

SERIE SALUD Y BUEN
TRATO A LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA EN
ANDALUCÍA

*Cuadernos
de Trabajo*

**CUADERNO III
PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DEL
MALTRATO INFANTIL: REVISIÓN DE ESTRATEGIAS E
INTERVENCIONES DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

CUADERNO III
**PREVENCIÓN Y DETECCIÓN PRECOZ DEL MALTRATO INFANTIL: REVISIÓN
DE ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS**

Serie CUADERNOS DE TRABAJO



Prevención y detección precoz del maltrato infantil: revisión de estrategias e intervenciones desde los servicios sanitarios / autoras, Blanca del Rocío Botello Díaz y Bárbara Díaz Oliver. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2011] 72 p. : il. ; 21 cm. -- [Serie salud y buen trato a la infancia y adolescencia en Andalucía] [Cuadernos de trabajo; 3].

1. Bienestar del niño 2. Adolescente - 3. Maltrato a los niños-Prevención y control - 4. Atención integral de salud - 5. Andalucía I. Díaz Oliver, Bárbara II. Andalucía. Consejería de Salud III. Título IV. Serie WA 325

Autoras

Blanca del Rocío Botello Díaz
Bárbara Díaz Oliver

Ilustraciones:

Niños y niñas del C.E.I.P. Josefa Navarro Zamora de Coria del Río
Lucía Rodríguez Llamas
Paula Rodríguez Llamas
Silvia Durán Arboleya

Edita

Junta de Andalucía. Consejería de Salud

Depósito Legal: SE-7882-2011

Diseño, maquetación e impresión

Publitime

ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN	5
CUADERNO DE TRABAJO	
Cuaderno III	
INTRODUCCIÓN	11
JUSTIFICACIÓN	13
OBJETIVO Y MÉTODOS	19
RESULTADOS.....	23
Prevención del maltrato infantil.....	25
Estrategias	25
Intervenciones	29
Recomendaciones	34
Detección del maltrato infantil en los Servicios Sanitarios	36
DISCUSIÓN	41
BIBLIOGRAFÍA	45
ANEXOS.....	49
Anexo I	
Tipos de maltrato infantil	51
Anexo II	
Factores de riesgo y protectores del maltrato infantil	53
Anexo III	
Descripción de los programas de visitas domiciliarias (Howards 2009)	55
Anexo IV	
Descripción del programa de parentalidad positiva Triple P (positive Parenting Programme)	59
Anexo V	
Descripción del programa de familias en mantenimiento de metadona	61
Anexo VI	
Descripción del modelo SEEK (Safe Environment for Every Kid)	63
Anexo VII	
Indicadores físicos del niño y comportamentales del niño y del agresor /acompañante	65
Anexo VIII	
Indicadores según profesiones /ámbitos de atención sanitaria a la infancia	69

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

Como responsable de la Salud Pública en Andalucía, supone para mí una enorme satisfacción presentar este informe que, sin duda, aporta luz para mejorar la prevención y la detección precoz del maltrato infantil desde los servicios de salud.

La magnitud del problema, en términos de incidencia y evolución temporal, nos alerta de la importancia de la implicación de toda la sociedad en esta tarea y, en la parte que ahora nos ocupa, de los profesionales sanitarios.

Una sociedad que no actúa frente a las fuentes de sufrimiento de su población infantil tiene serias dificultades para avanzar, ya que el progreso y el avance social van de la mano de lograr para todas las personas, especialmente para la infancia, un entorno protector y saludable.

La legislación protectora hacia la infancia ha avanzado mucho desde la década de los 80. En este periodo, también los Planes dirigidos a la protección integral de la infancia han tenido un considerable crecimiento y han incrementado sensiblemente la necesaria colaboración entre instituciones y con la sociedad civil.

Y me siento especialmente orgullosa de haber asistido al nacimiento del Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad, donde un grupo de personas menores contribuyen, en primera persona, a la toma de decisiones en políticas de Salud.

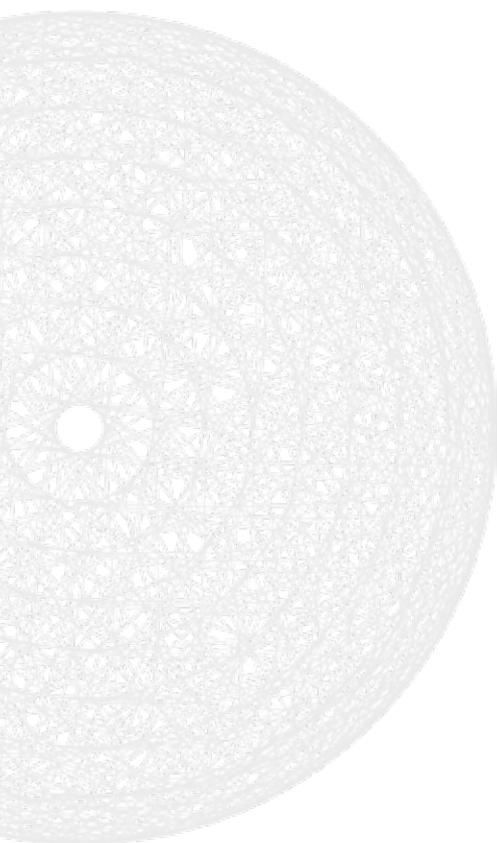
En este marco nos planteamos el reto de incorporar a nuestras políticas la perspectiva del Buen Trato a la infancia y, de manera muy prioritaria, la prevención, detección y correcta atención a las situaciones de maltrato.

El presente documento es el tercer cuaderno de la serie Salud y Buen Trato a la Infancia y Adolescencia. En esta ocasión el objetivo es aportar a los profesionales el respaldo científico disponible para la aplicación de las medidas de prevención y detección precoz de maltrato infantil.

Todos los cuadernos están disponibles en la web de la Consejería de salud (www.juntadeandalucia.es/salud) y en la plataforma de la Red Sabia (www.redsabria.org).

Quiero expresar mi agradecimiento a las personas que han contribuido a la elaboración de este documento por el gran trabajo desarrollado y su gran implicación. Y, especialmente, a los niños y niñas y a los profesionales del Colegio Josefa Navarro Zamora de Coria del Río que aportan las ilustraciones de la publicación.

Josefa Ruíz Fernández
Secretaria General de Salud Pública
y Participación





INTRODUCCIÓN
JUSTIFICACIÓN

INTRODUCCIÓN

Definición de maltrato infantil:

El concepto de maltrato infantil más utilizado en los documentos revisados es el del Centro Internacional de la Infancia de París: “El maltrato infantil se define como “la acción, la omisión o el trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y bienestar, que amenaza y/o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.”

Además destaca la definición de maltrato infantil que utilizan la OMS y la OPS: “El abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.”

Tipos de maltrato (Díaz Huertas JA 2006):

El maltrato puede clasificarse desde diversos puntos de vista (Anexo 1). Estas perspectivas son las siguientes:

- Según el momento en el que se produce el maltrato: prenatal y postnatal.
- Según los autores del maltrato: familiar, extrafamiliar, institucional, social.

- Según las acciones concretas que constituyen el maltrato infligido: maltrato físico, negligencia, maltrato emocional, abuso sexual.

Otras situaciones o formas de presentación que comparten características con una o varias de las tipologías básicas son corrupción, explotación laboral, dificultad de control de la conducta del niño, retraso no orgánico del crecimiento y Síndrome de Munchausen por poderes.

Cada modalidad de maltrato infantil puede darse en una gran diversidad de formas y niveles de gravedad y, en la mayoría de las ocasiones, no se produce de manera aislada e independiente de otros tipos de maltrato.

Factores de riesgo y protectores:

El modelo etiopatogénico que mejor explica la presencia de factores de riesgo que pueden inducir al abuso, es el modelo integral del maltrato infantil. Este modelo considera la existencia de diferentes niveles ecológicos que están encajados unos dentro de otros interactuando en una dimensión temporal. Existen en este sistema factores compensadores (factores protectores) que actuarían según un modelo de afrontamiento, impidiendo que los factores potenciadores (factores de riesgo o de vulnerabilidad) que se producen en las familias desencadenen una respuesta agresiva hacia sus miembros (Anexo 2). La progresiva disminución de los factores compensadores podría explicar la espiral de violencia intrafamiliar que se produce en el fenómeno de maltrato infantil. (Soriano Faura FJ. 2009 y 2005).



JUSTIFICACIÓN

La justificación de la realización de este informe, que pretende aportar luz para mejorar la prevención y detección precoz del maltrato infantil desde los servicios sanitarios en Andalucía, se basa en tres premisas:

- La magnitud del problema, en términos de incidencia y evolución temporal.
- Su fuerte impacto negativo en la salud y en la vida de las personas.
- La posibilidad de una actuación multidisciplinar e intersectorial, con implicación de los servicios sanitarios, que permita prevenir el maltrato infantil.

Magnitud del problema del maltrato infantil:

La **incidencia** real de los malos tratos es desconocida, las características del problema hacen muy difícil conocer su extensión real (Fernández Alonso MC., 2005). De hecho, diferentes autores creen que sólo se detecta entre el 10 y el 20% de los casos existentes de malos tratos en la infancia (Fernández Alonso MC., 2005 y Soriano Faura FJ., 2005).

En Australia, Canadá y EE. UU., se sospecha que existen aproximadamente 5 veces más casos de los que finalmente son confirmados. La incidencia de estos 3 países es sustancialmente más alta que en Reino Unido y España, si bien esto es probablemente debido a los sistemas de detección e información del maltrato y los programas de prevención y protección al menor de cada uno de estos países y en menor medida debido a

las diferencias entre las poblaciones sujetas al maltrato (Soriano Faura FJ., 2009).

Con respecto a la epidemiología del maltrato infantil en **España** cabe destacar dos estudios de referencia. Por un lado, la investigación desarrollada por Jiménez, Oliva y Saldaña sobre maltrato infantil, tomando como fuente la totalidad de los expedientes abiertos por los Servicios de Protección de Menores de todas las Comunidades Autónomas en los años 1991 y 1992, constata que de los 32.483 expedientes analizados solo fue posible hallar información que evidenciara malos tratos en 8.565 menores. Esta investigación pone en evidencia que el tipo de maltrato que tiene una mayor presencia es la negligencia (Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia Maltrato Infantil, 2007).

Por otro lado, el Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar dirigido por el Centro Reina Sofía tiene como objetivo principal conocer la incidencia y prevalencia del maltrato infantil en la familia española (Soriano Faura FJ., 2005). Los datos publicados se obtienen del estudio de los expedientes abiertos durante los años 1997 y 1998 por todos los Servicios especializados de protección de menores en cada Comunidad Autónoma en España (Fernández Alonso MC., 2005 y Soriano Faura FJ., 2005). De los 32.741 expedientes revisados, 11.148 presentaron evidencias de malos tratos (Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia Maltrato Infantil, 2007). La prevalencia encontrada en España en el período 1997-1998 fue de 7,16 niños maltratados por 10.000 niños menores de 18 años (Soriano Faura FJ., 2005). Por Comunidades autónomas destaca la Ciudad de Ceuta y Melilla con una prevalencia de 12,92 y 15,19 por 10.000 niños respectivamente. Por el contrario la Comunidad de Ma-

drid y el País Vasco tienen prevalencias más bajas, algo más de 5 por 10.000 menores (Soriano Faura FJ., 2005).

Cabe destacar algunos datos de incidencia procedentes de otras investigaciones sobre el maltrato infantil realizadas en España:

- Cataluña, 1988: 5 por mil sobre población menor de 16 años (Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia Maltrato Infantil 2007).
- Guipúzcoa, 1989: 15 por mil sobre población menor de 15 años (De Paul Ochotorena J., 1995).
- Andalucía, 1991: 15 por mil de la población menor de 18 años (Jiménez, Oliva y Saldaña, 1995)

La prevalencia de maltrato infantil se ha mantenido constante entre los años 1997 y 2001 (Soriano Faura FJ., 2005). A partir de entonces la incidencia de maltrato en el ámbito familiar entre 2001 y 2005 ha aumentado en un 146,2% (Soriano Faura FJ., 2009). Este aumento durante los años 2002-2003 se explica por la inclusión de otro tipo de delitos y faltas desde el Ministerio del Interior (delitos contra la libertad e indemnidad sexual, calumnias, amenazas, homicidios y asesinatos a menores) (Soriano Faura FJ., 2005). Así, los casos de maltrato infantil son cada vez más frecuentes en nuestro país, y representan la segunda causa de muerte en los primeros 5 años de vida, excluyendo el período neonatal (Fernández Alonso MC., 2005, Junyent Priu M., 2004). En concreto, el grupo donde la incidencia de maltrato es mayor es el de los menores de 13 años. La prevalencia por 1.000 niños menores de 18 años ha tenido una evolución similar, con un incremento del 133,3% del 2001 a 2005 (de 0,36 a 0,84 por 1.000 niños) (Soriano Faura FJ., 2009).

La negligencia es el tipo de maltrato más frecuente (Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia Maltrato Infantil, 2007). Representa el 86,4% del total de los maltratos, seguido del abuso emocional (35,4%) y posteriormente el maltrato físico (19,9%). Los casos de abuso sexual representan el 3,6% de todos los casos informados de maltrato (Soriano Faura FJ., 2009).

La baja prevalencia del abuso sexual (0,3 por 10.000 niños) contrasta con estudios realizados en encuestas a adultos de los que el 18,9% manifestaba haber sufrido abusos sexuales en la infancia, 15% de los varones y 22% de las mujeres (López F., 1994).

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 superior a la de los varones. El maltrato infantil es más frecuente en menores de 4 años sin problemas de salud (Fernández Alonso MC., 2005).

Un rasgo característico es que no se de un solo tipo de maltrato sino que es frecuente la combinación de varios. En el estudio de Cerezo (Cerezo MA., 1998) sobre una muestra de 237 casos de la Comunidad Valenciana en 1997 (expedientes confirmados de maltrato infantil) se aprecia por ejemplo que de 188 niños que habían sufrido abandono, 48 también recibieron maltrato físico. Por lo que respecta al abuso sexual destaca la combinación entre este y el abuso emocional.

Otras publicaciones insisten igualmente en la combinación entre los diferentes tipos de maltrato. Edwards, en los expedientes de 8.667 adultos de una institución de salud mental comunica que el 34,6% de los sujetos

que habían sufrido maltrato infantil recibieron más de un tipo de abuso (Edwards VJ., 2003). Scher en cuestionarios administrados a una muestra representativa de la ciudad de Memphis de 967 adultos encuentra que el 13% de los participantes declaraban más de un tipo de maltrato infantil (Scher CD., 2004).

Otra condición del maltrato, publicada en el estudio de Cerezo de la Comunidad Valenciana y que con toda probabilidad es característico del fenómeno del maltrato infantil en cualquier población, es que el maltrato sea reiterado. Así, el 97,1% de los expedientes estudiados en la Comunidad Valenciana eran de niños con abuso reiterado (Soriano Faura FJ., 2005 y 2009).

Las investigaciones de Jiménez, Oliva y Saldaña y del Centro Reina Sofía nos aportan una importante información sobre las **características de los niños y niñas maltratados y de las personas que maltratan** (Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia Maltrato Infantil, 2007).

Según un estudio del Centro Reina Sofía el perfil dominante del niño maltratado en España (Soriano Faura FJ., 2005) resulta ser:

- Un niño entre 1 a 4 años.
- Víctima de negligencia.
- No está escolarizado.
- No padece problema de salud, ni minusvalía psicológica o física.
- Tiene un desarrollo físico adecuado.
- Convive en el seno de una familia tradicional.
- Su vivienda no posee las condiciones adecuadas de habitabilidad. El 44,2% tenía malas condiciones de habitabilidad en la vivienda.

El perfil dominante del agresor, según los datos publicados por el Centro Reina Sofía, es:

- Tiene entre 30 a 34 años si es mujer y entre 35 a 39 años si es hombre.
- Es madre o padre biológica del menor.
- Provoca trato negligente.
- Está desempleado/a.
- No padece enfermedad física o psíquica, ni minusvalías.
- No tiene antecedentes penales.

A partir del Decreto 3/2004, de 7 de enero, se establece el **sistema de información sobre maltrato infantil de Andalucía (SIMIA)**, que promueve la implantación de un instrumento de recogida de información sobre los casos de maltrato infantil, con la finalidad de lograr una visión global y permitir un adecuado conocimiento sobre la realidad social existente de maltrato a menores, su seguimiento, así como facilitar la coordinación entre las Administraciones Públicas competentes en materia de protección de menores. Para llevarlo a cabo se establecen una serie de procedimientos de denuncia, notificación y seguimiento homogéneos entre las diferentes administraciones. Se definen componentes del SIMIA como la Hoja de Detección y Notificación de Maltrato Infantil, el procedimiento de obtención de la información o las condiciones de acceso a los datos inscritos en el mismo. A través del Teléfono de Notificación de Situaciones de Maltrato Infantil, servicio público gratuito que presta la Dirección General de Infancia y Familias de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, se constituye un instrumento que permite detectar de forma rápida situaciones de alto riesgo y facilitar así una intervención más adecuada a cada caso (Observatorio de la Infancia de Andalucía, Consejería

de Igualdad y Bienestar Social, 2009). Las denuncias que se reciben a través de este teléfono deben de ser contrastadas y verificadas, previamente a que puedan ser derivadas al sistema de protección de menores o a Servicios Sociales, dependiendo de la gravedad del problema que refleje la investigación realizada (Observatorio de la Infancia de Andalucía, Conserjería de Igualdad y Bienestar Social, 2009).

Durante 2008 se recibieron un total de 2.360 llamadas, a partir de las cuales se produjo la tramitación de 1.260 denuncias relativas a presuntas situaciones de malos tratos. En estas denuncias se han visto implicados 1.906 menores, un 53,3% de los cuales fueron chicos y un 46,7% chicas. Según la edad, un 53% tenía menos de 9 años, un 12,4% entre 10 y 12 años, un 13,9% tenía entre 13 y 15 años y un 9,7% contaba entre 16 y 18 años. Los tipos de maltrato más frecuente que se han detectado en los casos denunciados a través del teléfono de atención a la infancia fueron negligencia/abandono físico/cognitivo (79,8%), maltrato físico (48,5%), corrupción de menores (44,0%) y maltrato psicoemocional (38,7%). Hay que tener en cuenta que, como se manifiesta en trabajos anteriores realizados sobre maltrato en Andalucía (Jiménez Morago et al, 1995), en un 51,4% de los casos estudiados, los menores estaban expuestos a más de un tipo de maltrato (Observatorio de la Infancia de Andalucía, Conserjería de Igualdad y Bienestar Social, 2009).

Consecuencias del maltrato infantil:

El impacto negativo del abuso y la negligencia en niños y adolescentes no debe subestimarse, especialmente en relación con la carga en la salud física y mental. Una combinación en el tiempo de maltrato emocional y ne-

gligencia, junto con abuso físico y/o sexual, tiene un impacto mayor que ser víctima de un castigo físico severo o de un solo asalto sexual. Además, los niños que son maltratados por más de una persona (por ejemplo, madre y padre) presentan más problemas que los que son maltratados solo por una. En general, los niños maltratados muestran menos confianza en sí mismos, menos alegría de vivir y menor esperanza en el futuro. Estas consecuencias pueden continuar en la edad adulta y reducir la calidad de vida de la persona. Por lo tanto, existe una asociación entre el maltrato en la infancia, el riesgo de victimización más adelante, y el hecho de convertirse en el autor de violencia o comportamiento antisocial en la adolescencia o en la edad adulta. Por otra parte, la victimización infantil tiene importantes consecuencias en la salud física y mental durante toda la vida (World Health Organization Regional Office for Europe, 2007):

- muerte
- discapacidad física y mental
- estrés y problemas físicos de salud
- baja autoestima
- fracaso educativo
- problemas emocionales y de comportamiento
- trastornos del sueño y trastorno de estrés posttraumático
- problemas de salud mental
- trastornos en la alimentación y lesiones autoinflingidas
- abuso de alcohol y drogas
- mayor riesgo de victimización
- convertirse de víctimas en delincuentes
- actos antisociales y delictivos.

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 observa

una mayor frecuencia de trastornos de relación social, conductas adictivas (alcohol y drogas), conductas anti-sociales, fugas del domicilio, bajo rendimiento escolar y actos violentos (Fernández Alonso MC., 2005).

Diferentes estudios evidencian las consecuencias de los malos tratos en la infancia:

- Lansford y cols. realizaron un estudio prospectivo a lo largo de 12 años, observando que el 74% de los adolescentes que habían sufrido maltrato físico presentó algún problema de conducta frente al 43% de los chicos que no habían sufrido maltrato físico. Además presentaron más de tres problemas de conducta el 21% de los niños con maltrato frente al 7% del grupo que no recibió abuso físico (Lansford J., 2002). Las chicas que sufrieron abuso físico o sexual podían presentar con mayor probabilidad conductas agresivas (odds ratio [OR] 7,1), depresión (OR 7,2), ansiedad (OR 9,3) o estrés postraumático (OR 9,8) (Wolfe DA, 2001).
- En nuestro medio se ha comprobado retraso en el desarrollo psicológico en niños menores de 5 años que sufrieron abuso (Osuna MJ, 2000).
- Se estima que el riesgo de tentativa de suicidio en adolescentes maltratados es cinco veces más alto, comparado con aquellos que no presentaron maltrato en la infancia (Morales JM 1997).
- Otra consecuencia a largo plazo es la violencia transgeneracional, un niño maltratado tiene alto riesgo de ser perpetrador de maltrato en la etapa adulta a su pareja o a sus hijos. Un metaanálisis publicado en 2000 encuentra evidencia de que existe continuidad

intergeneracional del abuso infantil, el riesgo relativo de transmisión del abuso de una generación a otra es de 12,6 [intervalo de confianza [IC] 95%: 1,82-87,2] (Ertem IO 2000).

Actuación multidisciplinar e intersectorial, e importancia de los servicios sanitarios:

El maltrato infantil constituye un fenómeno complejo que tiene su origen en una diversidad de circunstancias sociales, familiares y personales, por lo que exige un enfoque interdisciplinar.

La protección de la infancia se articula en un conjunto de niveles complementarios y de especialización creciente (Consejería de Asuntos Sociales 2000):

- Los padres o responsables legales de los menores y la red informal de apoyo a la familia (amigos y familiares).
- Los servicios públicos básicos y especializados (servicios sociales, educación, atención primaria de salud, policía, etc.).
- Los servicios especializados de protección infantil (administración autonómica), Fiscalía y órganos jurisdiccionales.

El conjunto de servicios básicos y especializados configuran el sistema de atención a la infancia, que debe asegurar los derechos de los niños/as, adolescentes y su protección integral.

El marco normativo establece la corresponsabilidad de todas las administraciones públicas en la promoción

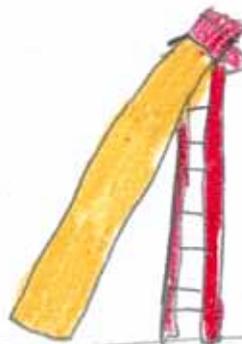
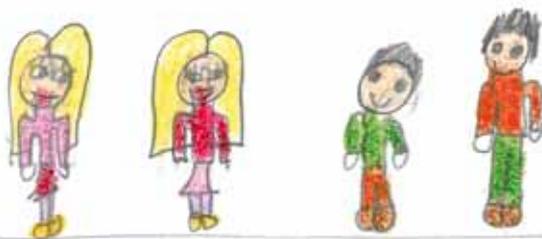
de los derechos infantiles y en la asistencia adecuada para el ejercicio efectivo de estos derechos. Además del marco legal, la formación de los profesionales, la coordinación interdisciplinar e interinstitucional y los protocolos sectoriales son las garantías de una intervención adecuada ante los casos de maltrato infantil.

Los grandes ámbitos de atención a la infancia son los siguientes: educativo, sanitario, policial, social, judicial. Cualquier participación de profesionales de la salud en el cuidado infantil y la protección incluye el contexto más amplio del trabajo en red multisectorial (World Health Organization Regional Office for Europe, 2007). Concretamente, los servicios de Atención Primaria (AP) tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil, al ser los únicos servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado las familias, en un periodo de edad en el que el niño es especialmente vulnerable (menores de 5 años de edad). Pediatras y personal de enfermería de AP se encuentran en una posición favorable para detectar niños en situación de riesgo,

colaborar en la intervención protectora de la población general y realizar actividades preventivas en niños considerados de riesgo (FJ: Soriano Faura, 2009 y 2005).

Las intervenciones de prevención del maltrato infantil se clasifican en tres niveles:

- **Prevención primaria:** Son servicios universales dirigidos a toda la población, con el objetivo de evitar la presencia de factores predisponentes o de riesgo y potenciar los factores protectores.
- **Prevención secundaria:** Son servicios dirigidos a las familias con factores de riesgo identificados con necesidad de más apoyo, con el objetivo de reducir daños y atenuar los factores de riesgo presentes, potenciando los factores protectores.
- **Prevención terciaria:** Son servicios especializados que se ofrecen una vez que se ha detectado el maltrato infantil, para prevenir la revictimización.





OBJETIVO
MÉTODOS

OBJETIVO

El objetivo de este informe es identificar las principales guías, recomendaciones y experiencias para la prevención secundaria y detección del maltrato infantil desde el ámbito sanitario.

MÉTODOS

Búsqueda:

La identificación de documentos se basó en una revisión manual en páginas web y una búsqueda bibliográfica en PubMed, realizada en octubre de 2010.

1. **WEBS:** Se buscaron documentos específicos de las siguientes organizaciones o asociaciones:

Organismos clave relacionados con la infancia:

- Observatorio de la Infancia del Ministerio de Salud y Política Social
- Observatorio Andaluz de la Infancia
- Unicef
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Centre for Disease Control and Prevention (CDC)
- Save the children.
- Red SABIA

Asociaciones profesionales:

- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP)
- Asociación Española de Pediatría (AEP)
- Pediatría Social

- Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC) a través de Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS)
- Royal College of Paediatrics
- American Academy Pediatrics.

2. **Búsqueda bibliográfica:** La búsqueda estructurada en la base prefijada Pubmed se limitó a metanálisis, guías de práctica clínica, ensayos clínicos aleatorizados en niños menores de 18 años durante los últimos 5 años. Además se realizó una lectura de la literatura localizada, síntesis de los resultados y valoración de los mismos.

La estrategia de búsqueda fue la siguiente:

- #1 Child abuse [Mesh]
- #2 Intervention* OR program* OR guideline* OR recommendation*
- #3 Limits: Humans, Meta-analysis, Practice Guideline, Randomized Controlled Trial, All Child:0-18 years, published in the last 5 years
- #4 #1 AND #2 AND #3

Criterios de selección de los artículos recuperados:

Los artículos recuperados fueron aquellas guías, recomendaciones y experiencias realizadas desde el ámbito sanitario encaminadas a una prevención secundaria o detección del maltrato infantil. Se excluyeron aquellos artículos que no coincidiesen con estos criterios.





RESULTADOS

RESULTADOS

En las webs consultadas se recuperaron las referencias bibliográficas utilizadas y además 68 referencias bibliográficas de la base de datos referencial.

Respecto a la búsqueda en la base de datos referencial se procedió a la selección de los trabajos por título y resumen, según los criterios expuestos anteriormente. Se seleccionaron 13 artículos. De estos, se recuperaron a texto completo 9 artículos y exclusivamente por resumen 4 artículos. En el proceso posterior de discriminación se descartaron otros 2 artículos tras la lectura del texto completo y 2 resúmenes por no cumplir los criterios de inclusión. Por tanto, los documentos finalmente seleccionados fueron 7 artículos a texto completo y 2 resúmenes.

1) PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL:

De los documentos hallados sobre prevención del maltrato infantil, se diferencian tres tipos: estrategias (como grandes directrices generales donde se enmarcan los programas e intervenciones), intervenciones y recomendaciones.

1.1) ESTRATEGIAS:

OMS, Oficina Regional Europea

La OMS plantea la estrategia de prevención de la violencia y en particular del maltrato infantil basada en un enfoque de salud pública y de efectividad de las intervenciones. Este enfoque se define en cuatro pasos (Butchart, 2006) (World Health Organization Regional Office for Europe, 2007):

1. Definir la magnitud del problema a través de su vigilancia
2. Analizar los factores de riesgo y los grupos de riesgo
3. Evaluar las intervenciones para identificar aquellas que funcionan
4. Aplicar ampliamente aquellas intervenciones que funcionan

Las estrategias preventivas actúan en las distintas etapas del desarrollo y a través de los diversos niveles del modelo ecológico, que está basado en el individuo, las relaciones (familia), la comunidad y la sociedad (ver figura 1).

La OMS presenta como documento clave una guía elaborada conjuntamente con la *International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect* (ISPCAN) (Butchart, 2006), que tiene como objetivo dar asesoramiento técnico para el establecimiento de políticas y programas para la prevención del maltrato infantil y para dar servicios a las víctimas. La guía se centra en el maltrato en los niños de 0-14 años, llevado a cabo por sus padres o miembros de la familia en el ámbito más privado. Se centra en esta franja de edad porque según citan, alrededor de los 14 años el riesgo de violencia por uno de los padres o por un miembro de la familia es altamente superado por el riesgo de violencia por iguales o por personas no pertenecientes a su familia.



Figura 1. Estrategias para prevenir el maltrato infantil por etapa de desarrollo y nivel de intervención del modelo ecológico.

Nivel de intervención	Primera Infancia [<3 años de edad]	Segunda infancia [3-11 años]	Adolescencia [12-17 años]	Edad adulta
Sociedad y comunidad	<p>Implementar reformas legales y derechos humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trasladar la Convención de Derechos del niño a las leyes nacionales • Fortalecer los sistemas políticos y judiciales • Promocionar los derechos sociales, económicos y culturales <p>Introducir beneficios sociales y económicos en las políticas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar educación y cuidado a la infancia • Establecer universalmente educación primaria y secundaria • Tomar medidas para reducir el desempleo y mitigar sus consecuencias adversas • Investigar sobre buenos sistemas de protección social <p>Cambiar normas culturales y sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambiar las normas culturales y sociales que mantienen la violencia entre niños y adultos <p>Reducir las desigualdades económicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Luchar contra la pobreza • Reducir las desigualdades de ingresos y género <p>Reducir los factores de riesgo medioambientales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reducir la disponibilidad del alcohol • Monitorizar los niveles de plomo y eliminar toxinas ambientales 			
				<p>Establecer centros de acogida para mujeres maltratadas y sus hijos</p> <p>Entrenar a los profesionales de salud en identificar y derivar a adultos que han sufrido maltrato infantil.</p>
Programas	Programas de visita domiciliaria Entrenar en parentalidad	Entrenar en parentalidad		
Individuo	Reducir los embarazos no deseados Incrementar el acceso a servicios prenatales y postnatales	Entrenar a los niños en reconocer y evitar situaciones potenciales de abuso		

Fuente: Butchart A. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Ginebra: World Health Organization, 2006. [citado 20 mayo 2011]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/98778/E90618.pdf

La oficina regional europea de la OMS, además de la estrategia mundial, muestra cómo el enfoque multisectorial es la forma más efectiva de trabajar juntos para promover los derechos del niño a crecer y a desarrollarse en una familia segura y cuidadora con un ambiente libre de violencia (World Health Organization Regional Office for Europe, 2007). Establece los tres niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria). A continuación, se explican a nivel europeo aquellas estrategias de prevención relacionadas con el objetivo del presente informe:

- **Prevención primaria.** Programas de parentalidad positiva que pueden tener también aspectos de prevención secundaria (como en el programa Triple P, *Positive Parenting Program*).
- **Prevención secundaria.** Se plantea como más realista cuando no se pueden establecer estrategias de prevención primaria por la limitación de los recursos. El objetivo es destinar los recursos a las familias consideradas de “alta prioridad” según los factores de riesgo definidos en el modelo ecológico. Los programas de parentalidad positiva se centrarían en estas familias prioritarias, para su máximo aprovechamiento y así reducir las posibilidades de maltrato infantil en ellas. Sin embargo, es importante saber que no todas las familias que tienen factores de riesgo maltratarán a sus hijos. El número y características de los factores de riesgo presentes indicarían el nivel de ayuda requerido, pero habrá que analizar también la calidad de la crianza.

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPAP) y Programa de Actividades Preventivas y Pro-

moción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

Las estrategias que la AEPAP y el PAPPS proponen se caracterizan por definir una serie de actividades a desarrollar en los distintos niveles de prevención (Soriano Faura FJ., 2009 y 2005):

Estrategia de prevención primaria:

Estaría dirigida a la población general con el objetivo de evitar la presencia de factores de riesgo y potenciar los factores protectores. Incluye:

1. Sensibilización y formación de profesionales de Atención Primaria en la detección y prevención del maltrato infantil.
2. Intervenir en foros comunitarios de educación para la salud incrementando las habilidades de los padres en el cuidado de los hijos, en las relaciones educativas y afectivas que se establecen en la relación padres-hijos:
 - Cursos de preparación al parto.
 - Escuelas de padres u otros centros comunitarios.
3. Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante:
 - La educación sexual en centros escolares.
 - El programa de salud infantil.
 - Facilitar recursos de planificación familiar.
4. Búsqueda sistemática de factores de riesgo y factores protectores en la apertura al realizar la historia clínica por primera vez y actualizar la información en visitas sucesivas.
5. Intervenir en las consultas con amabilidad y empatía cuando se observan prácticas de castigo corporal

que se establecen inapropiadamente en la relación padres e hijos, discutiendo métodos alternativos de disciplina, refuerzos positivos a la buena conducta del niño y estableciendo objetivos de reducción de experiencias de confrontación padres-hijo.

6. Utilizar “guías anticipadoras” para comunicar a cada edad específica los requerimientos del niño, reconocer la dificultad que entraña cada nuevo periodo del desarrollo, brindar orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva y promover la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable.
7. Identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, alabar sus esfuerzos, reforzar la autoestima y la competencia.

Estrategia de prevención secundaria:

Estaría dirigida a la población de riesgo con el objetivo de reducir daños y atenuar los factores de riesgo presentes, potenciando los factores protectores. Incluye:

1. Reconocer situaciones de abandono o trato negligente en el niño. Evaluarlas y consultar con los servicios de Protección al Menor.
2. Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil (en el 30-70% de las familias en que se abusa de un adulto habrá abuso en menores).
3. Reconocer las conductas paternas de disciplina inapropiada. Ofrecer métodos alternativos y reeducación de experiencias de confrontación padres-hijos. Considerar remitir a los miembros de la familia a un centro de terapia psicológica para educar en el “ma-

nejo del enfado y la ira”.

4. Remitir a centros de salud mental a padres con adicción a alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos. Recomendar el tratamiento por su médico de familia de los trastornos de ansiedad o depresivos.
5. Ofrecer a las familias que lo precisen todos los recursos comunitarios de ayuda psicológica a adultos y niños, social, laboral o económica.
6. Colaborar con el trabajador social de la zona en la definición de objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.
7. Visita domiciliaria realizada por Enfermería a familias de alto riesgo, desde la etapa prenatal hasta los 2 años de vida, con una frecuencia y duración apropiadas y con un contenido definido previamente para cada familia. La detección prenatal se realiza por el médico de familia y la matrona en los controles de la embarazada.
8. Aumentar las visitas dentro del programa de salud infantil, estableciendo objetivos específicos de educación sanitaria y de seguimiento de las familias de riesgo, que aumenten la capacidad y habilidad para cuidar a su hijo y modificar actitudes o creencias sobre disciplina y necesidades psicoafectivas, incidiendo en métodos positivos de disciplina constructiva y estimulación del afecto y cariño entre padres e hijos.

Save the Children (Alonso Varea JM 2004)

En el caso concreto del abuso sexual cabe destacar el Programa de Sensibilización y Prevención del Abuso Sexual Infantil que Save the Children España viene desarrollando desde el año 1997, como respuesta a una necesidad social detectada. Los objetivos de este pro-

grama son: sensibilizar a la población sobre la problemática del abuso sexual y la explotación sexual infantil, facilitar la formación de los profesionales sobre el abuso sexual infantil, posibilitando su acceso a la información especializada y promover redes de trabajo interdisciplinar y protocolos de actuación conjunta. Por ello, los elementos clave de metodología utilizada en el programa han sido la formación, la generación de redes y la investigación.

Los seis bloques temáticos en torno a los que se estructura son los siguientes:

1. Trabajo de abogacía (advocacy).
2. Una aproximación interdisciplinar e interinstitucional a la prevención del abuso sexual infantil.
3. El procedimiento judicial en casos de abuso sexual infantil.
4. Tratamiento de víctimas y agresores.
5. Evaluación y seguimiento.
6. Participación infantil y trabajo en el ámbito educativo.

Dentro del segundo bloque temático (aproximación interdisciplinar e interinstitucional a la prevención del abuso sexual infantil) se plantean pautas de los diferentes niveles de prevención en los ámbitos comunitario, socio-sanitario, educativo, policial y judicial.

En concreto, respondiendo al problema que nos ocupa, las medidas de prevención secundaria del abuso sexual desde el ámbito socio-sanitario que proponen, se corresponden en líneas generales con las explicadas anteriormente para cualquier tipo de maltrato infantil. Añaden como punto importante el favorecer en la preadolescencia y adolescencia la información sobre

la sexualidad, no solo dirigida a los adolescentes, sino también a los padres, que son quienes deberían proporcionarles este tipo de informaciones a sus hijos. El profesional debe fomentar la comunicación al respecto, y asegurarse de que se considere al adolescente no sólo como posible víctima sino como posible agresor.

1.2) INTERVENCIONES:

Las intervenciones identificadas en la bibliografía y documentos seleccionados en este informe comprenden 9 áreas de actuación para reducir los factores de riesgo de maltrato. En general, los factores de riesgo sobre los que se proponen intervenciones son las pobres habilidades de los padres para la crianza, el estrés familiar y la ausencia de apoyo de las familias.

La eficacia de las intervenciones se basan en la reducción de factores de riesgo, en el impacto sobre la tasas de notificación de maltrato infantil o en variables relacionadas sobre todo con el funcionamiento familiar.

Las áreas de actuación son las siguientes:

1. Visitas a domicilio
2. Educación de los padres
3. Prevención del abuso sexual infantil
4. Prevención de los traumatismos craneales
5. Intervenciones con componentes múltiples
6. Intervenciones basadas en los medios de comunicación
7. Intervenciones con grupos de apoyo y ayuda mutua.
8. Intervenciones a familias con abuso de drogas.
9. Modelos pediátricos.

Las primeras 7 áreas de intervención se corresponden con el análisis realizado por una revisión de revisiones sistemáticas realizada en la Oficina Regional Europea de la OMS (Mikton, 2009) y las dos restantes se han añadido como resultado de otros documentos encontrados en la búsqueda bibliográfica.

Al valorar los resultados de la revisión de revisiones sistemáticas (Mikton 2009) hay que tener en cuenta que la mayoría de las intervenciones estudiadas (82,9%) eran de Estados Unidos y que los resultados no se han analizado según el tipo de estrategia de prevención ni según los profesionales que desempeñan la intervención.

Tabla 1. Efectividad de las intervenciones analizadas según la revisión de revisiones sistemáticas (Mikton 2009)

	Visitas domiciliarias	Educación de los padres	Prevención de abuso sexual	Prevención de traumatismos craneales	Intervenciones multicomponente	Grupos de ayuda mutua
Nº de revisiones	17	7	11	3	3	2
Nº de publicaciones	149	46	74	4	7	
Efectividad para evitar el maltrato	Prometedor ¹	Prometedor ¹	–	Prometedor ¹	Prometedor ¹	Evidencia insuficiente
Efectividad para reducir factores de riesgo o fortalecer factores protectores	Eficaz ²	Eficaz ²	Eficaz ²	Evidencia insuficiente	Prometedor ¹ La evidencia según los estudios varía desde insuficiente a prometedora	Evidencia insuficiente
Comentarios	Intervención más ampliamente evaluada	La mayoría de las intervenciones fueron grupales				

Los estudios presentan una calidad moderada según herramienta AMSTAR

¹ Prometedor: existencia de un estudio bien diseñado.

² Eficaz: existencia de al menos 2 estudios bien diseñados o una revisión sistemática que lo avalaba.

Fuente: Mikton C, Butchart A. Child maltreatment prevention: A systematic review of reviews. Bulletin of the World Health Organization. 2009; 87:325–404.

Visitas domiciliarias

Los programas de visitas domiciliarias son los más estudiados respecto al maltrato infantil. En líneas generales ofrecen información, ayuda y servicios dirigidos a mejorar el funcionamiento familiar a través de personal entrenado. Sin embargo, los modelos de los programas son muy variables, lo que dificulta la generalización de los resultados (Mikton 2009, Butchart 2006, Howard 2009).

La mayoría de estos programas comienzan en la etapa prenatal/postnatal hasta la primera infancia (Mikton 2009, Butchart 2006, Howards 2009). En general son prometedores para evitar el maltrato infantil y se han probado eficaces para reducir determinados factores de riesgo relacionados (Mikton 2009).

Al analizar los programas de prevención secundaria realizados durante la etapa peri/postnatal, se producen beneficios positivos sobre la familia, el ambiente del hogar, el desarrollo del niño y las habilidades parentales (información más detallada en el Anexo 3). Además son más exitosos en madres adolescentes de bajo nivel de ingresos durante su primer embarazo (Howards 2009). Los elementos para que estos programas sean más eficaces según la guía de la OMS (Butchart 2006) son:

- **Familias con grandes necesidades de servicios**, como niños de bajo peso al nacer y prematuros, familias con niños con enfermedad crónica y discapacidad, familias de bajos ingresos, madres adolescentes solteras y familias con historia de abusos de sustancias.
- **Intervenciones que comiencen en el embarazo** y continúen al menos hasta el segundo año de vida o hasta el quinto año de vida del niño.



- **Flexibilidad**, de manera que la duración y frecuencia de las visitas y los tipos de servicios proporcionados pueden ser ajustados según la necesidad de la familia y el nivel de riesgo.
- **Promoción activa de conductas positivas** relacionadas con la salud y con la calidad de la crianza.
- **Cobertura amplia de las necesidades específicas de la familia.**
- **Mediciones de la reducción del estrés dentro de la familia.**
- **La participación de enfermeras o personal entrenado semi-profesional.**

Aparecen estudios de coste-efectividad que describen como los costes sociales en el grupo control e intervención son de 3874 libras y 7120 libras respectivamente y los costes de servicios de salud de 3324 libras y 5685 libras respectivamente (Barlow 2007 y McIntosh 2009).

Programas de entrenamientos/educación para padres

Los programas de educación se definen como aquellos que ofrecen educar a los padres sobre el desarrollo de los niños y ayudarlos a mejorar sus habilidades en el manejo de la conducta del niño. En general presentan modelos muy variados pero todos se basan en la mejora de las habilidades parentales. Estas intervenciones son eficaces para reducir los factores de riesgo en sentido amplio (Mikton 2009) (ver tabla 1).

Los elementos más exitosos según la guía de la OMS en prevención secundaria o terciaria son:

- Dirigidos a los padres de niños preadolescentes de 3 a 12 años

- Revisión por parte de los padres del material educativo de sus hijos y asegurarse de la comprensión de estos
- Aprendizaje (“paso a paso”) sobre las habilidades de manejo con los niños a través de componentes de buena parentalidad.

Los programas de parentalidad positiva, en concreto el programa Triple P (*Positive Parenting Programme*) pretende dar información según las necesidades de cada familia actuando en distintos niveles (más detalles en Anexo 4). Este programa no abordaría el objetivo principal de este informe (detección precoz y prevención secundaria del maltrato), pero plantea estrategias realizadas desde el ámbito de servicios sanitarios que mejorarían factores protectores sobre el maltrato infantil (Flaherty 2010, Sanders 2003).

Este programa ha mejorado las técnicas de manejo familiar, la confianza de los padres, la crianza efectiva, y los resultados en la conducta (incluyendo trastornos de la conducta) (World Health Organization Regional Office for Europe 2007). La experiencia comenzó en Australia y con posterioridad aparecieron experiencias en Alemania, Suiza y Reino Unido. En EEUU este programa ha sido implementado por los CDC en 9 condados de Carolina del Sur.

Prevención del abuso sexual infantil

Los programas para la prevención del abuso sexual infantil están basados en enseñar a los niños a identificar la propiedad del cuerpo, la diferencia entre el contacto bueno y malo, en reconocer situaciones de abuso, en saber decir no, y en revelar el abuso a un adulto de confianza.

Los programas en las escuelas se han mostrado eficaces para fortalecer los factores de protección contra este tipo de maltrato infantil (Mikton 2009).

Prevención de los traumatismos craneales por maltrato

Los programas de prevención de los traumatismos craneales son aquellas intervenciones encaminadas a prevenir un traumatismo craneoencefálico por maltrato y/o el síndrome de sacudida. Estas intervenciones fueron prometedoras para evitar que se produzca un traumatismo craneoencefálico debido a maltrato infantil, pero no han demostrado que sean eficaces para reducir los factores de riesgo (Mikton 2009).

El síndrome de sacudida en bebés se produce al sacudir violentamente a un niño por los hombros, los brazos o las piernas a través de la agitación o de un impacto (con o sin agitación). El efecto resultante del latigazo cervical puede causar sangrado cerebral u ocular. Las consecuencias de este síndrome pueden incluir desde el retraso mental o del desarrollo, parálisis cerebral, disfunción motora severa, ceguera y/o convulsiones, hasta la muerte.

La Academia Americana de Pediatría (Flaherty 2010) describe 2 programas con el objetivo de ayudar y mejorar la respuesta de los padres frente al llanto del niño. Uno de estos programas es conocido como Period of PURPLE Crying. El otro, realizado en Nueva York, fue desarrollado por enfermeras y encontraron un descenso del 47% del maltrato con daños craneales durante los primeros 5 años (Flaherty 2010, Mikton 2009).

Intervenciones con componentes múltiples

Las intervenciones con componentes múltiples son aquellas intervenciones con servicios de apoyo a la familia, educación preescolar, y mejora de las habilidades de los padres. Estas intervenciones fueron prometedoras para evitar que se produzca el maltrato infantil y reducir los factores de riesgo (Mikton 2009)

Intervenciones basadas en los medios de comunicación

No son analizadas porque no forman parte del objetivo del informe

Intervenciones con grupos de apoyo y ayuda mutua

Estas intervenciones no demostraron eficacia para evitar que se produzca el maltrato infantil o reducir los factores de riesgo (Mikton 2009)

Intervenciones a familias con abuso de drogas

Estas intervenciones se basan en el modelo ecológico, centrado en los factores de riesgo relacionados con la familia, como la falta de apoyo social. Las intervenciones a familias en mantenimiento con metadona a través de visitas domiciliarias específicas, encontraron resultados prometedores al reducir el potencial maltrato infantil por las familias, el estrés de los padres, actitudes rígidas de crianza, y problemas de comportamiento infantil (más detalles en Anexo 5).

Además, se ha encontrado un proyecto piloto del National Health Service británico, denominado Family Drug

and Alcohol Court (FDAC), que pretende ayudar a los padres a estabilizar o dejar el consumo de drogas o alcohol y cuando sea posible mantener unida a la familia. El proyecto se realizó conjuntamente entre los servicios de justicia y los servicios sanitarios a través de un grupo multidisciplinar que coordinó el proceso, el plan de abordaje y de intervención (The Tavistock and Portman 2010).

Modelos pediátricos

La Academia Americana de Pediatría presenta un modelo denominado Safe Environment for Every Kid (SEEK), basado en el cribado de las familias respecto a factores de riesgo para el maltrato infantil. El cribado se realizaba por los médicos residentes de pediatría en la consulta de Atención Primaria. Posteriormente, conjuntamente con el trabajador social, se realizaba el manejo de la familia respecto a los factores de riesgo analizados. Los resultados obtenidos muestran menor notificación de maltrato infantil a los servicios sociales, menor incidencia de incumplimiento médico, menor incidencia de retraso en la vacunación y menos castigos duros por parte de los padres a los niños (Flaherty 2010, Duvowitz 2008) (más detalles en Anexo 6).

Se han identificado otros programas formativos para médicos de atención primaria y pediatras como el AAP Developed, Connected Kids y el Program Practicing Safety. El objetivo es formar a los profesionales para que puedan ayudar a las familias sobre temas como la disciplina efectiva, la parentalidad, la seguridad de los niños cuando se encuentran con otras personas y el manejo del llanto (Flaherty 2010).

1.3) RECOMENDACIONES:

Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria

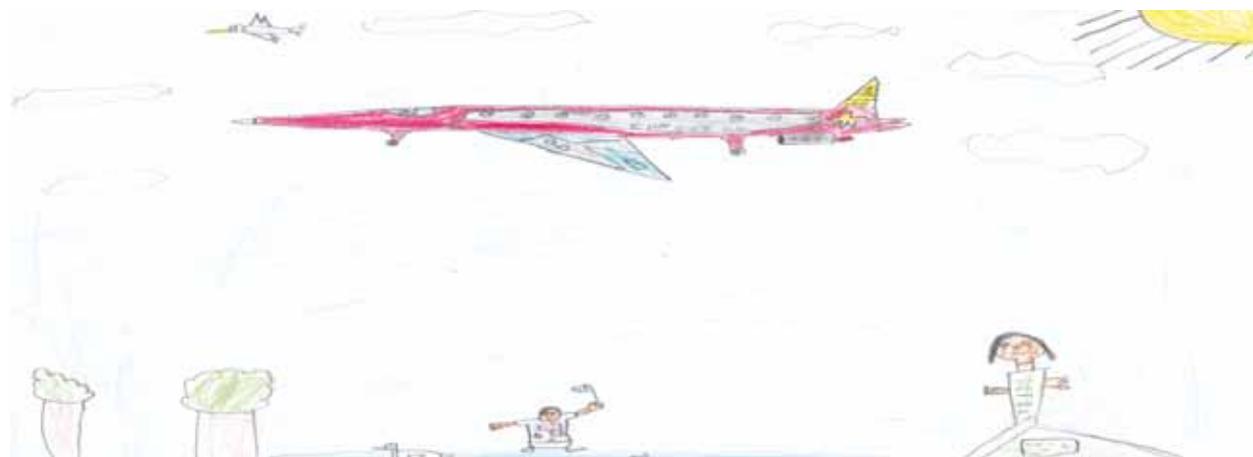
Las recomendaciones del PAPPS a los profesionales de atención primaria con respecto al maltrato infantil son las siguientes (MC. Fernández Alonso, 2005):

- 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.
- Promover las redes de apoyo.
- Promover la visita en domicilio del recién nacido en riesgo psicosocial, por parte del médico, la matrona y/o la enfermera pediátrica, para una valoración «en el terreno» de la situación.
- Promover los programas de atención al puerperio.
- Promover programas de atención materno-infantil en familias de riesgo psicosocial.
- Además, las intervenciones recomendadas por el PAPPS en el Programa para la Prevención en Salud Mental dirigido a la infancia y la adolescencia (atención al embarazo y al puerperio, embarazo en la adolescencia, hijos de familias monoparentales y antecedentes de enfermedad psiquiátrica en los padres) constituyen intervenciones de prevención primaria y secundaria del maltrato en la infancia, ya que inciden en la detección y el abordaje situaciones de riesgo psicosocial ligadas a conductas maltratantes.
- Registro sanitario de casos de víctimas de maltrato.

Academia Americana de Pediatría

Las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría en referencia al maltrato infantil son las siguientes (Flaherty, 2010).

- Obtener una historia social completa en la primera visita y periódicamente, a lo largo de la infancia. Detectar factores de riesgo y problemas familiares, así como reconocer y mejorar de puntos fuertes de la familia y factores de mediación. Una herramienta para facilitar esta actividad es Bright Futures (<http://brightfutures.aap.org>).
- Reconocer la frustración y la ira que a menudo sienten los padres, y por tanto proporcionar orientación anticipada sobre las etapas de desarrollo que pueden ser estresantes o servir como detonante de maltrato.
- El pediatra debe ayudar a explicar el comportamiento del niño a los padres y aconsejarles sobre las respuestas alternativas.
- Reconociendo que los niños con discapacidad son más vulnerables a ser maltratados, los pediatras deben seguir los signos de alerta, identificando a las familias con mayor riesgo de abusar de su hijo, y educar a las familias respecto a la condición del niño y a los niños mayores acerca de cómo protegerse de los malos tratos.
- Estar atentos a los signos y síntomas de alerta que sugieren violencia en la pareja y depresión postparto.
- Los pediatras deben educar a los padres acerca de la disciplina efectiva y alternativas a los castigos corporales, incluidas las técnicas de tiempo de espera y el refuerzo positivo. En este sentido, cabe destacar los programas Connected Kids (<http://aap.org/connectedkids>) y Bright Futures (<http://brightfutures.aap.org>).
- Los padres deben ser advertidos sobre el desarrollo sexual normal y acerca de cómo prevenir el abuso sexual. Para facilitararlo la AAP ha desarrollado una herramienta educativa (<http://aap.org/pubserv/PS-Vpreview/start.html>).



- Los pediatras deberían alentar a padres y cuidadores a utilizar su centro de salud como un recurso que brinda conocimientos necesarios y medios para la remisión a los servicios apropiados.
- Los pediatras deben abogar por programas de la comunidad y ofrecer servicios eficaces de prevención, intervención, investigación y gestión para el maltrato infantil, así como para los programas que abordan cuestiones que aumentan el riesgo de maltrato infantil.
- Los médicos deben abogar para que las escuelas proporcionen intervenciones conductuales positivas y apoyos para poner en práctica las expectativas de conductas eficaces.
- Los médicos deben reconocer los signos y síntomas de maltrato y denunciar la sospecha de maltrato infantil a las autoridades correspondientes.

2) DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL EN LOS SERVICIOS SANITARIOS:

La detección-diagnóstico de maltrato infantil consiste en reconocer o identificar una posible situación de maltrato infantil. (Díaz Huertas JA, 2006).

Importancia de detectar el maltrato:

La detección-diagnóstico es la primera condición para poder intervenir en casos de maltrato infantil y posibilitar así la ayuda a la familia y al niño que sufren este problema, actuando sobre las causas que dieron lugar a esta situación y protegiendo al menor. Esta detección debe ser lo más precoz posible para evitar las consecuencias de gravedad para el niño e incrementar las posibilidades de éxito de la intervención, tratar las secuelas, prevenir la repetición, etc. (Díaz Huertas JA, 2006).

Factores que influyen en el conocimiento real del maltrato (Díaz Huertas JA, 2006):

Existen dos tipos de factores que influyen en la falta de un conocimiento real sobre el maltrato: los que condicionan una falta de detección y los que condicionan una falta de notificación.

Las causas de no detección del maltrato son:

- No siempre es fácil su diagnóstico, muchos casos no llegan siquiera a sospecharse.
- La ausencia de una definición, que permita reconocerlo sin grandes dificultades.



- Dificultad de diferenciarlo en muchos casos de las lesiones producidas de forma accidental.
- La formación profesional que recibe el pre y postgraduado sobre el maltrato es escasa o nula, e impide identificar las lesiones.
- Los criterios personales del propio profesional:
 - Pueden formar parte de costumbres sociales, culturales o religiosas que el profesional comparte.
 - Considerar el castigo físico como medida de disciplina y no como maltrato.
 - Todos los accidentes de la infancia son evitables, y por lo tanto serían malos tratos y viceversa.

Cuando el maltrato se detecta, los motivos de falta de notificación pueden ser:

- Las lesiones son consideradas poco importantes.
- No se sabe con seguridad, aunque se sospeche, como se han producido (miedo a equivocarse).
- Miedo al pensar que el emitir un parte de lesiones equivale a poner una denuncia.
- Preocupaciones de índole personal del profesional: legales (tener que declarar), económicas (pérdida horas de trabajo, pérdida de clientes), comodidad (traslado al juzgado si tiene que prestar declaración), miedo (reacción de los padres).
- Experiencias anteriores, en las cuales a pesar de comunicar la sospecha de maltrato a las Autoridades, el niño fue entregado a los padres, sin el tratamiento social previo pertinente.
- Muchos profesionales piensan que al comunicar la sospecha de existencia de un maltrato el niño puede salir más perjudicado que beneficiado:
 - El agresor ve en el niño el motivo de que se le investigue o interrogue y actuará posteriormente con más violencia.
 - Más valen unos malos padres que una buena institución.
 - Consideran que no deben interferir en los asuntos privados de las familias.

Niveles de detección del maltrato infantil desde los servicios sanitarios:

La detección e intervención del maltrato infantil desde los Centros Sanitarios se puede articular sobre:

- La detección de **factores de riesgo**: No existe una situación de maltrato sino factores personales y/o sociofamiliares que pueden precipitar la situación de maltrato. (Gobierno de Aragón, 2006).
- La detección de **señales de alerta**: El niño o el adolescente está afectado, existe sintomatología que requiere intervención. Es importante valorar si los síntomas son resultado de una situación de maltrato. (Gobierno de Aragón, 2006).
- La detección de **indicadores de maltrato infantil**: Existen signos de maltrato infantil (Gobierno de Aragón, 2006). Las situaciones de maltrato y abandono infantil se producen muy frecuentemente en un ambiente privado y en el contexto del domicilio familiar. Es así poco probable observarlas directamente. En consecuencia, su detección ha de ser realizada basándose en sus manifestaciones externas. (Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia Maltrato Infantil, 2007). De ahí la importancia de que los profesionales tengan conocimientos suficientes sobre signos, síntomas, pruebas complementarias, etc., que se requieren para sospechar y establecer este diagnóstico, así como de indicadores que se presentan en este problema.

Los indicadores son aquellos datos derivados de la historia, de los exámenes medico-psicológicos y de la historia social que señalan la posible existencia de malos tratos (más detalles en los Anexos 7 y 8). (Díaz Huertas JA, 2006). Estos indicadores se refieren a (Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia Maltrato Infantil, 2007):

- Características físicas del niño o la niña.
- Características comportamentales del niño o la niña.
- Características comportamentales de los padres.

Elementos clave para la detección de maltrato:

La determinación de un caso de maltrato infantil debe realizarse en base a cuatro elementos:

- **Historia clínica:** La mayoría de las veces suele relatarla un adulto, pero conviene recoger (Junyent Priu M., 2004) datos aportados por el propio niño, otros profesionales (maestro, medico, policía, trabajador social...) y/o otras personas (vecinos, amigos, parientes....).

La anamnesis ha de ser muy completa y detallada, ya que en algunos casos, puede ser la única prueba del maltrato. Hay que buscar factores de riesgo, por lo que debe incluir los antecedentes familiares y personales, la situación psicosocial del niño, el entorno familiar, hábitos personales, hábitos tóxicos en la familia y violencia intrafamiliar. La entrevista clínica debe ir dirigida a descubrir los indicadores indirectos de maltrato (Junyent Priu M., 2004). Es importante realizarla con destreza y habilidad, no en plan interrogatorio (Gutierrez M^a P., 2000). Una

buena comunicación entre los profesionales de la asistencia sanitaria y el/la niño/a o adolescente es fundamental. La comunicación debería tener en cuenta cualquier necesidad adicional, como las discapacidades físicas, sensoriales o de aprendizaje, o la incapacidad de hablar o leer en nuestro idioma. Debería prestarse atención a las necesidades culturales de los niños o adolescentes y de sus familias y cuidadores (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009).

- **Examen psicológico-médico:** Existencia de indicadores físicos y comportamentales del niño y en la conducta del agresor/acompañante. Las lesiones deben ser descritas con detalle, intentando calcular el tiempo de evolución y la explicación del posible mecanismo de producción o, al menos, si concuerda con el que se nos ha explicado como causante de la lesión. Siempre que nos sea posible, deberían fotografiarse (Junyent Priu M., 2004).
- **Pruebas complementarias:** realización de pruebas medicas (radiología, análisis...), psicológicas (test, entrevistas...), para confirmar o realizar diagnóstico diferencial con otros procesos.
- **Datos sociales:** factores de riesgo presentes que actúan como facilitadores de la existencia del maltrato infantil, que nos van a ayudar a entender por que se produjo esta situación y a orientar en la toma de decisiones y la intervención (Díaz Huertas JA, 2006).

En el diagnóstico de malos tratos a un niño se debe ser especialmente cuidadoso, ya que se puede causar re-experiencia del trauma. Se deben evitar re-exploracio-

nes innecesarias y prever la participación de un médico forense en casos de exploración genital y anal en abusos sexuales (Díaz Huertas JA, 2006).

Proceso de actuación ante un posible caso de maltrato:

Si un profesional de la salud se encuentra con una característica de alerta sobre posible maltrato infantil que le induzca a considerar, sospechar o descartar el maltrato infantil como una posible explicación, la Guía NICE aconseja seguir el siguiente proceso (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009):

• Escuche y Observe:

La identificación o la exclusión del maltrato infantil su-

pone la reunión de piezas de información de múltiples fuentes, de tal modo que se tome en cuenta la situación completa del niño o adolescente. Esta información puede proceder de diversas fuentes y organismos, e incluye:

- cualquier historia que se proporcione
- el informe o la revelación de maltrato por parte de un niño o adolescente o una tercera persona
- la apariencia del niño
- el comportamiento o las maneras del niño
- los síntomas
- los indicios físicos
- el resultado de una investigación
- la interacción entre los padres o cuidadores y el niño o adolescente.



• **Busque una explicación:**

Se debe buscar una explicación para cualquier lesión o estado, tanto del padre o el cuidador como del niño o adolescente, de un modo abierto y desprovisto de juicios. Por otra parte, las características de alerta sobre malos tratos en los **niños con discapacidades** podrían ser también características de la discapacidad, haciendo que la identificación de los malos tratos sea más difícil. Es posible que los profesionales de la salud necesiten buscar el asesoramiento especializado oportuno en caso de estar preocupados por un niño o adolescente con alguna discapacidad.

• **Registre:**

Se debe registrar, en el expediente médico del niño o adolescente, exactamente lo que haya sido observado y oído, por quién y cuándo. En este momento de la atención al niño, el profesional de la asistencia sanitaria tie-

ne como opciones considerar, sospechar o descartar el maltrato infantil del diagnóstico diferencial.

• **Considere, sospeche o descarte los malos tratos:**

- Considerar: el maltrato es una de las explicaciones posibles ante un signo o síntoma de alerta, por lo que debe incluirse en el diagnóstico diferencial.
- Sospechar: supone un nivel serio de preocupación sobre la posibilidad de maltrato infantil.
- Descartar: hacerlo cuando se encuentre una explicación adecuada para los signos o síntomas de alerta.

• **Registre:**

Se deben registrar todas las acciones llevadas a cabo sobre el proceso de considerar, sospechar o descartar, así como de los resultados del mismo.





DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

El maltrato infantil es un problema de salud de primer orden y representa una importante causa de morbi-mortalidad, muy especialmente en los primeros años de vida. Presenta consecuencias para el niño a corto y largo plazo en las esferas de la salud física y mental. Es un fenómeno que tiende a repetirse y a aumentar en intensidad a no ser que se intervenga a tiempo. Por ello es importante el abordaje multidisciplinar e intersectorial, desde los grandes ámbitos de atención a la infancia: educativo, sanitario, policial, social, judicial. El papel de los servicios sanitarios pasa por la implicación a todos los niveles para el abordaje del problema, desde la promoción, pasando por la prevención y la detección, hasta el tratamiento.

La prevención supone el reconocimiento de los factores de riesgo, aprovechando las actividades sanitarias que se realizan de manera reglada sobre la población infantil y la promoción de los factores protectores y del buen trato a través de la educación para la salud incrementando las habilidades de los padres en el cuidado de los hijos, en las relaciones educativas y afectivas que se establecen en la relación padres-hijos.

La estrategia de prevención secundaria es considerada como la más realista para poder abordar a las familias de alta prioridad. De hecho, la mayoría de las intervenciones se basan en la mejora del funcionamiento familiar que tendrá aún más importancia en aquellas familias con factores de riesgo.

Las pruebas sobre la eficacia de cuatro de las intervenciones principales (visitas domiciliarias, educación de los padres, prevención de los traumatismos craneales

por maltrato e intervenciones con múltiples componentes) para prevenir el maltrato infantil son prometedoras, aunque se ven debilitadas por los problemas metodológicos de los estudios que las evalúan, así como por la escasez de estudios de evaluación de los resultados procedentes de países con economías menos favorecidas.

Los programas de visitas domiciliarias en la primera infancia es una de las intervenciones más ampliamente estudiada. Sin embargo, existe cierta controversia sobre el personal que debe realizar esta intervención. La OMS recomienda la implicación del personal de enfermería o personal entrenado semiprofesional. Otros autores recomiendan que el tipo de profesional que lleve a cabo el programa de visitas se elija según los objetivos específicos del mismo.

Muchas de las intervenciones centran sus resultados en las tasas de notificación de maltrato infantil, sin embargo se recomienda el uso de otros indicadores más amplios dada la infranotificación existente. Los estudios de eficacia utilizando indicadores más amplios muestran pruebas de que algunas intervenciones son útiles para reducir los factores de riesgo de maltrato infantil, como ocurre con las visitas domiciliarias, la educación de los padres y la prevención del abuso sexual infantil.

Es importante la sensibilización y formación de los profesionales sanitarios con respecto a los factores de riesgo, las señales de alerta y los indicadores de maltrato infantil, para que la detección sea lo más precoz posible, ya que es la primera condición para poder intervenir en casos de maltrato infantil, evitando las consecuencias de gravedad e incrementando las posibilidades de éxito de dicha intervención.





BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO VAREA JM, HORNO GOICOECHEA P. Una experiencia de buena práctica en intervención sobre el abuso sexual infantil. Advocacy, construcción de redes y formación. Save the Children, 2004.
- BARLOW J, DAVIS H, MCINTOSH E, JARRETT P, MOCKFORD C, STEWART-BROWN S. Role of home visiting in improving parenting and health in families at risk of abuse and neglect: results of a multicentre randomised controlled trial and economic evaluation. *Arch Dis Child*. 2007;92:229-33.
- BUGENTAL DB, SCHWARTZ A. A cognitive approach to child mistreatment prevention among medically at-risk infants. *Dev Psychol*. 2009;45:284-8.
- BUTCHART A. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence [Internet]. Ginebra: World Health Organization, 2006 [citado 20 mayo 2011]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf
- CEREZO MA, MÁS E, SIMÓ S. Análisis y evaluación de los indicadores de riesgo en situaciones de maltrato infantil. (Memoria final de proyecto). Valencia: Dirección General de Servicios Sociales, Generalitat Valenciana; 1998. p. 27, 39-53.
- CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES. Manual de Intervención de los Servicios de Atención al Niño. Dirección General de Infancia y Familia. Consejería de Asuntos Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla. 2000.
- DAWE S, HARNETT P. Reducing potential for child abuse among methadone-maintained parents: results from a randomized controlled trial. *J Subst Abuse Treat*. 2007;32:381-90.
- DE PAÚL OCHOTORENA, J. [1996]. Diferentes situaciones de desprotección infantil. En De Paúl Ochotorena, J. y Arruabarrena Madariaga, M.I. Manual de Protección Infantil. Barcelona. Masson.
- DÍAZ HUERTAS JA, ESTEBAN GÓMEZ J, ROMEU SORIANO FJ, por el Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil del Observatorio de la Infancia. Maltrato infantil. Detección, Notificación y Registro de Casos. Observatorio de la Infancia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2006.
- DUBOWITZ H, FEIGELMAN S, LANE W, KIM J. Pediatric primary care to help prevent child maltreatment: the Safe Environment for Every Kid (SEEK) Model. *Pediatrics*. 2009 ;123:858-64
- EDWARDS VJ, HOLDEN GW, FELITTI VJ, ANDA RF. Relation between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *Am J Psychiatry*. 2003; 160:1453-60.
- ERTEM IO, LEVENTHAL JM, DOBBS S. Intergenerational continuity of child physical abuse. How good is the evidence? *Lancet*. 2000; 356:814-9.
- FERNÁNDEZ ALONSO M.C., BUITRAGO RAMÍREZ F, CIURANA MISOL R., CHOCRÓN BENTATA L., GARCÍA CAMPAYO J., MONTÓN FRANCO C. Y TIZÓN GARCÍA J. Prevención de los trastornos de salud mental desde atención primaria. Grupo de Trabajo de Prevención de los Trastornos de Salud Mental del PAPPs. *Aten Primaria* 2005; 36 (Suple 21):85-96.
- FLAHERTY EG, STIRLING J, The Committee on Child Abuse and Neglect. The paediatrician's role in child maltreatment prevention. *Pediatrics* 2010;126;833-841
- GOBIERNO DE ARAGÓN. La detección e intervención en situaciones de maltrato infantil. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Aragón: 2006.
- GUTIÉRREZ DÍEZ M^ª, MILLÁN DE LAS HERAS M^ªJ. Reconocimiento del maltrato infantil en el ámbito médico. Actuación prejudicial en Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria Volumen II*. Número 8. Octubre/Diciembre 2000.
- HOWARD KS, BROOKS-GUNN J. The role of home-visiting programs in preventing child abuse and neglect. *Future of Children*. 2009;19:119-46.
- INSTITUTO ASTURIANO DE ATENCIÓN SOCIAL A LA INFANCIA, FAMILIA Y ADOLESCENCIA. Maltrato Infantil. Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias. Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia. Consejería de Vivienda y Bienestar Social y Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. 2007.
- JIMÉNEZ, OLIVA Y SALDAÑA. El maltrato y la protección a la infancia en España. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1996.
- JUNYENT PRIU M., GARCÍA GARCÍA JJ., POU FERNÁNDEZ J. El maltrato infantil: detección e intervención. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2204; 6:433-441.

LANSFORD J, DODGE KA, PETTET GS. A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment of psychological, behavioural, and academic problems in adolescence. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002; 156:824-30.

LÓPEZ F. Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1994.

MCINTOSH E, BARLOW J, DAVIS H, STEWART-BROWN S. Economic evaluation of an intensive home visiting programme for vulnerable families: a cost-effectiveness analysis of a public health intervention. *J Public Health*. 2009;31:423-33

MIKTON C, BUTCHART A. Child maltreatment prevention: A systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*. 2009; 87:325-404.

MORALES JM, ZUNZUNEGUI PASTOR V, MARTÍNEZ SALCEDA V. Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. *Gac Sanit*. 1997;11:231-41.

NATIONAL COLLABORATING CENTER FOR WOMEN 'S AND CHILDREN 'S HEALTH. When to suspect child maltreatment [Internet]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009. [Citado en 24 mayo 2011] Disponible en: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/12183/44954/44954.pdf>

OBSERVATORIO DE LA INFANCIA EN ANDALUCÍA. Menores de edad en Andalucía. Datos Cuantitativos. Informe 2009. Observatorio de la Infancia en Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. 2009.

OSUNA MJ, CABRERA JH, MORALES MC. Estudio de las consecuencias del abandono físico en el desarrollo psicológico de niños de edad preescolar en España. *Child Abuse Negl*. 2000;24:911- 24.

PRINZ RJ, SANDERS MR, SHAPIRO CJ, WHITAKER DJ, LUTZKER JR. Population-based prevention of child maltreatment: the U.S. Triple P system population trial. *Prev Sci*. 2009;10:1-12.

SANDERS MR, BOR W, MORAWSKA A. Maintenance of treatment gains: a comparison of enhanced, standard, and self-directed Triple P-Positive Parenting Program. *J Abnorm Child Psychol*. 2007;35:983-98

SANDERS M, UNIVERSITY OF QUEENSLAND. Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program a population approach to the promotion of parenting competence [Internet]. St Lucia, Queensland: The Parenting and Family Support Centre, The University of Queensland; 2003 [citado 22 mayo 2011] Disponible en: <http://usatriplep.org/documents/Theoretical%20Scientific%20and%20Clinical%20Foundations%20for%20Triple%20P.pdf>

SCHER CD, FORDE DR, MCQUAID JR, STEIN MB. Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child Abuse Negl*. 2004; 28:167-80.

SORIANO FAURA FJ Y GRUPO PREVINFAD PAPP'S INFANCIA Y ADOLESCENCIA. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009; 11:121-44.

SORIANO FAURA, FJ Y GRUPO PREVINFAD/ PAPP'S INFANCIA Y ADOLESCENCIA. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria. 2005. http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_maltrato.pdf

THE TAVISTOCK AND PORTMAN. NHS Foundation Trust. [Internet]. London: The Tavistock and Portman. NHS Foundation Trust; 2010 [actualizada el 11 de septiembre de 2010; acceso 8 de noviembre de 2010]. Disponible en: <http://www.tavistockandportman.nhs.uk/famildrugandalcoholcourt>

WOLFE DA, SCOTT K, WEKERLE C. Child maltreatment: risk of adjustment problems and dating violence in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001;40:282-9.

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Preventing child maltreatment in Europe: a public health approach. Policy briefing. [Internet]. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 2007 [citado 8 de noviembre de 2010] Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/98778/E90618.pdf

ZIELINSKI DS, ECKENRODE J, OLDS DL. Nurse home visitation and the prevention of child maltreatment: impact on the timing of official reports. *Dev Psychopathol*. 2009 ;21:441-53.



Anexos

ANEXO I: Tipos de maltrato infantil.

SEGÚN EL MOMENTO EN EL QUE SE PRODUCE	<ul style="list-style-type: none"> • Prenatal, cuando el maltrato se produce antes del nacimiento del niño. • Postnatal cuando el maltrato se produce durante su vida extrauterina.
SEGÚN LOS AUTORES	<ul style="list-style-type: none"> • Familiar, cuando los autores del maltrato son familiares del menor, principalmente familiares en primer grado (padres, biológicos o no, abuelos, hermanos, tíos, etc.). • Extrafamiliar, cuando los autores del maltrato no son familiares del menor, o el grado de parentesco es muy lejano (familiares en segundo grado) y no tienen relaciones familiares. • Institucional, es el maltrato provocado por las instituciones públicas, bien sean sanitarias, educativas, etc. • Social, cuando no hay un sujeto concreto responsable del maltrato, pero hay una serie de circunstancias externas en la vida de los progenitores y del menor que imposibilitan una atención o un cuidado adecuado del niño.
SEGÚN LA ACCIÓN O LA OMISIÓN CONCRETA QUE SE ESTÁ PRODUCIENDO	<ul style="list-style-type: none"> • Maltrato físico: Toda acción de carácter físico voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones físicas en el menor. • Negligencia: Dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de guarda y protección o tener un cuidado inadecuado del niño. • Maltrato emocional: Toda acción, normalmente de carácter verbal, o toda actitud hacia un menor que provoquen, o puedan provocar en él, daños psicológicos. • Abuso sexual: Cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto u otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual.

Tomado y adaptado de Díaz Huertas JA (2006)

Otras situaciones o formas de presentación que comparten características con una o varias de las tipologías básicas son:

- **Corrupción**: Conductas propiciadas por los adultos que refuerzan las pautas de conducta antisociales y/o desviadas, en ocasiones con el fin de sacar un beneficio del menor, y que impiden su normal integración.
- **Explotación laboral**: Cuando los padres o cuidadores del niño le asignan con carácter obligatorio la realización continuada de cualquier trabajo que entorpezca su educación, sea nocivo para su salud o desarrollo, y/o la utilización del menor para obtener un beneficio que implique la explotación económica.
- **Dificultad de control de la conducta del niño/a**: Los padres o cuidadores demuestran claramente una

gran dificultad para controlar y manejar de manera adaptativa el comportamiento de sus hijos.

- **Retraso no orgánico del crecimiento:** Diagnóstico médico realizado a aquellos niños que no incrementan su peso y/o talla con normalidad en ausencia de una enfermedad orgánica que lo justifique. Su causa es la inadecuada o inexistente atención a las necesidades psico-afectivas y sociales del niño que tiene consecuencias físicas, afectando a su crecimiento y desarrollo, y a su estabilidad psicosocial.
- **Síndrome de Munchausen por poderes:** Situaciones en las que el padre/madre somete al niño a continuos ingresos y exámenes médicos alegando síntomas físicos patológicos ficticios o generados activamente por el propio padre/madre.



ANEXO II: Factores de riesgo y protectores del maltrato infantil.

MODELO INTEGRAL DEL MALTRATO INFANTIL			
NIVELES ECOLÓGICOS			
	Factores potenciadores	Factores compensadores	
DESARROLLO INDIVIDUAL DE LOS PADRES	<ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de abuso • Falta de afectividad en la infancia • Baja autoestima • Pobres habilidades personales 	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia en los cuidados del niño • Habilidad interpersonal • Coeficiente intelectual elevado • Reconocimiento de la experiencia del maltrato en la infancia 	
MEDIO FAMILIAR:	a) Padres	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos físicos/psíquicos (incluso ansiedad y depresión) • Drogodependencias • Padre/Madre sólo • Madre joven • Padre/Madre no biológico • Disarmonía familiar • Enfermedades/lesiones • Conflictos conyugales • Violencia familiar • Falta de control de impulsos 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación familiar • Satisfacción personal • Escasos sucesos vitales estresantes • Intervenciones terapéuticas en la familia • Ambiente familiar sin exposición a violencia • Armonía marital
	b) Hijos	<ul style="list-style-type: none"> • Hijos no deseados • Trastorno congénito • Anomalías físicas o psíquicas • Enfermedad crónica • Tamaño de la familia • Nacimiento prematuro • Bajo peso al nacer • Ausencia de control prenatal • Trastorno de la conducta del hijo • Proximidad de edad entre hijos 	<ul style="list-style-type: none"> • Apego materno/paterno al hijo • Satisfacción en el desarrollo del niño
ECOSISTEMA	a) Sociolaboral	<ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel social/económico • Desempleo • Insatisfacción laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Condición financiera
	b) Vecindario	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social • Buena experiencia con iguales
MACROSISTEMA	a) Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Alta criminalidad • Baja cobertura de servicios sociales • Alta frecuencia de desempleo • Pobreza de grupo social • Alta movilidad geográfica 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de mejora, de redes de apoyo e integración social de familias vulnerables • Programas sanitarios
	b) Culturales	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptación de castigo corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud hacia la infancia, la mujer, la paternidad de la sociedad

Tomado y adaptado de Soriano Faura FJ (2009)



ANEXO III: Descripción de los programas de visitas domiciliarias. (Howards 2009)

El estudio de *Howards et al.*, evalúa 9 programas de visitas domiciliarias con ensayos clínicos aleatorizados en familias en la etapa prenatal o perinatal. La revisión no fue exhaustiva y los resultados son difíciles de comparar dada su variabilidad.

A continuación se definen los 4 programas realizados con una estrategia de prevención secundaria y realizado por profesionales sanitarios.

1. **Nurse-Family Partnership (NFP)**, programa desarrollado en 26 estados de EEUU. El programa en 2006 estimó que cada año se benefician del programa 20.000 familias y en la revisión se analiza el programa *NFP-Elmira*, *NFP-Memphis* y *NFP-Denver*.

- Objetivo: mejorar los resultados durante el embarazo, las habilidades parentales y el curso de la vida maternal.
- Población de la intervención: madres en su primer embarazo con bajos ingresos (participaron 400 madres adolescentes con un seguimiento durante 15 años, 1139 madres adolescentes con un seguimiento durante 9 años y 735 madres con un seguimiento durante 4 años en los programas *NFP-Elmira* participan, *NFP-Memphis* y *NFP-Denver* respectivamente)
- Intervención: Se iniciaba en la etapa prenatal hasta los 2 años de edad del niño.
- Profesionales implicados: enfermería.
- Resultados: Además de los efectos citados en la tabla 1. es importante resaltar como el estudio de evaluación *NFP-Elmira*, documentó la reducción del 48% de la tasa de maltrato infantil notificada

y corroborada al Servicio de Protección de menores en el grupo intervención en el seguimiento a los 15 años.

Otros estudios no incluidos en la revisión:

El estudio de *Zielinski et al.*, evaluó un programa NFP. La información recogida es del resumen del artículo.

- Objetivo: evaluar el programa y su impacto sobre la notificación del maltrato.
- Población de la intervención: grupo intervención (n= 93) y control (n= 144), otras características no son contenidas en el resumen.
- Intervención: programa NFP, otras características no son contenidas en el resumen
- Resultados: las tasas de inicio de malos tratos se mantuvieron de forma idéntica en ambos grupos hasta los 4 años pero a partir de este momento comenzaron a descender en el grupo de intervención. Además los descensos fueron más pronunciados entre subgrupos con mayor riesgo y víctimas de negligencia.

Otro estudio, *Bugental et al.*, que consistió en un ensayo clínico aleatorizado con grupo control y intervención. La información recogida es del resumen del artículo y en este no se establece el papel de los servicios sanitarios en la intervención

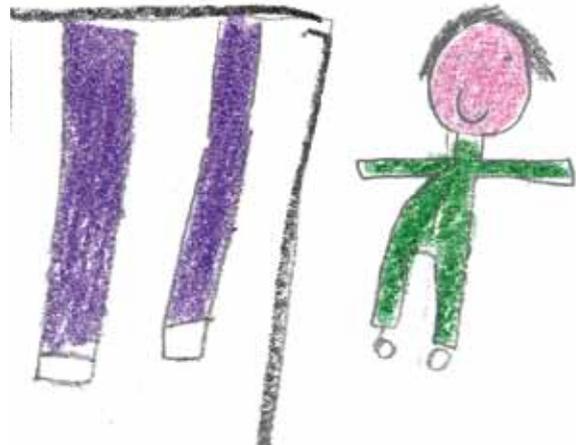
- Objetivo: evaluar la efectividad sobre las habilidades parentales del programa de visitas domiciliarias en niños nacidos con factores de riesgo médico para el maltrato infantil.
- Población de la intervención: niños nacidos con factores de riesgo médico para el maltrato infantil.
- Intervención: se le sometía al grupo intervención

a *Healthy Start home visitation program* y al grupo control a visitas domiciliarias pero sin este componente.

- Resultados: en el grupo intervención hubo un uso menor de castigo corporal, un mayor mantenimiento de seguridad en el hogar y una menor notificación de lesiones en los niños.
2. **Early Start**, programa desarrollado en Nueva Zelanda que forma parte de una red de visitas domiciliarias.
 - Objetivo: evaluar fortalezas y necesidades de la familia, desarrollar relaciones positivas, mejorar la resolución de problemas en la familia, proporcionar ayuda y asistencia a familias a través de los recursos de la red.
 - Población de la intervención: 433 familias con factores de riesgo identificadas con una herramienta de cribado
 - Intervención: semanales durante el primer mes y posteriormente variaron en función del riesgo con una media de 24 meses.
 - Profesionales: enfermería o trabajadores sociales.
 - Resultados: tabla 1.
 3. **Queensland Study**, programa desarrollado en Australia.
 - Objetivo: reducir el riesgo de maltrato infantil.
 - Población de la intervención: 181 mujeres con factores de riesgo
 - Intervención: mensuales durante los 18 primeros meses de vida del niño.
 - Profesionales: enfermería.
 - Resultados: tabla 1.

4. **Netherlands Study**, programa desarrollado en Holanda.

- Objetivo: mejorar la sensibilidad materna.
- Población de la intervención: 71 madres con depresión que recibían tratamiento.
- Intervención: Las visitas fueron de 8 a 10 en 3 ó 4 meses.
- Profesionales: psicólogos o psiquiatras sociales con entrenamiento en prevención o educación de la salud.
- Resultados: se presentan en la siguiente tabla:

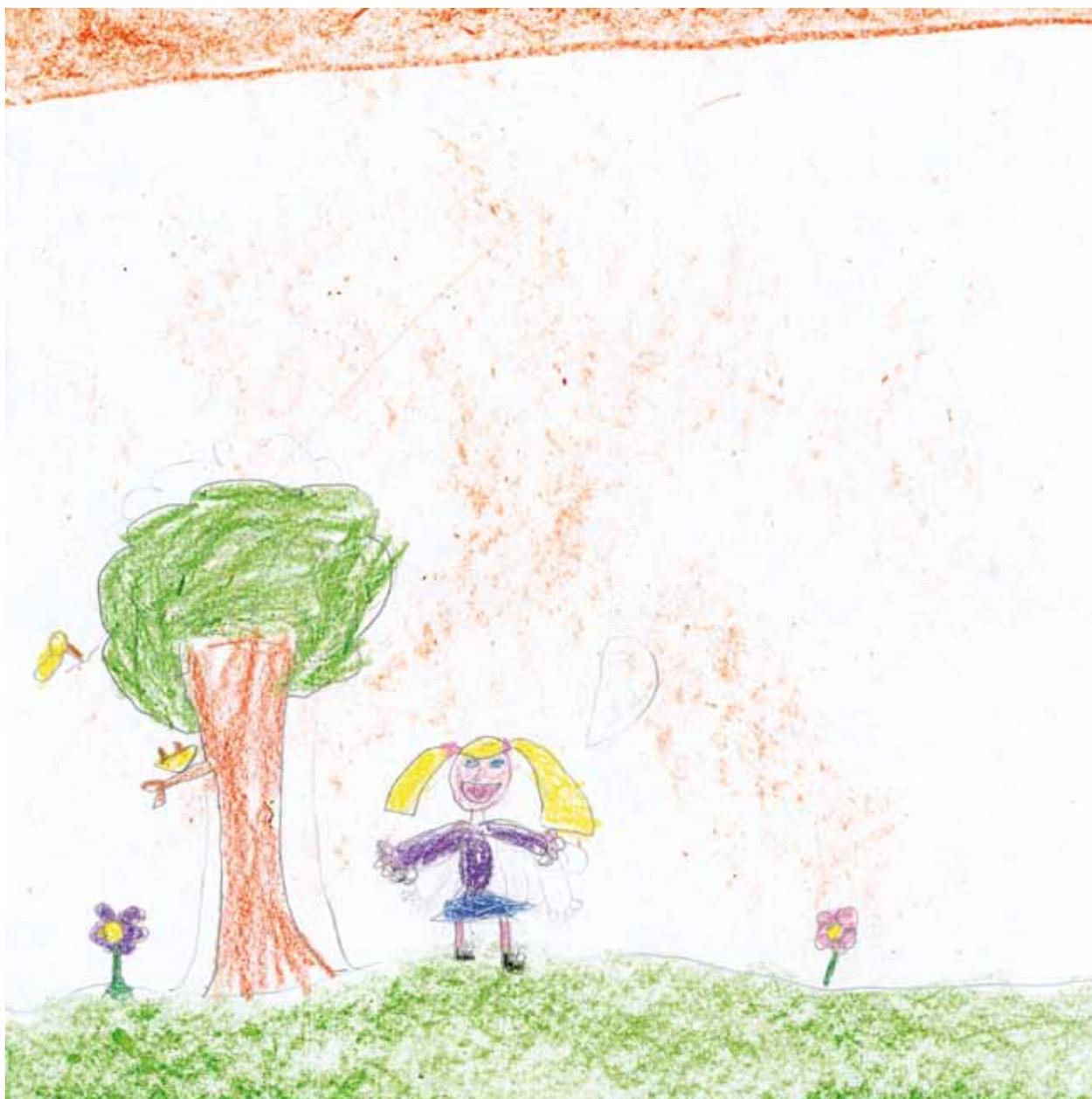


Efectos de los programas de visitas domiciliarias en el maltrato infantil, salud infantil, parentalidad y depresión [Howards 2009].

Programa	Abuso o negligencia corroborada	Abuso o negligencia notificada	Salud y seguridad del niño	Ambiente en casa	Responsabilidad y sensibilidad de los padres	Severidad (harshness) de los padres	Depresión y estrés de los padres	Desarrollo cognitivo de los niños
<i>NFP-Elmira</i>	Sí		Sí	No	No	Sí	Sí	Mixto
<i>NFP-Memphis</i>			Sí	No	Mixto		No	Mixto
<i>NFP-Denver</i>				Sí	Sí		No	Mixto
<i>Early Start</i>	No	Sí	Sí		Sí	Sí	No	
<i>Queensland Program</i>			No	Sí	Sí		Mixto	
<i>Netherlands Program</i>					Sí		No	

“Mixto” indica que los hallazgos han sido aislados para lugares o subgrupos específicos. Las celdas en blanco hacen referencia a que no han sido estudiados los efectos en el programa.





ANEXO IV: Descripción del programa parentalidad positiva Triple P (Positive Parenting Programme)

El programa de parentalidad positiva fue desarrollado en Australia con el objetivo de promocionar aspectos positivos en la crianza reduciendo determinadas conductas y los problemas emocionales en el niño. La idea

es proporcionar distintos tipos de información y asesoramiento según las necesidades de cada familia.

Se caracteriza por estrategias de prevención en 5 niveles:

Nivel	Población	Método de intervención	Profesionales
1	Población general	Mensajes de crianza positiva	Promoción de la salud
2	Padres preocupados por el desarrollo de sus hijos	Intervenciones breves a través del contacto con los servicios sanitarios	Personal relacionado con el programa del niño sano
3	Padres preocupados por problemas del comportamiento de sus hijos	Intervenciones cortas	Médicos de atención primaria
4	Padres con hijos con problemas de comportamiento más severos.	Programa de entrenamiento intensivo para padres	Grupo de profesionales
5	Familias con hijos con problemas del comportamiento y problemas de disfunción familiar	Intervención familiar intensiva	Grupo de profesionales de bienestar infantil y salud mental

El estudio de *Sanders et al.*, describe los resultados a lo largo de 3 años de 3 variantes del programa Triple P en tres áreas de Brisbane (Australia) de bajos ingresos, alto porcentaje de familias con niños, de delincuencia juvenil y de desempleo.

- Objetivo: comparar las tres variantes del programa triple P.
- Población de la intervención: 305 familias con al menos un hijo de 36 a 48 meses.
- Intervención: tres variantes del programa Triple P (*Self-directed behavioural family intervention, Standard behavioural family intervention y Enhanced behavioural family intervention*).
- Profesionales: depende del nivel.
- Resultados: Los niveles de comportamiento negativo y criterios de diagnóstico psiquiátrico en los niños se midieron en el momento inicial, al año y a los 3 años de seguimiento del estudio. En las tres intervenciones los niveles de comportamiento negativo fueron más bajos con significación estadística al año y a los 3 años de seguimiento. Los criterios de diagnóstico psiquiátrico en los niños fueron también más bajos tras el seguimiento. Además los porcentajes de niños con uno ó más criterios diagnósticos según la variante del programa varió del 23,4 al 32% a los 3 años de seguimiento. Se observó el

porcentaje de niños sin diagnóstico psiquiátrico en la preintervención, al año y a los 3 años de seguimiento y aparece una de las intervenciones con un mayor porcentaje de niños sin diagnóstico (88,9% frente al 76,8% y el 75,9% de las otras intervenciones) respecto a los otros grupos aunque no hubo diferencias estadísticamente significativas.

El estudio de *Prinz et al.*, presenta el programa Triple P en 18 condados de EEUU.

- Objetivo: observar el impacto del programa en las áreas geográficas de intervención y control sobre el maltrato en términos de maltrato infantil notificado, desplazamiento a centros de acogida y lesiones a los niños.
- Población de la intervención: familias con niños menores de 8 años de las áreas geográficas aleatorizadas
- Intervención: programa triple P.
- Profesionales: depende del nivel.
- Resultados: se compararon los resultados frente a

la preintervención y posintervención en las áreas geográficas de intervención y control, hubo efectos positivos en el área de intervención respecto a un menor número de desplazamientos a centros de acogida y lesiones a niños, con diferencias significativas. Sin embargo respecto a los casos notificados en las áreas de intervención aparece un aumento del 10.86 en la preintervención a 11.74 en la postintervención con significación estadística. Se plantea que podría ser causado por el sesgo de vigilancia.

Además en la estrategia del CDC aparecen otras intervenciones prometedoras como los programas educacionales a padres Nurturing Parenting Program en Colorado que han mejorado significativamente las actitudes parentales. Otra iniciativa de la Fundación CDC y Doris Duke Foundation investiga cómo se podrían utilizar las nuevas tecnologías para mejorar los programas de parentalidad.



ANEXO V: Descripción del programa de familias en mantenimiento de metadona.

El estudio de Dawe et al., es un ensayo clínico aleatorizado con padres en mantenimiento de metadona.

- Objetivo: conocer el impacto de PUP comparado con otras intervenciones.
- Población: 64 padres cuidadores principales del menor de entre 2 a 8 años en el programa de mantenimiento de metadona. Se les segmentó en tres grupos unos que recibían en el programa (*Parents Under Pressure, PUP*), otros en uno de los grupos control que recibían una intervención breve y otro grupo control con el tratamiento estándar realizado en Australia.
- Intervención: La intervención PUP basada en el modelo ecológico se centraba en el desarrollo de múltiples factores de funcionamiento de la familia incluido el psicológico de las personas en la familia, las relaciones entre padres e hijos, y los factores sociales de su contexto. La intervención consistía en 10 módulos semanales con una duración de 1 a 2 horas cada uno en el domicilio de la familia. Además también podía llevarse a cabo otras intervenciones según las necesidades de la familia.
- Resultados: Los resultados fueron estrés parental,

posibilidad de potencial maltrato infantil, uso de sustancias (drogas y alcohol) por los padres y comportamiento del niño fueron medidos previamente a la intervención, a los 3 meses de seguimiento y a los 6 meses.

- En el grupo de intervención PUP a los 3 y 6 meses de seguimiento, las familias PUP mostraron reducciones significativas en los problemas a través de múltiples dominios del funcionamiento familiar, incluyendo una reducción en el potencial de abuso infantil y en el estrés parental, actitudes rígidas de crianza, y los problemas de comportamiento infantil.
- En las familias del grupo intervención breve se mostró una reducción modesta en el potencial maltrato a menores pero no hubo ningún otro cambio en la función de la familia.
- En las familias del grupo estándar no hubo mejoras en los resultados y se encontró un empeoramiento significativo en algunas áreas.
- En ninguno de los grupos ni intervención ni control se observaron cambios en el área de uso de sustancias.





ANEXO VI: Descripción del modelo SEEK (Safe Enviroment for Every Kid) (Flaherty 2010, Duvowitz 2008)

- Objetivo: evaluar la eficacia del modelo sobre la reducción del maltrato infantil.
- Población: familias con hijos entre 0 y 5 años que acudieran a la consulta.
- Intervención: El manejo de los problemas implicaba frecuentemente una orientación y ayuda en la clínica y derivación a los servicios comunitarios. El modelo constó de varias fases:
 - Entrenamiento de los residentes
 - Recursos para padres y médicos
 - El cuestionario Parent Screening Questionnaire PSQ. Era cumplimentado por los padres y el residente lo evaluaba para identificar los problemas.
 - El trabajador social
- Resultados: La frecuencia de familias con al menos una notificación a los servicios sociales fue del 13,3% (intervención) versus el 19,2%(control) con una OR de 1,5.

Respecto a la revisión de las historias médicas el incumplimiento a las recomendaciones médicas, el retraso de la inmunización fue menor en el grupo de intervención. Respecto al efecto sobre la disciplina no violenta, la agresión psicológica, el ataque físico menor y el ataque físico severo, se encontraron un menor porcentaje en el grupo de intervención aunque solo el ataque físico severo tuvo significación estadística.





ANEXO VII: Indicadores físicos del niño y comportamentales del niño y del agresor / acompañante.

MALTRATO FÍSICO:		
En el niño		En el cuidador
Físicos	Comportamentales	Conducta
<ul style="list-style-type: none"> Magulladuras y hematomas: en rostro, labios o boca; en diferentes fases de cicatrización; en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos; con formas anormales agrupados o como señal o marca del objeto con el que ha sido ocasionado; en varias áreas diferentes indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones. Quemaduras: de puros o cigarrillos; quemaduras que cubren toda la superficie de las manos [guante] o de los pies [calcetín] o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en un líquido caliente: quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas; quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida: parrilla, plancha, etc. Fracturas: en el cráneo, nariz o mandíbula: fracturas en espiral en los huesos largos (brazos o piernas); en diversas fases de cicatrización; fracturas múltiples; cualquier fractura en un niño menor de dos años. Heridas o raspaduras: en la boca, los labios, encías y ojos; en los genitales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso. Lesiones abdominales: hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos constantes. Mordedura humana: huella del adulto separación mayor de 3 cms. entre caninos. Intoxicaciones: por ingestión de sustancias químicas (medicamentos). 	<ul style="list-style-type: none"> Cautelosos respecto al contacto físico con adultos. Se muestra cuando otros niños lloran. Muestra conductas extremas: agresividad, o rechazos extremos. Parece tener miedo de sus padres, de ir a casa, o llora cuando terminan las clases y tiene que irse a la escuela o guardería. Dice que su padre/madre le han causado lesión. Va excesivamente vestido y se niega a desnudarse ante otros. Es retraído y no participa en actividades y juegos comunes. Ingresos múltiples en distintos hospitales. Hermanos con enfermedades raras, inexplicables o "nunca vistas". 	<ul style="list-style-type: none"> Fue objeto de maltrato en su infancia. Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, falta cometida o condición del niño. No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño o estas son ilógicas, no convincentes o contradictorias. Parece no preocuparse por el niño. Percibe al niño de manera significativamente negativa, por ejemplo le ve como malo, perverso, un monstruo, etc. Psicótico o psicópata. Abuso de alcohol u otras drogas. Intenta ocultar la lesión o proteger la identidad de la persona responsable de ésta.

MALTRATO FÍSICO:		
En el niño		En el cuidador
Físicos	Comportamentales	Conducta
<ul style="list-style-type: none"> Munchausen por poderes: síntomas recurrentes, inventados, inexplicables, desaparecen al separar al niño de su familia y reaparecen al contactar de nuevo, discordancia entre la historia y la clínica y analítica. 		<p>Madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> Visitan al niño con gran frecuencia. Manifiestan veneración y sobreprotección hacia su hijo. Con estudios de medicina, enfermería, aux. de clínica ... Amables, atentas ... Colaboradoras con los médicos para encontrar el falso diagnóstico. <p>Familia: Conflictos de pareja violentos, tendencia la droga y automedicación.</p> <p>Padres: antecedentes de autolisis.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Retrasos en la búsqueda de asistencia sanitaria. Niños generalmente lactantes o menores de 3 meses. Historia inaceptable, discordante o contradictoria. Hematomas en distintas fases evolutivas. Otras lesiones asociadas. Asistencia rotando por distintos centros sanitarios. Signos de higiene deficiente, malnutrición, localización de lesiones en zonas no prominentes. Déficit psicomotor, trastornos del comportamiento. Retraso estaturponderal. 		
Tomado y adaptado de Díaz Huertas JA (2006)		

NEGLIGENCIA/ABANDONO		
En el niño		En el cuidador
Físicos	Comportamentales	Conducta
<ul style="list-style-type: none"> Falta de higiene. Retraso del crecimiento. Infecciones leves, recurrentes o persistentes. Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta de seguimiento médico. Hematomas inexplicados. Accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas. Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica. Ropa inadecuada para las condiciones climáticas. Alimentación y/o hábitos horarios inadecuados. Retraso en las áreas madurativas. Problemas de aprendizaje escolar.. 	<ul style="list-style-type: none"> Comportamientos autogratiﬁcantes. Somnolencia, apatía, depresión. Hiperactividad, agresividad. Tendencia a la fantasía. Absentismo escolar. Se suele quedar dormido en clase. Llega muy temprano a la escuela y se va muy tarde. Dice que no hay quien lo cuide. Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto. Comportamientos antisociales (ej.: vandalismo, prostitución, toxicomanías). 	<ul style="list-style-type: none"> Vida en el hogar caótica. Muestra evidencias de apatía o inutilidad. Mentalmente enfermo o tiene bajo nivel intelectual. Tiene una enfermedad crónica. Fue objeto de negligencia en su infancia.
Tomado y adaptado de Díaz Huertas JA (2006)		

MALTRATO EMOCIONAL		
En el niño		En el cuidador
Físicos	Comportamentales	Conducta
<ul style="list-style-type: none"> • 0-2 años: Talla corta, retraso no orgánico del crecimiento, enfermedades de origen psicossomático, retraso en todas o en algunas áreas madurativas. • 2-6 años: Talla corta, enfermedades de origen psicossomático, retraso del lenguaje, disminución de la capacidad de atención, inmadurez socioemocional. • 6-16 años: Talla corta, enfermedades de origen psicossomático. 	<ul style="list-style-type: none"> • 0-2 años: excesiva ansiedad o rechazo en relaciones psicoafectivas (trastornos del vínculo primario); asustadizos, tímidos, pasivos, comportamientos negativistas o agresivos, ausencia de respuestas a estímulos sociales. • 2-6 años: retraso del lenguaje, disminución de la capacidad de atención, inmadurez socioemocional, hiperactividad, agresividad, escasa discriminación y pasividad en las relaciones sociales. • 6-16 años: problemas de aprendizaje y lectoescritura, ausencia de autoestima, escasa capacidad y habilidad ante situaciones conflictivas, inmadurez socioemocional, relaciones sociales escasas y/o conflictivas, conductas compulsivas y/o de autolesión, problemas graves de control de esfínteres. 	<ul style="list-style-type: none"> • Culpa o desprecia al niño. • Es frío o rechazante. • Niega amor. • Trata de manera desigual a los hermanos. • Parece no preocupado por los problemas del niño. • Exige al niño por encima de sus capacidades físicas, intelectuales, psíquicas. • Tolerancia absoluta a todos los comportamientos del niño sin ponerle límite alguno.

Tomado y adaptado de Díaz Huertas JA (2006)



MALTRATO-ABUSO SEXUAL

En el niño		En el cuidador
Físicos	Comportamentales	Conducta
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para andar y sentarse. • Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada. • Se queja de dolor o picor en la zona genital. • Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal. • Tiene una enfermedad de transmisión sexual. • Tienen el cérvix o vulva hinchados o rojos. • Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano. • Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia) • Infecciones urinarias de repetición. 	<p>Conductuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dice que ha sido atacado sexualmente por un padre/cuidador • Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados inusuales <p>Psicosomáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del sueño y alimentación. • Diversos: algias abdominales, cefaleas, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, etc., que originan intenso consumo médico sin aclarar las causas. <p>Psíquicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Depresiones crónicas, intentos de autolisis, automutilaciones. • Desvalorización corporal: obesidad, anorexia. • Problemas de conducta: fugas, fracasos escolares y profesionales. • Promiscuidad sexual, transvestismo, evolución hacia la homosexualidad, prostitución masculina o femenina. • Criminalidad (bajo forma de abusos sexuales muchas veces). Violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Extremadamente protector o celoso del niño. • Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador. • Sufrió abuso sexual en su infancia. • Experimenta dificultades en su matrimonio. • Abuso de drogas o alcohol. • Está frecuentemente ausente del hogar.

Tomado y adaptado de Díaz Huertas JA (2006)



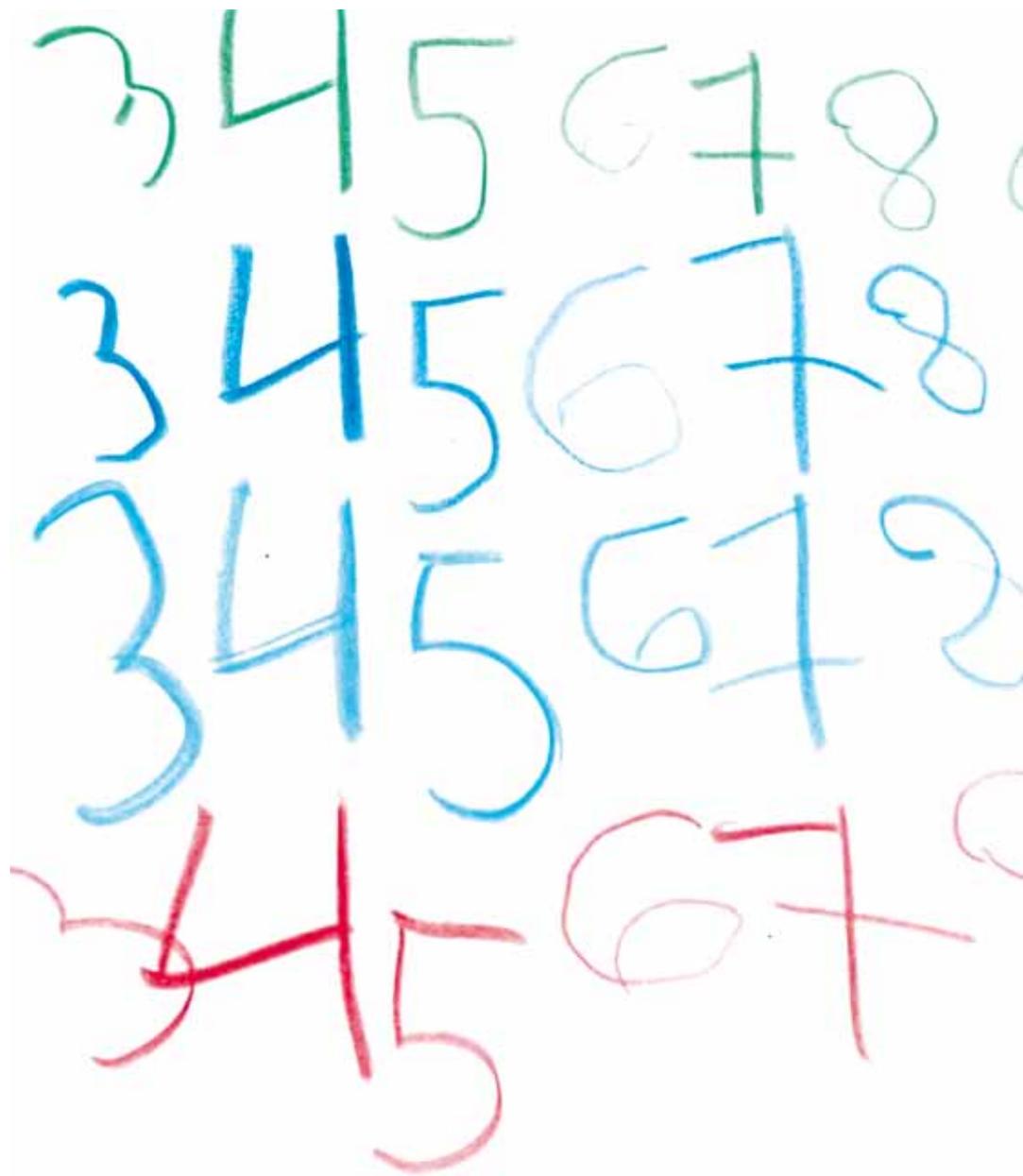
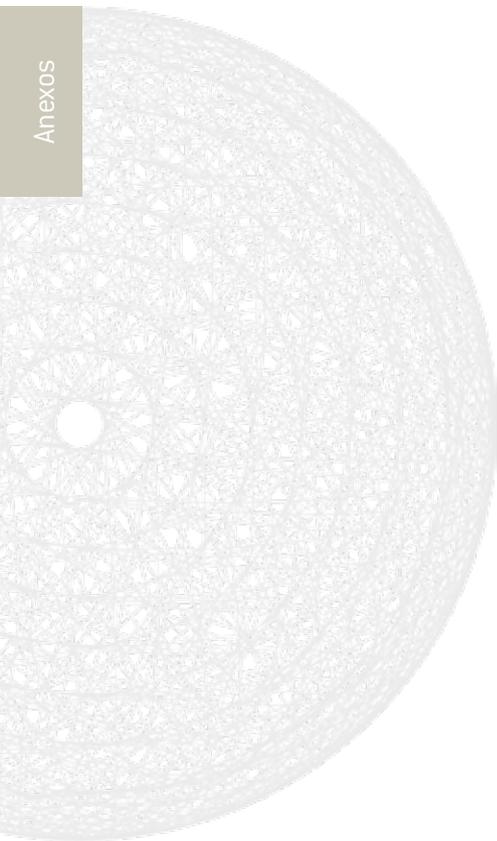
ANEXO VIII: Indicadores según profesiones / ámbitos de atención sanitaria a la infancia.

ÁMBITO PROFESIONAL	Indicadores
TOCOLOGÍA MATRONA (RIESGO)	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo abocado al inicio a interrupción voluntaria. • Planteamientos de ceder al niño para la adopción. • 1ª visita médica > 20 semana de gestación. • Menos de 5 consultas médicas durante el embarazo. • Parejas jóvenes con características de inmadurez. • Pobre autoestima, aislamiento social o depresión. • Crisis familiares múltiples. • Hijo no deseado o poca relación con los padres. • Enfermedad mental en los padres, toxicomanía
NEONATOLOGÍA MATRONA (RIESGO)	<ul style="list-style-type: none"> • Madre no está alegre con el niño. • Decepción por el sexo. • Llantos del niño no controlados por la madre. • Expectativas de la madre muy por encima de las posibilidades del niño. • Madre que ignora las demandas del niño por ser alimentado. • Madre que siente repulsión hacia las deposiciones. • Falta de ilusión al ponerle nombre. • Reacción negativa del padre hacia el niño.
CONSULTA (ATENCIÓN PRIMARIA, ENFERMERÍA)	<ul style="list-style-type: none"> • Incomparencia a consultas ambulatorias. • Insistencia en ingresos hospitalarios. • Inadecuación de las dietas no justificables. • Inadecuación del vestuario a la climatología. • No seguimiento del calendario vacunal, tratamientos. • Retrasos inexplicables de crecimiento/ maduración. • Engaños familiares en temas de salud, sociales, ... • Repetición de accidentes. • Propios relatos del niño. • Actitud temerosa hacia sus padres.

ÁMBITO PROFESIONAL	Indicadores
HOSPITAL	<ul style="list-style-type: none"> • Familias que abandona al niño sin justificación, mayor preocupación por la televisión, relaciones sociales,... que por cuidar al niño. • Padres que realizan visitas de escasa duración. • Falta de comparecencia a hablar con los médicos. • No aportar datos escritos de otros ingresos. • Forma de corrección agresiva negligente en público. • Comentarios del niño de actuaciones de los padres. • Adaptación del niño al hospital demasiado fácil o precoz. • Expresar deseos de no regresar a su domicilio.
URGENCIAS	<ul style="list-style-type: none"> • Retraso en acudir al centro sanitario. • Prisas en atención médica por accidentes mínimos. • Lesiones incoherentes con el mecanismo explicado. • Empeoramiento de enfermedades crónicas sin tratar. • Accidentabilidad por negligencias familiares. • Dificultad para sacar la ropa interior del niño. • Acudir a distintos centros hospitalarios. • Manifestaciones conductuales inexplicables. • Actitudes de autoestimulación o autoagresivas. • Dificultad de sociabilización en presencia de la familia.
SALUD MENTAL	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del desarrollo: aprendizaje, habla, emocional, retraso mental, fracaso escolar,... • Psicosomáticos y funcionales: cefaleas, enuresis, encopresis, trastornos del sueño, anorexia, bulimia,... • Conductuales: masturbación compulsiva, juegos sexuales inapropiados para su edad, aislamiento, retraimiento, agresividad, fugas del hogar, conducta antisocial, hiperactividad,... • Psiquiátricos: automutilación, autolisis, psicosis. • Neuróticos: estructuras obsesivas, fobias, depresión, ansiedad, regresión,...

Tomado y adaptado de Díaz Huertas JA (2006)





Qué es RED SABIA

<http://www.redsabia.org/>

El proyecto RED SABIA surge de una iniciativa de la Secretaría General de Salud Pública (Consejería de Salud. Junta de Andalucía) para impulsar el buen trato a la infancia y la atención integral y de calidad al maltrato infantil desde el ámbito sanitario.

RED SABIA somos un grupo abierto de profesionales sanitarios que trabajamos en red para mejorar la salud y la atención al buen trato a la infancia y la adolescencia. Pese a los avances sociales y sanitarios en muchos campos, la infancia sigue

viviendo en contextos en los que se vulneran sus derechos, en situaciones de riesgo y en muchos casos como víctimas de actos de violencia que no son debidamente identificados y/o atendidos.

Cualquier profesional interesado en la promoción de la parentalidad positiva y del buen trato a la infancia puede encontrar en la Red Sabia una oportunidad de aportar y recibir, de pedir colaboración y ofertar la suya, en definitiva, de compartir sus preocupaciones y puntos de vista sobre la infancia.