen a: no utilizar en la fritura aceites ricos en ácidos grasos saturados (aceites de palma, palmiste y coco) o en ácidos *trans*, sustituyéndolos por otros más saludables; y a utilizar sal yodada en aquellas zonas que tengan déficit de yodo.)

Evaluación “in situ” de la oferta alimentaria (deficiente/mejorable/óptima)

Verificación de aspectos de la gestión y organización del comedor escolar:

- Supervisión del menú escolar.
- Información a los las familias, tutores o responsables de los comensales.
- Menús alternativos.
- Control y seguimiento sobre la aceptación / rechazo de los menús servidos.

**Verificación de las actividades relacionadas con la educación sanitaria;
Promoción de la actividad física, hábitos alimentarios e higiénicos saludables.**

Oferta alimentaria máquinas expendedoras, quioscos y cantinas

- Verificación de la oferta alimentaria en máquinas expendedoras
- Verificación oferta alimentaria en cantinas / quioscos.

ASESORÍA DE COMEDORES ESCOLARES

ANEXO 3

REGULACIÓN DE LA OFERTA ALIMENTARIA PRESENTE EN MÁQUINAS EXPENDEDORAS, CANTINAS Y QUIOSCOS EN LOS CENTROS EDUCATIVOS CON Y SIN COMEDOR ESCOLAR.

En los colegios, la oferta alimentaria se completa, en algunos casos, con productos que pueden adquirirse en máquinas expendedoras. Al tratarse de un sistema de autoservicio, existe el riesgo de que los menores abusen del consumo de alimentos con alto contenido energético pero de bajo valor nutricional, desequilibrando su alimentación.

En relación con la oferta alimentaria presente en máquinas expendedoras, cantinas y quioscos en los centros educativos, la ley 17/2011 de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, establece que en las escuelas infantiles y los centros escolares, no se permitirá la venta de alimentos y bebidas con un alto contenido en ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans, sal y azúcares, cuyos contenidos y límites están pendiente de quedar regulados de forma reglamentaria.

Mientras no se disponga de criterios establecidos reglamentariamente, el *“Programa de evaluación de la oferta alimentaria en centros escolares de Andalucía”* establece que los centros escolares deberán cumplir con los siguientes niveles nutricionales por porción envasada o comercializada (*Criterios revisados por las sociedades españolas de nutrición, alimentación y dietética reunidas en la Federación Española de Sociedades de Nutrición, Alimentación y Dietética (FESNAD)*) y recogidos del documento de consenso sobre la alimentación infantil en los centros educativos.

Recomendaciones generales para los alimentos presentes en máquinas expendedoras en centros escolares.

1. Un valor energético máximo de 200 *kilocalorías*.
2. El 35 %, como máximo, de las kilocalorías procederán de la *grasa*. Para una porción con menos de 200 kilocalorías, esto equivale a un contenido máximo de 7,8 gramos de grasas, con excepción de los frutos secos sin grasas añadidas ya que se trata de grasa naturalmente presente en ellos, principalmente insaturada.
3. El 10 %, como máximo, de las kilocalorías procederán de las *grasas saturadas*. Para una porción de 200 kilocalorías, esto equivale a un contenido máximo de 2,2 gramos de grasas saturadas, con excepción de los frutos secos sin grasas añadidas ya que se trata de grasa naturalmente presente en ellos, principalmente insaturada.
4. El 30 %, como máximo, de las kilocalorías procederán de los *azúcares totales*. Para una porción de 200 kilocalorías, esto equivale a un contenido máximo de 15 gramos de azúcares, con excepción de las frutas y hortalizas, enteras o mínimamente procesadas, los

zumos de frutas y zumos de frutas a base de concentrados que no contengan azúcares añadidos, ya que se trata de azúcares naturalmente presentes en los alimentos. En la leche y productos lácteos no se contabilizará, a la hora de aplicar este límite, el azúcar naturalmente presente en la leche (lactosa) que aproximadamente corresponde a 4,8g/100ml.

5. Ausencia de *ácidos grasos trans*, excepto los presentes de forma natural en productos lácteos y cárnicos.

6. Un máximo de 0,5 g de *sal* (0,2 g de sodio).

7. No contendrán *edulcorantes artificiales*.

8. No contendrán *cafeína u otras sustancias estimulantes*, excepto las presentes de forma natural en el cacao.

CRITERIOS NUTRICIONALES PARA ALIMENTOS Y BEBIDAS OFERTADOS EN LOS CENTROS EDUCATIVOS			
Energía o nutriente	Contenido por porción	Contenido por 100 g *	Contenido por 100 ml *
Energía	≤200 kilocalorías	≤ 400 kilocalorías	≤ 100 kilocalorías
Grasa total	≤ 7,8 g	≤ 15,6	≤ 3,9
Grasas saturadas	≤2,2 g	≤ 4,4 g	≤1,1 g
AG <i>trans</i>	≤ 0,5 g	≤ 1 g	≤ 0,25 g
Azúcares	≤ 15 g	≤ 30 g	≤7,5 g
Sal/sodio	≤ 0,5 g sal/200 mg sodio	≤ 1 g sal/400 mg sodio	≤ 0,25 g sal/100 mg sodio

*Asumiendo envases o porciones de 50 g para alimentos sólidos y de 200 ml para bebidas, que son los más comunes en el mercado.

Las comprobaciones se realizarán sólo a los productos envasados, ya sea individualmente o en cajas, que se distribuyan en los puntos de venta y no a aquellos sin envasar (por ejemplo, bocadillos).

La información necesaria se obtendrá a través del etiquetado nutricional del producto, o solicitando esta información a las empresas fabricantes o distribuidoras, para aquellos productos no envasados de los que no se disponga el correspondiente etiquetado.

Con respecto a la ubicación y publicidad y otros aspectos relacionados con los productos que se comercializan, el programa contempla los siguientes aspectos:

1. Ubicación de máquinas expendedoras:

Se revisará que las máquinas expendedoras no se encuentren ubicadas en las zonas donde puedan tener acceso a ellas el alumnado de Educación Infantil, Primaria y/o Educación Especial.

2. Publicidad de las máquinas expendedoras:

Se revisará que las máquinas expendedoras situadas en las zonas de alumnado de Educación Secundaria carecen de publicidad para evitar el efecto inductor que ésta pueda tener sobre los escolares, condicionando la selección de determinados alimentos y bebidas.

3. Productos a la venta que incluyen regalos, juguetes o ítems de colección atractivos para los niños:

Se revisará que las máquinas expendedoras situadas en las zonas de alumnado de Educación Secundaria carecen de productos alimentarios que incluyen, regalos, juguetes o ítems de colección atractivos para los niños incluidos en los envases.

4. Exclusión de alimentos y bebidas con escaso valor nutricional en los centros educativos

Entre los que se incluyen; refrescos, caramelos, golosinas, polos, sorbetes, chocolates y aperitivos salados, etc.

Guía de alimentos recomendables

- **Aguas envasadas**, no se consideran aguas aquellas que contienen agentes aromáticos y/o edulcorantes, incluidos en la categoría de bebidas refrescantes.
- **Leche**, (entera, desnatada y semidesnatada).
- **Productos lácteos** (leches fermentadas, yogures, batidos de leche, etc.), elaborados a partir de leche entera, desnatada o semidesnatada, que no contengan más de 12,3g de azúcar/100 ml (4,8g lactosa + 7,5g añadidos) ó 24,6g de azúcar (9,6g lactosa + 15g añadidos) por envase de 200 ml.
- **Quesos con bajo contenido en grasa** y que no superen el límite establecido para la sal.
- **Frutas frescas**, enteras o mínimamente procesadas, que no contengan azúcares añadidos.
- **Zumos de fruta naturales y elaborados a base de concentrado**, que no contengan azúcares añadidos o edulcorantes artificiales. No se incluyen los néctares de frutas ni las bebidas mixtas de frutas y leche por la incorporación de azúcares añadidos o edulcorantes artificiales en estos productos.
- **Bebidas a base de hortalizas**, que contengan, al menos, un 50% de hortalizas y sin azúcares añadidos o edulcorantes artificiales.
- **Cereales de desayuno y barras de cereales** siempre que cumplan los límites establecidos para grasas, sal y azúcares.
- **Galletas y bollería**, cuando cumplan los límites establecidos para el contenido en grasas, especialmente saturadas, y azúcares.
- **Frutos secos que no contengan azúcares ni grasas añadidas** (ni fritos, ni tostados con aceite) y cuyo contenido en sal no supere el límite establecido.
- **Helados**, preferentemente elaborados con leche, siempre que cumplan los límites establecidos para grasa y azúcares.
- **Sándwiches**, siempre que cumplan los límites establecidos para grasas, sal y azúcares.
- **Bocadillos**, preferiblemente de elaboración con pan integral.
- **Productos de panadería** (colines, tostadas, etc.) siempre que cumplan los límites establecidos para grasas azúcares y sal.

Alimentos no recomendables:

Son alimentos con un alto contenido calórico proveniente de azúcares o grasas y con bajo valor nutricional.

- **Golosinas:** Masas obtenidas por concentraciones o mezcla de azúcar en un porcentaje que oscila entre el 10 y el 80 por ciento sobre el producto final, a las que se les añaden o no otros ingredientes y/o aditivos autorizados, tales como caramelos, goma de mascar o chicles, confites, geles dulces, dulces de regaliz, merengues, fondants y golosinas líquidas para congelar.
- **Bollería industrial:** Alimentos ricos en hidratos de carbono (entre el 49% y el 62%) y con alto contenido en grasas (entre el 16% y el 30%), pero pobre en proteínas (entre el 4% y el 8%), destacando su elevado aporte calórico (entre 400 y 500 calorías por cada 100 gramos).
- **Aperitivos, snacks y similares.** Alimentos de forma variable de relativa baja densidad y pequeño peso por unidad, elaborados fundamentalmente a partir de almidón procedente de productos tales como patatas, maíz, arroz, trigo y otros vegetales, y otros ingredientes alimenticios, mediante la fritura con aceites o grasas comestibles, el secado o el horneado, incluidas las cortezas de cerdo y las pipas saladas.
- **Bebidas hipercalóricas:** son bebidas con un alto contenido en azúcares sencillos, que aportan un alto valor calórico y un valor nutricional bajo, tales como bebidas refrescantes azucaradas y aromatizadas, zumos con azúcar añadido o batidos con alto contenido en azúcar añadido.

TABAQUISMO PASIVO

Población diana:

- Mujeres gestantes, sus parejas y sus familias.
- Padres, madres y personas cuidadoras.

Periodicidad:

- En las visitas y actuaciones durante el embarazo: informar sobre la posibilidad de alteraciones placentarias y retrasos en el crecimiento que pueden perdurar hasta los 4–6 años, así como la mayor incidencia del síndrome de muerte súbita del lactante. El tabaquismo pasivo de la gestante también es perjudicial para el feto por lo que se aconsejará evitar lugares con humo.
- En todas las revisiones del programa de salud. Se aconseja realizar recomendación mínima cada 2 años, especialmente en grupos sociales más desfavorecidos.
- En la consulta a demanda con ocasión de otitis media, asma y otras enfermedades respiratorias que puedan estar relacionadas o agravarse por la exposición al humo del tabaco.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

ACTIVIDADES:

- Detectar la presencia de tabaquismo pasivo. Registrar en historia.
- Aconsejar el abandono del tabaco a mujeres gestantes, a sus parejas, la familia extensa así como a personal al cuidado de los menores.
- Evitar la exposición al humo del tabaco.

El tabaquismo pasivo es la exposición involuntaria al humo del tabaco de personas que no fuman; considerándose también fumador pasivo al feto en caso de gestantes fumadoras, o con exposición pasiva al humo de tabaco. La OMS considera que la exposición de los niños y las niñas al humo de tabaco puede ser considerada como una violación de los derechos recogidos en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1.989).

En nuestro país, en la actualidad, alrededor del 50% de los menores de 14 años viven en hogares donde se fuma, se calcula que esta exposición equivale al consumo de 4 – 10 cigarrillos por día; siendo a su vez los componentes químicos del humo secundario más tóxicos que los de la corriente principal que se inhala al fumar. El consumo de tabaco durante la gestación es causa de una elevada morbilidad, tanto neonatal como a largo plazo, por lo que es especialmente importante el consejo antitabaco en embarazadas.

Herramientas y recursos:

- Preguntar por el consumo de tabaco en la familia y la exposición al tabaquismo pasivo en la visita en consulta y registrarlo en la historia clínica. Indagar sobre las estrategias o nivel de tolerancia de la familia ante la visita de personas fumadoras.
- Aconsejar a todas las personas fumadoras que dejen de fumar.
- Remitir a programas de deshabituación tabáquica que existan en su centro de salud o a la línea telefónica para el abandono del tabaco 900-850-300.
- Aconsejar a los padres y madres que todavía sigan fumando cambios de conducta en el hogar: fumar sólo al aire libre, no hacerlo delante de menores ni en el coche.
- Aconsejar evitar ambientes con humo también fuera del hogar.
- Felicitar por los logros conseguidos y felicitar también a las familias que se mantengan sin fumar.
- Proporcionar información sobre los riesgos para la salud del tabaquismo pasivo.

Materiales de la Consejería:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_1_vida_sana/tabaquismo/materiales?perfil=org



Guía Intervenciones eficaces ante el Humo Ambiental de Tabaco (para profesionales que atienden embarazo, infancia y adolescencia)

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/tabaquismo/guia_intervencion_humo.pdf



Cómo afecta a nuestra salud el tabaquismo pasivo y qué podemos hacer para evitarlo.

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/tabaquismo/folleto_fumador_pasivo.pdf



Nacer sin humo: Dejar de fumar durante el embarazo.

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/nacer_sinhumo_embarazada.pdf



Nacer sin humo: Cuestiones a tener en cuenta como futuro padre.

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/nacer_sinhumo_padre.pdf



Díptico Tabaquismo pasivo en la infancia.

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/tabaquismo/diptico_tabaquismo_pasivo_infancia.pdf

CONSEJO SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

Población Diana:

Población infantil desde la edad preescolar hasta la adolescencia.

Periodicidad:

- En los controles de salud a partir de los 3 años.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

ACTIVIDADES:

- Recomendaciones sobre los hábitos adecuados de actividad física, como base para mejorar la salud integral en la edad infantil y la de la etapa adulta.
- Recomendaciones de actividad física de tipo lúdico y práctica de deportes en niños y niñas con enfermedades o limitaciones físicas, en actividades físicas o deportes concretos.
- Recomendaciones específicas para alentar la práctica de actividad física en las niñas.

Recomendaciones en población de edad preescolar hasta la adolescencia. En las visitas de salud a partir de los 3 años:

- Que todos los niños, niñas y adolescentes, participen de manera regular en algún tipo de actividad física adecuada a su edad.
- En edad preescolar es probable que la actividad física espontánea diaria sea suficiente para mantener su aptitud física.
- En escolares y adolescentes se recomienda como mínimo, 60 minutos de ejercicio diario de intensidad vigorosa a moderada, apropiada para su edad.
- Si la niña o el niño participa en algún deporte reglado, éste debe ser acorde a su deseo y siempre después de los 6 años.
- La dieta debe ser correcta y variada no siendo necesarios de forma generalizada suplementos de hierro oral o suplementos vitamínicos.
- Alentar el ejercicio físico como actividad que forma parte de una vida saludable y no como meta para aumentar el desarrollo motor o la capacidad deportiva del menor.

Recomendaciones a tener en cuenta durante la práctica de actividad física reglada o deportiva en la población de 6 a 18 años y en las visitas de seguimiento de salud a partir de los 6 años:

- Beber un vaso de agua 15 minutos antes de la competición.
- Seguir bebiendo agua antes de sentir sed cada 20-30 minutos durante el ejercicio.
- Beber siempre que se sienta sed sobre todo si existe exceso de peso o una temperatura ambiental elevada o una alta humedad.
- Seguir bebiendo tras haber calmado la sed.
- No hay evidencia científica de que sean necesarios aportes electrolíticos o de glucosa. El agua a temperatura ambiente parece ser la bebida ideal.
- Utilizar ropa adecuada deportiva con tejidos diseñados para la práctica del deporte.
- Aclimatarse progresivamente a la intensidad del esfuerzo a realizar (8-10 días previos a ejercicios importantes especialmente con temperaturas elevadas).

Recomendaciones a tener en cuenta para fomentar un mayor nivel de actividad física en las niñas y mujeres adolescentes:

- Las estadísticas muestran que en todas las edades, las personas de sexo femenino tienen hábitos más sedentarios y se enrolan con menos frecuencia en actividades deportivas.
- Las motivaciones y preferencias acerca de los tipos de actividad son muy diferentes en las niñas y adolescentes.
- Alentar entre los progenitores las ventajas de la actividad física y su estrecha relación con una vida saludable. Proporcionar oportunidades específicas a sus hijas para realizar actividad física.

Se realizará consejo individual a los progenitores y medida que el niño o la niña van madurando se le ofrecerá también información, adaptada a sus capacidades.

Es recomendable disponer de material escrito para entregar a modo de recordatorio y conocer y ofertar los recursos disponibles en la zona.

CONSEJO SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

ANEXO 1

CONTRAINDICACIONES PARA REALIZAR EJERCICIO FÍSICO INTENSO Y DEPORTES EN CARDÍOPATAS

Contraindicaciones absolutas:

- Enfermedad vascular pulmonar con cianosis y gran circuito derecha-izquierda.
- Hipertensión pulmonar grave.
- Estenosis o insuficiencia aórtica grave.
- Estenosis o insuficiencia mitral grave.
- Miocarditis.
- Forma vascular de síndrome de Ehlers-Danlos.
- Anomalía coronaria con seno anómalo.
- Taquicardia ventricular polimorfa.
- Fase aguda de pericarditis.
- Fase aguda de miocarditis (al menos 6 meses).
- Fase aguda de enfermedad de Kawasaki (al menos 8 meses)

Contraindicaciones relativas:

- Estenosis aórtica moderada (gradiente sistólico 20-50 mmHg).
- Cortocircuito izquierda a derecha con hipertensión pulmonar moderada.
- Coartación de aorta nativa u operada (gradiente basal > 20 mmHg).
- Insuficiencia valvular moderada-grave.
- Cardiopatía congénita cianótica corregida o paliada con hipoxemia leve.
- Hipertensión arterial sistémica.
- Síndrome de Wolff-Parkinson-White con antecedente de arritmia con el ejercicio.
- Taquicardia supraventricular con antecedente de arritmia con el ejercicio.

CONSEJO SOBRE ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

ANEXO 2

RECOMENDACIONES PARA PARTICIPAR EN DIFERENTES
ACTIVIDADES FÍSICAS Y DEPORTES DE COMPETICIÓN

Patología	Deporte de contacto con colisión	Deporte sin colisión
Inestabilidad atlanto-axial	No	Si*
Hipertensión		
Leve	Si	Si
Moderada	*	*
Grave	**	**
Perdida de función de un ojo	*	*
Desprendimiento de retina	***	***
Hernia inguinal	Si	Si
Ausencia de un riñón	No	Si
Hepatomegalia	No	Si
Esplenomegalia	No	Si
Alteraciones musculoesqueléticas	*	*
TCE o espinal importante o craneotomía	*	Si
Convulsiones con mal control	No	+
Insuficiencia pulmonar	*	*
Asma	Si	Si
Piel: herpes, impétigo, escabiosis	++	Si
Testes: ausencia o no descendido	Si ***	Si

* Necesidad de valorar individualmente. ** Consultar con cardiología. *** Consultar con oftalmología.

+ No natación. ++ Hasta que no contagien, no realizar. +++ Ciertos deportes pueden requerir protección.

CONSEJO SOBRE FOTOPROTECCIÓN

Población Diana:

- Cuidadores y menores de todas las edades.
- Adolescentes, especialmente mujeres para bronceado artificial.

Periodicidad:

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

ACTIVIDADES:

- **Asesorar a familias, personas cuidadoras, niños, niñas y adolescentes sobre hábitos de fotoprotección.**
- **Intervención preventiva con la finalidad de evitar el cáncer de piel.**
Información para la prevención

Herramientas y Recursos:

- Recomendaciones escritas acompañadas de explicación verbal en la consulta

CONSEJO SOBRE FOTOPROTECCIÓN

ANEXO 1

CONSEJOS DE FOTOPROTECCIÓN PARA PADRES

- No exponer directamente al sol a los bebés **antes de los 6 meses de edad** ni usar en ellos cremas fotoprotectoras. Este grupo de edad tienen menor concentración de melanina y a pesar de protegerlos a la sombra reciben hasta un 50% de radiación reflejada. El uso de cremas nunca es la única medida.
- **La ropa es la forma más útil de protección.** Usar prendas de manga y pantalones largos y de colores claros. La protección se pierde con el tejido mojado y adherido a la piel. Si van a pasar un día de playa o de campo deben ponerse la camiseta y los pantalones durante la mayor parte del tiempo (mientras no están en el agua, por ejemplo), aunque estén jugando a la sombra.
- **Evitar las quemaduras solares**, pues antes de los 18-20 años, la excesiva e inadecuada exposición solar aumenta el riesgo de cáncer de piel.
- **Evitar la exposición solar entre las 10 y las 16 h del día (18 horas en los meses de verano).**
- Las actividades acuáticas al aire libre incrementan la exposición.
- En los días nubosos hay hasta un 20-40% de radiación ultravioleta, por tanto también hay que protegerse.
- **Cubrir la cabeza con gorras de visera ancha para proteger la cara y ojos** (al menos 7 cm).
- Usar gafas con filtros para rayos UVA y UVB por encima de 400 nm. Las monturas deben ajustarse correctamente, próximas al globo ocular y de buen tamaño, si es posible con protección lateral.
- **La nieve, arena, agua, muros blancos tienen efecto reflectante** y aumentan las radiaciones.
- El bronceado artificial tiene sus riesgos, aunque las salas realicen un bronceado controlado.
- En espacios interiores con cristaleras no hay protección frente a rayos UVA.

Fotoprotectores o filtros solares. ¿Cuál elegir?

- Los que tengan protección frente a rayos UVA y UVB.
- Sean de amplio espectro (broad-spectrum)
- Con factor de protección solar (FPS) igual o mayor a 15. En menores de 3 años mejor FPS igual o superior a 30.
- Resistente al agua (waterproof)
- Resistente a la fricción y roce (ruberproof)
- Usar barras de labios y nariz, crema para la cara y leche o solución oleosa o gel para el cuerpo.
- No usarlas en menores de 6 meses. A partir de los 6 meses, utilizar los de línea especial para la piel sensible del bebé con FPS mayor o igual a 30, al menos hasta los 3 años.

Cremas solares. ¿Cómo utilizarlas?

- Aplicar sobre la piel seca, en casa, 30 minutos antes de la exposición.
- Es fundamental utilizarlas las primeras tres semanas de exposición.
- Aplicar una cantidad generosa de filtro. Cuanto más gruesa es la capa, mayor protección, frotando y extendiendo bien.
- Aplicar sobre toda la superficie expuesta, nariz, orejas. No en los párpados.
- Volver a aplicar cada dos horas e inmediatamente después de un baño prolongado. Cuidado de no quitarlas al secar restregando.
- Si no se siguen estas recomendaciones, la eficacia se reduce hasta en un 50%
- Usar leche hidratante para la piel tras la exposición.
- Si el fabricante no da especificaciones sobre el FPS se refiere solo a los rayos UVB. Si protege además de los rayos UVA, debe figurar junto al FPS o IP, la letra A
- Por cada descenso del 1% de la capa de ozono aumenta en un 2% las radiaciones UV que llegan a la tierra con lo que el riesgo de cáncer de piel aumenta del 1% al 3%

Nota.- Dado que es difícil evaluar las diferencias de absorción sistémica de los productos químicos usados en los fotoprotectores en los menores y en personas adultas, parece prudente evitar aquellos productos que contengan PABA y benzofenonas, como la oxibenzona. Recomendación de la FDA según Valdivielso-Ramos M, Herranz JM. Actualización en fotoprotección infantil. An Pediatr (Barc). 2010. doi:10.1016/j.anpedi.2009.06.013

CONSEJO SOBRE FOTOPROTECCIÓN

ANEXO 2

APOYO PARA PROFESIONALES

Tipos de piel y sensibilidad.

Tipo de piel /Sensibilidad	Quemadura	Bronceado	Color Piel	Pecas	Pelo
I	Siempre	Nunca	Muy pálido	Siempre	Albino
II	Siempre	Mínimo	Pálido	Frecuentes	Rubio
III	Moderada	Gradual	Claro	Raras	Rubio Castaño
IV	Mínima	Bueno	Moreno	Ninguna	Castaño
V	Rara	Profundo	Moreno	Ninguna	Moreno
VI	Nunca	Negro	Negro	Ninguna	Negro

Tiempo aconsejado de exposición solar según el tipo de piel.

Tipo / Días	I	II	III	IV	V y VI
Día 1	5 min	10 min	15/20 min	30 min	No hay riesgo de quemaduras
Día 2	10 min	15 min	30/35 min	50 min	
Día 3	15 min	20 min	45/50 min	70 min	
Día 4	20 min	25 min	60/70 min	90 min	
Día 5	25 min	30 min	75/90 min	110 min	

Indicaciones sobre el empleo de Factores de Protección Solar (FPS). FPS o IP necesario.

Tipo Piel	I	II	III	IV	V	VI
Semana 1	Total	20	15-12	8	6	Ninguno
Semana 2	20	15	12-8	5	4	
Semana 3	16	12	8-4	3	2	

Recomendaciones de fotoprotección según el tipo de piel.

Tipo de piel	Recomendaciones
I	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar la exposición al mediodía. - Ropa larga y sombrero. - Fotoprotector > 15 resistente al agua. - Uso diario en verano y ante cualquier exposición
II	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar horas del mediodía. - Ropa protectora - Fotoprotector 15 si hay exposición.
III	<ul style="list-style-type: none"> - Si exposición intensa igual que II. - Si exposición moderada factor 10-15.
IV a V	<ul style="list-style-type: none"> - No precisa habitualmente.
Xeroderma Pigmentoso	<ul style="list-style-type: none"> - Evitar luz UV. - Siempre ropa larga y gorro. - Fotoprotección mayor de 15.
SFNAM (síndrome familiar de nevus atípicos y melanoma en 2 o más parientes de primer grado)	<ul style="list-style-type: none"> - Como tipo I.
Nevus atípicos	<ul style="list-style-type: none"> - Como tipo II.

Clasificación de los fotoprotectores.

Las tendencias actuales, utilizando el método COLIPA clasifican los productos en varios tipos o categorías, en función del factor de protección solar (**FPS**):

TIPO DE FOTOPROTECTOR	FPS
Bajo.....	2-4-6
Medio.....	8-10-12
Alto.....	15-20-25
Muy alto.....	30-40-50
Ultra.....	50+

El término “pantalla total” o “sun block” se ha utilizado para indicar un FPS superior a 20, y protección frente a otras radiaciones pero, en realidad, se presta a confusión puesto que no garantiza una protección total frente a las radiaciones.

Fármacos que producen fotosensibilidad.

Grupo farmacológico	Descripción
Antiacnéicos	Isotretinoína, peróxido de benzoilo,.
Antiarrítmicos	Amiodarona, flecainida, quinidina.
Antidepresivos	Amitriptilina, doxepina, nortriptilina, trimipramina.
Antiepilépticos	Acido valproico, carbamazepina, fenitoina, fenobarbital.
Antifúngicos	Ketoconazol, griseofulvina.
Antihipertensivos	Captoprilo, diltiazem, enalaprilo, nifedipino.
Antihistamínicos	Prometacina
Antiinflamatorios no esteroideos	Ibuprofeno, ketoprofeno, lornoxicam, meloxicam, piroxicam, naproxeno, sulindaco, ácido tiaprofénico
Antimicobacteriano	Capreomicina, dapsona, isoniazida, pirazinamida,.
Antimicrobianos	Ácido nalidixico, azitromicina, ceftazidima, ciprofloxacina, demeclociclina, doxiciclina, enoxacina, gentamicina, grepafloxacina, levofloxacina, minociclina, ofloxacina, oxitetraciclina, pefloxacina, sulfamidas, tetraciclina, trovafloxacina.
Antineoplásicos	Fluorouracilo, interferon alfa y beta, metotrexato, mitomicina, pentostatina, procarbazona, tegafur, vinblastina, vinorelbina.
Antiparasitarios	Cloroquina, mebendazol, pirimetamina, quinina.
Antirreumáticos	Auranotina, aurotiomalato sódico.
Diuréticos	Furosemida, piretanida.
Estrógenos	Estradiol
Hipoglucemiantes	Clorpropamida, tolbutamida
Hipolipemiantes	Gemfibrozilo, simvastatina
Perfumes	Derivados de cumarinas

Factores de riesgo de cáncer cutáneo.

- Piel clara, pelo rubio o pelirrojo, pecas (fototipos 1 y 2).
- Antecedentes familiares o personales de cáncer cutáneo.
- Nevus atípicos o lunares numerosos.
- Pecas (como indicador de fotosensibilidad).
- Historia de exposición solar y quemaduras en la infancia.
- Enfermedades hereditarias cutáneas (xeroderma pigmentoso, síndrome de nevus displásico familiar).
- Inmunosupresión congénita o adquirida.
- Rayos UV artificial (evidencia creciente sobre carcinogenicidad).

CONSEJO PREVENTIVO SOBRE EL SUEÑO

Población Diana:

- Familias y cuidadores de menores.

Periodicidad:

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

ACTIVIDADES:

- **MENORES DE UN AÑO:** Aconsejar e informar a las familias cómo sucede la adquisición normal de los hábitos de sueño (anexo 1)
- **MENORES DE UN AÑO O MAYORES CON DIFICULTADES:** Ofrecer pautas conductuales para enseñar a dormir y saber manejar las dificultades para conciliar el sueño y los despertares (anexos 2 y 3)
- **MENORES DE 3 AÑOS:** Hablar sobre la posibilidad de que el bebé comparta la cama de los progenitores. Las familias que optan por el colecho deben ser asesoradas en los aspectos positivos y negativos que dicho comportamiento asocia (anexo4)

Tener en cuenta que existe una gran variabilidad en el patrón de sueño:

- A partir del 2º semestre de vida van apareciendo las fases de sueño de la edad adulta, pero no obstante, cada bebé evolucionará de forma particular. A esta edad, son frecuentes los despertares.
- El temperamento infantil y el ambiente familiar contribuyen a que algunos bebés tengan más dificultades para conciliar el sueño, o la denominada ansiedad de separación, que aparece a partir del 6º-7º mes de vida.
- La mayoría de los niños y las niñas desarrollará un patrón de sueño normal sin ninguna clase de ayuda
- Fomentar rutinas positivas: adelantar paulatinamente la hora de acostar al bebé. Manejar las resistencias con una simple frase: “es hora de dormir” o similar.
- Entrenar intervenciones de “extinción gradual”: los progenitores ignoran el llanto o la resistencia y acuden a la habitación del menor a intervalos cada vez más largos. Si el niño o la niña sale de su cuarto se le devuelve al mismo con el mensaje sencillo “es hora

de dormir” y el progenitor abandona la habitación en 15 segundos, realizando visitas regulares para asegurarse de que el menor no está enfermo. No se recomienda coger en brazos, jugar, cambiar pañales ni interactuar con menor.

- No se recomiendan intervenciones conductuales del tipo “extinción” como método de prevención ni tratamiento por debajo de los 12 meses. En la mayoría de los casos no serán necesarias. Su uso indiscriminado puede afectar negativamente al menor y además son difíciles de llevar a cabo para muchas familias. En ocasiones son vivenciadas como desagradables y vividas con gran angustia, se sienten incapaces de cambiar la situación, siendo en general una fuente familiar de conflictos.
- No se consideran técnicas de adiestramiento otros comportamientos como rutinas horarias o rituales relacionados con “la hora de irse a dormir”, que se consideran más “prácticas de higiene del sueño”, tales como horarios regulares, disminución previa de la actividad que sí parecen tener eficacia a corto y largo plazo (Anexo 3).
- El término colecho es un neologismo del inglés *co-sleeping*, idioma en el que también se emplea *bed-sharing* o compartir la cama. Es la práctica de dormir a los bebés y/o niños pequeños con una persona adulta. Puede ser en la cama familiar o con la madre sola. Puede haber otras personas (ambos progenitores, otros hermanos) u en otro lugar (un sofá, una hamaca), durante algunas horas, de forma ocasional o ser la práctica habitual. En determinadas culturas es la norma. Compartir la cama con la madre es una excelente práctica para fomentar la lactancia materna

Herramientas y Recursos:

- Preguntar sobre el patrón del sueño del bebé. Conocer las vivencias y expectativas de los progenitores.
- Explicar cómo se produce la evolución normal de los patrones del sueño y ofrecer información por escrito (anexo 1).
- Preguntar cómo se ha producido la evolución del patrón de sueño en cada caso particular. Conocer las vivencias y expectativas de los progenitores.
- Uso de pautas conductuales para enseñar a dormir. Manejo de las dificultades para conciliar el sueño y los despertares. Ofrecer información por escrito (anexo 2).
- Indagar acerca de las prácticas familiares de sueño, así como de sus expectativas y temores.
- Explicar las ventajas y riesgos del colecho (anexo 4).

CONSEJO SOBRE PREVENTIVO SOBRE EL SUEÑO

ANEXO 1

EVOLUCIÓN DEL PATRÓN DE SUEÑO “NORMAL”. CONSEJOS PARA LA FAMILIA

Los niños y las niñas adquieren el patrón del sueño considerado “normal” de forma natural y espontánea (como la deambulación o el control de esfínteres), pero como en otros aspectos del desarrollo infantil hay gran variabilidad. Los bebés duermen la mayor parte del día, hasta un total de 16-18 horas, pero se despiertan a menudo para comer, ya que su crecimiento es muy rápido. Hacia los 2 meses y medio pasan ya algún rato más largo despiertos y sin comer. A partir del 2º semestre de la vida van apareciendo las fases de sueño de la edad adulta, aunque cada bebé evolucionará de forma particular. Todavía son frecuentes los despertares.

El patrón adulto de sueño se adquiere hacia los 5-6 años. Se compone de ciclos con 5 fases, las 4 primeras constituyen el sueño NO REM, y la quinta el sueño REM.

- **Fase 1: adormecimiento.** Dura pocos minutos y se perciben estímulos del exterior.
- **Fase 2: sueño ligero,** ya no se perciben estímulos externos.
- **Fase 3: transición al sueño profundo.** Si la persona se despierta en ese momento se encuentra confusa y desorientada.
- **Fase 4: sueño profundo.**
- **Fase 5: sueño REM** donde se producen los sueños y se caracteriza por movimientos rápidos de los ojos. Si la persona se despierta se encuentra descansada y alerta.

El sueño nocturno tiene 4 ó 5 ciclos de 90 a 120 minutos cada uno. El primer sueño REM de la noche dura 5 minutos, mientras que el último dura 30 minutos, gracias a esto, es más fácil despertarse a última hora de la noche con cualquier ruido que en la primera.

El patrón de duración de las diferentes fases del sueño varía con la edad: el porcentaje de sueño REM es mucho mayor en la infancia que en la edad adulta. Entre cada ciclo se vuelve a la fase 1 y, por tanto, se percibe lo que ocurre en el entorno. Si todo está como al comenzar el sueño, este prosigue. Si se producen cambios, se pasa a un estado de alerta y hay un despertar, mecanismo de adaptación durante la evolución que facilitó la supervivencia. Por eso conviene que los menores se acuesten a dormir en el mismo lugar en que van a pasar el resto de la noche.

El sueño tiene una función reparadora e interviene en la maduración neurológica cerebral. Dormir menos de lo necesario produce irritabilidad y disminución de la concentración. Aunque hay grandes variaciones interpersonales, el tiempo de sueño necesario varía con la edad. Parece que 3 de cada 10 niños o niñas pueden tener alguna dificultad para adquirir un patrón de sueño regular. En muchos casos puede tratarse de expectativas poco realistas por parte de la familia, en otros está relacionado con el temperamento infantil y en otros con las rutinas de sueño inadecuadas.

CONSEJO SOBRE PREVENTIVO SOBRE EL SUEÑO

ANEXO 2

EL SUEÑO DURANTE EL PRIMER AÑO DE VIDA. CONSEJOS PARA LAS FAMILIAS

Si su hija o hijo toma el pecho, es normal que lo pida varias veces durante la noche. Las tomas nocturnas producen descargas mayores de oxitocina y son muy útiles para favorecer la prolongación de la lactancia materna (LM). Es probable que entre los 7 y 9 meses haga más tomas nocturnas. En general, los bebés que toman el pecho tardan más tiempo en establecer sueño prolongado. Sin embargo, la LM tiene interesantes ventajas para la salud del bebé y su madre, y es el modelo natural de desarrollo del ser humano.

- Si ha optado por acostar al bebé en su propia cama para facilitar las tomas del pecho, recuerde que para disminuir el riesgo de SMSL el bebé debe estar acostado boca arriba, las mantas o edredones no deben ser pesados, el colchón ha de ser firme y no debe fumar en la casa. La LM contribuye a proteger de este riesgo.
- Si toma fórmula artificial, posiblemente haga pausas nocturnas más largas. Es preferible que duerma en su cuna, acostándole cuando aún está despierto. Si se despierta puede probar primero a consolarle. Se recomienda no encender la luz, ni jugar con él y no sacarlo de la cuna.
- Si llora intente calmarle con gestos tranquilos. Hacia el año de vida no debe alimentarse durante la noche, debe comprender que la noche es para dormir. Si se alimenta de noche tiene más riesgo de caries. La leche materna no es cariogénica, mientras que las fórmulas pueden serlo, especialmente si tienen cereales añadidos o azúcares.

CONSEJO SOBRE PREVENTIVO SOBRE EL SUEÑO

ANEXO 3

HIGIENE DEL SUEÑO

Cada familia tiene su nivel de tolerancia y sus propias creencias: no hay sistemas buenos ni malos, solo diferentes, aunque siempre hay que mostrar sensibilidad a las necesidades de cada niña o niño en particular y entender que hay circunstancias en que el sueño se trastorna (enfermedades, cambios o crisis familiares...).

Los progenitores deben decidir cuál es el momento en que van a sacar a su hijo o hija de la habitación.

Se recomienda que sea alrededor de los 6 meses, antes de que aparezca la angustia ante el extraño, y también porque es el mejor momento para establecer rutinas y que adquiera la capacidad de dormirse por sí solo.

Si el bebé permanece en la habitación de sus progenitores será atendido de inmediato si llora. Los ruidos y las acciones de las personas adultas alteran su sueño y si responden cada vez que el bebé se despierta (darle agua, ponerle el chupete, tocarle...), este no logrará ser autónomo para conciliar el sueño.

- Elija un juguete (o una mantita) que sea su compañero de cuna. Este objeto servirá de transición desde la dependencia de los progenitores hacia su autonomía y será el objeto que le tranquiliza.
- Deje abierta la puerta del cuarto y si lo desea una luz tenue en el pasillo.
- Procure que la habitación tenga una temperatura confortable y que no haya ruido ambiental. Conviene que lleve ropa adecuada.
- No conviene que se acueste con hambre.
- Tener una hora más o menos estable para levantarse y acostarse.
- Las últimas horas de la tarde se dedicarán a juegos tranquilos. Conviene hacer siempre lo mismo a la hora de acostar al menor. Utilizar distintas rutinas puede dificultar el aprendizaje de dormir.
- Se evitarán sustancias excitantes en la cena y beber demasiados líquidos (sobre todo cuando empiece a controlar esfínteres).

- Es adecuado establecer una rutina especial a la hora de dormir: tras el baño y el cepillado dental, se va al cuarto y se pueden tener unos minutos de transición en los que se lee o recita un cuento, se recuerda lo vivido en el día o se planifica la jornada siguiente. Luego un beso y una despedida breve. A veces se puede ser un poco más “generoso” con el tiempo, aunque conviene que sean los progenitores quienes pongan punto final de forma firme y cariñosa.
- Lo ideal es que el niño o la niña se acueste despierto y se quede dormido directamente en su cuna o cama. No conviene favorecer que se quede dormido en el sofá u otro lugar, probablemente en los cambios de ciclo de sueño se despierte y lllore.

Si el menor se despierta por la noche, acuda a su habitación. Conviene mostrarse sereno y emitir un mensaje sencillo: “es hora de dormir, papá y mamá están cansados, te queremos, hasta mañana”. Enfadarse, amenazar solo sirve para asustarlo.

Es posible que haya que acudir alguna vez más a atender a un menor que llora o no puede volver a conciliar el sueño. En todo momento se debe conservar la calma y el mensaje no debe cambiar.

No se deben usar fármacos o sustancias herbales supuestamente naturales para regular el sueño de los bebés o para ayudar a conciliar el sueño.

CONSEJO SOBRE PREVENTIVO SOBRE EL SUEÑO

ANEXO 4

VENTAJAS Y RIESGOS DEL COLECHO

Ventajas del colecho:

- Mejora la estabilidad respiratoria, la oxigenación y la termorregulación en el bebé.
- Provoca despertares sincronizados con la madre, disminuye las fases profundas del sueño.
- Aumenta la prevalencia y duración de la lactancia materna y la producción de leche.
- Facilita el descanso de las madres que amamantan.
- En las zonas en que su práctica es la norma, el Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (SMSL) es poco frecuente.
- Favorece el desarrollo de vínculos de apego.
- Favorece el establecimiento de patrones de sueño similares a los de la persona adulta.

Situaciones en que el colecho puede implicar riesgos:

- Si el padre y/o la madre fuman.
- Si los progenitores han tomado alcohol o drogas.
- Con hermanos o hermanas.
- En sofá, cama blanda, con almohadas o mantas pesadas.
- En condiciones de hacinamiento en la vivienda.
- Dicha práctica puede ir en contra de la autonomía de los menores, el sueño como elemento de individualidad y de abandono propio.
- El descanso en la cama de los progenitores puede interferir en las relaciones de la pareja.

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE (SMSL)

Población diana:

Todos los lactantes desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida.

Periodicidad:

- En todas las visitas de seguimiento de salud infantil hasta los 6 meses.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas para personas cuidadoras de bebés menores de 6 meses.

Actividades:

Distinguimos entre recomendaciones dirigidas a la población general y recomendaciones dirigidas a población de alto riesgo de muerte súbita:

1. RECOMENDACIONES A LA POBLACIÓN GENERAL PARA PREVENIR EL SMSL:

- **Dormir en decúbito supino durante los primeros 6 meses de vida**, es la posición más segura y preferible a la de decúbito prono o decúbito lateral, tanto para el sueño nocturno como en las siestas diurnas. Cuando la muerte ocurre de día se halla al bebe durmiendo en prono con más frecuencia que cuando muere de noche, por lo que el consejo debe hacerse extensivo a personas cuidadoras y personal de guarderías. Sólo en casos de patologías que predispongan a aspiración de reflujo o problemas respiratorios relacionados con dormir en supino, como reflujo gastroesofágico grave o malformaciones de las vías aéreas respiratorias, el consejo será dormir en prono o lateral. Se debe dar consejo de prevención de plagiocefalia postural (anexo 1).
- **Desaconsejar el tabaquismo a los progenitores**, especialmente a la madre, prioritariamente durante la gestación aunque también después del nacimiento. Si no es

posible reducir el hábito, evitar al máximo la exposición del lactante. Si la madre es fumadora, desaconsejar que comparta la cama con el lactante.

- **El lactante debe dormir sobre colchón firme u otra superficie plana.** Se deben evitar colchones blandos, de lana o la utilización de materiales acolchados o blandos sobre el colchón. Se deben evitar dentro de la cuna almohadones, peluches, juguetes blandos y cualquier otro objeto que pueda provocar la asfixia, como cintas o cordones.
- **Evitar el arropamiento excesivo del lactante,** especialmente si tiene fiebre, cuidando de no cubrirle la cabeza. Mantener una temperatura agradable en la habitación (idealmente de 20 a 22º C). Para evitar que la cabeza quede cubierta se recomienda poner al lactante a los pies de la cuna con la sábana o manta hasta el pecho, bien remetida.
- **Recomendar la lactancia materna.**
- **Aceptar el uso del chupete para el sueño a partir del primer mes si ya está bien establecida la lactancia materna.** Puede mantenerse durante el primer año de vida.

2. RECOMENDACIONES A LA POBLACIÓN CON ALTO RIESGO DE PRESENTAR MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE: se debe identificar dicha población y recomendar un programa de monitorización domiciliaria:

- **Por riesgo de SMSL propiamente dicho:**
 - Episodio aparentemente letal previo idiopático.
 - Apnea idiopática grave en bebés prematuros.
 - Apnea idiopática en bebés nacidos a término.
 - Respiración periódica superior al 5% del tiempo de sueño.
 - Gemelo de una víctima de SMSL
 - Hermano o hermana de bebé víctima de SMSL.
- **Por riesgo de muerte repentina de causa conocida:**
 - Dificultades con la ingestión de alimentos que ocasionen apnea o bradicardia.

- Reflujo gastroesofágico grave asociado a patología pulmonar o neurológica.
- Displasia broncopulmonar grave.
- Síndrome de hipoventilación central primaria.
- Lactantes sometidos a traqueotomía o con malformaciones de la vía aérea de riesgo elevado.
- Otros problemas pulmonares, cardíacos o neurológicos que cursen con apnea o arritmias.
- Bebés nacidos de madres drogadictas, solo si se han detectado previamente apneas y el entorno familiar es aceptable.

El sistema más utilizado de monitorización es el de la impedancia torácica. Antes de iniciarse la monitorización es necesario explicarla detalladamente a los progenitores y motivarles. La familia debe recibir entrenamiento para realizar, si fuera preciso, desde una estimulación ligera hasta la resucitación cardiopulmonar. Un programa de monitorización requiere colaboración multiprofesional: pediatría, enfermería, enfermería gestora de casos y responsable del programa en el hospital de referencia. En la mayoría de los casos se puede suspender entre los 6 y los 9 meses, si en los 2 meses previos no hubo apneas reales y en los hermanos o hermanas de víctimas de SMSL al menos un mes después de la edad a la que falleció la víctima.

PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE (SMSL)

ANEXO 1

PREVENCIÓN DE LA PLAGIOCEFALIA O MOLDEAMIENTO OCCIPITAL POSICIONAL

Para prevenir la deformidad, se deben aconsejar cambios posturales:

- Desde el periodo neonatal, al colocar al lactante en posición supina para dormir, deben alternar la posición de la cabeza en la cuna.
- Cuando el bebé esté despierto y pueda ser observado, debe pasar tiempo en posición de decúbito prono. Se le puede ayudar con una toalla enrollada bajo el pecho y los brazos, sobre todo en los lactantes de menor edad.

Para cumplir estos objetivos se puede enseñar el lema: **“dormir boca arriba, jugar boca abajo”**

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

Población Diana:

- Menores de 0 a 14 años.
- Padres, madres y personas cuidadoras y educadoras.

Periodicidad:

- En todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil.
- En consultas a demanda específicas, si surgiera el motivo para el consejo (consulta por accidentes, conductas de riesgo).
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades:

- Dar recomendaciones a las familias para prevenir accidentes infantiles, según la edad y factores de riesgo del menor relacionados con su hábitat y su comportamiento.
- Preguntar e indagar sobre seguridad en el hogar y en el automóvil.
- Facilitar direcciones de Internet adecuadas para reforzar a los padres y a los menores la información facilitada en la consulta.

Definición

Accidente es todo suceso eventual, involuntario o anómalo, independiente de su gravedad, que conlleva un daño físico o psíquico como consecuencia de una falta de prevención o defecto de seguridad. En España los accidentes infantiles suponen la primera causa de muerte en el grupo de edad comprendido entre 1 y 18 años, así como la principal causa de años potenciales de vida perdidos y costes médicos y origen de discapacidad y daño psíquico.

Herramientas y Recursos:

- Consejo individual a los progenitores y, a medida que madura, ofrecer información al niño o la niña, adaptándola a sus capacidades
- Disponer de material escrito para entregar a modo de recordatorio. Guías anticipatorias que incluyan todas las recomendaciones pertinentes en cada momento.

La prevención de accidentes debe llevarse a cabo en todas las visitas de seguimiento de

salud infantil de manera individual, pero apoyada y reforzada con una educación grupal, con participación activa de progenitores y/o personas cuidadoras, con técnicas de educación individual y/o grupal adecuadas, pudiéndose desarrollar tanto en el medio sanitario como escolar. Apoyo de material didáctico adecuado. Conexión en edades mayores con programa “Forma Joven”.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

ANEXO 1

CONSEJOS PREVENTIVOS DE ACCIDENTES SEGÚN EDAD

De 0 a 2 años

- Seguridad en el automóvil. Sistemas de retención infantil. Instruir sobre cómo transportar en automóvil al recién nacido desde la maternidad al hogar. Dispositivos de sujeción homologados y adecuados al peso en todos los desplazamientos.
- Temperatura del agua de baño. Seguridad en la bañera.
- Prevención de incendios en el hogar (cocina).
- Supervisión de superficies elevadas, ventanas, escaleras, protección alrededor de la piscina.
- Elementos peligrosos del hogar: enchufes, esquinas, ventanas, ángulos de las puertas.
- Prevención de la aspiración de cuerpos extraños. Desaconsejar el consumo de frutos secos, golosinas o jugar con globos vacíos o inflados.
- Almacenamiento seguro de fármacos y sustancias tóxicas.
- Adiestrar cómo actuar en caso de atragantamiento.
- Desaconsejar el uso de andadores (taca-taca).
- Consejos sobre prevención del tabaquismo pasivo.
- Teléfono del Instituto Nacional de toxicología: 91 562 04 20
- Consejos sobre fotoprotección. Dar consejos por escrito.
- Consejos de prevención del Síndrome de la muerte súbita del lactante.

De 2 a 6 años

- Seguridad en el automóvil y educación vial. Uso de sistemas de retención adecuados. Uso de casco en motos, cinturón de seguridad en coches.
- Seguridad en bicicleta y monopatín (casco y protecciones), seguridad peatonal. Respetar las normas de tráfico.
- Almacenamiento seguro de fármacos y sustancias tóxicas.
- Elementos peligrosos del hogar.

- **Prevención de incendios del hogar.** Uso de petardos, quema de papeles... Uso de gas en el hogar de forma controlada. Alarma contra incendios.
- **Seguridad en las piscinas y en el mar.**
- **Prevención de la aspiración de cuerpo extraño.**
- **Seguridad en bicicleta.**
- **Teléfono del Instituto Nacional de toxicología: 91 562 04 20**

De 6 a 16 años

- **Seguridad en el automóvil y educación vial.** Sistemas de retención adecuados, uso del cinturón de seguridad, uso de cascos en motos.
- **Seguridad en la bicicleta, ciclomotor y monopatín.** Respetar normas de tráfico.
- **Consejo antialcohólico en adolescentes.** Desaconsejar consumo de otras drogas. Informar de los riesgos del consumo, sus efectos nocivos para la salud y la relación con accidentes.
- **Prevención de incendios en el hogar.** Uso de petardos, quema de papeles. Uso de gas en el hogar de forma controlada. Sistemas de alarma.
- **Seguridad en las piscinas y en el mar.** Saltos en las piscinas y zambullidas en el mar.
- **Prevención de intoxicaciones.**
- **Prevención de la conducta violenta y el uso de armas en adolescentes.**
- **Teléfono del Instituto Nacional de toxicología: 91 562 04 20.**

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

ANEXO 2 CONSEJOS PREVENTIVOS DE ACCIDENTES SEGÚN EL ENTORNO

Precauciones en el hogar

La cocina es el lugar más peligroso para las niñas y niños pequeños

Los menores deben estar lejos de la cocina cuando se está cocinando y si ello no es posible:

- Procurar cocinar en los fuegos del fondo y evitar que sobresalgan los mangos de los utensilios
- Especial precaución al trasladar alimentos calientes de un lugar a otro por el riesgo de tropiezo con un menor.
- Todos los utensilios de limpieza han de guardarse en alto y nunca mezclados con los alimentos.
- No guardar nunca productos industriales y domésticos en envases de alimentos o bebidas.
- Procurar que los manteles no sobresalgan del borde de la mesa de la cocina.
- No permitir que los menores manipulen las llaves de gas o los enchufes.
- Guardar bien los cuchillos, tijeras, cerillas y encendedores.

En el baño

- Nunca dejar sólo a un bebé en la bañera, incluso con poca agua.
- Evitar las caídas del baño intentando no tener el suelo húmedo y en el caso de usar alfombras, deben disponer de rejillas de caucho adhesivas.
- Controlar la temperatura del agua del baño, abriendo primero el grifo del agua fría y modulando después con el de agua caliente.
- Desenchufar los electrodomésticos mientras se baña al menor.
- Guardar las cuchillas de afeitar inmediatamente después de su uso.

En el resto de la casa

- Todos los domicilios deben disponer de interruptor diferencial y los enchufes, tener toma de tierra y estar protegidos.

- Las alargaderas deben estar protegidas para evitar su desconexión.
- No dejar al alcance de los menores juguetes inapropiados, tijeras, agujas, pilas botón, medicamentos o productos tóxicos y recipientes de productos peligrosos aunque estén vacíos
- Los medicamentos y productos tóxicos deben guardarse en lugares inaccesibles y a ser posible bajo llave.
- Las bolsas de plástico pueden ser peligrosas porque pueden producir asfixia.
- Las cunas deben cumplir los requisitos recomendables de seguridad y se deben poner protectores para evitar traumatismos o caídas desde la cama.
- Las escaleras y las ventanas deben protegerse para evitar caídas.
- Revisar las calderas de gas por riesgo de intoxicación de monóxido de carbono.
- Las casas con chimenea, brasero, estufa de leña o eléctrica tienen mayor riesgo de que se produzcan quemaduras o incendios por lo que deben tener extintores.
- Si hay armas, deben estar ocultas, descargadas y fuera del alcance de los menores.
- Los animales domésticos deben estar correctamente vacunados, domesticados y adiestrados para evitar ataques y mordeduras.

Precauciones en la escuela

- Están reglamentadas las características de higiene y seguridad de los edificios escolares. Existe un plan de autoprotección, botiquines, educación para la salud para el alumnado y sensibilización y formación previas del profesorado.
- El personal conoce la dirección y teléfono del Servicio Médico y de Urgencias más próximo así como el número de teléfono de Emergencias 112.

Precauciones en la calle

- El uso del casco para montar en bicicleta, patines, monopatín, esquí, snowboard reduce en un 40-75% los traumatismos craneales.
- Enseñar al menor a nadar lo antes posible para prevenir los ahogamientos por inmersión (no están preparados para lecciones formales de natación hasta después de los 4 años, pero es recomendable intentar que se defiendan en el agua cuanto antes mejor).

Precauciones en el automóvil

- El uso correcto de los sistemas de retención infantil en el automóvil constituye una medida preventiva eficaz y efectiva que puede reducir en un 40% la mortalidad y hasta en un 70% la cifra de lesiones graves en caso de accidente.
- Los menores necesitan un sistema que se ajuste a su talla y peso.
- Todos los menores cuya estatura no alcance los 135 cm deben llevar de forma obligatoria un sistema de retención infantil homologado.
- Los sistemas de retención infantil se colocaran en los asientos traseros salvo en casos excepcionales (vehículos de dos plazas, que las plazas traseras ya estén ocupadas por otros menores de edad, que no sea posible instalar todas las sillitas necesarias)
- Los dispositivos de seguridad no podrán ir colocados dónde haya airbag salvo que este se desconecte.
- Se podrá utilizar cinturón de seguridad sin otro dispositivo de seguridad a partir de 135 cm de estatura.
- Los mayores de 12 años que midan desde los 135 hasta los 150 cm pueden utilizar indistintamente un dispositivo o un cinturón de seguridad. Siendo preferente el sistema de retención infantil.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

ANEXO 3

TIPOS DE DISPOSITIVOS

Fuente: Dirección General de Tráfico (DGT) (<http://www.dgt.es>)

Grupo 0 y 0+ (recién nacidos hasta 13 kilos aproximadamente)



- Estas sillas se deben utilizar siempre en sentido contrario a la marcha.
- El sentido contrario a la marcha ofrece una mayor protección de cabeza, cuello y columna. Los niños y niñas se sujetan a la silla mediante un arnés de 5 puntos.
- Deberemos cambiar de silla cuando el niño/a supere los 13 kg o su cabeza sobresalga del respaldo.
- En el caso de los capazos deberán colocarse en los asientos posteriores, en posición transversal a la marcha y con la cabeza en la parte central del vehículo, si bien no son recomendables salvo excepciones.
- Los asientos delanteros se utilizarán en casos excepcionales.

Grupo 1 (de 9 a 18 kilos aproximadamente)



- Esta silla debe instalarse siempre antes de sentar al bebé, siguiendo de forma precisa las instrucciones de anclaje específicas para cada modelo.
- La silla se fija al asiento mediante el cinturón de seguridad o isofix, comprueba que quede fijada firmemente.
- El niño/a quedará sujeto mediante un arnés de cinco puntos que siempre debe ir bien ajustado al cuerpo.
- Si el niño/a saca un brazo o suelta algún agarre, el sistema de sujeción perderá toda su efectividad.

Grupo 2 y 3 (de 15 a 36 kilos aproximadamente)



- Corresponde a los asientos y cojines elevadores. Indicados para el momento en que el niño/a es demasiado grande para una silla y demasiado pequeño para el cinturón de seguridad.
- Lo más recomendable es utilizar elevador con respaldo dado que ofrecen una mayor seguridad.
- Funcionan elevando al niño/a hasta alcanzar la altura necesaria para utilizar el cinturón del propio vehículo correctamente.
- La banda diagonal del cinturón ha de pasar por encima de la clavícula y sobre el hombro sin tocar el cuello, y la banda horizontal, lo más abajo posible sobre las caderas y muslos, y nunca sobre el estómago.

A partir de 135 cm



- Excepcionalmente, los menores de 12 años de estatura igual o superior a 135 cm podrán utilizar directamente los cinturones de seguridad del propio vehículo.
- No obstante, hasta los 150 cm, es recomendable que los menores sigan utilizando S.R.I. homologados a su talla y peso.
- En todos los casos, la banda diagonal del cinturón ha de pasar por la clavícula, sobre el hombro y bien pegada al pecho, mientras que la banda horizontal ha de quedar lo más baja posible sobre la cadera.
- Si la banda del hombro toca el cuello o pasa bajo el mentón, el niño/a debe seguir utilizando un cojín elevador.

Más información: <http://seguridadvialparalospeques.com/>

Información elaborada a partir del folleto de Sistemas de Retención Infantil de la D.G.T.
Disponible en: <http://revista.dgt.es/Galerias/noticia/2015/03MARZO/Folleto-SRI-DGT-.pdf>

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

ANEXO 4 CAMPAÑA “TE NECESITAN. ¡PROTÉGELES!” (AEP, DGT, RACE, PLAY. 2005)

Consejos de uso de los sistemas de retención infantil en el automóvil:

- Las personas adultas deben usar siempre el cinturón para su seguridad y para dar ejemplo a los menores.
- No se debe arrancar el coche hasta que el niño o la niña esté bien sujeto, han de entender que su seguridad no es un castigo, sino una ventaja.
- No llevar al menor en brazos bajo ninguna circunstancia.
- Supervisar periódicamente que la silla sea adecuada a su talla y peso para garantizar su protección.
- Si la silla tiene prestaciones que permiten adaptarse al crecimiento de cada niña o niño (reposacabezas, arneses, etc) se deben ajustar para su protección y confort.
- Utilizar siempre un sistema de retención homologado.
- La silla debe instalarse correctamente con el cinturón en el vehículo.
- Si la instalación de la silla es en sentido inverso a la marcha, nunca debe colocarse delante de un airbag frontal de pasajero.
- La silla debe quedar firmemente sujeta al asiento del vehículo, de modo que se elimine cualquier movimiento entre el asiento y la silla, ya sea lateral como longitudinal.
- Es muy importante el recorrido del cinturón de seguridad (o del arnés) sobre el cuerpo: nunca debe ir por encima del cuello, siempre ha de ajustarse lo más bajo posible sobre las caderas y las holguras deben eliminarse.
- Los capazos siempre deben ajustarse de manera que el extremo de la cabeza esté enfrentado a la parte media del vehículo. De este modo, puede evitarse un golpe directo en la cabeza en un choque lateral.
- Nunca se deben transportar objetos pesados o con cantos agresivos en el interior del vehículo, puesto que, en caso de colisión, se convertirían en “proyectiles”.
- No hay que descuidar la seguridad infantil en cualquier edad y también la de las personas adultas ya que en caso de impacto, éstas pueden golpear a los más pequeños al salir despedidos.
- Hay que leer todas las advertencias e instrucciones de instalación, tanto en el manual del propietario del vehículo como en el manual de instrucciones del sistema de retención infantil.

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

ANEXO 5 DIRECCIONES DE INTERNET SOBRE PREVENCIÓN DE ACCIDENTES

- <http://seguridadvialparalospeques.com/>
- <http://dgt.es/enterate/flash/infantil.html>
- <http://www.infanciasegura.es>
- e-entérate, web divulgativa de la Dirección General de Tráfico. Dispositivos de seguridad infantil. www.dgt.es/enterate
- Campaña para el uso de sistemas de retención infantil: “Te necesitan, ¡protégeles!”. www.tenecesitanprotegeles.com
- Familia y Salud. Web de la Asociación Española de Pediatría de Atención primaria. www.aepap.org/familia/accidentes.htm
- Página del Ministerio de Sanidad y Consumo dirigida a Ciudadanos. www.msc.es
- Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura. www.spapex.org/consejos
- PrevInfad. Actividades preventivas y de promoción de la salud recomendadas para la infancia y la adolescencia. (Fecha de acceso: 5 de julio de 2002) Disponible en: www.aepap.org/previnfad/
- Grupo de trabajo para el estudio y prevención de la muerte súbita infantil de la Asociación Española de Pediatría. Síndrome de la Muerte Súbita del Lactante (SMSL). Libro Blanco (2ª edición). Monografía de la AEP, 2003; nº 4.

HIGIENE CORPORAL

Población diana:

Población menor de 14 años de edad.

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

VISITA PRENATAL (EDUCACIÓN MATERNAL EN GRUPO)

- Cuidados del cordón umbilical.
- Baño diario.
- Cortado de uñas
- Recomendaciones sobre el baño.
- Limpieza y secado de oídos, cuidado de los ojos.
- Higiene del periné.
- Características de la habitación infantil y limpieza del mobiliario y paredes.

MENOR DE 1 MES

- Cuidados del cordón umbilical.
- Baño diario.
- Recomendaciones sobre el baño.
- Limpieza y secado de oídos, cuidado de los ojos.
- Higiene del periné.

DE 1 MES A 1 AÑO

- Baño diario y cuidado de la piel.
- Higiene del periné.
- Ropa y zapatos: características e higiene.

DE 1 A 4 AÑOS

- Baño diario y cuidados de la piel.
- Fomentar autonomía personal en la higiene.
- Empezar a inculcar las primeras nociones de hábitos higiénicos.

- Lavado de manos.
- Cepillado dental
- Higiene del periné.
- Higiene del sueño.

DE 4 A 8 AÑOS

- Enseñar hábitos higiénicos: los progenitores como modelo.
- Ducha o baño frecuentes (a diario o días alternos) y cuidados de la piel.
- Lavado de manos.
- Limpieza de uñas.
- Cepillado dental.
- Lavado del cabello.
- Comenzar a colaborar en la higiene del entorno (casa, colegio).
- Higiene del sueño.

DE 8 A 14 AÑOS

- Enseñar hábitos higiénicos: los progenitores como modelo.
- Ducha diaria y uso adecuado de la ropa y productos de uso personal con criterios higiénicos (desodorante, champú, zapatos adecuados, etc.)
- Higiene del sueño.
- Promoción de hábitos higiénicos del entorno (arregla su habitación, colabora en la limpieza de la casa, no ensucia el colegio)
- Higiene postural.

Herramientas o recursos:

Guías anticipatorias que incluyan todas las recomendaciones pertinentes en cada momento.

Hacer una clasificación en **entornos**:

- **En consultas** (En todas las visitas se proporcionarán recomendaciones higiénicas a la familia en los términos expuestos anteriormente.)
- **En la familia.** Hábitos higiénicos adecuados a la edad sirviendo los progenitores como modelos.
- **En el entorno escolar** (enfermería escolar)
 - Programas de promoción de salud en hábitos higiénicos.
 - Higiene postural.
- **En el entorno escolar** (comedores escolares)
 - Habilitar espacios y disponer de personal entrenado en las actividades relacionadas con la higiene.
 - Lavado de manos antes de las comidas.
 - Cepillado dental después de las comidas.
 - Limpieza del comedor
 - Manipulación de alimentos
- **En la comunidad** (radio, TV.)
 - Campañas de promoción de salud. Higiene buco-dental
 - Campañas de eliminación de la pediculosis.

HIGIENE CORPORAL

ANEXO 1

CUIDADOS DEL CORDÓN UMBILICAL

- El cordón umbilical se debe mantener limpio y seco, así como vigilado de los signos de posible infección:
 - Enrojecimiento.
 - Mal olor.
 - Secreción.
- El pañal se debe mantener doblado por debajo del muñón del cordón para que entre el aire y la orina no lo toque.
- Varias veces al día se puede aplicar alcohol de 70 % o clorhexidina en la base del cordón con una gasita estéril, hasta que sane por completo, momento en que se aprecia duro, seco y arrugado y la base está rosada y seca (esto suele ocurrir alrededor de 7-10 días tras el desprendimiento).
- Cuando se desprenda puede haber unas cuantas gotas de sangre. Se debe consultar si el sangrado es continuo o hay señales de infección.
- El baño debe ser rápido (5 minutos). Después se seca bien el cordón y se envuelve en una gasa estéril.
- No conviene poner objetos sobre el ombligo, ya que podrían favorecer infecciones.

HIGIENE CORPORAL

ANEXO 2

HIGIENE

En el bebé

- El baño se debe iniciar desde los primeros días de vida.
- Para evitar accidentes:
 - La temperatura del agua se debe mantener en torno a 36°C. Se puede probar el agua con la muñeca, sintiéndola tibia, no caliente.
 - Comprobar que no hayan corrientes, como ventanas abiertas o ventiladores.
 - No dejar nunca sólo al bebé en el agua..
 - Sujetar al bebé firmemente, sosteniendo su cabeza durante el baño. Cuando el bebé está enjabonado puede ser muy resbaladizo.
- Utilizar jabón o gel neutros.
- Hidratar la piel después del baño aplicando aceite corporal, con la piel mojada para que emulsione bien. No se le deben aplicar polvos de talco, ya que al aspirarlos pueden llegar a sus pulmones.
- En caso de que presente costra láctea o dermatitis seborreica en la cabeza, aplicar antes del baño un poco de aceite o vaselina estéril encima de la costra para reblandecerla; de esta forma, es más fácil que se desprenda con el baño.
- Secar sin frotar, presionando con suavidad, especialmente en las zonas de pliegues, donde son frecuentes las irritaciones.
- Para limpiar los oídos, retirar secreciones de los ojos o limpiar las fosas nasales se utilizará suero fisiológico.
- La limpieza de los genitales en las niñas, siempre se hará de delante hacia atrás, para evitar que las bacterias intestinales puedan pasar a la vagina y uretra, produciéndose infecciones.
- Las uñas se cortan cuando están largas, siempre de forma recta y utilizando tijeras de punta roma.

A partir de los 12 meses

- Conforme van creciendo, niños y niñas comienzan a ser más autónomos y activos, aumentando los contactos con el medio. No se debe impedir que jueguen en el suelo, manipulen tierra o coman utilizando sus manos, aunque se ensucien más, ya que estos juegos favorecen su desarrollo.
- Conviene empezar a inculcar las primeras nociones de hábitos higiénicos, introduciéndolas paulatinamente adecuándose a la edad. El modelado a través del ejemplo de los progenitores es más efectivo que cualquier manual, ya que los menores aprenden mucho observando a los demás.

HIGIENE CORPORAL

ANEXO 3

LAVADO DE MANOS

¿Cuándo hay que lavarse las manos?

- Antes de las comidas.
- Antes y después de preparar la comida, especialmente cuando se manipula carne cruda, pollo o pescado.
- Tras usar el retrete.
- Después de sonarse los mocos, toser o estornudar sobre las manos.
- Antes y después de estar con una persona enferma.
- Antes y después de curar una herida.
- Antes de ponerse o quitarse las lentes de contacto.
- Después de tocar a una mascota o tener contacto con sus desperdicios.

Técnica del lavado de manos

- Usar agua templada y jabón. El agua sola no es suficiente para eliminar los gérmenes.
- Frotar una mano contra otra durante unos 20 segundos, dedicando especial atención a las yemas de los dedos, sobretodo debajo de las uñas (en donde se encuentra más del 95% de las bacterias).
- Aclarar con abundante agua durante 10 segundos.
- Secar completamente usando una toalla limpia y seca.

HIGIENE CORPORAL

ANEXO 4

PREVENCIÓN DE LA VULVOVAGINITIS

La vulvovaginitis es el problema ginecológico más frecuente en las niñas prepuberales.

Factores que la favorecen:

- Mucosa atrófica, debido a la falta de estímulo estrogénico.
- Presencia de pH alcalino.
- Menor protección del introito vaginal (por los labios mayores con escaso desarrollo y ausencia de vello pubiano).
- Proximidad anatómica del ano.
- Efecto de productos irritantes locales.
- Extensión de bacterias respiratorias o fecales al perineo a través de las manos o malos hábitos higiénicos.

La mayoría son inespecíficas con flora bacteriana mixta, aunque con menor frecuencia pueden ser debidas a patógenos específicos (Estreptococo beta-hemolítico del grupo A y otras bacterias menos frecuentes), oxiuros y cuerpos extraños. En caso de infecciones de transmisión sexual, se debe investigar la posibilidad de abuso.

Las medidas a llevar a cabo en la prevención de vulvovaginitis son:

- Explicar, dependiendo la edad de la niña, los factores anatomofisiológicos que aumentan la susceptibilidad, ayudándolas a identificar la importancia de unos hábitos adecuados y a corregir conductas.
- Limpieza adecuada de manos.
- Limpieza adecuada de la región anal después de ir al baño, siempre de delante hacia atrás.
- Evitar ropas ajustadas y tejidos sintéticos que no permitan una buena ventilación.
- Evitar irritantes locales (baños de espuma, colorantes en la ropa y/o en el papel higiénico).
- No retener las ganas de orinar.
- Prevenir la obesidad, ya que es un factor que contribuye a agudizar el problema.

- En las adolescentes, aconsejar sobre el uso adecuado de tampones y compresas y recordar la prevención, mediante el uso de preservativo, en las relaciones sexuales.

HIGIENE CORPORAL

ANEXO 5

HIGIENE DEL PERINÉ

La proliferación bacteriana en la región perineal así como la colonización y crecimiento bacteriano intravesical, son factores que van a favorecer la infección del tracto urinario en niñas y niños.

Se deben llevar a cabo una serie de medidas generales para evitar estas situaciones, fundamentalmente en niñas:

- Higiene personal adecuada, sobretodo tras la defecación.
- Evitar la utilización de productos de higiene o para el lavado de la ropa interior que pueda resultar irritantes.
- Tratar la infestación por oxiuros.
- Prevenir la obesidad, la cual puede suponer un obstáculo para el flujo urinario durante la micción.
- Evitar el uso abusivo de antibióticos, debido a que favorecen la selección de la flora intestinal y la presencia de gérmenes con mayor capacidad invasora en la zona perineal.
- Se aconseja la ducha más que el baño, ya que la inmersión en agua puede favorecer el paso de gérmenes hacia la vejiga.
- La lactancia materna, al igual que ocurre con otras infecciones, se ha comprobado que tiene un efecto protector sobre la vía urinaria.

HIGIENE CORPORAL

ANEXO 6

ELIMINAR PIOJOS

La infestación por piojos en la cabeza, actualmente, es un problema más frecuente y difícil de tratar que en años atrás, debido al aumento de resistencias a los insecticidas clásicos.

El piojo no transmite infecciones; solamente ocasiona prurito, pudiendo producirse infección de las lesiones de rascado, como única posible complicación.

Contagio de piojos:

Se produce por contacto directo con el pelo de personas infestadas, siendo muy poco frecuente que se deba a contacto con huevos o piojos vivos alojados en la ropa u objetos contaminados.

Diagnóstico:

Es necesario ver piojos vivos para la confirmación diagnóstica, si bien, en caso de que haya picor y liendres abundantes, en especial si están cerca de la piel, es muy probable que haya infestación activa.

Prevención:

- Revisión periódica manual de la cabeza, entre 3 y 12 años, semanalmente en época escolar.
- Detección precoz y búsqueda activa en los posibles contactos.
- Evitar intercambio de prendas que mantengan contacto con la cabeza.
- Lavar con agua caliente o aspirar las prendas que hayan podido mantener contacto con el piojo en los dos días anteriores del tratamiento con pediculicida.
- Lavar con agua caliente, solución alcohólica o pediculicida los peines o cepillos utilizados en caso de infestación.

Tratamiento:

Insecticidas: No deben utilizarse en lactantes pequeños.

- o **Permetrina:** tratamiento de elección, en crema al 1% durante 10 minutos, debido a su eficacia y baja toxicidad; sin embargo, en la última década se han desarrollado resistencias en muchas zonas. Se aconseja en estas zonas, por tanto, aumentar el

tiempo de contacto, hasta 8 horas, repetir la aplicación a los 9 días y reforzar el tratamiento con el uso de lendreras y retirada manual de liendres.

- **Malatión:** con muchas menos resistencias que Permetrina, pero no hay estudios de seguridad por debajo de los 2 años. Necesita menor tiempo de contacto (de 10 a 20 minutos) y no precisa repetir la aplicación.
- **Piretrinas** (naturales o sintéticas distintas de permetrina): existen menos estudios de eficacia y toxicidad. Menos eficaces que permetrina (las conocidas hasta la fecha), mejoran su eficacia utilizando sinergizantes. En caso de resistencias a la permetrina, puede haberla también a las piretrinas.
- **Asociaciones:** existe efecto sinérgico en la asociación de la permetrina u otras piretrinas con piperolino y en la de malatión con alcohol isopropílico.
- No se dispone de estudios que permitan recomendar el uso preferente de un producto concreto en base a su galénica. En lactantes y niños asmáticos no es aconsejable usar lociones alcohólicas.

Medidas adicionales:

- Utilizar lendrera tras la aplicación de insecticida, repitiendo cada 3 días, con el pelo impregnado en crema suavizante, hasta que en 3 peinados no aparezca ningún piojo.
- Eliminar manualmente las liendres no desprendidas con la lendrera.
- Revisión de contactos, debiendo tratar solamente los casos en que se encuentren piojos vivos.
- No se debe usar insecticidas como repelente o preventivo.
- En caso de que, tras un tratamiento correcto con insecticida, se vean piojos vivos en días posteriores, el paciente debe tratarse de nuevo con otro insecticida o con un método no insecticida.

Tratamientos sin insecticidas:

- **Peinado con lendrera:** como tratamiento único, es un sistema lento con eficacia moderada. Debe usarse impregnando el pelo con crema suavizante, durante 3 días, hasta que en 3 peinados sucesivos no aparezcan piojos.
- **Agentes oclusivos:** Dimeticona al 4%, con eficacia moderada, aunque no despreciable en caso de resistencias a permetrina.

- **Aire caliente:** se han diseñado secadores específicos, teniendo en cuenta que el piojo muere a una temperatura superior a 50-60°C, pero no hay suficientes estudios.

Otros tratamientos:

- **Extractos vegetales:** numerosos productos caseros o comerciales, con efecto neurotóxico (igual que los insecticidas) u oclusivo (aceites esenciales vegetales), de los que existen pocos estudios de eficacia o toxicidad.
- **Fármacos orales:** cotrimoxazol, albendazol y levamisol. Deberían reservarse para los casos en que fracasen los tratamientos mencionados anteriormente.

En menores de 2 años no se recomienda inicialmente tratamiento farmacológico, siendo preferible la eliminación mecánica.

Tras un tratamiento insecticida eficaz, se puede volver al colegio al día siguiente; en todo caso, no hay fundamento para tener que esperar a la desaparición completa de las liendres.

HIGIENE CORPORAL

ANEXO 7

HIGIENE BUCODENTAL

Se recomienda cepillado dental desde la erupción dental al menos dos veces al día, inicialmente deberán realizarlo los cuidadores, utilizando pasta fluorada a partir de los 2-3 años.

Se debe enseñar de forma precoz a los menores a realizar ellos el cepillado dental

Técnicas para el cepillado dental

- Hay varias y todas son correctas. El objetivo es eliminar la placa dental sin dañar las mucosas ni los dientes. Indicaciones generales:
- Comenzar el cepillado dental siempre por el mismo lado y realizar el mismo recorrido en las arcadas.
- Limpiar todas las superficies dentarias: internas, externas y masticatorias.
- Cepillar la lengua y el interior de las mejillas suavemente.
- Enjuagarse para eliminar los restos.

Lo ideal es cepillarse los dientes tras las comidas y al acostarse; o al menos dos veces diarias (siendo una de ellas al irse a la cama, porque durante el sueño disminuyen el flujo de saliva y los movimientos de la lengua).

El cepillo:

- Son preferibles los de fibras de nailon o sintéticas con extremos redondeados, dureza mediana o blanda, cabeza pequeña y dos o tres filas de cerdas. Los cepillos eléctricos son también adecuados.
- A partir de los 10 años se puede utilizar cepillo de tamaño adulto.
- Conviene cambiarlo cada 3-4 meses o antes si está deteriorado.
- El uso de la seda dental debe enseñarse para completar el cepillado a partir de los 8-10 años.
- El uso de un dentífrico adecuado aumenta los beneficios del cepillado.

PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO: PARENTALIDAD POSITIVA Y APEGO SEGURO

El buen trato durante la infancia es la base de una óptima salud física y mental, por tanto todo programa de salud infantil debe incluir la promoción del bienestar infantil y del buen trato

Los buenos tratos a los hijos e hijas es una tarea prioritaria de los padres y madres, pero también es una responsabilidad fundamental del resto de la sociedad garantizar el respeto de los derechos de la infancia, asegurar recursos suficientes que satisfagan sus necesidades y promocionar y apoyar a los padres y madres en sus funciones parentales

Las competencias parentales son las capacidades prácticas que tienen las madres y los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos e hijas adaptándose de forma flexible y coherente a sus necesidades y sus diferentes estados evolutivos. El desempeño positivo del rol parental es definido en las Recomendaciones del Consejo de Europa sobre Promoción de la Parentalidad Positiva (2006). (Anexo 1)

La mayoría de los padres y madres tienen recursos para cumplir estas competencias de forma espontánea e innata, pero para un grupo de menores sus progenitores aunque tuvieron capacidad biológica para engendrarlos (parentalidad biológica) carecen de competencias parentales (parentalidad social) y están expuestos a sufrir distintos tipos de malos tratos.

Es un derecho que todos los niños y niñas disfruten de padres, madres o tutores que desempeñen una función parental positiva que asegure su buen trato.

El buen trato es la base del desarrollo evolutivo (físico, mental), de las relaciones interpersonales y de la resiliencia (desarrollo de recursos que permiten hacer frente a los desafíos del crecimiento incluyendo las experiencias adversas). La experiencia de buen trato permitirá a los menores desarrollar competencias parentales que aplicaran en la época adulta cuando sean padres o madres

Población diana:

- Padres, madres o tutores de todos los menores de 0 a 14 años.

Periodicidad:

- En consulta prenatal.
- En el momento del parto.

- En las revisiones puérperales.
- En Programa de salud infantil.
- En consulta a demanda.
- En consulta de urgencias.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades:

1. PROMOCION PARENTALIDAD POSITIVA. PROMOCION DEL BUEN TRATO

La base del buen trato y de un ejercicio adecuado de la parentalidad es satisfacer las necesidades de los hijos e hijas.

Desde el ámbito sanitario se puede:

- **Informar de las necesidades fundamentales de los menores**
 - **Necesidades fisiológicas**
 - Alimentación, vestido, higiene, cuidados de su salud
 - Protección: los menores deben ser protegidos tanto del medio externo (familiar o social) que pueda dañar su proceso de maduración y desarrollo, como de los riesgos y peligros derivados de su propio crecimiento y desarrollo.
 - **Necesidades afectivas:**
 - Necesidad de vínculos: los menores necesitan establecer vínculos afectivos y desarrollar sentimientos de pertenencia que faciliten un apego sano y seguro que es la base del desarrollo de la empatía y de la seguridad.
 - Necesidad de ser aceptados y desarrollar su autonomía y capacidades.
 - Necesidad de ser importante para sus figuras de apego.
 - **Necesidades cognitivas: necesidad de estimulación, de experimentación y descubrir el mundo, educación y refuerzo positivo por sus logros y esfuerzos.**
 - **Necesidades sociales:**
 - Comunicación.
 - Consideración y reconocimiento.

- Necesidad de normas, valores y estructuras que permitan en los menores desarrollar habilidades para una adecuada convivencia y respeto por los derechos humanos.
- **Informar de las necesidades de los menores según su estado de desarrollo y edad** (Desarrollo afectivo y Psicomotor).
- **Informar de los momentos críticos en el desarrollo de los niños y niñas** (Desarrollo afectivo y Psicomotor).
- **Promocionar la Resiliencia:** el cumplimiento de las competencias parentales permite el desarrollo en los hijos e hijas de la Resiliencia que se define como el conjunto de capacidades que permiten hacer frente a los desafíos de la existencia y a experiencias traumáticas.
- **Fomentar el desarrollo de vínculos de apego seguro.**
 - El Apego es el vínculo que se establece entre el niño y sus progenitores a través de un proceso relacional que los une en el espacio y en el tiempo, cuando este apego es sano, los menores experimentan una sensación de seguridad que determina su maduración y su interacción maduración (Modelos de apego Anexo 2)
- **Asesorar a los padres y responder dudas acerca de su rol parental**

Herramientas

- **Evaluación del Desarrollo Psicomotor y Afectivo**
 - Exploración y valoración neuroevolutiva (Anexo 1, Anexo 8).
 - Conocimiento de las etapas evolutivas, adquisiciones, “momentos críticos Anexos 6 y 8.
- **Escuelas de Padres.**
- **Grupos Psicoeducativos de Padres**
- **Guías anticipatorias y Consejos.**
- **Para consultar y ampliar:**
 - Raquel-Amaya Martínez González. Programa-Guía para el desarrollo de competencias emocionales, educativas y parentales. 2009. <http://www.meetingmadridleuropedelenfance.es/images/ficheros/Programa2009-1.pdf>.

- Programas de habilidades familiares: El Strengthening Families Program (SFP) de Kumpfer
- Effective Black Parenting Program (EBPP)

2. EVALUACION DE LAS COMPETENCIAS Y HABILIDADES PARENTALES

La adquisición de competencias parentales es el resultado de:

- Las posibilidades personales innatas: factores hereditarios, limitaciones orgánicas.
- Procesos de aprendizaje: influidos por los contextos sociales, la historia y la cultura.
- La experiencia personal e historia de buen trato o mal trato especialmente durante la infancia y adolescencia, ocurridos principalmente en la familia pero también en la escuela o en otros ámbitos institucionales.

Las capacidades parentales fundamentales son:

- **La capacidad de apego:** tiene relación con los recursos emotivos, cognitivos y conductuales de los padres, madres o tutores para apegarse a los niños y niñas, estimularlos y responder a sus necesidades fundamentales y afectivas. Esta capacidad es fundamental para el desarrollo de una seguridad de base y de una personalidad sana
- **La empatía:** la capacidad de los padres, madres o tutores de sintonizar con el mundo interno de sus hijos e hijas, reconocer sus emociones, estados de ánimo y necesidades
- **Modelos de crianza:** Estos modelos se transmiten de generación en generación y están influidos por la cultura y los procesos de aprendizaje de los padres
- **Habilidad para participar en redes sociales y utilizar recursos comunitarios:** es la capacidad para pedir, aportar y recibir ayuda de redes familiare, sociales, institucionales cuyo objetivo es el bienestar infantil.

Es importante evaluar las capacidades parentales teniendo en cuenta:

- Las relaciones de los padres con sus hijos o hijas.
- Si los padres o madres tienen alteraciones de la personalidad o del funcionamiento cognitivo o han sido diagnosticados de algún trastorno, la observación por parte del

profesional ha de centrarse en valorar si estos trastornos o déficits influyen en el desempeño de su rol parental

- El contexto social en el que está inmersa la familia y la influencia de éste en el desarrollo de las habilidades parentales

Herramientas:

- **Historia Clínica:**
 - Antecedentes familiares
 - Contexto social
 - Existencia de experiencias de violencia o malos tratos en los padres
- **Evaluación del Desarrollo Psicomotor y Afectivo**
 - Exploración y valoración de la construcción de vínculos afectivos entre los menores y sus padres (Anexo 4)
 - Conocimiento de las etapas evolutivas, adquisiciones, “momentos críticos” y indicadores y señales de alarma en el desarrollo psicológico (Anexo 1, 3, 7, 8)
 - Detección de Factores de riesgo y Factores de protección en el desarrollo psicológico del menor (Anexo 5 y 6)
- **Indicadores de relación de buenos tratos de los padres con sus hijos** (Anexo 3)
- **Indicadores de buenos tratos y apego entre los 8 meses y 5 años** (Anexo 4)
 - Modelo de evaluación de competencias.

3. DETECCIÓN PRECOZ DE INCOMPETENCIAS PARENTALES

La detección de incompetencias parentales debe poner en alerta al profesional de salud sobre la posible existencia de malos tratos y realizar un seguimiento cercano de los menores para la evaluación del daño y aparición de indicadores de malos tratos.

En esta actividad es imprescindible la coordinación con el trabajador o trabajadora social para realizar una valoración sociofamiliar y del contexto social y proceder según los resultados de ésta valoración

Herramientas o Recursos

- **La valoración sociofamiliar que debe explorar:**
 - Características psicosociales de los padres y los menores, teniendo en cuenta la etapa evolutiva de los mismos.
 - Antecedentes familiares sobre habilidades parentales desarrolladas para con los padres.
 - Condiciones contextuales, (sociales, ambientales) que puedan estar influyendo positiva o negativamente en la capacidad parental (por ejemplo procesos conflictivos de separación)
 - Valorar las fortalezas de los padres, los recursos de apoyo con los que cuentan y los riesgos sociales.
 - Situación de los menores en la escuela y en su entorno.
 - Influencia del entorno laboral de los padres.
- **Características de la parentalidad maltratante y modelos educativos**
(Anexo 5)
- **Indicadores de parentalidad disfuncional severa y crónica** (Anexo 6)
- **Programas de recuperación o rehabilitación de competencias parentales** de Servicios Sociales. Plan de actuación con las familias

PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO: PARENTALIDAD POSITIVA Y APEGO SEGURO

ANEXO 1

RECOMENDACIONES DEL CONSEJO DE EUROPA SOBRE PROMOCIÓN DE LA PARENTALIDAD POSITIVA 2006

“El conjunto de conductas parentales que procuran el bienestar de los menores y su desarrollo integral desde una perspectiva de cuidado, afecto, protección, enriquecimiento y seguridad personal, de no violencia, que proporciona reconocimiento personal y pautas educativas, e incluye el establecimiento de límites para promover su completo desarrollo, el sentimiento de control de su propia vida y que puedan alcanzar los mejores logros tanto en el ámbito familiar como académico, con los amigos y en el entorno social y comunitario”

Actuaciones parentales positivas que destacan las Recomendaciones del Consejo de Europa por sus efectos beneficiosos

- Proporcionar afecto y apoyo
- Dedicar tiempo para interactuar con los hijos
- Comprender las características evolutivas y de comportamiento de los hijos a una determinada edad
- Establecer límites y normas para orientar el adecuado comportamiento de los hijos y generar expectativas de que cooperarán en su cumplimiento
- Comunicarse abiertamente con los hijos, escuchar y respetar sus puntos de vista, y promover su participación en la toma de decisiones y en las dinámicas familiares
- Reaccionar ante sus comportamientos inadecuados proporcionando consecuencias y explicaciones coherentes y evitando castigos violentos o desproporcionados

PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO: PARENTALIDAD POSITIVA Y APEGO SEGURO

ANEXO 2

TIPOS DE APEGO

Ainsworth (en Machay Chi 1978)

- **Apego seguro (Grupo B).** Estas personas tienen capacidad para utilizar a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados. Los cuidadores son sensibles a sus necesidades, dan confianza, les ayudan en la adversidad.
- **Apego Inseguro evitativo (Grupo A).** Estas personas tienden a alejarse de personas y objetos que les suponen amenaza.
- **Apego Inseguro resistente o ansioso-ambivalente (Grupo C).** No tienen expectativas de confianza respecto al cuidador, desean intimidad pero sienten inseguridad respecto a los otros.

Main y Solomon (1986) proponen una nueva categoría:

- **El estilo de apego inseguro desorganizado (grupo D).**

Fuente: Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, Apego y Resiliencia. Jorge Barudy y Maryorie Dantagna. Editorial Gedisa 2005

Tabla: Elaboración propia

PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO: PARENTALIDAD POSITIVA Y APEGO SEGURO

ANEXO 3

INDICADORES DE RELACIÓN DE BUENOS TRATOS
DE LOS PROGENITORES CON SUS HIJOS/AS

Ofrecen apego seguro y empatía. Mantienen la autoridad para protegerles y educarles
La proximidad física y manifestaciones afectivas son vividas de forma placentera
Respetan la autonomía de sus hijos o hijas aunque los echen de menos
Muestran alegría en presencia de sus hijos o hijas, contactan físicamente y conversan con ellos o ellas
Manifiestan placer con los logros de sus hijos e hijas y se emocionan al constatar sus esfuerzos
Se interesan por su desarrollo psicomotor, lenguaje, desarrollo social...
Protegen a sus hijos e hijas de las situaciones de peligro y previenen los riesgos organizando el entorno de los menores
Son sensibles a su sufrimiento emocional
Conocen a sus hijos o hijas: sus gustos, intereses, amigos, costumbres etc
No sustituyen a sus hijos o hijas por el éxito profesional, por poseer bienes materiales o por sus aficiones deportivas
Los hijos e hijas tienen una importancia trascendental en sus vidas y por esto respetan sus procesos de diferenciación, progresión y de regresión

Fuente: Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, Apego y Resiliencia. Jorge Barudy y Maryorie Dantagna. Editorial Gedisa 2005.

Tabla: Elaboración propia

PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO: PARENTALIDAD POSITIVA Y APEGO SEGURO

ANEXO 4 INDICADORES DE BUENOS TRATOS Y APEGO SEGURO
ENTRE LOS 8 MESES Y 5 AÑOS

Los menores buscan consuelo de sus progenitores cuando se sienten en peligro, estresados o perdidos.

Los menores pueden acoger a los desconocidos e interactuar con ellos pero prefiere a sus padres.

Los menores se interesan en juegos y actividades en presencia o no de sus progenitores.

Los menores no presentan comportamientos de miedo, hipervigilia o alerta.

Los menores son felices y sanos y les gusta relacionarse con otras personas adultas y con sus iguales.

Los menores protestan cuando se les separa de su figura de apego, pero recupera el equilibrio cuando se encuentra en un medio de buenos tratos.

Los menores se enfadan o protestan cuando sus progenitores se van, manifiestan su alegría cuando vuelven y se enfadan si su ausencia se prolonga (ignora o rechaza el contacto físico durante cortos periodos).

Los menores manifiestan con lloros, sonrisas, vocalizaciones, palabras...su deseo de proximidad o contacto físico.

Fuente: Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, Apego y Resiliencia. Jorge Barudy y Maryorie Dantagna. Editorial Gedisa, 2005.

Tabla: Elaboración propia

PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO: PARENTALIDAD POSITIVA Y APEGO SEGURO

ANEXO 5 CARACTERÍSTICAS DE UNA PARENTALIDAD MALTRATANTE

Modelo afectivo de apego inseguro

<p>DEFICIENCIAS EN LA FUNCIÓN NUTRIDORA</p>	<p>Los progenitores pueden entregar los nutrientes que necesitan especialmente los afectivos, Los hijos e hijas crecen en ambientes carenciados</p> <p>Pueden existir conductas sobreprotectoras, gratificaciones excesivas y ausencia de normas</p>
<p>DEFICIENCIAS EN LA FUNCIÓN SOCIALIZADORA</p>	<p>Los progenitores son incapaces de representar y comunicar evaluaciones positivas a sus hijos e interfieren la formación de la identidad o autoconcepto de sus hijos o hijas.</p>
<p>DEFICIENCIAS EN LA FUNCIÓN EDUCATIVA</p>	<p>MODELO AUTORITARIO</p> <p><u>Afecto</u>: manifestaciones de afecto escasas o nulas</p> <p><u>Comunicación</u>: escasa, si existe es para transmitir miedo.</p> <p><u>Control</u>: exagerado, uso frecuente de amenazas. Castigos irracionales y exagerados en relación a las faltas</p> <p>MODELO PERMISIVO:</p> <p><u>Afectos</u>: existe una intoxicación afectiva, los menores se creen seres infalibles, poderosos y perfectos. Hay mala modulación de deseos y frustraciones.</p> <p><u>Comunicación</u>: no hay estructura jerárquica de la comunicación, se ofrece un marco de comunicación igualitario en la que los menores creen que lo que dicen tiene el mismo valor que el adulto</p> <p><u>Exigencia de madurez</u>: los menores crecen bajo esta paradoja: “puedes crecer si quieres”. “Debes crecer pero no madurar para no dejar sólo a papá y mamá”</p> <p><u>Control</u>: inexistente (por negligencia, por creencias o por incompetencias)</p>

Fuente: Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, Apego y Resiliencia. Jorge Barudy y Maryorie Dantagna. Editorial Gedisa, 2005.

Tabla: Elaboración propia

PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO: PARENTALIDAD POSITIVA Y APEGO SEGURO

ANEXO 6

INDICADORES DE UNA PARENTALIDAD DISFUNCIONAL SEVERA Y CRÓNICA

<p>ANTECEDENTES DE LA HISTORIA DE LOS PADRES/ MADRES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de figura de apego o ausencia de cuidadores. - Historia de malos tratos graves durante la infancia y adolescencia en la que no se ha interiorizado la situación de víctimas. - Historia de socialización deficiente o perturbada, mensajes humillantes, ausencia de figura protectora, con frecuencia tienen un trastorno límite de la personalidad. - Antecedentes de incompetencia parental severa y crónica en la familia de origen. - Pertenencia a contextos familiares disfuncionales y/o carenciales. - Historia de pobreza, exclusión o marginación social. - Interrupción y/o dificultades del proceso de transmisión de los modelos de crianza de sus culturas de procedencia (inmigrantes). - Intervenciones de protección ausentes, inadecuadas y/o incoherentes.
<p>CARACTERÍSTICAS ACTUALES DE LOS PADRES/ MADRES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del apego con uno o todos sus hijos o hijas. - Trastornos severos de empatía. - Inteligencia emocional deficiente. - Déficit importante en sus capacidades cognitivas. - Problemas de salud mental. - Violencia conyugal. - Conflictos graves y permanentes con vecinos y miembros de sus familias. - Escasa capacidad para utilizar y ofrecer apoyo social a la comunidad. - Ausencia de reconocimiento de sus responsabilidades en los daños, sufrimientos o problemas causados por los hijos. - Muy poco permeables a la ayuda profesional. - Dificultades muy importantes con respecto a su inserción socioprofesional. - Ausencia de motivaciones reales para mejorar su situación.

Fuente: Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, Apego y Resiliencia. Jorge Barudy y Maryorie Dantagna. Editorial Gedisa, 2005. Tabla: Elaboración propia

ATENCIÓN AFECTIVO-SEXUAL

Introducción

La Organización Mundial de la Salud, define la sexualidad como:

- La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductiva, amoldándola a criterios de ética social y personal.
- La ausencia de temores, de sentimientos de vergüenza, culpabilidad, de creencias infundadas y de otros factores psicológicos que inhiban la actividad sexual o perturben las relaciones sexuales.
- La ausencia de trastornos orgánicos, de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductiva.

Y establece que los países y las instituciones deben promover una “educación sexual que tenga por objetivo ayudar a las personas a conducirse bien en su vida sexual, en base a:

- Una enseñanza del comportamiento sexual basado en una ética plural y social.
- Eximir de sentimientos de culpa, vergüenza o de miedos.
- Liberar de trastornos o deficiencias que interfieran las funciones.

Población diana

- Todos los menores y adolescentes y sus personas cuidadoras.

Periodicidad

- En todas las visitas de seguimiento del programa de salud infantil (para los adolescentes consultar tema sexualidad; salud sexual y reproductiva en el adolescente)
- En consultas a demanda específicas y siempre que se requiera información por parte de las personas cuidadoras.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Actividades

- La sexualidad durante los primeros años de vida
- La sexualidad de los dos a los cuatro años de vida
- La sexualidad de los cuatro a los ocho años de vida

• LA SEXUALIDAD DURANTE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

La educación afectivo-sexual en este periodo se debe insistir en la necesidad de ofrecer a los menores atenciones afectivas adecuadas

- Fomentar en padres, madres y educadores una actitud positiva hacia la sexualidad infantil.
- Explicar la fisiología normal de los órganos genitales (pene y clítoris) y la posibilidad de erecciones espontáneas y como respuesta a la estimulación táctil.
- Asignación Psicosocial de la identidad y rol de género: Identificar la asignación de la identidad sexual y rol de género y eliminar falsas creencias. Inmediatamente después de nacer, se le etiqueta con una determinada identidad sexual (es niño o es niña), a partir de la observación de los genitales externos, y se le atribuye el rol de género que se considera propio de su identidad (ser como los niños o como las niñas) y que determina comportamientos y expectativas diferenciales de las personas adultas para con los menores (decoración de la habitación, ropa de la cuna, vestidos, juguetes, conductas e incluso rasgos de personalidad).
- Fomentar vínculos afectivos ya que mediatizan la sexualidad a lo largo de toda la vida y especialmente en la primera infancia. Proporcionar seguridad, contacto íntimo piel con piel, juegos, caricias, que van a favorecer el buen desarrollo afectivo del niño o la niña.

• LA SEXUALIDAD DE LOS DOS A LOS CUATRO AÑOS DE VIDA

La evolución sexual depende en este periodo de cómo la niña o el niño viva y resuelva su autonomía, de las imposiciones sociales, modelos de identificación y las reacciones de los adultos ante sus conductas sexuales.

- Fomentar en padres, madres y educadores una actitud positiva hacia la sexualidad infantil.
- Regular su conducta y cumplir determinadas normas:
 - a. Control de esfínteres.
 - b. Inhibición de ciertas conductas de exploración (limitándole lo que puede tocar, coger, manipular)
 - c. Control de ciertas conductas consideradas socialmente indeseables (rabieta, peleas con otros niños, celos)
- Responder a la curiosidad sexual de los menores: explicar las diferencias anatómicas entre niño y niña.
- Valorar relación de apego entre padre, madre y menores.
- Valorar roles y evitar estereotipos de género.

• 3. LA SEXUALIDAD DE LOS CUATRO A LOS OCHO AÑOS DE VIDA

En esta edad es importante la educación sexual en todos los ámbitos (casa, escuela y salud). Todos los profesionales de la salud deben indagar y estar atentos en cuanto a relaciones de afecto entre el niño y niña y padres, madres o cuidadores.

- Valorar relaciones de apego con sus padres, madres o educadores
- Fomentar actitudes positivas y naturales hacia la sexualidad
 - d. Dar a todas las partes del cuerpo la misma importancia.
 - e. Desarrollar un vocabulario apropiado para nombrar todas las partes del cuerpo y las funciones del mismo.
 - f. Fomentar el querer y cuidar su cuerpo.
 - g. Conocer las características anatómicas de su cuerpo y las diferencias más importantes con los adultos.
- Dar información correcta, respondiendo a las preguntas con sinceridad siempre que surjan las dudas:
 - h. Usar un vocabulario adecuado para nombrar las partes del cuerpo.
 - i. Prestar atención a la información ofrecida con el lenguaje no verbal.
 - j. Ofrecer un clima de confianza y libertad.
- Valorar aspectos positivos de su cuerpo en su totalidad, ayudarles a asumir las diferencias anatómicas entre los sexos sin que eso suponga, ningún tipo de discriminación.
- Trabajar el rol sexual y la manera de relacionarnos.
 - k. Fomentar cualidades positivas independientemente del rol de género: sensibilidad, afectividad, decisión, toma de iniciativas, autodefensa.
 - l. Fomentar la expresión de sentimientos y emociones, reconocer aquellas que no son enriquecedoras para la persona (violencia)
 - m. Fomentar relaciones igualitarias.
 - n. Fomentar el juego, la comunicación y el respeto mutuo entre niños y niñas.

Herramientas

- Controles de salud información y asesoramiento a nivel individual.
- Educación sexual en grupo.
- Guías anticipatorias para personas cuidadoras (Anexo 1)
- Direcciones de Internet (Anexo2)

ATENCIÓN AFECTIVO-SEXUAL

ANEXO 1 EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL. CONSEJOS PARA LA FAMILIA

Sois los principales educadores de vuestros hijos o hijas, y también os corresponde educar en sexualidad, de hecho aunque no seáis conscientes estáis educando en sexualidad constantemente (con caricias, opiniones, silencios o pudores).

Consejos que pueden ser de utilidad a la hora de hablar con sus hijos o hijas sobre sexualidad:

- Es importante que hablen con sus hijos o hijas de la sexualidad de forma positiva, esto les facilitará su desarrollo sexual y les ayudará a ser adultos sexualmente sanos
- Nunca es demasiado tarde para hablar con sus hijos de la sexualidad.
- La educación sexual también debe hacerse en familia para ello podemos seguir estas pautas (*):

- Recuerden que es normal sentirse incómodo o incomoda cuando tratan estos temas con sus hijos
- Mantengan una actitud abierta ante las preguntas de sus hijos e hijas, aprovechen estas oportunidades para abordar y enseñar el tema de la sexualidad
- Conozcan lo que se enseña de sexualidad en las escuelas y grupos juveniles
- Conviene dejarles claro que con nosotros se puede hablar de sexualidad y que estamos dispuestos a hacerlo, si es que ellos quieren.
- Respondan con sinceridad, si desconocen la respuesta manifiéstelo y ofrézcanles la oportunidad de investigar más sobre el tema o acompañarles y consultar con un profesional para que sean informados y atendidos (recursos de la comunidad)
- Ayuden a sus hijos o hijas a conocerse, aceptarse y a expresar su sexualidad de modo que sean felices.
- Fomenten la autoestima de su hijo o hija.
- Traten de encontrar “oportunidades para enseñar” (programas de televisión, libros, tareas escolares; ...)
- Ustedes deciden lo que creen que sus hijos o hijas deben saber sobre sexualidad
- No esperen a que su hijo o hija le hagan preguntas, muchos niños nunca preguntan.
- Sean consciente de que detrás de la pregunta “¿soy normal?”, hay dudas acerca de su desarrollo sexual, sus pensamientos o sentimientos sexuales
- Den seguridad a sus hijos o hijas siempre que puedan
- Escuchen. Pregúntenle que quiere él o ella saber y qué es lo que sabe.
- No vea con ojos de adultos los comportamientos sexuales de sus hijos o hijas. No hagan interpretaciones precipitadas (a veces son comportamientos normales para su edad)
- Respeten el pudor, los secretos y los silencios de sus hijos o hijas.
- Háblenles acerca de los placeres de la sexualidad.
- Recuerden que les están diciendo a su hijo o hija que a usted le importan su felicidad y bienestar.
- Fomenten desde los primeros años hábitos saludables y autoestima.
- Refuerzen la capacidad que todo joven tiene para tomar decisiones y háganles ver que están convencidos de que ellos o ellas tienen esa capacidad. Cualquier momento es bueno para destacar que toda decisión debe ser personal y no vale la de “terceros” (padres, amigos, hermanos, tanto en este tema como en el de drogas, alcohol o cualquier otra decisión que se le presente en su vida cotidiana).
- Depositen en ellos el grado de responsabilidad que corresponda a su edad y háganles ver que algunas decisiones traen consecuencias y que, por tanto, debe existir un mínimo de reflexión a la hora de decidir.

CARACTERÍSTICAS DE LA SEXUALIDAD SEGÚN LA EDAD		
	Características	Consejos a padres y madres
HASTA LOS 2 AÑOS	<p>Los niños exploran las partes de su cuerpo, incluyendo sus genitales y pueden experimentar erecciones y la vagina de las niñas puede lubricarse.</p> <p>Desarrollan sensaciones acerca del tacto al tomar contacto con su cuerpo</p> <p>Comienzan a tener un rol masculino o femenino, que depende de lo que los padres les transmitan</p>	<p>Dejen que su bebé explore su cuerpo si se toca mientras le cambia de pañal.</p> <p>Fomenten una imagen corporal positiva, hable con naturalidad de todas las partes de su cuerpo</p> <p>Den ejemplo de conducta adecuada y comparta mensajes positivos sobre el género y ante el contacto personal (sostener, vestir, hablar y jugar con el bebé).</p>
DE 3 a 4 AÑOS	<p>Los niños/as comienzan a saber que son un niño o una niña. Sin embargo, mientras juegan pueden simular que son del otro género.</p> <p>Pueden sentir mucha curiosidad por las diferencias corporales y jugar voluntariamente a las casitas o al doctor, o buscar otras formas de juegos sexuales con amigos/as o hermanos/as de edades similares</p> <p>Sienten cada vez más curiosidad por sus cuerpos, se sienten bien al tocarse sus genitales, pueden empezar a masturbarse estimulándose a sí mismos con la mano o frotándose con un muñeco de peluche, lo que puede o no provocar un orgasmo.</p> <p>Expresan interés por las palabras relacionadas con comportamientos en el baño,</p> <p>Muestran curiosidad sobre la forma en que los hombres y las mujeres usan el inodoro,</p> <p>Pueden repetir las “palabrotas” que escuchan y empezar a hacer preguntas sobre la sexualidad, como “¿de dónde vienen los niños?”</p>	<p>Usen muñecos y muñecas para ayudarlos a entender que las niñas y los niños tienen muchas partes de sus cuerpos iguales y algunas diferentes.</p> <p>Si encuentran a un menor en pleno juego sexual con otro niño o niña, con amabilidad debe preguntarles qué estaban haciendo. Es importante que el adulto abandone la perspectiva adulta y que entienda el comportamiento como motivado por la curiosidad.</p> <p>Expliquen que el pene, la vulva, los glúteos, etc. se consideran privados y que nadie debe tocar sus “partes privadas” excepto por razones de salud o para limpiarlos.</p> <p>Expliquen en un tono calmado, que tocar los genitales puede hacerle sentir bien, pero se debe hacer en un lugar privado como su dormitorio.</p> <p>Lean con sus hijos o hijas libros sobre sexualidad adecuados para su edad</p> <p>Den ejemplo de conducta adecuada y comparta mensajes positivos sobre el género y otros aspectos de la sexualidad que pueden surgir.</p> <p>Usen el nombre correcto para nombrar las partes del cuerpo, incluso los genitales.</p>

CARACTERÍSTICAS DE LA SEXUALIDAD SEGÚN LA EDAD

DE 5 a 8
AÑOS

Los niños pueden seguir con los juegos sexuales y con la masturbación.

Pueden volverse muy curiosos sobre el embarazo y el nacimiento.

Pueden desarrollar amistades estrechas con personas del mismo sexo.

Pueden mostrar un interés más fuerte en los roles del estereotipo masculino y femenino, sin importar lo que lo que los padres han manifestado a este respecto durante la crianza.

Igual que el bloque anterior

DE 9 a 12
AÑOS

Los niños y niñas pueden volverse más reservados y desear su privacidad cuando empieza la pubertad.

Tienen más curiosidad por los cuerpos desarrollados masculinos y femeninos.

Pueden mirar revistas y páginas de Internet eróticas.

Se pueden enamorar de amigos o amigas, otros adolescentes mayores, personas famosas y otras personas que desempeñan un papel en sus vidas, como los maestros/as o entrenadores.

Se interesan por las citas.

Se preguntan cosas como: "¿Soy normal?" y compararse con los demás.

Pueden sentirse presionados para intentar agradar a sus padres (ser como ellos quieren y tener la conducta adecuada de los niños y las niñas).

Pueden usar un lenguaje sexual y explorar fantasías románticas y sexuales.

Se pueden masturbar para obtener un orgasmo más profundo y parecido al de los adultos

Respeten el deseo de privacidad de los o las preadolescentes.

Compartan los valores familiares sobre las citas y el amor.

Ayuden a sus hijos o hijas adolescentes a desarrollar habilidades para la toma de decisiones, la comunicación y mantenerse firme con respecto a sus límites y sus deseos.

Sigan dando ejemplo de conducta adecuada y comparta mensajes positivos sobre asuntos relacionados con la sexualidad.

Den consejos sobre igualdad de género.

Contesten a sus preguntas y ofrezcan los mensajes que quiera compartir sobre diversos temas y valores de la familia.

Proporcionen libros e información sobre sexualidad, adecuados para su edad.

Hágales saber que cuentan con su apoyo.

CARACTERÍSTICAS DE LA SEXUALIDAD SEGÚN LA EDAD

DE 13 a
18 AÑOS

Los adolescentes desean tener citas.

Pueden sentirse presionados por sus compañeros para participar en actividades diversas, incluyendo comportamientos sexuales, para los que tal vez no estén listos para experimentar.

Pueden seguir masturbándose.

Pueden fantasear con situaciones románticas o sexuales.

Se pueden enamorar

Experimentan con besar y tocar, incluido el sexo oral y la relación sexual.

Sigan dando ejemplo de conducta adecuada y comparta mensajes positivos sobre asuntos relacionados con la sexualidad.

Contesten a sus preguntas y ofrezcan los mensajes que quiera compartir sobre diversos temas y valores de la familia.

Proporcionen libros e información sobre sexualidad, adecuados para su edad.

Hágales saber que cuentan con su apoyo.

Den consejos de prevención violencia de género

Rompan con la idea de que dar a conocer los métodos anticonceptivos a los hijos es empujarlos hacia un sexo desenfrenado.

ATENCIÓN AFECTIVO-SEXUAL

ANEXO 2

PÁGINAS WEB DE INTERÉS

- Ministerio de Sanidad y Política Social: www.yopongocondon.com/enlaces.html
- Sex Joven, Federación de Planificación Familiar en España:
www.fpfe.org/guiasexjoven/Jovenes.asp. Móvil Sex Joven (nacional): 608102313.
- Consejo de la Juventud de España: www.condoneate.org/es/
- Sociedad Española de Contracepción:
www.sec.es/informacion/recursos_asistenciales/index.php
- Tríptico informativo sobre la píldora del día después del Ministerio de Sanidad y Política Social: http://www.msps.es/novedades/docs/090911_diaDespues.pdf
- Información sobre la píldora: www.mujerhoy.net.
- www.formajoven.org

USO RESPONSABLE DE LOS MEDICAMENTOS

Población diana:

- Madres, padres y otras personas cuidadoras
- Especialmente en las siguientes situaciones: bajo nivel sociocultural, inmigrantes, hiperfrecuentadores (demandantes de medicación), déficits sensoriales que dificulten la comunicación (visual, auditiva), madres o padres adolescentes.

Periodicidad:

- En las visitas de seguimiento del programa de salud infantil y siempre que demanden información.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

ACTIVIDADES:

- Asesorar sobre la toma de decisiones en el manejo de fármacos, especialmente los antitérmicos.
- Informar de la importancia del buen uso de los antibióticos.
- Informar sobre la conservación y seguridad de los medicamentos.

Herramientas y recursos:

- Explicar el uso correcto de los antitérmicos para fomentar el autocuidado responsable (anexo).
- Informar de las ventajas del uso adecuado de los antibióticos (anexo).
- Indagar sobre la ubicación, contenido y accesibilidad de los medicamentos almacenados en casa y proponer mejoras.
- Reforzar las conductas de seguridad en el manejo de fármacos: lectura del prospecto, prevención de accidentes por ingesta inadecuada y comunicación de efectos indeseables.
- Fomentar el uso responsable de los medicamentos.

USO RESPONSABLE DE LOS MEDICAMENTOS

ANEXO 1 CONSEJOS PARA EL USO RESPONSABLE DE LOS MEDICAMENTOS

(Para entregar a madres, padres y otras personas cuidadoras)

¿QUÉ DEBO SABER EN GENERAL SOBRE LOS MEDICAMENTOS?

- Todos los medicamentos tienen un efecto terapéutico, es decir de curación o mejoría de una enfermedad o de un síntoma, pero también tienen posibles efectos indeseables y efectos secundarios no buscados: utilícelos sólo si son necesarios y siguiendo las indicaciones de los profesionales sanitarios.
- Hable y pregunte. Cuanto más sepa sobre los medicamentos que debe utilizar, mejor. No administre la medicación a su hijo con dudas. Consulte a su médico, enfermera o farmacéutico todo lo que necesite.
- Mantenga TODOS los medicamentos en un lugar seguro y con los envases bien cerrados. No tire los prospectos (su información puede ser muy útil) ni la jeringuilla o vasito medidor si lo tuvieran.
- Antes de administrar cualquier medicamento a su hija o hijo es conveniente que lea atentamente el prospecto que lo acompaña, para conocer:
 - El nombre del medicamento y qué indicaciones tiene.
 - La forma en que debe prepararlo y administrarlo.
 - Cada cuánto tiempo se administrará y durante qué periodo de tiempo.
 - Los posibles efectos no deseados que pueden presentarse con la administración del fármaco. Si nota algún efecto no esperado en su hijo o hija tras la toma de un medicamento: póngalo en conocimiento de los profesionales sanitarios
 - La dosis a la que debe administrarse. Asegurarse de la cantidad a administrar (cc, ml, mg, etc) especialmente para soluciones
 - Cómo conservarlo una vez empezado y qué nueva caducidad puede tener.

¿CÓMO MANEJAR LA MEDICACIÓN DE MANERA SEGURA?

- Mantenga TODOS los medicamentos en un lugar seguro: un lugar alto, no accesible a los niños y alejado de su vista.

- Guarde los medicamentos **TODO EL TIEMPO**, incluso aquellos que está utilizando. Casi la mitad de los accidentes ocurren con medicamentos que se estaban usando y han estado sin supervisión muy poco tiempo.
- En caso de que algún invitado o familiar venga a su domicilio adviértale de los peligros de dejar los medicamentos al alcance de los niños, y guárdelos en un sitio seguro. Si su hijo acude a casa de los abuelos o algún otro familiar, pídale que mantengan estas mismas precauciones. Recuerde que muchos medicamentos utilizados para adultos son extremadamente peligrosos en niños.
- Existen medicamentos con un especial riesgo para niños pequeños. La tabla XX muestra medicamentos en los que una sola pastilla o cucharadita puede ser mortal para un niño pequeño. Si usted o algún familiar utiliza uno de estos medicamentos tenga especial precaución: nunca los deje a la vista y si se le cae o pierde alguna unidad, búsquela bien.
- Advierta a los niños sobre los peligros de tomar medicamentos. Edúqueles en su seguridad. Nunca llame a los medicamentos caramelos o golosinas.
- Deje los envases bien cerrados. En caso de que el medicamento tenga cierre de seguridad giratorio asegúrese de haber oído el click. A pesar de este cierre de seguridad, tenga en cuenta que algunos niños son capaces de abrirlo, por lo que no se confíe dejándolos a su alcance.
- No tire los prospectos (su información puede sernos muy útil) ni la jeringuilla o vasito medidor si lo tuvieron.
- Utilice siempre la jeringuilla o medidor para dosificar el medicamento. No use cucharillas de mesa ni otro tipo de dispositivo no diseñado para este fin ya que podría sobredosificar al niño; han sido la causa de muchos incidentes. Mida el volumen con precisión.
- Mantenga la medicación en su envase, alejada de fuentes de calor, la luz intensa y la humedad. No los saque del blíster hasta su administración. Nunca deje medicación en un coche al sol y si esto le ha ocurrido, deséchela; algunos medicamentos pierden mucha actividad con el calor.
- Si administra la medicación de noche, utilice una iluminación adecuada para preparar la medicación. En caso de suspensiones, recuerde siempre agitar bien el envase.
- Mantenga **TODOS** los medicamentos en un lugar seguro y seco, evitando cambios bruscos de temperatura (no los conserve en la cocina, cuartos de baño ni próximos a estufas o ventanas) y con los envases bien cerrados.
- Comprobar si el medicamento necesita conservarse en el frigorífico. En caso afirmativo, póngalo sobre una balda, nunca en contacto con las paredes ni en la puerta.
- En los envases multidosis (jarabes, pomadas, colirios, etc) anote la fecha de apertura del mismo.
- Lávese bien las manos antes y después del uso.

- Colirios, inhaladores, gotas óticas o nasales, por higiene, no deben ser usadas por otros miembros de la familia.
- Consultar con el farmacéutico si observa algún cambio en el aspecto del fármaco.
- Nunca tire los medicamentos a la basura, (se pueden llevar a la farmacia u otro punto de recogida de medicamentos).
- No almacene nunca medicación pediátrica junto a medicación destinada a uso en adultos
- Las pomadas y cremas para magulladuras, gotas nasales y soluciones orales deben ser desechadas una vez transcurrido un mes desde la fecha de apertura inicial, excepto si las recomendaciones del prospecto indican otra fecha.
- Salvo prescripción médica los antidiarreicos, estimulantes del crecimiento, estimulantes del apetito, antigripales y multivitamínicos están desaconsejados en la infancia.
- Colirios y gotas óticas se deben desechar transcurrido un mes desde su apertura.

¿QUÉ MEDICAMENTOS DEBO TENER EN CASA?

- **ANTITÉRMICOS:** se utilizan para bajar la fiebre y son útiles también para tratar el dolor. El de primera elección es el PARACETAMOL y en segundo lugar el IBUPROFENO.
- Si han sido prescritos con anterioridad, no hay que desechar los antitusígenos (para calmar la tos nocturna) ni los antihistamínicos (para urticaria y picores), ya que suelen tener largo periodo de caducidad, y se pueden volver a administrar si de nuevo así se indica.
- Si su hija o hijo padece alguna enfermedad crónica, deberá tener en casa la medicación necesaria prescrita por su pediatra.
- Algún antiséptico para pequeños accidentes domésticos: corte, erosión, pequeña quemadura.

¿QUÉ MEDICAMENTOS NO DEBO CONSERVAR EN CASA?

- Todos los antibióticos: al terminar el periodo del tratamiento deben desecharse (se pueden llevar a la farmacia u otro punto de recogida de medicamentos).
- Los colirios y otros tratamientos tópicos (cremas, lociones...)
- Cualquiera cuya fecha de caducidad haya vencido.

¿CUÁNDO Y CÓMO DEBO USAR UN ANTITÉRMICO?

- No siempre hay que tratar la fiebre. Recuerde que la subida de temperatura indica que su cuerpo está combatiendo la enfermedad. En general, hay que tratar el malestar que genera la fiebre, independientemente del grado de temperatura.
- Existe acuerdo sobre comenzar a tratar la fiebre a partir de 38,9º C (rectal o 38,5º C en axila).

- En caso de padecer alguna enfermedad grave que afecte al corazón, pulmón, bronquios o sistema nervioso, hay que tratar la fiebre de forma más precoz
- Una vez que haya empezado a tratar la fiebre, el objetivo no es normalizar por completo la temperatura corporal. No hay por qué empeñarse en bajarla temperatura por debajo de la considerada normal. Por otro lado, esto sería difícil
- Si la temperatura no es muy elevada (menos de 38,9^o C en el recto) 38,5^o C en axila y la niña o niño no siente mucha incomodidad, pueden aplicarse medidas físicas. En caso de que la fiebre sea persistente, más elevada o produzca sensación de malestar, puede utilizar medicamentos para bajar la fiebre, los llamados antitérmicos: paracetamol es el más aconsejable o ibuprofeno (no en menores de 6 meses).
- Salvo que se lo indiquen, utilice sólo un antitérmico, no los alterne.

¿QUÉ ES IMPORTANTE CONOCER SOBRE LOS ANTIBIÓTICOS?

- Los resfriados, los catarros, gripes y otros procesos virales pueden cursar con fiebre y NO mejoran ni se evita su contagio con el uso de antibióticos.
- Sólo deben emplearse por prescripción de su médico, ante la sospecha o confirmación de una infección bacteriana,
- Administrar un antibiótico a su hija o hijo sin que sea necesario puede ser dañino para su salud y hacer más difícil la curación si adquiere una enfermedad bacteriana que sí requiera su uso.
- Muy importante, cumplir el tratamiento indicado por el médico: duración, frecuencia y dosis aunque los síntomas hayan desaparecido, ya que de lo contrario en otra infección el antibiótico no la curará.
- Compruebe si se deben tomar con o sin comida.

¿QUÉ PASA SI MI HIJO VOMITA TRAS LA TOMA DE LA MEDICACIÓN?

- En estas situaciones no existe una norma general sobre cómo actuar. La absorción del medicamento depende del vaciamiento gástrico, que puede ser variable en función del alimento ingerido y la situación del niño. No obstante se suele aconsejar lo siguiente:
 - a. Si el vómito sucede inmediatamente tras la toma, o antes de los 15 minutos, déle la dosis completa de nuevo.
 - b. Si el vómito sucede media hora o más después de la toma de la medicación, es probable que haya absorbido todo el medicamento. No se lo administre de nuevo, salvo que encuentre la forma farmacéutica entera en el vómito (comprimido, cápsula).
 - c. En situaciones intermedias, cuando haya transcurrido un tiempo de entre 15 y 30 minutos tras la administración del medicamento, se aconseja dar la mitad de la dosis.

- Medicamentos que requieran una dosificación muy precisa como antiepilépticos, inmunosupresores o antiarrítmicos, deberán manejarse con más precaución por lo que su pediatra puede darle instrucciones más específicas.

LOS PROBLEMAS DE SALUD NO SE RESUELVEN SÓLO CON MEDICAMENTOS.

USO RESPONSABLE DE LOS MEDICAMENTOS

ANEXO 2 TABLA DE MEDICAMENTOS QUE PUEDEN CAUSAR LA MUERTE
A UN NIÑO/A DE 10 KG. CON DOSIS PEQUEÑAS

Medicamento (Grupo Terapéutico)	Nombre comercial	Mínima dosis letal	Máxima dosis disponible en España	Número de dosis que pueden causar una muerte
Antidepresivos tricíclicos		(mg/kg)		
Amitriptilina	Tryptizol [®]	15	75 mg	2
Imipramina	Tofranil [®]	15	150	1
Antipsicóticos				
Clorpromazina	Largactil [®]	15	100 mg	1-2
Clozapina	Leponex [®] Nemea [®]	10	100 mg	1
Antagonistas de Calcio				
Nifedipino	Adalat [®] - Genérico	15	60 mg	2-3
Verapamilo	Manidon [®] Tarka [®]	15	240 mg	1-3
Diltiazem	Angiodrox [®] Carrelidon [®] Cardiser [®] Clobendian [®] Cronodine [®] Dilaclan [®] Diltivas [®] Genérico [®] Lacerol [®] Masdil [®] Tilker [®] Dinisor [®]	15	300 mg	1
Antiarrítmicos				
Propranolol	Sumial [®]	Desconocida	160 mg	1-2
Disopiramida	Dicorynan [®]	15	100 mg	1-2
Flecainida	Apocard [®]	25	100 mg	2-3
Alfa2-adrenérgicos				
Clonidina	Catapresan [®]	Desconocida	0.15 mg	1-2
Antidiabéticos				
Glibenclamida	Daonil [®] Glucolon [®] Euclucan [®] Norglicem [®]	<1	5 mg	1
Glipizida	Minodiab [®]	<1	5 mg	1
Opiáceos				
Codeína	Antigripales (varios) Bisoltus [®] Codeisan [®] Histaverin [®] Fludan [®] Notusin [®] Perduretas [®]	7-14	10 mg/5ml (sol.) 50 mg (comp)	35 ml 2-3 comp
Fentanilo	Actiq [®] Abstral [®] Pecfent [®] Effentora Matrifen [®] Durogesic [®] Fendivia [®] Genérico [®]		800 mcg (oral) 100 mcg/h (td)	1
Hidromorfona	Jurnista [®] Palladone [®]		64 mg 5 mg/ml	1 10 ml
Metadona		5	100 mg	1
Morfina	MST [®] Sevredol [®] Oramorph [®] Zomorph [®]		100 mg	1-2
Oxicodona	Oxynorm [®] Oxycotin [®] Targin [®]	Desconocida	80 mg	1

Adaptado de Bar-Oz B, Levichek Z, Koren G. Medications that can be fatal for a toddler with one tablet or teaspoonful: a 2004 update. *Pediatr Drugs* 2004;6:123-6 y Osterhoudt K. The toxic toddler: drugs that can kill in small doses.

ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

Población diana:

Adolescentes de 10-13 años.

Características generales:

La adolescencia es una etapa de crecimiento y transformación, implica importantes cambios desde el punto de vista biológico, psicológico y social para dotar finalmente al adolescente de identidad propia e independencia.

Considerando diferencias individuales, la adolescencia se puede subdividir en tres periodos que abarcan de los 10 a los 21 años:

- 1. Adolescencia temprana:** 10-13 años en mujeres y 10-14 años en varones. Se produce un desarrollo rápido de los caracteres sexuales secundarios; comienza la preocupación por el cambio corporal y la propia imagen. Inicia su independencia personal y se aleja del entorno familiar, adquiere gran importancia el grupo de iguales, comienza el pensamiento abstracto. Es egoísta y narcisista.
- 2. Adolescencia intermedia:** 13-16 años en mujeres y 14-17 en varones. Cambios físicos sustanciales en su forma corporal, culmina prácticamente el crecimiento y la madurez. Aparece el impulso sexual. Pensamiento abstracto más complejo. Introspección. Gran influencia del grupo de iguales. Inicio de la pareja. Convicción acerca de que todo lo pueden, de ahí que aparezcan conductas de riesgo.
- 3. Adolescencia tardía:** 16 a 20 años en mujeres y 17-21 en varones. Crecimiento somático más lento. Se consolida su imagen corporal e identidad sexual. Proyectos. Son capaces de actuar y percibir las complicaciones de sus actos.

Los cambios físicos que acontecen durante la pubertad tienen una amplia variación de la normalidad, es pues necesario conocer estos cambios para poder diferenciar las variaciones normales de las anomalías en el desarrollo puberal.

El adolescente por lo general suele gozar de buena salud. Pueden producirse algunas infecciones respiratorias, traumatismos, acné, etc pero aumenta su exposición a riesgos en su entorno más inmediato, relacionados con conductas sexuales, consumo de drogas, hábitos alimenticios, actividad física y habilidad para afrontar conflictos, entre otros.

Las visitas de salud deben ser aprovechadas por los profesionales no sólo para detectar anomalías físicas (pocas veces el adolescente va a acudir voluntariamente de forma específica a pedir ayuda o consejo) sino también para aconsejar sobre conductas de riesgo, hábitos nocivos, conflictos internos... desarrollando una buena educación para la salud.

Periodicidad:

- En todos las visitas de seguimiento de salud o por cualquier otro motivo, durante el tramo de edades descrito. Debe existir flexibilidad y adaptación a las necesidades individuales, distintos entornos, carga asistencial y organización de las consultas. Es importante facilitar su accesibilidad.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas en diferentes entornos.

Actividades:

- **ACTIVIDAD: ENTREVISTA CON EL O LA ADOLESCENTE.**

- **Herramientas: Entrevista motivacional**

Expresar empatía, reforzar sus deseos y proyectos vitales, desarrollar las discrepancias haciéndole ver sus contradicciones, evitar discusiones-argumentaciones, no etiquetar de entrada con un diagnóstico incierto, invitar a mirar sus problemas desde una perspectiva diferente; y apoyar la autoeficacia: creer en la oportunidad del cambio.

- **Habilidades de la persona entrevistadora**

- Establecer una relación de confianza.
- Mostrar interés y preocupación genuina por la persona, sensibilidad en el trato y actitud de escucha empática.
- Mantener una postura respetuosa y abierta pero sin identificarse con el paciente. Adoptar una posición neutral, escuchando y aconsejando sin juzgar. Desarrollar el rol de profesional y no de amistad.
- Escuchar sin prejuicios, considerar sus comentarios, para hacerle sentir como una persona madura. Criticar la actividad, no a la persona del adolescente
- Felicitar siempre por las conductas saludables, como actividades deportivas, no consumir tóxicos,...
- Prestar atención a la comunicación no verbal
- Conocer las patologías de este periodo
- Asegurar confidencialidad, desde el punto de vista ético y legal el profesional tiene el deber de guardar el secreto de la información escuchada, y sólo en el caso de que suponga un peligro grave para la vida o salud del joven o parar terceras personas, la confidencialidad profesional podrá ser quebrantada.

- Tener en cuenta que en ocasiones la atención al adolescente precisa de un enfoque multidisciplinar por la complejidad de sus problemas
 - Proporcionar información clara y colaborar en la búsqueda de alternativas. Destacar las incongruencias si las hay y esperar a que él o ella emita sus propias decisiones
- **Duración de la consulta**
- Duración de la primera consulta alrededor de 30-45 minutos
 - Las consultas de seguimiento duran unos 15 minutos. Si se utiliza cuestionario se citará 15 minutos antes
 - Disponer de tiempo y de un espacio adecuado
- **Metodología de entrevista**
- Se puede iniciar la conversación hablando sobre temas informales y cercanos, como amistades, aficiones, deportes, etc
 - Incluir en la entrevista preguntas no relacionadas directamente sobre temas médicos.
 - Ofrecer una entrevista personal, a solas, invitando a la familia o acompañantes a que esperen fuera.
 - Plantear el motivo de consulta y los problemas que realmente le preocupan. En la práctica pueden ser muy diferentes a los planteados por los progenitores, o incluso por el que ha venido a la consulta.
 - No tomar notas u ordenar papeles, puede dar la sensación de desinterés.
 - Hacer preguntas sencillas y abiertas (¿que opinas sobre las drogas? en lugar de ¿tomas drogas?)
 - Dejar que exprese sus ideas y evitar emitir juicios de valor
 - Valorar si hay hostilidad, en ese caso cambiar a un tema diferente y pasar a la exploración, no caer en provocaciones
 - Tener presente que nos podemos encontrar con situaciones complicadas y difíciles, suelen ser poco comunicativos, huraños y hostiles. El profesional no es el motivo de su rabia, pero debe ser capaz de identificarla para poder ofrecerle la ayuda necesaria.

○ **Contenidos a recoger en la anamnesis**

Es útil tener un guión sobre lo que queremos saber, para ello nos sirve el acrónimo que propone el Dr. García Tomel: F.A.C.T.O.R.E.S.

- **Familia:** relación con progenitores, hermanos, satisfacción,..
- **Amistades:** relaciones, actividades..
- **Colegio-trabajo:** rendimiento, satisfacción...
- **Tóxicos:** tabaco, alcohol, drogas,..
- **Objetivos:** estudio, trabajo, familia, ideales...
- **Riesgos:** moto, coches, entorno hostil, abusos,...
- **Estima:** autoestima
- **Sexualidad:** información, identidad, precauciones, historia ginecológica y sexual.

Otro acrónimo propuesto por la Academia Americana de Pediatría: HEADSS (hogar, educación, actividades, drogas, sexualidad, suicidio, seguridad) también puede servirnos de ayuda.

● **ACTIVIDAD: SUPERVISIÓN DE LA SALUD EN LA ADOLESCENCIA**

- **Se recomiendan como mínimo tres visitas:** 12-14 años; 15-17 años; 18-21 años complementarias y realizadas y por los diferentes profesionales referentes (pediatra, enfermera, médico de familia, trabajador social)
- **Finalidad de los controles de salud (Anexo 1):**
 - Detección de factores de riesgo físicos, psíquicos y sociales
 - Detección de problemas de salud a través de la exploración y cribado de patologías prevalentes.
 - Valoración de la Salud emocional.
 - Completar y continuar calendario vacunal.
 - Educación sanitaria hacia los padres y adolescentes.
 - Conocimiento de factores de riesgo y protectores por parte de los padres o tutores
 - Valorar la dinámica familiar y el ciclo vital de la familia (Anexo 2)

○ Herramientas

▪ **Evaluar factores protectores:**

(ANEXOS consultar página web de sociedad española de medicina de la adolescencia de la A.E.P www.adolescenciasema.org / profesionales/algoritmos/resiliencia)

- Familia.
- Buena salud física, mental, actitud positiva, conducta sexual responsable, vínculos sólidos familiares.
- Sociedad: Acceso a sistema educativo, vivienda digna, seguridad en el entorno,...
- Resiliencia: capacidad de la persona que, expuesta a una situación de riesgo, no recaer gracias a factores protectores

▪ **Evaluar factores de riesgo:** (ANEXOS consultar página web de sociedad española de medicina de la adolescencia de la A.E.P www.adolescenciasema.org (profesionales/algoritmos/seguridad y suicidio)

▪ **Anamnesis**

- Problemas escolares, tóxicos, drogas, sexualidad, conflictos familiares...
- Disrupción familiar, separación traumática, aislamiento,...
- Estudios, grupos o bandas..

▪ **Cuestionarios:**

Los cuestionarios pueden facilitar la comunicación sobre temas concretos y evaluar determinados hábitos y conductas, aunque no deben sustituir la entrevista clínica, en cualquier caso deben tener una formulación sencilla (CAGE, AUDIT, CRAFFT, EAT,..) y de comprensión fácil, su cumplimentación se realizará sin la presencia de los padres.

▪ **Exploración física:**

- Respetar su privacidad y evitar interrupciones (habitación aislada, biombo,...)
- Explicar en qué consiste la exploración.
- La presencia de familiares o personal auxiliar dependerá de la edad, sexo y circunstancias, puede decidirlo el adolescente.

● **ACTIVIDAD: VALORACIÓN DEL CONTROL DE SALUD**

- Comentar los hallazgos.
- Responder a preguntas, preocupaciones y dudas.
- Toda la información revelada debe ser previamente acordada con el paciente para garantizar su intimidad.
- Si descubrimos conductas de riesgo animarle a que verbalice sus motivos mostrándole información para estimular su conciencia sobre los riesgos “a corto plazo”, y la capacidad para tomar medidas.

Herramientas:

- Recomendaciones y consejos pertinentes con el/la adolescente.
- Educación sanitaria.
- Informar de páginas webs con información específicas para adolescentes ejemplo: de la sociedad española de medicina de la adolescencia de la A.E.P www.adolescenciasema.org (publicaciones para adolescentes, sección específica para adolescentes y otros enlaces de interés)
- Negociar cambio comenzando por modificaciones leves consensuadas.
- Solicitar análisis o derivaciones oportunas.
- Contactar con el colegio o instituto si fuera necesario.
- Invitar a los padres o acompañante, para hablar del problema de salud si el adolescente lo desea.
- Hacer responsable al paciente y a la familia.
- Felicitar al paciente y sus padres por los logros y esfuerzos

• **ACTIVIDAD: TOMA DE DECISIONES DEL/LA ADOLESCENTE**

- Se debe implicar a los padres y las madres en la toma de decisiones importantes, pero en adolescentes maduros hay que tener en cuenta la opinión del propio interesado (Ley orgánica 1/96 de protección jurídica del Menor) y su madurez (capacidad) (Anexo 3)
- Por encima de los 16 años la presunción inicial debe ser la capacidad del menor para decidir y por debajo de los 12 no se considera maduro.
- Entre los 12 y 15 años se debe valorar cada caso de forma específica, valorando su capacidad en cada uno de los procesos en los que se vea implicado, siendo el equipo sanitario el responsable de decidir si el consentimiento del menor es válido o se precisa la autorización de algún representante legal.
- Toda relación sexual en menores de 13 años, aunque sea consentida se considera abuso sexual y hay que denunciarlo.
- En temas relacionados con interrupción del embarazo, ensayos clínicos o reproducción asistida se tendrá en cuenta la mayoría de edad.
- En algunas situaciones, para preservar la confidencialidad del adolescente no será posible contar con la opinión de padres y madres.
- En conflictos de gran trascendencia en que se produce una disparidad de opinión entre adolescente y sus padres, se deberá solicitar el asesoramiento del Comité de ética del centro sanitario o en última instancia el juez.

Herramientas:

- Criterios generales para valorar la capacidad del adolescente (Anexo 4)
- Valoración de la capacidad en función de la edad según la ley de autonomía (Anexo 5)
- Escala móvil de capacidad de JF Drane (Anexo 6)

ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

ANEXO 1

HISTORIA CLÍNICA

<p>Fecha</p> <p>Nombre</p> <p>Edad</p> <p>Fecha de nacimiento</p>	
PROBLEMA ACTUAL	
HISTORIA CLÍNICA HASTA LA ACTUALIDAD	<ul style="list-style-type: none"> • P. neonatal • Hospitalizaciones, cirugías • Medicaciones, alergias • Enfermedades y problemas anteriores. • Vacunas. • Hábitos: tabaco, alcohol, drogas,.. • Nutrición (dietas, restricciones, hábitos) • Actividad física, deporte • Sueño • Historia ginecológica: menarquia, reglas (duración, regularidad, fecha última regla, dismenorrea, anticoncepción) • Actividad Sexual: Embarazo, hijos, ITS, abuso, homosexualidad,..
HISTORIA FAMILIAR	<ul style="list-style-type: none"> • Composición de la familia, profesión de los padres, problemas médicos en la familia • Genograma y Etapa del CICLO VITAL FAMILIAR
HISTORIA PSICOSOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Rendimiento escolar, relación con compañeros, aficiones, autoestima, ideas de suicidio, problemas legales..
EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> • General y por órganos y aparatos

Tabla elaboración propia

ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

ANEXO 2

ETAPAS DEL CICLO VITAL FAMILIAR (CVF)

ETAPA	Desde	Hasta
I Formación	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
II A.- Extensión	Nacimiento del primer hijo	Primer hijo tiene 11 años
II B.-Extensión	Primer hijo tiene 11 años	Nacimiento del último hijo
III: Final de la Extensión	Nacimiento del último hijo	Primer hijo abandona el hogar
IV: Contracción	Primer hijo abandona el hogar	Último hijo abandona el hogar
V: Final de la Contracción	Último hijo abandona el hogar	Muere el primer cónyuge
VI: Disolución	Muere el primer cónyuge (extinción)	Muerte del cónyuge superviviente

Clasificación de la OMS del Ciclo vital familiar modificado (fuente de la Revilla)

Nota: no siempre el CVF sigue la misma secuencia, sino que a veces por motivos socioeconómicos, demográficos, o intrafamiliares el ciclo se modifica, altera o interrumpe es decir hay modificaciones DEL CICLO FAMILIAR (ej: parejas sin hijos, familias monoparentales , familias reconstituidas o retraso del abandono de los hijos) , su conocimiento tiene gran importancia porque lleva aparejada cambios en la dinámica familiar y pueden contribuir a la aparición de disfunciones familiares

ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

ANEXO 3 DERECHO A LA INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

REFERENTES NORMATIVOS en la atención al menor	
Código Civil (CC)	Sus artículos sobre patria potestad y representación legal de los hijos (artículos 154-163)
Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente Artículo 9 "límites del consentimiento informado y consentimiento por representación"	<p>Establece la mayoría de edad sanitaria a los 16 años con algunas excepciones</p> <p>CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN (representante legal)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menor de edad que no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención • Después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. <p>NO CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados • O menores con dieciséis años cumplidos <p>Cuando se trate de, sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente".</p>
Ley Orgánica 1/1996	En su artículo segundo dice que se prima el interés superior del menor sobre cualquier otro interés legítimo

Tabla elaboración propia

Excepciones al consentimiento de los padres (*y/o de los menores):

- El menor maduro, o competente, o capaz.
- El menor emancipado.
- El tratamiento de urgencia (*)
- Tratamiento ordenado por un tribunal sin consentimiento de los padres (*)

ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

ANEXO 4

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD

Evaluar la capacidad de decisión de un menor es un requisito indispensable durante la adolescencia, y de esa evaluación van a derivarse consecuencias clínicas, éticas y legales.

1. Susceptibilidad de ser informado: que el adolescente pueda

- Recibir y comprender la información
- Reconocer la información como relevante
- Recordar la información

2. Capacidades cognitivas y afectivas: que el adolescente pueda

- Autoreferenciar los acontecimientos que le suceden
- Razonar adecuadamente sobre las alternativas y sus consecuencias comparando riesgos y beneficios
- Jerarquizar las alternativas

3. Toma de decisiones: que el adolescente pueda

- Seleccionar una de las opciones posibles y comunicarla
- Expresar, hacerse cargo y reafirmarse en la decisión tomada

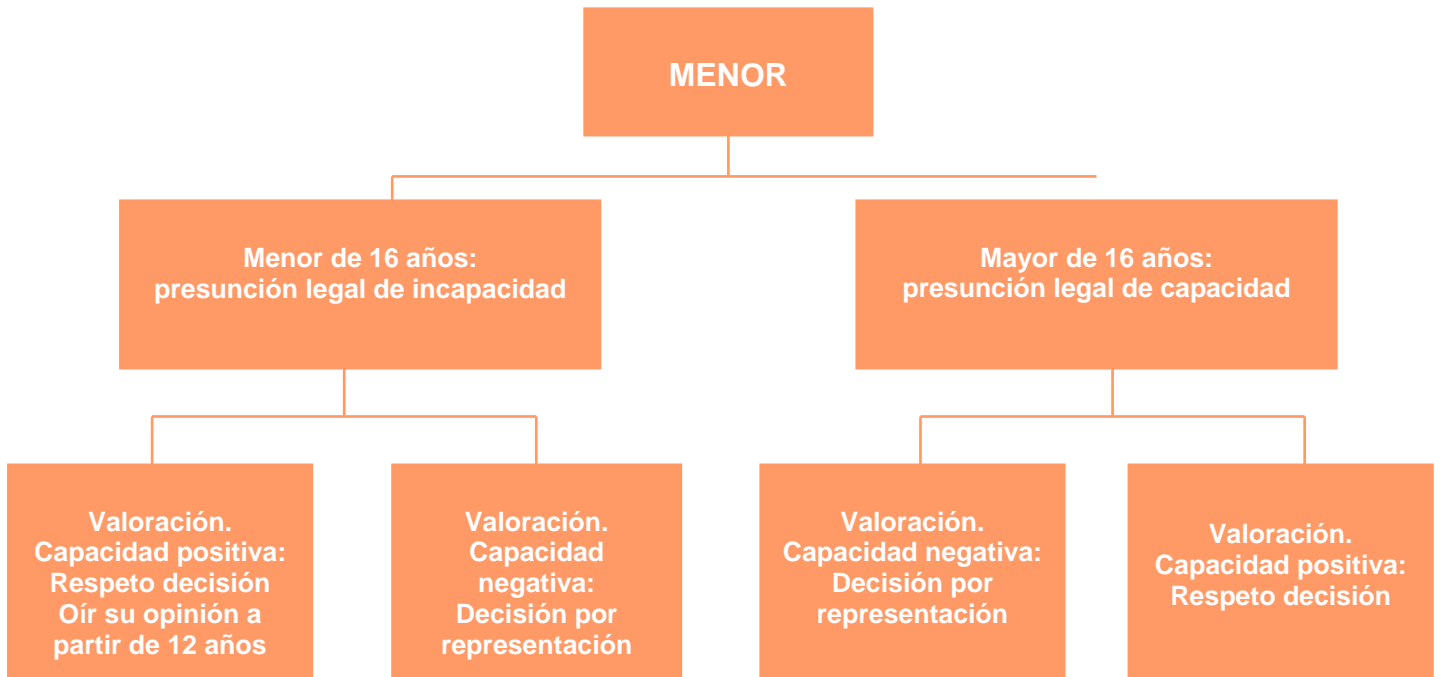
4. Revisión crítica del proceso de revisión:

- Una vez tomada la decisión, que el adolescente pueda razonar y discutir y contar a otro como y porqué ha tomado esa decisión

ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

ANEXO 5

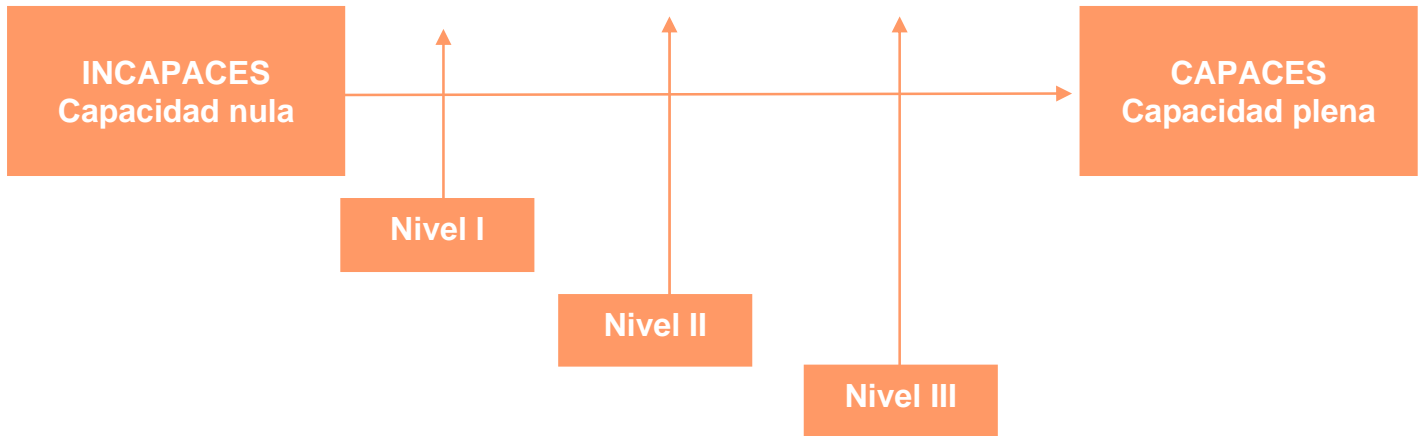
VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD EN FUNCIÓN DE LA EDAD
SEGÚN LA LEY DE AUTONOMÍA



ATENCIÓN AL ADOLESCENTE

ANEXO 6

ESCALA MÓVIL DE CAPACIDAD DE JF DRANE



Nivel I: capacidad requerida baja (conocer y asentir)

Nivel II: capacidad requerida intermedia (comprender y elegir)

Nivel III: capacidad requerida alta (apreciar y decidir plenamente)

SEXUALIDAD, SALUD AFECTIVO-SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia y la juventud constituyen un periodo de grandes cambios en el crecimiento, en la vida familiar, en los estudios o en el trabajo. La propia persona y el entorno cambian profundamente y muy deprisa. Estos cambios, junto con las decisiones relacionales y vocacionales que tienen que tomar acaban adquiriendo una importancia decisiva en sus vidas.

Población Diana:

- Todos los adolescentes de 10 a 18 años, familiares y educadores.
- Se debe identificar a los adolescentes que se encuentren en situaciones de riesgo:
 - De los 10 a los 14 años.
 - Bajo nivel socioeconómico y cultural.
 - Inicio precoz de la actividad sexual (<16 años).
 - No uso de métodos anticonceptivos que protejan contra el embarazo e infecciones de transmisión sexual (ITS).
 - Hermanas adolescentes embarazadas o que son madres.
 - Absentismo escolar o problemas escolares frecuentes.
 - Residentes en áreas de riesgo con aumento de la violencia.
 - Familias desestructuradas.
 - Sufriendo o en riesgo de sufrir violencia doméstica.
 - Haberse realizado test de embarazo previamente.
- Situaciones de alto riesgo:
 - ITS.
 - Embarazo precoz no deseado.
 - Uso/abuso de sustancias.
 - Abuso sexual previo.

- Trastornos mentales.
- Solicitar anticoncepción de emergencia de forma repetida.

Periodicidad:

- En las visitas de seguimiento del programa de salud infantil a partir de los 10 años.
- En consultas a demanda específicas.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas.

Entorno sanitario: Controles anuales de salud en los adolescentes, aprovechando para promocionar la salud sexual y reproductiva en cualquier consulta durante la adolescencia y cuando se demande información.

Entorno Escolar: Seguimiento del Programa “Forma Joven”, durante el desarrollo del curso escolar y en cualquier contacto con el adolescente que lo propicie.

• ACTIVIDAD: EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL

○ Educar en sexualidad en consulta de Atención Primaria:

- Sexualidad no es sinónimo de coito o actividad coital.
- Fomentar una visión positiva de la sexualidad, y una comunicación clara en las relaciones interpersonales.
- Esclarecer dudas y estimular la participación con preguntas facilitadoras. Facilitar canales de comunicación entre padres e hijos.
- Abrir un espacio que les permita cuestionarse su propia sexualidad y abordar sus angustias.
- Desarrollar la responsabilidad del joven y hacerle reflexionar sobre sus propios conceptos y valores.
- No transmitir al adolescente los propios prejuicios y preferencias.
- Estimular el autocuidado y la preservación de salud. Intentar compatibilizar diversión y salud.

○ Educar en medio escolar: Programa Forma Joven (Anexo I)

A lo largo de la pubertad y de la adolescencia el alumnado debe ir adquiriendo una serie de capacidades en torno al desarrollo afectivo-sexual que contribuyan a la consecución de las finalidades educativas que se pretenden en la educación secundaria: el desarrollo integral de la persona en los planos intelectual, motor, de equilibrio personal y afectivo, de relación interpersonal y de actuación e inserción social.

○ Educar a nivel comunitario: ayuntamientos y asociaciones.

○ **Herramientas o recursos:**

A nivel de las escuelas y la comunidad:

- Iniciar educación a edad temprana. Utilizar métodos interactivos y nuevas tecnologías (Internet) antes de que comiencen las relaciones sexuales.
- Crear grupos educativos de adolescentes para realizar campañas preventivas de ITS, embarazo precoz y no deseado. Capacitar a estudiantes voluntarios como agentes de promoción de la salud.
- Potenciar el trabajo conjunto entre los centros educativos y los diferentes dispositivos asistenciales y de salud pública que integran el sistema sanitario.

Edición y distribución de material didáctico (trípticos) tanto para el medio escolar como para fuera de él (familias y población general):

- Sexualidad.
- Interrupción voluntaria del embarazo.
- Prevención de ITS.
- Agresiones y abuso sexual.
- Anticoncepción.
- Dispositivos de atención sanitaria y comunitaria para jóvenes.

Valorar la existencia de un teléfono y/o correo electrónico de información y asesoramiento accesible para jóvenes, gratuito, específico y atendido por personal experto. Valorar crear una página web institucional, y disponer de horas específicas en los centros de salud para atender a los jóvenes.

Trabajar para efectuar cambios en los pensamientos y actitudes de la sociedad como:

- Negar la sexualidad de los jóvenes y reprimir las manifestaciones de sexualidad.
- Desmitificar las ITS. Pensar que el VIH ha desaparecido.
- Evitar creencias como que los condones quitan placer y que la píldora engorda.

● **ACTIVIDAD: PREVENCIÓN DE ITS**

○ **Identificar situaciones de riesgo:**

- Coito con un nuevo compañero en los últimos dos meses.
- Más de dos compañeros sexuales en los últimos 12 meses.
- No usar preservativo en todas las relaciones sexuales que impliquen relación coital.
- Contacto sexual con persona con ITS o antecedentes de haberla tenido.

- Usuario de drogas inyectables.
- Hombres que tienen sexo con hombres.
- “Sexo como forma de supervivencia” (tener contacto a cambio de dinero, drogas, refugio o alimento).
- Una ITS en lactantes o niños orienta hacia un posible abuso sexual. En este caso antes de iniciar el tratamiento se recomienda utilizar una prueba diagnóstica de alta especificidad dadas las repercusiones legales.
- **Informar sobre la sintomatología que puede alertar sobre la presencia de una ITS:**
 - Escozor o picor genital.
 - Secreción vaginal o uretral distinta a la habitual, con o sin mal olor.
 - Sangrado por la vagina sin tratarse de la menstruación o tras la relación sexual.
 - Úlceras, ronchas, verrugas o ampollas cerca de los genitales, ano o boca.
 - Inflamación de uno o más ganglios cercanos a la úlcera.
 - Dolor en la zona de la pelvis, o en los testículos.
 - Ardor y dolor al orinar o defecar.
 - Dolor en la vagina durante las relaciones sexuales, de aparición repentina.
- **Herramientas:**

Recomendaciones durante la visita:

 - Screening de *Chlamydia* en mujeres sexualmente activas. En la adolescencia la evidencia es insuficiente para realizarlo de forma rutinaria y solo se debe realizar en casos de sospecha de ITS para evitar complicaciones posteriores, como enfermedad pélvica inflamatoria, infertilidad y riesgo aumentado para la infección por VIH. Si Existe evidencia del beneficio del mismo y es por tanto una prioridad realizarlo en mujeres sexualmente activas mayores de 25 años.
 - Cribado de cáncer cervicouterino (test de Papanicolaou). El cáncer cérvico uterino en adolescentes es muy infrecuente, por lo que no existe evidencia que recomiende el cribado en este periodo de edad. Se informara a las menores adolescentes para que en él futuro se incorporen al programa de cribado de cáncer uterino.
 - En los sexualmente activos con historia de varios compañeros se recomienda screening anual de VIH. Debe ser confidencial y se debe solicitar el consentimiento al adolescente.

- Recordar el VHB como ITS. Todos los adolescentes deben recibir la vacuna contra el VHB, si no han sido vacunados en etapas previas de la niñez.
- Campañas de vacunación del Virus de Papiloma Humano en niñas y adolescentes antes de que inicien la actividad sexual (9-14 años). Se disponen de dos vacunas:
 - Gardasil® que incluye los tipos 6, 11, 16 y 18, se administra en tres dosis intramusculares a los 0, 2 y 6 meses a niñas de 11-12 años.
 - Cervarix® que incluye los tipos 16 y 18, se administra en tres dosis intramusculares a los 0, 1 y 6 meses.

• ACTIVIDAD: PREVENCIÓN DE EMBARAZO EN ADOLESCENTES

- o Educación afectivo-sexual en casa, escuela y centro de salud
- o Información de temas de interés para adolescentes, resolver dudas y facilitar soluciones
- o Colaborar con centros escolares en atención a adolescentes
- o Herramientas:

Consulta de Planificación e información sobre Anticoncepción:

- Para escoger un método anticonceptivo tener en cuenta la edad del adolescente, paridad, edad de inicio, número y grado de involucración del compañero sexual, el contexto social, familiar y religioso.
- Informar y entregar= material escrito sobre métodos anticonceptivos, prevención de ITS y funcionamiento de los órganos reproductores, dándole el derecho a decidir.
- Proporcionar preservativos masculinos y/o femeninos de manera gratuita.
- Intentar que el compañero participe en la elección del método anticonceptivo, lo que potencia la madurez, divide responsabilidades y evita posturas individualistas.
- Fomentar que los progenitores tomen conciencia de la vida sexual de sus hijos e hijas. Cuando esto no ocurre los adolescentes intentan esconder el método anticonceptivo aumentando la irregularidad en su uso.
- Prescribir anticoncepción de emergencia e informar sobre métodos anticonceptivos.
- Cuatro categorías de anticonceptivos para los adolescentes:
 - Recomendables: preservativos, anillo vaginal y anticonceptivos orales.
 - Aceptables: diafragma, esponjas, espermicidas y anticonceptivos inyectables.

- Poco aceptables: anticoncepción quirúrgica y métodos naturales.
- De urgencia: anticoncepción postcoital.

- **ACTIVIDADES GRUPALES Y COMUNITARIAS: FORMA JOVEN**
www.formajoven.org
-

- **ACTIVIDAD: GESTACIÓN DURANTE LA ADOLESCENCIA**
-

- **Adolescente que quiere quedarse embarazada**

En una sociedad de multiculturalidad y diferentes creencias, es posible encontrar una adolescente que expresa su deseo de quedarse embarazada, en estas circunstancias se debe apoyar a la adolescente durante todo el proceso. Sin embargo la gestación en edades inferiores a los 18-20 años, significativamente cuanto menor sea la adolescente, puede suponer un riesgo para la mujer y para el recién nacido.

Respecto a grupos étnico-culturales donde la maternidad temprana está especialmente valorada, además del objetivo expuesto en el párrafo anterior, se debe estar alerta ante posibles situaciones de riesgo de las adolescentes que pudieran encubrir otras de abuso, desigualdad en la pareja, matrimonio forzado, violencia doméstica, etc.

Actividades:

- Valorar su madurez.
- Respetar creencias, cultura y tradiciones.
- Valorar su red de apoyo.
- Consejo pregestacional y Prevención de enfermedades congénitas.
 - Informar a aquellas adolescentes, que quieren quedarse embarazadas, de los riesgos que puede conllevar para su salud una gestación a estas edades.
 - Informar a todas las mujeres en edad de procrear (a partir de los 13 años) sobre el efecto de los distintos teratógenos en las etapas tempranas de la gestación, que actúan frecuentemente antes de que se diagnostique el embarazo.
 - Asesorar sobre los cuidados de una mujer gestante y animarlas a realizar una visita médica previa.
- Derivación a consulta de la embarazada.
- Incentivar la participación de la pareja en los controles prenatales.

- Apoyo a las adolescentes embarazadas y sus parejas capacitándoles para desempeñar su función de padres y madres.
- Dar formación en puericultura.
- Coordinación con Atención Especializada.
- Contactar con la Unidad de Trabajo Social Sanitaria: Valoración de la red de apoyo sociofamiliar y las posibles situaciones de riesgo.
 - Seguimiento de casos específicos.
 - Visitas domiciliarias.
 - Promover y asesorar la red de apoyo de los adolescentes: orientar a los familiares para apoyarlos en lugar de para desempeñar sus funciones

○ **Adolescente embarazada**

- Valoración individualizada de cada caso por equipo interdisciplinar.
- Valoración psicológica. Valoración de la madurez.
- Informar a la adolescente sobre el riesgo que comporta su embarazo y proponerle las alternativas existentes, entre otras, la interrupción de su gestación.
- Respetar la decisión de la menor acerca del seguimiento o no de su embarazo.
- Contactar con Unidad de Trabajo Social Sanitaria.
- Si decide seguir con el embarazo (actuar como en el punto anterior)
- Educar para prevenir un segundo embarazo.

○ **Herramientas:**

- Legislación sobre la interrupción voluntaria de embarazo (Anexo II)
- Proceso Embarazo, Parto y Puerperio.
- Consulta de planificación familiar.
- Instituciones y Asociaciones de apoyo a embarazadas.

● **ACTIVIDAD: ATENCIÓN A LA ORIENTACIÓN Y DIVERSIDAD SEXUAL.**

- Estos/as adolescentes suelen pasar por una fase de confusión, ansiedad, incertidumbre y soledad. Los prejuicios y la discriminación pueden inhibirlos a expresarse.

- Tener en cuenta que son un grupo especialmente vulnerable y con dificultades para usar métodos de protección durante la actividad sexual.
- Prestar atención a la reacción de la familia y las tensiones que se pueden crear alrededor de los/as adolescentes. El objetivo es disminuir las tensiones y culpas, fomentando la aproximación y comunicación.
- Los profesionales pueden orientar durante el proceso de definición de la orientación sexual.
- La sexualidad es dinámica y se modifica en cada etapa del desarrollo, se confirma a lo largo del tiempo mediante la permanencia del interés único por el mismo sexo.

• ACTIVIDAD: PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA ADOLESCENCIA

Diferentes estudios descriptivos con adolescentes y jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y 19 años, revelan que las creencias y roles sociales presentes en la juventud, dan origen, perpetúan y justifican la violencia de género.

Es preciso que se desarrollen actividades de prevención de la violencia de género que modifiquen las estructuras cognitivas que sustentan este tipo de violencia aprovechando la consulta a demanda y la entrevista con el/la adolescente.

- Fomentar en las familias la responsabilidad compartida en el cuidado y crianza de los hijos y transmitir modelos más equitativos de pareja.
- Fomentar relaciones vinculares seguras.
- Fomentar la creación de relaciones humanas saludables, igualitarias, recíprocas y no violentas.
- Concienciar a los profesionales, padres y tutores de que la violencia de género está ya presente en las relaciones entre adolescentes.
- Preguntar a los/as adolescentes por sus relaciones (en esta etapa los sentimientos son extremos e intensos). Aprovechar la oportunidad para dar información.
- Identificar relaciones de poder entre adolescentes (hombre protector y mujer desvalida que necesita protección)
- Informar acerca del fenómeno de la violencia de género, identificación y desmitificación de roles a nivel individual y del grupo social.
- Ayudar a los/as adolescentes a identificar las conductas de abuso psicológico y explicar los daños psicológicos que estas conductas producen en la víctima

- Control del tiempo, del dinero, de la ropa, de las amistades, proyectos, actividades.
- Coacción, chantaje y amenazas, insultar y zarandear a la pareja.
- Identificación y seguimiento cercano de situaciones de riesgo (ANEXO III)
- Orientación para la prevención:
 - Habilidades sociales y Educación emocional.
 - Autoconcepto.
 - Asertividad.
 - Resolución de conflictos.
 - Educación para la salud.
- o **Herramientas:**
 - Consulta a demanda.
 - Entrevista con el adolescente.
 - Guías anticipatorias para progenitores y adolescentes.
 - Talleres de Formación en Educación Afectivo-sexual.
 - Forma Joven.
 - Asociaciones de apoyo a víctimas de violencia de Género: IAM; ADAVAS.
 - Teléfonos de Atención a las Víctimas de violencia de Género.

SEXUALIDAD, SALUD AFECTIVO-SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN LA ADOLESCENCIA

ANEXO 1

OBJETIVOS Y CONTENIDOS DE LA EDUCACIÓN AFECTIVO-SEXUAL
EN SECUNDARIA. "Programa Forma Joven" www.formajoven.org

<p>OBJETIVO GENERAL</p>	<p>Que el propio alumnado se asuma positivamente como ser sexuado, viva su sexualidad de manera placentera y saludable y establezca relaciones interpersonales gratificantes y no discriminatorias</p>
<p>DESARROLLO DE LAS SIGUIENTES CAPACIDADES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizar críticamente los conocimientos en torno al hecho sexual humano a nivel biológico, psíquico y social con el fin de sustituir las concepciones basadas en prejuicios y creencias infundadas por conocimientos rigurosos. - Asumir actitudes de naturalidad ante la sexualidad, entendiendo esta como forma de comunicación humana y fuente de salud, placer, afectividad y, cuando se desea, de reproducción - Desarrollar y aplicar estrategias personales y colectivas, así como pautas de actuación propias de investigación científica y social, en el análisis y resolución de problemas que se les presenten en su vida en torno a la sexualidad. - Desarrollar la autoestima, asumiendo una identidad sexual libre de elementos discriminatorios de género y adquiriendo las habilidades necesarias que les permitan vivir su propia vida sexual de forma sana y responsable - Comprender y expresar mensajes en relación con el hecho sexual humano, incorporando un vocabulario preciso y no discriminatorio, que favorezca el dialogo sobre temas sexuales, en el interior del grupo de iguales y con las personas adultas. - Asumir una ética para las relaciones interpersonales adoptando actitudes de igualdad, respeto y responsabilidad en sus relaciones
<p>ÁREAS DE APRENDIZAJE</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ÁREA DE LOS CONOCIMIENTOS <ul style="list-style-type: none"> ○ Concepto de sexualidad ○ El cuerpo sexuado. Anatomía y fisiología. ○ Desarrollo sexual: cambios físicos y emocionales en la pubertad. ○ Sexualidad humana: Afectos sexuales, deseo, atracción y enamoramiento. ○ Fecundación, embarazo y parto ○ Riesgos asociados a la práctica sexual. ○ Métodos anticonceptivos ○ Orientación sexual y rol de género - ÁREA DE LOS VALORES Y ACTITUDES <ul style="list-style-type: none"> ○ Concepción positiva del mundo y del ser humano, de la sexualidad y de los vínculos

afectivos.

- Valor de la tolerancia y el respeto a la diferencia.
- Criterios para una ética de las relaciones interpersonales
 - Igualdad entre los sexos
 - Sinceridad interpersonal.
 - Placer, ternura, comunicación y afectos compartidos
 - Responsabilidad compartida.
 - Apuesta por el valor de los vínculos afectivos.

- **ÁREA DE LAS HABILIDADES SOCIALES**

- Desarrollo de la empatía
- Desarrollo de las habilidades sociales e interpersonales
- Resolución de conflictos y toma de decisiones

- **DESARROLLO DE DETERMINADOS FACTORES DE PERSONALIDAD**

- La autoestima. Nadie puede relacionarse satisfactoriamente con otras personas si no se acepta a sí mismo de forma positiva y se siente digno de ser querido y capaz de querer.
- La autoeficacia. Ser capaz de llevar a cabo conductas interpersonales y saber anticipar sus consecuencias, positivas y negativas, favoreciendo el desarrollo afectivo y sexual.
- Control interno. Asumir internamente la responsabilidad de lo que nos sucede es una variable que facilita las relaciones interpersonales y el desarrollo de conductas saludables.

- **OPTIMIZACIÓN DE DETERMINADOS MEDIADORES AFECTIVOS.**

- La seguridad emocional. Hace referencia a la necesidad de sentirnos seguros y protegidos por otras personas que percibimos que son incondicionales. Son las llamadas figuras de apego.
- Apoyo social. Todas las personas necesitamos contar con una red de apoyo social más amplia que la propia comunicación familiar.
- Intimidad. Necesidad que tenemos de comunicar y compartir nuestro cuerpo, nuestros sentimientos y de establecer vínculos afectivos estrechos.

Tabla Elaboración propia. Fuente: Programa Forma Joven. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía

SEXUALIDAD, SALUD AFECTIVO-SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ADOLESCENCIA

ANEXO 2

Ley orgánica 2/2010. “Ley de Salud Sexual y Reproductiva de la Interrupción voluntaria del Embarazo”

La “Ley de Salud Sexual y Reproductiva de la Interrupción voluntaria del Embarazo” (Ley orgánica 2/2010) establece en el artículo 13.4: “En el caso de las mujeres de 16 y 17 años, el consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo les corresponde exclusivamente a ellas de acuerdo con el régimen general aplicable a las mujeres mayores de edad. Al menos uno de los representantes legales, padre o madre, personas con patria potestad o tutores de las mujeres comprendidas en esas edades deberá ser informado de la decisión de la mujer. Se prescindirá de esta información cuando la menor alegue fundadamente que esto le provocará un conflicto grave, manifestado en el peligro cierto de violencia intrafamiliar, amenazas, coacciones, malos tratos, o se produzca una situación de desarraigo o desamparo”.

SEXUALIDAD, SALUD AFECTIVO-SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN LA ADOLESCENCIA

ANEXO 3

FACTORES DE RIESGO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

<p>INDIVIDUALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Para cometer Actos Violentos <ul style="list-style-type: none"> a. Modelos agresivos en su niñez b. Agresión en las relaciones interparentales c. Actitudes que justifican la violencia o la aceptan d. Personalidad violenta: irascible o colérica e. Bajo nivel de autoestima f. Actitudes negativas o patriarcales hacia las mujeres g. Consumo de alcohol, drogas - Para ser Víctimas (aunque cualquier mujer puede serlo): <ul style="list-style-type: none"> a. Consumo de alcohol, drogas b. Sentimientos de desesperanza c. Baja autoestima d. Inicio temprano de relaciones sexuales e. Conductas sexuales de riesgo f. Formas de control de peso no saludables g. Embarazo h. Dependencia emocional
<p>RELACIONALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intento de controlar a la víctima - Gran número de relaciones conflictivas (agresor) - Relaciones de pareja numerosas (víctima) - Relaciones estresantes - Consumo de alcohol, drogas y conductas desinhibitorias
<p>COMUNITARIOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pobreza - Familias disruptivas

	<ul style="list-style-type: none">- Bajo nivel de participación comunitario- Exposición a la violencia
ENTRE GRUPO DE IGUALES	<ul style="list-style-type: none">- Amigos que han sufrido violencia de pareja- Relaciones violentas entre iguales- Tendencia a agredir a los iguales

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

El mejor tratamiento para el abuso de sustancias es la promoción para la salud y la prevención en los diferentes entornos, sociales, familiares y escolares.

Los índices de prevalencia del consumo de sustancias legales e ilegales, así como la percepción de los adolescentes ante esta realidad (fácil disponibilidad incluso para sustancias ilegales y buena información acerca de los efectos y problemas que pueden ocasionar las drogas) hace necesario la implementación de programas preventivos eficaces (anexo 1, principios de la prevención en drogodependencias del National Institute on Drug Abuse, NIDA,)

Las intervenciones que tienen más éxito son las que se realizan de forma continuada y en las que se implican todos los profesionales y el entorno. Es necesario analizar las situaciones y factores de riesgo, y promocionar los factores de protección, estos últimos amortiguan o reducen la influencia de los factores de riesgo, por tanto la clave está en la presencia o ausencia de factores protectores en el individuo y sus entornos.

La magnitud y características del consumo de sustancias en adolescentes queda reflejado en el Anexo 2. Las drogas de mayor consumo son: alcohol, tabaco, cannabis y tranquilizantes o pastillas para dormir.

Población Diana:

- Adolescentes a partir de los 11 años

Periodicidad:

- En los controles periódicos de salud en centro de salud.
- Exploración del consumo de drogas desde los 12-13 años y cada 2 años.
- En la consulta ante clínica sugerente de consumo.
- En cualquier ocasión, de forma oportunista garantizando la confidencialidad.
- En actividades grupales y comunitarias específicamente programadas en diferentes entornos.

Actividades:

1. Prevención y detección del consumo de drogas en la adolescencia.
2. Prevención y detección del consumo de alcohol en la adolescencia.
3. Prevención y detección del consumo tabaco en adolescentes.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA.

○ Actividades de promoción:

- Actividades de promoción: educación para la salud.
- Promoción de factores de protección (Anexo 3). Promover estilos de vida saludables de eficacia demostrada como factores protectores. Por ej: actividad física, deporte
- Fomentar la resiliencia: capacidad de los individuos para superar circunstancias de especial dificultad, gracias a cualidades mentales, de conducta y de adaptación (Anexo 4)
- Promoción a través de programas en escuelas “equipo interdisciplinar” Apoyar, motivar y ayudar en el desarrollo de habilidades para evitar el consumo. (Programa Forma Joven , A no Fumar me Apunto)
- Coordinación con instituciones, asociaciones y áreas de ayuntamiento específicas que tienen competencias en promoción de salud.

○ Actividades de prevención y detección precoz:

- Prevención a través de programas en escuelas “equipo interdisciplinar”.(Forma Joven, ANFMA)
- Detección de factores de riesgo (Anexo 5).
- Contactar con Unidad de Trabajo Social para trabajar con las familias: minimizar factores de riesgo y facilitar factores de protección.
- Detectar precozmente el consumo de drogas:
 - a. Preguntar por el consumo de drogas y registrarlo en la historia clínica.
 - b. Valorar el consumo: tipo de droga, cantidad, frecuencia, entorno en que consume.
 - c. En el caso de consumir alguna sustancia, valorar el estadio en el que se encuentra, para diferenciar el consumo ocasional y experimental del problemático (anexo 6)
- Valorar la preocupación del adolescente por las consecuencias del consumo (es el primer paso para el cambio) .Valorar la percepción del riesgo
- Apoyar, motivar y ayudar en el desarrollo de habilidades para disminuir el consumo, para mantener la abstinencia y reforzar su nueva conducta, apoyo y felicitación por lo que consigue.
- Utilizar el DSM-IV para el diagnóstico de abuso y dependencia.
- Derivar si precisa, previa valoración médica y psicosocial.

- Conocer los recursos de la zona donde trabaja.
- Coordinación con los equipos de drogodependencias y otros recursos especializados (por Ej. Técnicos de promoción de la Salud de las Unidades de Apoyo para la Atención al Tabaquismo) para campañas de prevención específicas.

○ **Herramientas:**

- Consejos a adolescentes y familias:
 - a. Informar de los perjuicios a corto, medio y largo plazo del consumo de drogas y de los beneficios del abandono.
 - b. Aconsejar: que no se inicien en el consumo o el abandono del consumo, según el caso. (Anexo 7 y 18)
- Educación para la salud en la consulta y en la escuela (Forma Joven, ANFMA)
- Recursos especializados de la zona.

● **PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA**

○ **Actividades de promoción:**

- Información riesgos de consumo de alcohol y sus consecuencias en consulta a partir de los 11 años.
- Actividades de promoción y prevención en escuela: Forma Joven.
- Fomentar la autoestima y la competencias para elegir y decir “no” (Anexo 4)
- Coordinación con instituciones, asociaciones y áreas de ayuntamiento específicas que tienen competencias en promoción de salud.

○ **Actividades de prevención y detección precoz:**

- Contactar con Unidad de Trabajo Social para trabajo con las familias: minimizar factores de riesgo y facilitar factores de protección.
- Detectar precozmente el consumo de drogas
 - a. Preguntar por el consumo de alcohol y registrarlo en la historia clínica. .
 - b. Valorar la percepción de riesgo
 - c. Valorar el grado de consumo. En los adolescentes la forma de consumo excesivo más frecuente es el consumo durante los fines de semana (Anexo 8 y 9)
 - d. Detectar trastornos por el uso del alcohol (Anexo 10 y 11)

- Establecer visitas de seguimiento y valorar derivación ante consumo de riesgo.
- Apoyar, motivar y ayudar en el desarrollo de habilidades para disminuir el consumo, reforzar su nueva conducta y felicitar por los logros conseguidos.
- Reconocer las recaídas como parte del proceso de abandono, prevenirlas y en caso de que acontezca, ofrecer nuestro apoyo para nuevo intento.
- Coordinación con equipos específicos especializados para campañas de prevención específicas.

o **Herramientas:**

- Intervención grupal Programa Forma Joven
- Intervención individual: Entrevista clínica e historia clínica
- Valorar el consumo de alcohol: gramos/día, semana (anexos 8 y 9).
- En adolescentes mayores se pueden utilizar cuestionarios específicos CAGE y AUDIT (anexos 10 y 11) que se utilizan para detectar trastornos por uso de alcohol.
- Guías y consejos para adolescentes (Anexo 18)

• **PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO TABACO EN ADOLESCENTES:**

o **Actividades de promoción:**

- Actividades de promoción: educación para la salud
- Identificar el consumo del tabaco en la familia:
 - o Si no existen convivientes fumadores, felicitar y comentar las ventajas de los espacios libres de humo.
 - o Si existen convivientes fumadores, realizar intervención básica en tabaquismo activo y promover hogares libres de humo. En caso necesario derivar a los padres, madres o tutores a los recursos existentes para dejar de fumar (centro de salud, Unidades de apoyo para la atención al tabaquismo, Quit –Line 900850300)
- Fomentar la **resiliencia**: capacidad de los individuos para superar circunstancias de especial dificultad, gracias a sus cualidades mentales, de conducta y de adaptación (Anexo 4)
- Información sobre los efectos del tabaco y de la exposición al humo de tabaco ambiental a partir de los 11 años.
- Promoción a través de programas en escuelas, ANFMA “equipo interdisciplinar”. Apoyar, motivar y ayudar en el desarrollo de habilidades para evitar el consumo.

- Coordinación con instituciones, asociaciones y áreas de ayuntamiento específicas que tienen competencias en promoción de salud.
- o **Actividades de prevención y detección precoz:**
 - Prevención a través de programas y actividades comunitarias y escolares de prevención del tabaquismo. en escuelas “equipo interdisciplinares”. Por Ej. Forma Joven, ANFMA.
 - Detección de factores de riesgo (Anexo 12)
 - Detección precoz de consumo de tabaco en adolescentes:
 - Realizar anamnesis en adolescentes, bien de forma programada en las revisiones sistemáticas, bien de forma oportunista en las consultas por patología relacionada (enfermedades respiratorias)
 - a. Realizar intervención básica en tabaquismo (aconsejar de forma firme ,y personalizada el abandono del consumo , informar de los riesgos a corto plazo para su salud y de los beneficios del abandono , entrega de material de apoyo y oferta de ayuda)
 - b. Clasificar a los fumadores según su nivel de consumo y actitudes de cambio.(Anexo 13 y 14)
 - Valorar la dependencia (Anexo 15)
 - Derivar a los recursos de deshabituación tabáquica existentes: referente forma joven, grupos de deshabituación programa ANFMA en el centro educativo, centro de salud, unidad de apoyo para la atención al tabaquismo, Quit –line 900850300.
 - Apoyar, motivar y ayudar en el desarrollo de habilidades para conseguir y mantener la abstinencia, reforzar su nueva conducta y felicitar por lo que consigue.
 - Coordinación con los recursos especializados y con las campañas de prevención específicas relacionadas.
- o **Herramientas:**
 - Test de Fagerström (valora la dependencia del tabaco) y de medición de la dependencia a la nicotina para adolescentes (Anexo 15)
 - Test de Richmond (valora la motivación para dejar de fumar) (Anexo 16)
 - Material de autoayuda (www.juntadeandalucia.es/salud/tabaquismo de la Consejería de Salud) y Servicio telefónico Gratuito de deshabituación tabáquica (Quit-Line Andaluza 900 350 800)
 - Programas y actividades comunitarias y escolares de prevención del tabaquismo: Forma Joven, “A no fumar me apunto“.

- Guías y consejos para madres y padres para evitar la exposición al humo de tabaco ambiental (Anexo 17)
- Guías y consejos para adolescentes (Anexo 18): consejos orientados en los aspectos estéticos (oscurecimiento de los dientes, mal aliento, bajo rendimiento deportivo y posibilidad de adicción al tabaco), consejos para evitar la exposición al humo de tabaco ambiental.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 1

PRINCIPIOS DE LA PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS DEL
NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE, NIDA

LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS DEBERIAN:

Realzar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo

Incluir todas las formas de consumo de drogas, incluyendo le tabaco, el alcohol, la marihuana y los inhalantes

Incluir estrategias para el desarrollo de habilidades para resistir el ofrecimiento de drogas, reforzar el compromiso personal contra el consumo de drogas e incrementar la competencia social

Incluir métodos interactivos como grupos de discusión con otros jóvenes en lugar de sólo técnicas didácticas

Incluir a los padres o tutores para que refuercen el aprendizaje de los chicos, en cuanto a la realidad acerca de las drogas y de sus efectos nocivos, y que ello genere la posibilidad de discutir en la familia sobre el consumo de drogas legales e ilegales y la postura que adopta la familia sobre el consumo.

Iniciarse a lo largo de los años escolares con intervenciones repetidas para reforzar las metas preventivas originales.

Centrarse en la familia ya que tiene mayor impacto que las estrategias que se centran únicamente en los padres o en los hijos.

Adaptarse a cada comunidad concreta para tratar la naturaleza específica del problema del abuso de drogas en la misma

Ser específicos para la edad de los chicos, apropiados a su período de desarrollo y sensibles a las diferencias culturales.

LOS PROGRAMAS COMUNITARIOS DEBERIAN

Fortalecer las normas contra el consumo de drogas en todos los ámbitos de prevención del consumo, incluyendo la familia, la escuela y la comunidad

Contemplar que cuanto mayor sea el riesgo de la población objetivo, más intensivos deberían ser los esfuerzos preventivos y más tempranamente se deberían comenzar.

Conocer que los programas preventivos eficaces han mostrado ser coste-efectivos

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 2

Magnitud y características del consumo de sustancias en adolescentes.
(estudio “Estudes” última actualización 2010 estudiantes de 14 a 18 años)

Tabla 1. Prevalencias del consumo de sustancias psicoactivas entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-16 años, según edad (porcentajes).

Edad (años)	14 años	15 años	16 años
Consumo alguna vez en la vida			
Tabaco	28,4	40,6	47,5
Alcohol	62,6	78,7	86,2
Tranquilizantes o pastillas para dormir	14,1	15,2	17,5
Tranquilizantes... sin receta médica	7,1	8,3	10,2
Cannabis	16,4	29,2	37,8
Éxtasis	1,3	2,1	2,6
Alucinógenos	2	2,9	3,9
Anfetaminas	1,1	2	3,9
Cocaína	2	3,8	4,9
Heroína	1	0,9	1
Inhalantes volátiles	1,8	2,2,	2,4
GHB	0,9	0,9	1,2

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

Tabla 2. Evolución de la edad de inicio del consumo de sustancias psicoactivas en España, entre los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14-18 años. 2004-2010.

	2004	2006	2008	2010
Edad de inicio del consumo				
Tabaco	13,1	13	13,2	13,5
Alcohol	13,6	13,7	13,6	13,7
Tranquilizantes o pastillas para dormir	14,8	14,2	14,3	14,4
Cannabis	14,7	14,6	14,6	14,7
Éxtasis	15,6	15,5	15,2	15,3
Alucinógenos	15,8	15,5	15,3	15,4
Anfetaminas	15,8	15,6	15,4	15,5
Cocaína	15,8	15,4	15,3	14,9
Heroína	14,3	14,5	14,2	14,4
Inhalantes volátiles	13,9	13,8	13,6	13,2

Fuente: DGPNSD. Observatorio Español sobre Drogas (OED). Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES).

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 3 FACTORES DE PROTECCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

LA FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Desarrollo adecuado del apego. ◦ Creencias saludables y claros estándares de conducta. ◦ Altas expectativas parentales ◦ Un sentido de confianza básico. ◦ Dinámica familiar positiva.
FACTORES INDIVIDUALES	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Oportunidades para la implicación prosocial. ◦ Refuerzos/reconocimiento por la implicación prosocial. ◦ Creencias saludables y claros estándares de conducta. ◦ Sentido positivo de uno mismo. ◦ Actitudes negativas hacia las drogas. ◦ Relaciones positivas con los adultos.
GRUPO DE IGUALES	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Asociación con iguales que están implicados en actividades organizadas en la escuela, recreativas, de ayuda u otras. ◦ Resistencia a la presión de grupo.
FACTORES SOCIALES	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Mensaje de los medios de resistencia al uso de drogas. ◦ Descenso de la accesibilidad ◦ Incremento del precio a través de los impuestos. ◦ Aumentar la edad de compra y acceso. ◦ Leyes estrictas para la conducción bajo el consumo de drogas.
ESCUELA	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Implicación prosocial. ◦ Refuerzos/reconocimiento para la implicación social. ◦ Creencias saludables y claros estándares de conducta. ◦ Cuidado y apoyo de los profesores y del personal del Centro. ◦ Clima educativo positivo
COMUNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Oportunidades para participar de forma activa en la comunidad. ◦ Descenso de la accesibilidad a la sustancia. ◦ Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes. ◦ Redes sociales de apoyo.

Fuente: Gardner SE, Brounstein PJ, Stone DB, Winner C. Guide to science-based practices 1. Science-based substance abuse prevention: A guide. Rockville, MD. Substance abuse and mental health services administration. Center for Substance Abuse Prevention. 2001.

Disponible traducido en: Begoña Iglesias E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2005.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 4

RECOMENDACIONES PARA PREVENIR CONDUCTAS DE RIESGO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

- La información acerca de las consecuencias es importante aunque no debe ser el único elemento de la prevención.
- Fomentar la autoestima: cómo se valora, se respeta y se acepta una persona como tal.
- Construir la resiliencia (capacidad de funcionar de forma apropiada a pesar de las dificultades del entorno).
- Fomentar la participación en actividades extraescolares y la utilización creativa del ocio y del tiempo libre.
- La escuela como una comunidad de apoyo para los alumnos, donde se sientan integrados y participen.
- Participación en el cuidado de otros a través de la comunidad

Hopkins GL, McBride D, Marshak H, Freier K, Stevens JV, Kannenber W, et al. Developing healthy kids in healthy communities: eight evidence-based strategies for preventing high-risk behaviour. Med J Aust. 2007;186 Suppl 10: S70-3.

Disponible en http://www.mja.com.au/public/issues/186_10_210507/hop11141_fm.html

Factores que aumentan la Resiliencia

Apego seguro en los primeros 6 meses de vida

Tener conciencia de la realidad individual, familiar y social. (Cuando se toma conciencia de la realidad se desarrollan estrategias alternativas)

Apoyo social: relaciones informales

Escuela

Compromiso social, religioso o político

Fuente: Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, Apego y Resiliencia. Jorge Barudy. 2005

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 5

FACTORES DE RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

<p>LA FAMILIA</p>	<ul style="list-style-type: none">◦ Problemas en el manejo de la familia.◦ Expectativas no claramente definidas en relación a las conductas esperadas.◦ Falta de control parental.◦ Disciplina inconsistente o dura.◦ Falta de relaciones afectivas.◦ Conflictos entre los padres.◦ Aprobación del uso de sustancias.◦ Abuso del tabaco, alcohol u otras drogas por parte de los padres.◦ Baja cohesión familiar.◦ Dificultades para tomar decisiones y solucionar problemas con la participación democrática de todos sus miembros.◦ Dificultades en la comunicación entre padres e hijos.◦ Escasas rutinas familiares que contribuyan a un buen nivel de organización familiar.◦ Mínimas fuentes de apoyo en la familia y en el entorno para el adolescente en problemas.◦ Escasa atención al rendimiento académico de los hijos.
<p>FACTORES INDIVIDUALES</p>	<ul style="list-style-type: none">◦ Búsqueda de sensaciones Creencias, actitudes y valores◦ Carencia de habilidades o recursos sociales.◦ Baja autoestima◦ Escaso autocontrol◦ Propensión a buscar riesgos .Impulsividad◦ Actitudes favorables hacia la conducta-problema.◦ Iniciación temprana de la conducta-problema.◦ Relaciones negativas con los adultos.

<p>GRUPO DE IGUALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Asociación con iguales, delincuentes que consumen o valoran las sustancias peligrosas. ◦ Asociación con iguales que rechazan las actividades de empleo y otras características de su edad. ◦ Susceptibilidad a la presión negativa de los iguales
<p>FACTORES SOCIALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Empobrecimiento. ◦ Desempleo y empleo precario. ◦ Discriminación. ◦ Mensajes pro uso de drogas en los medios de comunicación
<p>ESCUELA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Conducta antisocial temprana y persistente. ◦ Bajo apego a la escuela.
<p>COMUNIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Disponibilidad de drogas. ◦ Leyes y normas de la comunidad favorables hacia el consumo de drogas. ◦ Deprivación económica y social extrema. ◦ Transición y morbilidad. ◦ Bajo apego al vecindario y desorganización comunitaria

Fuente: Gardner SE, Brounstein PJ, Stone DB, Winner C. Guide to science-based practices 1. Science-based substance abuse prevention: A guide. Rockville,

MD. Substance abuse and mental health services administration. Center for Substance Abuse Prevention. 2001.

Disponible traducido en: Begoña Iglesias E. Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2005.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 6 ESTADIOS DE ABUSO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES

<p>Abstinencia</p> <p>No utiliza drogas o alcohol</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Valorar los factores de riesgo para el consumo de drogas ○ Animarle a continuar la abstinencia. ○ Animarle con actividades que contribuyan a mejorar su autoestima: deportes, actividades, participación en la comunidad
<p>Consumo experimental</p> <p>Utilización infrecuente de tabaco, alcohol o drogas.</p> <p>Las consigue de los amigos y las utiliza con ellos.</p> <p>No es frecuente la asociación con problemas</p> <p>de drogas pero los riesgos pueden ser graves</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Educar acerca de las consecuencias a corto plazo para la salud y de los beneficios del no consumo. ○ Facilitar otras alternativas saludables. ○ Recaltar la importancia de no conducir bajo los efectos de drogas o de no ir con nadie que las haya consumido. ○ Establecer con la familia las pautas para volver a casa si el adolescente se encuentra en una situación insegura (él o alguien no está en condiciones de conducir).
<p>Uso habitual</p> <p>Consumo ocasional pero frecuente.</p>	
<p>Uso problemático</p> <p>Ha tenido consecuencias negativas asociadas con consumo.</p> <p>Puede haber tenido problemas con las notas, detenciones, expulsiones; con los padres o amigos; accidentes de moto o coche; lesiones; peleas o abusos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Preguntar al adolescente si hay relación entre sus problemas y el consumo de alcohol o drogas. ○ Comentar preocupaciones y opciones de cambio. ○ Considerar la abstinencia como una alternativa <ul style="list-style-type: none"> - Si no es capaz, puede que necesite ayuda programas específicos - Si rechaza la abstinencia, no generar resistencia, disposición para ayudarle cuando quiera, continuar el seguimiento,

<p>Abuso de sustancias</p> <p>El adolescente consumo continuado de drogas/alcohol a pesar de los efectos.</p> <p>Pérdida de control del consumo</p>	<ul style="list-style-type: none">○ Elaborar un plan de rescate○ Continuar trabajando con el adolescente y la familia○ hasta que comience un plan de tratamiento específico público o privado
<p>Dependencia de sustancias</p> <p>El adolescente preocupado con el consumo.</p> <p>Desarrollo de tolerancia o abstinencia.</p> <p>Aumento de las conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas</p>	<ul style="list-style-type: none">○ Conocer los recursos disponibles y derivación apropiada○ Tratamiento ambulatorio o ingresado
<p>Abstinencia secundaria</p> <p>El objetivo es mantener la abstinencia,</p>	<ul style="list-style-type: none">○ Mantener un seguimiento cercano del adolescente○ La recaída es parte de la evolución del proceso de recuperación.○ Evitar estigmatizarle o abandonarle si ocurre.○ La recaída se puede valorar como una oportunidad de aprendizaje.○ Revisar el tratamiento y valorar si es adecuado.○ Apoyarle y mostrar disposición para volver a iniciar.

Fuente: Programa de salud infantil. AEPAP: 009.Primer edición Exlibris ediciones

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 7

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS DESDE LA EDAD PREESCOLAR HASTA LA ADOLESCENCIA

<p>Menores de edad preescolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Discuta por qué los niños necesitan alimentos sanos. - Indíquelo las sustancias tóxicas y dañinas que hay en la casa, tales como detergente de la ropa. - Dígasles que las medicinas pueden ser dañinas si no se utilizan como se deben. - Explíquelo la diferencia entre el uso controlado de golosinas y otros alimentos y el abuso que pueden producir una indigestión (consumo excesivo) - Aliente al menor a seguir instrucciones y hacer preguntas si no las comprende.
<p>Menores de 5 a 8 años.</p> <p>Es el momento de explicarle lo que son el alcohol y las drogas, que algunos las usan aún cuando sean dañinas y las consecuencias de usarlas.</p>	<p>Cuando los menores tienen estas edades deben comprender:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cómo difieren entre sí los alimentos, venenosos, medicinas y drogas ilegales. - Cómo las medicinas recetadas por un médico y administradas por un adulto responsable pueden ayudar durante las enfermedades, pero pueden ser dañinas si se las usa incorrectamente. - Por qué los adultos pueden beber alcohol, pero no los niños incluso en pequeñas cantidades ya que es perjudicial para su cerebro y cuerpo que se están desarrollando.
<p>Menores de 9 a 11 años</p> <p>Los padres, madres y tutores deben seguir manteniendo una actitud firme frente a las drogas, el alcohol y tabaco</p>	<p>Antes de salir de la escuela primaria los menores deben conocer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El Alcohol, es dañino para nuestro cuerpo, es tóxico para el hígado, impide que se vean las cosas con claridad por eso si se conduce cuando se ha tomado alcohol hay mucho riesgo de accidentes. Su consumo sin control puede originar un coma - El tabaco es dañino para nuestros cuerpo origina mal aliento, tos y bronquitis y con los años limita la capacidad para hacer deporte, para oler, y muchas enfermedades graves se relacionan con su consumo.

	<ul style="list-style-type: none">- Las drogas alteran la realidad, actúan en el cuerpo como un tóxico o veneno que perjudica a muchos órganos, además se puede ingerir una sobredosis mortal- Las drogas crean adicción. Las consecuencias a largo plazo de las drogas no solo afectan al cuerpo; quitan la libertad (ya se depende de su consumo para vivir, todo se centra en ellas), limita las capacidades de las personas de estudiar, trabajar, hacer deporte, limita las amistades, dificulta todas las relaciones (familia, amigos), puede llevar a tener problemas con la justicia.- El alcohol a largo plazo también afecta a todas las funciones de nuestra vida, actúa de forma similar a las drogas- Alcohol, drogas o tabaco son especialmente peligrosas para los organismos en crecimiento- Los problemas que el alcohol y las otras drogas ilegales pueden causarle no sólo a quien las consume, sino también a su familia y al resto del mundo.
<p>Menores de 12 a 14 años</p> <p>Es importante identificar en esta edad lo que los menores consideran importante en este momento</p>	<p>Introducir el tema de los efectos a largo plazo de las drogas</p> <ul style="list-style-type: none">- Además de lo anterior, el consumo de drogas dificulta las relaciones con otras personas (iguales o con adultos), la adaptación y entrada a la sociedad,- Hay peligro de sufrir cáncer pulmonar y efisema por el hábito de fumar. Lesiones cerebrales y del hígado por el consumo de alcohol y lesiones de todo los órganos y sus funciones con el consumo de drogas- Accidentes de tráfico que acaban con la muerte o con lesiones de por vida (invalidez, parálisis...).- Adicción, coma cerebral y muerte.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 8

CÁLCULO DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN UNIDADES

Tipo de bebida	Número de unidades	Volumen de bebida estándar (UBE) En España y USA 1 UBE = 10 g de alcohol puro.
Vino	1 vaso de vino (100 cc)	1
	1 litro	10
Cerveza	1 caña (200 cc)	1
	1 litro	5
Copas	1 carajillo (25 cc)	1
	1 copa (50 cc)	2
	1 combinado (50 cc)	2
	1 litro	40
Jerez, cava, vermut	1 copa (50 ml)	1
	1 vermut (100 ml)	1
	1 litro	20

Fuente: Programa de salud infantil. AEPAP:2009. Primera edición Exlibris ediciones

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 9

NIVELES DE RIESGO Y CRITERIOS DE INTERVENCIÓN

Nivel de riesgo	Criterio diagnóstico	Intervención
Abstemio	Sin consumo habitual	Educación y apoyo
Bebedor moderado:	Consumo semanal < 17 UBE/semana hombre < 11 UBE/semana mujer	Educación y apoyo
Bebedor de riesgo	> 28 UBE/semana hombre > 17 UBE/semana mujer Ingesta de 5 UBE en una sola ocasión en el último mes	Identificación, Asesoramiento, consejo breve y seguimiento
Bebedor de riesgo con trastornos relacionados con el alcohol (TRA)		Igual que el anterior
Riesgo alto síndrome de dependencia, alcohólica	DSM-IV CIE-10	Identificación asesoramiento derivación y seguimiento

Anderson P. Alcohol and Primary Health Care. Copenhagen: WHO Regional Publications; 1996. p. 64.

Cualquier consumo en menores se considera consumo de riesgo. (El concepto de menor es diferente dependiendo de la CC. AA: en algunas es 16 años y en otras 18 años)

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 10

TEST DE CAGE

Cuestionario autoadministrado de detección de síntomas de dependencia alcohólica

Dos o más respuestas afirmativas indican posible dependencia del alcohol.

1. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?
2. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?

Versión original: Swing JA. Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA. 1984;252:1905-7.

Versión española: Rodríguez-Martos A, Navarro RM, Vecino C, Pérez R. Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico de alcoholismos. Droga-Alcohol. 1986;11:132-9.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 11

CUESTIONARIO AUDIT. Cuestionario desarrollado por la OMS, es una escala tipo Lickert. Instrumento validado en nuestro país.

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

- (0) Nunca.
- (1) Una o menos veces al mes.
- (2) 2 ó 4 veces al mes.
- (3) 2 ó 3 veces a la semana.
- (4) 4 o más veces a la semana.

2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?

- (0) 1 ó 2.
- (1) 3 ó 4.
- (2) 5 ó 6.
- (3) 7 a 9.
- (4) 10 o más.

3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?

- (0) Nunca.
- (1) Menos de una vez al mes.
- (2) Mensualmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) A diario o casi a diario.

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?

- (0) Nunca.
- (1) Menos de una vez al mes.
- (2) Mensualmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) A diario o casi a diario.

5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?

- (0) Nunca.
- (1) Menos de una vez al mes.
- (2) Mensualmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) A diario o casi a diario.

6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?

- (0) Nunca.
- (1) Menos de una vez al mes.
- (2) Mensualmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) A diario o casi a diario.

7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?

- (0) Nunca.
- (1) Menos de una vez al mes.
- (2) Mensualmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) A diario o casi a diario.

8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?

- (0) Nunca.
- (1) Menos de una vez al mes.
- (2) Mensualmente.
- (3) Semanalmente.
- (4) A diario o casi a diario.

9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?

- (0) No.

(2) Sí, pero no en el curso del último año.

(4) Sí, en el último año.

10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han indicado que deje de beber?

(0) No.

(2) Sí, pero no en el curso del último año.

(4) Sí, en el último año.

Puntuación del Cuestionario AUDIT

Se suma el resultado de cada respuesta (que está entre paréntesis delante de la misma). La escala de valoración oscila entre los 0 puntos como mínimo y 40 puntos como máximo

Discrimina entre:

- consumo de riesgo (8 puntos en hombres, 6 en mujeres),
- uso perjudicial (entre 8/6 anteriores y 20 puntos),

dependencia (más de 20 puntos).consumo

Fuente: Programa de salud infantil. AEPAP:2009. Primera edición Exlibris ediciones

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 12

FACTORES PSICO-SOCIALES DE RIESGO PARA EL CONSUMO DE TABACO

Factores sociodemográficos:

- Familia con status social y económico bajo.

Factores medioambientales:

- Accesibilidad y disponibilidad de tabaco.
- Percepción distorsionada de uso generalizado del tabaco.
- Consumo por padres y hermanos y permisividad familiar con el tabaco.
- Falta de apoyo paterno y materno.
- Problemática de la adolescencia.

Factores conductuales:

- Bajo rendimiento escolar.
- Falta de habilidades para resistir presiones.
- Experimentación con tabaco.

Factores personales:

- Baja autoestima.
- Disconformidad con la propia imagen.
- Baja autoeficacia para rechazar el consumo.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 13

TOMA DE DECISIONES FRENTE AL FUMADOR

Según la etapa del fumador:

¿Se plantearía dejar de fumar los próximos 6 meses?

- No: hablar de perjuicios del tabaco a corto plazo y beneficios del abandono
- Sí: preguntar...: ¿Quiere hacer un intento serio antes de un mes?
- No: informar perjuicios del tabaco a corto plazo y beneficios del abandono + material de autoayuda y seguimiento (renovar la oferta de intentar dejar de fumar en siguientes consultas)
- Sí: felicitarle y animarle. Hacer diagnóstico (Cuestionario del fumador de la Guía para ayudar a chicos y chicas adolescentes a dejar de fumar para los profesionales del ámbito de la salud.” A no Fumar me Apunto “ ver anexo 3 de la Guía) y tratamiento (Guía para ayudar a chicos y chicas adolescentes a dejar de fumar para los profesionales del ámbito de la salud.” A no Fumar me Apunto”
<http://www.anofumarmeapunto.es/mod/resource/view.php?id=35>

Consejo motivacional

CLARO: “sería aconsejable por.... Ej. tu asma , que dejes de fumar, si quieres yo puedo ayudarte”

FIRME: “dejar de fumar es la mejor decisión que puedes tomar por tu salud y por la de las personas que te rodean”

PERSONALIZADO: según los conocimientos que se tenga del paciente, historial clínico, familiar, social, económico, preferencias y motivaciones

Ver video 1 de redformadorespita.org

Tratamiento simplificado: Guía para ayudar a chicos y chicas adolescentes a dejar de fumar para los profesionales del ámbito de la salud. ”A no Fumar me Apunto”
<http://www.anofumarmeapunto.es/mod/resource/view.php?id=35>

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 14

CONOCIMIENTOS BÁSICOS SOBRE ASPECTOS DE LA PERSONA FUMADORA

Estadios de Cambio

Diagnóstico de etapa en la que se encuentra el fumador:

Precontemplación

- No se plantean dejar de fumar.
- Su conducta no supone un problema para el adolescente.

Contemplación

- Se plantea dejar de fumar, pero no ahora.
- Intentaría dejarlo a medio largo plazo.
- Periodo caracterizado por la ambivalencia, oscilación entre razones para abandonar o continuar igual.
- Intentos previos fallidos.
- Frustración ante un nuevo fracaso.

Preparación

- La persona fumadora se plantea el abandono.
- Desea hacer un intento serio antes del mes.

Acción y Mantenimiento

- Ha dejado de fumar, más o menos tiempo.

Recaída

- Vuelve a consumir tabaco de forma habitual.
- Forma parte habitual del proceso de abandono.
- Vuelve a cualquier etapa anterior, iniciando de nuevo el proceso.

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 15

TEST DE FAGERSTRÖM (REDUCIDO)

¿Cuánto tiempo después de despertarse fuma su primer cigarrillo?

- < 5 minutos: 3
- 6-30 minutos: 2
- 31-60 minutos: 1
- > 60 minutos: 0

¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?

- 30: 3
- 21-30: 2
- 11-20: 1
- < 11: 0
- Dependencia nicotínica leve: 0-2 puntos
- Dependencia nicotínica moderada: 3-4 puntos
- Dependencia nicotínica severa: 5-6 puntos

Número de cigarrillos/día

- Alta: > 30 cig/día
- Moderada: 30- 21 cig/día
- Leve-Moderada: 11-20 cig/día
- Leve: < 11 cig día.

Cooximetría

- Leve: < 15 ppm CO
- Moderada: 15-30 ppm CO
- Alta: > 30 ppm CO

En la población adolescente la cooximetría como herramienta para valorar el consumo, o como feedback, no tiene la misma validez que en la población adulta ya que: la forma de fumar en los adolescentes difiere de los adultos y en muchas ocasiones inhalan con menor intensidad, además si se realiza ejercicio físico (algo frecuente en la adolescencia) se elimina más fácilmente el CO y los valores de la cooximetría pueden ser engañosos. Por lo tanto, en estas edades hay que interpretar los datos con cautela ya que pueden darse cifras bajas de CO aunque se esté consumiendo tabaco, y se corre el riesgo de que el alumno adquiera una falsa seguridad en sí mismo y pierda la confianza en la prueba.

TEST DE FAGERSTRÖM FTU-A PARA ADOLESCENTES,
validado por Prokhorov et al, 1996

¿Cuántos cigarrillos fumas al día?

Suma 2 puntos si contesta “más de 25” y 1 punto si contesta “de 16 a 25 cigarrillos /día”

¿Te tragas el humo?

Suma 1 punto si contesta “siempre” o “a menudo”

¿Cuánto tiempo tardas en fumarte el primer cigarrillo del día?

Suma 1 punto si contesta “dentro de la primera media hora después de levantarme”

¿Qué cigarrillo te costaría más dejar?

Suma 1 punto si contesta “el primero de la mañana”

¿Encuentras difícil abstenerte de fumar en lugares donde esta prohibido? (escuela, biblioteca, cine...)

Suma 1 punto si contesta “el primero de la mañana”

¿Fumas si estás enfermo y tienes que estar en la cama?

Suma 1 punto si contesta “ si , siempre o si, a menudo”

¿Fumas más durante las 2 primeras horas del día que durante el resto del día?

Suma 1 punto si contesta “ si

Interpretación :

- Puntuación máxima 8
- 6 o más de 6 : Dependencia Intensa
- 4 o 5 : Dependencia Mediana
- 3 o menos : Dependencia Baja

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 16

TEST DE RICHMOND

¿Te gustaría dejar de fumar si pudieras hacerlo fácilmente?

Sí: 1

No: 0

¿Cuánto interés tienes en dejarlo?

Mucho: 3

Nada: 0

¿Intentarás dejarlo en las próximas 2 semanas?

Definitivamente sí: 1

Definitivamente no: 0

¿Cuál es la probabilidad de que en los próximos 6 meses seas un No fumador?

Definitivamente sí: 1

Definitivamente no: 0

Puntuación:

0-6: Baja

7-9: Moderada

10: Alta

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 17

CONSEJOS PARA PADRES

CONSEJOS PARA PREVENIR EL TABAQUISMO PASIVO Y EL INICIO DEL CONSUMO DE TABACO EN SU HIJO/HIJA

- No fumes dentro de casa, ni permitas que otros lo hagan
- Si fumas, intenta abandonar el hábito o, al menos no lo hagas en presencia o cerca de los niños.
- Si no fumas pero convives con personas fumadoras, pídeles a que dejen de hacerlo, o invítalos a fumar fuera de la casa
- No permitas que las personas que trabajan en el hogar fumen dentro de la casa o cerca de los niños
- No permitas fumar en el automóvil
- Asegúrate de que no se fume en ningún lugar que atienda a menores
- Indaga acerca del uso del tabaco por los amigos (12-13 años)
- Comenta con tu hijo o hija las imágenes falsas y engañosas que aparecen se usan en películas donde presentan el acto de fumar como glamuroso, saludable, sensual y maduro.
- ¡Ojo! Evita regalarles o que reciban cigarrillos de chocolate- **POR LEY ESTA PROHIBIDO**
- Destaca los efectos negativos del tabaco a corto plazo tales como el mal olor en la boca, los dedos amarillos, la respiración corta y la disminución del rendimiento en los deportes.

VIVIR EN UN HOGAR SIN HUMO TIENE VENTAJAS PARA LA SALUD DE TU HIJO/HIJA

- Durante los primeros meses de vida, será un bebé más sano, con menos infecciones, además hay menos incidencia de muerte súbita del lactante.
- Su hijo e hija tendrán una vida más saludable con menos enfermedades respiratorias

- Si su hijo o hija padece asma bronquial, es muy probable que esta mejore ya que se evita un importante factor desencadenante de esta enfermedad
- La nutrición de su hijo e hija mejora
- Su hijo o hija aprende hábitos saludables y hay menos riesgo de que cuando crezca, comience a fumar
- Si estás lactando tú leche será de mejor calidad y más duradera

Si quiere más información puede consultar el artículo de la revista Famiped ¿Es posible prevenir que nuestros hijos e hijas empiecen a fumar? de Begoña Gil Barcenilla. Pediatra. Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía.

Disponible en: <http://www.famiped.es/extra-verano-2011/temas-educativos/es-posible-prevenir-que-nuestros-hijos-e-hijas-empiecen-fumar>

Materiales sobre tabaquismo de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_1_vida_sana/tabaquismo/materiales?perfil=org

PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS

ANEXO 18 CONSEJOS PARA ADOLESCENTES

CONSEJOS SOBRE EL CONSUMO DE TABACO EN LA ADOLESCENCIA

Vivir sin tabaco tiene ventajas:

- Los dientes no se tiñen, amarillean ni se manchan.
- Evitas el mal aliento.
- Mantienes el olor agradable de tu piel y ropas.
- Tienes más rendimiento en los deportes y actividades que realizas.
- Cuidas la salud de tu cuerpo y de tu piel (evitas el acné y el aumento de grasa en el cabello y la piel).
- Evitas síntomas desagradables: como tos con mocos, taponamiento de nariz, pérdida de olfato.
- Evitas la aparición de enfermedades muy relacionadas con el tabaco como bronquitis, enfermedades cardíacas y vasculares y cáncer en distintos órganos.

El tabaco crea adicción, esto es que creas una dependencia, pierdes la libertad de elegir, esto lo puedes sentir en tu cuerpo: dificultad de dormir, mal humor, ansiedad, nerviosismo etc.

Anímate o anima a tus compañeros/as por los esfuerzos que realizan al intentar dejar el tabaco. El hecho de querer dejar de fumar es ya UNA VICTORIA.

No te sientas presionado por los compañeros que fuman. Debes exigirles respeto por tu decisión y mantenerte firme en tus decisiones. Aunque no lo digan en voz alta, muchos te tendrán más respeto por tu decisión.

No dudes en pedir ayuda: a tu familia, amigos/as, profesionales.

Infórmate de los recursos de la zona: hay programas y personas especializadas para ello.



"Guía Joven para dejar de fumar" (para profesionales del ámbito de salud)

http://www.anofumarmeapunto.es/file.php/1/ArchivosWEB/materiales/otros/Guia_Joven_definitiva_12062008.pdf

<http://www.anofumarmeapunto.es>

CONSEJOS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL EN LA ADOLESCENCIA

- Infórmate sobre los efectos del alcohol en tu cuerpo y en tu cerebro. Busca información válida: no todo lo que pone en Internet es fiable)
- Compara la información que tienes con lo que otros te comentan. Defiende tu opinión y mantente firme en tu postura aunque sea diferente de la de tus compañeros.
- Conoce 10 de las principales consecuencias en el consumo de alcohol:
 - **Dificultades sexuales:** tanto para los chicos como para las chicas. En los chicos, problemas de erección, y en las chicas en la menstruación.
 - **Ganar peso:** el alcohol engorda, y mucho más de lo que pensamos, además estropea la piel.
 - **Enfermedades:** del hígado como la cirrosis o también en del riñón; hipertensión y un largo etc. No quiere decir que pueda ocurrir con un par copas a la semana, ya que son problemas que ocurren a largo plazo, pero quienes comienzan pronto a beber tiene más probabilidades.
 - **Cáncer:** de la boca, del esófago, del pulmón, de colon...
 - **Problemas de personalidad:** se pasa de un estado de ánimo a otro bruscamente, podemos volvernos violentos, no controlar nuestros impulsos y decir o hacer cosas de las que después nos podemos arrepentir, meternos en problemas y hacer daño a personas que queremos.
 - **Altera la percepción que tenemos de las cosas:** no mantenemos la atención, por eso cosas que en condiciones normales se hacen fácilmente pueden volverse imposibles (meter la llave en una cerradura, conducir, etc)
 - **Pérdida de memoria:** bajo los efectos del alcohol eres incapaz de recordar lo que hiciste, a veces tus amigos te recuerdan cosas de las que te avergüenzas.
 - **Dependencia:** como todo lo adictivo, el alcohol crea dependencia y además de todos estos problemas, súmalo el dinero que se te va.
 - **Riesgos de accidentes de tráfico:** muchos accidentes son provocados por personas que conducen bajo los efectos del alcohol,
 - **Coma etílico:** no tener límite en el consumo puede llevarte al coma.
 - **Resaca:** son los síntomas que aparecen después de que te has pasado bebiendo. Dolor de cabeza, sed, malestar, acidez....
- Si sientes que estas pasándote con el alcohol busca ayuda en tu familia o amistades y ponte en manos de profesionales.
- Infórmate de los recursos de la zona : hay programas y personas especializadas para aconsejar y apoyar.

¿QUÉ DEBES SABER ACERCA DE LAS DROGAS?

Queremos ofrecerte información acerca de las drogas, sus efectos y las consecuencias de su consumo.

Droga es toda sustancia que dentro del organismo produce un efecto. Hay drogas legales e ilegales:

- Drogas legales, que están permitidas y se emplean para el tratamiento de determinadas enfermedades, tienen un efecto terapéutico (de tratamiento) y es frecuente que haya efectos secundarios, algunos desagradables (nauseas, vómitos, sequedad de boca...).
- Drogas ilegales, es decir que no están permitidas, su consumo es ilegal y no son empleadas para el tratamiento de ninguna enfermedad. Tienen efectos en el organismo que no se consideran beneficiosos y producen adicción (es decir la necesidad de un consumo cada vez mayor).

Si deseas información más concreta no dudes en consultar en tu centro de salud o dirigirte a espacios destinados para ello (Programa “Forma Joven” o similares)

ALGUNAS RAZONES PARA DECIR NO A LAS DROGAS

- Puedes vivir a tope la vida y divertirte sin necesidad de recurrir a las drogas. Ninguna droga te hace divertirte o disfrutar más, esa capacidad está dentro de ti, no tienes que buscarla fuera.
- La salud es lo que nos ayuda a estar bien y disfrutar, las drogas afectan a nuestra salud, el consumo de drogas nos exponen a enfermedades que pueden ser mortales.
- Buscar tu camino, tener libertad para hacer y decidir es fundamental. Por eso debes saber que el consumo de drogas te puede llevar a una adicción que te obligará aunque no quieras a seguir consumiendo .
- Sin drogas se disfruta más, el descubrimiento de cosas nuevas y de todas tus capacidades se hace mejor sin drogas.
- Las drogas cambian a personas hasta tal punto que los convierten en “tirados”. Es importante que sepas que estas personas creían tener dominada su dependencia, sólo han sido conscientes de lo mal que estaban cuando han tocado fondo.
- La dependencia o adicción te cambia, sólo hay una prioridad y es el consumo, los amigos, el grupo, la familia, las aficiones, etc. pasan a un segundo plano ise puede pasar de todo eso!
- Detrás de las drogas hay un gran negocio, dónde personas sin escrúpulos usan la dependencia de otras para ganar dinero. Es frecuente que se vendan drogas contaminadas que pueden originar la muerte de forma inmediata.
- Hay nuevas drogas de diseño (las inventan en laboratorios ilegales) con mezclas de muchas sustancias, es casi imposible saber su composición, por tanto no se pueden obtener antídotos que salven la vida en caso de sobredosis o coma.

- Las drogas afectan no sólo a quien las consume sino a la familia, amigos y al resto de la sociedad.
- Sin drogas emplearás mejor tu dinero, ya que el consumo sale muy caro y no sólo para el bolsillo, sino también para la salud, las relaciones sociales, la familia y puede llevar a tener problemas con la justicia.

