

Vivencia evolutiva en la atención a la infancia: de la institucionalización al enfoque de derechos

The development of childcare provision: from institutionalization to a rights-based approach

Ignacio Gómez de Terreros Sánchez

Académico Emérito de la Real Academia de Medicina de Sevilla. Exdirector del Centro Provincial Infantil (CPI), Jefe de Servicio y Profesor Titular de Pediatría de la Universidad de Sevilla, vinculado al Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío

Montserrat Gómez de Terreros Guardiola

Académica Correspondiente de la Real Academia de Medicina de Sevilla. Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Sevilla vinculada a la Investigación del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío



Análisis y Modificación de Conducta

VOL. 52. Número 191 (2026)

ISSN 0211-7339

<http://dx.doi.org/10.33776/EUHU/amc.v52i191.9500>

Editorial
Universidad
de Huelva

EUHU

Resumen:

El presente trabajo analiza la evolución de la atención a la infancia desde los modelos de institucionalización asistencial hacia un enfoque basado en los derechos del niño. A partir de la experiencia acumulada en dos contextos significativos –la Casa Cuna y el Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío de Sevilla– se describen los cambios conceptuales y organizativos que han permitido integrar progresivamente la dimensión bio-psico-social en la atención pediátrica y en los sistemas de protección. Los resultados ponen de manifiesto el impacto de la deprivación afectiva temprana sobre el desarrollo físico, emocional y social, así como la importancia del apego, la individualización de la atención y la intervención interdisciplinar. Asimismo, se destacan avances como la desinstitucionalización progresiva, la humanización de la hospitalización pediátrica, la incorporación de la pedagogía hospitalaria y el reconocimiento del niño como sujeto activo de derechos. El trabajo concluye señalando la necesidad de fortalecer la Pediatría Social y de integrar la salud mental infantil como eje estructural de los sistemas de protección y atención sanitaria.

Palabras claves:

Infancia, derechos del niño, institucionalización, Pediatría Social, apego, humanización hospitalaria, salud mental infantil, protección a la infancia.

Abstract:

This paper analyses the evolution of child care from institutional assistance models to a rights-based approach to childhood. Drawing on the experience accumulated in two relevant settings–Casa Cuna and the Virgen del Rocío Children’s Hospital in Seville–the study describes the conceptual and organizational changes that have progressively incorporated a bio-psycho-social perspective into pediatric care and child protection systems. The findings highlight the impact of early affective deprivation on children’s physical, emotional, and social development, as well as the importance of secure attachment, individualized care, and interdisciplinary intervention. The study also addresses key advances such as the gradual deinstitutionalization of child care, the humanization of pediatric hospitalization, the integration of hospital pedagogy, and the recognition of children as active subjects of rights. The paper concludes by emphasizing the need to strengthen Social Pediatrics and to integrate child mental health as a structural component of both protection and health care systems.

Keywords:

Childhood, children’s rights, institutionalization, Social Pediatrics, attachment, hospital humanization, child mental health, child protection.

Fecha de recepción: 9 de marzo de 2026

Fecha de aceptación: 23 de abril de 2026

Correspondencia: Ignacio Gómez de Terreros. Email: terreros@us.es





Introducción

Las recientes Jornadas desarrolladas en el marco del Instrumento de Apoyo Técnico de la Unión Europea, con la participación de UNICEF y la Junta de Andalucía, han situado de forma explícita una prioridad inaplazable: el bienestar y la salud mental de niños, niñas y adolescentes integrados en el sistema de protección. No se trata únicamente de incrementar recursos, sino de consolidar un verdadero Marco de Cooperación Integrado que articule una gobernanza intersectorial efectiva, protocolos comunes de gestión de casos, sistemas de información compartidos y una atención especializada basada en un enfoque de derechos, género, diversidad cultural y discapacidad.

Este proyecto multinacional, alineado con las estrategias andaluzas de infancia, salud mental y coordinación sociosanitaria para el periodo 2024-2030, reconoce expresamente algo que durante décadas permaneció insuficientemente visibilizado: la infancia en situación de vulnerabilidad requiere respuestas estructuradas, coordinadas y sostenidas en el tiempo. La colaboración real entre los sistemas de protección, sanitario, educativo y judicial deja así de ser una aspiración teórica para convertirse en una condición imprescindible de calidad asistencial y de garantía efectiva de derechos.

Escuchar hoy estos planteamientos, respaldados por organismos internacionales y por la evidencia científica acumulada, permite tomar conciencia del largo camino recorrido. Para quienes iniciaron su trayectoria profesional en instituciones como la Casa Cuna, en el contexto de los macro centros residenciales, la transformación experimentada no ha sido solo organizativa, sino también conceptual, ética y profundamente humana.

Aquellas primeras experiencias –y su repercusión en los cambios posteriores impulsados en el Hospital Infantil, al incorporar una mirada más integral y humanizadora– formaron parte de un proceso histórico de evolución que continúa proyectándose en el presente.

Lo que entonces se vivía como una exigencia moral –reconocer al niño tutelado como sujeto de derechos y no únicamente como objeto de protección– cuenta hoy con respaldo normativo, estratégico y científico. La historia reciente del sistema de protección en Andalucía es, en gran medida, la historia de esa transición progresiva: desde modelos de institucionalización masiva hacia otros más personalizados, interdisciplinarios y centrados en el bienestar emocional.

Un hito significativo de aquel proceso fue la labor de la Unidad de Pediatría Social del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, que en 1981 presentó, durante el V Simposio Nacional de Pediatría Social celebrado en Santa Cruz de Tenerife, el “Decálogo sobre los derechos del niño hospitalizado”. Esta iniciativa se adelantó en cinco años a la aprobación, en 1986, por el Parlamento Europeo, de la Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados. Aquella aportación constituyó una expresión temprana de una sensibilidad profesional que situaba al niño en el centro del sistema asistencial.

Compartir esta trayectoria no responde a un ejercicio nostálgico, sino a la convicción de que los procesos de cambio iniciados hace décadas siguen interpelándonos en el presente. El desafío actual no consiste únicamente en diseñar marcos normativos y planes estratégicos, sino en hacerlos efectivos en la práctica cotidiana, garantizando que cada niño y cada niña vean realmente reconocidos y protegidos sus derechos.

Esa continuidad evolutiva se proyecta también en iniciativas recientes que incorporan explícitamente la dimensión formativa y participativa de la infancia como parte esencial de su bien-

estar emocional. El pasado 18 de febrero de 2026 presentamos el libro *Crecer con Derechos*, (Figura 1) dirigido a niños y niñas de Educación Primaria, etapa en la que debe consolidarse no solo el aprendizaje académico, sino también la conciencia de ciudadanía y de derechos.

Figura 1

Libro Crecer con Derechos



La obra se construye a través de una historia sencilla y cercana: una niña llamada “Andalucía”, que lleva consigo una libreta donde anota lo que sienten, sueñan y necesitan otros niños. Es, en esencia, una invitación a escuchar y a escucharlos: vuestra voz cuenta.

El proyecto nace en el seno del Foro Profesional por la Infancia y Adolescencia, con la implicación de la Defensoría de la Infancia y Adolescencia de Andalucía, y se encuentra disponible en la web de la propia Defensoría, así como en el portal del Foro Profesional de la Infancia de Andalucía (www.fpia.eu) y en el del Observatorio de la Infancia de Andalucía. No se trata de un material accesorio, sino de una herramienta pedagógica orientada a fortalecer la autoestima, la expresión emocional y el conocimiento de los propios derechos como pilares del bienestar psicológico.

Sus autores, el Dr. Leandro Castro, presidente de la Federación de Médicos Escolares de Andalucía, y Dña. Isabel Conde, profesora de Dibujo Técnico y Educación Plástica, Visual y Audiovisual, licenciada en Bellas Artes por la Universidad de Sevilla, obtuvieron por esta obra el Primer Premio en Defensa de los Derechos del Escolar, otorgado en el XIV Encuentro Internacional de Expertos en Salud Escolar, organizado por la Asociación Española de Médicos Escolares y la Universidad Complutense de Madrid el 30 de noviembre de 2025.

La relevancia de esta iniciativa trasciende el ámbito editorial. Representa un paso más en la evolución conceptual vivida a lo largo de más de cinco décadas: del niño institucionalizado al niño sujeto de derechos; de la protección pasiva a la participación activa; y del enfoque centrado exclusivamente en la patología a una mirada integral que incorpora la salud mental, el bienestar emocional y la educación en derechos y valores.



Resulta ineludible concluir esta introducción haciendo referencia a las aportaciones de René A. Spitz (1945) y John Bowlby (1951/1952), cuyos trabajos constituyen uno de los pilares conceptuales, del periodo vivencial y de la actual Pediatría Social.

Hoy sabemos que la adversidad relacional temprana no es únicamente un problema emocional, sino un verdadero determinante social de la salud, con repercusiones demostradas en el neurodesarrollo, en los sistemas de regulación del estrés y en la trayectoria vital del niño. La evidencia contemporánea no ha hecho sino confirmar la intuición clínica y la lucidez teórica de aquellos autores. Spitz mostró, mediante la observación directa, que la ausencia de una figura afectiva estable durante el primer año de vida podía comprometer gravemente el desarrollo físico y psíquico. Bowlby, por su parte, amplió esa perspectiva al establecer que el vínculo temprano, cálido y continuo constituye una condición esencial para la salud mental futura.

Sus aportaciones anticiparon principios que hoy orientan las políticas de protección a la infancia: la prioridad del cuidado familiar frente a la institucionalización prolongada; la humanización de la hospitalización pediátrica, favoreciendo la presencia de los padres; el desarrollo de intervenciones precoces centradas en el vínculo; y el reconocimiento del apego seguro como factor esencial de resiliencia.

En perspectiva histórica, estas publicaciones no se limitaron a describir un cuadro clínico. Supusieron un auténtico cambio de paradigma al situar la relación afectiva estable en el centro mismo del cuidado infantil y de la salud integral del niño. Ese desplazamiento conceptual –del mero cuidado físico al cuidado relacional– constituye uno de los fundamentos éticos y científicos de la Pediatría Social contemporánea.

I. La vivencia de la Casa Cuna (1968-1983): del modelo asistencial al despertar bio-psico-social

Si en la introducción se ha señalado la necesidad actual de marcos integrados de protección y bienestar emocional, conviene recordar que esta conciencia no surgió de manera súbita. Se fue gestando, en gran medida, en escenarios institucionales donde la práctica diaria revelaba límites estructurales que la teoría aún no había formulado con claridad. La experiencia vivida en la Casa Cuna (Figura 2) constituye, en este sentido, un punto de inflexión decisivo.

Figura 2

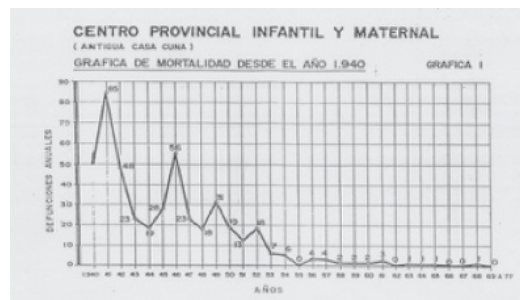
Casa Cuna



Durante décadas, las macro instituciones de acogida infantil cumplieron una función esencial: garantizar la supervivencia física de niños en situación de abandono o desprotección. El Centro Provincial Infantil de la Diputación de Sevilla (antigua Casa Cuna), inaugurada en 1916, no fue una excepción. Los avances en nutrición, vacunación y control de infecciones permitieron reducir de forma drástica la morbilidad infantil (Figura 3), superando etapas históricas en las que la prioridad era, literalmente, preservar la vida.

Figura 3

Gráfica de mortalidad desde el 1940



Sin embargo, una vez estabilizada la dimensión sanitaria, emergió con claridad una realidad más compleja: sobrevivir no equivalía a desarrollarse. Los niños estaban correctamente alimentados, aseados y atendidos desde el punto de vista médico. No obstante, comenzaban a evidenciarse signos persistentes que no podían explicarse por una patología orgánica: retrasos en el lenguaje, dificultades de vinculación afectiva, conductas regresivas, bajo rendimiento escolar, así como alteraciones emocionales y problemas de conducta.

La institución había resuelto el problema biológico inmediato, pero no ofrecía aún una respuesta psicosocial acorde con las necesidades evolutivas de la infancia. El desafío ya no era únicamente clínico; era relacional y ambiental. La organización del macro centro respondía a una lógica asistencial clásica de beneficencia: grandes dormitorios colectivos, organización rígida por departamentos, escasa individualización y cuidadores no profesionalizados. Desde la perspectiva psicológica, esta estructura generaba consecuencias profundas.

El niño no era "hijo de alguien", sino residente de una unidad funcional. La masificación diluía la identidad individual, limitaba la intimidad y dificultaba la consolidación de vínculos estables. Las necesidades materiales estaban cubiertas; la experiencia de pertenencia, no.

La búsqueda de respuestas llevó a desarrollar un proceso sistemático de análisis y formación: revisión bibliográfica, asistencia a Jornadas Nacionales, visitas de las instituciones andaluzas en nuestro compromiso de mejora a nivel andaluz y contactos de ámbito nacional e internacional fueron clave, como no podía ser de otra manera, a la hora de desarrollar un proyecto innovador que conllevaba un cambio radical.

Quedó claro que no podían generalizarse los efectos adversos sin considerar las características específicas de cada centro, su organización y el entorno social. Los efectos de la institu-



cionalización no son idénticos para todos los niños ni en todas las edades; dependen de la combinación de múltiples factores.

La cuestión fundamental dejó de ser si los centros residenciales eran buenos o malos en sí mismos, para pasar a preguntarse qué características hacen que un recurso sea adecuado para atender las necesidades de cada niño. Lo que no pueden recibir sus profesionales, son globales e indiscriminadas valoraciones negativas: "último recurso", "intrínsecamente mala", "nunca pueden beneficiarse al niño". Otros contextos tampoco están ausentes de riesgo, incluyendo la propia familia u otro hogar de acogida. Experiencias no favorables, aunque no deseables, pueden tener su perfil positivo si se atiende adecuada y especialmente en menores "resilientes".

Desde el inicio se adoptaron medidas preventivas para facilitar la integración del nuevo personal educativo en el sistema institucional. Se estableció como principio básico el respeto absoluto hacia quienes habían dedicado su vida al cuidado de los menores acogidos. Este enfoque permitió evitar conflictos y favorecer una transición progresiva hacia un modelo más profesionalizado.

Se estableció una estrategia de intervención, así como problemas y/o peligros a tener en cuenta en su desarrollo (Figura 4).

Figura 4

Estrategia y riesgos en el proceso de reforma

ESTRATEGIA Y RIESGOS EN EL PROCESO DE REFORMA
Cuadro 1

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN	RIESGOS Y PROBLEMAS A CONSIDERAR
Sensibilización institucional y social: responsables políticos (impacto a largo plazo), jueces y fiscales, comunidad.	Deriva administrativa: burocratización como fin en sí mismo.
Organización profesional: equipo interprofesional; metodología científica (asistencia–docencia–investigación); expedientes bio-psico-sociales individualizados.	Limitaciones estructurales: precariedad de medios y obstáculos administrativos.
Primacía del interés del menor sobre conflictos administrativos o sindicales.	Rigidez en la intervención: uniformidad y falta de valoración individualizada.
Reestructuración institucional: reorganización funcional y nuevos modelos asistenciales.	Déficit de evaluación: ausencia de estudios previos adecuados.
Alternativas al internamiento (0-3 años = alto riesgo): ayudas económicas y materiales; familias amigas/acogida; refuerzo de adopción; nuevos recursos comunitarios.	Insuficiencia de recursos y desplazamiento del interés del menor por intereses institucionales, familiares o sociales.

Uno de los hallazgos más reveladores fue la intensa demanda de contacto físico observada al incorporarse la atención psicológica sistemática al centro. Los niños seguían físicamente a los profesionales, buscaban contacto corporal continuo y reclamaban atención exclusiva. No se trataba de conductas anecdóticas, sino de la expresión de una carencia estructural: la ausencia de figuras de apego estables. La organización masificada impedía la consolidación de relaciones exclusivas y seguras. Las consecuencias eran visibles: inseguridad afectiva, dependencia excesiva, baja tolerancia a la frustración y conductas regresivas, como queda reflejado en las aportaciones de Spitz y Bowlby que hemos reseñado.

La evaluación psicológica sistemática confirmó lo que la observación clínica sugería. En los menores de 0 a 3 años, las escalas de desarrollo mostraban retrasos generalizados que no podía atribuirse a déficits congénitos, sino a deprivación ambiental. Especialmente llamativos eran en periodos posteriores de desarrollo: retraso en el lenguaje y pobreza léxica, dificultades de coordinación óculo-manual, problemas de lateralidad y escaso conocimiento del esquema corporal.

El entorno institucional proporcionaba cuidados suficientes en cantidad, pero insuficientes en calidad relacional y estimulación personalizada. Se evidenciaba así un principio que hoy consideramos incontrovertible: el desarrollo neurobiológico temprano depende de la interacción afectiva continuada.

Más allá de los indicadores psicométricos, la vivencia cotidiana mostraba el peso emocional en etapas posteriores. La ansiedad de separación era constante. Algunos niños preguntaban reiteradamente si recibirían visitas; otros expresaban el deseo explícito de que se les buscara una familia. La salida de compañeros hacia la adopción reforzaba inevitablemente la comparación y el sentimiento de permanencia involuntaria. Estas dinámicas favorecían una baja autoestima, tristeza reactiva y conductas disruptivas entendidas, más que como patología primaria, como llamadas de atención en un entorno impersonal.

Otro de los hallazgos más significativos fue el retraso de talla de origen psicosocial. En menores que accedían a un entorno familiar adoptivo, el ascenso en la curva de crecimiento era sorprendente, como si se hubiera activado un mecanismo biológico previamente inhibido. El fenómeno confirmaba algo esencial: la deprivación afectiva tiene expresión somática. El cuerpo también acusa la ausencia de pertenencia.

La primera experiencia de escolarización externa puso de manifiesto las repercusiones acumuladas: bajo rendimiento, deficiencias significativas en lenguaje, problemas de conducta y escasa iniciativa. La institución resolvía muchas necesidades cotidianas de forma estructural, pero el niño no aprendía a resolverlas por sí mismo. La dependencia institucional limitaba la autonomía y las habilidades sociales necesarias para la integración comunitaria.

La conclusión fue progresivamente clara en cuanto a la consideración de la familia como eje estructural del desarrollo infantil. Era evidente que la institucionalización prolongada, especialmente en los primeros seis años de vida –y de manera crítica en el periodo 0–3 años– constituía un factor de riesgo evolutivo significativo. La familia no es solo un recurso afectivo; es el núcleo primario de socialización, base del apego, generadora de identidad y entorno de estimulación continua. El macro centro, por definición estructural, no podía sustituir esa función.

De esta toma de conciencia surgieron medidas concretas: apertura a visitas libres que facilitara el contacto con los familiares, salidas frecuentes, programas que denominamos familias amigas –lo que posteriormente se ha legislado como familia de acogida–, introducción de educadoras, con titulación de auxiliar de puericultura, reforzadas con formación en los aspectos institucionales que se enfrentaban, impulso decidido a la adopción y progresiva reducción de la masificación, en la que fue clave la trabajadora social y la puesta en marcha del Comité de Adopción.

El proceso de desinstitucionalización no fue meramente administrativo. Supuso la creación de un equipo interprofesional –psicología, pedagogía, trabajo social–, la elaboración de expedientes bio-psico-sociales individualizados, la evaluación sistemática de cada caso y la bús-



queda activa de alternativas comunitarias. Se trataba de convertir una institución cerrada en una comunidad educativa abierta, donde cada niño fuera reconocido en su singularidad.

Este proceso coincidió con una transformación normativa más amplia: el tránsito desde la beneficencia hacia el reconocimiento del niño como sujeto de derechos a través de declaraciones, convenciones y resoluciones europeas, que posteriormente se consolida en la Convención sobre los Derechos del Niño, aprobada en la Asamblea General de Naciones Unidas (1989), que centra la dignidad humana como valor básico y concepto subyacente en la niñez. Al ser ratificada por el Parlamento Español en 1990, adquirió en ese momento rango supralegal.

Se consideró la Convención como la verdadera "CONSTITUCIÓN" de la infancia, adolescencia y juventud. Está dirigida a un grupo particular de los Derechos Humanos, permitiendo a los niños y las niñas iniciar su vida como personas sujetas de derecho, con capacidad jurídica e independencia. El cambio no fue solo normativo; fue psicológico. Reforzó la dignidad, el reconocimiento individual y la centralidad del interés superior del menor como principio rector.

De la vivencia de la Casa Cuna pueden extraerse enseñanzas que siguen vigentes:

- La privación afectiva no siempre amenaza la supervivencia, pero limita profundamente el desarrollo.
- La estimulación cualitativa es más decisiva que la mera cobertura material.
- El apego estable constituye una condición estructural del desarrollo sano.
- La institucionalización temprana debe considerarse una medida excepcional y transitoria.
- La intervención interdisciplinaria y el compromiso político es imprescindible.

La desinstitucionalización no fue solo un proceso organizativo; fue una transformación antropológica y psicológica. Se pasó de la supervivencia al desarrollo, de la masificación a la individualización, de la tutela pasiva a la promoción activa del potencial evolutivo.

En definitiva, la experiencia demostró que proteger a la infancia no es custodiarla, sino garantizarle vínculos, identidad y oportunidades reales de desarrollo pleno.

II. La vivencia del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío de Sevilla (1971-2021): del modelo asistencial al despertar bio-psico-social

La inauguración del Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío en 1971 no fue únicamente la apertura de un edificio sanitario; representó la irrupción de un nuevo paradigma pediátrico en Andalucía (Figura 5). Nació en un momento histórico en el que el siglo XX comenzaba a ser reconocido como "el siglo de los derechos del niño", tras una secuencia de declaraciones y convenciones internacionales que culminarían años después en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), como anteriormente se ha referido.

Figura 5

Hospital infantil



En la Unidad de Pediatría Social del Hospital Infantil, como también se ha indicado, ya figuraba el decálogo de los derechos del niño hospitalizado (cuadro2), inspirado en la Declaración Universal de 1959. Aún no se había formulado jurídicamente, con la precisión actual, el principio del “interés superior del menor”, recogido posteriormente en la Convención de Naciones Unidas, ni se había aprobado la Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado; sin embargo, su espíritu comenzaba ya a impregnar la práctica clínica (Figura 6).

Figura 6

Derechos del niño hospitalizado

DECÁLOGO DE LOS DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO Cuadro 2
1. No me ingreses en el hospital si no es absolutamente necesario.
2. Si debo ingresar, procura que no me separen de mis padres, especialmente de mi madre, siempre que sea posible.
3. Permíteme traer conmigo mis juguetes u objetos favoritos.
4. Evita pincharme o realizarme procedimientos dolorosos más veces de las estrictamente necesarias.
5. No me inmovilices ni me sujetes si no es imprescindible.
6. Háblame y explícame lo que vas a hacer; también necesito comprender lo que me ocurre.
7. Ten en cuenta mis gustos y preferencias cuando me ofrezcas la comida.
8. Facilita que el tiempo de visita de mis padres y familiares sea amplio.
9. Si mis padres no pueden estar conmigo, dedícame tiempo, juega conmigo y acompáñame.
10. Dame el alta tan pronto como mi estado de salud lo permita.
Fuente: V Simposio Español de Pediatría Social.

La intensa experiencia vivida en la Casa Cuna durante su proceso de desinstitucionalización, coincidente con la apertura del Hospital Infantil, supuso trasladar una convicción profunda: la



asistencia pediátrica no podía limitarse a la resolución biomédica de la enfermedad. El niño hospitalizado no era solo un paciente; era un ser en desarrollo, con necesidades emocionales, familiares, educativas y sociales inseparables de su proceso clínico.

Se había aprendido que la privación relacional deja huella biológica; que el entorno moldea el desarrollo; y que la organización institucional puede convertirse, sin pretenderlo, en un factor de riesgo.

Con esa "mochila" de humanización y enfoque de derechos, la propuesta fue clara desde el inicio: crear una Unidad de Pediatría Social de carácter asistencial, docente, investigador, interdisciplinar, conectada con el movimiento asociativo y con la comunidad. Se tomó como referencia la experiencia pionera del Hospital La Paz de Madrid, enriquecida con la vivencia adquirida en el ámbito de la protección. No se trataba de copiar un modelo, sino de integrarlo en una visión más amplia: convertir la hospitalización, siempre no deseada, en una experiencia potencialmente reparadora, a la que se denominó "*hospitalismo positivo*".

Hospitalización infantil: riesgo y oportunidad

La hospitalización es siempre un acontecimiento estresante en la vida de un niño. La enfermedad añade vulnerabilidad; la separación, la incertidumbre y la pérdida de control incrementan el impacto emocional.

En los primeros años se observaban con frecuencia ingresos innecesariamente prolongados; separaciones rígidas de los padres; procedimientos repetitivos y poco coordinados; falta de preparación psicológica previa; y escasa información adaptada a la edad de los menores. En determinadas circunstancias, el hospital podía convertirse en agente de maltrato institucional. Detectarlo exigía una mirada ética y preventiva.

Desde la Unidad de Pediatría Social se promovieron cambios concretos:

- Preparación psicológica para ingresos programados.
- Reducción de ingresos evitables mediante hospitalización de día.
- Impulso a la hospitalización domiciliaria, así como permisos de fin de semana.
- Aumento progresivo de las estancias de los familiares de los distintos servicios.
- Protocolos de información adaptados al niño y a su familia.
- Participación progresiva del menor en decisiones acordes a su edad.
- Detección y abordaje de factores psicosociales asociados.

La información dejó de ser un acto unilateral para convertirse en un proceso relacional. Situaciones de diagnóstico adverso requerían confidencialidad, tiempo, escucha y acompañamiento.

Un hecho que marcó profundamente la idea de participación del menor hospitalizado fue la carta de un adolescente con una cardiopatía compleja que cuestionaba la prohibición de entrada de los familiares en la UCI, así como otras cuestiones relacionadas con normas, como

que no se apagarán las luces de noche. Aquella interpelación dio origen al desarrollo de una herramienta validada de evaluación de la satisfacción infantil con la hospitalización, elaborada en colaboración con el grupo de investigación del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Sevilla. Escuchar al niño se convirtió en un principio operativo.

Sin embargo, la humanización no podía limitarse a la actitud profesional; debía impregnar la arquitectura y el ambiente.

Se partía de una estructura hospitalaria inicialmente desfasada. Con el apoyo del profesor Enrique Acosta Naranjo, especialista en diseño gráfico y estudio del color como terapia ambiental, y del profesor Andrés Esteban Arbúes, de la Facultad de Psicología, que formó parte del equipo de la Casa Cuna, se inició una transformación progresiva de los espacios: uso de colores cálidos y diferenciadores; señalética adaptada a la mirada infantil; espacios abiertos y luminosos; zonas de juego; integración estética coherente (Figura 7).

Figura 7

Mural del vestíbulo



No faltaron críticas que calificaron el cambio cromático como extravagante; sin embargo, el tiempo confirmó su impacto positivo. Los niños con patologías crónicas comenzaron a referirse al hospital como “su segundo hogar”

Posteriormente, proyectos como la Azotea Azul o la futura Unidad de Adolescentes (Figura 8), impulsados por el asociacionismo, reforzaron esta línea de coparticipación social. No se trataba de “amoldar niños a hospitales ya hechos”, sino de adaptar el hospital a las necesidades del menor. En ello fue pionera y modélica la asociación ANDEX en la Unidad de Oncología.

Figura 8

Azotea del hospital infantil



Escuela Hospitalaria: educación como derecho

La integración de la escuela en los hospitales, constituyó uno de los hitos más transformadores en la atención al niño hospitalizado. Bajo el impulso inicial de Petra Melara, cuya creatividad y sensibilidad marcaron una etapa decisiva, la educación dejó de ser un elemento tangencial para convertirse en parte del tratamiento integral.

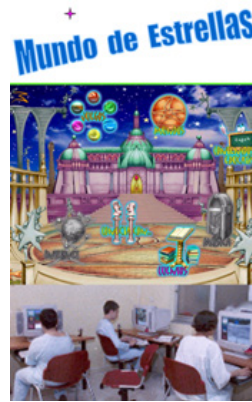
En 1988 se puso en marcha en Andalucía el programa de Aulas Hospitalarias, inicialmente con diez profesores dependientes de la Consejería de Educación. Con el tiempo, este modelo se consolidó y amplió mediante la formalización de convenios entre las Consejerías de Salud y Educación, incorporando la atención educativa domiciliaria, la coordinación con las unidades de salud mental infanto-juvenil y la utilización de nuevas tecnologías para garantizar la continuidad educativa de los niños y adolescentes durante los periodos de enfermedad.

La pedagogía hospitalaria respondía a un doble derecho: salud y educación. Sus objetivos eran claros: evitar el retraso escolar; favorecer la adaptación emocional; estimular la creatividad y la expresión; mantener el vínculo con el centro de origen; y prevenir el aislamiento. La metodología adoptó un enfoque globalizador, personalizado, participativo y lúdico. El juego se convirtió en herramienta terapéutica.

En 1998, el Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío fue el centro elegido por el Servicio Andaluz de Salud para poner en marcha la innovadora experiencia del proyecto europeo "Mundo de Estrellas" (Figura 9), pionero en el uso de entornos virtuales y videoconferencias entre menores de las diferentes escuelas hospitalarias del ámbito andaluz, permitió mantener vínculos escolares y sociales, reducir la brecha digital y favorecer la normalización. Para muchos niños con reingresos frecuentes, constituyó una auténtica estrategia de *hospitalismo positivo*. La escuela hospitalaria se consolidó así como espacio de resiliencia.

Figura 9

Mundo de estrellas



Atención integral en patología crónica

La mejora de la supervivencia infantil trajo consigo un aumento de enfermedades crónicas complejas. Espina bífida, cardiopatías congénitas, fibrosis quística, prematuridad extrema, metabolopatías, las denominadas enfermedades raras... Todas exigían una respuesta coordinada, especialmente con el movimiento asociativo de familiares y con los niveles de atención primaria y especializada. Requerimiento que dio origen a la publicación de un libro dedicado a la atención integral de la patología crónica, así como una Guía de atención a la infancia con problemas crónicos de salud.

La firma de un convenio de colaboración entre la Consejería de Salud, a través de la Unidad de Pediatría Social del Hospital Infantil, y el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Sevilla en 1994, y la posterior creación del Grupo de Investigación CTS-152 "Pediatría Integral y Psicología Pediátrica", formalizó el equipo de trabajo interdisciplinar que continúa en la actualidad.

Sus ejes fundamentales fueron:

- Evaluación bio-psico-social.
- Continuidad asistencial.
- Programas preventivos.
- Apoyo psicológico familiar.
- Colaboración con asociaciones.
- Elaboración de guías clínicas basadas en la evidencia.
- Validación de instrumentos para conocer la satisfacción de los menores con la atención recibida en los servicios sanitarios.



Más de cien publicaciones, tesis doctorales (defendidas tanto en la Facultad de Medicina como en la de Psicología), y proyectos competitivos reflejaron una producción científica constante orientada a la práctica. La investigación no era un lujo académico; era una exigencia ética para mejorar la calidad de vida del niño y su familia.

Logros y dificultades

A lo largo de más de cincuenta años, el Hospital Infantil ha incorporado avances tecnológicos de gran relevancia –cirugía mínimamente invasiva y robótica, genética molecular, telemedicina– que han transformado de manera profunda la práctica clínica. Sin embargo, el cambio más significativo no ha sido únicamente tecnológico, sino conceptual.

En este tiempo se ha producido una evolución clara en el modo de entender la hospitalización pediátrica: de la separación sistemática del niño y su familia a la presencia y participación activa de los padres; de una información paternalista a un modelo de decisión compartida; de hospitalizaciones prolongadas a alternativas ambulatorias; de una visión exclusivamente bio-médica a una atención bio-psico-social; y de una tutela pasiva del niño a la promoción activa de su desarrollo. En este proceso también ha sido relevante la creación de las unidades de cuidados paliativos pediátricos, que han incorporado una mirada más integral ante la enfermedad grave.

De este modo, el niño hospitalizado ha dejado de ser únicamente objeto de cuidado para ser reconocido como sujeto de derechos.

El Hospital Infantil nació y se desarrolló, además, con un fuerte sentimiento de pertenencia entre sus profesionales. La expresión “mi hospital” no era una simple fórmula retórica. Existía una comunicación fluida entre los distintos estamentos –desde los médicos hasta el personal de mantenimiento– que favorecía una cultura compartida de compromiso y responsabilidad. La humanización no se concebía como un programa externo, sino como una práctica cotidiana que debía construirse desde dentro, en la calidad de las relaciones diarias.

Iniciativas como el denominado *Comité de la Ilusión*, las actividades lúdicas dirigidas a los niños, así como la implicación del voluntariado y del movimiento asociativo, contribuyeron a reforzar ese clima institucional.

No obstante, la evolución no estuvo exenta de dificultades. La creciente presión asistencial, la burocratización progresiva del sistema sanitario, determinadas limitaciones estructurales y algunos episodios judiciales relacionados con la intervención profesional en situaciones de maltrato infantil generaron desgaste en los equipos. A ello se sumó la jubilación y posterior ausencia de referentes en Pediatría Social, lo que dejó una carencia objetiva en un hospital que había sido modelo en la atención integral al niño.

Entre los retos pendientes destaca de forma particular el desarrollo de la Salud Mental Infantil y la necesidad de reforzar la presencia de Psicólogos Clínicos, cuestión que hoy constituye uno de los objetivos prioritarios de la Consejería de Salud.

Todo ello invita a una reflexión: asistencia, docencia e investigación deben caminar unidas si se desea mantener un liderazgo sanitario coherente con el enfoque de derechos.



Si la Casa Cuna nos enseñó que sobrevivir no es lo mismo que desarrollarse, la experiencia del Hospital Infantil nos permitió comprender que curar tampoco es suficiente si no se protege la dimensión emocional, educativa y social del niño. El proceso vivido desde 1971 refleja, en definitiva, la transición desde un modelo asistencial clásico hacia una perspectiva bio-psico-social plenamente alineada con la concepción del niño como sujeto de derechos.

La hospitalización puede ser una experiencia potencialmente traumática. Pero cuando se articula con humanización, participación familiar, escuela hospitalaria, apoyo psicológico y recursos tecnológicos adecuados, también puede convertirse en un espacio de acompañamiento y crecimiento.

Ese ha sido, en esencia, el sentido profundo de esta trayectoria: transformar la enfermedad en una oportunidad de cuidado integral y de dignidad para el niño y su familia. Porque el verdadero indicador de calidad hospitalaria no es solo la supervivencia, sino el bienestar integral del niño y de quienes le rodean

III. Perspectivas y necesidades futuras de análisis e intervención

La trayectoria descrita –desde los modelos de institucionalización masiva hasta el actual enfoque de derechos, y desde el hospital asistencial al hospital progresivamente humanizado– no representa un punto final, sino una etapa dentro de un proceso evolutivo que continúa abierto. La experiencia acumulada permite hoy identificar con mayor claridad algunos desafíos pendientes y orientar las líneas estratégicas de futuro en el ámbito socio-sanitario. Entre ellas destaca la necesidad de avanzar en evaluaciones longitudinales que permitan analizar el impacto real de las intervenciones preventivas en el desarrollo infantil, particularmente en aspectos tan decisivos como el apego, la estabilidad emocional y el bienestar psicosocial. Medir resultados en términos de bienestar integral, y no únicamente de indicadores administrativos o clínicos, constituye una exigencia cada vez más evidente para orientar las políticas públicas dirigidas a la infancia.

En el ámbito específico de la atención sanitaria pediátrica, uno de los retos principales consiste en consolidar institucionalmente la Pediatría Social. La experiencia desarrollada en el Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío ha puesto de manifiesto que este enfoque no puede depender únicamente de la sensibilidad o del compromiso personal de determinados profesionales. Requiere estructuras estables que integren de forma real las dimensiones biomédica, psicológica y social de la atención al niño.

Ello implica el reconocimiento formal de unidades de Pediatría Social, la presencia estable de Psicología Clínica, la coordinación con trabajo social y pedagogía hospitalaria y la incorporación de indicadores específicos que permitan evaluar la calidad psicosocial de la atención. En este contexto, la salud mental infantil debe considerarse un eje transversal del sistema sanitario pediátrico y no un recurso periférico al que se recurre de manera ocasional.

Otro ámbito de desarrollo se sitúa en la profundización del proceso de humanización hospitalaria. Aunque el diseño de espacios más amables ha supuesto avances relevantes, la humanización no puede limitarse al entorno físico. Requiere también investigación rigurosa sobre el impacto emocional de la arquitectura hospitalaria, sistemas de evaluación de la experiencia del niño y su familia mediante instrumentos científicamente validados, y protocolos asistenciales que garanticen la presencia familiar incluso en situaciones de mayor complejidad clínica,



como las unidades de cuidados intensivos. Asimismo, la expansión de modalidades asistenciales como la hospitalización domiciliaria o el uso de tecnologías de telemedicina puede contribuir a preservar el entorno vital del niño siempre que estas herramientas se orienten al bienestar emocional y relacional del paciente.

El aumento sostenido de la supervivencia en numerosas enfermedades pediátricas ha introducido además un nuevo escenario asistencial marcado por la creciente prevalencia de patologías crónicas. Esta realidad exige reforzar programas estructurados de transición hacia la medicina de adultos, apoyar psicológicamente a los adolescentes que afrontan procesos de larga duración, fortalecer la coordinación con asociaciones de pacientes y promover la formación en autocuidado y autonomía progresiva. La enfermedad crónica no constituye únicamente una condición clínica, sino un proceso vital que acompaña al niño y a su familia durante etapas decisivas de su desarrollo.

En paralelo, el desarrollo de los cuidados paliativos pediátricos se ha consolidado como uno de los avances más significativos del modelo de hospital humanizado. Su evolución futura deberá reforzar la formación técnica y emocional de los profesionales, estructurar programas de apoyo al duelo familiar y promover la investigación orientada a mejorar la calidad de vida en situaciones de enfermedad avanzada.

En este ámbito adquiere también especial relevancia el desarrollo de la reflexión bioética aplicada a la práctica clínica, particularmente en relación con la toma de decisiones compartidas, el acompañamiento al final de la vida y el respeto a la dignidad del niño y de su familia.

Desde una perspectiva prospectiva, la evolución vivida –desde la Casa Cuna al hospital humanizado, y desde la beneficencia al reconocimiento pleno de derechos– demuestra que los cambios estructurales en la atención a la infancia son posibles cuando confluyen convicción ética, evidencia científica y compromiso profesional e institucional.

Si en el pasado aprendimos que sobrevivir no equivale a desarrollarse y que curar no es suficiente, el futuro nos obliga a asegurar que cada niño y cada niña –tanto en los sistemas de protección como en el hospital– pueda crecer con identidad, dignidad y esperanza.

Esa es, en última instancia, la verdadera continuidad evolutiva de la atención a la infancia.

Referencias

- Anchoriz Esquitino, M. (2015). *Validación lingüística, semántica y cultural de una medida específica de calidad de vida para niños y niñas con fibrosis quística (CFQ)* (Tesis doctoral, Universidad de Sevilla).
- Avilés Carvajal, I. (2015). *Evaluación psicológica y situación sociofamiliar de una población infanto-juvenil afectada por el virus de la inmunodeficiencia humana* (Tesis doctoral, Universidad de Sevilla).
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health*. World Health Organization.
- Castro Gómez, L., & Conde Marín, I. (2025). *Crecer con derechos: Historias sobre la Ley de Infancia y Adolescencia de Andalucía*. Defensor del Pueblo Andaluz.
- Cruz Hernández, M., Gómez de Terreros Sánchez, I., & García Caballero, C. (2023). *Historia de la pediatría social en España*. En Asociación Española de Pediatría (Ed.), Cuadernos de historia



- de la pediatría española: Nefrología, neonatología y pediatría social (N.º 26, pp. 97-113). Asociación Española de Pediatría.
- Esteban, A., & Martín, J. (1979b). *Problemática en inicios de EGB de niños de institución*. Revista de Psicología General y Aplicada, 34, 920-925.
- Esteban, A., & Sánchez Espinosa, E. M. (1981). *La práctica escolar en un hogar infantil (programa mixto y programa tutorial)*. En V Simposio Español de Pediatría Social. Tenerife.
- Esteban Arbués, A. (2008). *Casa cuna de Sevilla: análisis clínico-humanista de una vivencia institucional*. Real Academia de Medicina de Sevilla.
- Gómez de Terreros Guardiola, M. (1992). *La hospitalización como factor de riesgo psicológico en el lactante* (Tesis doctoral, Universidad de Sevilla).
- Gómez de Terreros Sánchez, I. (Coord.). (2022). *Creciendo contigo: Hospital Infantil y Hospital de la Mujer 1971-2021*. Junta de Andalucía.
- Gómez de Terreros, I., & Esteban, A. (1977). *Desarrollo integral del preescolar interno*. En XV International Congress of Pediatrics (p. 37). New Delhi.
- Gómez de Terreros, I., García Rodríguez, I., & Gómez de Terreros Guardiola, M. (2002). *Atención integral a la infancia con patología crónica*. Alhulia.
- Gómez de Terreros, I., González, A., Torres, J. E., Sánchez Espinosa, E. M., Bernal, M., Salmerón, M., et al. (1981). *Actualización de hogares infantiles*. En Simposio Español de Pediatría Social (pp. 194-237). Tenerife.
- Guía Consejería de Salud (1997). *Atención a la infancia con problemas crónicos de salud*. Junta de Andalucía.
- Lanzarote Fernández, M. D. (2003). *Inteligencia y socialización en niños y adolescentes con espina bífida* (Tesis doctoral, Universidad de Sevilla).
- López, J., Sánchez Espinosa, E. M., & Esteban, A. (1984). *Diagnóstico y educación compensatoria del lenguaje oral*. En VIII Congreso Nacional de Pedagogía (pp. 139-140). Santiago de Compostela.
- Lozano Oyola, J. F. (1995). *Estudio de algunas características de personalidad de una muestra de niños asmáticos de la provincia de Sevilla* (Tesis doctoral, Universidad de Sevilla).
- Parlamento Europeo. (1992). *Carta europea de los derechos del niño*.
- Sánchez Espinosa, E. M., & Bernal Rendón, M. (1981). *Problemática escolar de un hogar infantil en los primeros niveles de la EGB*. En V Simposio Español de Pediatría Social. Tenerife.
- Spitz, R. A. (1945). Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 1, 53-74.
- Trigo, J. (1989). *Deprivación sociofamiliar e institucionalización de menores: hacia una intervención psicossocial* (Tesis doctoral, Universidad de Sevilla).