

El maltrato y el abuso sexual infantil en Atención Primaria de Salud. Los pediatras: parte del problema y parte de la solución

L. Rodríguez Molinero

Doctor en Medicina. Pediatra. Máster en Orientación Familiar por Universidad Pontificia de Salamanca. Hospital Campo Grande. Valladolid



Resumen

Los avances sociales, inevitables, llevan consigo el aumento de la sensibilidad humana al dolor y al sufrimiento para intentar evitarlo o, al menos, mitigarlo. El Maltrato Infantil (MTI) es una de las incidencias que más daño hace y más inquieta a una sociedad que desea creer en el género humano. Cuando hablamos de un niño que ha sido maltratado, estamos construyendo un adulto resentido, dolido y con muchas posibilidades de convertirse en un nuevo agresor. Las consultas médicas y, sobre todo, las de Atención Primaria, están situadas en el mejor lugar para prevenir, diagnosticar y atender al niño que ha sufrido maltrato.

El MTI puede ser físico, psicológico, estar producido por negligencia o por fingimiento de síntomas que el niño no tiene. El abuso sexual, al que desde ahora llamaremos maltrato sexual, es especialmente llamativo por estar más oculto y, precisamente por ello, ser más dañino.

Para un profesional, colaborar para erradicar este problema en beneficio del niño es una obligación y, al mismo tiempo, una contribución a una sociedad que se propone ser cada vez más justa con la infancia, respetando las necesidades y los derechos de los niños, y más acogedora y positiva para ellos, y para todos.

Abstract

Unavoidable social advances bring about an increase in human sensitivity to pain and suffering to try to avoid it or, at least, mitigate it. Child Mistreatment (MTI) is one of the most damaging incidents and more disturbing to a society that wants to believe in the human race. When we talk about a child who has been mistreated, we are building a resentful, hurt and with many possibilities of becoming a new aggressor. The medical consultations and, above all, those of Primary Care, are located in the best place to prevent, diagnose and treat the child who has suffered abuse.

The MTI can be physical, psychological, be produced by negligence or by pretending symptoms that the child does not have. Sexual abuse, which we now call sexual abuse, is especially striking because it is more hidden, and precisely because of that, it is more harmful.

For a professional, collaborating to eradicate this problem for the benefit of the child is an obligation and at the same time a contribution to a society that aims to be ever more just with children, respecting the needs and rights of children, and more welcoming and positive for them, and for all.

Palabras clave: Maltrato infantil; Maltrato sexual; Consentimiento sexual.

Key words: Child abuse; Sexual abuse; Sexual consent.

“ Lo único que todos los niños tienen en común son sus derechos. Todo niño tiene derecho a sobrevivir y prosperar, a recibir una educación, a no ser objeto de violencia y abusos, a participar y a ser escuchado. ”

Mensaje del Secretario General de las Naciones Unidas con ocasión del Día Internacional del Niño. 20 de noviembre de 2015.

Introducción

Una sociedad que protege al niño cree en un futuro optimista.

Poner al día el tema del Maltrato Infantil (MTI) supone para un profesional una ambivalencia. Por un lado, se trata de un tema “feo, escabroso y duro”, relacionado con los instintos más abyectos del ser humano. Pero, por otro lado, cuando se describe el entorno de una “sociedad líquida”, decadente, acomodaticia e insolidaria, intentar revisar lo que hasta ahora sabemos del MTI, no deja de ser signo optimista de una sociedad, o una parte de la sociedad, que es sensible al dolor infantil, intenta ser justa y pretende mejorar el trato a la infancia como parte del deseo de que el futuro de la humanidad sea mejor.

La ciencia ha buscado las causas de las cosas para evitar sus consecuencias. La psiquiatría atribuye muchas causas de enfermedades mentales, que comienzan en la infancia, a un mal desarrollo de la persona por razones de crianza. De esta forma, sabemos que el MTI está en la base de muchos problemas, incluido el suicidio. Iniciar la vida por caminos violentos y agresivos no es la mejor manera de crear un adulto sano. “No hay salud física sin salud mental y no hay salud mental de adulto si no la ha habido en la infancia”. El mundo de los adultos ha reflejado siempre poca empatía por los menores que han sido rechazados por molestos en muchos ambientes sociales.

El MTI es tan antiguo como la humanidad. Existen referencias en obras literarias, pinturas y esculturas⁽¹⁾.

No hay una teoría que explique de manera totalmente adecuada la génesis del MTI. Originariamente, se achacó a la psicopatología de los progenitores; después a la presión y características negativas del entorno social. Posteriormente, han surgido otros enfoques relacionados con la interacción social (Belsky, Cicchetti y Rizley, Vasta o Wolfe) y, en estos momentos, se explican por la llamada: psicología de tercera generación (Milner, Hillson y Kuper).

Evolución histórica de la infancia

La infancia nunca se ha contemplado con tanto interés como ahora.

Cuando se trata de analizar el MTI en el siglo XXI, es importante saber de dónde venimos y a dónde vamos, para tener la suficiente perspectiva que nos permita tener una visión optimista del futuro. La humanidad pierde confianza en sí misma, cuando se horroriza con lo que observa en cada momento y en cada circunstancia. Hay que considerar dos elementos: la Historia y la condición humana (patología incluida).

La infancia no se ha percibido en otros tiempos como se entiende en la actualidad. Por poner un ejemplo, en la Antigüedad, el abandono, y hasta el infanticidio no estaban penados. Es, a partir del siglo IV, cuando se empiezan a considerar de forma distinta por la opinión pública y la ley.

Aristóteles en “Ética a Nicómaco” recoge la necesidad de medidas educativas para “hacer hombres libres”. El cristianismo pondera el papel del padre y de la madre en la alimentación, cuidados y crianza, por mandato de Dios. En la Edad Media, los niños eran propiedad de los padres, con discriminación de las

niñas. En el Renacimiento y hasta el siglo XVII, Erasmo (*De Pueris*, 1530) manifiesta cierto interés por la naturaleza infantil. Comenius (1592-1670) insiste en que se debe educar tanto a niños como a niñas, y en el papel de la madre como primera educadora. El Liberalismo es la época de reconocimiento de derechos. Se empieza a considerar al Estado garante último de estos derechos. La figura más representativa de esta etapa en J.J. Rousseau. Su obra “Emilio” describe un método educativo muy divulgado en la Francia de la época. Una de las ideas más conocidas es que el niño es bueno por naturaleza, y es la sociedad la que desvía las buenas intenciones del niño. Rousseau defendía la educación obligatoria de niños y niñas.

En Estados Unidos y Reino Unido, influenciados por el pensamiento calvinista, no se consideraba la bondad infantil innata de la que hablaba Rousseau. Por ello, se justificaba que el niño fuera educado de forma autoritaria, y se permitía el castigo físico y público.

Tabla 1. Algunos datos sobre la infancia a lo largo de la historia. En: <http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/4865/1/514517%20historia.pdf>

1. El infanticidio se practicaba profusamente con:
 - Niños deformes o con algún defecto físico
 - Hijos ilegítimos o producto de relaciones adúlteras de la mujer
 - Falta de recursos económicos

2. A lo largo de la antigüedad y Edad Media:
 - La mortandad infantil por causas naturales era muy elevada
 - Respecto al trato de los hijos, una idea muy extendida durante siglos es que el padre y la madre deben asumir distintos papeles: severidad y pocas expresiones afectivas por parte del padre, condescendencia y afecto de la madre
 - Junto a estas ideas, pervive durante siglos la convicción de que la influencia prolongada de una madre “afectiva” y “besucona” es nociva para el desarrollo del niño

3. La pobreza secular de grandes sectores de la población europea conlleva la práctica de incorporar al niño al trabajo desde los 5 años (hasta el siglo XIV, muchas niñas de familias pobres son entregadas como sirvientas a los 6 años). El niño es, en cierto modo, “esclavo del adulto”. Los padres tienen la propiedad sobre él

4. En el siglo XII, la Iglesia decreta que no se puede vender a un hijo después de los 7 años. En Rusia, no se prohíbe legalmente hasta el XIX

5. Siglo XVIII: Maltusianismo. Prácticas anticonceptivas. Disminución de la mortandad infantil. Durante siglos, hay un interés por “educar” al niño

6. El siglo XX, reconocimiento de necesidades específicas: el niño como persona, con derecho a la identidad personal, a la dignidad y la libertad. Declaración de los Derechos del Niño. La Convención sobre los Derechos del Niño es adoptada por la Asamblea General de la ONU y abierta a la firma y ratificación por parte de los Estados

Tabla II. *Save the Children*. Principios fundamentales. Derechos del niño.

1. **Participación:** los niños, como personas y sujetos de derecho, pueden y deben expresar sus opiniones en los temas que los afecten
2. **Supervivencia y desarrollo:** las medidas que tomen los Estados Parte para preservar la vida y la calidad de vida de los niños deben garantizar un desarrollo armónico en el aspecto físico, espiritual, psicológico, moral y social de los niños, considerando sus aptitudes y talentos
3. **Interés superior del niño:** cuando las instituciones públicas o privadas, autoridades, tribunales o cualquier otra entidad deba tomar decisiones respecto de los niños y niñas, deben considerar aquellas que les ofrezcan el máximo bienestar
4. **No discriminación:** ningún niño debe ser perjudicado de modo alguno por motivos de raza, credo, color, género, idioma, casta, situación al nacer o por padecer algún tipo de impedimento físico

En el siglo XIX, con la llegada de la industrialización, la necesidad de mano de obra y la ausencia de una legislación protectora, los niños y niñas de las clases más desfavorecidas, fueron utilizados para trabajos en condiciones extremas. En esa época, empiezan a surgir movimientos e instituciones (Orfanatos, Maternidades y Casas de Socorro) orientados a proteger, cuidar y educar a los niños trabajadores, y a aquellos que vagaban por las ciudades ocasionando numerosos problemas de convivencia social.

A partir del siglo XX, se asume que la infancia es más frágil que la edad adulta, tiene necesidades específicas y precisa protección por parte de las instituciones competentes. A finales del siglo XX, se aprueban las leyes adecuadas al efecto, a nivel nacional e internacional⁽²⁾ (Tabla I y II).

Definición de maltrato infantil

Es más fácil de definir el buen trato a la infancia, que definir el MTI.

No es fácil explicar qué se entiende por MTI, ya que depende de muchos factores, tanto objetivos como subjetivos, sociales, individuales y jurídicos, y es muy complejo llegar a un consenso práctico que nos permita actuar a nivel clínico. Hay más consenso a la hora de acordar qué entendemos por buen trato y, a partir de ahí, definir como maltrato: aquel que no cumple los criterios de buen trato.

Se entiende por buen trato: el conjunto de cuidados que satisface las necesidades de las personas, como especie en

la naturaleza, para sobrevivir de forma plena.

Los seres humanos tenemos **necesidades biológicas**, relacionadas con el bienestar físico corporal: alimentarse, dormir, desarrollar hábitos higiénicos generales, practicar actividad física, protegerse de inclemencias o de tóxicos ambientales.

Hay otras **necesidades puramente mentales**: saber, conocer, satisfacer la curiosidad, un estímulo muy importante para el crecimiento social e individual, ser empático con la existencia, ser biófilo y considerar el mundo como un lugar acogedor, a pesar de lo que a nuestro alrededor observamos.

Hay también **necesidades emocionales**: tener una familia, sentirse querido y querer; saberse perteneciente al colectivo de los seres humanos, no considerarse abandonado ni marginado ni

rechazado; experimentar en la familia la seguridad que da el desarrollo del buen apego y vinculación.

Hay otras necesidades, como pertenecer a grupos sociales donde se puedan realizar los proyectos que dan autonomía, participación y capacidad de realización a la persona.

Si tenemos en cuenta la **Declaración de los Derechos del Niño (DDN)**, las necesidades se convierten en derechos y, por tanto, son objeto de protección legal (Tabla III).

La dificultad de construir una definición operacional efectiva y universal del maltrato infantil ha sido reconocida por numerosos expertos. Cicchetti y Lynch (1995) y Cicchetti y Toth (2005) destacan como problemas para consensuar esta definición: la falta de consenso social acerca de qué prácticas parentales son inaceptables o peligrosas; la falta de acuerdo sobre si la intención de los padres para que suceda un acto de maltrato debe o no debe ser considerada en la definición; la incertidumbre sobre si se debe definir el maltrato basándolo en el comportamiento de los adultos o, por el contrario, en los efectos que produce en las niñas y los niños o si debe englobar una combinación de ambas cosas; duda sobre la utilización de la misma definición para propósitos científicos, legales y clínicos. Este último aspecto ha sido un motivo constante de desacuerdos, debido a que científicos, legisladores y clínicos usan la definición de maltrato que mejor se adapte a sus particulares necesidades.

Tabla III. Definiciones de Maltrato Infantil

1. La OMS: "Como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye, a veces, entre las formas de maltrato infantil"
2. El Comité Internacional de la Infancia de París los define: "la acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y de su bienestar, que amenace o interfiera su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad"
3. Centro Reina Sofía, " Toda forma de violencia que se perpetra contra un menor".
En: www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/.../pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf
4. En 1999, la *WHO Consultation on Child Abuse Prevention* definió: "el abuso o maltrato infantil como todas las formas de violencia física y emocional, malos tratos, abuso sexual, negligencia, explotación comercial o de otro tipo, resultando en un daño real o potencial para la salud, desarrollo o dignidad del niño/a en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder"

Factores de riesgo (FR) y protección (FP)⁽³⁾

Los FR no tienen una relación directa causa-efecto, sino una asociación de probabilidad.

Tanto la OMS (2009) como el Informe del Centro Reina Sofía (2011) coinciden, en términos generales, en proponer los siguientes FR y FP. Pero esta coincidencia no los convierte en FR o FP determinantes, sino que deben ser considerados como parte de una red que favorezca o entorpezca la probabilidad de casos de MTI (Pereda y Abad, 2013). No son, pues, referencias a una relación directa entre causa y efecto, sino a una asociación de probabilidad (Finkelhor y Asdigian, 1996).

- **FR del niño:** no hay que olvidar que los niños son las víctimas y que nunca se les podrá culpar del maltrato. No obstante, hay una serie de características del niño que pueden aumentar la probabilidad de que sea maltratado: la edad inferior a cuatro años o la adolescencia; el hecho de no ser deseados o de no cumplir las expectativas de los padres; y el hecho de tener necesidades especiales.
- **FR de los padres o cuidadores:** dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido; el hecho de no cuidar al niño; los antecedentes personales de maltrato infantil; la falta de conocimientos o las expectativas no realistas sobre el desarrollo infantil; el consumo indebido de alcohol o drogas, en especial durante la gestación; la participación en actividades delictivas; y las dificultades económicas.
- **FR relacionales:** los problemas físicos, mentales o de desarrollo de algún miembro de la familia; la ruptura de la familia o la violencia entre otros miembros de la familia; el aislamiento en la comunidad o la falta de una red de apoyos; y la pérdida del apoyo de la familia extensa para criar al niño.
- **FR sociales y comunitarios:** la falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones; los niveles de desempleo o pobreza; la facilidad de acceder al alcohol y las drogas; la falta de pro-

gramas de prevención del maltrato; la pornografía, la prostitución y el trabajo infantiles; las costumbres que debilitan las relaciones del niño con sus padres o fomentan la violencia; los castigos físicos, la rigidez de los papeles asignados a cada sexo; y las iniciativas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan desigualdad o inestabilidad.

Respecto a los FP o compensadores, podemos encontrar, entre otros: una vinculación afectiva positiva en la familia; la existencia de una red de apoyo psicosocial; la seguridad económica, la autonomía; el apoyo de la pareja en la crianza; o la integración social del menor y de sus padres con su grupo de iguales (Informe Reina Sofía 2011). La resiliencia es un FP de primera magnitud. Es la capacidad de un niño para resistir el daño causado por los factores adversos de su vida. La resiliencia es tanto mayor, cuanto mayores son los FP que se tengan. Por tanto, no se nace resiliente, sino que se le hace resiliente (Cyrułnik, 2003).

Magnitud del MTI. Epidemiología

Los estudios epidemiológicos no reflejan ni la incidencia ni la prevalencia real del MTI.

El número de niños maltratados jamás podrá ser conocido. Así de contundente se manifestaba Kempe cuando publicó el primer caso del “niño sacudido” en 1962. Solo se cuenta con aproximaciones a la realidad del problema. Se asume mayoritariamente que los estudios epidemiológicos no reflejan ni la incidencia ni la prevalencia real del MTI. Se acepta que se detectan entre un 10 a un 20% de los casos que se producen. La mayoría de los casos detectados y denunciados corresponden a los más graves de maltrato físico, pero otras formas de maltrato de gran prevalencia, como son el abandono y el maltrato sexual, son más difíciles de detectar y registrar⁽⁴⁾.

Las estimaciones actuales son muy variables, dependiendo del país y del método de investigación utilizado.

La región europea de la OMS en 2013, evaluó una mortalidad por MTI

en Europa de 0,07 por 100.000 niños, siendo en España del 0,18.

Respecto a la prevalencia, en ese mismo estudio, se estimaba que, de cada una de las tipologías clásicas: 29,1 por 100.000 niños, correspondían: al maltrato psicológico (MPS); el 16,3 a la negligencia (NGC); el 22,9 al maltrato físico (MF); y el abuso sexual infantil (ASI) afectaba al 9,6 de las niñas y al 5,7 de los niños⁽⁵⁾.

El “Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar del Centro Reina Sofía”, refiere que de los casos declarados en España, en el año 2005, fueron de 0,84 niños maltratados por 1.000 niños menores de 18 años.

La negligencia es el tipo de maltrato más frecuente. Representa el 86,4% del total de los maltratos, seguido del abuso emocional y, posteriormente, del maltrato físico.

Consecuencias del MTI en la familia

No todos los niños se ven afectados de igual forma ante el maltrato. Unos son muy sensibles y otros demuestran una tremenda capacidad de “resiliencia”.

El maltrato puede conllevar un daño en la integridad física o psicológica del niño. Este daño puede tener mayor o menor importancia, dependiendo de factores, tales como: el tipo de maltrato, su gravedad y frecuencia, la edad del niño, las características del niño, la existencia de figuras de apoyo, etc.

La mayoría de las situaciones de maltrato —sea físico o psicológico— afectan negativamente al niño, sobre todo, por la repercusión que tienen en su desarrollo emocional y, consecuentemente, en el social y cognitivo.

Efectos emocionales

Pueden perturbar el proceso de formación de los vínculos de apego e interferir en la capacidad del niño de regular sus emociones. Así, el menor puede acabar desarrollando un apego inseguro. De ahí, que los niños maltratados sean más propensos a presentar problemas para relacionarse, no solo con sus cuidadores, sino también con su entorno social (escuela, grupo de amigos, etc.). Las niñas maltratadas tien-

den a mostrar más signos de malestar interno (vergüenza y culpa) y los niños son más agresivos física y verbalmente (Mash y Wolf, 2005).

Efectos cognitivos

Los niños maltratados frecuentemente carecen de creencias positivas esenciales acerca de sí mismos y de su mundo. Pueden interpretar las intenciones de sus compañeros y profesores como más hostiles de lo que realmente son. Estas distorsiones cognitivas se deben, en gran parte, a que los niños maltratados viven en un mundo de extremos y de continuas contradicciones emocionales, por lo que tienen verdaderas dificultades para entender, graduar y regular sus estados internos. Con el paso del tiempo, esta incapacidad para identificar y regular las emociones influirá en la aparición de problemas de internalización (depresión y miedos) y de externalización (hostilidad y conductas violentas).

Efectos conductuales

Según el tipo de MTI aparecen efectos distintos. Así, los niños víctimas de maltrato físico y los que han sido testigos de violencia entre sus padres, suelen ser más agresivos con sus compañeros; responden con ira y violencia ante estímulos positivos (manifestaciones amistosas) y negativos (señales de malestar), sufren rechazo por parte de sus compañeros y tienen más tendencia a relacionarse con otros menores violentos.

Los niños que han padecido maltrato psicológico pueden presentar problemas de rendimiento académico, especialmente a escala intelectual y lingüística, así como problemas para relacionarse con sus compañeros.

En cuanto a los niños que han sido víctimas de abuso sexual, suelen presentar un comportamiento sexual inapropiado para su edad y conductas antisociales en la escuela y en la sociedad en general (Ezpeleta, 2005).

Los niños víctimas de negligencia son más retraídos y evitan relacionarse con sus compañeros. Cuando son pequeños (en la etapa de preescolar o educación infantil), suelen aislarse y no jugar con otros niños. Además, rara vez muestran signos de cariño hacia sus madres u otros menores.

Efectos neurobiológicos

Muchos de los problemas emocionales, cognitivos y conductuales que presentan los niños maltratados pueden ser el resultado de las anomalías cerebrales provocadas por los golpes y el estrés crónico que viven estos niños. Los MTI pueden ocasionar un daño permanente en la estructura neural y en el funcionamiento de un cerebro todavía en desarrollo. Estos efectos pueden causar deficiencias en el desarrollo del lenguaje y las capacidades cognitivas.

Hijos de madres maltratadas

Los hijos de madres maltratadas corren un alto riesgo de padecer problemas cognitivos, emocionales y conductuales. En cuanto a los efectos cognitivos, los hijos de madres maltratadas pueden presentar retraso en el desarrollo, problemas de aprendizaje y de atención, sintomatología ansiosa o depresiva, y estrés y ansiedad anticipatoria ante la posibilidad de nuevas agresiones (Jaffe, Wolfe y Wilson, 1990).

En cuanto a los efectos emocionales, experimentan sentimientos de inseguridad y baja autoestima. Su malestar psicológico no solo es resultado de haber presenciado violencia, sino también de la convivencia diaria con un agresor que presenta un estilo parental caracterizado por un patrón de comportamiento violento.

Transmisión intergeneracional

Muchos estudios sostienen que los hijos de padres maltratadores pueden llegar a reproducir las situaciones de las que han sido víctimas. Sin embargo, los autores insisten en que el maltrato infantil debe considerarse un factor de riesgo, y no un factor determinante. En esta dirección apunta también la literatura sobre factores protectores (Glasser, Kolvin, Campbell, Leitch y Farrelly, 2001)⁽⁶⁾.

Tipos de maltrato infantil⁽⁷⁾

Hay tantos tipos de MTI como formas de dañar a un niño.

Maltrato físico

Ha sido definido por Arruabarrena y De Paúl como: un tipo de comportamiento de carácter voluntario que provoca un daño físico en el niño o bien el

riesgo de padecer una enfermedad física. Es la forma mejor conocida y lo que dio lugar a que Kempe (1962) describiera unas lesiones no accidentales producidas en un niño maltratado. Estos daños pueden ser consecuencia de una disciplina mal entendida, pero también expresión de rechazo, de rasgos sádicos del agresor o de una impulsividad incontrolada. Las lesiones corporales están producidas por cualquier objeto físico o producto químico: hematomas, heridas, arañazos, quemaduras, mordeduras, latigazos...

Los signos de alerta de un daño no accidental son: existencia de accidentes previos, discordancia entre lo relatado por los padres o tutores y los hallazgos clínicos, evidencia de negligencia, poca higiene o desnutrición, retraso en solicitar servicios asistenciales, hematomas múltiples, hemorragias internas o externas, lesiones o fracturas inhabituales en la infancia, lesiones específicas, como: quemaduras, señales de golpes con la mano, cinturón...

Maltrato emocional

Lo relativo a rechazo, abandono, desprecio, insultos o bloqueo a iniciativas por parte de algún miembro del grupo familiar, no es fácil de interpretar como MTI⁽⁸⁾.

Signos de alerta:

- Rechazo. En los menores de dos años, es una oposición activa a aceptar impulsos primarios de apego del niño, a las iniciativas de este, y a las respuestas naturales al contacto humano. Entre dos años y menores de cuatro, la exclusión activa del niño de las actividades familiares. En la etapa escolar, la expresión constante al niño de una valoración negativa de él mismo. En la adolescencia, es el rechazo a aceptar cambios en el papel social esperados, como una mayor autonomía.
- Aterrorizar. Se refiere a situaciones en las que se amenaza al niño con un castigo extremo con el que se intenta crear en él un miedo intenso. En menores de dos años, ruptura deliberada y consciente de la tolerancia a los cambios y a los nuevos estímulos. Entre dos y cuatro años, uso de gestos y palabra exagerados, con el fin de producir miedos y castigos. En

la edad escolar, exigir al niño respuestas a demandas contradictorias, tanto por parte de padres como de tutores. En la adolescencia, humillaciones públicas o en grupos sociales.

- Aislamiento. Va dirigido a privar al niño de una vida social satisfactoria y enriquecedora para sus experiencias emocionales. En menores de dos años, bloquear la posibilidad de interactuar con los padres o figuras de apego. Entre dos y cuatro años, evitar cualquier contacto que no sea con los padres. En la edad escolar, dificultar las relaciones normales con sus compañeros. Durante la adolescencia, impedir que participe en actividades informales fuera del hogar.
- Violencia doméstica extrema o crónica. Es MTI, cuando se producen permanentemente escenas de violencia verbal o física delante de los niños.

Negligencia física

Es la inexistencia de las condiciones necesarias para salvaguardar el bienestar del niño. Suele darse con más frecuencia en familias con graves situaciones socioeconómicas, como: deficiencias mentales, adicciones o incompetencias de uno o ambos progenitores, pero también en familias acomodadas, que trasladan sus obligaciones a terceros o a otras instituciones. Las necesidades del niño, como: el afecto, la higiene, la alimentación, la protección, las vacunaciones, la educación, los controles de salud mínimos, la autoestima, la socialización adecuada..., en algunos casos, no son atendidas de forma adecuada.

Signos de alerta: cuidado físico deficiente, alteraciones del crecimiento por causa externa e intencionada, como: la alimentación inadecuada, ausencia de vacunaciones o cuidados médicos básicos, repetidas ausencias escolares no justificadas o falta de estímulos suficientes que garanticen una autoestima mínima.

Negligencia psíquica o emocional

Es una “falta persistente de respuesta a señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras o de proximidad e interacción iniciadas por el niño, y falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura adulta estable”.

Signos de alerta: ausencia de disponibilidad de los padres hacia el niño; frialdad y falta de afecto; fracaso en la protección al niño ante amenazas externas o inacción ante su demanda de ayuda; renuncia a intervenir por parte de los padres o tutores en casos de interés del menor; suspender un tratamiento que se ha comprobado como eficiente.

Maltrato prenatal

Si el niño tiene derecho a nacer sano, ha de ser protegido desde la concepción. La inexistencia de cuidados que garanticen este derecho es también un tipo de maltrato. Algunos factores que atentan contra la salud fetal son: un trabajo excesivo de la madre; hábitos poco saludables, como tabaquismo, consumo de alcohol y drogas; rodearse de ambientes tóxicos o excesivamente contaminados; abusar de medicamentos innecesarios o potencialmente teratogénicos; o no hacer los controles mínimos que los sistemas de salud organizan y recomiendan de acuerdo a los recursos del lugar.

Trastorno facticio impuesto a otro

Es la denominación que el DSM-5 da al antiguo “síndrome de Munchausen por poderes”. Se trata de síntomas inducidos por adultos que cuidan del niño. Las manifestaciones son variadas, múltiples e inclasificables. Son casos que entrañan una gran dificultad diagnóstica a la que se llega por exclusión.

Signos de alerta: consultas recurrentes por síntomas parecidos o iguales. Uso de múltiples servicios sanitarios, incluidas urgencias. Discordancia entre los síntomas y signos relatados fuera del ambiente médico y los hallazgos en la exploración clínica y analítica. Relativa tranquilidad de la madre ante las dudas del diagnóstico. En otras ocasiones, inquietud exagerada. Insistencia en realizar pruebas, aunque estas conlleven riesgo. Antecedentes de rasgos psicopatológicos en la familia.

Violencia doméstica y de género

Según el Boletín sobre Vulnerabilidad Social de Cruz Roja (julio 2017), más del 90 por ciento de los hijos de víctimas de violencia de género ha presenciado algún episodio de humillación o de agresión física o verbal hacia su progenitora. De ellos, la mitad también ha sido objeto de insultos, menosprecios

(un 57,3%) o de ataques físicos, golpes, rasguños y moratones (un 43,6%).

Según la OMS, los niños que crecen en familias en las que hay violencia, pueden sufrir diversos trastornos conductuales y emocionales y, a su vez, pueden ver esa violencia como normal.

Acoso escolar (AE)

Para Olweus, la victimización o maltrato psicológico entre iguales se corresponde con una conducta de persecución física y/o psicológica que realiza el alumno o alumna contra otro u otros, a los que elige como víctimas de repetidos ataques. La RAE lo define muy bien y muy concisamente: “en centros de enseñanza, acoso que uno o varios alumnos ejercen sobre otro con el fin de denigrarlo y vejearlo ante los demás”. Según el estudio Cisneros-X (Oñate y Piñuel), entre 2º de primaria y bachillerato, el acoso es proporcionalmente indirecto a la edad: a menos edad, mayor frecuencia.

El AE tiene consecuencias en la víctima, en el agresor y en los espectadores. En la víctima, aparece: rechazo al colegio, mal rendimiento escolar, ansiedad, depresión, baja autoestima e ideaciones suicidas. En el agresor, surgen formas de relacionarse mediante la violencia, además de fracaso escolar y consumo de tóxicos, entre los más importantes. Finalmente, los espectadores acusan ciertas formas de culpabilidad ante el consentimiento de una situación que han podido controlar.

Ciberacoso (CA)

Save the Children hace una definición de CA siguiendo los criterios de Olweus: el ciberacoso es un comportamiento repetitivo de hostigamiento, intimidación y exclusión social de la víctima, que implica diversas formas de violencia física, psicológica o verbal, y que suele hacerse en momentos en los que no hay ningún adulto presente.

Estas situaciones están relacionadas íntimamente, son la presencia de las TICs en esta generación de niños, llamados “nativos digitales”. Según datos del INE del año 2015, prácticamente toda la población escolar (12 a 15 años) tiene acceso a Internet, y un porcentaje próximo al 90% (y en aumento) posee *smartphone* y lo usa para acceder a las redes sociales y a sus contactos perso-

nales. La única diferencia respecto al AE es que no hay presencia física, pero a cambio, el acoso persiste a lo largo de todo el tiempo que el acosador desee. El anonimato, la gran difusión y la inmediatez, suponen un daño añadido. Las encuestas a 21.487 estudiantes de ESO muestran que un 9,3% ha sufrido acoso y un 6,9% ciberacoso. Extrapolado al conjunto de la población, el número de víctimas se eleva a 111.000 y 82.000 menores de edad, respectivamente.

- Las chicas salen peor paradas: un 10,6% ha sufrido acoso (frente a un 8% de chicos) y un 8,5% ciberacoso (un 5,3% de chicos).
- En Andalucía, Melilla e Islas Baleares, el promedio de estudiantes que han sufrido acoso es superior a la media nacional.

Grooming y sexting

Por *grooming* se entiende un conjunto de técnicas que emplea un adulto para seducir a un menor con fines sexuales. Entre las técnicas están: la mentira, el engaño y la ficción hasta conseguir la confianza del menor y obtener fotos o videos cada vez más explícitos, que podrían usarse como chantaje para lograr otros fines. Mientras que *sexting* es la divulgación por medio de TICs de mensajes de contenido sexual privados, sin autorización. La difusión se produce por las personas de supuesta confianza a las que se les envió, y supone humillación y chantaje para la víctima. Ambos casos, constituyen un delito y están perseguidos por la Ley. Los daños ocasionados son similares al ciberacoso.

Violencia de género entre adolescentes

Es el equivalente de la violencia doméstica típica, pero referida a adolescentes. Se ha detectado en los últimos años y los datos apuntan a que va aumentando.

“La violencia durante el noviazgo (*dating violence*) es definida como: todo ataque intencional de tipo sexual, físico o psíquico de un miembro de la pareja contra el otro en una relación íntima, integrada por jóvenes o adolescentes. Wolfe y Werke, 1999, la definen como: cualquier intento por controlar o dominar física, sexual o psicológicamente a una persona, generando algún tipo de daño sobre ella”⁽⁹⁾. Hemos llegado a la

conclusión de que la violencia de género en parejas de adolescentes es una realidad estable, desgraciadamente, poco conocida o, mejor dicho, poco reconocida aún por esta población (Díaz-Aguado, y Carvajal. 2011). En concreto, un 80% de chicas y un 75% de chicos no relacionan la falta de amor con el maltrato.

Entre los **factores de riesgo** que aumentan la probabilidad que se produzca violencia en la pareja adolescente, destacan: la influencia del grupo de iguales, el uso de sustancias, las actitudes de tolerancia y aceptación de la violencia implícitas en la sociedad y que pueden llevar a la normalización de la misma, así como variables que tienen que ver con el ajuste psicológico (hostilidad, agresividad, hiperactividad, baja empatía, ánimo depresivo, escasa capacidad de control de la ira, celos, impulsividad, etc.) (Díaz-Aguado, 2004; Leen, Sorbring, Mawer, Holdsworth, Helsing y Bowen, 2013; González-Ortega, et al., 2008).

Maltrato institucional

Se produce cuando las instituciones no tienen en cuenta las necesidades de los niños para su atención y tratamiento, ya sean escuelas, parque, hospitales, etc.

Signos de alerta: abuso de pruebas diagnósticas; no pedir consentimiento informado; dedicación insuficiente de tiempo en la consulta; hospitalizaciones innecesarias; parques infantiles con riesgo de accidentes o daños; descuidos en el mantenimiento o diseño del entorno urbano o rural frecuentado por niños, etc.

Maltrato sexual infantil (MSI)

El daño en el MSI depende de la edad del menor, del agresor y de la actividad realizada.

La Academia Española de Sexología propone completar la clasificación existente, incluyendo una nueva tipología general etiquetada como: “maltrato sexual” MSI, entendiendo por ello: cualquier acción u omisión intencionada, no accidental, que pueda hacer daño a la sexualidad infantil y a su desarrollo sexual y amoroso posterior⁽¹⁰⁾.

Según la OMS, el MSI es: “una acción en la que se involucra a un

Tabla IV. Tipos de MSI⁽¹¹⁾

1. Los matrimonios concertados de menores
2. Abusar sexualmente de una persona menor
3. Las diferentes formas de explotación sexual
4. La no aceptación de la identidad sexual
5. La no aceptación de la homosexualidad o la bisexualidad
6. La negación a las personas con discapacidad de la educación sexual
7. Las diferentes formas de negligencia sexual
8. La violencia de género y todo tipo de violencia intrafamiliar

menor en una actividad sexual que él o ella no comprende completamente, para la que no tiene capacidad de libre consentimiento o su desarrollo evolutivo (biológico, psicológico y social) no está preparado o, también, que viola las normas o preceptos sociales”.

A partir de la categoría general de “MALTRATO SEXUAL” proponemos los siguientes subtipos (Tabla IV):

1. Los matrimonios concertados de menores prepúberes o adolescentes por parte de personas adultas.
2. Los abusos sexuales a una persona menor que no puede consentir, dada su edad (o sus limitaciones mentales y sociales) o que es sometido/a cualquier conducta sexual sin su consentimiento.
3. Las formas de abuso y las estrategias de los abusos son muy diversas, incluyendo acciones a través de internet, como el *sexting* y el *grooming*, entre otras.
4. Las diferentes formas de explotación sexual comercial de menores: prostitución infantil y pornografía infantil.
5. La no aceptación de la identidad sexual, incluidas la transexualidad y transgénero de un niño o una niña.
6. La no aceptación de la homosexualidad o la bisexualidad en la infancia o la adolescencia.
7. La negación a las personas con discapacidad de la educación sexual.
8. Las diferentes formas de negligencia sexual, como no ofrecer información y educación adecuada en la familia y escuela para su salud sexual.

9. La violencia de género y todo tipo de violencia intrafamiliar puede tener graves consecuencias para niñas, niños y adolescentes.

Se usan tres criterios para definir el MSI: la edad del menor, la edad del agresor y la actividad realizada por el agresor, y la conducta sexual realizada por ambos.

La edad de la víctima no debe ser superior de 15 a 17 años. Por encima de esta edad, se entendería acoso sexual.

El agresor debe tener entre 5 y 10 años más que la víctima, siempre que esta tenga menos de 12 años. Si la edad del agresor es menor de 15 años, no se considera ASI, excepto si media violencia, presión o engaño. En general, los datos básicos que hay que considerar son la coerción y la asimetría de edad, que imposibilitaría una relación igualitaria. Este aspecto tiene importancia, ya que se ha comprobado que, en algunas sociedades, el 20% de las violaciones las realizan menores de edad y que, casi el 50% de los agresores, cometen su primer abuso antes de los 16 años.

La conducta sexual es otro parámetro que hay que considerar. Se describe una amplia gama de abusos, tanto de carácter físico, como: caricias en órganos genitales, coito anal o bucal, como de otro tipo, por ejemplo: exhibicionismo, proposiciones...⁽⁸⁾

Signos de alerta: pueden ser físicos o psicológicos.

- Entre los primeros: lesiones que afectan a la vulva, labios menores o mayores, himen o ano, en forma de desgarros, hematomas y dilataciones. También, infecciones de transmisión sexual: siendo de muy alta probabilidad: sífilis, gonorrea y *clamydia*; de alta probabilidad: VIH, VHB, VH, VPH y Trichomona; de baja probabilidad: *Gardnerella*, *Mycoplasma* y *Ureaplasma*, *Cándida* y *Haemophilus*⁽¹¹⁾.
- **Indicadores psicológicos y emocionales.** Son los más importantes, frecuentes y múltiples, y los que más perdurarán a lo largo de la vida de la víctima (Pereda 2010). Son diferentes según la edad del menor, el tipo de conducta sexual abusiva y la respuesta del entorno del niño. Los indicadores abarcan desde rabietas y conductas regresivas y oposicio-

nistas o mal rendimiento escolar, hasta huidas del hogar y consumo de drogas y alcohol, pasando por ideas suicidas. En cuanto a los cambios emocionales, se describe: la desconfianza hacia sí mismo y su entorno más próximo; sentimientos de culpabilidad, baja autoestima, rechazo del propio cuerpo, miedos, ansiedad y depresión; estigmatización, estrés postraumático, cambios en la conducta alimentaria, etc.

- **Cambios en la conducta sexual del menor.** Se producen en forma de interés sexual impropio para su edad, algún tipo de conducta sexualizada, como: masturbación compulsiva, proyección del abuso mediante juegos y dibujos, retraimiento social o conductas antisociales.

Diagnóstico del MSI

No es fácil llegar al diagnóstico. Exige mucha experiencia y precaución, ya que en caso de error, se pueden derivar consecuencias legales muy serias. Los indicadores físicos muchas veces son insuficientes y, en ocasiones, ni existen. La entrevista con el menor puede ser la prueba de más valor, pero exige unas pautas.

La entrevista debe realizarse en un ambiente tranquilo, cómodo, donde no se produzcan distracciones de personas o teléfonos y con muebles adaptados al menor de forma que induzcan confianza.

El primer paso es la **evaluación de las capacidades cognitivas del menor.**

El profesional que realiza la entrevista tiene que estar **entrenado en habilidades de comunicación con niños, y conocer las señales del lenguaje no verbal.** Por ejemplo, debe evitar el contacto visual cuando la víctima está relatando el abuso. La entrevista tiene unas fases progresivas, orientadas a lograr la declaración veraz, y debe ser grabada para su posterior estudio. Una vez obtenido el testimonio, se procede al análisis del contenido, basándose en criterios CBCA (Steller y Wolf, 1992), de reconocido prestigio entre los profesionales y científicos. Al final de este complicado proceso, se extenderá una hipótesis de muy probable, probable, poco probable o incierta⁽¹²⁾.

Existen otras pruebas validadas que ayudan a sustentar la hipótesis anterior:

la entrevista con los padres sobre los gustos y preferencias del menor, el relato de la experiencia vivida, el conocimiento del hogar y la valoración de los factores de riesgo y protección. Estas verificaciones pueden ayudar a mantener la hipótesis inicial. Otros profesionales como: profesores, monitores de tiempo libre o de ludotecas y trabajadores sociales contribuyen a aportar datos esclarecedores.

De lo que hay que **huir, es de la repetición de entrevistas y exploraciones que constituyan una victimización secundaria.** Para esto, se ha creado lo que se llama prueba preconstituida, con el fin de evitar la victimización secundaria (Sotoca et al., 2013) en un ambiente adaptado al niño, evitando la presencia en el juzgado, libre del ambiente de togas, en que son los profesionales quienes van a un lugar preparado con habitáculos provistos de espejos unidireccionales y otros dispositivos⁽¹³⁾.

Cómo actuar ante un caso de MTI

La actuación ante el MTI forma parte del compromiso social de nuestro trabajo.

Las características más importantes del trabajo en AP son: la educación para la salud, la promoción de la salud, la prevención primaria y, en ocasiones, la prevención secundaria.

Los pediatras somos parte del problema y parte de la solución. Afrontar un caso de MTI supone un entrenamiento y el reconocimiento de que el MTI existe y es más frecuente de lo que se registra. A partir de la sospecha de un caso, nosotros tenemos que adoptar una actitud protectora y terapéutica y, además, asumir que se trata de un trabajo multidisciplinar. Es, en esta situación, donde se aprecia el grado de compromiso que los profesionales contraen con la sociedad, donde se pone a prueba su capacidad, pero donde también se encuentran gratificaciones.

Ante un caso de MTI, se debe poner extremo cuidado desde el principio. La entrevista es clave, como se ha dicho. A ser posible, ha de producirse en un lugar apropiado y discreto, propicio a la confidencialidad, que induzca a la confianza, y sin que se produzcan interrupciones.

El interlocutor con la familia debe ser siempre el mismo profesional. No se tienen que repetir las preguntas y, en ningún caso, se debe mostrar desconfianza o incredulidad ante las respuestas.

Es muy importante evitar acusaciones entre los miembros de la familia, sobre todo, si se trata de una familia inestable, o con problemas judiciales, o de separación y divorcio, y eludir asuntos de la familia que no tengan que ver con el tema.

Al final de la entrevista, los datos recogidos y las impresiones personales se deben poner por escrito para estudio y recordatorio.

Es difícil diagnosticar un MTI, pero todavía lo es más, actuar frente a un caso. No hay receta única. Cada situación exige una actitud determinada acorde a la personalidad del menor, su entorno y los daños sufridos. Hay dos objetivos primordiales: proteger al niño lo antes posible, para evitar nuevos abusos, y evitar conflictos si en el entorno del niño se ha reaccionado con hostilidad.

No todos los profesionales están en disposición de afrontar un caso de MTI. Por eso, es **necesario un mínimo entrenamiento**, como en otras disciplinas clínicas. Afecta a muchas personas emocionalmente, hasta el punto de que les impide actuar con serenidad y sensatez. Es necesario controlar los propios sentimientos y no actuar de forma irreflexiva, ya que algunas acciones no meditadas podrían perjudicar antes que beneficiar. Una función importante del profesional es facilitar los movimientos de los menores para que encuentren la persona de su confianza, con la que dialogar abiertamente de lo ocurrido y, de este modo, liberar a la víctima de la incapacidad de hablar.

En cualquier caso, **se puede acudir a un centro de información o a profesionales expertos para solicitar ayuda.** Hay mucho que ganar, cuando se actúa de forma correcta; es decir, cuando se demuestra al menor que se le cree, se le va a proteger y se le quiere.

Muy conveniente es **conservar la calma, no actuar con prisa.** No alejar al niño de la familia, ni hablar directamente con el presunto agresor. Una confrontación prematura, sin poner al niño a salvo, podría producir una regresión que dificultaría actuaciones posteriores, y se expone al niño a otras violencias⁽⁶⁾.

Hay que procurar que el niño comprenda (si tiene edad para ello), que sabemos lo que le pasa, que no es el único niño a quien le sucede esto, que no tiene que tener miedo, que creemos lo que nos cuenta y estamos dispuestos a ayudarle y, sobre todo, que él no tiene ninguna culpa.

Conviene explicarle los pasos que se van a seguir a partir de ese momento, para lo que siempre se va a contar con él, y que es posible que también tengamos que contar con otras personas para que nos ayuden si fuera necesario.

Manifestaremos afecto en todo momento y la idea de que lo que le pasa se puede solucionar.

En el caso de que el maltrato lo haya causado una persona ajena a la familia, esta debe ser informada. Si se trata de un familiar directo, hay que comunicárselo a los padres, si ello no merma las condiciones de seguridad para el niño o niña. Puede darse una situación en que no sea posible y haya que recurrir a los servicios de protección a la infancia, con tal de evitar que la situación quede oculta en el ámbito intrafamiliar.

Prevención en Atención Primaria (AP).

Recomendaciones de PREVINFAD⁽⁷⁾

La educación para la salud, la promoción del buen trato y la prevención primaria son actividades inherentes de la Atención Primaria.

Prevención dirigida la población general

Se fundamenta en el objetivo de potenciar los indicadores protectores y de evitar la presencia de indicadores predisponentes o de riesgo.

Esta prevención comienza con la apertura de la historia de salud de Atención Primaria, recabando información de aspectos psicosociales, dinámica familiar, etc. (para buscar posibles indicadores protectores y de fragilidad) de la población infantil atendida. Igualmente, se debe actualizar dicha información en los controles sucesivos, para evaluar: la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, detectar síntomas que sugieran abandono o carencia afectiva, y la actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites

(azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas). También, la historia de salud va destinada a revelar posibles situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer, promover la lactancia materna y prevenir el “síndrome del niño sacudido”.

Prevención dirigida a la población de riesgo

El objetivo es reducir daños y atenuar los indicadores de riesgo existentes, potenciando los indicadores protectores. Se recomienda:

- Reconocer situaciones de abandono o trato negligente en el niño. Evaluar la situación de negligencia y consultar con el Servicio de Protección al Menor. Coordinar con el equipo de trabajo social: objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.
- Remitir a programas de apoyo social, psicológico y de educación parental, si los hay en el área de salud.
- Remitir a centros de salud mental o unidades de tratamiento de conductas adictivas a padres con adicciones o trastornos psiquiátricos.
- Recomendar el tratamiento de los trastornos de ansiedad o depresivos por el médico de familia.
- Realizar visitas domiciliarias de enfermería a familias de alto riesgo. La detección prenatal se realiza por el médico de familia y la matrona en los controles de la embarazada.

Actuaciones ante la sospecha o certeza del maltrato infantil

Estas indicaciones se basan no solo en pruebas, sino también en el “Plan Estratégico de Acción contra la Violencia” del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos).

Las pautas de actuación son:

- Tratar las lesiones y sus secuelas físicas.
- Establecer medidas de protección contra posibles contagios (tétanos, hepatitis B, enfermedades infecto-contagiosas o por lesiones físicas, enfermedades de transmisión sexual).
- Disponer medidas de prevención de embarazo secundario a una agresión sexual.
- Asegurar el tratamiento emocional y psicológico del niño con ayuda de

unidades de salud mental infanto-juvenil.

- Compaginar las actuaciones con los servicios sociales de la zona y sus respectivas áreas de trabajo, facilitando la comunicación, la toma de decisiones coordinadas e informando periódicamente de la salud física del niño.
- Hacer un seguimiento de la familia y el niño y, en su caso, tratar las secuelas, repeticiones del maltrato o problemas de salud asociados.
- Proporcionar a las familias grupos de ayuda mutua, educadores y psicoterapeutas para facilitarlas:
 - “Programas de educación y entrenamiento parental, asesoramiento profesional”, preventivos contra el abuso recurrente y el trato negligente.
 - “Intervenciones basadas en terapia cognitiva y conductual”, preventivas contra el abuso emocional recurrente.
 - “Programas de tratamiento psicológico a madres y a niños sometidos a violencia de género”, para reducir problemas de conducta y síntomas psicológicos en niños.
 - “Terapias en familias y niños”, actuando sobre los efectos post-traumáticos del abuso sexual.
- Procurar la atención al grupo familiar, adoptando medidas terapéuticas oportunas (frente al alcoholismo, toxicomanías, trastornos psiquiátricos, planificación familiar, etc.).
- Favorecer la atención del menor en su propia familia, siempre que ello sea posible, tratando de que los padres y familiares próximos participen en el proceso de normalización de su vida social.

¿Comunicarlo o denunciarlo?

La mejor forma de conocer la magnitud del MTI es la comunicación o denuncia.

Existe tendencia a silenciar el MTI por parte de todos los profesionales y, prueba de ello, son los pocos casos registrados en relación con los datos que las encuestas dan sobre MTI⁽⁸⁾.

Cuando el MTI es leve y puntual, bastaría solamente con comunicarlo a los servicios sociales más próximos:

trabajadores sociales, equipos psico-pedagógicos o servicios de psiquiatría infanto-juvenil.

Cuando se trata de casos graves y repetidos, se deberá denunciar y comunicar a la mayor brevedad posible al Fiscal, Juzgado de Guardia o Servicios de Protección a la Infancia.

Los profesionales debemos saber que la Ley nos obliga a la denuncia, por las razones siguientes:

- A través de la denuncia, desde la Administración de Justicia, se protege al niño y aísla al agresor, evitando la repetición.
- Se evita que el agresor actúe sobre otras víctimas.
- El proceso judicial fuerza a los agresores al tratamiento, aunque se sabe que la rehabilitación es difícil y costosa.
- Se reduce el número de abusos cuando estos se denuncian.
- Se ayuda a que el menor no se sienta culpable.
- Si el MTI se da en la familia, esta pocas veces pone remedio, con lo que se perpetúa la situación.

Consentimiento sexual y nuevos cambios del código penal

Los profesionales debemos estar al corriente de los cambios legales para evitar conflictos con la justicia.

El profesional sanitario debe siempre actuar en defensa del menor y, en caso de que sea considerado menor “maduro” y haya conflicto con las decisiones paternas, con más razón. El desconocimiento de las leyes y la práctica de la llamada “medicina defensiva”, hace que el menor no sea el objeto de nuestra protección, ni pueda ejercer su autonomía. La reforma de 2015 del Código Penal en España, ha aportado algunas novedades⁽¹⁴⁾:

La nueva edad de consentimiento sexual en España se ha establecido en el nuevo Código Penal en los 16 años. Antes era a los 13 años.

Así, será considerada como delito, en todo caso, la realización de actos de carácter sexual con menores de 16 años.

- **Excepción:** en el caso de que se trate de relaciones consentidas con una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez.

- **Agravantes:** si concurre violencia o intimidación, o si los abusos consisten en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías. En el caso de los menores de edad –de menos de dieciocho años–, pero mayores de dieciséis años, constituirá abuso sexual: la realización de actos sexuales interviniendo engaño o abusando de una posición reconocida de confianza, autoridad o influencia sobre la víctima.

Otros cambios en la reforma del Código Penal, además de la edad de consentimiento sexual, que afectan a los menores:

- Es delito hacer presenciar a un menor de 16 años actos o abusos sexuales sobre otras personas.
- En los delitos contra la prostitución, existe ahora una clara separación entre comportamientos cuya víctima es una persona adulta, o un menor de edad. En este segundo caso, se elevan las penas previstas y se introducen nuevos agravantes.
- Se castiga la pornografía infantil, los actos de producción y difusión, la asistencia a sabiendas a espectáculos exhibicionistas o pornográficos en los que participen menores de edad o personas con discapacidad necesitadas de especial protección. También, se castiga el mero uso o la adquisición de pornografía infantil.
- Se sanciona al que, a través de medios tecnológicos, contacte con un menor de dieciséis años y realice actos dirigidos a embaucarle para que le facilite material pornográfico o le muestre imágenes pornográficas.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

1. Earliest Case of Child Abuse Discovered in Egyptian Cemetery. Joseph Castro. Live Science Contributor.
- 2.** El concepto de infancia a lo largo de la historia. <https://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/4865/1/514517%20historia.pdf>
- 3.* Maltrato Infantil. www.who.int/media-centre/factsheets/fs150/es/
- 4.*** UNICEF: la violencia infantil en cifras - <http://noticias.universia.es/tag/maltrato-infantil/>. (Consultado el 7 de mayo de 2018).

Derechos de los niños en España. Unicef. Resumen orientativo

Derecho de los niños a jugar. Todos los niños tienen derecho a jugar y a divertirse.

Derecho de los niños a la alimentación. Todos los niños tienen derecho a la alimentación.

Derecho de los niños a tener un hogar. Todos los niños tienen el derecho a tener una vivienda, una casa donde protegerse del frío y donde vivir con su familia. Además de ser una vivienda, debe ser un hogar donde el niño pueda vivir con comprensión, tolerancia, amistad, amor y protección.

Derecho de los niños a la salud. El derecho a la salud es un compendio entre el bienestar físico, mental y social, y más en los niños, que son más vulnerables a las enfermedades.

Derecho de los niños a la educación. Todos los niños tienen derecho a una educación, independientemente del sexo, religión, nacionalidad y cualquier otra condición. El Estado debe hacer todo lo posible para garantizar el acceso de los niños a la educación.

Derecho de los niños a la vida y a tener una familia. El niño, para el pleno desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Crecer bajo la responsabilidad de sus padres y, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material.

Derecho a tener nacionalidad. Desde su nacimiento, el niño tiene derecho a tener un nombre y un apellido. Todo niño debe ser registrado inmediatamente después de su nacimiento, ya que los padres tienen la obligación de informar el nombre, el apellido y la fecha de nacimiento del recién nacido.

Derecho de los niños a la igualdad. Derecho a la igualdad, sin distinción de raza, religión o nacionalidad. Con ello se pretende conseguir que todos los niños sean tratados de la misma forma, sean del origen que sean y se encuentren en el país que se encuentren.

Derecho de los niños a opinar. La Convención de los Derechos del Niño reconoce en su artículo 12 y 13 el derecho de los niños a expresar su opinión y a la libertad de expresión.

Derecho de los niños a no trabajar. El derecho a la protección contra el trabajo infantil dice lo siguiente: el niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata y no deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada.

- 5.* Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. European report on preventing child maltreatment. 2013. Disponible en www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf
- 6.** Maltrato Infantil en España. Informe Reina Sofía. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. 2011.
- 7.*** Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria de salud. En: Recomendaciones PrevInfad/PAPPS. Actualizado: diciembre 2015. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/recomendacion/maltrato-infantil-rec>
- 8.*** Programa de sensibilización en el ámbito sanitario, contra el maltrato en la infancia y adolescencia. Junta de Castilla y León. 2008.
9. Montilla MVC, Romero O, Martín A, Pazos M. Actitudes de los adolescentes acerca de la violencia en parejas de jóvenes. *Revista de Orientación Educativa*. 2017; 31; 53-72.
- 10.*** Nueva propuesta de maltrato sexual infantil de la Academia Española de Sexología. <http://www.aeped.es/noticias/propuesta-sobre-nueva-tipologia-maltrato-infantil-que-amplie-las-formas-maltrato-sexual>
11. Zayas García A. Evaluación psicosocial del abuso sexual infantil: factores de riesgo y protección, indicadores, técnicas y procedimientos de evaluación. *Apuntes de Psicología*. 2016; 34: 201-9.
- 12.** Domingo-Salvany F. El maltrato y el abuso sexual infantil en Atención Primaria de salud. Los pediatras: parte del problema y parte de la solución. *Pediatr Integral*. 2013; XVII(10): 694-712.

13.** Victimización secundaria. Fundación Márgenes y Vínculos (2009). *Cortometraje Espiral*. Disponible en Internet. (Última visión, 4 de mayo 2018).

14.** Edad de consentimiento sexual. Sánchez Bermejo Abogados. <https://www.sanchezbermejo.com>.

Bibliografía recomendada

– Curso online sobre educación sexual. Daniel Santacruz. Escuela de madres y padres. Respuestas fáciles a preguntas difíciles. Guía de educación sexual integral para familias.

“Respuestas fáciles a preguntas difíciles” es un curso online y una guía creada desde *Save the Children* para fomentar la educación sexual en familia. Hablar de sexualidad nos suele costar, sobre todo con los niños y niñas y adolescentes; con este material, proporcionamos algunas claves válidas para mejorar la comunicación. En: <https://escuela.savethechildren.es/cursos/curso-online-como-hablar-de-sexo-con-tus-hijos>

– Curso online: *bullying y cyberbullying*. El acoso escolar o *bullying* y el ciberacoso o *cyberbullying* son un tipo de violencia que sufre 1 de cada 10 niños y niñas en nuestro país. La violencia entre iguales es una situación que daña el presente de los niños y hace peligrar su futuro. Muchas veces, los padres y madres no sabemos cómo prevenir, cómo detectar y cómo tratar los casos de acoso escolar y ciberacoso. Por eso, *Save the Children* ha creado este curso donde José Antonio Luengo (psicólogo educativo y experto en prevención de la violencia en la infancia) nos dará claves que ayuden a los padres y madres a proteger a sus hijos. Disponible en Internet: <https://escuela.savethechildren.es/cursos/curso-online-bullying-y-cyberbullying>

– Grupo de atención al maltrato infantil de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Madrid: Ergon; 2015.

Uno de los ambientes sanitarios más frecuentados por los niños maltratados, son los servicios de urgencia. En estos ámbitos de trabajo, la actuación exige inmediatez y eficiencia cuando apenas se conoce el entorno sociofamiliar de la víctima de maltrato. Por esta razón, las actuaciones deben estar muy protocolizadas para procurar la protección del menor. Este manual está realizado por profesionales competentes y con experiencia.

– Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Guía clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Hospital Universitario La Paz, Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Red.es. Madrid. 2015. Disponible en: www.chaval.es/chavales/sites/default/files/Guia_Ciberacoso_Profesionales_Salud_FBlanco.pdf

Esta primera Guía clínica sobre el Ciberacoso para profesionales de la salud reúne de forma clara, práctica y actualizada los últimos conocimientos y avances científicos; su objetivo es enseñar a los sanitarios a prevenir, identificar y tratar las manifestaciones clínicas del ciberacoso. Incluye el anexo “Herramientas en consulta”, el cual contiene documentos de información para padres, menores y centros escolares.

– *Save the Children. Yo a eso no juego. Bullying y Cyberbullying en la infancia.* 2016. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo_a_eso_no_juego.pdf

El acoso y ciberacoso son formas de violencia contra las que todos los niños y niñas tienen derecho a ser protegidos. Puedes descargar el informe que se ha desarrollado con la finan-

ciación de la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo.

– La asociación de familias con menores transexuales Chrysallis tienen una página web en: www.chrysallis.org.es
Donde hay abundante material y documentos escritos como en vídeo, que pueden usarse libremente como documentos docentes y educativos.

Caso clínico

Joao viene a consulta por haber sido denunciado por el padre de una compañera de curso, porque desde hace unos dos meses le “toca el culo”. Esa conducta la ha tenido con otras compañeras que no se han quejado.

El padre se ha dirigido al Director, quejándose y denunciando. El equipo psicopedagógico pide consulta con el pediatra.

Joao lleva dos años en España. Su rendimiento escolar es bajo. Ha suspendido todas las asignaturas, menos música y educación física, en la que ha sacado sobresaliente. No le gusta estudiar.

Divertido, chistoso, alegre, sociable. Muy hablador y seductor. Muy apreciado por las chicas. Le gusta vestir bien, pero dice que no tiene dinero. Explosivo, “se parece a su padre”, dice la madre. Tolera mal las frustraciones y se enfada fácilmente. Culpabiliza a su madre de muchas cosas. Se lleva mal con el compañero de la madre, con el que apenas se habla. Cree que si se separaran sería mejor para la madre.

No tiene buenos recuerdos de su infancia. Le pegaban porque no obedecía. Echa de menos los amigos de Brasil. Todavía no sabe por qué su madre le ha traído a España.

En casa, colabora poco en tareas domésticas. Ni siquiera hace su cama. Tiene la habitación muy desordenada. Pasa muchas horas solo, oyendo música, preferentemente brasileña. Ve “películas X” que sus padres tienen escondidas, durante las horas en que está solo en casa.

Come lo que le deja su madre preparado. Duerme mal y poco, porque se queda enviando mensajes a sus amigos. No tiene *smartphone*, porque no tiene dinero. Miente a su madre, a la que dice que lleva bien todo el curso. La madre se siente desbordada, y su compañero trata a Joao con autoritarismo y castigos. No hace mucho estuvieron a punto de pegarse.

En el colegio, acepta mal las normas escolares. Habla mucho, no atiende, no hace las tareas y suele ser impuntual. Los profesores se quejan mucho, pero le consienten algunas cosas, ya que es simpático y transigen ante la situación de adaptación. Dicen los profesores que es inteligente.

Ocio y tiempo libre: le gusta salir con amigos del barrio y se suele juntar con otros latinoamericanos. Sale todos los días con los amigos. Los fines de semana vuelve más tarde de lo pactado con los padres, pero no le dicen nada.

Dedica su tiempo libre a jugar al fútbol y callejear. “Hace botellón” con otros amigos de más edad. Reconoce haber bebido hasta “el punto”. Ha probado inhalantes, pero dice

no querer volver a probarlos por lo mal que lo pasó. Nunca se ha peleado ni ha robado nada. Le gustan los animales y tiene una mascota. No fuma tabaco, pero sí algún porro que le facilitan los amigos.

Aficiones: le gusta ver la tele. Se conecta con amigos de Brasil cuando está en casa solo o con el ordenador de sus amigos.

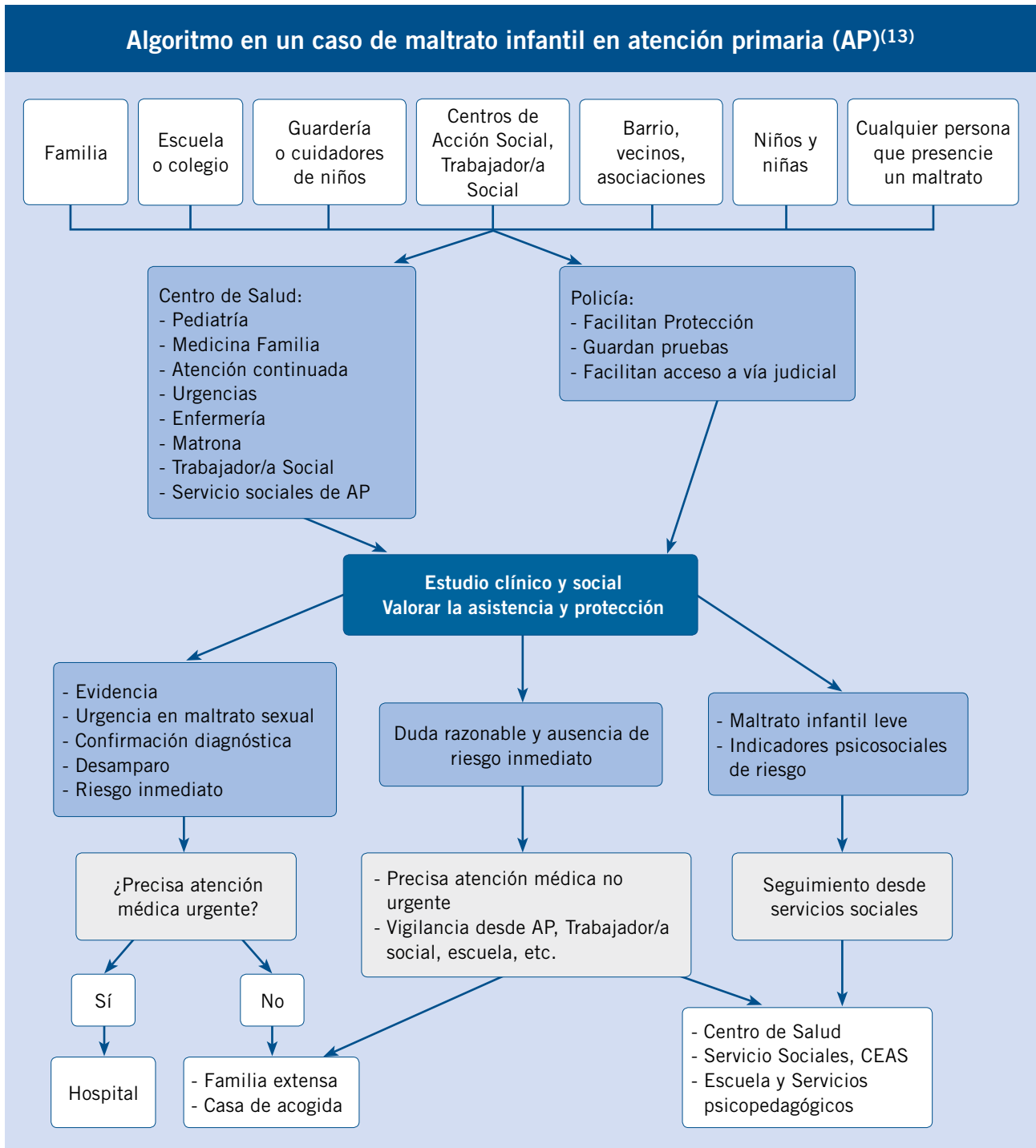
Amigos: son del barrio. Se siente bien con ellos, porque se divierten y juegan.

Estado de ánimo: echa de menos su país y sus amigos, y cuando lo piensa se entristece y llega a llorar. Nunca ha tenido ideas autolíticas, pero sí ha pensado escaparse de casa para volver a su país, sobre todo, cuando sus padres o los profesores le reprenden.

Comportamientos sexuales: no tiene novia. Le gustan mucho las chicas (se ríe cuando se lo pregunto). Se divierte y se encuentra a gusto con ellas. Ha tenido relaciones sexuales (RS) con varias chicas. La primera vez en Brasil. No siempre tomando precauciones. No suele tener dinero para condones. Los que tiene se los dan sus amigos. Refiere haber tenido RS con mujeres mayores. Nunca comerciales.

Lista de problemas: Emigración. Desadaptación cultural. Disfunción familiar grave. Riesgo de consumo de sustancias. Amistades peligrosas. Relaciones sexuales de riesgo. Problemas económicos. Pobreza cultural. Comportamiento disruptivo en casa.

Resumen: Joao es inteligente y sensible, reconoce que vive en un país muy distinto al suyo y eso facilita las intervenciones. Sigue pensando en regresar a su país, aunque empieza a darse cuenta de que aquí se vive bien y puede tener mejor futuro que en su pueblo natal con su abuela. Todos los profesionales, desde el trabajador social, el educador del Centro cívico y los psiquiatras están contentos con la evolución de Joao. En el trabajo real, se manifiesta como un chico responsable, aunque reconoce que le cuesta estudiar. Los profesores se muestran esperanzados. Las relaciones con la pareja de su madre no son malas, porque procuran estar poco tiempo juntos. Entiende que sus amigos no son los mejores, pero no tiene otros. Ha establecido una buena relación con el educador social. En los últimos 4 meses, no ha repetido ningún gesto molesto y nota que el trato ya es igual que antes de la denuncia. Tiene menos amigos en la clase. Se ha hablado del problema con el fiscal de menores, que recibe informes regularmente de la dirección del colegio.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar “on line” a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario “on-line”.

El maltrato y el abuso sexual infantil en Atención Primaria de Salud. Los pediatras: parte del problema y parte de la solución

25. ¿Cuál de estas afirmaciones sobre la infancia a lo largo de la Historia NO es cierta?

- a. Los niños eran propiedad de los padres.
- b. Se daba importancia a la infancia porque se suponía que contribuía a hacer adultos más sanos.
- c. Los derechos del niño no existían.
- d. El infanticidio estaba justificado, sobre todo, en caso de malformaciones físicas.
- e. La infancia se entendía, como etapa aislada sin relación con la adultez.

26. Sobre la dificultad del concepto de maltrato infantil (MTI), ¿cuáles son CIERTAS entre las citadas?

- a. Falta de consenso social acerca de qué prácticas parentales son inaceptables o peligrosas.
- b. Falta de acuerdo sobre si la intención parental debería ser o no considerada, para determinar la ocurrencia de un acto de maltrato.
- c. Incertidumbre sobre si se debe definir el maltrato basado en el comportamiento adulto, los

efectos en las niñas y los niños o una combinación de ambas.

- d. Confusión respecto de si, definiciones similares deberían ser utilizadas para propósitos científicos, legales y clínicos.
- e. Todas son ciertas.

27. Sobre el “grooming”, ¿cuál de estas afirmaciones NO es cierta?

- a. Es una técnica orientada a seducir a menores por un adulto.
- b. Es igual que el “sexting”.
- c. Se diferencia del “sexting” en que, en este caso, los mensajes son claramente sexuales.
- d. Se usa la mentira y el engaño.
- e. Ambas están perseguidas por la ley.

28. Sobre el diagnóstico del maltrato sexual infantil (MSI), una de estas afirmaciones NO es cierta:

- a. La entrevista con el niño es la mejor prueba.
- b. Hay que evitar la victimización secundaria.
- c. Exige experiencia y entrenamiento.
- d. No es necesario grabar la entrevista, pues basta la anotación de lo que nos cuenta.
- e. Existen técnicas para analizar el contenido basado en criterios.

29. Sobre la reforma del Código Penal Español de 2015, ¿cuáles son los datos de MÁS INTERÉS de cara a la prevención del maltrato infantil (MTI)?

- a. Establece la edad de consentimiento sexual en los 16 años.
- b. Se castiga la pornografía en que participen menores.
- c. Se castiga el que, a través de medios tecnológicos, contacte con menores de 16 años y realice actos dirigidos a embaucarlo para que le facilite material pornográfico o le muestre imágenes pornográficas.
- d. El profesional siempre debe actuar en defensa del menor y si este es “maduro” con más razón.
- e. Todas son ciertas.

Caso clínico

30. ¿Cuál de estas afirmaciones referidas al acoso sexual son CIERTAS?

- a. Contactos e interacciones entre un niño y un adulto (agresor) para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona.
- b. Es una trama de relaciones donde existe un desequilibrio de poder entre acosador y la víctima.
- c. Es un conjunto de acciones, como: requerimientos, proposiciones, chistes, bromas..., que suponen vejación para la víctima.
- d. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que el niño (víctima).
- e. Todas son ciertas.

31. ¿Cuál sería vuestra **ACTITUD** en este caso?

- a. Derivaría a salud mental directamente ante la gravedad de los hechos.
- b. Hablaría con el centro escolar para conocer la conducta en el colegio.
- c. Realizaría una Historia Clínica más detenida en horas programadas.

d. Pondría el caso en conocimiento de la policía.

e. La b y c parecen las más razonables.

32. En este caso, ¿cuál crees que ha sido más **EFICAZ**?

a. Esforzarse por entenderle y hacerse entender.

b. La escucha activa.

c. Estar atentos a las emociones.

d. Poner en sus manos los recursos sociales, pedagógicos y judiciales, para que conozca que la sociedad le protege, pero también le vigila.

e. Todas.