



**Junta de  
Castilla y León**

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Salud Pública



**PROGRAMA DE REGISTRO PARA PEDIATRAS**

**RED CENTINELA SANITARIA DE CASTILLA Y LEÓN**

**2019**

**Vulnerabilidad social en la infancia y adolescencia y  
consecuencias para la salud**

## Introducción

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25, reconoce a toda persona el derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica. La convención sobre los Derechos del Niño<sup>1</sup> en su artículo 27, establece específicamente que todo niño debe tener acceso a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social.

La exclusión social y la pobreza infantil en España se agravaron de forma considerable a partir del estallido de la crisis económica, introduciendo una mayor complejidad en los factores que conducen a la disminución del bienestar social en la infancia.

Unicef Castilla y León en su informe 'Bienestar Infantil y Equidad Educativa en Castilla y León' de 2017<sup>2</sup> alerta que el 29,5% de los niños y niñas menores de 17 vive en situación de riesgo de pobreza o exclusión social, situándose por encima de lo registrado en los años previos a la crisis económica. Así por ejemplo, en 2008 este porcentaje era del 24,3%. No obstante, el riesgo de exclusión social de los niños de Castilla y León está por debajo del promedio nacional (32,9%), y si se compara con el resto de comunidades autónomas, podemos afirmar que Castilla y León se sitúa en la mitad de la tabla. Sin embargo, no deja de ser preocupante que uno de cada tres niños en la comunidad autónoma se enfrente a situaciones de dificultad. En Castilla y León en 2016, el 26,6% de las niñas y niños estaban en riesgo de pobreza monetaria, frente al 17,7% de la población en general. Además, el 11,7% de la infancia de Castilla y León vive en hogares con baja intensidad laboral y la privación material severa afecta al 2,5% de los niños de la comunidad autónoma.

Por otra parte, el 10,7% de la población entre once y dieciocho años ha sido víctima de maltrato físico entre iguales en el colegio o instituto al menos una vez en los últimos dos meses. En Castilla y León se registran 4,2 nacimientos por cada mil mujeres entre los quince y los diecisiete años (4 en España). El 61,8% de los niños (0-18 años) tutelados están en régimen de acogimiento familiar (España 59%).

En el ámbito educativo el informe señala varios retos pendientes, como que el 16,6% de los estudiantes no acaban la educación primaria en la edad que corresponde (doce años) (14,7% España).

En el área de salud se señala que el 26,4% de los niños entre dos y diecisiete años tiene sobrepeso (27,8% en España). El 79,2% de la población entre once y dieciocho años no desayuna más que un vaso de leche o fruta entre semana. El 74,4% de la población entre catorce y dieciocho años declara haber consumido alcohol durante el último mes y el 32,8% tabaco.

EL proyecto de estudio sobre la vulnerabilidad social en la infancia y adolescencia permitirá valorar la situación actual en nuestra comunidad, aumentar la comprensión de los factores que la determinan y guiar las acciones tendentes a la mejora, permitiéndonos la identificación de grupos de riesgo para garantizar la adecuada prestación de apoyo y de recursos necesarios.

Los profesionales sanitarios que desarrollan su trabajo en contacto con la infancia y la familia tienen la capacidad de detectar situaciones de riesgo, de proporcionar información sobre los problemas que pueden presentarse y abordarlos adecuadamente. La evaluación del desarrollo individual de los niños es imprescindible para afrontar estrategias que reduzcan las amenazas para la salud y los hábitos sociales no saludables.

Los pediatras de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León se encuentran en una situación privilegiada para abordar este estudio y realizar estimaciones sobre este problema sanitario y social con graves repercusiones para la salud de los niños y adolescentes de nuestra Comunidad.

## Objetivos

1. Identificar a menores de 15 años con riesgo de vulnerabilidad social en las consultas de pediatría de Atención primaria.
2. Describir las características sociales y sanitarias de los niños socialmente vulnerables.
3. Estudiar las consecuencias de la vulnerabilidad en la salud.

## Metodología

Estudio descriptivo de los niños y adolescentes vulnerables en la población centinela.

Estudio analítico de comparación de dos grupos de niños, vulnerables y no vulnerables.

### Criterios de inclusión de niños con riesgo de vulnerabilidad:

Registro individualizado de pacientes pediátricos (edad en estudio 6-14) que acuden a consulta en atención primaria y que cumplen algunas de las siguientes situaciones de riesgo relacionados con la vulnerabilidad social (desarrolladas en el Anexo1):

- Familia desestructurada o problemas familiares.
- Patología física o mental que ocasione alta frecuentación o absentismo escolar.
- Problemas en la escolarización o fracaso escolar (absentismo, repetición de cursos....)
- Problemas en el entorno escolar y de relaciones del niño.
- Problemas sanitarios, reiteradas faltas a revisiones y/o vacunaciones.

Nota: Los niños en situación de riesgo o con vulnerabilidad ya conocida por el profesional que no acuden a la consulta deben ser citados para el estudio de acuerdo con el esquema del estudio.

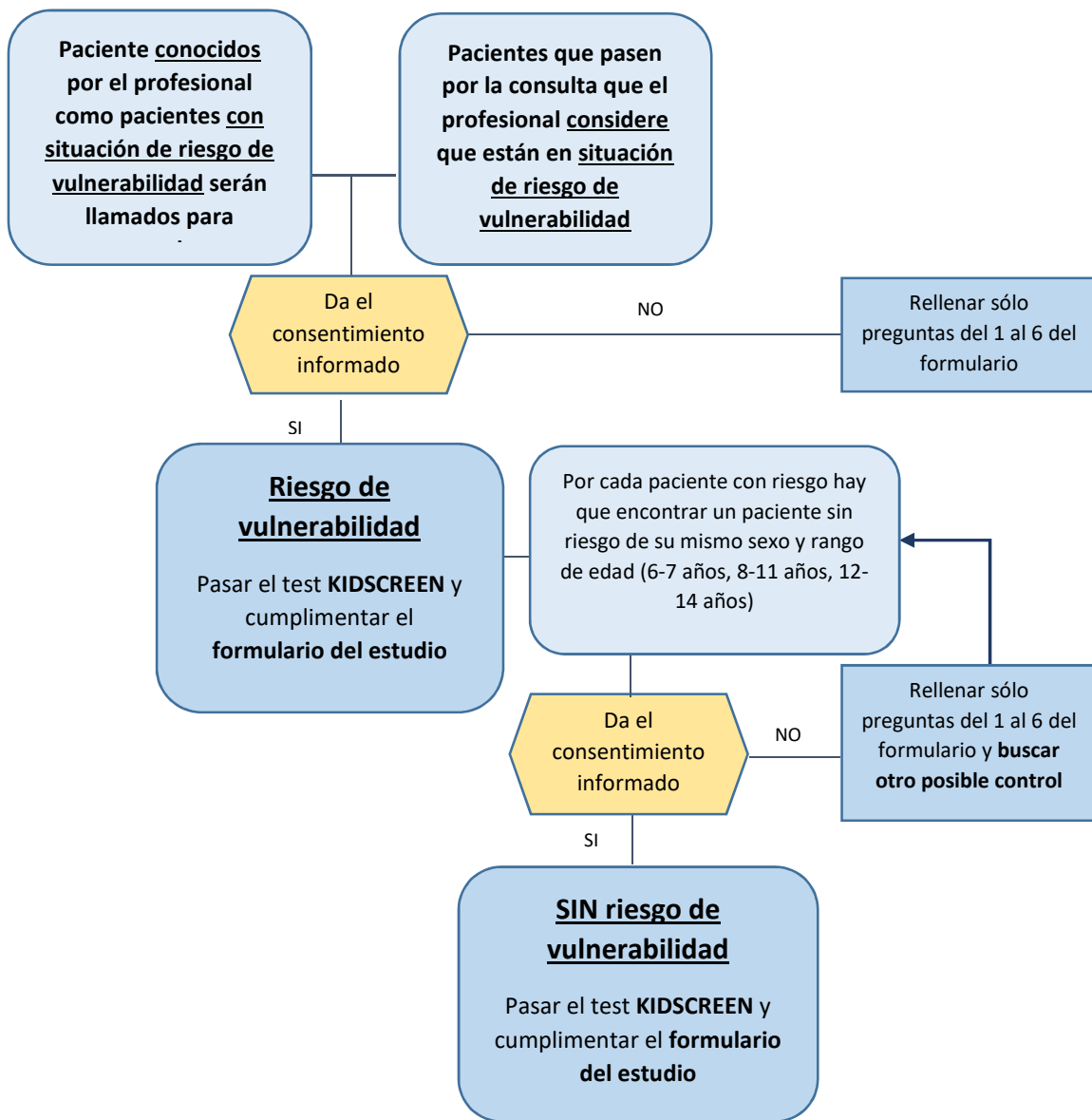
### Selección de niños sin riesgo de vulnerabilidad:

El pediatra seleccionará el siguiente paciente de la consulta, del mismo sexo y rango de edad (6-7 años, de 8 a 11 años y de 12 a 14 años) que el niño socialmente vulnerable y solicitará el consentimiento para incluirlo en el estudio.

### Exclusiones:

No dar el consentimiento o falta de colaboración. En este caso se cumplimentan los datos personales y en observaciones se anotará el motivo de la exclusión.

Esquema de estudio:



Ámbito poblacional:

Población cubierta por los médicos pediatras de la Red centinela de Castilla y León.

Procedimiento de registro:

*A. Registro de niños de riesgo*

NOTA: Se debe repasar el anexo I, donde encontrará una lista de las situaciones de riesgo más frecuentes a las que se ven enfrentados los niños y adolescentes, y que representan el principal criterio de inclusión en este estudio.

Una vez que se ha identificado a un niño con una situación de riesgo (anexo I) relacionada con la vulnerabilidad, a juicio del pediatra, se anotará en el estadillo de control y se cumplimentarán las preguntas 1 a 6 del formulario.

Para realizar los test y continuar con el formulario del estudio se debe pedir autorización a los padres o tutores o personas a cargo que acudan a consulta (ver hoja de consentimiento por escrito), independientemente de que se cumplimente por el niño o por el acompañante del menor. A todos estos niños o padres (niños menores de 8 años) se les pasará el **test KIDSCREEN** y se cumplimentará el **formulario del estudio**.

Si no hay consentimiento, el registro finaliza aquí. Si hay consentimiento, se continúa con el test KIDSCREEN y el resto del formulario.

*B. Registro de niños sin riesgo*

Por cada niño con riesgo de vulnerabilidad registrado se elegirá otro del mismo grupo de edad (6-7, 8-11, 12-14) y sexo que no presente situaciones de vulnerabilidad recogidas en el anexo I. Se anotará en el estadillo de control y se cumplimentarán las preguntas 1 a 6 del formulario. Si hay consentimiento, se continúa con el test KIDSCREEN y el resto del formulario.

Mensualmente se cumplimentará y se enviará al Servicio Territorial los formularios completados en el mes correspondiente. Anote el CIP en el cuestionario KIDSCREEN cumplimentado por el niño o acompañante y grápelo al formulario de recogida de información. También puede utilizar la versión cumplimentable en Word, guardar copia en su ordenador y enviarla por email. En este caso escanee el KIDSCREEN identificado con el CIP y envíelo también por email.

El estadillo es para el control de registros del pediatra, y no necesita ser remitido. Tampoco es necesario remitir el consentimiento informado, que debe ser conservado por el profesional en la HC.

**Haga copia de los formularios antes de proceder a su envío.**

### **Cumplimentación del test KIDSCREEN tanto en niños en riesgo como en niños sin riesgo de vulnerabilidad**

El test KIDSCREEN está validado en Europa para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud.

#### **Es autocumplimentable.**

Se envían 2 cuestionarios, uno que será autocumplimentado por los niños de 8 a 14 años y otro que lo autocumplimentarán los padres cuando el niño tenga 6 - 7 años o cuando el menor sufra alguna limitación que le impida cumplimentarlo.

***Nota: En el caso de que el cuestionario se cumplimente por el niño (8 o más años de edad), hay que cerciorarse de que los padres o el adulto acompañante no interfieran ni dirijan las respuestas de los niños.***

### **Aclaraciones sobre el formulario de recogida de información de casos**

Pregunta 14. Entenderemos por:

Familia nuclear la formada por cónyuges y descendientes.

Familia monoparental un solo miembro.

Familia extendida con abuelos, tíos, primos y otros parientes consanguíneos o afines.

Familia ensamblada con uno o ambos miembros de la actual pareja con uno o varios hijos de uniones anteriores.

Pregunta 15. Tendremos en cuenta que:

Grado I Dependencia moderada: necesita ayuda para realizar gran parte de las actividades de la vida diaria;

Grado II Dependencia severa: necesita ayuda para realizar gran parte de las actividades de la vida diaria dos o tres veces al día;

Grado III: Gran dependencia: igual grado II pero necesita la presencia continuada y necesaria de otra persona.

Pregunta 25. Entendemos por:

Desatención la falta de atención de los padres a los niños que genera problemas de higiene, malnutrición, retraso psicomotor, aislamiento, tristeza, temor, etc....

Desamparo el incumplimiento de los deberes de protección que marcan las leyes para la guarda de menores de edad quedando privados de la necesaria asistencia moral y/o material.

Pregunta 29. Entenderemos por violencia escolar, la violencia que el niño produce en las aulas bien contra material o contra otros compañeros.

Pregunta 43. Entendemos por otros productos sanitarios: bolsas de orina, vendas, sondas, enemas, jeringuillas, implantes, etc.

## Anexo 1. Detección de niños en situación de riesgo

Para detectar situaciones de riesgo<sup>3 4 5 6</sup> relacionadas con la vulnerabilidad social en niños, observaremos 4 ámbitos.

***No necesariamente una de estas situaciones de riesgo aislada debe motivar la inclusión del niño en este estudio, dependerá de la gravedad y la repercusión que el pediatra observe en el niño.***

### **SOCIO-FAMILIAR:**

Familia desestructurada.- Periodos de separación de los padres, convivencia fuera del núcleo familiar (abandono del menor). Periodos pre y post divorcio padres. Formas de violencia entre padres.

Problemas familiares.- Familias numerosas más de 3 hijos. Familias monoparentales sin apoyo. Padres adolescentes. Bajo nivel intelectual en padre/madre.

Entorno en el que viven.- Que la vivienda tiene menos de 40 m2. Carecer de aseos o cuarto de baño. Vivienda es muy antigua y sin conservación.

Maltrato.- Signos de violencia física incluidos aquellos signos que puedan hacer sospechar agresiones sexuales. Signos de violencia verbal (voz alta o fuerte cuando se refieren al niño/a). Falta evidente y repetida de cuidados básicos. Observación de los percentiles de peso y talla.

Etnicidad y religión.- Incluidos inmigrantes, creencias religiosas que puedan repercutir en sus hábitos de vida y la salud.

Desprotección.- Menores en riesgo o desamparo, acogidos por los sistemas de protección. Menores extranjeros no acompañados. Adolescentes infractores.

### **ÁMBITO ECONÓMICO.**

Pobreza y empleo.- Trabajos discontinuos. Se han quedado sin empleo. Parados de larga duración. Mendicidad.

Protección social.- beneficiarios de prestaciones económicas (pensión no contributiva, etc.). Uso frecuente de comedores sociales, banco de alimentos. Uso de comedores escolares en verano.

### **ÁMBITO SOCIOEDUCATIVO.**

Ámbito escolar y de relaciones del niño.- Problemas en la escolarización o fracaso escolar ligadas a discapacidad, a situación sociofamiliar, económica, a origen o etnia... (Absentismo, repetición de cursos.). Violencia en la escuela (robar material escolar, romper instalaciones, quemar material, etc...) Educación especial. Lengua materna distinta del español. Sospecha de aislamiento social o bullying (maltrato entre iguales).



### **ÁMBITO SOCIOSANITARIO**

General consulta.- Ausencia de cobertura sanitaria. Faltas reiteradas a revisiones y/o vacunaciones. No cumplimiento de pautas de tratamiento o control de enfermedad. Reiterados síntomas psicómáticos.

Historia de salud familiar.- Mortalidad infantil familiar (accidentes, descuidos, suicidios, etc...). Niños con alguna discapacidad física o psíquica o enfermedad congénita o familia con algún caso que ocasione alta frecuentación o absentismo escolar. Enfermedad discapacitante psíquica o física de padre/madre con o sin cuidadores externos al núcleo familiar (sobrecarga cónyuge cuidador).

Salud mental.- Pesadillas, dificultades para dormir, estrés postraumático, ideas suicidas, imágenes obsesivas, baja autoestima. Interconsultas realizadas con salud mental infanto-juvenil. Trastornos mentales antes de los 14 años.

Consumo de drogas.- Sospecha de los padres de consumo de droga: tabaco, hachís, alcohol, etc. Consultas de urgencias relacionadas con consumo de drogas, esporádicas. Menores que solicitan consulta por consumo de drogas: tabaco, hachís, alcohol, etc...

Hábitos de vida saludables.- Peso-talla, desviación en percentiles, curva de peso. Obesidad de los padres. Sobrepeso, falta de actividad física de los niños y padres. Hábitos familiares de consumo de alimentos. Higiene, presencia de parásitos.

Sexualidad.- Consulta infecciones de tipo sexual o por ETS. Consulta por píldora día después en Urgencias. Sospecha en consulta de relaciones no consentidas. Embarazos en menores de 15 años. Consulta por métodos anticonceptivos. Menores de orientación homosexual o de identidad transexual.

## Bibliografía

---

1. UNICEF COMITÉ ESPAÑOL. «Convención sobre los Derechos del Niño », mayo de 2015, 56.
2. Antonia Picornell Lucas. «Bienestar infantil y equidad educativa en Castilla y León». UNICEF Comité Castilla y León, noviembre de 2017.  
<https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/InformeIMprenta.pdf>.
3. Lázaro González, Isabel E., y Amaia Halty Barrutieta. *Vulnerabilidad y exclusión en la infancia: hacia un sistema de información temprana sobre la infancia en exclusión*. Cuadernos para el debate 3. Barcelona: Huygens, 2014.
4. Rodes Fernando, Monera Carlos Enrique, y Pastor Mar. «VULNERABILIDAD INFANTIL, un enfoque multidisciplinar». *Díaz de Santos*, s. f., 17.
5. «La infancia en riesgo social desde la sociedad del bienestar.» Accedido 3 de diciembre de 2018.  
[http://campus.usal.es/~teoriaeducacion/rev\\_numero\\_04/n4\\_art\\_balsells.htm](http://campus.usal.es/~teoriaeducacion/rev_numero_04/n4_art_balsells.htm)
6. Rīga Stradiņš University y V. Ivanauskiene. «Social Support for Schoolchildren at Risk of Social Exclusion». *SHS Web of Conferences* 2 (2012): 00015.  
[https://www.shs-conferences.org/articles/shsconf/pdf/2012/02/shsconf\\_shw2010\\_00015.pdf](https://www.shs-conferences.org/articles/shsconf/pdf/2012/02/shsconf_shw2010_00015.pdf)