

Malos tratos a la infancia

Grupo de Salud Mental del PAPPS

Autores:

M^a del Carmen Fernández Alonso, Sonia Herrero Velázquez, Francisco Buitrago Ramirez, Ramón Ciurana Misol, Levy Chocrón Bentata, Javier García Campayo, Carmen Montón Franco y Jorge Tizón García

Malos tratos a la infancia

Concepto: Al hablar de maltrato o abuso en la infancia nos referimos a acciones u omisiones que van a interferir en el desarrollo integral del niño, que lesionan sus derechos como persona y que son infligidos generalmente por personas del medio familiar. El término de malos tratos engloba diferentes formas de abuso o agresión: violencia física, maltrato emocional, abuso sexual, negligencia física y/o emocional, maltrato prenatal y maltrato institucional (**Tabla 1**).

El niño maltratado va a sufrir con frecuencia alteraciones de su desarrollo físico, psicoemocional y social.

Tabla 1.-**Clasificación del maltrato infantil**

Maltrato físico	Cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico(fracturas, quemaduras, hematomas, mordeduras, envenenamientos etc), o enfermedad en niño o le ponga en riesgo de padecerlo:
Abuso sexual	Cualquier clase de de contacto con excitación sexual con un menor por parte de un adulto desde una posición de autoridad o poder sobre el niño: contactos sexuales, inducción a la pornografía o a la prostitución
Maltrato emocional	Cualquier conducta por parte de un adulto del grupo familiar que pueda dañar la competencia social, emocional o cognitiva del niño: Falta de demostraciones de afecto, recriminaciones y desvalorizaciones constantes, ridiculización, amenazas, etc
Negligencia o abandono	Abandono en los cuidados de la salud física y mental del niño: privación de alimentos, cuidados sanitarios, falta de higiene, falta de interés por el desarrollo emocional y educativo del niño.
Maltrato prenatal	Conductas que suponen un riesgo para la embarazada y por tanto para el feto, infligidas por la propia mujer o por otras personas: consumo de alcohol o drogas

Maltrato institucional	Cualquier actuación procedente de los poderes públicos que vulnere los derechos básicos del menor: en la instituciones de enseñanza, guarderías, hospitales, instituciones judiciales etc
Trastorno facticio inducido (Tambien llamado S. de Münchausen por poderes)	Es una forma de abuso infantil en la que uno de los padres induce en el niño síntomas reales o aparentes de una enfermedad

Magnitud del problema en España y en el mundo.

Epidemiología. Situación en España.-

La incidencia real de los malos tratos es desconocida. Las características del problema hacen muy difícil conocer la extensión real del mismo. El hecho de que el maltrato se produzca en el seno de la familia, el que los agresores sean casi siempre los padres o personas próximas y el que la víctima sea un niño, hace que con frecuencia no se denuncien.

Diferentes autores piensan que solo se detecta entre el 10 y el 20% de los casos existentes de malos tratos en la infancia, y se ha estimado que la tasa de incidencia de maltrato infantil en España podría estar entre el 5 y el 15 por mil de los niños menores de 18 años, sin embargo es dudosa la fiabilidad de estas estimaciones, por los sesgos en los estudios publicados, por la variabilidad y a veces ausencia de validación de las escalas o instrumentos utilizados para la detección, por las diferencias de criterio a la hora de definir el maltrato, por la ocultación de la realidad por los padres de niños que no tienen capacidad de denunciar, circunstancias que dificultan la fiabilidad y comparabilidad de los datos.¹⁻⁴

Estas estimaciones se han hecho, a partir de estudios epidemiológicos realizados en nuestro país. En un estudio realizado en Cataluña⁵ (1988) encontraron que un 5 por mil de los niños de 0 a 16 años había sido víctima de malos tratos. En dos estudios uno realizado en Andalucía⁶ (1992) en niños de 0-15 años, y otro realizado en Guipúzcoa⁷ (1989) encuentran una prevalencia de maltrato del 15 por mil. Respecto a las formas de maltrato en nuestro medio, en primer lugar aparece la negligencia física (79%), seguida del maltrato emocional (42%), el maltrato físico (30%) y el abuso sexual (2-4%).

Llama la atención la menor incidencia en nuestro medio del maltrato físico y sobre todo del abuso sexual con respecto a la incidencia en EEUU(49% del maltrato físico y 21% abuso sexual); este hecho , podría responder a una menor incidencia real, pero también es posible que se deba a una menor detección en nuestro país, pues no parece estar en consonancia con los resultados del estudio retrospectivo realizado por López F. y cols ⁸ mediante entrevista a 2100 adultos sobre la existencia de abusos sexuales en su infancia. El 22 % de las mujeres y el 15% de los varones afirmaron haber sufrido abusos sexuales en su infancia. En este estudio fueron las niñas de 11 y 12 años las de mayor riesgo de abuso sexual.

Además de los estudios mencionados, existen otros indicadores que pueden aproximarnos al conocimiento del problema, como las intervenciones de los Servicios de Protección de Menores⁹. A través de los expedientes abiertos por denuncias en los años 1991 y 1992 recogidas en los Servicio de Protección de Menores, se constató que algo más el 25% de los niños a quienes se abrió expediente por diferentes motivos eran víctimas de malos tratos., y que suponía una media anual del 0,44 por 1000 de la población infantil. Respecto al tipo de maltrato se mantiene el mismo orden que en los estudios antes citados. En cuanto donde se detectaron los casos, llama la atención la escasa representación de los servicios sanitarios (6%). Los servicios sociales (56 %), policía (13%) y familiares del menor (11%) fueron los que mayor participación tuvieron en la detección de malos tratos.

La incidencia y la prevalencia de maltrato en general es mayor en los niños, pero las niñas son víctimas de abusos sexuales con una frecuencia dos veces y media superior a la de los varones.

El maltrato infantil es más frecuente en menores de 2 años y la forma frecuente es la negligencia. El maltrato en edades tempranas no suele denunciarse, y el adulto no suele reconocerse como maltratante, sin embargo el maltrato infantil constituye la segunda causa de muerte en menores de 5 años en nuestro país, si excluimos el periodo neonatal.¹⁰ Todos estos datos nos dan idea de la relevancia del problema en términos de extensión y gravedad.

Situación en el mundo.-

En EEUU, en 1993 los servicios de protección de menores estimaron que el maltrato afecta a más de 1 millón de menores en USA (14/1000), con más de 1028 muertes debidas a maltratos a menores. Este mismo año, fueron denunciados 140.000 casos de

abusos sexuales en niños , pero la verdadera magnitud del problema se estima que debe ser de unos 450.000 casos por año¹¹. En 1994 el 25 por mil de niños entre 0 y 17 años fué víctima de malos tratos¹² Los maltratadores en un 66% son miembros de la propia familia.

Estudios realizados en Europa¹³ (Inglaterra y Gales) entre 1977-1986 por la NSPCC encuentran que el 12,5 por mil de los niños estudiados sufren maltrato. Los datos en países de América latina, países norte y centroafricanos, la India, China etc, son inexistentes o de poca fiabilidad, pero la realidad de la infancia en ellos hacen imaginar situaciones de maltrato en todas sus formas, verdaderamente alarmantes.

El reciente Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS)¹⁴ recoge cifras similares. Aproximadamente el 20 % de las mujeres y el 5-10 % de los hombres han sufrido, durante la infancia, abusos sexuales.

Consecuencias

Las lesiones intencionadas son la principal causa de mortandad en menores de 1 año Además de las lesiones físicas, los niños que han sido víctimas o testigos de malos tratos, a menudo experimentan alteraciones en su desarrollo físico, social y emocional¹⁵. En los primeros momentos del desarrollo, se observan repercusiones negativas en las relaciones de apego y en la autoestima del niño. En la adolescencia, se observan trastornos de relación social, conductas adictivas (alcohol y drogas), conductas antisociales, fugas del domicilio, bajo rendimiento académico, y actos violentos.

Otras consecuencias son sentimientos de culpa, aislamiento, síndrome de estrés postraumático, fobias sexuales, la depresión y otros trastornos psicopatológicos.

El abuso sexual en los niños a menudo tiene repercusiones psicológicas graves. Los adolescentes que han sufrido abusos sexuales tienen mayor tendencia al abuso de sustancias como alcohol o drogas y también tienen una mayor incidencia de intentos de suicidio.¹⁶⁻¹⁸

Otras consecuencias del maltrato en la infancia son: a largo plazo tienen una mayor probabilidad de sufrir violencia en sus relaciones de pareja, y con los propios hijos ya sea como víctima (mujer) o como agresor (varón), por tolerancia hacia este tipo de conductas, o por haber incorporado los patrones de víctima o agresor (violencia trasgeneracional)^{19,20}

Factores de riesgo y vulnerabilidad

Se han identificado algunas características parentales y familiares como marcadores o factores de riesgo del abuso físico a niños, y situaciones que confieren una especial vulnerabilidad del niño^{3,21} (Tablas 2 y3) pero el abuso es generalmente el resultado de la interacción de múltiples factores; esta mediado siempre por la falta de control de los impulsos cuya base puede ser biológica, psicológica y social. Las madres que maltratan sus hijos con mayor frecuencia son víctimas a su vez de violencia física por su compañero y en cuanto a los padres también con mayor frecuencia fueron víctimas de violencia durante su infancia.

Tabla 2.- Factores de riesgo y vulnerabilidad para el maltrato infantil.

	Personales	Familiares	Sociales
Maltrato o negligencia física	Deficiencias físicas o psíquicas Dependencia biológica y social Separación de la madre en el periodo neonatal Niño hiperactivo Prematuros Discapacitados	Familias monoparentales Embarazo no deseado Padres adolescentes Padre o madre no biológico Abuso de drogas o alcohol Historia de violencia en la familia Bajo control de impulsos Trastorno psiquiátrico en los padres. Deficiencia mental Prostitución Separación en el periodo neonatal precoz Abandono fallecimiento de uno de los cónyuges Antecedente de maltrato familiar	Soporte social bajo Nivel socioeconómico bajo Aislamiento social Hacinamiento Inmigración Desempleo
Maltrato o negligencia psicoafectivo	Deficiencias físicas o psíquicas Dependencia biológica y social Separación de la madre en el periodo neonatal Niño hiperactivo Prematuros Discapacitados	Relaciones conyugales conflictivas. Desconocimiento de las necesidades psicoafectivas del niño. Enfermedad psiquiátrica de los padres. Expectativas irracionales respecto al desarrollo del niño Uso del castigo físico como una técnica de disciplina. Antecedentes de maltrato familiar	Nivel socioeconómico medio o medio-alto Aislamiento social
Abuso sexual	Niñas	Padre dominante. Madre pasiva Padres no naturales Alcoholismo y otras drogodependencias Pobre relación marital entre los padres. Límites generacionales difusos Antecedente de abuso sexual en familia de origen	

Tabla 3.- Señales de alerta

Señales de alerta

- Incumplimiento de las visitas de control del niño
- Hiperfrecuentación por motivos banales
- Cambios frecuentes de médico
- Negación de informes de ingresos hospitalarios
- Falta de escolarización
- Agresividad física o verbal al corregir al niño
- Coacciones físicas o psicológicas
- Complot de silencio respecto a la vida y relaciones familiares
- Relatos personales de los propios niños

Prevención de malos tratos.

La prevención primaria y secundaria son las estrategias más adecuadas para afrontar el problema del maltrato. Las intervenciones de prevención primaria son las dirigidas a reducir la incidencia mediante la identificación de factores de riesgo ligados al maltrato al menor y la intervención precoz sobre los problemas detectados (Ej: trastornos psicopatológicos, drogodependencias, marginalidad etc). Sin embargo la actuación sobre los factores de riesgo supera las posibilidades de la intervención sanitaria, haciéndose necesaria la coordinación interinstitucional para el abordaje anticipatorio de estas situaciones de riesgo físico y psicosocial para el menor: programas de apoyo social a la familia, programas de capacitación para padres y de los niños y adolescentes y mejora de sus habilidades de afrontamiento, programa de visitas domiciliarias de enfermería en el periodo perinatal en familias en situación de precariedad, en familias monoparentales y en padres adolescentes²²⁻²⁵ No conocemos apenas estudios que hayan podido demostrar la efectividad de estas intervenciones. La visita domiciliar de la enfermería sí ha demostrado ser efectiva en la prevención de los malos tratos en los 2 primeros años de vida del niño²⁶

Se han probado numerosos instrumentos para valorar el riesgo de maltrato: cuestionarios, escalas, entrevistas estructuradas o semiestructuradas, tal como la entrevista semiestructurada para padres y madres de Torres, Arruabarrena y de Paul^{3,7}, que está siendo sometida a análisis previos para su validación. También la versión española de "Child Abuse Potential Inventory" de Milner (1980) se encuentra en la actualidad en proceso de validación para la población española. Sin embargo la validez de estos instrumentos no está aun probada en nuestro país^{22, 27}

Aunque no hay evidencias científicas sólidas que sustenten la efectividad de la mayor parte de intervenciones preventivas que se han desarrollado en diferentes países,²² ello no significa que debamos permanecer impasibles ante el problema. Es necesario sin embargo promover estudios que nos permitan conocer mejor la situación real del maltrato infantil en nuestro medio, así como evaluar intervenciones y probar su efectividad.

Estrategias de prevención.- La atención al niño maltratado para minimizar las consecuencias del maltrato, se ha demostrado insuficiente para afrontar eficazmente este problema. Por ello es necesario establecer también estrategias de prevención primaria y secundaria.

Prevención primaria.-

Debe basarse en la identificación de factores de riesgo²⁸⁻³¹ a través fundamentalmente de la entrevista clínica, realizando una búsqueda activa y en el control de los mismos, así como el fomento de los factores de protección.

Control de factores de riesgo y desarrollo de los factores de resistencia y protección:

1.-A nivel familiar e individual.

a.-A nivel de la familia mediante :

- 1 a.-La prevención de embarazos no deseados
2. a- La participación en programas de psicoprofilaxis obstétrica, promoviendo la aceptación de la maternidad, y la capacitación para la crianza
- 3.a.- La capacitación de los padres para:
 - Mejorar el conocimiento de las necesidades psicofísicas del niño en las distintas etapas de su desarrollo.
 - Mejorar el vínculo y la relación emocional con los hijos
 - Mejorar la comunicación.
 - Conocer las estrategias de afrontamiento frente a situaciones generadoras de estrés como el cuidado y crianza de un niño con problemas.
 - Conocer los recursos sociales y comunitarios de apoyo

4.a.- Aplicar los programas preventivos para mejorar las relaciones padres/hijos en situaciones de riesgo (programas materno infantiles, programas de asociaciones como “Puntos de encuentro” etc)

5.a- Intervención en situaciones de maltrato a la mujer como estrategia de prevención del maltrato infantil

A nivel del niño:

Capacitación de niños y adolescentes para ser capaces de:

- Identificar situaciones de riesgo de agresión o acoso y enseñar como actuar y protegerse.
- Desarrollar la empatía y el interés social por los otros.
- Mejorar la capacidad para resolver problemas interpersonales
- Presencia de figuras de apoyo estables, con capacidad para dar afecto y con normas claras de actuación
- Guarderías asistidas y escolarización precoz en casos indicados (de negligencia)

2.-A nivel institucional

En el control de factores de riesgo y en el fomento de los factores de protección, van a tener responsabilidades, los gobiernos y sus instituciones, en aspectos como:

- Desarrollo de Programas de salud mental materno infantil
- Mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos
- Disminución de de la pobreza
- Legislación que favorezca el respeto a la infancia y la eliminación del castigo físico
- Desarrollo y fomento a través de los medios de comunicación y de políticas educativas de la cultura de la no violencia, del respeto y de la igualdad
- Fomento políticas de protección social a la infancia y a la familia.
- Programas de prevención de la violencia entre los niños en el ámbito escolar
- Desarrollo de redes de apoyo social.(Tabla 4)

Tabla 4.

Redes De Apoyo Social

- Puntos de Encuentro: Organización cuyo objetivo es facilitar la relación padre-hijos en casos de familias separadas, disfuncionales, maltratadoras, con supervisión externa de un profesional y en un contexto neutral, distinto a las

viviendas familiares

- Escuela de padres
- Programas de mediación
- Centros materno infantiles

3.-A nivel de los profesionales sanitarios:

Es imprescindible la sensibilización y formación de los profesionales sanitarios.

Quizás la actuación más factible por parte del médico en prevención primaria sea la identificación de factores de riesgo de maltrato y de situaciones de mayor vulnerabilidad de niño o de la familia e interviniendo precozmente para evitar que se produzca la situación de maltrato, mediante programas de visita a domicilio de enfermería a niños en riesgo y el especial seguimiento de estos niños por el pediatra o médico de familia, en el programa de atención al niño sano.

Desarrollo de programas orientados a mejorar la capacitación y de las madres y padres, prestarles apoyo y orientación así como proporcionarles refuerzo positivo.

Atención social a las situaciones de marginalidad.

En los casos de conocimiento de la existencia de maltrato hacia la mujer, cuando esta tiene hijos menores, debe ponerse en conocimiento del pediatra, y siempre debe hacerse la valoración del niño y de las posibles repercusiones psicológicas por el hecho de ser testigo de la situación de violencia. Se debe explorar la posibilidad de que también sea víctima de maltrato.

Se debe atender asimismo a los problemas parentales si hubiere como alcoholismo, drogodependencias y otros trastornos psicopatológicos graves.

Las actuaciones a llevar a cabo con los hijos en los casos de violencia en la pareja son:

-Valorar la situación de los hijos a través de la entrevista.

Esta debe ser realizada por el profesional que mejor conozca y en quien tenga más confianza el niño (generalmente el pediatra)

Normas de actuación:

En la medida de lo posible crear una atmósfera de confianza y seguridad:

- Ayudar a verbalizar sus emociones: miedo, culpabilidad, cólera, tristeza ambivalencia.
- Decirle que él no es culpable de los problemas familiares.
- Evaluar el grado de aislamiento del niño y su red social

- Enseñarles a poner en práctica mecanismos de autoprotección. (identificar situación de riesgo de agresión, instruirle sobre como actuar, saber a que teléfono tiene que llamar o a quien pedir ayuda y cuando etc).
- Comprobar si el niño tiene comportamientos autodestructivos.
- Si hay sospecha de agresión al niño: actuar según protocolo de maltrato infantil..
- Es importante conocer antecedentes de consultas previas y consultar con los servicios sociales o de salud mental si fuera necesario.
- Siempre se debe informar al pediatra para su seguimiento en el programa del niño en situación de riesgo, determinando si precisa aumentar la frecuencia de las visitas de seguimiento en el programa del niño o si se requiere la intervención de otros profesionales (psicólogos) o instituciones (equipos psicopedagógicos).

-A todo niño en situación de violencia en el contexto familiar debe realizarse el seguimiento en el programa de atención al niño y estar alerta ante la posibilidad de una evolución inadecuada

Prevención secundaria.-

El objetivo de la prevención secundaria es la detección del maltrato, abuso o negligencia en sus fases más tempranas, para minimizar las consecuencias de los mismos a través de una intervención precoz

La atención primaria se encuentra en un lugar privilegiado para la detección precoz, porque el médico tiene un contacto periódico y frecuente con el niño a través del programa de control del niño sano, y por su conocimiento de la familia y su contexto, sin embargo la detección del maltrato por el sistema sanitario sigue siendo muy baja. Es necesaria una mayor conciencia de los profesionales de la salud de la necesidad de “búsqueda activa”.

El médico debe explorar signos de alerta, actitudes, señales o síntomas para los distintos tipos de violencia (Tabla 5), en cualquier niño, pero especialmente en aquellos que tiene factores de riesgo de maltrato³¹⁻³³

El grupo de trabajo hace también una llamada de atención hacia el problema que puede representar detecciones no suficientemente comprobadas, los falsos positivos.

Tabla 5.-Signos y señales de alerta de maltrato infantil

Menores de 5 años	Preadolescentes	Adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> -Retraso psicomotor -Apatía - Aislamiento -Miedo, inseguridad -Hospitalizaciones frecuentes -Enuresis y encopresis. -Conductas de dependencia -Trastornos el sueño -Terrores nocturnos -Cambios de apetito -Ansiedad aguda en torno a las revisiones médicas -Hematomas en glúteos, -Hematomas en zona genital -Quemaduras -Explicaciones contradictorias respecto a lesiones -Huellas de manos, correas, objetos punzantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Fracaso escolar -Problemas de conducta -Agresividad, sumisión -Hiperactividad o inhibición -Pobre autoestima - Trastornos del lenguaje y del aprendizaje -Ansiedad o depresión -Insomnio -Absentismo escolar -Fugas del domicilio -Pérdida o ganancia de peso repentina -Conocimiento sexuales inapropiados para su edad 	<ul style="list-style-type: none"> -Trastornos psicosomáticos -Cambios de apetito -Depresión -Ideación suicida -Aislamiento social -Fugas del domicilio -Conductas maternalizadas -Promiscuidad sexual -Ansiedad -Consumo de alcohol/ drogas

Los instrumentos mas importantes de que dispone el médico para la detección son la entrevista clínica y la exploración física.

Prevención terciaria: actuación ante el diagnóstico del maltrato infantil.-

La intervención ante una situación de maltrato ha de ser siempre integral y multidisciplinar. Por ello es necesaria una actuación en red, que permita la actuación de los distintos profesionales e instituciones que van a tener competencias en el abordaje de este complejo problema.

Actuación del médico.

- Entrevista y exploración con el niño víctima de maltrato
- Valoración del estado psicológico y de la situación social
- Valoración y tratamiento de las lesiones físicas, inmunizaciones si procede. Prevención de ETS y embarazo en casos de abuso sexual, en los que ésta posibilidad exista.

- Valoración del riesgo del menor para determinar la urgencia de la intervención (Tabla 6). Si existe riesgo inmediato: Ingreso hospitalario del niño, previo informe a los padres de las razones del ingreso. Si no lo autorizan se debe realizar denuncia ante las autoridades competentes.
- Realizar parte de lesiones para los servicios judiciales.
- Contactar con el trabajador social y elaborar el informe social y hacer la estimación de los recursos disponibles
- Registrarlo en la historia clínica.
- Informar al Servicio de Protección a la Infancia y remitir el informe médico-social elaborado.
- Establecer un plan de seguimiento coordinado.
- Si no hay riesgo inmediato no será necesario el ingreso, pero sí el resto de las actuaciones
- Además se hará un especial seguimiento del niño y de la familia, facilitándole las ayudas psicoterapéuticas y sociales que precisen..

Tabla 6.-Estimación del riesgo del menor

Tipo de maltrato	Riesgo inmediato	Riesgo no inmediato
Maltrato físico	Lesiones graves que suponen riesgo para la vida del paciente	Lesiones menores (Hematomas, pequeños traumatismos o heridas)
Maltrato emocional	Agresiones psicológicas mantenidas y frecuentes: amenazas, aislamiento, rechazo, corrupción. Crisis de ansiedad, trastorno por estrés postraumático.	Conductas aisladas psicológicamente lesivas Trastorno psicopatológico
Abuso sexual	Violación, incesto, explotación sexual	Exhibicionismo, vejación Trastorno psicopatológico
Negligencia física o emocional	Abandono físico o emocional que provoquen daños físicos o emocionales graves.	Rechazo hacia el niño Trastorno psicopatológico

La atención del personal sanitario no solo está dirigida a la víctima, sino también a la persona maltratante, generalmente los padres.

La **entrevista con la persona maltratante**³⁴ debe de ser privada, en lugar tranquilo, sin prisas, manteniéndonos serenos y en actitud neutral, sin hacer juicios, comentarios, evitando enfrentamientos. Se puede formular alguna pregunta facilitadora ¿Qué cree usted que está pasando? Explorar las dificultades de contenerse en determinadas situaciones. Escuchar a la persona, permitirle reconocerse culpable y expresar sus sentimientos.

Informarle de la necesidad de ingreso del niño, si es que fuera necesario.

Valoración de la actitud de los padres: despreocupación, retraso en demanda de atención, proyección de la culpa en el niño o en otros, explicaciones incongruente de como se produjo la lesión

Debemos valorar el estado psicológico, historia y personalidad de la persona maltratante: sus antecedentes, investigar la presencia de trastornos psiquiátricos, consumo de alcohol o drogas, enfermedades o discapacidades etc, y ofertar la ayuda profesional necesaria.

La colaboración con los padres, aunque sean los agresores, es especialmente necesaria en el caso del maltrato infantil; en una primera fase para recabar información para llegar al diagnóstico. Pero también en una segunda fase, pues el objetivo va a ser intentar modificar una relación familiar disfuncional generadora de violencia; en unos casos desencadenada por situaciones familiares estresantes que han superado las posibilidades de esa familia de manejar sus impulsos, y en otros mucho mas graves y complejos, en los que la que la violencia ha pasado a ser el modo de comunicación habitual de una familia, y a veces con carácter transgeneracional³⁵

El medio escolar puede jugar un papel importante tanto en la detección del maltrato al menor, como en el desarrollo de estrategias de intervención con niños víctimas de maltrato orientadas a la integración, mejorando la red social del menor (el aislamiento social es muy frecuente), y a la protección reforzando su autoestima y enseñando a expresar sus emociones, desarrollado escenarios de protección, y modelos eficaces de uso de estrategias no violentas, y no tolerando nunca la violencia entre pares.³⁶ En todo caso es necesario no perder la perspectiva de que el abordaje de el maltrato al menor, ha de ser necesariamente intersectorial e integrado y, han de participar numerosos profesionales

e instituciones : servicios sanitarios, policiales, educativos, el sistema judicial, servicios de protección a la infancia y grupos de ayuda comunitarios

La actual legislación española recoge los derechos del niño y las medidas de protección a la infancia, en el artículo 39 de la Constitución Española, en la Convención de los derechos del niño, ratificada en 1990 y en la Ley Orgánica de Protección a la infancia (1996). Las Comunidades Autónomas han promulgado decretos que establecen las normas fundamentales por las que se rigen estas administraciones en materia de ayuda a las familias y protección de menores

Recomendación para los profesionales de atención primaria

Premisa:

Es necesaria la sensibilidad de los profesionales de atención primaria hacia maltrato infantil como un importante problema de salud que nos compete

Recomendación para los profesionales de atención primaria

- **Incluir en el programa de seguimiento del embarazo la detección de signos de alerta o factores de riesgo en la familia de los futuros padres.**
- **Promover en los programas de psicoprofilaxis en el embarazo actividades de refuerzo y protección para los futuros padres (pautas de crianza, información anticipatoria de problemas frecuentes en el periodo de crianza y habilidades y pautas para su resolución.**
- **Promover las redes de apoyo, : grupos de madres (de autoayuda) con la función de compartir experiencias, nuevos aprendizajes, darse seguridad, mejorar las relaciones sociales**
- **Promover la visita en domicilio del recién nacido en riesgo psicosocial, por parte del médico, matrona y/o enfermera pediátrica, para una valoración “en el terreno” de la situación; actitudes de los padres, detección de señales de alerta, asunción de roles parentales, establecimiento del vínculo afectivo y cuidado de las primeras relaciones.**
- **Promover los programas de atención al puerperio**
- **Promover programas de atención de atención materno-infantil en familias de riesgo psicosocial.**
- **Las intervenciones recomendadas por el PAPPS en el Programa para la prevención en Salud Mental dirigido a infancia y adolescencia (atención a la mujer en el embarazo y puerperio, embarazo en la adolescencia, hijos de familias monoparentales y antecedentes de patología psiquiátrica en los padres), constituyen intervenciones de prevención primaria y secundaria del maltrato en la infancia, ya que inciden en la detección y abordaje situaciones de riesgo psicosocial, ligadas estrechamente a conductas maltratantes**
- **Registro sanitario de casos de víctimas de maltrato**

Bibliografía de maltrato en la infancia

- 1.-Diaz Huertas J.A. Epidemiología. En “Niños maltratados” Casado Flores J. et al.Madrid. Ed. Diaz de Santos. 1997: 15-26
- 2.-Palacios J y col.: Frecuencia de malos tratos en la infancia. en “Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil”.Gomez de Terreros, I. Granada. Ed. Comares. 1995: 97-119.
- 3.-Arruabarrena. M.I. , de Paul, J. Concepto de malos tratos en la infancia. En “Maltrato a los niños en la familia”.Madrid. Ed. Pirámide. 1997: 19-40
- 4.-Gomez de Terreros,I. Maltrato infantil.en “Pediatria práctica.”.Coor. F.Prandi. Barcelona.Ed. Prodisa.1997: 83-103
- 5.-Inglés i Prat A. y col. Els maltractaments infantils a Catalunya.Estudi global i balanc de la seva situació actual.Barcelona Direcció General d’Atenció a la Infancia.. Generalitat de Catalunya. 1991
- 6.-Jimenez J, Moreno M.C. y col.El maltrato infantil en Andalucía.Dirección General de Atención al niño. Sevilla. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales.Junta de Andalucía. 1995
- 7.-Paul J. ,Arruabarrena M.I. y col.La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Guipúzcoa. Infancia y aprendizaje. 1995. 75: 49-58
- 8.- López F. Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales. 1994
- 9.-Jimenez J. Oliva A. et al. Maltrato y protección a la infancia en España.Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales. 1996
- 10.-Casado J.. Como reconocer al niño maltratado Detección y criterios diagnósticos del maltrato físico y sexual Barcelona.I Congreso Nacional sobre la infancia maltratada 1989
- 11.-U.S. Preventive Services. Task Force. Violencia Familiar en Guía de medicina clínica preventiva.Edición Española.1998.:3: 441-451
- 12-Krugman RD.From battered children to family violence: what lessons should we learn? Acad. Med..1995; 70(11):394-399
- 13-. Creighton S.The incidence of child abuse and neglect. en Browne K, Davies C Stratton P. Early prediction and prevention of child abuse. John Wiley and Sons. New York.1989:., 31-41
14. Krug EG et Al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.

- 15.- AAFP Home Study Self Assessment. La Violencia en la Familia.. Ed. Española.1996:13-23
- 16.-Riggs S, Alario AJ, McHorney. Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. J. Pediatric.1990;116:815-821
- 17.-Nagy S, Adcock AG, Nagy MC.A comparison of risky health behaviors of sexually active, sexually abused, and abstaining adolescents. Pediatrics. 1994; 93: 570-575
- 18.- Mullen.E.P, Roman-Clarkson S.E.,Walton VA.et Herbison E.P.: Impact of sexual and physical abuse on women mental health. Lancet Apr. 1988:842-845
- 19.Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence?. Lancet 2000;356 (9232): 814-9.
- 20.Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes E, Chen H, Johnson JG. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. J Consult Clin Psychol. 2003 Aug ; 71 (4) : 741-53.
- 21- Gomez Terreros I Etiopatogenia del maltrato infantil. En “Niños maltratados” Casado Flores. J. Madrid. Ed. Diaz de Santos. 1997.:27-32
- 22.-Costa Cabanillas M., Morales J.M. La prevención del maltrato infantil. En “Niños maltratados” Casado Flores. J. Madrid. Ed. Diaz de Santos. 1997.: 325-336
- 23.-Fernández Villar,A. Pedreira Massa J.L. Los malos tratos a la infancia: Aproximación psicosocial. Psiquis. 1991 160(12) :11-26
- 24:Masson O. Contextos maltratantes en la infancia y coordinación interinstitucional. Rev. A.E.N. 1987 17 (23): 531-556
- 25: Gracia Fuster E. El rol del apoyo social en la prevención del maltrato infantil: programas de apoyo a la familia. Intervención Psicosocial, 1995.4(10) : 17-30
- 26.- Groupe d'étude Canadien sur l'examen médical périodique.: Prévention primaire des mauvais traitements infligés aux enfants.en Guide Canadien de Médecine clinique Préventive .Canadá 1994.:364-378.
- 27.-de Paul Ochotorrena J. La investigación en el ámbito del maltrato infantil. Ponencia II Congreso estatal sobre la infancia maltratada. Vitoria. Nov. 1991.
- 28.-Galbe Sanchez J. et al. Malos tratos y negligencia en el niño. Prevención y promoción de la salud en la infancia y adolescencia. Atención Primaria. 1997. 20(2): 53-55
- 29.-Morales B y de la Morena M.L. Actitud preventivo-terapéutica ante el maltrato infantil. Archivos de Pediatría.1994 .45(8) :447-451
- 30.-Baño Rodrigo A. Pobreza y maltrato. Pediatría. 1991 ;11(314):34-39
- 31.-Carrera Manchado C. et al. Protocolo del niño maltratado. F.M.C. 3 (1) 1996
- 32.- Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. SEMFyC. Subprograma de prevención y promoción de la salud en la infancia y adolescencia: Malos tratos y negligencia en el niño.1999. SEMFyC. Barcelona.
- 33.-Gawinski B.La protección en la familia. El maltrato infantil en Atención Primaria. En: Orientación Familiar en Atención Primaria .McDaniel S, Campbell T y Seaburn D. Edit: Springer-Verlag Iberica.Barcelona 1998.:331-345
- 34.-Fornés Vives J. El maltrato en la infancia: una reflexión psicosociológica. Enf. Científica.1990. 100-101:31-35.
- 35.-Barody J. El dolor invisible de la infancia.Ed Paidos. Barcelona 1998: 264-269
- 36.-Lesard G, Lampron Ch, Paradis F.: Les stratégies d'intervention à privilégier auprès des enfants exposés à la violence conjugale.Ed. Institut National De Santé Publique Du Québec. 2003. Quebec.

Algoritmo de actuación ante los malos tratos en la infancia

- Prevención primaria
- Prevención secundaria
- Prevención terciaria

Niño que acude a consulta de Atención Primaria por cualquier

- Factores de Riesgo de:**
- Maltrato o negligencia física
 - Maltrato o negligencia psicoafectiva.
 - Abuso sexual
- Factores**
- Personales
 - Familiares
 - Sociales

Educación a padres:
 Programas embarazo, puerperio, escuelas de padres etc
 Educación y consejo en la consulta
 Prevención embarazo no deseado.
 Apoyo y refuerzo a padres en aspectos positivos de la crianza
 Detección precoz del maltrato a la mujer

- Signos de alerta:**
Indicadores físicos y de comportamiento del niño segun edad :
 Menores de 5 años
 Preadolescente
 Adolescentes
 Valorar signos y síntomas segun edad
- Indicadores de comportamiento del agresor**

Identificación de FR o situaciones de mayor vulnerabilidad para el maltrato en el niño

NO

Anotar en la historia

SI

Ante la observación de signos de alerta de maltrato en la exploración rutinaria

Investigar si es víctima de maltrato. Entrevista a víctima/padres/cuidadores

NO

Estar alerta y hacer seguimiento de la situación

SI

Valorar el riesgo vital inmediato:

NO

-Valoración integral del niño
 - Reconocer de la conducta violenta por los padres
 Hacer parte de lesiones-
 Comunicar a los servicios sociales y si procede
 Comunicar a los servicios de Protección al Menor
 -Facilitar a la familia ayuda social, comunitaria, y psicológica.
 Remitir a servicios especializados si precisa.
 - Plan de seguimiento, pautando visitas mas frecuentes dentro del programa de niño sano
 -En 1ª infancia visita a domicilien familias .de riesgo.
 Anotar en la historia

SI

Físico
 Gravedad de lesiones o negligencia grave

Psíquico:
 Agresiones psicológicas graves. Riesgo autolítico
 Abandono, corrupción de menores

Social: amenaza para la vida de los hijos
 Ausencia de soporte social

Remisión al hospital de urgencia

Remisión al hospital o a servicios especializados de urgencia

Comunicación inmediata al juzgado y SAM

Pasada la situación aguda proseguir las actuaciones de coordinación y seguimiento por el pediatra de Atención Primaria

Agresión sexual

Con independencia del riesgo vital, debe remitirse siempre al hospital o a servicios específicos de las CCAA para valoración ginecológica y forense