

# Aspectos psicosociales de los exámenes de salud en la infancia

L. Martín Alvarez

Madrid

Los exámenes de salud en la infancia se iniciaron en la primera mitad de nuestro siglo coincidiendo con la toma de conciencia por la sociedad de la importancia de los problemas de salud del niño y de la familia, en particular la madre. Así mismo, estuvieron relacionados en su comienzo con la evidencia creciente de la relación entre entorno del niño (nivel socioeconómico, escuela) y problemas de salud.

En este sentido, el primer elemento condicionante lo constituyeron las elevadas tasas de mortalidad neonatal y post-neonatal. Este hecho, grave desde el punto de vista de la Salud Pública, determinó una lucha contra los peligros subyacentes a esta elevada mortalidad en la infancia: los peligros «infeccioso» y «nutricional». De este modo, los primeros centros y actividades de «Higiene Infantil» incluían la vigilancia del desarrollo estatura-ponderal, la educación sanitaria en higiene alimentaria (lactancia materna, suplementos vitamínicos...) y la profilaxis de las enfermedades infecciosas de elevada prevalencia en aquel momento (tuberculosis, difteria), mediante vacunaciones e inmunoprofilaxis. Junto a estas actividades dirigidas al niño de 0-2 años, se llevaban a cabo actividades dirigidas a «proteger» la salud de

la madre (nutrición en el embarazo, prevención de la eclampsia, sepsis puerperal); todas estas actividades tenían como fin, no sólo salvaguardar al recién nacido sino también disminuir las elevadas tasas de morbimortalidad materna.

Asimismo, el reconocimiento de la importancia del entorno en la salud infantil hizo que se pusieran en marcha programas de salud en las escasas guarderías existentes y en los colegios. En general, estas actividades en el medio escolar y preescolar eran una continuación de las realizadas en la familia y se limitaban a aprovechar el agrupamiento que el medio escolar significaba y a luchar contra los riesgos infecciosos derivados de este mismo agrupamiento. Este perfil de los exámenes de salud, «infeccioso-nutricional», no incluía de modo manifiesto aspectos psicosociales. El modelo se mantuvo hasta la década de los cincuenta y desde un punto de vista organizativo estas actividades se articulaban como «campañas», es decir iban dirigidas a grupos de riesgo por características socioeconómicas, se apoyaban en estrategias limitadas en el tiempo y se sustentaban en servicios gubernamentales monográficos, desvinculados de la red asistencial sanitaria (en aquel momento, fundamentalmente sector privado y hospitales benéficos)<sup>1</sup>.

Centro de Salud «Barrio del Pilar»,  
Insalud. Madrid

Posteriormente, el desarrollo de políticas sociosanitarias de cobertura asistencial y de salud pública universal tras la Segunda Guerra Mundial, conllevó la puesta en marcha de servicios y programas de mayor base comunitaria y en muchos casos integrados en la red asistencial. Este cambio determinó la inclusión de aspectos psicosociales, debido al conocimiento creciente de la relación entre nivel de salud y nivel socioeconómico. Asimismo, y como parte de este cambio, se inició la estrategia de «riesgo»<sup>3</sup> es decir, algo para todos y algo más para los niños y/o familias con mayor vulnerabilidad/probabilidad de sufrir determinados problemas (retraso pondero-estatural, retraso mental, problemas psicomotores graves). Estos factores de riesgo eran básicamente circunstancias neonatales adversas (recién nacidos de bajo peso, madres adolescentes, riesgo socioeconómico...), o problemas post-neonatales (minusvalías sensoriales, retraso psicomotor, enfermedad crónica)<sup>4</sup>.

En el momento actual, los exámenes de salud en la infancia se enmarcan en el siguiente contexto socio-demográfico, de problemas de salud y de características de los servicios sanitarios<sup>5-9</sup>:

- La natalidad decreciente o estabilizada.
- La estructura nuclear de una gran parte de las familias o de padre/madre único.
- El entorno eminentemente urbano en el que se desarrolla la infancia, hecho éste que va unido a los cambios familiares por el trabajo de la mujer fuera del hogar y el paro.
- El adelanto en la edad de escolarización.
- La mortalidad decreciente, sobre todo en el período postneonatal.
- La disminución de la morbilidad «clásica» (infecto-contagiosa, nutricional).
- El reconocimiento de la importancia social y sanitaria de las minusvalías y de la enfermedad crónica.
- El peso creciente de los problemas madurativos y de salud mental.
- Las limitaciones económicas en el sector sanitario, con su posible repercusión en el nivel de salud infantil.
- La constatación del impacto relativo de las

intervenciones sanitarias aisladas en comparación con las acciones sobre el medio social y familiar<sup>10,11</sup>.

Junto a estos hechos hay que tener en cuenta también la aportación que a los exámenes de salud han realizado otros sectores profesionales (pedagogía, psicología, sociología), a través de un conocimiento más profundo de las necesidades psicosociales y del modo de atender a las mismas.

En consonancia con todo lo anterior, se puede decir que los exámenes de salud en la infancia forman ya parte sustancial del quehacer de los Equipos de Atención Primaria<sup>12,13</sup>. Estos exámenes de salud tienen en la actualidad como objetivo general alcanzar y mantener un nivel de salud óptimo, con arreglo al patrón de salud indicado anteriormente. De este modo, las actividades más frecuentemente desarrolladas en el momento presente son<sup>14,15</sup>:

- La vigilancia del crecimiento y desarrollo estaturoponderal y psicomotor.
- La promoción de la lactancia materna, la supervisión de la alimentación y la prevención de las carencias vitamínicas y de oligoelementos.
- El cribaje de los defectos sensoriales, de la displasia de cadera y de las infecciones del tracto urinario.

Sin embargo, y en relación con el desarrollo madurativo, en la mayoría de los programas del niño sano (de 0 a 2 años) existe una cierta precariedad en la inclusión de los aspectos psicosociales (vínculos parentales, modificaciones del entorno sociofamiliar y su influencia en el desarrollo, valoración del proceso de socialización...). Esta precariedad está condicionada por las dificultades metodológicas que implica la valoración del desarrollo psicosocial (requisito de los «screening», discurso uncausal predominante en el sector sanitario)<sup>16,17</sup>. Estas dificultades, unidas a la evidencia reciente de la relativa eficacia del «screening» del desarrollo psicomotor en la infancia, no debe limitar la «escucha» de los problemas psico-sociales en la infancia.

Así pues, para salvar estas limitaciones en el desarrollo de los exámenes de salud en Atención Primaria, se precisa:

– Mejorar los conocimientos y el manejo de la patología psicósomática (trastornos del apetito, del sueño, asma...) de modo que el abordaje clínico se complemente con una exploración y valoración del entorno social y familiar del niño/niña.

– Incluir los aspectos psicosociales de la infancia en todos los encuentros del equipo de salud con la familia: la supervisión de salud y su componente psicosocial no se debe limitar a los exámenes de salud programados.

– Analizar los aspectos psicosociales de aquellos subprogramas o actividades con marcado matiz psicosocial. Ejemplo: la promoción de la lactancia materna, los cuidados básicos (ritmo vigilia-sueño, alimentación diversificada).

– Avanzar en la coordinación con los recursos de salud mental del Área para un trabajo supervisado de los aspectos psicosociales, tanto en el nivel de niño-familia como en lo relativo al grupo etario y social al que pertenece el niño/niña.

## Bibliografía

1. ARBELO CURBELO, A. y ARBELO LOPEZ DE LETONA, A.: «La Salud del niño especial a través de la mortalidad del lactante y mortalidad perinatal». *An Esp Pediatría*, 13,3: 5-10, 1980.
2. DE MIGUEL, J.: «La amorosa dictadura». Anagrama (Barcelona), pags. 23-43, 1984.
3. O.M.S.: «Método de Atención Sanitaria de la madre y el niño basado en el concepto de riesgo». O.M.S., Ginebra, 1978.
4. O.M.S. OFICINA REGIONAL EUROPEA: «El niño y el adolescente en la sociedad». Euro Reports and Studies, num. 3, Copenhague, 1980.
5. ARBELO CURBELO, A. y ARBELO LOPEZ DE LETONA, A.: «Demografía sanitaria de la adolescencia». Publ. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
6. COMUNIDAD DE MADRID (Consejería de Economía): «Anuario Estadístico 1987». Publ. Comunidad de Madrid, pags. 91-105; 106-126.
7. MILLER, C.A. et al.: «La salud infantil, una crisis ética». *Pediatrics*, 73: 550-558, 1984.
8. MANCIAUX, M. et al.: «L'enfant et sa santé», Doin Ed., pags. 21-45, 1987.
9. TEN HORN, G.H.M.M. y PEDREIRA MASSA, J.L.: «Epidemiología y registro de casos de salud mental infanto-juvenil», *Rev. As. Esp Neurops.*, 8: 373-390, 1988.
10. STERKY, G.: «New perspectives in prevention in childhood», O.M.S. Working Group. Oct. 1985.
11. MELLBIN, T., y SUNDELIN VUILLE, J.C.: «From four years to adolescence Health and adjustment from play period to preadolescence», *Socialstyrelsen redovisar*, 10: 23-33, 1982.
12. O.M.S. OFICINA REGIONAL EUROPEA: «Atención Primaria de Salud: De la teoría a la práctica», Euro-reports and Studies, num. 69, Copenhague, 1982.
13. PEDREIRA, J.L.: «Atención Primaria en Salud Materno-Infantil». *An. Esp. Pediatría*, 25, 1: 45-48, 1986.
14. BRAS, J.: «Supervisión de la salud. Esquemas de Pediatría Preventiva en las diferentes edades». *An. Esp. Pediatría*, 27S: 19-32, 1987.
15. MARIN TORRENS, R.M. et al.: «Evaluación Pediátrica en Atención Primaria», Generalitat Valenciana, Monografías Sanitarias, num. 6, pags. 21-30/253, 1987.
16. MACFARLANE et al.: «Child Health: The Screening Tests», Oxford University Press, pags. 1-8, 1989.
17. BUTLER, J.: «Child Health Surveillance in Primary Care», Her Majesty's Stationery Office, pags. 1-11, 1989.