

Detección y abordaje de las **EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA**



DETECCIÓN Y ABORDAJE DE LAS EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA

Enfoque intersectorial para profesionales sanitarios

Consejería de Salud y Consumo, Octubre 2023



Edita: Consejería de Salud y Consumo.

Responsables de la edición: Direcciones Generales de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones y de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.

Declaración de intereses:

Las personas que han participado en la autoría y revisión de este documento declaran que no existe interés económico o personal, directo o indirecto, ni ninguna situación que pueda afectar a las actuaciones y decisiones durante su proceso de elaboración.

© Junta de Andalucía 2023

El texto de este documento se puede reproducir de forma gratuita en cualquier formato o medio, siempre que se reproduzca con precisión y no en un contexto engañoso. El material debe ser reconocido como perteneciente a la Consejería de Salud y Consumo, y el título del documento especificado.

Cómo citar este documento:

Detección y abordaje de las Experiencias Adversas en la Infancia. Enfoque intersectorial para profesionales sanitarios. Junta de Andalucía. Lama Herrera, C, Jiménez González, S, Reyes Alcázar, V, Garrido Porras, A, Maestro Barón, JC. 2023. CONSEJERÍA DE SALUD Y CONSUMO. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons
[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo.

Maquetación: Kastaluna.

Consejería de Salud y Consumo: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

Índice

Coordinación y grupo de trabajo / 4
Acrónimos / 6
Presentación / 7
Conceptualización del problema / 8
Experiencias adversas en la infancia / 9
Tipología / 12
Consecuencias / 13
Enfoques / 14
Enfoque de derechos de la infancia / 14
Apego / 15
Perspectiva de ciclo vital / 16
Determinantes sociales de la salud infantil / 17
Análisis de la situación en Andalucía / 18
Análisis cualitativo según familias y asociaciones / 18
Análisis cualitativo según el grupo profesional de experiencias adversas en la infancia / 22
Líneas de intervención / 24
Promoción, prevención y detección precoz / 26
Intervenciones en la Red de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia / 28
Gestión del conocimiento / 29
Coordinación y gobernanza / 30
Anexo 1. Marco normativo / 32
Normas internacionales sobre los derechos de la infancia / 33
Normas nacionales sobre los derechos de la infancia / 34
I. La Constitución Española / 34
II. La Ley de Protección Jurídica del Menor / 35
III. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia / 37
Legislación autonómica / 41
I. Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía / 41
II. Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía / 42
Anexo 2. Marco estratégico / 44
Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria / 45
Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía / 45
Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia / 46
III Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía 2023-2027 / 47

Coordinación y grupo de trabajo

Coordinación

Carmen Lama Herrera

Subdirectora de Estrategias, Planes y Procesos. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

Soledad Jiménez González

Jefa de Servicio de Atención Socio Sanitaria. Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.

Víctor Reyes Alcázar

Asesor Técnico. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

Antonio Garrido Porras

Asesor Técnico. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica.

Juan Carlos Maestro Barón

Asesor Técnico. Programa de Salud Mental. Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.

Grupo de trabajo

Rosario Molina Pineda

Departamento de Adopción Nacional de la Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud. Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.

Teresa Salces Rodrigo

Asesora Responsable de Infancia. Defensor del Pueblo Andaluz.

Teresa Iriarte de los Santos

Asesora Técnica de Planificación Operativa. Servicio Andaluz de Salud.

Daniel Jiménez Calvo

Trabajador Social. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía.

Irene Fuentes Caro

Asesora Técnica. Subdirección de Gestión Sanitaria. Coordinación de Gestión y Evaluación. Servicio Andaluz de Salud.

Aurora Alés Portillo

Enfermera Especialista Salud Mental. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

María Dolores Gómez García

Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil. Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Patricia García Roldán

Asesora Técnica. Servicio Andaluz de Salud.

Soledad Vila Pariente

Técnica del Servicio de Orientación Educativa y Atención a la Diversidad. Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional.

José David Seguí Durán

FEA Psicología Clínica. Servicio Andaluz de Salud. Unidad de Salud Mental Comunitaria Benalmádena, Málaga.

María del Mar Muñoz

Programa de Salud Mental. Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones.

Asesores

Jesús Palacios González

Catedrático del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Sevilla.

Maite Román Rodríguez

Profesora Titular del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Sevilla.

María Ángeles Prieto Rodríguez

Profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Acrónimos

AH	Atención Hospitalaria
AP	Atención Primaria
AVPD	Años de Vida Potencialmente Perdidos
BPS	Base Poblacional de Salud
EAI _s	Experiencias Adversas en la Infancia
FASD	Fetal Alcohol Spectrum Disorder
HCD	Historia Clínica Digital
OMS	Organización Mundial de la Salud
PICUIDA	Estrategia de Cuidados de Andalucía
SAF	Síndrome Alcohólico Fetal
SSPA	Sistema Sanitario Público de Andalucía
SAS	Servicio Andaluz de Salud
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad
TEAF	Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal
UPRA	Unidades y Procedimientos de Referencia del Sistema Sanitario Público Andaluz

Presentación

En el marco de la XII Legislatura del Gobierno de la Junta de Andalucía desarrollamos el compromiso de dar respuesta a las necesidades puestas de manifiesto por la ciudadanía y por los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

En este contexto, es un honor para mí presentar el documento sobre la detección y abordaje de las Experiencias Adversas en la Infancia, destinada a los profesionales sanitarios, con los objetivos de incrementar el conocimiento y la sensibilización profesional sobre la naturaleza de la adversidad infantil y sus repercusiones en la salud física y mental, el desarrollo evolutivo y el bienestar y prosperidad a lo largo del ciclo vital; de mejorar la capacidad del sistema de salud para prevenir e identificar precozmente las experiencias adversas en la infancia, así como para desarrollar estrategias específicas de seguimiento y apoyo profesional bajo un modelo orientado al trauma; y de generar un programa de atención a la salud mental de adolescentes y personas jóvenes afectadas por experiencias adversas en la infancia.

Este documento se elabora tras la solicitud puesta de manifiesto por diversas asociaciones de familiares como Petales- Asociación de Ayuda Mutua, Adversidad Temprana y Apego, y AFA-SAF, la Asociación de familias afectadas por el síndrome alcohólico fetal, que se dirigieron a esta Consejería solicitando el desarrollo de recursos específicos para la prevención y atención de problemas en el desarrollo afectivo y psicosocial de personas que han vivido situaciones de adversidad en la infancia (*adopción internacional de diversos países donde la prevalencia de la ingesta de alcohol durante el embarazo es elevada, institucionalización, maltrato, procesos de separación de su familia biológica y de integración en familia sustituta...*), eventos negativos relacionados entre sí, con carácter crónico o recurrente y efectos acumulativos, a los que se suman la insuficiencia de recursos individuales, familiares o ambientales para enfrentarlos y atenuarlos en forma satisfactoria. Así, en respuesta a las demandas de AFASAF, desde junio de 2021 viene funcionando en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla la Unidad de apoyo al diagnóstico y al seguimiento de pacientes con trastornos de Espectro Alcohólico Fetal (TEAF).

Dadas las implicaciones educativas y sociales que conllevan las Experiencias de Adversidad Infantil, además de las repercusiones en la salud, el enfoque intersectorial está presente en este documento. Es importante la formación, sensibilización, detección precoz y abordaje adecuado por parte de los diferentes profesionales (*salud, educación, servicios sociales, justicia...*) de las dificultades de las niñas y niños que han pasado por adversidad temprana, pero debe tenerse mucha precaución para evitar la estigmatización de esta población, pues, aunque muchas chicas y chicos presentan trastornos y problemáticas que requieren una adecuada atención e intervención por parte de los distintos sistemas, otros presentan un desarrollo muy adecuado (aunque tuvieran dificultades iniciales).

Este documento es fruto del trabajo que se ha venido desarrollando en el acercamiento realizado a la problemática originada por experiencias adversas en la infancia desde la Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo; la Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones; la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica; el Servicio Andaluz de Salud, la Escuela Andaluza de Salud Pública, y la colaboración de profesionales de las Consejerías competentes en materia de educación, justicia, servicios sociales y otras instituciones como la Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz y la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla, así como el propio movimiento asociativo, por lo que desde aquí comunico mi agradecimiento a los profesionales que han intervenido en su elaboración.

Catalina García Carrasco
Consejera de Salud y Consumo

■ Conceptualización ■ del problema

Experiencias adversas en la infancia ■ ■

Las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) constituyen una constelación de eventos negativos relacionados entre sí, con carácter crónico o recurrente y efectos acumulativos, a los que se sumarían la insuficiencia de recursos individuales, familiares o ambientales para enfrentarlos y atenuarlos en forma satisfactoria¹. Estas adversidades son de diversa índole y gravedad, mayoritariamente influencias no normativas (no predecibles en función de la edad o el contexto histórico y cultural) que adquieren potencial traumático y tienen consecuencias para la salud y el bienestar a lo largo del ciclo vital.

El término de Experiencias Adversas de la Infancia fue descrito por primera vez en el histórico estudio que Felitti, con la Centers for Disease Control and Prevention (CDC) y Kaiser internacional llevó a cabo en 1998 sobre una muestra inicial de 17.000 personas. Se investigó la relación entre la salud recogida en los historiales clínicos, con la vivencia de distintas situaciones traumatizantes sufridas por los participantes durante su infancia (hasta que cumplieron los 18 años)²³.

Se midieron siete categorías, relacionadas con: maltrato (psicológico, físico, abuso sexual), madre tratada violentamente, consumo de tóxicos por parte de las personas que convivían en el mismo hogar, patología psiquiátrica en los cuidadores principales, encarcelamiento de algún progenitor).

De los resultados de este estudio se pueden destacar los siguientes:

- las EAI son habituales: el 67 % de las personas encuestadas tenían al menos un evento de esta naturaleza.
- se observó además una asociación significativa entre el número de EAI y peores efectos sobre la salud en la edad adulta.
- las EAI se relacionaban con un mayor riesgo de adoptar estilos de vida perjudiciales y una mortalidad prematura, con disminución de las expectativas de vida de hasta 20 años.

Las EAI afectan al desarrollo físico, cognitivo, social, emocional y a la salud. Aunque se describen hasta los 18 años, son más frecuentes en menores de 6 años. Por ejemplo, el 98,1% de los niños y niñas entre 18 y 71 meses de edad han sufrido, al menos, una EAI y el 50,5% han vivido 4 o más. El 12,5% de los niños menores de 6 años han tenido dos o más EAI, ocurriendo la primera EAI antes del año y medio. Una vez que ocurre una EAI en la niñez, aumenta tempranamente el riesgo de sufrir EAI adicionales⁴.

¹Vega-Arce, M., & Nuñez-Ulloa, G. (2017). Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 124-130. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.02.004>

²Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

³Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286(24), 3089-3096. <https://doi.org/10.1001/jama.286.24.3089>

⁴Soriano Ferrer, M. (2022). Impacto en la conducta de las experiencias adversas en la infancia. *Pediatr Integral*, XXVI, 49e1-49e5.

- Si las EAI se describen como se hicieron en el párrafo anterior (maltrato, consumo de tóxicos, patología en cuidadores, encarcelamiento), el 98,1 % de los niños y niñas no han podido sufrir esas experiencias. Revisando los datos, (Soriano, 2022), indica que esos resultados procedentes de distintos estudios tienen varias limitaciones entre las que se encuentran las siguientes: (a) uso de datos de diferentes contextos (comunidad, hospital, escuela, país...), (b) uso de poblaciones diferentes (clínica, comunitaria, niños, adolescentes, adultos...), (c) uso de diferentes fuentes de información (observación directa, examen médico, cuestionarios, entrevistas...), (d) uso de diferentes conceptualizaciones de las experiencias adversas (evento adverso, evento potencialmente traumático, evento traumático, ...). Por lo tanto, esos datos de prevalencia corresponden a estudios con poblaciones específicas, de manera que no son representativas de la población general.

Las evidencias científicas han documentado la existencia de periodos especialmente sensibles de crecimiento y desarrollo, sobre todo durante el embarazo y la primera infancia, pero también a lo largo de toda la niñez y la adolescencia. Estas etapas constituyen fases del desarrollo en las que se inscriben con más facilidad aprendizajes, capacidades y recursos personales de afrontamiento vital.

Durante estos momentos más tempranos del desarrollo la exposición a factores ambientales nocivos y estresantes o, en su caso, a experiencias y contextos positivos de protección y estimulación establece una fuerte asociación con el potencial de salud y bienestar a largo plazo⁵. Identificar las experiencias de adversidad en las etapas más precoces (antes de los 5 años) resulta de gran relevancia para actuar sobre sus impactos y prevenir secuelas. Además, puede evitar la concurrencia o asociación de experiencias nocivas (cadenas o conglomerados de riesgos) que incrementan la toxicidad del estrés.

Existen pruebas sobre la influencia de la neurobiología del estrés en la plasticidad cerebral y en el neurodesarrollo. Cuando las experiencias de estrés persisten en el tiempo o se cronicizan, los daños sobre el desarrollo cerebral y psicológico pueden ser duraderos y afectar, no sólo las estructuras y la organización cerebral, sino también las capacidades para un apego sano y seguro.

Si bien cierta cantidad de estrés es útil para la adaptación de los seres vivos e incluso favorece el neurodesarrollo, cuando este estrés es originado por situaciones de adversidad y se hace crónico y prolongado en el tiempo, desencadena una respuesta neurobiológica descontrolada en la que participa el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal y el sistema nervioso simpático, y que tiene como consecuencia la liberación de mediadores químicos como el cortisol.

⁵ World Health Organization. (2000). Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital Repercusiones para la capacitación (WHO/NMH/HPS/00.2). https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69401/WHO_NMH_HPS_00.2_spa.pdf

Es el denominado “estrés tóxico”, por el daño que genera sobre el organismo. La elevación persistente de cortisol puede alterar la arquitectura del cerebro, afectar al aprendizaje, la memoria y la adaptación conductual y emocional. El estrés tóxico es el mecanismo implicado en las principales causas de morbilidad y mortalidad en la vida adulta y por tanto en el desarrollo de enfermedades mentales, cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, alteraciones hepáticas, enfermedades inmunológicas y en la aparición de cáncer. Por todo lo referido, hay investigadores que sitúan los orígenes de la salud a lo largo de la vida en la primera infancia y que es el estrés crónico de la niñez lo que predice fuertemente el gradiente de salud de los adultos. Además, diferentes exposiciones a factores estresantes en momentos críticos pueden afectar a la forma en que se expresa un gen (epigenética), lo que posteriormente repercute en los comportamientos y en las condiciones de salud que se manifiestan a lo largo de la vida y puede tener una transmisión transgeneracional.

Aunque los niños/as que experimentan eventos catastróficos, como el abuso, tienen alto riesgo de respuesta de estrés tóxico, la epidemiología sugiere que la mayor cantidad de niños en riesgo de este tipo de respuesta son los afectados por las condiciones crónicas de la vida, como ocurre en la negligencia.

El estrés tóxico puede dañar la estructura y la organización cerebral, las áreas prefrontales y puede limitar la posibilidad de un apego sano, este daño es mayor en etapas en las que el sistema nervioso es más vulnerable, es decir en la etapa prenatal y los primeros 2-3 años de vida. Las EAIs, el estrés tóxico y los mecanismos para reestablecer la homeostasis forman parte de las nuevas morbilidades de la infancia y adolescencia.

“La desregulación fisiológica puede alterar la arquitectura del cerebro y otros sistemas de órganos durante períodos sensibles de desarrollo infantil cuando los niños son más vulnerables al contexto social y ambiental; los resultados de salud negativos que se presentan más adelante en la vida adulta pueden ser el resultado de respuestas fisiológicas, epigenéticas y cognitivas acumuladas al estrés crónico debido a la exposición temprana a la adversidad.”⁶

⁶ Bucci, M., Marques, S. S., Oh, D., & Harris, N. B. (2016). Toxic Stress in Children and Adolescents. *Advances in Pediatrics*, 63(1), 403-428. <https://doi.org/10.1016/j.yapd.2016.04.002>

Tipología ■ ■

En la revisión del impacto de las EAI entre los 0 a 5 años, Vega-Arce y Nuñez-Ulloa recogen una tabla que enuncia las diferentes categorías de EAI identificadas desde la investigación seminal de Felitti⁷, la conceptualización de Cronholm⁸ y la reformulación de Finkelhor⁹.

Maltrato emocional	Separación de los padres o divorcio
Maltrato físico	Encarcelamiento de un miembro de la familia
Abuso sexual	Bajo nivel socioeconómico
Negligencia emocional	Victimización por pares
Negligencia física	Discriminación
Abuso de sustancias en el hogar	Aislamiento o rechazo de pares
Madre tratada violentamente	Exposición a violencia en la comunidad
Enfermedad mental en el hogar	

Desde el referido estudio de Felitti, el catálogo de experiencias adversas se ha ido ampliando:

Discriminación	Institucionalización
Desastres naturales	Vivir en centros de protección
Guerras	

También pueden considerarse como adversidad temprana los nacimientos de riesgo relacionados con antecedentes durante el embarazo, parto y/o periodo perinatal. Por ejemplo, el consumo de alcohol durante el embarazo en el contexto de la adopción internacional de diversos países de origen donde la prevalencia de la ingesta de alcohol durante el embarazo es elevada. Estos niños/as tienen más posibilidades de presentar, en los primeros años de la vida, problemas de desarrollo psíquico, sensoriales, motores o de comportamiento de forma transitoria o permanente. Los factores que conllevan esta situación se clasifican como de riesgo biológico, neurosensorial, psicológico, social o asociación de los mismos¹⁰. Con independencia de que las causas sean potencialmente evitables (consumo de tóxicos, violencia, pobreza) o lo sean más difícilmente (enfermedad materna, infección intrauterina congénita, parto prematuro, infarto o

⁷ Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)

⁸ Cronholm, P. F., Forke, C. M., Wade, R., Bair-Merritt, M. H., Davis, M., Harkins-Schwarz, M., Pachter, L. M., & Fein, J. A. (2015). Adverse Childhood Experiences. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(3), 354-361. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.02.001>

⁹ Finkelhor, D., Shattuck, A., Turner, H., & Hamby, S. (2015). A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect*, 48, 13-21. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.011>

¹⁰ Proceso asistencial integrado seguimiento recién nacido de riesgo, 1ª edición 2009 - Junta de Andalucía. (n.d.). Retrieved December 1, 2022, from https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956dcfafc_0_riesgo.pdf

hemorragia) conforman un comienzo de adversidad biológica que puede propiciar la aparición de otras experiencias adversas (riesgo y probabilidad que modulan factores como la respuesta de la familia, las intervenciones profesionales, las condiciones de vida, los recursos comunitarios...).

En general, las experiencias adversas en la infancia temprana incrementan las probabilidades de sufrir otras adversidades y tienen un impacto acumulativo.

Consecuencias ■ ■

Las pruebas parecen señalar a los dos primeros años de vida como una etapa con periodos sensibles para muchas de las áreas más importantes del desarrollo, como la competencia social, el lenguaje, el sistema de apego o el sistema de estrés, entre otras. Los periodos sensibles en el desarrollo y la plasticidad expectante de la experiencia implican que si un sistema no recibe de manera suficiente una experiencia esperable durante un determinado momento del desarrollo —lo que se denomina periodo sensible—, ese sistema quedará afectado y con una capacidad limitada para la recuperación¹¹. La importancia de las experiencias tempranas radica en su naturaleza jerárquica y acumulativa del desarrollo, ya que establecen infraestructuras de desarrollo para facilitar las adquisiciones evolutivas siguientes¹².

Las carencias, fallas y experiencias estresantes en las primeras etapas pueden establecer una relación causal con la morbilidad adulta. Las EAI pueden condicionar en las etapas posteriores del desarrollo alteraciones cardiometabólicas, inmunitarias, neuroanatómicas y hormonales.

La exposición a experiencias infantiles adversas puede ser traumática, evocando respuestas de estrés tóxico que tienen impactos fisiológicos y psicológicos perjudiciales, tanto a corto como a largo plazo. Pueden afectar al sistema inmunitario y el funcionamiento de algunos órganos y se asocian con un mayor riesgo de trastornos por consumo de alcohol y sustancias, suicidio, problemas de salud mental, enfermedades cardíacas, otras enfermedades crónicas y conductas de riesgo para la salud a lo largo de la vida¹³.

La evidencia indica que las EAI se han encontrado asociadas a cáncer, diabetes tipo 2, depresión, intentos de suicidio, estrés postraumático, policonsumo de sustancias y psicosis, entre otras problemáticas. Estos hallazgos han llevado a considerar las EAI como un foco central de la prevención en salud¹⁴.

¹¹ Carrera García, P. (2020). Adversidad y adaptación en niños y niñas en acogimiento familiar. Funciones ejecutivas, comprensión de las emociones y representaciones de apego [Universidad de Sevilla]. https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7405_d_AdversidadAdaptacion-AcogimientoFamiliar.pdf

¹² Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood. Guilford Press.

¹³ Merrick, M. T., Ford, D. C., Ports, K. A., Guinn, A. S., Chen, J., Klevens, J., Metzler, M., Jones, C. M., Simon, T. R., Daniel, V. M., Ottley, P., & Mercy, J. A. (2019). Vital Signs: Estimated Proportion of Adult Health Problems Attributable to Adverse Childhood Experiences and Implications for Prevention - 25 States, 2015-2017. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(44), 999-1005. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6844e1>

¹⁴ Vega-Arce, M., & Núñez-Ulloa, G. (2017). Cribado de las experiencias adversas en la infancia en preescolares: Revisión sistemática. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 74(6), 385-396. <https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2017.07.003>

Enfoques ■ ■

Algunos marcos de referencia y desarrollos conceptuales, normativos y científicos estarían también en la base de la fundamentación teórica y comprensión para una mirada integral sobre la importancia de prevenir, identificar e intervenir precoz e interdisciplinariamente en la adversidad infantil temprana.

Enfoque de derechos de la infancia ■ ■ ■ ■

Existe una conciencia creciente sobre la necesidad de dejar atrás el status de la infancia a lo largo de la historia, definido por las condiciones de subalternidad, discriminación y violencia que ha soportado, así como por su invisibilidad política. La visión de la infancia como un período de la vida con particularidades evolutivas propias y con necesidades específicas, especialmente vulnerable y merecedor de protecciones especiales por parte de los adultos y de los Estados es, sin embargo, bastante reciente. Aunque todas las convenciones sobre derechos humanos se aplican a la niñez, se requería de una convención independiente que reconociese la atención y protección adicional a que tiene derecho la infancia.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), aprobada en 1989, es un tratado internacional de Derechos Humanos que constituye el instrumento privilegiado de la comunidad internacional para superar la postergación histórica que ha soportado la infancia, asegurar sus derechos básicos y para reformular la consideración de los niños y niñas como sujetos de derechos. La CDN ha servido como marco legal para promover los derechos de la infancia (derecho a la vida y al desarrollo, prioridad de los intereses de los niños/as, derecho a la protección y a la participación) y, en este sentido, ha sido importante el avance que ha impulsado hacia un nuevo marco de derechos a nivel global.

El enfoque de derechos de la infancia supone la obligación moral y legal de los Estados para brindar protección y ayuda a los niños, a los que se les reconoce como sujetos de derechos, con capacidad para exigirlos y como participantes activos de su ejercicio. Conlleva una visión universal, interdependiente e indivisible de los derechos, basados en estándares internacionales y en una perspectiva a largo plazo, y obliga a los Estados a rendir cuentas¹⁵.

El tránsito desde una perspectiva del niño/a como objeto de cuidados especiales a otra en que se reconoce como sujeto de derechos, implica que la familia adquiere también un estatuto público, ya no es un ámbito exclusivamente privado y, por consiguiente, el Estado es el garante de sus derechos, debiendo intervenir cuando estos son vulnerados, como es el caso de la violencia que se ejerza en cualquier contexto, también en el intrafamiliar¹⁶.

¹⁵ Child rights programming: How to apply rights-based approaches in programming: A handbook for International Save the Children Alliance members. (2002). Save the Children Sweden; International Save the Children Alliance.

¹⁶ Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8>

En la perspectiva de derechos de la infancia, los niños y niñas están facultados para ejercer y exigir sus derechos, son participantes activos por su condición de ciudadanos y existe la prioridad de asegurarles entornos amigables, así como de emplear una perspectiva integral y multisectorial para su protección.

En el Anexo I de este documento se incluye un desarrollo más amplio del marco normativo vigente.

Apego ■ ■ ■ ■

Hay ya una variada evidencia científica sobre la influencia de la calidad de las relaciones afectivas que se establecen con los progenitores en el desarrollo infantil. El apego dentro del contexto de la familia representa el vínculo emocional estrecho que une a sus miembros y promueve relaciones de intimidad, comunicación, reciprocidad y dependencia que están en la base de la infraestructura psicológica humana. El vínculo de apego del bebé a sus cuidadores (la madre suele ser el objeto principal y primero de apego) comienza desde muy pronto y va haciéndose progresivamente más complejo hasta convertirse en la vivencia de un sentimiento mutuo de vinculación.

Pero no todos los niños y niñas se apegan a sus progenitores de igual manera¹⁷. Aunque la mayoría desarrollan vínculos de apego seguros, otros lo hacen de forma insegura (ansiosa, evitativa o desorganizada).

Hay características del niño/a (su temperamento, especialmente) que influyen en el tipo de vínculo que establece con sus padres o cuidadores principales. Pero también influyen en la calidad del apego variables de los progenitores, como sus circunstancias de vida (empleo, situación económica, redes de apoyo) o características personales como su disponibilidad y su sensibilidad. La sensibilidad de los padres significaría su capacidad para entender las señales infantiles y sus necesidades y, así, proveer los cuidados y la estimulación que necesita¹⁸.

Esta sensibilidad parental promueve la creación *"en el niño o niña de una representación mental positiva de la figura de apego (alguien accesible, incondicional y capaz de aportar protección y seguridad) y una representación paralela del yo, igualmente impregnada de atributos positivos (como alguien valioso, digno de cariño, atención y competente para promover la proximidad y la interacción con la figura de apego)"*.

Por tanto, las experiencias de apego impactan en el desarrollo y bienestar infantil presente y futuro y determinan la capacidad de establecer otras relaciones afectivas y sostener una representación de sí mismo como merecedor de cariño y protección. Y, al contrario, los vínculos de apego no seguro comprometen el desarrollo socioemocional, la autoestima y la calidad de otras relaciones personales significativas.

Las situaciones y experiencias de estrés traumático con figuras de apego inconsistentes, no disponibles, con graves insuficiencias para asegurar un ambiente protector y afectivo afectan a las capacidades evolutivas relacionadas con la autorregulación, las representaciones del mundo y de sí, la autonomía y el desarrollo socioemocional. Y ello aumentará las probabilidades de exposición a otras situaciones adversas y se asociará con dificultades psicológicas, de salud e interacción socioafectiva en la vida adulta.

¹⁷ Proyecto apego sobre evaluación y promoción de competencias parentales en el sistema sanitario público andaluz. Parte 1. (s. f.). Recuperado 19 de diciembre de 2022, <https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/programas-salud/paginas/proyecto-apego.html>

¹⁸ El apego en niños y niñas adoptados: modelos internos, conductas y trastornos de apego. Román Rodríguez, Maite. Tesis doctoral. Universidad de Sevilla. Departamento de Psicología evolutiva y de la educación. Sevilla. 2010

Perspectiva de ciclo vital ■ ■ ■ ■ ■

Un enfoque basado en el curso de la vida conlleva el reconocimiento de las distintas influencias biológicas, comportamentales y sociales a lo largo de la vida, mejorando la comprensión de las etapas iniciales de la vida y su relevancia en la configuración de las infraestructuras sólidas del desarrollo cognitivo, socioemocional y de la salud. Un contexto saludable para el desarrollo evolutivo durante los primeros años de vida proporciona los suministros esenciales que aseguran el bienestar social, emocional, cognitivo y físico a lo largo de la vida. La perspectiva del ciclo vital toma en consideración la manera en que la exposición a determinadas experiencias en diferentes fases de la vida se va acumulando y estableciendo gradientes psicosociales que determinan mejores o peores estados de salud a lo largo de la vida, llegando incluso a transmitirse a las siguientes generaciones.

“Un enfoque que abarca la totalidad del ciclo vital incorpora la «hipótesis de los orígenes fetales» (programación), que asocia las condiciones reinantes en el ambiente intrauterino al desarrollo posterior de enfermedades crónicas en la edad adulta, pero es más amplio que dicha hipótesis. Un número creciente de pruebas indica que hay periodos críticos de crecimiento y desarrollo, no sólo durante la gestación y la primera infancia sino también durante la niñez y la adolescencia, en los cuales la exposición a ciertos factores ambientales puede ser más nociva para la salud y afectar más al potencial de salud a largo plazo que en otros momentos de la vida. También hay indicios de la existencia durante la niñez y la adolescencia de fases sensibles del desarrollo en las cuales las aptitudes sociales y cognitivas, los hábitos, las estrategias para afrontar la vida, las actitudes y los valores se adquieren con mayor facilidad que en periodos posteriores. Esas capacidades y aptitudes determinan en gran medida la trayectoria de la vida y tienen repercusiones para la salud en fases ulteriores¹⁹.”

La mirada de ciclo vital favorece la comprensión de la niñez y, más aún, de sus primeras etapas, como momentos prioritarios y privilegiados para las intervenciones preventivas y de promoción relacionadas con la salud y el bienestar. Los fundamentos científicos de las intervenciones muestran que la promoción de la salud y de la equidad en salud es más relevante si se comienza en la etapa de gestación y en la primera infancia²⁰.

“Las experiencias vividas en la primera infancia (definida como el desarrollo del feto hasta los ocho años de edad), y durante el período de educación infantil y posterior, sientan las bases sobre las que se sustentará el resto del desarrollo vital. Estudios científicos sobre la primera infancia revelan que el desarrollo cerebral es muy sensible a las influencias externas de los primeros años de vida y que sus efectos son permanentes. Una buena alimentación es fundamental y empieza en el útero materno, lo que exige que la madre se alimente correctamente. La madre y el niño necesitan atención ininterrumpida antes y durante el embarazo, en el parto y en los primeros días y años de vida. Los niños necesitan vivir en un entorno seguro, salubre, protector, acogedor, receptivo, que favorezca su desarrollo²¹.”

¹⁹ World Health Organization. (2000). Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital: Repercusiones para la capacitación (WHO/NMH/HPS/00.2). Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69401/WHO_NMH_HPS_00.2_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

²⁰ World Health Organization. (2012). Health 2020 policy framework and strategy (+ EUR/RC62/Conf.Doc./8). Organización Mundial de la Salud. <https://iris.who.int/handle/10665/326386>

²¹ Commission on Social Determinants of Health. (2009). Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health, 247.

Por tanto, y de acuerdo a la evidencia científica, las inversiones en recursos e intervenciones destinadas a mejorar las condiciones de desarrollo de la primera infancia son de las más trascendentes que pueden hacer los países y orienta la planificación estratégica y los compromisos presupuestarios de los gobiernos y responsables políticos.

Determinantes sociales de la salud infantil ■ ■ ■ ■

Los determinantes sociales comprenden las condiciones estructurales y de vida (distribución del poder político, ingresos, recursos sanitarios y educativos, vivienda y entorno físico, bienes culturales) que originan gran parte de las desigualdades en salud.

Estas desigualdades en salud infantil en las etapas más tempranas, que son consecuencia de la posición y clase social, nivel educativo, recursos disponibles, origen étnico y otros factores contribuyen a las desventajas a lo largo de la vida y entre generaciones^{22, 23}.

La exposición durante el desarrollo temprano (desde el período prenatal hasta más allá de los 5 años) a factores e influencias negativas relacionadas con desventajas en la posición familiar, las variables ambientales, la violencia o los niveles de estudios tiene un potencial acumulativo y se relaciona con el gradiente de salud en las edades posteriores. También los determinantes sociales pueden funcionar como desencadenantes, modelar y afectar al impacto de las adversidades tempranas. Los estudios revelan la existencia de una asociación entre déficits en el neurodesarrollo (afectaciones en el dominio del lenguaje, la memoria, las funciones y el procesamiento emocional) y bajos niveles socioeconómicos²⁴. En la misma lógica, *“los ambientes enriquecidos y la calidad de la estimulación, la seguridad y el apoyo durante las etapas más sensibles del crecimiento revisten gran importancia”*²⁵.

En el marco de esta perspectiva se prioriza la búsqueda de justicia social, la democratización del poder político y económico y también la dedicación de mayor atención al desarrollo temprano del niño como una estrategia medular para aminorar las desigualdades (equidad desde el principio).

Según la Encuesta de Condiciones de Vida publicada en 2021, en Andalucía, el 33,7% de las personas menores de 18 años se encuentra en riesgo de pobreza o exclusión social, es decir, 451.474 niñas, niños y adolescentes en 2020. Si se emplea el umbral de pobreza relativa de España, el riesgo de pobreza o exclusión social alcanza al 43,8% de la población andaluza menor de edad. Además, el 52,7% de los hogares monoparentales con al menos un hijo o hija dependiente está en riesgo de pobreza o exclusión social (umbral de pobreza de Andalucía) en 2021, un riesgo 25 puntos porcentuales más elevado que el de los hogares compuestos por dos personas adultas con al menos un hijo o hija dependiente en Andalucía.

²² World Health Organization. (2009). Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (62ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A62/9). Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_9-sp.pdf

²³ Rajmil, L., Díez, E., & Peiró, R. (2010). Desigualdades sociales en la salud infantil. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria, 24, 42-48. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.09.012>

²⁴ Muñoz-Vinuesa, A., Afonso-Martín, A., Cruz-Quintana, F., Pérez-Marfil, M., Sotomayor-Morales, E., & Fernández-Alcántara, M. (2018). Determinantes sociales de la salud. Estatus socioeconómico, neurodesarrollo y funciones ejecutivas en la infancia. Index de Enfermería, 27, 143-146.

²⁵ World Health Organization, Irwin, L., Arjumand, S., & Hertzman, C. (2007). Desarrollo de la Primera Infancia: Un Potente Ecuador Informe Final para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. <https://www.almendron.com/tribuna/wp-content/uploads/2020/12/early-child-dev-ecd-2007-es.pdf>

Análisis de la situación en Andalucía ■ ■

En diciembre de 2021, a instancias de la actual Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo, la Escuela Andaluza de Salud Pública realizó dos talleres de trabajo con familias y asociaciones con experiencia en la crianza de niños y niñas con secuelas por adversidad temprana y problemas de apego.

En total participaron 40 personas, madres y padres de niños/as afectados por la adversidad temprana, y las siguientes asociaciones:

1. AFAM
2. Adopción Punto de Encuentro
3. Petales
4. Afasaf
5. VisualTeaf
6. Albores
7. Tolerancia Cero
8. Plataforma de Acogida de Andalucía

Ya en octubre de 2021, la anterior Dirección General de Cuidados Sociosanitarios llevó a cabo varias reuniones con personas expertas de diferentes ámbitos de la administración para establecer un diagnóstico de la situación sobre la problemática de las Experiencias Adversas en la Infancia en Andalucía. Participaron profesionales de los siguientes niveles:

1. Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones
2. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica
3. Departamento de Adopción Nacional de la Dirección General de Infancia, Adolescencia y Juventud. Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad
4. Defensor del Pueblo Andaluz
5. Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía
6. Subdirección de Gestión Sanitaria y Coordinación de Gestión y Evaluación del SAS
7. Servicio Andaluz de Salud
8. Servicio de Orientación Educativa y Atención a la Diversidad. Consejería de Desarrollo Educativo y Formación Profesional
9. Programa de Salud Mental de la Consejería de Salud y Consumo
10. Departamento de Psicología Evolutiva y de Educación de la Universidad de Sevilla
11. Escuela Andaluza de Salud Pública

Análisis cualitativo según familias y asociaciones ■ ■ ■ ■

En el ámbito familiar

- Desde edades muy tempranas los niños/as afectados por EAI presentan indicios de problemas, que **no son valorados ni diagnosticados** por ninguno de los profesionales a los que acuden en distintas etapas del desarrollo (pediatras, educadores, psicólogos/as de postadopción, personal técnico de las delegaciones provinciales de servicios sociales), tales como *irritabilidad, agresividad, falta de control de impulsos, mentiras, robos, conductas sexuales inapropiadas, hiperactividad, cambios de humor frecuentes, trastornos del sueño, enuresis/encopresis, dificultades ante cambios o situaciones nuevas, problemas de lenguaje, dificultades de aprendizaje, problemas de memoria, dificultad de entender la relación causa-efecto, frialdad afectiva, falta de empatía, falta de remordimientos y de consciencia...*

- Las familias aseguran no haberse sentido escuchadas ni comprendidas por los profesionales e instituciones a las que han acudido, tanto en los centros educativos, como en los sanitarios como en servicios sociales.
- Los conflictos que generan los hijos/as provocan graves repercusiones en la familia: *parejas fracasadas, problemas de relación con otros hermanos, así como problemas de ansiedad, depresión, sensación de fracaso, angustia, tristeza, y miedo al presente y futuro.*
- Las familias se van aislando del entorno familiar y social. En unos casos por ocultar la difícil situación que están viviendo, y en otros, por el rechazo social que generan las conductas de sus hijos/as.
- Las familias describen las dificultades en la búsqueda de ayuda especializada: *de consulta en consulta, distintas especialidades, distintos hospitales, gabinetes privados, periplos por distintas comunidades autónomas.* La búsqueda de ayuda especializada a través de profesionales privados (*de psicología en la mayoría de los casos*) y de escolarización en centros privados generan en estas familias una merma económica importante. En el caso de las familias monoparentales las consecuencias son más intensas.
- Algunas familias describen sus vivencias como situaciones límite, de agotamiento, frustración y desesperación, y aparecen comentarios que hacen referencia a la inseguridad y al miedo que provoca la convivencia con los hijos/as.



Protección de Menores y postadopción/acogida

- Existe un consenso generalizado respecto a la falta de acompañamiento y seguimiento de las adopciones y acogidas por parte de las delegaciones provinciales de servicios sociales. Muchas familias explican que no han encontrado ayuda ni orientación ante las situaciones tan difíciles que viven, y describen poca empatía y comprensión por parte del personal técnico de dichas delegaciones.
- Se recoge la opinión extendida de que la formación a las familias, previa a la adopción/acogida es insuficiente, y que no se les informa de los posibles problemas y dificultades de los niños/as con necesidades especiales.
- Se constata la necesidad de que todos los niños y niñas del sistema de protección sean valorados por Atención Temprana antes de la adopción.
- Sobre el servicio de postadopción la unanimidad de las críticas es manifiesta respecto a la falta de preparación específica para el abordaje de los traumas complejos, los trastornos de apego y SAF/TEAF.

Ámbito escolar y educativo

- Las familias aseguran que la **experiencia escolar es el factor más distorsionante y generador de problemas** en sus hijos/as. De hecho, el momento de aparición de los primeros síntomas coincide con la entrada en el sistema educativo.
- En opinión de las familias, **el profesorado y el sistema educativo no está preparado para dar respuesta** a las necesidades especiales de estos niños y niñas, y que sus problemas de aprendizaje y de conducta, no encuentran respuesta en el modelo educativo actual.
- Además, la mayoría de niños/as afectados presentan problemas de aprendizaje derivados de las secuelas del trauma en el sistema nervioso. Aunque existen distintos patrones de afectación, son comunes los siguientes problemas: *dificultades de atención, impulsividad, hiperactividad, problemas de razonamiento, problemas de memoria, dificultades para entender conceptos abstractos y estructuras gramaticales complejas, problemas con el cálculo, dificultades de comunicación, problemas de comprensión lectora, poca autonomía, dificultades en la gestión del tiempo, etc.*
- Todos estos problemas descritos provocan una **discapacidad invisible**, poco reconocida desde el ámbito educativo, que origina mucho sufrimiento a niños/as y familias, **fracaso escolar y expulsión del sistema educativo**.
- Los **deberes y tareas escolares** contribuyen a deteriorar aún más la relación de las familias con sus hijos, ya que hacer en casa las tareas que no se han hecho en clase genera una sobrecarga importante. Además, la afectación de sus hijos hace que necesiten más tiempo que otros para realizar una actividad, lo que termina provocando rechazo y malestar en los menores, y se convierte en una fuente más de agresividad, oposición y resistencia.
- Se identifica como un grave problema la **falta formación del profesorado** para conocer las secuelas de la adversidad temprana en el aprendizaje, y consideran urgente que los docentes se formen en esta problemática y en las alternativas pedagógicas que funcionan.
- Asimismo, se indica que salud y escuela están muy relacionadas, y que, en muchos casos, los padres deben conseguir una **etiqueta diagnóstica** para sus hijos, con el fin de poder aplicar los protocolos de alumnos con necesidades especiales. Sin embargo, no existe una etiqueta en el programa Séneca que recoja la Adversidad Temprana, el Trastorno de Apego y el TEAF y que la alternativa es catalogarlos como TDAH para poder realizar una adaptación curricular, imprescindible para muchos de estos niños/as.
- Sin embargo, estas **adaptaciones** en muchos casos no son suficientes, y demandan un cambio de modelo educativo para evitar el fracaso escolar y el abandono, de manera que el sistema educativo no se convierta en un factor agravante de la rebeldía y problemática de estos niños/as.



Ámbito sanitario

- Todas las familias coinciden al señalar que la principal necesidad es **disponer de un diagnóstico** que les permita explicar los problemas de sus hijos/as, que oriente la búsqueda de terapias específicas, que haga posible una intervención precoz, que evite malas prácticas, que les facilite la atención educativa, el reconocimiento de su discapacidad y su inserción laboral. Muchas familias desean más atención desde el centro de salud, con consultas que tengan como objetivo valorar la situación de niños/as adoptados o acogidos, y descartar posibles secuelas derivadas del trauma vivido o del consumo de tóxicos por la madre biológica durante el embarazo. Además, demandan **consultas de valoración y seguimiento** que permitieran hacer un diagnóstico precoz de los posibles problemas de cualquier niño/a del sistema de protección.
- Ante los primeros síntomas o problemas, las familias acuden al **pediatra** del centro de salud, y normalmente, su problemática no parece tenerse en cuenta. Además, el Programa de control de niño sano no recibe una valoración muy positiva, ya que en su opinión ignora los aspectos emocionales del desarrollo. Las familias aseguran que sus pediatras (y en general los profesionales sanitarios) desconocen los problemas derivados del trauma complejo por **adversidad temprana, los problemas de apego y sus manifestaciones**, y los del SAF /TEAF. Por ello, consideran imprescindible formar a los pediatras y otros profesionales sanitarios en estos diagnósticos.
- Se recogen excelentes valoraciones sobre los **servicios de Atención Temprana**, aunque se consideran insuficientes. Se cree necesario que las consultas sean más frecuentes, que se amplíe la edad de los niños/as atendidos más allá de los 6 años y que se valore por estos servicios a todos los menores que procedan del sistema de protección a la infancia.
- Las familias explican que cuando los problemas de sus hijos/as fueron más acuciantes, desde el centro de salud se les derivó a las **Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ)**. Sin embargo, existe una gran insatisfacción sobre la atención recibida en las USMIJ, ya que los profesionales desconocen el origen de la problemática, no están formados, y que los tratamientos aplicados en ocasiones han sido iatrogénicos, para los menores y para las familias. La mayoría de familias se quejan de que el recurso más utilizado sea el farmacológico y manifiestan su descontento por la ausencia o escasez de otro tipo de terapias (psicológicas), además, el modelo de atención no responde a sus necesidades porque las citas son escasas y no hay alternativas para situaciones críticas o urgentes.
- Muchas familias han sido derivadas a Neuropediatría desde Atención Primaria. La mayoría afirma que allí solo obtuvieron el diagnóstico de TDAH, aunque muchas familias han intentado que se diagnostique a sus hijos/as de SAF o TEAF en estos servicios.
- Por todo lo anterior, se manifiesta la necesidad de que en Salud se disponga de un **protocolo de atención** consensuado entre profesionales y que se garantice el diagnóstico y pautas de tratamiento y de abordaje comunes en toda la comunidad autónoma.

Centros de Valoración de la Discapacidad

- La experiencia que se relata sobre los procesos de valoración de discapacidad habla del desconocimiento de su personal sobre los trastornos de apego, las secuelas de los traumas complejos/adversidad temprana y el SAF/TEAF. Por ello, es tan importante para las familias acudir a los centros de valoración con un diagnóstico previo, ya que para ellas es una **“discapacidad invisible”** que debe ser considerada como enfermedad crónica.

- Además, todas las familias consideran urgente incluir estos trastornos en las valoraciones y en el dictamen técnico facultativo y obtener puntuaciones acordes con el grado de discapacidad real de sus hijos.

Ámbito laboral

- Esta es una preocupación intensa en todas las familias, ya que son conscientes de las dificultades de sus hijos/as para acceder al mundo laboral y mantenerse en él. La discapacidad, unida a la conducta y a las dificultades de conseguir una titulación académica (en muchos casos el sistema educativo les expulsa precozmente) hace muy difícil que estos menores puedan incorporarse al mundo laboral.
- Por ello, es tan importante para estas familias que el sistema educativo ofrezca alguna alternativa a estas necesidades especiales, que sus hijos puedan acceder a empleos reservados a personas con discapacidad, y, además, consideran imprescindible innovar en otras fórmulas de “empleo protegido”.

Sistema Judicial

- Son muchas las familias cuyos hijos han tenido contactos con el sistema judicial debido a su conducta y a sus dificultades sociales. A medida que los niños crecen, estos problemas no diagnosticados y no tratados van agravándose y generando más dificultades. Por ello, la valoración de la **experiencia judicial** es dramática y muy **negativa**. Por ello, las familias consideran importante y urgente extender la formación sobre estos trastornos al personal de los Juzgados de Menores, a los cuerpos policiales, y también a los centros de reforma y a los programas de convivencia.

Análisis cualitativo según el grupo profesional de experiencias adversas en la infancia ■ ■ ■ ■

Las respuestas del grupo permiten estructurarse con un análisis cualitativo en las siguientes conclusiones:

- El concepto “*experiencia adversa temprana*” o de “**experiencia adversa en la infancia**” no se utiliza dentro de la práctica diaria de atención primaria, ni hospitalaria, ni de la psicología clínica ni de la administración sanitaria.
- En general, respecto a los/as menores con experiencias adversas en la infancia, a nivel de promoción y prevención no se hace lo suficiente y la respuesta de las distintas instancias implicadas con frecuencia se produce una vez el problema ya existe.
- No se puede olvidar la heterogeneidad dentro de la población adoptiva y acogida y debe extremarse la precaución ante el riesgo de estigmatización de los niños y niñas adoptados y acogidos, pues no es cierto que todos vayan a padecer un trastorno de apego, TDAH, TEAF u otras dificultades derivadas de las EAI, ya que hay niños y niñas adoptados y acogidos que presentan una buena evolución.
- Respecto a la asistencia y seguimiento de los/as menores con experiencias adversas en la infancia se identifica una respuesta descoordinada y parcelar desde cada ámbito de la administración implicado.

- Se reconoce que cada nivel implicado en la prestación de cuidados/atención no está coordinado con otros sectores involucrados, e igualmente, se observa que se desconocen los recursos de otros ámbitos de la administración implicados en dar respuesta a las EAI.
- Existe consenso sobre qué echan en falta los distintos profesionales implicados en la práctica diaria con respecto a las experiencias adversas en la infancia:
 - • Conocimiento de lo que son las EAI, cómo detectarlas y cómo abordarlas.
 - • Obligación de mejorar la coordinación entre las distintas unidades implicadas en su atención: *a nivel asistencial, de unidades de trabajo sociosanitario, de unidades de salud mental comunitaria, de servicios de protección de menores, de las entidades de acogimiento familiar, y del personal de los centros de protección.*
 - • Necesidad de dotar a los y las profesionales de tiempo, para las consultas y para el trabajo conjunto.
 - • Acuerdo sobre la necesidad de ampliación de plantillas de profesionales.
 - • Necesidad de establecer un sistema de cribado, de escalas de cribado y de un protocolo global para familias en riesgo.
 - • Protocolización de pasos a seguir en cada nivel de intervención incluyendo los recursos disponibles en cada nivel.
 - • Desburocratización y simplificación de los mecanismos de derivación a servicios específicos.
 - • Registro único y sistemático en las historias clínicas.

■ Líneas de
■ intervención

El impulso a un marco institucional para el abordaje de la adversidad infantil temprana y de sus consecuencias persigue:

- (a) incrementar **el conocimiento y la sensibilización profesional** sobre la naturaleza de la adversidad infantil y sus repercusiones en la salud física y mental, el desarrollo evolutivo y el bienestar y prosperidad a lo largo del ciclo vital.
- (b) mejorar la capacidad del sistema de salud para **prevenir e identificar precozmente** las experiencias adversas en la infancia, así como para desarrollar estrategias específicas de **seguimiento y apoyo profesional** bajo un modelo de atención orientado al trauma y a la promoción de la parentalidad positiva.
- (c) generar un programa de **atención a la salud mental** de adolescentes y personas jóvenes afectadas por experiencias adversas en la infancia.

El compromiso institucional y el proyecto se organizará en 5 áreas de intervención:

- 1) Promoción, prevención y detección precoz
- 2) Atención en el ámbito de salud mental
- 3) Gestión del conocimiento
- 4) Alianzas e intersectorialidad
- 5) Coordinación y gobernanza

Promoción, prevención y detección precoz ■ ■

La definición de un modelo de abordaje de la adversidad en la infancia desde el sistema de salud ha de involucrar un primer catálogo de intervenciones utilizando estrategias que están implantadas en el SSPA o en proyecto de hacerlo en los próximos dos años. En el marco del Plan de salud de la infancia y la adolescencia de Andalucía se diseñará e implementará un programa de:

- a) **promoción de parentalidad positiva**
- b) **identificación del riesgo psicosocial y experiencias adversas**

Esta mirada técnica y específica hacia la prevención, detección e intervención precoz sobre las experiencias adversas en la infancia se incluirá en:

- **Preparación al nacimiento y la crianza.** La atención perinatal constituye un amplísimo abanico de intervenciones que abarca desde el deseo preconcepcional de una mujer o una pareja, hasta los controles de salud infantil. El SSPA actualizó en 2014 el Proceso Asistencial "Embarazo, parto y puerperio"²⁶ y editado una Guía orientadora de preparación al nacimiento y la crianza²⁷.
- **Seguimiento de la salud infantil.** El Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (antes llamado del niño sano)²⁸ es una propuesta que concreta el seguimiento de la salud de los niños, niñas y adolescentes de Andalucía mediante actividades de prevención y promoción de la salud y que se actualizó en 2014 atendiendo a las nuevas evidencias científicas, a los nuevos retos de salud infantil y a los cambios acaecidos en las estructuras familiares y en los contextos sociales.
- **Programa de psicología clínica en Atención Primaria.** El Plan Integral de Salud Mental ha comenzado a pilotar la incorporación de psicólogos/as clínicos en atención primaria de salud para reforzar, de acuerdo a lo que la evidencia científica aconseja, la atención a los problemas leves y moderados de salud mental, tanto en población adulta como en la infantojuvenil, desde enfoques que prioricen lo preventivo, familiar y comunitario, así como abordajes que contrarresten la excesiva medicalización (las actuales altas tasas de cifras de consumo de ansiolíticos o antidepresivos) y prioricen intervenciones psicológicas y grupales.
- **Atención Infantil Temprana.** La Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía define igualmente la atención temprana como *"el conjunto de intervenciones dirigidas a las personas menores de seis años, a la familia y al entorno, que tienen por objeto dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan las personas menores con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de presentarlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad de estas personas, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar"*. La Red Integral de Atención Temprana está constituida por los recursos sanitarios, incluidas las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo,

²⁶ Junta de Andalucía. (2014). Proceso asistencial integrado embarazo, parto y puerperio, 3ª edición. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/calidad/pai/paginas/pai-embarazo.html>

²⁷ Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica, Consejería de Salud y Familias. (2022). Guía orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía.

²⁸ Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. (2014). Programa de salud infantil y adolescente de Andalucía (PSIA-A) [Recurso electrónico]. https://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/2014/09/psiaa_aspectos_generales.pdf

los recursos humanos o materiales del ámbito educativo, del ámbito de los servicios sociales, los Equipos Provinciales de Atención Temprana (EPAT) y los Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT). El procedimiento para el acceso a la atención e intervención temprana se puede iniciar por las Unidades de Gestión Clínica de Pediatría Hospitalaria, por los Servicios de Neonatología o por Pediatría de Atención Primaria.

- **Unidades de Pediatría Social.** El Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía 2023-2027 impulsará estas unidades orientadas a evaluar y atender a la población infantil y adolescente del SSPA que se encuentra en situación de riesgo, vulnerabilidad o adversidad desde un enfoque de Salud Pública con un modelo de atención orientado al trauma en unidades de pediatría social. La Unidad de Pediatría Social ofrecería una asistencia sanitaria integrada por profesionales de pediatría y de enfermería de salud infantil y del adolescente, profesionales de salud mental y de la unidad de trabajo social, es por tanto una unidad multidisciplinar y su ámbito de actuación contempla, tanto el nivel de atención hospitalaria como el de atención primaria de salud. La Unidad de Pediatría Social tiene tres funciones principales:
 - • la atención a casos con sospecha de violencia contra la infancia e infancia en adversidad.
 - • la implementación del plan de humanización.
 - • ofrecer una atención orientada a evitar la revictimización a través de una eficiente utilización de los recursos y un trabajo en red.

Un grupo de personas expertas diseñará este programa de prevención y detección precoz de la adversidad temprana, para su integración en las actividades y recursos asistenciales antes mencionados, que habrá de contemplar, al menos:

a) algoritmos y diagramas de flujos que aseguren, entre otras, las actuaciones de detección de adversidad, trauma y riesgo psicosocial y los canales para derivaciones a:

- • Trabajo social sanitario
- • Atención infantil temprana
- • Salud mental infantojuvenil (USMIJ) y salud mental comunitaria (USMC)
- • Unidades de pediatría social
- • Equipos de tratamiento familiar de los servicios sociales especializados (corporaciones locales)

b) inclusión de la adversidad infantil en los sistemas de información y registro.

c) cuestionario de riesgo psicosocial y adversidad temprana a incluir en programas y recursos (preparación al nacimiento, seguimiento de salud infantil, atención temprana, salud mental, unidades de pediatría social).

d) visitas domiciliarias en la primera semana en los nacimientos de riesgo y continuidad del seguimiento y apoyo domiciliario (capacitación parental) hasta los dos años por las Unidades de Trabajo Social de Atención Primaria.

Para el diagnóstico de casos complejos y el diagnóstico diferencial del síndrome alcohólico fetal, señalamos la existencia, desde junio de 2021, de la Unidad de referencia del trastorno del espectro alcohólico fetal de diagnóstico complejo en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla. Esta Unidad plantea la realización del posterior seguimiento de los problemas mentales en las Unidades de Salud Mental Comunitarias correspondientes y de los demás problemas médicos en sus centros especializados de área. Actualmente se está trabajando en el diseño del circuito de derivación a la UPRA desde Atención Primaria y Especializada.

Intervenciones en la Red de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia ■ ■

Buena parte de los niños, niñas y adolescentes atendidos en los servicios de salud mental infantojuvenil presentan problemas y trastornos mentales relacionados con experiencias adversas en la infancia que se manifiestan de formas diversas y en diferentes momentos del ciclo evolutivo, a menudo en la adolescencia, la juventud y la época adulta. La variabilidad se observa también en el grado de afectación y en las necesidades que presentan estas personas para poder afrontar sus dificultades y su recuperación. En el marco del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA) se han producido diferentes actuaciones desde 2021, y otras intervenciones se implementarán a medio y largo plazo para mejorar la respuesta que se da desde salud mental a las personas afectadas por experiencias adversas en la infancia:

- Puesta en marcha del **Programa Piloto de Psicología Clínica en Atención Primaria (PCAP)**

- En una primera etapa se han creado 26 plazas de psicología clínica en 2021, otras 26 plazas en 2022 y está prevista la creación de 26 plazas más en 2023. Cuando se complete esta etapa cada Unidad de Salud Mental Comunitaria (78 USMC) contará con un profesional ubicado en centros de salud de atención primaria para atender a niños y adolescentes a nivel individual, familiar y grupal.

- El Programa de Psicología Clínica en AP combina intervenciones psicoterapéuticas dirigidas al tratamiento de trastornos leves o moderados, con actuaciones de asesoría, promoción, prevención y coordinación junto a pediatras, médicos de familia, enfermeras referentes de centros escolares, técnicos de promoción de salud y matronas.

- En el segundo nivel de atención, se potencian los **subequipos de salud mental infantojuvenil de las USMC** para atender en un entorno más cercano a la mayor parte de la población con trastornos mentales, disminuir derivaciones a USMIJ y permitir que estas unidades especializadas puedan atender a los pacientes más graves con los tiempos mínimos de tratamiento asegurados. Las USMIJ desarrollan su actividad en tres ámbitos: consultas externas, hospital de día y hospitalización.

- **Unidades de hospitalización breve de salud mental para adolescentes.** Actualmente hay dos unidades de hospitalización con 16 camas. Está prevista la creación de tres unidades nuevas de hospitalización en 2023 que permitiría disponer de un total de 35 camas para Andalucía.

- Asimismo, está planificado abrir **dos Unidades de Media Estancia para Adolescentes con Trastorno Mental Grave concertadas.** Cada una de ellas dispondrá de 25 camas, una en la zona oriental y otra en la zona occidental del territorio.
- En 2022 se ha creado **una plaza de facultativo en cada una de las 26 Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental de Andalucía** para coordinar los Programas de Prevención de Suicidio que se están implantando.



Con los dispositivos señalados y las plazas creadas se amplía la red que debe atender las necesidades más básicas de la población infantojuvenil en diferentes momentos de su proceso evolutivo, y mejorar así, la detección, la intervención precoz y el tratamiento biopsicosocial de los niños, niñas y adolescentes aquejados de trastornos mentales graves. Posteriormente, se deben abordar otros aspectos cruciales para la atención en salud mental de los menores, como son el aumento de las intervenciones comunitarias, domiciliarias y de las desarrolladas en los centros escolares, así como, las intervenciones en el ámbito de la hospitalización parcial y domiciliaria.

Entre las actuaciones dirigidas a la coordinación interniveles (en el ámbito sanitario) y a la coordinación intersectorial tiene especial relevancia el proceso de implantación del protocolo TDAH, acordado entre las Consejerías de Salud y Consumo, Consejería de Desarrollo Educativo y Formación profesional, y la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad, que permitirá el desarrollo de una red básica de equipos locales de coordinación intersectorial en los territorios asignados a cada una de las 78 USMC existentes en Andalucía. Por último, dentro de las necesidades de colaboración intersectorial, figuran los menores acogidos en el sistema de protección y en el sistema de justicia juvenil, muchos de ellos víctimas de experiencias adversas en la infancia para los que se están desarrollando intervenciones psicoterapéuticas, educativas y laborales que permitan reducir el impacto de sus experiencias adversas y favorecer su recuperación.

Gestión del conocimiento ■ ■

En colaboración con la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP), el Observatorio de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía (OIAA), la línea IAVANTE de la Fundación Progreso y Salud y las Universidades andaluzas se definirán las siguientes actuaciones en los próximos ejercicios:

- **Programa de sensibilización y formación para profesionales**

De acuerdo a los fundamentos científico-técnicos y a las propuestas de avances que se definen en este documento, se diseñarán y se llevarán a cabo, en colaboración con las entidades mencionadas, propuestas formativas a desarrollarse en los distintos niveles (formación especializada y continuada, atención primaria y hospitalaria). Los contenidos básicos de esta línea de capacitación profesional serán: Concepto de experiencias adversas en la infancia. Tipología. Impactos en el neurodesarrollo, el vínculo de apego, el desarrollo socioemocional y cognitivo. Consecuencias a lo largo del ciclo vital. Factores de riesgo y de protección. Enfoques de derechos de la infancia, de ciclo vital y de determinantes de la salud infantil. Estrategias desde los servicios sanitarios para la prevención, detección e intervenciones tempranas e interdisciplinarias. Atención psicológica al trauma. Recuperación del proyecto vital. Estrategias de intervención desde distintas esferas profesionales y abordajes intersectoriales.

En 2023, sobre la base del curso que sobre EAls impartió la EASP en 2022, se ha propuesto a la EASP la elaboración de un curso masivo online de sensibilización a profesionales de Atención Primaria (pediatras...) y profesionales de Salud Mental.

- **Investigación**

En continuidad con las líneas de investigación del proyecto LAIS.US (Longitudinal Adoption & Institutionalization Study²⁹, Universidad de Sevilla) se promoverá la colaboración con las personas expertas que coordinan esta investigación para promover el estudio de aspectos específicos de mayor relevancia para las intervenciones sanitarias y, en general, los canales formales para la transferencia de conocimiento.

²⁹ <https://grupo.us.es/estudiolais/>

Coordinación y gobernanza ■ ■

Para el objeto de este proyecto, entendemos la gobernanza como las relaciones políticas, estructurales y funcionales entre diversos actores involucrados en la atención a aquellos niños, niñas y adolescentes afectados de experiencias adversas en la infancia, incluyendo la forma e interacción entre dichos actores en el enfoque intersectorial de los profesionales sanitarios para la detección y abordaje de las experiencias adversas en la infancia.

De cara a la respuesta que desde los diferentes intervinientes ha de concretarse a familias y afectados de experiencias adversas en la infancia se definen los siguientes niveles:

- **Consejería de Salud y Consumo**

Institución coordinadora de la respuesta intersectorial en salud a través de:

- • Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo
- • Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones-Plan Integral de Salud Mental de Andalucía
- • Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica – Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía

- **Servicio Andaluz de Salud (SAS)**

Principal actor en la prestación asistencial, psicológica y psiquiátrica de salud mental a la infancia y adolescencia a través de:

- • Programa de Psicología Clínica en Atención Primaria (PCAP)
- • Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC)
- • Unidades de salud mental infantojuvenil (USMIJ)
- • Unidades de hospitalización breve de salud mental para adolescentes

Asimismo, en el SAS se encuentran planificadas o en fase de implantación:

- • Dos Unidades de media estancia para adolescentes con Trastorno Mental Grave
- • Inclusión de un facultativo en cada una de las Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental para coordinar los Programas de Prevención del Suicidio.

- **Otros niveles de la administración**

- • **Instituciones afectadas por la coordinación intersectorial:** Consejerías de Desarrollo Educativo y Formación Profesional, Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad (Observatorio de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía) y Justicia, y Defensor del Pueblo Andaluz.
- • **Movimiento asociativo y entidades de defensa de la infancia** (UNICEF, Save the children, Petales, AFASAF...)

Para favorecer la coordinación interdepartamental, se constituirá un Equipo Intersectorial, de carácter autónomo, que se reunirá, al menos, dos veces al año, constituyéndose en espacio de discusión y seguimiento del proyecto. Además, este Equipo promoverá un foro anual de debate científico-técnico que refleje los retos multidimensionales y multisectoriales del abordaje de la adversidad infantil. Se elevará informe de resultado del funcionamiento de este Equipo a la Comisión Autónoma para la Coordinación Sociosanitaria (Decreto 542/2022, de 8 de noviembre, por el que se crean y regulan la Comisión Autónoma y las Comisiones Provinciales para la Coordinación Sociosanitaria de Andalucía).

■ Anexo 1.

■ Marco normativo

En primer lugar, se recoge la legislación vigente en la materia, referida tanto al ámbito internacional, estatal como al autonómico, y en segundo lugar se citan estrategias y planes que confluyen con el objeto del presente documento.

Normas internacionales sobre los derechos de la infancia ■ ■

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el 20 de noviembre de 1989 la “Convención sobre los Derechos del Niño” que recoge en un texto jurídico un amplio abanico de derechos de la infancia y objetivos a cumplir por los Estados miembro. Este texto configura los derechos fundamentales del menor en el ámbito internacional. Se trata del primer instrumento internacional que reconoce a los niños y niñas como agentes sociales y como titulares activos de sus propios derechos.

La Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por España el 30 de noviembre de 1990³⁰, norma fundamental en los planos social y jurídico en lo que se refiere a infancia y adolescencia, significó la adecuación de las legislaciones internas de los Estados a la misma, incorporando sus principios y garantizando su desarrollo y seguimiento.

La Convención recoge los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de todos los niños y niñas. Su aplicación es obligación de los gobiernos, pero también define las obligaciones y responsabilidades de otros agentes como los padres, profesores, profesionales de la salud, investigadores y los propios niños y niñas.

Esta Convención es el tratado internacional con la más amplia ratificación de la historia. Han sido 193 los países que lo han ratificado, comprometiéndose con ello a rendir cuentas sobre su cumplimiento al Comité de los Derechos del Niño, que está formado por 18 personas expertas en el campo de los derechos de la infancia, procedentes de países y ordenamientos jurídicos diferentes. Consta de diez principios, siete de ellos pueden considerarse derechos fundamentales del menor y los tres restantes responderían a medidas de protección a la infancia. Los DERECHOS que se recogen en la Convención son los siguientes:

1. **“El niño disfrutará de todos los derechos reconocidos en la Declaración”**. Es evidente que al niño o niña se le asigna una posición jurídica muy relevante, al ser sujeto de derechos, y por ello determinante de su propio destino.
2. Se establece el derecho de obtener **“oportunidades y servicios”** en orden a su desarrollo físico, mental, moral e intelectual, reconociendo el principio que han de asumir las legislaciones de proteger el «interés superior del menor».
3. **Derecho a un nombre y a una nacionalidad.**
4. **Derecho a la Seguridad Social, y a crecer y desarrollarse con buena salud.**
5. **Derecho del niño física o mentalmente impedido a obtener servicios y prestaciones**, entre ellos tratamiento médico, educación y cuidados especiales.
6. **Derecho a unas relaciones familiares y a crecer y desarrollarse en un ambiente de afecto.** Se establece expresamente el principio de primar la convivencia del niño o niña con su familia, tolerándose su separación sólo en supuestos excepcionales.
7. **Derecho a la educación, juego y recreo.**

³⁰ <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1990-31312>

Y existen tres PRINCIPIOS DE PROTECCIÓN que contienen previsiones de reacción frente a posibles vulneraciones de los derechos antes reconocidos:

1. La primacía de la persona menor a la hora de recibir protección o socorro.
2. Su protección frente a la explotación, el abandono o el trato cruel. Se alude expresamente a una edad mínima por debajo de la cual no sería tolerable que el niño trabajase.
3. Protección frente a la discriminación racial, religiosa o de otra índole.

Normas nacionales sobre los derechos de la infancia ■ ■

I. La Constitución Española

La Constitución Española de 1978³¹ establece una extensa tabla de derechos y libertades, pero las referencias explícitas a los derechos de la infancia que en ella encontramos son escasas, si bien, ha de entenderse que niños y niñas son titulares de todos los derechos del Título I de la Carta Magna, salvo de aquellos que, por su naturaleza, excluyan tal posibilidad al estar taxativamente establecido un titular distinto y concreto.

Partiendo de esta premisa, y a modo de ejemplo, es evidente que las personas menores son acreedoras del derecho a disfrutar de un medio ambiente adecuado, o a que su salud se encuentre protegida, o a difundir libremente sus opiniones, en idénticas condiciones que cualquier otra persona con las razonables limitaciones derivadas de la edad en cuanto a la capacidad de discernimiento.

El artículo 39 relativo a la protección de la familia nos dice que los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia. Que, asimismo, aseguran la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la Ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil. La Ley posibilitará la investigación de la paternidad. Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos que legalmente proceda. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.

La Constitución Española se caracteriza por una expresiva neutralidad conceptual y valorativa de la institución familiar. Esta protección se debe desarrollar en el plano social, económico y jurídico. En el plano social las manifestaciones más evidentes de la protección de la familia es su integración en el marco del derecho a la intimidad, y la intervención de los padres para la ordenación de la educación de sus hijos. Por lo que se refiere al ámbito económico, se ha de mencionar el derecho al trabajo y a una remuneración suficiente para satisfacer sus necesidades y la de la familia (artículo 35), el derecho a la Seguridad Social para todos (artículo 41). Y en el ámbito jurídico, la protección se enfoca fundamentalmente a la protección de la juventud y la infancia (artículo 20.4) y al derecho de no declarar por razón de parentesco (artículo 24.2).

Todo lo relativo a los deberes asistenciales de padres y madres con sus hijos queda regulado en el Código Civil, que se adecuó a los preceptos constitucionales mediante la Ley 11/1981,

³¹ <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

de 13 de marzo, que modifica entre otras cuestiones, las relativas a filiación, patria potestad, y que establece el deber de los padres de alimentar, educar y procurar una formación integral para sus hijos.

Por último, la norma dispone el deber de protección a la infancia de acuerdo con los Tratados Internacionales que velan por sus derechos, aspecto éste que es tratado posteriormente.

Se perfila la llamada función protectora del Estado frente a las personas menores. Así, se sitúa a padres y madres como primeros responsables y, en su defecto, emerge la faceta tuitiva del Estado mediante la asunción de los deberes y cargas que implica la asistencia y la educación de los hijos, convirtiéndose en el responsable último de la protección integral de niños y niñas. Desde el punto de vista de los derechos nos encontramos que éstos surgen de la relación familiar, pero también al margen de la familia, siendo inherentes a la condición de persona, por encima incluso de sus progenitores.

En los últimos tiempos el derecho, sobre todo en el plano internacional, ha evolucionado hacia posiciones proclives al reconocimiento de derechos innatos por la condición de persona, derechos humanos, entre ellos los de niños y niñas, que superan los arquetipos tradicionales de soberanía y nacionalidad, imponiéndose sobre la legislación positiva y la actuación de los gobernantes.

Volviendo al artículo 39.1 de la Constitución, observamos cómo el Estado social prestacional ha de procurar las mejores condiciones de vida de la familia, y por ende de la infancia y adolescencia que la integran. Incide prácticamente en todos los ámbitos de actuación del Estado: En cuanto al Poder Judicial mediante el establecimiento de órganos especializados y procesos ágiles para el trámite de los asuntos relativos a la protección de la familia y de los menores de edad; el Poder Legislativo ha de velar por una legislación acorde con las previsiones constitucionales y con las necesidades y anhelos de la sociedad en que nos toca vivir; y en cuanto al Poder Ejecutivo, en todas las facetas materiales de intervención administrativa, bien se trate de prestaciones sanitarias, educativas, de medio ambiente, de ocio, etc.

Y cuando los deberes familiares de patria potestad no son correctamente ejercidos, sea cual fuere su causa, es cuando cobra mayor vigor esta función protectora del Estado, siendo así que el aparato estatal -como último garante de estos derechos- se ha de dotar de un elenco de recursos económicos, técnicos y jurídicos, cuya organización y coordinación debiera responder a principios de eficiencia y eficacia.

II. La Ley de Protección Jurídica del Menor

La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero³², de Protección Jurídica del Menor, de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, siguiendo estos mandatos, recogió los principios contenidos en la Convención de los derechos del Niño y en la Constitución española. Así, reguló los derechos que niñas, niños y adolescentes debían tener como parte de la ciudadanía activa del siglo XX y configuró un marco jurídico integral de protección del menor que vincula a todos los poderes públicos, a las instituciones específicamente relacionadas con las personas menores, a los padres y familiares y a la ciudadanía en general.

La norma refleja una concepción de las personas menores de edad como sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social; de participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y en la satisfacción de las necesidades de los demás. Toda la Ley se encuentra presidida por el supremo interés del menor, siguiendo la tendencia iniciada en reformas anteriores y reflejo de la evolución experimentada en la concepción internacional de los derechos del niño.

³² <https://www.boe.es/buscar/pdf/1996/BOE-A-1996-1069-consolidado.pdf>

Mejora de los instrumentos de protección jurídica de la infancia y adolescencia

Esta Ley del 96 fue objeto de una profunda reforma por la Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia³³, la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia³⁴, así como por la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia³⁵. Tras estas modificaciones normativas, los derechos de niños y niñas recogidos en la Ley Orgánica son los siguientes: a) Derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen, b) Derecho a la información, c) Libertad ideológica, d) Derecho de participación, asociación y reunión, e) Derecho a la libertad de expresión, y f) Derecho a ser oído y escuchado.

El objetivo de la reforma fue adaptar los instrumentos de protección de menores a los cambios sociales, en aras del cumplimiento efectivo del art. 39 CE y los instrumentos internacionales ratificados por España. Según declara su Exposición de motivos, la norma tiene por objeto introducir los cambios necesarios en la legislación española de protección a la infancia y a la adolescencia que permitan continuar garantizando a los menores una protección uniforme en todo el territorio del Estado y que constituya una referencia para las Comunidades Autónomas en el desarrollo de su respectiva legislación en la materia.

Las principales modificaciones de la LO de Protección Jurídica del Menor son las siguientes:

- Se introduce un nuevo Capítulo III en el Título I de la LO 1/1996 con la rúbrica «Deberes del menor», en el que se reconoce a los menores como titulares, no solo de derechos, sino también de deberes.

Un aspecto importante introducido por la reforma de 2015 ha sido el reconocimiento, junto con los derechos, de una serie de deberes para las personas menores de edad. Ello obedece, en línea con diversas normas internacionales y autonómicas, a una concepción de los menores como ciudadanos a los que se reconoce como corresponsables de las sociedades en las que participan y, por tanto, titulares de derechos y también de deberes. En este contexto, las personas menores de edad, de acuerdo a su edad y madurez, deberán asumir y cumplir los deberes, obligaciones y responsabilidades inherentes o consecuentes a la titularidad y al ejercicio de los derechos que tienen reconocidos en todos los ámbitos de la vida, tanto familiar, escolar como social. Y para esta finalidad, los poderes públicos promoverán la realización de acciones dirigidas a fomentar el conocimiento y cumplimiento de los deberes y responsabilidades de los menores en condiciones de igualdad, no discriminación y accesibilidad universal.

- Se refuerza la posición del menor frente a los delitos contra la libertad e indemnidad sexual, trata de seres humanos y explotación de los menores.

³³ https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8222

³⁴ <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8470>

³⁵ <https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-9347-consolidado.pdf>

- Se crea el Registro Central de Delincuentes Sexuales.
- Se lleva a cabo una reforma de las instituciones de protección a la infancia bajo el principio rector de prioridad a las medidas estables frente a las temporales, a las familiares frente a las residenciales y a las consensuadas frente a las impuestas.
- Se realizan distintas modificaciones del Código Civil sobre (1) acciones de filiación, (2) el régimen de visitas y comunicaciones respecto a los menores en situación de tutela o guarda, (3) se modifican los preceptos que regulan el desamparo, la guarda provisional y voluntaria, y el acogimiento; y (4) en materia de adopción, se regula con más detalle la capacidad de los adoptantes.
- Se realizan distintas modificaciones de la Ley de Adopción Internacional, (1) definiéndose el concepto de adopción internacional, (2) se deslindan las competencias entre la administración estatal y las autonómicas para las adopciones internacionales, (3) se refuerzan las previsiones de garantía de las adopciones internacionales en los casos de países signatarios del Convenio de La Haya, y (4) se detallan con mayor claridad las obligaciones de los adoptantes, tanto en fase preadoptiva como en fase postadoptiva.

III. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia

La denominada “Ley Rhodes” incorpora al derecho español los artículos 3, apartados 2 a 4, 6 y 9, párrafos a), b) y g) de la Directiva 2011/93/UE de 13 de diciembre de 2011, relativa a la lucha contra los abusos sexuales y la explotación sexual de los menores y la pornografía infantil.

La Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia³⁶ – en adelante, LOPIVI – está considerada un gran avance para la protección de las niñas, niños y adolescentes en España, que es el primer país del mundo con una ley de este tipo.

La ley tiene por objeto garantizar los derechos fundamentales de los niños y adolescentes a su integridad física, psíquica, psicológica y moral frente a cualquier forma de violencia, asegurando el libre desarrollo de su personalidad y estableciendo medidas de protección integral, que incluyan la sensibilización, la prevención, la detección precoz, la protección y la reparación del daño en todos los ámbitos en los que se desarrolla su vida.

Es de aplicación a los menores de edad que se encuentren en territorio español, con independencia de su nacionalidad y de su situación administrativa de residencia y a los menores de nacionalidad española en el exterior en los términos establecidos en el artículo 51. Las obligaciones establecidas en la ley serán exigibles a todas las personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, que actúen o se encuentren en territorio español.

La Plataforma de Infancia España ha publicado diversas Guías sobre esta Ley³⁷. Para que la población a la que se destina conozca bien la LOPIVI, destina dos guías didácticas, una dirigida a niñas y niños entre 8 y 12 años², y otra para trabajar con adolescentes de entre 13 y 17 años³⁸.

³⁶ <https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-9347-consolidado.pdf>

³⁷ <https://www.plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2021/10/guia-ley-organica-proteccion-infancia-y-adolescencia-frente-a-violencia.pdf>

³⁸ <https://www.plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2022/07/guia-didactica-sobre-la-lopivi-ley-proteccion-infancia-frente-a-violencia-para-ninos-de-8-a-12-anos.pdf>

Son 10 las grandes aportaciones que contiene esta ley:

1. Protección integral frente a la violencia

La Ley contiene medidas para los diferentes niveles de actuación (la sensibilización, la prevención o la detección precoz) y en los distintos ámbitos (familiar, educativo, de intervención social, centros de protección, sanitario, deportivo y de ocio, digital y policial), habiendo sido ya aprobada en su desarrollo la Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y la adolescencia 2023-2030⁴⁰ que coordina las actuaciones a poner en marcha por parte de las distintas administraciones.

2. Enfoque preventivo

Es una ley eminentemente preventiva que pretende evitar que la violencia llegue a producirse, por ello incorpora la obligación de constituir entornos seguros para la infancia en los diferentes ámbitos con obligaciones concretas para los diferentes actores que también deberán recibir formación específica.

Así, las administraciones públicas competentes han de establecer planes y programas de prevención que comprenderán medidas específicas en los ámbitos familiar, educativo, sanitario, de los servicios sociales, de las nuevas tecnologías, del deporte y el ocio y de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, en el marco de la estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y la adolescencia. Respecto a la prevención en el ámbito familiar, las administraciones públicas deberán proporcionar a las familias el apoyo necesario para prevenir desde la primera infancia factores de riesgo y fortalecer los factores de protección, así como apoyar la labor educativa y protectora de los progenitores, o de quienes ejerzan funciones de tutela, guarda o acogimiento, para que puedan desarrollar adecuadamente su rol parental o tutelar. Entre las medidas a desarrollar incluye:

- Promover la educación y el desarrollo de estrategias básicas y fundamentales para la adquisición de valores y competencias emocionales, tanto en los progenitores como en los niños y niñas de acuerdo con el grado de madurez de los mismos.
- Promover la atención a las mujeres durante el periodo de gestación y facilitar el buen trato prenatal. Esta atención deberá incidir en la identificación de aquellas circunstancias que puedan influir negativamente en la gestación y en el bienestar de la mujer, así como en el desarrollo de estrategias para la detección precoz de situaciones de riesgo durante el embarazo y de preparación y apoyo.
- Proporcionar un entorno obstétrico y perinatal seguro para la madre y el recién nacido e incorporar los protocolos, con evidencia científica demostrada, para la detección de enfermedades o alteraciones genéticas, destinados al diagnóstico precoz y, en su caso, al tratamiento y atención sanitaria temprana del o la recién nacido/a.

3. El principio del buen trato

La ley impone el principio del buen trato, para garantizar su desarrollo holístico atendiendo al interés superior de cada niño o niña, garantizando su participación en su evaluación y determinación y sin discriminación alguna.

⁴⁰ <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/docs/EstrategiaErradicacionViolenciaContraInfancia.pdf>

4. Refuerzo del derecho a ser escuchado

La ley introduce mejoras en nuestro ordenamiento, como:

- Permitir que un niño o niña pueda denunciar sin necesidad de estar acompañado por su tutor, lo cual es importante para aquellas situaciones en las que la violencia provenga de estos.
- Dar más valor a la opinión de los niños, de manera que, en caso de que la opinión del niño o la niña no coincide con la de sus tutores, se considera que existe un conflicto de intereses y, por tanto, pueda ser necesario el nombramiento de un Defensor judicial que defienda sus intereses.
- Reforzar los mecanismos de denuncia en centros de protección.

5. Figuras clave: coordinadores de bienestar y delegado de protección

La ley prevé la creación de dos figuras para la prevención, detección y protección de las niñas, niños y adolescentes frente a la violencia en dos espacios clave para ellos:

- El coordinador o la coordinadora de bienestar en el ámbito educativo.
- El delegado o la delegada de protección en el ámbito del deporte y del ocio.

Si bien estas figuras se deben desarrollar por las CCAA, el cometido principal de ambos es ser las figuras de referencia para la prevención y protección frente a la violencia.

6. Prohibición de prácticas que atentaban contra la integridad de los niños y niñas

La ley ha prohibido las medidas de contención mecánica a punto fijo tanto en el ámbito del sistema de protección, como en el de los centros de reforma, así como la realización de desnudos integrales, exploraciones genitales u otras pruebas médicas especialmente invasivas en el procedimiento de determinación de la edad.

7. Creación de la Conferencia Sectorial

Se crea la Conferencia Sectorial de Infancia y Adolescencia como órgano de cooperación entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas en materia de protección y desarrollo de la infancia y la adolescencia, no solo para asuntos relacionados con la violencia.

8. Registros unificados

La ley recoge la necesidad de registrar datos completos sobre la violencia contra la infancia, coordinados en todo el territorio, para la elaboración de las políticas públicas y la estrategia para la erradicación de la violencia contra la infancia y la adolescencia; y prevé la creación de dos registros de ámbito estatal: el RUSVI y el Registro Central de información.

9. Prueba preconstituida

Con el objetivo de evitar la revictimización de los niños y niñas víctimas de violencia en los

procesos judiciales, la ley establece la obligatoriedad de realizar la prueba preconstituída cuando el testigo sea una persona menor de catorce años o una persona con discapacidad necesitada de especial protección. De esta forma se convierte en excepcional su declaración en juicio.

10. Ampliación de los plazos de prescripción

Se extiende el tiempo de prescripción de los delitos más graves cometidos contra las personas menores de edad, modificando el día de comienzo del cómputo de plazo, que será a partir de que la víctima haya cumplido los treinta y cinco años.

La ley destina el capítulo VI del Título III a actuaciones en el ámbito sanitario, especificando que en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (en adelante, SNS), las administraciones sanitarias promoverán e impulsarán actuaciones para la promoción del buen trato a la infancia y la adolescencia, así como para la prevención y detección precoz de la violencia sobre los niños, niñas y adolescentes, y de sus factores de riesgo, en el marco del protocolo común de actuación sanitaria, así como de la promoción de la elaboración de protocolos específicos de actuación en el ámbito de sus competencias, que faciliten la promoción del buen trato, la identificación de factores de riesgo y la prevención y detección precoz de la violencia sobre niños, niñas y adolescentes, así como las medidas a adoptar para la adecuada asistencia y recuperación de las víctimas, y que deberán tener en cuenta las especificidades de las actuaciones a desarrollar cuando la víctima de violencia sea una persona con discapacidad, problemas graves del neurodesarrollo, problemas de salud mental o en la que concurra cualquier otra situación de especial vulnerabilidad. Se promoverá, así mismo, la coordinación con todos los agentes implicados.

Establece que las administraciones sanitarias competentes facilitarán el acceso de los niños, niñas y adolescentes a la información, a los servicios de tratamiento y recuperación, garantizando la atención universal y accesible a todos aquellos que se encuentren en las situaciones de desprotección, riesgo y violencia a las que se refiere esta ley. Especialmente, se garantizará una atención a la salud mental integral reparadora y adecuada a su edad.

El Consejo Interterritorial del SNS acordará la creación de una Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes, que contará con personas expertas de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses designados por el Ministerio de Justicia, junto con personas expertas de las profesiones sanitarias implicadas en la prevención, valoración y tratamiento de las víctimas de violencia contra los niños, niñas y adolescentes.

Esta Comisión apoyará y orientará la planificación de las medidas con incidencia sanitaria contempladas en la ley, y elaborará en el plazo de seis meses desde su constitución un protocolo común de actuación sanitaria, que evalúe y proponga las medidas necesarias para la correcta aplicación de la ley y cualesquiera otras medidas que se estimen precisas para que el sector sanitario contribuya a la erradicación de la violencia sobre la infancia y la adolescencia. Este protocolo establecerá los procedimientos de comunicación de las sospechas o evidencias de casos de violencia sobre la infancia y la adolescencia a los servicios sociales correspondientes, así como la colaboración con el Juzgado de Guardia, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, la entidad pública de protección a la infancia y el Ministerio Fiscal.

Prevé que la citada Comisión emita un informe anual, que incluirá los datos disponibles sobre la atención sanitaria de las personas menores de edad víctimas de violencia, desagregados por sexo y edad, así como información sobre la implementación de las medidas con incidencia

sanitaria contempladas en la ley, informe que será remitido al Consejo Interterritorial del SNS y al Observatorio Estatal de la infancia, y sus resultados serán incluidos en el informe anual de evaluación de la Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y la adolescencia.

Asimismo, todos los centros y servicios sanitarios, en los que se preste asistencia sanitaria a una persona menor de edad como consecuencia de cualquier tipo de violencia, deberán aplicar el protocolo común de actuación sanitaria antes citado, incluido al alta hospitalaria. Los registros relativos a la atención a estas personas menores de edad quedarán incorporados en su historia clínica y su protección estará a lo dispuesto en el artículo 16.3 de la ley, referente a la normativa sobre protección de datos personales

Legislación autonómica ■ ■

I. Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía

La Ley 4/2021, de 27 de julio, surge con el propósito de garantizar la protección de las personas menores en Andalucía y atender a sus necesidades, las que ya venían existiendo y las que han ido surgiendo en los últimos tiempos como consecuencia de los cambios sociales y la evolución de la propia sociedad.

Viene a sustituir a la anterior Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor en su práctica totalidad (se mantiene vigente el título III en relación a la ejecución de las medidas adoptadas por los Jueces de Menores) porque se hacía necesario actualizarla para integrar toda la nueva normativa que ha ido surgiendo en estos últimos años, tanto a nivel estatal como autonómico, así como responder a los cambios sociales y a la realidad que la Administración Pública se ha ido encontrando en su dedicación a la infancia y adolescencia.

Es una ley basada en la promoción de los derechos de la infancia y adolescencia y en la prevención, con especial atención a las situaciones de riesgo y a las personas menores en situación de mayor vulnerabilidad.

Se especifica que la Administración de la Junta de Andalucía garantiza la universalización de los derechos para todas las personas menores que se encuentren en el territorio de nuestra comunidad autónoma, con independencia de su situación socioeconómica, su situación o no de vulnerabilidad, de exclusión social, de su nacionalidad o procedencia, de modo que se establezcan los mecanismos necesarios no solo para garantizar su ejercicio, sino también su restitución, superando las causas que puedan incidir en esa vulneración de derechos.

De conformidad con lo regulado en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, las administraciones públicas de Andalucía, en el ámbito territorial y funcional que les corresponden, velarán para que las niñas, niños y adolescentes gocen de todos los derechos y libertades que tienen reconocidos por la Constitución, el Estatuto de Autonomía para Andalucía, la Convención sobre los Derechos del Niño y demás acuerdos internacionales ratificados por España, así como por el resto del ordenamiento jurídico.

En relación a la defensa de los derechos, se añaden una serie de actuaciones que las personas menores podrán realizar, como son: dirigirse a las administraciones públicas en demanda de protección; poner en conocimiento del Ministerio Fiscal todas aquellas situaciones o actuaciones que atenten contra sus derechos y su integridad física o moral; denunciar o pedir auxilio ante las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad o ante cualquier autoridad competente; presentar quejas, peticiones o sugerencias ante las Oficinas del Defensor del Pueblo o de la Defensoría de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía y presentar quejas o peticiones ante la oficina de Defensa de la Audiencia del Consejo Audiovisual de Andalucía.

Incorpora la regulación de los derechos y deberes que asisten a las personas menores de edad y define el ámbito competencial de la Administración de la Junta de Andalucía en esta materia. Recoge los derechos ya consolidados de la Ley 1/1998, de 20 de abril, con mayores garantías sociales y familiares, con el fin de que su ejercicio sea real, tanto en el seno de la sociedad como en el de la propia familia. También se regulan sus deberes porque se pretende educar a la infancia y adolescencia en la asunción de sus responsabilidades, y se regulan limitaciones y reservas en relación con determinadas actuaciones que pueden colisionar con sus derechos.

Así, se relacionan y describen los siguientes derechos: derecho a la identidad, derecho a la identidad de género, derecho al desarrollo y crecimiento en el seno de la familia, derecho al honor, a la intimidad personal y a la propia imagen, derecho de la persona menor a ser oída y escuchada, derecho de información, derecho a la salud y a la atención sanitaria, derecho a la educación y a la atención educativa, derecho a los servicios sociales y a la atención social, derecho al desarrollo de la competencia digital, derecho a la cultura, derecho al deporte, derecho a un entorno seguro, derecho a la participación infantil y al asociacionismo, derecho a un medioambiente saludable, y derecho al juego, descanso, esparcimiento y actividades recreativas, culturales y artísticas.

Finalmente, se recogen una serie de limitaciones sobre determinadas actividades, medios y productos para proteger a las personas menores y prevenir situaciones o perjuicios que afecten a su adecuado desarrollo, aun cuando exista el consentimiento de los padres, madres, personas tutoras, guardadoras, acogedoras o representantes legales: espectáculos públicos y actividades recreativas; publicidad; publicaciones y material audiovisual; consumo y protección frente a adicciones.

Por último, es importante citar el Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad.

II. Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía

La Ley 1/2023, de 16 de febrero, se aprueba tras la vigencia anterior del Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regulaba la intervención integral de la atención infantil temprana en Andalucía, al que deroga, elevando al máximo rango normativo su ordenamiento.

Previamente, en la Consejería competente en materia de salud, se habían elaborado los Procesos Asistenciales Integrados de Atención Temprana: seguimiento del recién nacido de riesgo, trastornos del desarrollo con discapacidad motora, trastornos del espectro autista, trastornos del desarrollo con discapacidad intelectual y trastornos sensoriales.

Se parte de la base de los modelos actuales de desarrollo infantil, en los que adquiere especial relevancia la atención integral de las personas menores, siendo imprescindibles las actuaciones con la familia y el entorno. El desarrollo infantil es fruto de la interacción entre factores genéticos y factores ambientales. La base genética específica de cada persona establece unas capacidades propias de desarrollo. Los factores ambientales van a modular o determinar la posibilidad o no de expresión o latencia de algunas características genéticas. De ahí que la evolución de las personas menores con trastornos en su desarrollo dependa en gran parte de que la detección de los riesgos, el diagnóstico y el tratamiento sean realmente precoces.

La ley define la “situación de riesgo biológico, psicológico o social” como “Aquella que podría alterar el proceso madurativo de una persona menor en cualquier momento de su desarrollo, aumentando las posibilidades de presentar trastornos específicos. Igualmente, se considera situación de riesgo la presencia de indicadores evidentes para desarrollar un trastorno, suficientemente significativos para comenzar una intervención, a fin de reducir significativamente la

posibilidad de presentar el trastorno o el impacto de ese trastorno en el desarrollo de la persona menor”.

El modelo de atención temprana de Andalucía es un modelo generalista basado en asegurar una red de recursos que permita crear un espacio común de coordinación y corresponsabilidad entre los sistemas de salud, educación y servicios sociales en la búsqueda de una acción integral. No obstante, esta red de recursos incluirá Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT) específicos para intervenir sobre trastornos del desarrollo concretos en determinadas situaciones. Esta red está destinada a satisfacer los derechos y necesidades de las personas menores de seis años con trastornos del desarrollo o riesgo de presentarlos, sus familias y su entorno, procurando una atención de calidad y excelencia a esta población.

La Red Integral de Atención Temprana está constituida por los siguientes recursos:

- a) Los recursos existentes en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía, incluidas las Unidades de Seguimiento y Neurodesarrollo.
- b) Los recursos humanos o materiales en el ámbito educativo.
- c) Los recursos existentes en el ámbito de los servicios sociales.
- d) Los Equipos Provinciales de Atención Temprana (EPAT).
- e) Los CAIT, y
- f) Otros que se determinen reglamentariamente.

La Ley especifica las actuaciones de cada uno de los tres sistemas señalados. Para asegurar la coordinación, colaboración y continuidad en la intervención entre los diferentes ámbitos que prestan atención a la persona menor con trastornos de desarrollo o riesgo de presentarlos se regulan, entre otros cometidos, los EPAT, adscritos a las Delegaciones Territoriales de la Consejería competente en materia de salud, e integrados por tres profesionales en representación del SSPA, de educación y del sistema de servicios sociales.

Los CAIT son unidades asistenciales especializadas para llevar a cabo el tratamiento de intervención temprana de la persona menor, su familia y su entorno, y se constituyen como recursos descentralizados y especializados, compuestos por equipos interprofesionales que prestan servicios de atención temprana dentro de un ámbito territorial.

Son centros de referencia para la realización del citado tratamiento de intervención temprana. No obstante, en función de las necesidades de la persona menor y su familia, así como de los objetivos terapéuticos, se podrán realizar estas intervenciones en otros contextos del entorno de las personas menores, incluyendo sus domicilios o centros docentes, previa valoración de los profesionales del CAIT.

■ Anexo 2.

■ Marco estratégico

Las actuaciones a desarrollar en la atención a niñas, niños y adolescentes con EAls convergen con las siguientes estrategias y planes:

Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria ■ ■

Con fecha 26 de marzo de 2021 se publica en el BOJA el Acuerdo de 23 de marzo de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación de la Estrategia Andaluza para la Coordinación Sociosanitaria. Se trata de una estrategia conjunta entre la Consejería de Salud y Consumo y de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad (CISJFI), la primera de sus características, constituyéndose en el instrumento de colaboración y coordinación entre el Sistema Sanitario Público y el Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía⁴¹.

Su incidencia tendrá lugar a lo largo de todo el ciclo vital de las personas, por lo que afectará a la infancia y adolescencia, sobre todo a aquella que se encuentra en mayor situación de vulnerabilidad. Se prevé su aprobación en 2023.

Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía ■ ■

Con fecha 26 de enero de 2021, el Consejo de Gobierno de Andalucía acordó la formulación del Plan Estratégico de Salud de la Infancia y la Adolescencia de Andalucía 2021-2025.

El Plan tiene la finalidad de mejorar la salud y el bienestar de infancia andaluza, mediante la articulación de medidas y actuaciones de salud e intersectoriales que favorezcan la salud de los niños, niñas y adolescentes, su sensibilización sobre la relevancia de crecer sanos, el fomento de una cultura de la salud pública como fuente de desarrollo personal y autocuidados, la intervención sobre los determinantes de la salud infantil y la óptima adecuación de las intervenciones sociosanitarias a su edad y características personales.

El Plan pretende, inicialmente, la consecución de los siguientes objetivos:

- Promover los hábitos de vida saludables en niños, niñas y adolescentes, mediante intervenciones en todas las políticas y entornos.
- Asegurar una asistencia integral basada en la prevención, la promoción, la protección y la rehabilitación/recuperación de la salud y la reducción de la carga de enfermedad infantil y adolescente.
- Impulsar la gestión del conocimiento (formación, sistemas de información, investigación) sobre los determinantes de la salud de la niñez y la adolescencia y la mejora del conocimiento de la epidemiología de la enfermedad infantil.
- Promover entornos seguros, amigables e inclusivos que prevengan los problemas de salud derivados de accidentes, traumatismos y violencia.

⁴¹ Está disponible en la siguiente URL:

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/planificacion/estrategia-sociosanitaria.html>

- Favorecer la salud de la madre y el recién nacido y la promoción de la humanización de la atención perinatal y los cuidados centrados en el desarrollo.
- Avanzar en la calidad de los servicios de salud y en la capacidad de implementar respuestas integrales e intersectoriales basadas en la colaboración y la coordinación entre los diferentes planes y programas del SSPA, así como a nivel intersectorial, entre las distintas administraciones y entidades ciudadanas de Andalucía, con la finalidad de aunar esfuerzos y armonizar las actuaciones frente a los retos actuales de la salud infantil.
- Fomentar la visibilidad de la infancia en los planes y programas de salud y la inclusión de las perspectivas, expectativas, opiniones y propuestas de los niños, niñas y adolescentes en las políticas e intervenciones de salud que les afectan.
- Promover las perspectivas ligadas al enfoque de derechos de la infancia, la salutogénesis y el desarrollo positivo, la visión de ciclo vital, la mirada de los determinantes de la salud y la promoción de la parentalidad positiva.

Actualmente⁴² ha finalizado el periodo de Información Pública, pendiente de Informe de situación (EASP) y de la Memoria económica (SAS) y tras presentación a Consejera, Viceconsejero, Secretario General y Dirección General, aprobación del mismo en Consejo de Gobierno.

Por su interés, destacamos “Una ventana abierta a la familia”, una plataforma de la Consejería de Salud y Consumo con información sobre salud, desarrollo evolutivo y bienestar de los niños y niñas y orientada a ayudar a padres y madres durante el proceso de crianza. La web ofrece la posibilidad de inscribirse para recibir mensajes sobre el cuidado, la salud y el desarrollo infantil y enviar dudas o preguntas.

Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia ■ ■

El Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia (PASMIA) surge como compromiso del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA), que recoge entre sus actividades la elaboración de un Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia en Andalucía, que refleje las bases conceptuales y modelo de atención, los recursos y necesidades asistenciales, los espacios de cooperación intersectorial necesarios en este ámbito, la evaluación y las estrategias de mejora. El programa, apoyándose en las recomendaciones de organismos nacionales e internacionales para mejorar la salud y el desarrollo de niños, niñas y adolescentes y desde un modelo de atención comunitaria, pretende ser un referente útil para todos los/as profesionales y servicios dedicados a la infancia y adolescencia de la red de Salud Mental de Andalucía.

⁴² Septiembre 2022

III Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía 2023-2027 ■ ■

En desarrollo de la Ley 4/2021, de 27 de julio, de Infancia y Adolescencia de Andalucía, el Acuerdo de 29 de junio de 2021, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba la formulación del III Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía⁴³ se publicó en el BOJA núm. 127, de 5 de julio de 2021.

Es la Consejería competente en materia de servicios sociales la encargada de elaborar una propuesta inicial, a partir del análisis de la evaluación final del II Plan, y el diagnóstico de situación, identificando los problemas, retos y necesidades de la infancia y adolescencia, trasladando esta propuesta al resto de Consejerías de la Administración de la Junta de Andalucía y a todos los agentes implicados para su análisis y las aportaciones que consideren.

El diagnóstico sobre el estado de la infancia y adolescencia en Andalucía⁴⁴, publicado en agosto de 2022, recoge, entre otros apartados, su estado de salud, incluyendo datos de mortalidad infantil; salud mental; atención temprana; sobrepeso, obesidad y hábitos de nutrición; hábitos de sueño; consumo de sustancias psicoactivas; adicciones comportamentales o sin sustancia; discapacidad y dependencia. Destaca la implementación en toda Andalucía del programa NAY-FA⁴⁵ para prevenir situaciones de dificultad y/o conflictividad en el ámbito familiar.

⁴³ <https://juntadeandalucia.es/boja/2021/127/6>

⁴⁴ Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad. (2023). Diagnóstico sobre el estado de la infancia y adolescencia en Andalucía Oficina Técnica del III Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía 2023-2027.

⁴⁵ <https://juntadeandalucia.es/organismos/inclusion-social-juventud-familias-e-igualdad/areas/infancia-familias/programa-preventivo-nayfa.html>

