

J.L. Pedreira Massa¹, L. Martín Alvarez²

¹Paidopsiquiatra. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Universidad Autónoma de Madrid. IMSALUD-Madrid. ²Pediatra. Centro Salud. IMSALUD-Madrid. Ex-Presidente de Federación Española de Asociaciones Prevención del Maltrato en la Infancia. International Society Prevention Child Abuse and Neglect.

INTRODUCCIÓN

El **maltrato en la infancia (MTI)** abarca desde el niño apaleado (“battered child”) hasta las violencias psicológicas y el abuso sexual, junto con la negligencia en la atención a las necesidades para un crecimiento y desarrollo adecuados.

En los últimos tiempos este concepto se ha visto complementado por el de victimología infantil, que incluye al niño que es espectador de la violencia familiar, el caso de la violencia y acoso entre pares, denominado como “bullying”.

En nuestra sociedad persisten dichos populares que hablan de la violencia como forma de relación entre la infancia y la vida adulta (“La letra con sangre entra”, “quien bien te quiere te hará llorar”). Sin embargo el cambio de actitud social ante el maltrato se ha traducido en una modificación del ordenamiento jurídico, en la aceptación social de que no existen razones educativas ni de otro tipo que justifiquen la violencia hacia la infancia y en la comprensión de las consecuencias negativas que sobre el niño tiene el maltrato, tanto desde la perspectiva clínica (Tabla I) como de costes socio-sanitarios (Tabla II).

El MTI no es un hecho exclusivo de la sociedad contemporánea, pero no ha sido hasta los años sesenta en que fue reconocido en la literatura médica como un problema de salud infantil. Es conocido que puede ocurrir en todos los grupos sociales y culturales, aunque la tipología de presentación y su detección (maltrato físico, emocional, abuso sexual) difiere en cada uno de estos grupos sociales, lo que determina que la visibilidad de una u otra tipología de MTI sea mayor en familias en situación de precariedad socio-económica y catalogadas, desde diferentes perspectivas, como “familias de riesgo”.

Aunque la **prevalencia e incidencia** conocida del MTI se modifica según el concepto, la tipología y el lugar de la detección, la magnitud de este problema indica que una situación a la que debe hacerse frente desde los servicios de atención sanitaria a la Infancia en cualquiera de los niveles asistenciales: Se conoce que 1 por cada 1.000 niños (0-15 años) sufren cada año maltrato físico o abandono severo (datos del Reino Unido y EE.UU.A.) . Según los datos de los servicios de protección de la Infancia y de encuestas a profesionales, la prevalencia en España es similar a la de los países de nuestro entorno socio-cultural, siendo la negligencia y el abandono los subtipos de MTI más frecuentes (Tabla III).

CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LOS MALOS TRATOS EN LA INFANCIA

En el concepto de MTI se incluyen los siguientes aspectos:

1. **Contexto maltratante:** Familiar o extrafamiliar (que incluye el maltrato institucional).
2. **Forma de agresión:** Activa o pasiva.
3. **Tipo de lesiones:** Físicas o emocionales, incluyendo los abusos sexuales.

En la mayoría de las definiciones, con rigor conceptual y operativo, se hace referencia a la **interacción**, expresada en términos de **agresión y/o desatención**, entre **necesidades** de la Infancia y el **contexto de desarrollo** del niño. La importancia de esta aproximación conceptual viene dada por las implicaciones tanto asistenciales como preventivas que se derivan de él.

De acuerdo con las diferentes definiciones más utilizadas (Centro Internacional de la Infancia, Kempe, Sociedad Catalana de Pediatría):

Ocurre maltrato en la infancia cuando el niño es objeto de acciones u omisiones por adultos cercanos (familia, entorno social) o instituciones, que afectan a su desarrollo físico, psíquico, afectivo y/o social, con o sin lesiones evidentes, pero percibidas por el adulto que las inflige como dañinas o perjudiciales para el niño.

En las situaciones de MTI, una de las formas suele ser predominante en la detección por lo que, con fines diagnósticos y de intervención, la siguiente clasificación y definición de tipologías es especialmente útil:

1. **Maltrato físico:** Cualquier acción no accidental que provoque daño físico y/o enfermedad en el niño.
2. **Maltrato psicológico:** Hostilidad verbal “crónica” (insulto, burla, desprecio, crítica, amenaza de abandono) y bloqueo persistente de las iniciativas de interacción infantiles (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento).
3. **Negligencia física:** Desatención habitual de las necesidades físicas (alimentación, vestido, higiene, cuidados médico-sanitarios) y de la protección y vigilancia de situaciones peligrosas (exposición reiterada situaciones de accidentalidad).
4. **Negligencia psicológica:** Falta persistente de respuesta a las señales infantiles (sonrisa, llanto) y falta de iniciativa en la

TABLA I. Consecuencias del maltrato en la salud.

Fatales

Homicidios
Suicidio
Infanticidio
HIV-SIDA
Aborto selectivo
Mortalidad por problemas en la reproducción

Físicas

Hematomas y abrasiones
Fracturas
Traumatismos de cara y cuello
Traumatismos craneoencefálicos
Quemaduras
Traumatismos torácicos y abdominales
Síndrome de Munchausen

Sexuales

Embarazo no deseado
Enfermedades de transmisión sexual
HIV
Morbilidad debido a problemas reproductivos

Emocionales y comportamentales

Baja autoestima
Hiperactividad
Traumatismos autoinflingidos
Relaciones entre iguales deficitarias
Trastornos somatoformes
Bajo rendimiento escolar
Trastornos de la conducta alimentaria
Depresión, ansiedad
Toxicodependencias

A largo plazo

Trastornos en el desarrollo
Discapacidades
Trastornos de la conducta alimentaria
Trastornos del sueño
Toxicodependencias
Depresión, ansiedad
Delincuencia y conductas violentas
Conductas autodestructivas
Conductas de riesgo
Mayor probabilidad de parentalidad maltratante
Trastornos en la reproducción
Disfunciones sexuales
Infertilidad

O.M.S. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, WHO Social Change and Mental Health. Violence and Injury Prevention, Ginebra, 1999

interacción-contacto con el niño por parte de figuras estables, imprescindible en los primeros años de vida.

5. **Abuso sexual:** Actividades sexuales de cualquier tipo (sodomía, exposición visual, sexo oral, toqueteos, conversaciones,

insinuaciones, comercio sexual) con un niño menor de 18 años, por parte de un adulto (familiar o no) que representa una “figura de autoridad” para el niño, incluyendo la excitación y/o satisfacción sexual de esa figura adulta.

UN CONCEPTO EMERGENTE: VICTIMOLOGÍA INFANTIL

El estudio y profundización acerca del maltrato en la infancia ha perfilado algunos aspectos novedosos de gran interés. Por un lado la concurrencia en muchos casos de situaciones de violencia de pareja en los que el niño puede llegar a ser víctima, sea de los propios malos tratos o sea como observador permanente de ese tipo de relación agresiva. Otro aspecto a considerar es el niño víctima de sus propios compañeros, acosado y desorientado ante esta situación que se perpetúa ante la observación silenciosa, cuando no cómplice, de sus semejantes. Por fin una tercera forma emergente consiste en los niños que agreden a sus propias figuras parentales y otras personas mayores de referencia. Son tres situaciones emergentes que precisan ser identificadas, seguidas y que precisan nuestra intervención.

Al hilo de estas tres situaciones aparece un nuevo concepto: **victimología evolutiva**, acuñamiento académico que pretende incluir una disciplina dedicada al seguimiento evolutivo de aquellos niños que sufrieron algún tipo de violencia y estudiar su devenir en cuanto a su proceso de posible revictimización o de secuelas relacionales y sociales. La victimología evolutiva, según Filkenhor, abarca dos campos: aspectos evolutivos del riesgo que hace referencia al tipo de victimizaciones que sufren los niños según su edad y grado de desarrollo, el segundo campo se ocupa del aspecto evolutivo del impacto de la victimización, dado que los niños responden ante este hecho según su vulnerabilidad y las capacidades específicas del estadio de desarrollo en que se encuentran. En términos más coloquiales, este concepto pretende dar respuesta a la siguiente pregunta: ¿Un niño que ha sido abusado es “carne de cañón” para continuar siendo víctima y “atraer” otro tipo de abusos en otros contextos? (caso paradigmático: relaciones entre los fenómenos “bullying” y “mobbing” que han sido descritos en la actualidad).

ETIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

La etiología del maltrato en la infancia es compleja, dado el carácter psico-social del problema. Las investigaciones realizadas para identificar los factores de riesgo (también llamados “indicadores inespecíficos”) han evidenciado la naturaleza multicausal del problema, estando presentes un número importante de estos factores en toda situación de maltrato.

El conocimiento de los factores de riesgo tienen valor tanto, para la detección y plan de intervención sobre el problema, como para su prevención. Se pueden dividir: en **factores sociales** (extra e intra familiares), **factores psicológicos** (de la personalidad, psicopatológicos, dificultades de empatía con la infancia, modelos de aprendizaje/repetición relacional), **factores de**

TABLA II. Costes* del maltrato en la infancia.

	Sexual	Físico	Emocional-Abandono	Total
Gastos médicos	140.000.000	430.000.000	5.000.000	570.000.000
Salud mental	1.570.000.000	1.390.000.000	2.140.000.000	5.110.000.000
Fracaso escolar	540.000.000	2.880.000.000	250.000.000	3.670.000.000
Programas públicos	300.000.000	1.000.000.000	1.750.000.000	3.050.000.000
Daños a la propiedad		10.000.000		10.000.000
Total	2.540.000.000	5.720.000.000	4.150.000.000	12.410.000.000
Casos	223.000	411.000	1.505.700	2.140.122

(Instituto de Servicios Públicos, 1998, EE.UU.). O.M.S. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, WHO Social Change and Mental Health. Violence and Injury Prevention, Ginebra, 1999

* En miles de dólares

TABLA III. Datos comparativos de la frecuencia de los distintos tipos de malos tratos a los que se ven sometidos los niños y niñas españoles objeto de malos tratos.

Maltrato en la infancia	Cataluña (1991)	Andalucía (1995)	Expedientes España (1995)	Guipúzcoa (1995)
Negligencia	78,5%	72,2%	79,1%	49,4%
Maltrato emocional	43,6%	45,5%	42,5%	17,4%
Maltrato físico	27%	22%	30,1%	8,1%
Explotación laboral	9,3%	9,4%	4,2%	0,5%
Mendicidad	–	14,3%	9,3%	1,2%
Corrupción	–	16%	4,2%	1,5%
Abuso sexual	2,8%	3,6%	4,2%	1,8%
Maltrato prenatal	3,1%	–	5,0%	
Tasa de incidencia (tantos por mil)	5	15	0,44	15

Fuente: Saldaña D, Jiménez J, Oliva A. El maltrato infantil en España. Infancia y Aprendizaje 1995; 71: 59-68.

vulnerabilidad del niño (de la infancia en general y de determinados niños como prematuridad y bajo peso, minusvalías físicas y psíquicas, dificultades del aprendizaje con o sin déficits atencionales).

Los **factores de riesgo** que por **repetición, persistencia** en el tiempo y **sumación** de varios de ellos, tienen mayor valor predictivo, para la detección precoz de las formas severas de maltrato físico y negligencia, así como para evaluar la posibilidad de su repetición y su prevención, son (Browne & cols., 1988):

- Padres muy jóvenes, sobre todo adolescentes.
- Embarazos no planificados (separados entre sí por períodos inferiores a 18 meses).
- Dificultades serias para el establecimiento del vínculo madre-hijo (separación madre-hijo en el período neonatal precoz, por enfermedad u otras circunstancias).
- Prematuridad y bajo peso al nacimiento (tiene un efecto sumador de riesgos: separación precoz con dificultad de establecer un adecuado vínculo madre-hijo y el fracaso de

las expectativas con sentimientos de fallo narcisista en las figuras parentales).

- Minusvalías físicas y/o psíquicas en los niños.
- Rupturas familiares y familias monoparentales aisladas social y/o afectivamente.
- Familias con problemas sociales y/o económicos (pobreza, marginación, aislamiento social y/o carencia de red de apoyo social).
- Familia con historia manifiesta de violencia familiar entre los adultos y/o adultos-niños (p.e. maltrato en la infancia de padre y/o madre).
- Familias en riesgo psico-social persistente (enfermedad mental de una o las dos figuras parentales, alcoholismo u otras toxicomanías, afecciones crónicas en alguno de sus miembros, convivientes sin relación familiar directa).
- Padres con actitud excesivamente intolerante, indiferente o ansiosa en la crianza de los hijos.

Estos factores de riesgo pueden tener un carácter predisponente, desencadenante, o incluso protector (“buffer” o tampón) cuando se utilizan como recurso familiar más que como descripción de carencias o dificultades: En un trabajo de metaanálisis acerca de los factores de riesgo en los casos de malos tratos, se demuestra que el impacto predictivo de cada factor de riesgo, aisladamente, es escaso. No obstante si se van asociando varios de los factores conocidos, la probabilidad de presentar cualquier tipo de MTI puede llegar a quintuplicarse (Fig. 1). Sin embargo, queda demostrado que los adultos que habrían sufrido malos tratos en su infancia no eran obligadamente adultos maltratantes. La detección precoz y atención adecuada del niño y su familia que sufre maltrato evita la repetición transgeneracional del MTI.

La repercusión de estos factores de riesgo se encuadra en una determinada dinámica relacional: Las figuras parentales precisan de organizaciones mentales complejas para la superación de los conflictos que van surgiendo en la relación con sus hijos. En determinadas circunstancias, “situaciones de riesgo”,

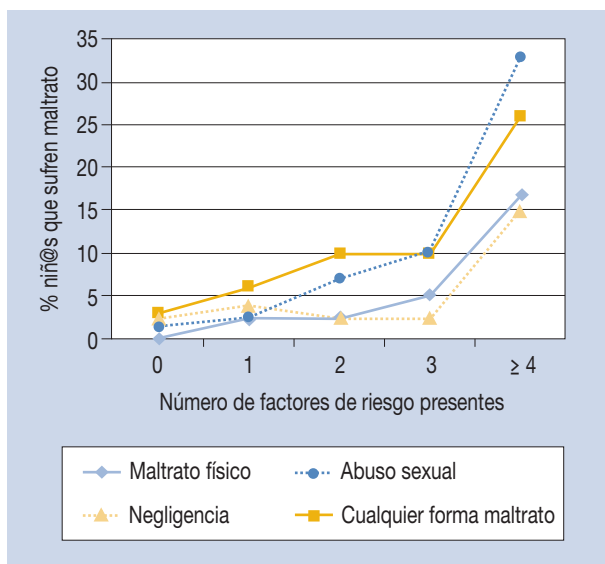


FIGURA 1. Porcentaje de niños maltratados según el número de factores de riesgo presentes.

este proceso mental se encuentra dificultado, por lo que la “actuación” pasa a ser la forma prioritaria de comunicación con la infancia; estos pasos al acto son una descarga de la tensión emocional hacia el exterior, lo que dificulta la comprensión y elaboración mental de cada situación conflictiva que se presenta, de tal suerte que, en esta situación, actos cotidianos del niño (llorar, defecar, orinar, demandas, caprichos, incidentes) pueden ser interpretados por las figuras parentales como una potencial o real agresión, por lo que su tolerancia hacia esos actos disminuye y son connotados como amenazas frente a las que es preciso responder de forma activa, es decir, “actuada”.

Así mismo los factores de riesgo se pueden inscribir en un funcionamiento familiar en el que prima el “aislamiento” social, con una dialéctica aislarse-ser aislados (p.e. alcoholismo, migraciones, marginación de cualquier tipo, pobreza) y que dificulta las interacciones sociales y los procesos de mentalización, perpetuándose los esquemas relacionales precedentes. Al aislamiento se puede unir el “encerramiento” relacional (p.e. vivienda en condiciones de hacinamiento, escasa superficie, roces frecuentes), por lo que revierten en el núcleo familiar las dificultades relacionales y de verbalización. Esto unido a la dificultad de canalización externa de la agresividad, hace que dicha agresión explote dentro de este encerramiento, siendo los integrantes familiares los que se van a ver sometidos a permanentes pasos al acto.

Esta importancia de los factores sociales como determinantes del MTI se ha sido confirmada por estudios recientes y, en particular, la privación social (incluyendo la estabilidad económica, la situación de la vivienda y la existencia de ayudas sociales), junto con la situación laboral de las figuras parentales y la estabilidad y riqueza de la red social. En este mismo sentido, el estudio de los factores del niño evidencian que las actitudes

parentales son más significativas que las características de los problemas en el niño.

DIAGNÓSTICO DE MALTRATO

El **maltrato en la infancia (MTI)**, en sus diferentes subtipos o forma de presentación, se puede sospechar por: La **historia clínica** (motivo de consulta, forma de presentación de la demanda y datos socio-familiares) y la **exploración clínica y pruebas complementarias**.

1. Forma de presentación de la demanda en la consulta:
 - 1.1. Características y actitudes de los adultos que acompañan al niño en la consulta, tanto en términos de explicaciones como de actitudes hacia el niño y los profesionales.
 - 1.2. Conducta del niño durante la consulta.
2. Lesiones o consecuencias en el niño (Indicadores “específicos”).
 - 2.1. Lesiones físicas.
 - 2.2. Alteraciones del crecimiento.
 - 2.3. Alteraciones en el desarrollo evolutivo.
 - 2.4. Trastornos de conducta.

Aunque la **sospecha** de un posible o probable MTI surge prioritariamente por uno de los subtipos, **en todas las formas de MTI existe o puede existir un daño en la esfera psicológica** que, a corto y largo plazo, es la consecuencia más nociva para el niño.

El **motivo de consulta**, las **características de la demanda** y los **hallazgos exploratorios** que pueden **alertar** acerca de la **posibilidad o probabilidad** de la existencia de MTI, son **distintos** según el **subtipo de MTI** sospechado:

Maltrato físico

1. En la **anamnesis**:
 - a) **Discordancia** entre las **características de las lesiones** que son motivo de consulta y:
 - La descripción o **explicación** de las circunstancias causantes de la lesión (ej. niño de 6 meses con quemadura de 2º grado en ambos glúteos que “se ha quemado en ambos nalgas al bañarle”).
 - El **momento** en que aparentemente ocurrieron las circunstancias causantes de la lesión (ej. Hematomas antiguos en región dorso-lumbar para un traumatismo supuestamente reciente).
 - El **desarrollo** evolutivo del niño, en especial el desarrollo motor (ej. hematoma periorbitario en un niño que no ha iniciado la deambulación).
 - b) Lesiones con diferente antigüedad y/o **accidentes de repetición**.
 - c) Lesiones **“injustificadas”** observadas por ajenos a la familia, ej. escuela.
 - d) Actitud de **despreocupación** ante la gravedad de las lesiones.

- e) Actitudes del **niño**, que indican un “contexto maltratante”:
- Ansiedad excesiva cuando se le habla o explora.
 - Pasividad inadecuada para su edad y atención extrema (“mirada helada”).
 - Conducta y/o juego agresivos, con excesiva actividad.
 - Proximidad o distancia inhabitual entre padres e hijos.

2. En la **exploración** las lesiones que **alertan** sobre un posible maltrato físico son:

- **Cutáneas** (hematomas, contusiones, heridas, quemaduras).
- **Óseas** (fracturas).
- **Internas** (neurológicas, viscerales, oculares).

Entre estas **lesiones**, existen algunas que, teniendo en cuenta la **edad** en que aparecen, el **tipo de lesión** evidenciada, la presencia de **marcas del objeto** utilizado para la agresión y otros **signos indirectos**, se pueden considerar como de elevada sospecha o patognomónicas de **lesión “no accidental”** (Tabla IV).

El **síndrome de Munchausen por “poderes”**, como forma de maltrato físico debido a la **inducción o simulación** de síntomas, casi siempre evocadores de patologías graves, se **sospechará** ante:

- Síntomas y signos que **no se explican** por los cuadros clínicos y pruebas habituales.
- Síntomas y signos que **“solo ve”** la persona que cuida del niño o que sólo parecen cuando el niño está en casa o en el camino de casa al hospital (“loco parentis”).
- Demanda **excesiva** de pruebas complementarias sin base clínica **ni preocupación** por las consecuencias de éstas para el niño.

Maltrato psicológico

Esta forma de MTI se caracteriza por la **cronicidad** de las **actitudes** de los adultos responsables de la crianza del niño y que se pueden evidenciar en la **consulta** por:

- Rechazo verbal, menosprecio y desvalorización.
- Aislamiento del niño de su entorno y/o de los adultos, con o sin finalidad laboral o social.
- Relaciones basadas en el temor o disciplina severa.
- Exigencias excesivas e inadecuadas a la etapa evolutiva y/o a las características individuales del niño.

En el maltrato psicológico, la sintomatología de alarma o **sospecha** no es exclusiva del MTI, pudiendo estar relacionada con otras causas, individuales o sociales (ej. Trastornos mentales, trastornos madurativos de causa especificada). Sin embargo el cuadro clínico de **“fallo o retraso no orgánico del crecimiento”** se asocia siempre a situaciones graves y mantenidas de deprivación o maltrato psicológico.

Los signos clínicos de **sospecha del MTI psicológico** pueden ser:

- Retraso en la maduración psicomotora, ej. retraso en el desarrollo del lenguaje.

TABLA IV. Sospecha de lesiones no accidentales.

Lesiones cutáneas (hematomas, heridas, erosiones y quemaduras)	
Provocadas	Accidentales
<i>Hematomas:</i>	
Parte proximal extremidades	Parte media y distal
Región lateral de cara	Crestas ilíacas
Pabellones auriculares y cuello	Región facial y frontal
Genitales y glúteos	Región maxilar
Varias localizaciones	
<i>Quemaduras:</i>	
Bordes nítidos	Bordes irregulares
Localización múltiple	Carácter único
Forma de “calcetín” o “guante”	
Simétrico y nítido	Asimétricas
Marcas de cigarrillo	
Cicatrices de quemaduras	
Palmas y plantas	Zonas descubiertas
Genitales y glúteos	
<i>Forma de la lesión (puede indicar el agente agresor):</i>	
Huellas de manos y dedos	
Arcada dental	
Cables eléctricos	
Cinturones/hebillas	
<i>Antigüedad de la lesión (orienta al carácter repetitivo):</i>	
Color pardo o rojo púrpura	Reciente (1-2 días)
Color verde	Antigua (4-7 días)
Color amarillo	Muy antigua (más 10 días)
<i>Se recomienda que en los casos con lesiones cutáneas y siempre que no altere el curso de las exploraciones ni altere emocionalmente al niño, se realicen fotografías.</i>	
<i>Fuente: Guía Comunidad de Madrid (1993)</i>	

- Trastornos de conducta y comportamiento, ej.: excesiva ansiedad o rechazo de las relaciones psicoafectivas, conducta agresiva y problemas severos de aprendizaje.
- Trastornos de carácter psicossomático, ej. dolor abdominal recurrente.
- Trastornos en el crecimiento, ej. “Fallo no orgánico del crecimiento”.

Abuso sexual

El **abuso sexual (AS)** raramente se sospecha por la **historia clínica**, excepto cuando el niño o la persona que le acompaña expresan, **“revelan”**, la existencia de un probable Abuso Sexual o bien cuando los síntomas físicos o psicológicos indican la posibilidad de un AS.

Los de **signos de sospecha** de AS en la exploración se agrupan en:

- Genitales.
- Anales.
- Lesiones cutáneas perianales y perineales.

TABLA V. Signos de sospecha en el abuso sexual.

Sospecha alta o “muy probable”:

- Presencia de semen en vagina, ano o genitales externos.
- Embarazo en persona menor de edad, cuando la identidad del padre es desconocida u ocultada.
- Desgarro del himen.
- Desgarro anal.
- Hematomas y/o erosiones en zonas genitales o sexuales (ej. senos, labios), leves pero de carácter no accidental.
- Signos de Enfermedades de Transmisión Sexual.
- Conductas sexualizadas inadecuadas para la edad, frecuentes y repetidas.

Sospecha media o “probable”:

- Prurito y/ o dolor en región perineal, disuria o leucorrea.
- Verrugas o condilomas anales.
- Alusiones del niño sobre “secretos de los que no puede hablar”.
- Trastornos de la conducta alimentaria y otros trastornos psiquiátricos.
- Intentos de suicidio y automutilación.
- Conductas perturbadoras y dificultades relacionales con niños y adultos.

Sospecha baja o “posible”:

- Infecciones de repetición del Tracto Urinario.
- Trastornos de carácter psicossomático, ej.: dolor abdominal recurrente, cefaleas.
- Conducta sexualizada esporádica.
- Patrones sexuales “excéntricos” en la interacción familiar.

Fuente: Great Ormond Street Hospital for Children National Health Service Trust (1995)

- Lesiones en cavidad oral.
- Trastornos emocionales y/o comportamentales.

Estos signos puede dar lugar a una **mayor o menor posibilidad/probabilidad de AS** (Tabla V).

Maltrato por omisión: negligencia - abandono

Esta forma de MTI no presenta signos y síntomas de sospecha tan específicos como ocurre en el MTI físico, dado que pueden aparecer en otras situaciones que se pueden catalogar como de **“riesgo para un desarrollo psicomotor inadecuado”** o de **“riesgo psicossocial”**. Sin embargo, pueden existir situaciones que requieran **intervención** de los servicios de protección de la infancia, bien por la **gravedad** de las consecuencias en el niño o por la **imposibilidad** para asegurar una crianza y educación adaptadas a las necesidades del niño.

Como **señal de sospecha**, durante la realización de la **anamnesis**, se puede detectar que los adultos que acompañan al niño muestran **ausencia de preocupación** por los problemas del niño y/o **distancia o rechazo** ante los requerimientos afectivos del niño.

Los **signos de alarma** en la **exploración** son:

- Descenso marcado en los percentiles de peso y talla: **“fallo no orgánico del crecimiento”**.

TABLA VI. Signos de negligencia y abandono emocional.

Niño/a 0-2 años:

- Indicadores de riesgo físico: Retraso del crecimiento; infecciones leves, recurrentes o persistentes; consultas frecuentes a los servicios de urgencias; eritema del pañal severo.
- Indicadores de riesgo en el desarrollo/maduración: Retraso y disarmonía en al desarrollo de las áreas madurativas.
- Indicadores de riesgo conductual: Ansiedad excesiva o rechazo en el establecimiento de vínculos y relaciones psico-afectivas; ausencia de respuestas ante estímulos sociales.

Niño/a 3-6 años:

- Indicadores de riesgo físico: Retraso de talla; microcefalia; aspecto sucio y descuidado.
- Indicadores de riesgo en el desarrollo/maduración: Retraso del lenguaje de tipo disarmónico; capacidad de atención disminuida de forma notable; inmadurez socio-emocional (excesivamente “infantil” o excesivamente “adulto” para su edad).
- Indicadores de riesgo conductual: Hiperactividad; rabietas e inquietud; conductas agresivas y/o retraimiento excesivo; escasa discriminación y pasividad en las relaciones sociales; búsqueda de contactos físicos extraños para su edad.

Niño/a 7-14 años:

- Indicadores de riesgo físico: Retraso de talla; aspecto sucio y descuidado.
- Indicadores de riesgo en el desarrollo/maduración: Problemas de aprendizaje; baja autoestima; escasa capacidad de habilidades para resolver situaciones de cierto conflicto; inmadurez emocional; tendencia a la impulsividad y bajo control de los impulsos.
- Indicadores de riesgo conductual: Relaciones sociales escasas y/o conflictivas; conductas compulsivas y/o de autolesión; problemas graves en el control de esfínteres; dificultad en el manejo de la agresividad; baja tolerancia a la frustración.

Fuente: Guía de la Comunidad de Madrid (1993)

- **Anomalías de piel y pelo**, Ej. Eritema del pañal severo y persistente.
- Escasa **higiene**.
- El **niño** mantiene una actitud de **rechazo o de aislamiento**.
- **Desarrollo intelectual y rendimiento escolar bajo**, por estímulos inadecuados al potencial de desarrollo del niño.

La **negligencia y abandono psicológico** se puede manifestar como problemas del crecimiento y del desarrollo, tanto de forma aislada como asociado a otras formas de maltrato y suele tener características específicas según la etapa madurativa y cronológica (Tabla VI).

De especial importancia resulta resumir las interacciones que acontecen entre la figura parental que maltrata, la otra figura parental que, en no pocas ocasiones es también maltratada, y los hijos de estas familias que conviven en un clima de violencia. La forma más clara de hacerlo es la lenta y detenida exposición de la Tabla VII.

TABLA VII. Características comportamentales en los malos tratos.

Maltratador	Compañero maltratado	Niños
<p><i>El maltratador se caracteriza por:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * dificultad en el control de los impulsos (limitada tolerancia a la frustración, temperamento explosivo) * rabia. * pruebas continuas pero con frecuencia su éxito le produce angustia. * trastornos por ansiedad. * funcionamiento psicossomático. * síntomas sofisticados que frecuentemente aparecen como disfunciones en los niveles socio-educativos. * dependencia emocional. * depresiones sólo en ámbito de familia. * limitación para solicitar ayuda, salvo las muy orientadas para el aquí y ahora. * necesidades yóicas insaciables con aspectos de un narcisismo infantil (no se suele detectar fuera del grupo familiar). * cualidades que sugieren gran potencial para el cambio y la mejoría (p.e. hacer “promesa” de cambio para el futuro). * percepción de pobres intercambios sociales. * relación de pareja “cerrada”. * excluir los contactos fuera de la familia. * acusaciones a la pareja. * celos. * miedo de abandono. * posesivo. * controlador. * miedo al abandono de pareja y/o niños. * miedo a estar solo. * ser espiado por pareja y/o trabajo incluso por medios sofisticados. * violación de los límites personales de los otros. * admite no culpar a los otros del fracaso marital, familiar, laboral o de los actos violentos. * cree que su conducta la hace para la seguridad del núcleo familiar (“por el bien de la familia”). 	<p><i>El maltratado se caracteriza por:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * mucho tiempo ser-sufriente. * mucho tiempo frustrado. * aceptación pasiva. * angustia “interna”. * trastornos por ansiedad. * funcionamiento psicossomático. * dependencia económica y emocional. * depresiones. * alto riesgo para el consumo secreto de drogas y alcohol. * alto riesgo accidentes domiciliarios. * paciencia ilimitada para buscar la “poción mágica” que solucione los problemas maritales y de maltrato. * inseguridad en conocer las propias necesidades que se presentan sólo en función de pareja, familia, trabajo... * esperanza irreal en que el cambio es inminente. * creencia en “promesas”. * incremento gradual del aislamiento social, incluye escasos contactos fuera de su familia. * inhabilidad para convencer al compañero de su lealtad. * escasa ayuda y poder en la pareja. * miedo constante, que se va haciendo acumulativo y opresor con el tiempo. * estar en disposición de prestar ayuda o hacer que se interprete por la pareja como cuidados la restricción o el confinamiento. * pérdida gradual de los propios límites, con una dificultad en evaluar el peligro futuro. * acepta todas las culpas. * cree que la aceptación de la conducta violenta conducirá finalmente a largo plazo a superar los problemas familiares. 	<p><i>Los niños que viven en hogares con malos tratos se caracterizan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * combinación de limitada tolerancia a la frustración, control pobre de impulsos y mucho tiempo frustrado. * angustia que se manifiesta hacia exterior e interior. * tristeza, depresión. * trastornos por ansiedad. * funcionamiento psicossomático. * absentismo escolar. * conductas predelincente y delincuente. * dependencia económica y emocional. * alto riesgo de consumo de drogas/alcohol. * <i>acting-out</i> de tipo sexual. * aislamiento. * fugas. * soledad. * miedos. * combinación de deficiente control de los impulsos y de permanente optimismo ante las nuevas situaciones. * inestable definición del yo: envidia con caprichos infantiles; deseos en base a los parentales. * mezcla de esperanza/depresión en que la cosa va a cambiar. * más intensa relación con grupo de padres. * incremento aislamiento social. * aislamiento con padres o completa identificación con ellos. * pobreza en las habilidades sociales. * conductas disruptivas con padres. * intercambios afectivos pobres. * miedo y terror en la vida y por ser padres. * confusión e inseguridad. * incremento del nivel de engaño con mentiras, excusas para pasear, hurtos, tramposo. * pobre definición de los límites personales. * violación de los límites de los demás. * acepta/proyecta las culpas. * poca o nula comprensión de la dinámica de la violencia. * a menudo asume la violencia como norma. <p style="text-align: right;">.../...</p>

TABLA VII. (Continuación) Características comportamentales en los malos tratos.

Maltratador	Compañero maltratado	Niños
<p><i>El maltratador se caracteriza por:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * ausencia de culpa en nivel emocional, incluso después del reconocimiento intelectual. * historia familiar de maltrato. * frecuentemente manda pegando. * las cualidades de maltratador mejoran con la edad y la experiencia (riesgo de letalidad para miembros de familia). * rol demandante o “agresivo” en las técnicas sexuales: impotencia, obligar, abstinencia. * incremento de la conducta agresiva durante embarazo de la pareja (a veces el embarazo marca el inicio de las agresiones). * ejerce control sobre la pareja por temor al homicidio o al suicidio. * a menudo intenta suicidarse o matar al otro durante la separación. * frecuentemente usa a los niños como “instrumentos” y ejerce su poder y control en la custodia (puede raptar al niño o suspender la pensión). 	<p><i>El maltratado se caracteriza por:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * aceptación emocional de la culpa de la conducta de la pareja, pensando no puede con la culpa, considerando su propia conducta como provocación. * historia familiar de recibir o de dar malos tratos. * ocasionalmente manda pegando. * conductas “creativas” que precipitan en la pareja la violencia. * incremento del nivel de cuidados con el tiempo (deterioro de la evaluación del riesgo de letalidad). * deficiente auto-imagen sexual, asume totalmente la pasividad y acepta la conducta sexual de la pareja. * intenta ver si con la abstinencia provoca en el futuro un nuevo abuso o maltrato. * incremento del riesgo de agresiones durante embarazo. * frecuente ideación suicida (historia de pequeños intentos, a veces intentos de homicidio del otro). * ocasionalmente lleva a cabo el homicidio como defensa propia. * empobrecimiento de los intercambios afectivos en las formas de llevar a cabo la custodia. * temor a que el niño sea raptado, cede para mantener los derechos del niño. 	<p><i>Los niños que viven en hogares con malos tratos se caracterizan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> * autculpabilidad (depende edad) de los fracasos familiares, divorcio, separaciones, conflictos internos. * continuación del perfil de malos tratos en vida adulta. * frecuentemente manda pegando (animales, hermanos/as). * a veces pega a los padres, en años posteriores. * escasa pericia para resolver problemas: uso de violencia como técnica en la escuela, con los padres y familia demuestra tanto agresividad como pasividad (desde preescolar, incluso). * pobre identidad sexual, poca seguridad en la conducta sexual. * modelo confuso identificación sexual. * inmadurez en la interacción con los padres. * incremento del riesgo de malos tratos (como dador/receptor) en embarazo de la madre. * alto riesgo de suicidio y/o de tentativas, se incrementa si hay suicidio o asesinato de los padres. * los intercambios afectivos usados son pobres en todas las decisiones en torno a su custodia.
Maltratador	Compañero maltratado	Hijos
<p>Los familiares que maltratan pertenecen a todas las clases sociales nivel educativo, étnico, racial o grupo étnico.</p> <p>Usa el maltrato psicológico, verbal y físico y puede incluir el abuso sexual.</p> <p>Se ocupan excesivamente en minimizarlo y/o negarlo.</p>	<p>El compañero que sufre los malos tratos forman parte de cualquier nivel socio-económico, educativo, étnico, racial, o grupo étnico.</p> <p>Lo sufre tanto verbal, psicológica como físicamente. Frecuente el abuso sexual.</p>	<p>Los hijos que sufren familias donde existen malos tratos o violencia forman parte de todos los grupos socio-educativos étnicos, raciales, económicos o edad.</p> <p>Son de tipo psicológico, puede ser verbal, física o sexualmente maltratado.</p>

Fuente: D.A. Wolfe (1990)

Acoso moral por parte de compañeros

Se le conoce como fenómeno “bullying” y la revisión de la literatura realizada por Rodríguez-Piedra, Seoane & Pedreira (2004) destaca lo siguiente:

1. En el **acosado**: Aparece un Síndrome de Estrés Posttraumático que oscila entre los tipos II y III de Terr, siendo en este último en el que existe un mayor nivel de riesgo de comisión de conductas suicidas en la etapa de preadolescencia y ado-

TABLA VIII. Valoración riesgo.

- Historia clínica
 - Coherencia-gravedad/intensidad-lugar-tiempo (agudo/crónico)
- Recursos disponibles
 - Tipo-accesibilidad-funcionamiento
- Notificación (Ley 1/96)
 - Servicios Sociales + Fiscal: simultaneidad (?)
- Seguimiento: Co-responsabilización

lescencia. La ayuda psicológica puede ser eficaz, pero debe ser cuidadosa y prudente con terapeutas de experiencia.

2. El **acosador**: Habitualmente pertenece al grupo de mayor aceptación entre los pares. Se enfrenta a una exclusión, siempre difícil de desarrollar o de tener que realizar determinados trabajos sociales. La ayuda psicológica no suele ser aceptada, al menos de entrada, ni por él ni por su propia familia.
3. El **grupo de iguales**: Guardan silencio, son testigos mudos. No reaccionan, situación similar es descrita en el mobbing. La educación en valores solidarios sería una alternativa, pero hoy es difícil instaurar estos valores, no olvidar que en el grupo de pares se sigue pensando que decir lo que observa es ser un delator o “acusica”.
4. En el **profesorado y la institución escolar**: Hasta épocas recientes eran renuentes a aceptar la situación, lo interpretaban como “peleas entre chicos”. Resistencia a tomar decisiones, en muchas ocasiones su actitud puede reforzar el acoso. La formación desde los Centros de Educación del Profesorado es una opción necesaria y urgente, sobre todo para incrementar el compromiso con las víctimas.
5. Las **Asociaciones de padres**: divididas entre las opciones del acosado y del acosador, reproducen en su seno las contradicciones y responden al criterio de normalización de las situaciones y, en no pocas ocasiones, minimizar el acoso. No es extraño la acción reivindicativa y victimista de ambos grupos, la acción educativa decidida y positiva y el debate en el seno de la APA puede ser una salida real.

En todos los casos expuestos con anterioridad: se precisan profesionales formados y con experiencia para abordar tanto la información, como la formación y la intervención directa sin caer en fáciles alarmismos.

PAUTAS TERAPÉUTICAS Y PREVENTIVAS

El MTI es un síndrome psico-social complejo, en el que el profesional sanitario tiene un papel relevante en dos niveles básicos de actuación: El **nivel preventivo** (contenidos y actividades de la **prevención primaria y de la prevención secundaria**) y en el **nivel de intervención** una vez detectado el problema (**prevención terciaria**).

1. Nivel preventivo

La prevención se ha referido clásicamente a procesos aparentemente unicastales (p.e. enfermedades infecto-contagiosas o transmisibles), pero a medida que se avanzó en el conocimiento de estos procesos y de otros problemas de salud, como p.e. el MTI, se constató la complejidad y multicausalidad implicadas en el proceso salud-enfermedad (factores de “terreno”, “sensibilizadores”, “desencadenantes”, atenuantes o “buffer”, de “respuesta”, “genéticos”, “adquiridos”, “cognitivos”).

1.1. Prevención primaria del MTI

Interviene sobre la **multicausalidad** y consiste en las intervenciones dirigidas a elevar el bienestar de la Infancia, mediante actividades dirigidas a la promoción del niño como sujeto activo que debe ser “escuchado” en sus necesidades, acorde con las diferentes etapas del desarrollo, ej.: legislación, promoción de formas adecuadas de crianza y educación, mejora de la imagen social de la infancia.

Las actividades de Prevención Primaria, como parte de la atención de salud del niño, se encuadran dentro de las actividades de **Promoción del Desarrollo Psicosocial en el niño de 0-5 años**: Seguimiento de los embarazos de riesgo (madres adolescentes, crisis familiares), medidas para evitar o paliar los efectos negativos de la separación madre-hijo en el período neonatal precoz (recién nacidos de alto riesgo), promoción de la lactancia materna desde una perspectiva no exclusivamente nutricional, programa de seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño sano que incluya no sólo la “medición”, sino también contenidos vinculares y relacionales, desde las actividades más habituales como p.e. alimentación, sueño, vacunas, higiene y sin olvidar la observación del temperamento del niño, como elemento potenciador y no limitante de las relaciones vinculares.

1.2. Prevención secundaria del MTI

Va dirigida a la **detección precoz** de las situaciones de MTI, para evitar la **cronicidad** de los factores de riesgo. En este nivel de prevención, se valora la existencia de indicadores de un entorno familiar y/o socio-institucional de riesgo para el maltrato: Las actividades clínicas y de prevención en Atención Primaria tienen un carácter privilegiado para esta detección precoz. Este nivel de prevención exige el **seguimiento de los factores de riesgo detectados** y la evaluación constante de los patrones relacionales de riesgo hacia el niño en las consultas de Atención Primaria y de Salud Mental (Tabla VIII).

En la prevención secundaria del MTI el instrumento a utilizar es la vigilancia clínico-epidemiológica de los factores de riesgo, para su detección, diagnóstico precoz y atención temprana. En este nivel se actúa sobre el período silente y presintomático, precisándose un adecuado conocimiento y valoración de: el concepto y tipologías del MTI, las posibles consecuencias en el niño, la dinámica relacional y social normal y de “riesgo” en la familia y

TABLA IX. Modelo transaccional en el maltrato infantil.

Factores desestabilizantes	Factores compensadores
<i>Estadio I: Reducida tolerancia al estrés y desinhibición de agresión</i>	
<ul style="list-style-type: none"> * Escasa preparación padres. * Bajo control, <i>feedback</i>, capacidad predecir * Acontecimientos vitales estresantes. 	<ul style="list-style-type: none"> * Pareja como soporte. * Estabilidad socio-económica. * Éxito en trabajo, escuela. * Modelos y soportes sociales.
<i>Estadio II: Deficiente manejo de provocación y crisis agudas</i>	
<ul style="list-style-type: none"> * Respuesta emocional condicionada. * Fuentes de angustia y agresión. * Valoración de baja/pérdida amenazas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Mejoría de la conducta infantil. * Programas comunitarios para padres. * Utilización adecuada de recursos.
<i>Estadio III: Patrones habituales de respuesta y agresión con los miembros familiares</i>	
<ul style="list-style-type: none"> * Habitación de los niños a los castigos físicos. * Reforzamiento parental para el estricto uso de técnicas de control. * Incremento de problemas de conducta en los niños. 	<ul style="list-style-type: none"> * Falta de satisfacción de los padres con los castigos físicos. * Respuesta infantil positiva a métodos no coercitivos. * Moderación comunitaria/ servicios.

Fuente: D.A. Wolfe (1986)

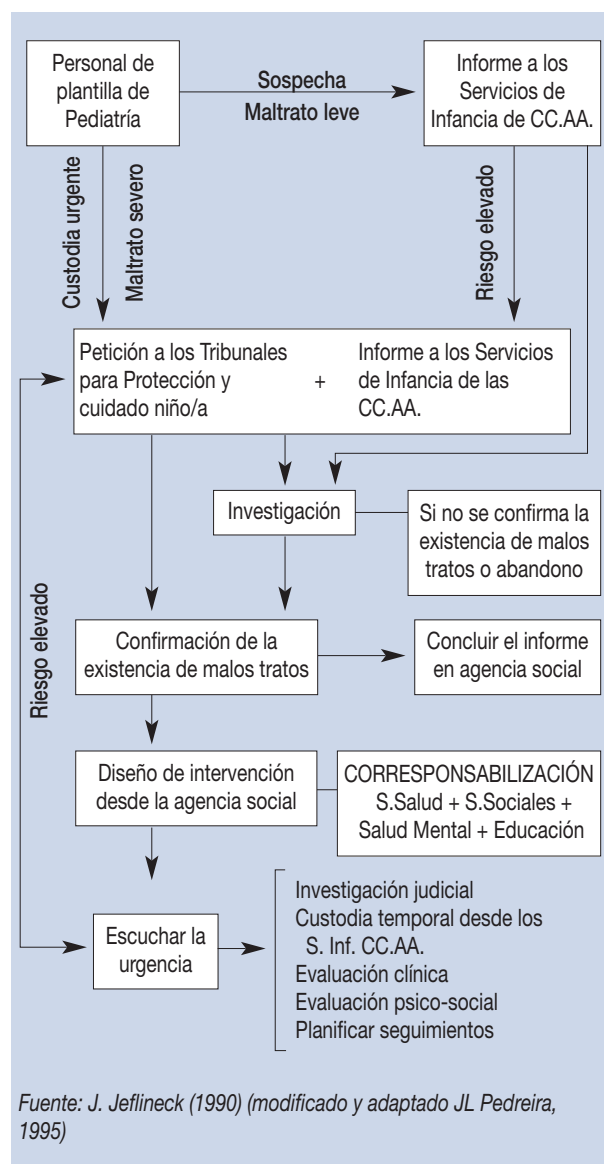
la presencia de co-morbilidad en las figuras parentales (p.e. afecciones crónicas, enfermedades mentales, toxicomanías y otras conductas adictivas). Así mismo en este nivel se utiliza la observación de relaciones y actitudes entre adultos y niños, en el marco familiar y extrafamiliar, mediante entrevistas semiestructuradas, escalas de observación y escalas de evaluación.

2. Prevención terciaria del MTI

Incluye el diagnóstico y la actuación sobre el proceso establecido y sus secuelas, y se dirige a modificar el curso del problema de salud, para atenuar sus consecuencias y mejorar la capacidad del sujeto afecto para afrontarlas, junto con la modificación de los factores de riesgo y potenciación de los factores de protección. En el MTI, la prevención terciaria precisa de instrumentos que faciliten la identificación de los síntomas y signos de MTI, tanto en actividad como en evolución y/o residuales (Tabla IX).

Asimismo, la **prevención terciaria** va encaminada, una vez detectado el MTI, a disminuir la probabilidad o evitar la repetición de la agresión-desatención en el niño y las lesiones consecuentes: Incluye la sospecha y/o diagnóstico de MTI, la intervención coordinada para la protección del niño y la rehabilitación, reinserción y resocialización del niño y la familia. Este nivel es

TABLA X. Orientación para la intervención en los casos de malos tratos en la infancia



Fuente: J. Jeflineck (1990) (modificado y adaptado JL Pedreira, 1995)

más específico de los Servicios Especializados (Salud Mental) y Servicios Sociales (Generales y de Protección de la Infancia). Para poder llevarlo a cabo, de forma efectiva y corresponsable, es importante que los servicios implicados en cada uno de los niveles de intervención conozcan los procedimientos y responsabilidades propias y del resto de los servicios e instituciones implicadas, con arreglo al siguiente esquema (Tabla X), teniendo en cuenta que los servicios de Psiquiatría de la infancia y la adolescencia serían reclamados, en un primer momento, como interconsulta para evaluación del daño y riesgo psicopatológico.

A partir de esta primera evaluación se pueden observar varias posibilidades de intervención cuya responsabilidad es de los servicios de Psiquiatría de la infancia y adolescencia:

TABLA XI. Tipologías padres que maltratan a los niños.

Características principales padres	Hostil-agresivo 1	Rígido compulsivo 2	Pasivo-dependiente 2
Dinámica principal	Frustrados, impulsivos, extrovertidos poca tolerancia al crío y negligentes	Escasas expectativas; bajo grado de calidez afectiva; bajo nivel socio-cultural; niño retrasado	Inmaduros; intercambio de roles; identificar el problema en el niño
DSM-III	Personalidad antisocial	Personalidad compulsiva	Personalidad dependiente
Maltrato	Incontrolable	Controlable	Incontrolable, aguda/severa
Porcentaje	28%	6%	38%
Tratamiento padres	Enseñanza control impulsos; recanalizar hostilidad	Disciplina no punitiva; expectativas realistas	Psicoterapia; ayudas domiciliarias; establecer intercambios fáciles
Pronóstico	Moderado	Bueno	Severo
Características principales padres	Crisis rol/identidad 4	Rígido-compulsivo 5	Pasivo-dependiente 2
Dinámica principal	Trabajo o rol de baja consideración; angustia difusa	Conflictos maritales; hijastros	No predecible; ritualistas; suspicaces; abusos emocionales/sexuales
DSM-III	-	Aislamiento, desorden por personalidad explosiva	Borderline; psicótico/sádico masoquista/retraso mental
Maltrato	Controlable, agudo/severo	Controlable, agudo/severo	Incontrolable
Porcentaje	8%	4%	16%
Tratamiento parental	Control impulsos; manejo del niño y de la casa; ayuda domicilio	Terapia pareja/familiar; control impulsos	El de la afección base; apoyos sociales y domicilio Abandonos tratamiento
Pronóstico	Bueno	Bueno	Bastante grave

Fuente: D.A. Wolfe (1986)

1. Evaluación clínica del impacto de los factores de riesgo tanto en el proceso de desarrollo del niño como en las figuras parentales. (ej. Evaluar la psicopatología de las figuras parentales y el nivel de desarrollo del niño), recomendando el abordaje terapéutico más pertinente al caso, sobre todo ante psicopatología parental (Tabla XI) y/o para la determinación de la gravedad y probabilidad de repetición en un contexto de violencia familiar.
2. Una vez efectuado el diagnóstico se prescribe el tratamiento adecuado al caso, sea farmacológico y/o psicoterapéutico.
3. Intervenciones específicas:
 - a. Maltrato psicológico: Asumir el caso para minimizar los riesgos y potenciar los factores de protección.
 - b. Abuso sexual: En muchos casos son los servicios que detectan los casos y, en una gran mayoría, la petición acerca de la fiabilidad de la declaración infantil es de capital importancia. En este caso se debe utilizar la técnica de Yuille & cols. para verificación de declaraciones en la infancia, que resumidamente consta de estas fases: aproximación a la narración y mejora de la empatía con temas gene-
4. Emisión de informes clínicos: Según la legislación vigente (LGS, Ley 1/96) los informes se dirigen a las figuras parentales o, en su caso, a la institución que tenga la tutela del niño y a petición del estamento judicial correspondiente. En determinados casos (p.e. inasistencia reiterada a citaciones en casos de riesgo, manifiesto incumplimiento terapéutico) los servicios psiquiátricos y de salud mental de la infancia y la adolescencia, en cumplimiento de lo estipulado en la Ley 1/96, puede evaluar la necesidad de realizar una notificación al Fiscal de Menores.

Un aspecto que no se debe olvidar: en todos los casos de maltrato infantil referidos con anterioridad y en la violencia familiar y el acoso escolar, la actitud de las instituciones es percibida, en ocasiones con mucha justeza, como más tolerantes con los agresores que los sujetos víctimas de la violencia. Se tiende a minimizar los hechos, a buscar explicaciones, a sancionar a la baja al acosador cuando no a culpar al acosado si se defiende o a buscarle un diagnóstico psicopatológico e incluso a ser

tratado farmacológicamente por tal proceso. Es decir: la práctica real, desafortunadamente, libera al acosador de su carga y abandona al acosado a su suerte en un buen número de casos y situaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC). The APSAC Handbook on Child Maltreatment. New York: Sage Publications; 1996.
***Un resumen claro y preciso para sintetizar las acciones sanitarias en el caso del maltrato en la infancia. En cada edición hay "copistas", por ello es bueno referenciar la fuente original.*
2. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
**La potencia económica y de medios ha hecho que se imponga. No es buena para la infancia.*
3. Area 7 de Atención Primaria: Protocolo de atención al maltrato en la Infancia. Madrid: Area 7 de Atención Primaria, INSALUD-Madrid; 1999.
***Interesante aportación de un Área sanitaria en forma de protocolo.*
4. Arruabarrena I, De Paul J, Torres B. El maltrato infantil: Detección, notificación, investigación y evaluación. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1994.
**Este trabajo es uno de los clásicos españoles realizados en épocas de asesorías específicas. Quizá es de un manido academicismo, pero se pueden obtener datos de interés.*
5. Boletín Oficial del Estado. Ley de Protección Jurídica del Menor. Ley Orgánica 1/96 de 15-01-96. BOE 17.1.1996.
****Simplemente recordar que es una Ley Orgánica, otra cosa es que se aplique.*
6. Brown, J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. Child Abuse and Neglect 1998; 22(11): 1065-78.
****Trabajo clave para comprender la verdadera importancia de los factores de riesgo. Trabajo riguroso en la metodología empleada: estudio prospectivo y de seguimiento longitudinal, es ampliamente comentado en nuestro trabajo.*
7. Browne K, et al. Early prediction and prevention of child abuse. Chichester: John Wiley & Sons; 1988.
***Otro clásico que se dedica a trabajar el diagnóstico precoz del maltrato en la infancia, lo hace para establecer líneas prioritarias para la prevención. Sugere.*
8. Centre International de l'Enfance. Los niños víctimas de sevicias y maltratos. Documento para el Proyecto CII. París: Centre International de l'Enfance; 1980.
**Otro documento clásico para diferenciar las tipologías del maltrato. Fuente de muchos "copistas", haoy lo señalamos como la fuente original.*
9. Child Protection Policy and Procedures. Great Ormond Street Hospital for Children National Health Service Trust; 1995.
***Una Guía Clínica de un hospital infantil de referencia. Como tal guía clínica merece la pena su estudio.*
10. Consejería de Salud e Integración Social. Guía para la Atención al Maltrato en la Infancia por los Profesionales de la Salud. Madrid: Consejería de Salud e Integración Social; 1993.
**Hecho en la Comunidad de Madrid, francamente mejorable.*
11. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Guia per a l'abordatge del maltractament en la Infància per als professionals de la Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1996.
**Catalunya se ha situado en muchas ocasiones a la cabeza de actualizar y generalizar proyectos. Este proyecto es integrador, será discutible pero fue de los verdaderamente pioneros.*
12. De Paul J et al. Maltrato y abandono infantil: Identificación de factores de riesgo. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del País Vasco; 1988.
**Seguimos con los estudios clásicos, en esta ocasión españoles. Tiene el interés de los estudios pioneros, aunque sea escasamente original y con influencia muy americana y planteamiento academicista.*
13. Fernández-Villar A, Pedreira JL. Los malos tratos a la infancia: Aproximación psicosocial. Psiquis, 1991; 12 (5):11-26.
***Complementa el trabajo de Brown & cols, circunscribe el concepto de la repetición, de la transmisión transgeneracional del maltrato al definir los conceptos de aislamiento y encerramiento como los que dan valor a esa situación*
14. Finkelhor D. Victimología infantil. En: San Martín J (coord.). Violencia contra niños (3ª ed.). Barcelona: Ariel; 2005. p. 155-224.
***El libro en su conjunto y este capítulo en particular tienen un gran interés, además que el autor es de obligada referencia. Nos sitúa ante el concepto de victimología infantil y sus consecuencias. Es decir: pionero.*
15. Gombáu E, Simon G, Bargadá M. Parámetros prácticos para la evaluación forense de niños y adolescentes que podrían haber sido abusados física y sexualmente. En: Tomás J (Ed.). Trastornos por abuso sexual en la infancia y la adolescencia. Barcelona: Laertes; 1999., p. 237-271.
***Complementa a las citas de J.L. Pedreira y de Yuille cols., está aplicado al caso concreto de los abusos sexuales y explica de forma detallada el sistema de Yuille.*
16. Guetti S, Goodman GS, Eisen ML, Qin J, Davis SL. Consistency in children's reports of sexual and physical abuse. Child Abuse & Neglect 2002; 26: 977-995.
****La búsqueda de la consistencia de las declaraciones de la infancia en el caso de los malos tratos es un tema de gran relevancia y extremada dificultad, llena de sutilezas como demuestra este artículo fino y sensato.*
17. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia; 1998.
**Tentativa muy cuestionable, pero con ideas.*
18. Jaffe PG, Wolfe DA, Wilson SF. Children of Battered Women. London: Sage; 1990.
****Gran libro de texto, resumen riguroso, metodología impecable para ponernos de cara al Nuevo concepto de: violencia familiar. Libro básico de autores de prestigio.*
19. Jellinek MS, Herzog DB. Psychiatric Aspects of General Hospital Pediatrics. Massachusetts General Hospital. Chicago: A Year Book Medical Publishers; 1990.
****Otro libro básico de guías clínicas de psiquiatría infantil para pediatras, aunque en este caso sean hospitalarios. De este texto hemos sacado líneas básicas para la intervención, adaptándolas a las peculiaridades del Estado español.*
20. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Siver HK. The battered-child syndrome. Journal of the American Medical Association 1962; 181(17): 17-24.

- *Simplemente hay que decir que es el artículo clásico sobre el maltrato infantil. Se le referencia como una cita llena de luminosidad, sobre todo para rescatar la sospecha que realizó Tardieu y que le costó un expediente, este artículo evidencia hasta qué punto fue injusta aquella acción.*
21. López-Ibor JJ. CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor; 1992.
****Las clasificaciones categoriales están de moda. La de la OMS es preferible a otras, aunque sólo sea por el gran desnivel y la desigual lucha en medios económicos, financieros y técnicos. Además es más posible aplicar en la infancia que la clasificación americana.*
 22. Martín L, Pedreira JL. El pediatra ante el maltrato en la infancia: De la denuncia al tratamiento. An Esp Pediatr 1997; 47(3): 231-3.
**Un editorial sirve para sensibilizar y poner en atención nuestros sistemas de alarma, eso pretendía el artículo.*
 23. Martín Álvarez L, de Paul Otxotorena J, Pedreira Massa JL. La infancia maltratada: Contenidos psicopatológicos. En: Rodríguez-Sacristán J (Dir.). Psicopatología del niño y del adolescente, 2ª Edición. Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla; 1998. p. 1297-1322.
***Revisión teórica, conceptual y técnica desde los aspectos psico-sociales.*
 24. Pedreira JL. Aportaciones actualizadas a la relación Salud Mental y Ley: Confidencialidad y Peritaje en la Infancia. En: Veiga E (Edtra.). Derecho de familia. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 1994. p. 149-192.
***Es el primer texto en español acerca del peritaje psiquiátrico en la infancia y adolescencia, aporta la adaptación al español de la metodología de la entrevista de Yuille.*
 25. Pedreira JL. Protocolos de salud mental infantil para atención primaria. Madrid: ARAN-ELA; 1995.
****Es el primer texto de protocolos realizado en España sobre los trastornos mentales de la infancia y la adolescencia. Está pensado como documento de trabajo para la interconsulta entre pediatría y psiquiatría de la infancia y la adolescencia.*
 26. Pedreira JL, Mato JC. Infancia, Adolescencia y Ley. En: Rodríguez-Sacristán J (Dir.). Psicopatología del niño y del adolescente, 2ª Edición. Sevilla: Publicaciones de la Universidad de Sevilla; 1998. p. 1323-1348.
***Tema espinoso que es preciso abordar. Lleno de matices y con ganas de realizar un trabajo novedoso, aunque difícil.*
 27. Psychosocial Pediatrics: Child abuse. National Medical Series 2000. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2000.
**En España es difícil hablar de los temas psicosociales de la práctica pediátrica, aún hoy existen profesionales, incluso de renombre, que piensan que es un ámbito no científico. No obstante en USA se incluyen estos aspectos en todas las series de actualizaciones profesionales. También podíamos copiarles en estos aspectos.*
 28. Rodríguez-Piedra R, Seoane Lago A, Pedreira Massa JL. Un síndrome de estrés postraumático en la infancia emergente: el acoso entre iguales ("bullying"). En: Pedreira JL (coord.). Síndrome de Estrés Postraumático en la Infancia y Adolescencia. Simposio Oficial del XI Congreso Nacional de Psiquiatría. Bilbao, 2004.
****Fue el primer equipo de psiquiatría de la infancia y la adolescencia que actualizó y ha profundizado acerca de este tema tan emergente.*
 29. Rosemberg DA. Munchausen Syndrome by Proxy: Medical diagnostic Criteria. Child Abuse & Neglect 2003; 27: 421-430.
***Actualizar este proceso tiene su interés, nos sitúa frente a la explotación de la infancia y la tentativa de engaño al funcionamiento del sistema que pone en evidencia el peligro de la yatrogenia.*
 30. Saldaña D, Jiménez J, Oliva A. El maltrato infantil en España. Infancia y Aprendizaje 1995; 71: 59-68.
**Un artículo sensato que recoge datos acerca de estudios de prevalencia, bien es cierto que la disparidad de las metodologías de los estudios lo hacen escasamente generalizable y con fiabilidad limitada, pero el esfuerzo realizado merece un reconocimiento.*
 31. Sidebotham P, Heron J, Golding J. (The ALSPAC Study Team): Child Maltreatment in the "Children of the Nineties": Deprivation, class and social networks in UK sample. Child Abuse & Neglect 2002; 26: 1243-1259.
 32. Sidebotham P, Heron J. (The ALSPAC Study Team): Child Maltreatment in the "Children of the Nineties": The role of the Child. Child Abuse & Neglect 2003; 27: 337-352.
 33. Tomás i Vilaltella J. Clasificación Internacional Enfermedades Multiaxial Infancia y Adolescencia-10 (CIE-10-MIA). Barcelona: Unitat Paidopsiquiatría Vall d'Hebrón; 2001.
****Complementa a la CIE-10, es una prueba fehaciente de su aplicación a la infancia y la adolescencia.*
 34. Wolfe DA. Child Abuse. London: Sage; 1987.
****Gran recopilación con sabor y muy clara y pedagógica. No puede faltar en ninguna biblioteca que se precie sobre este tema.*
 35. World Health Organization. Report of Consultation on Child Abuse Prevention. Geneva: WHO; 1999 (29-31 March).
**Los informes de OMS siempre son de interés. En este caso nos pone al día la consulta médica en el caso de los malos tratos a la infancia y acciones para su posible prevención.*
 36. WHO. World Report on Violence and Health Update. Geneva: WHO; 2002 (May).
***Durante un tiempo la OMS estuvo recogiendo información acerca de la violencia y su impacto en la salud, de tal suerte que la OMS ha definido a la violencia como "un problema de salud", esta puesta al día es de gran interés, pues en gran medida hace referencia a la infancia y adolescencia.*
 37. Yuille JC, Hunter R, Joffe R, Zaparniuk J. Interviewing children in sexual abuses cases. En: Goodman GS, Bottoms BL (Eds.). Child Victims, Child Witnesses: Understanding and Improving Testimony. New York: Guilford; 1993. p. 63-81.
***Realizar peritajes sobre abusos sexuales en la infancia no es sencillo. Buscar la fiabilidad de las declaraciones infantiles todo un reto. Este autor ideó una secuencia metodológica para evaluar la fiabilidad de la declaración infantil.*
 38. Zunzunegui MV, Morales JM, Martínez V. El maltrato en la infancia: Factores socio-económicos y nivel de salud. An Esp Pediatr 1997; 4(1): 33-41.
**Trabajo descriptivo publicado en la Revista de la AEP. No puede faltar su lectura para tener información.*

ANEXO 1. Entrevista sobre actitudes y respuesta infantil a los malos tratos familiares.

I. ACTITUDES Y RESPUESTAS A LA ANGUSTIA:

- 1.1. Cuándo estás muy enfadado o mosqueado ¿qué sueles hacer?
- 1.2. Cuando has estado muy enfadado o mosqueado en tu familia ¿te las has arreglado por tu cuenta, tú solo?
- ¿Cuándo sueles hacerlo?
- ¿Qué hiciste?
- 1.3. Alguna vez, cuando tú estás muy enfadado o mosqueado con alguien ¿qué sueles hacer?
- (Forma de señalar: 0 = nunca; 1 = a veces; 2 = muchas veces).
- a) Gritar, chillar, decir palabrotas y palabras feas. 0 1 2
 - b) Pelear, pegar puñetazos, pegar. 0 1 2
 - c) Hablar con alguien. 0 1 2
 - d) Marchar lejos. 0 1 2
 - e) Ir a tu habitación. 0 1 2
 - f) Otras cosas, explicar 0 1 2
- 1.4. Si alguien de tu misma edad te hace una broma ¿qué sueles hacer tú? Además de eso (pon un "X" en lo que estés más de acuerdo):
- a) Ignorarlo
 - b) Decirle que pare y lo deje.
 - c) Decírselo a alguien.
 - d) Amenazarlo.
 - e) Pegarlo.
 - f) Otras, explicar..... ..
- 1.5. Si alguien de tu misma edad te coge algo sin decírtelo ¿qué sueles hacer? Además de eso (pon un "X" en lo que estés más de acuerdo):
- a) Ignorarlo
 - b) Decirle que lo devuelva.
 - c) Decírselo a alguien.
 - d) Amenazarlo.
 - e) Pegarlo.
 - f) Otras, explicar..... ..
- 1.6. Si alguien de tu misma edad te pega ¿qué sueles hacer? Además de eso (pon un "X" en lo que estés más de acuerdo):
- a) Ignorarlo
 - b) Decirle que no lo haga más.
 - c) Decírselo a alguien.
 - d) Amenazarlo.
 - e) Pegarlo.
 - f) Otras, explicar..... ..
- 1.7. Si mamá o papá hacen alguna vez alguna cosa que ti no te gusta, ¿qué haces tú?
- 1.8. Si una persona mayor, distinta de papá y de mamá, hace alguna cosa que a ti no te gusta ¿qué haces tú?
- 1.9. Cuando tú estás de verdad muy enfadado o mosqueado por algo ¿qué piensas que es lo mejor que se puede pactar o acordar contigo?
- 1.10. ¿Cuáles son tus tres programas favoritos de T.V.?

- 1.11. De todos los programas de T.V. que has visto: dibujos animados, deportes, películas, música,... ¿qué personaje te gustaría ver?
- ¿Por qué?
- 1.12. Si oyes discutir a tus padres y tienes la sensación que la discusión es sobre ti ¿qué haces tú? (Señala con una "X" lo que creas más parecido a lo que tú sientes):
- a) Asustarte, sobresaltarte.
 - b) Entristecerte.
 - c) Enfadarte o mosquearte.
 - d) Te sientes confuso, despistado.
 - e) Otros, explica..... ..

- 1.13. ¿Piensas que deberías hacer algo para prevenir o evitar que papá y mamá discutan?
- Si dices sí, ¿qué es lo que harías?

II. CAUSA MANIFIESTAS DE LAS DIFERENCIAS Y DISCUSIONES FAMILIARES.

- 2.1. Cuando papá y mamá discuten ¿por qué piensas tú que es?
- 2.2. Además de lo que tú has dicho ¿sobre qué temas de los siguientes piensas que papá y mamá discuten? (Puedes señalar: 0 = nunca; 1 = a veces; 2 = con frecuencia o muchas veces.)
- a) Dinero. 0 1 2
 - b) Trabajo. 0 1 2
 - c) Beber (mamá; papá). 0 1 2
 - d) Mamá o papá se preocupan por los demás. 0 1 2
 - e) Por causa de tu hermano o hermana. 0 1 2
 - f) Desorden en casa. 0 1 2
 - g) Otras cosas, escríbelo:..... 0 1 2
 - h) Por ti. 0 1 2

III. COSTUMBRES Y HÁBITOS DIARIOS:

- 3.1. Cuando papá y mamá están discutiendo ¿qué haces tú?
- Además de eso ¿qué haces? (pon una "X" en lo que tú creas más parecido):
- a) Quedarte en la misma habitación.
 - b) Marcharte/esconderte.
 - c) Llamar por teléfono a alguien.
 - d) Salir corriendo/buscar a alguien.
 - e) Hacer como de hermano mayor.
 - f) Decir a los papás que lo dejen y paren.
 - g) Hacer algo fuera de casa para atraer atención.
 - h) Otras, especificar..... ..
- 3.2. Cuando papá y mamá están discutiendo ¿podrías saber cuándo papá va a pegar el primero a mamá?
- ¿Cómo lo sabes?
- 3.3. Cuando papá y mamá están discutiendo ¿podrías saber cuándo mamá va a pegar la primera a papá?
- ¿Cómo lo sabes?

ANEXO 1. (Continuación) Entrevista sobre actitudes y respuesta infantil a los malos tratos familiares.

- 3.4. Cuando papá está pegando a mamá y tú estás en la misma habitación ¿qué haces tú?
- Además de eso ¿qué otra cosa haces? (pon una "X" en lo que se parezca más):
- a) Quedarte en la misma habitación.
 - b) Marcharte/esconderte.
 - c) Llamar por teléfono a alguien.
 - d) Salir corriendo/buscar a alguien.
 - e) Hacer como de hermano mayor.
 - f) Decir a los papás que lo dejen y paren.
 - g) Hacer algo fuera de casa para atraer atención.
 - h) Otras, explicar.....
- 3.5- Cuando papá está pegando a mamá y tú estás en otra habitación ¿qué haces tú?
- Además de eso ¿qué haces? (pon una "X" en lo que tú creas más parecido):
- a) Quedarte en la misma habitación.
 - b) Marcharte/esconderte.
 - c) Llamar por teléfono a alguien.
 - d) Salir corriendo/buscar a alguien.
 - e) Hacer como de hermano mayor.
 - f) Decir a los papás que lo dejen y paren.
 - g) Hacer algo fuera de casa para atraer atención.
 - h) Otras, especificar.....
- 3.6. Si papá o mamá te hubieran pegado ¿qué harías tú?
- Además de eso ¿qué haces? (pon una "X" en lo que tú creas más parecido):
- a) Quedarte en la misma habitación.
 - b) Marcharte/esconderte.
 - c) Llamar por teléfono a alguien.
 - d) Salir corriendo/buscar a alguien.
 - e) Hacer como de hermano mayor.
 - f) Decir a los papás que lo dejen y paren.
 - g) Hacer algo fuera de casa para atraer atención.
 - h) Otras, especificar.....
- 3.7. Si vieras a papá o mamá pegar a tu hermano/a ¿qué harías tú?
- a) Quedarte en la misma habitación.
 - b) Marcharte/esconderte.
 - c) Llamar por teléfono a alguien.
 - d) Salir corriendo/buscar a alguien.
 - e) Hacer como de hermano mayor.
 - f) Decir a los papás que lo dejen y paren.
 - g) Hacer algo fuera de casa para atraer atención.
 - h) Otras, especificar.....
- 3.8. ¿Has hablado alguna vez de estas cosas con alguien?
- 3.9. En caso de urgencia (p.ej. peligro para mamá o para ti mismo/a) ¿a quién llamaría?
- Su número de teléfono es:.....
- ¿Qué le dirías?
- 3.10. Dentro de tu propia familia ¿cuánto se pega cada uno con los demás? (pon una "X" según tu opinión):
- Nunca
 - A veces
 - Muchas veces
- 3.11. En la gente que no es de tu familia, pero que tú conoces por el barrio, amigos, etc. ¿cuánto se pega cada uno con los demás? (pon una "X" según tu opinión):
- Nunca
 - A veces
 - Muchas veces
- 3.12. ¿Piensas que estás de acuerdo con que un hombre pegue a una mujer?
- ¿Por qué?
- (Incidir con sutileza en buscar alguna situación en la que el niño/a pudiera pensar que pegar un hombre a una mujer fuera aceptable): (pon una "X" en lo más adecuado):
- a) Volver a casa tarde.
 - b) Tener la casa desordenada.
 - c) No hacer las cosas como se dijeron que se hicieran.
 - d) Beber alcohol o consumir drogas.
 - e) Autodefensa.
 - f) Otros, explicar.....
- 3.13. ¿Piensas que estás de acuerdo con que una mujer pegue a un hombre?
- ¿Por qué?
- (Incidir con sutileza en buscar alguna situación en la que el niño/a pudiera pensar que pegar un hombre a una mujer fuera aceptable): (pon una "X" en lo más adecuado):
- a) Volver a casa tarde.
 - b) Tener la casa desordenada.
 - c) No hacer las cosas como se dijeron que se hicieran.
 - d) Beber alcohol o consumir drogas.
 - e) Autodefensa.
 - f) Otros, explicar.....
- 3.14. ¿Piensas que estás de acuerdo con que los padres peguen a los hijos/as?
- ¿Por qué?
- (Incidir con sutileza en buscar alguna situación en la que el niño/a pudiera pensar que pegar un hombre a una mujer fuera aceptable): (pon una "X" en lo más adecuado):
- a) Volver a casa tarde.
 - b) Tener la casa desordenada.
 - c) No hacer las cosas como se dijeron que se hicieran.
 - d) Beber alcohol o consumir drogas.
 - e) Autodefensa.
 - f) Otros, explicar.....

Caso clínico

Ana (nombre figurado), 14 años de edad, vive en una ciudad poblada del sur de la CM.

Motivo de ingreso

Remitida por sensación de cansancio y negativa a comer con un grado moderado-severo de desnutrición.

Enfermedad actual

Desde épocas de exámenes (principios de mayo del presente año) se encontraba nerviosa, alterada, sobrepasada con hipersomnolia y sin apetito. Durante el mes de junio aparecieron gastralgias mal delimitadas. Se acompañaba de sensación de ardores y náuseas. La alimentación fue por purés.

Se encontraba decaída y triste, pero muy centrada y preocupada por los exámenes. Durante las últimas semanas pedía ayuda profesional para superar el mal momento que estaba pasando. Las figuras parentales detectan que unas compañeras la hacían de menos e insultaban de forma descalificadora por sus buenos resultados escolares, hasta el punto de no entregar algún trabajo de Ana durante una época de enfermedad. De forma creciente observaron su apatía y retraimiento. En ningún momento las figuras parentales han constatado rechazo a su figura corporal ni quejas de encontrarse o sentirse gorda.

Antecedentes personales

Es descrita como una chica trabajadora, sensible. Habitualmente es una niña alegre, aunque manifiesta de forma activa sus enfados. Es descrita como tímida, pero le agradan mucho las relaciones interpersonales con las chicas de su edad.

Embarazo cursó con hipertensión que precisó reposo materno. Parto normal.

Diagnosticada de IPLV, tratamiento exento de lactosa hasta 18 meses. Con posterioridad ha sido diagnosticada de alergia a los frutos secos, pescado, ácaros, polen y Ac. Acetil Salicílico. Crisis asmáticas de repetición que han precisado ingreso a los 17 meses y 11 años. En varias ocasiones ha tenido que permanecer en casa en épocas escolares por la repetición de las crisis.

Chupete como objeto transicional hasta los seis años de edad. Le siguió una muñeca de trapo hasta los 10 años. Le costó adaptarse al inicio de la escolaridad, con llanto durante el camino al colegio durante varios meses. Descrita como una niña tímida, aunque le agrada las relaciones con los pares. No suele mostrar sus enfados, aunque tenga "su carácter" Su humor habitualmente es alegre.

Tenía un grupo de amigas que les daba importancia. Dentro

de ese grupo de amistades surgieron las descalificaciones por sus buenos resultados académicos y el acoso de forma crónica.

Antecedentes familiares

Segunda de cuatro hermanos. Abuela materna asmática. Abuelo materno fallecido de infarto hace 17 años. Abuelo paterno fallecido de Carcinoma gástrico hace 25 años.

Exploración al ingreso

Física: Peso: 39.9 kg. Talla: 1.60 m. IMC: 15,52 kg/m². TA: 93/77 mmHg. FC: 99 lpm. T^a: 36,7 ° C.

Psicopatológica: Alexia se presenta como una chica colaboradora, adecuada con buen nivel de contacto personal y de desarrollo de lenguaje. Buen grado de realidad ("estoy hecha una birria de delgada", "no comía nada porque estaba muy cansada y prefería dormir", "me fui acostumbrando a no comer..."). Curso del pensamiento normal, con contenidos depresivos. Nos narra que las amigas no querían ni que estudiara ni que aprobara y que no entregaban los trabajos que les daba cuando ella estaba enferma. Reconoce haber llorado a solas en muchas ocasiones y haber pensado en la muerte, pero no en quitarse la vida. Atribuye los síntomas a la presión por los estudios, al agotamiento y que por dormir para recuperarse se le fueron retirando las ganas de comer al dejar de comer.

Otras exploraciones: CDI: 14 (puntuación directa). EDI: El perfil en su conjunto se encuentra en rango normal. MACI: Puntuaciones significativamente elevadas para sumisión, conformismo, ansiedad. Ferritina: 344 ng/dl; Pre-Albúmina: 17.30 mg/dl.

Evolución

Durante el ingreso se ha comportado de forma adecuada, solamente en una ocasión presentó un vómito por ansiedad. Integrada en las actividades. Su nivel de verbalización es adecuado. Respetuosa con el personal sanitario y cariñosa con las figuras parentales. Se restituyó con rapidez el apetito, cumplía las normas de forma adecuada.

Diagnóstico

Se sigue la Clasificación CIE-10 versión Multiaxial para Infancia y Adolescencia:

- Eje I: F43.1 (Tipo II de Terr, por "bullying"); F43.21 y F50.8
- Eje II: XX
- Eje III: XX
- Eje IV: J45
- Eje V: 4.0 (Z62.1); 8.0 (Z55.4)
- Eje VI: 2

Preguntas de evaluación

PREGUNTAS SOBRE EL TEMA

1. ¿Qué tipologías consideraría dentro del concepto de malos tratos a la infancia?
 - a) Síndrome de Munchausen por poderes.
 - b) Chantaje emocional al niño.
 - c) Incesto.
 - d) Todas las anteriores.
 - e) Ninguna de las anteriores.
2. El acoso moral entre pares (“bullying”) debe ser considerado como una situación de alto riesgo:
 - a) Si es crónico y reaparece con agudizaciones periódicas (síndrome de estrés postraumático en la infancia y adolescencia tipo II de ETR).
 - b) En todas circunstancias.
 - c) Depende del tipo de acoso que reciba.
 - d) Cuando es agudo y de forma muy violenta.
 - e) No es necesario prestarle atención porque son cosas de chicos.
3. En caso de detectar alguna situación de maltrato a niños la notificación de la sospecha debe hacerse, según la Ley 1/96:
 - a) A la comisaría de Policía de distrito.
 - b) A la dirección del Centro de Salud u Hospitalario.
 - c) Al Juez de Menores.
 - d) Al Defensor del Menor.
 - e) Al Fiscal de Menores.
4. En el caso de somatizaciones crónicas en la infancia se debe sospechar, según últimos datos de investigaciones longitudinales:
 - a) Síndrome de Munchausen.
 - b) Maltrato psicológico o acoso emocional.
 - c) Cuadro disociativo.
 - d) Simulación.
 - e) Ninguno de los anteriores.

5. Entre los trastornos mentales más precoces y persistentes que originan los malos tratos a la infancia y la violencia familiar se encuentra:
 - a) Autismo infantil de Kanner.
 - b) Paranoia.
 - c) Trastornos del vínculo en la infancia.
 - d) Todos los anteriores.
 - e) Ninguno de los anteriores.

PREGUNTAS SOBRE EL CASO CLÍNICO

1. En qué cuadros clínicos habría que pensar en este caso expuesto para hacer el diagnóstico diferencial:
 - a) Depresión infantil.
 - b) Trastorno del comportamiento alimentario.
 - c) Acoso moral por pares (bullying).
 - d) Todos los anteriores.
 - e) Ninguno de los anteriores.
2. Qué acción o acciones serían prioritarias en estos tipos de casos de acoso moral entre pares:
 - a) Sensibilización de la comunidad educativa hacia el problema.
 - b) Tratamiento exclusivo de los trastornos mentales cuando aparecen.
 - c) Identificación y apartamiento de los agresores.
 - d) Las contestaciones A y C son las correctas.
 - e) No es preciso intervenir porque son “cosas de críos”.
3. El proceso “bullying” es importante porque los estudios de seguimientos longitudinales revelan un riesgo evolutivo hacia:
 - a) No se ha comprobado ningún efecto adverso.
 - b) Mayor posibilidad de violencia familiar.
 - c) Mayor posibilidad de estar involucrados en acoso laboral (mobbing).
 - d) Capacidad de liderazgo en los supuestos acosadores.
 - e) Las contestaciones correctas son la B y la C.

Respuestas al Curso

1ª ENTREGA

Capítulo 1. Historia clínica, evaluación y diagnóstico en Psiquiatría Infantil.

Tema: 1.B - 2.D - 3.A - 4.E - 5.D - 6.B - 7.C - 8.E

Capítulo 2. Recién nacido y lactante de riesgo.

Tema: 1.C - 2.E - 3.C - 4.E - 5.E

Caso clínico: 1.E - 2.E - 3.E

2ª ENTREGA

Capítulo 1. Depresión. Suicidio. Duelo.

Tema: 1.C - 2.D - 3.C - 4.A - 5.B

Caso clínico: 1.E - 2.E - 3.E

Capítulo 2. Trastorno obsesivo compulsivo.

Tema: 1.D - 2.E - 3.E - 4.E - 5.A

Caso clínico: 1.D - 2.A - 3.D

3ª ENTREGA

Capítulo 1. Autismo y espectro autista.

Tema: 1.E - 2.B - 3.B - 4.C - 5.E

Caso clínico: 1.D - 2.D - 3.D

Capítulo 2. Trastornos específicos del aprendizaje.

Tema: 1.D - 2.B - 3.E - 4.E - 5.B.

Caso clínico: 1.A - 2.A - 3.B

4ª ENTREGA

Capítulo 1. Trastornos del sueño.

Tema: 1.C - 2.A - 3.E - 4.B - 5.D

Caso clínico: 1.D - 2.A - 3.E

Capítulo 2. Enuresis y encopresis.

Tema: 1.A - 2.B - 3.E - 4.C - 5.E

Caso clínico: 1.E - 2.C - 3.C

5ª ENTREGA

Capítulo 1. Ansiedad.

Tema: 1.A - 2.E - 3.E - 4.B - 5.E - 6.B - 7.A - 8.B

Capítulo 2. Trastornos de comportamiento alimentario.

Tema: 1.C - 2.A - 3.C - 4.C - 5.B

Caso clínico: 1.D - 2.C - 3.B

6ª ENTREGA

Capítulo 1. Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

Tema: 1.E - 2.C - 3.D - 4.E - 5.C

Caso clínico: 1.E - 2.D - 3.E

Capítulo 2. Trastorno del comportamiento.

Tema: 1.C - 2.E - 3.D - 4.C - 5.B

Caso clínico: 1.B - 2.C - 3.E

7ª ENTREGA

Capítulo 1. Agresividad y violencia.

Tema: 1.C - 2.E - 3.E - 4.A - 5.A

Caso clínico: 1.E - 2.E - 3.C

Capítulo 2. Nuevos retos en la educación de los hijos.

Tema: 1.D - 2.E - 3.B - 4.E - 5.A

Caso clínico: 1.D - 2.C - 3.A

Capítulo 3. Enfermedad crónica.

Tema: 1.E - 2.D - 3.E - 4.E - 5.A

Caso clínico: 1.C - 2.C - 3.B

8ª ENTREGA

Capítulo 1. Consumo de sustancias.

Tema: 1.D - 2.E - 3.E - 4.D - 5.D

Caso clínico: 1.B - 2.E - 3.D

Capítulo 2. Maltrato en la infancia y abuso infantil.

Tema: 1.D - 2.A - 3.E - 4.B - 5.C

Caso clínico: 1.D - 2.D - 3.E