

Guía de saúde infantil

actividades preventivas e de promoción
da saúde en pediatría de atención primaria

25. Prevención e detección do maltrato e abuso infantil



Edita: Xunta de Galicia

Consellería de Sanidade

Servizo Galego de Saúde

Dirección Xeral de Asistencia Sanitaria

Lugar: Santiago de Compostela

Ano: 2020

Índice

25. PREVENCIÓN E DETECCIÓN DO MALTRATO E ABUSO INFANTIL

Autores: Tania Isabel Blanco Pena, David Fachal Vázquez e Lucía Rivas Arribas

25.1. INTRODUCCIÓN.....	7
25.1.1. FACTORES DE RISCO.....	8
25.2. PUNTOS A DESTACAR.....	9
25.2.1. MALTRATO FÍSICO.....	9
25.2.2. MALTRATO PSICOLÓXICO.....	10
25.2.3. NEGLIXENCIA (FÍSICA OU PSICOLÓXICA).....	10
25.2.4. ABUSO SEXUAL INFANTIL.....	12
25.2.5. ENFERMIDADE XERADA POLA PERSOA COIDADORA.....	14
25.2.6. ACOSO ESCOLAR.....	15
25.2.7. OUTRAS FORMAS DE MALTRATO.....	15
25.2.7.1. Violencia contra a muller na parella.....	15
25.2.7.2. Acoso entre pares.....	16
25.2.7.3. Ciberacoso e <i>Cyberbullying</i>	16
25.2.7.4. Grooming.....	16
25.2.7.5. Sexting.....	16
25.2.7.6. Violencia de xénero entre adolescentes.....	17
25.2.7.7. Mutilación xenital feminina.....	17
25.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS.....	17
25.3.1. SIGNOS E SÍNTOMAS DE SOSPEITA DE MALTRATO INFANTIL:.....	17
25.3.2. PREVENCIÓN.....	19
25.3.2.1. Prevención primaria.....	19
25.3.2.2. Prevención secundaria:.....	21
25.3.2.3. Prevención terciaria.....	22
25.3.3. INTERVENCIÓNS EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	22

25.3.4. NOTIFICACIÓN.....	23
25.4. RECOMENDACIÓNS.....	24
ANEXOS.....	26
ANEXO 25.1. ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE SOSPEITA DE MALTRATO.....	26
ANEXO 25.2. MANEXO INICIAL DO ABUSO SEXUAL NA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA....	27
BIBLIOGRAFÍA.....	28

25. Prevención e detección do maltrato e abuso infantil

Autores: *Tania Isabel Blanco Pena, David Fachal Vázquez e Lucía Rivas Arribas*

25.1. INTRODUCCIÓN

O maltrato infantil supón unha causa importante de morbilidad pediátrica e asóciase a problemas de saúde físicos e mentais na infancia e posteriormente na idade adulta. Por esta razón, é fundamental que o persoal sanitario que atende aos/as menores, recoñeza aos/as nenos/as en risco, apoie no manexo multidisciplinar e traballe en estratexias de prevención do problema.

A Organización Mundial da Saúde (OMS) estima que 40 millóns de nenos/as menores de 15 anos sofren maltrato e/ou abandono. É por iso que se trata dun problema relevante, que con frecuencia pasa desapercibido nas consultas/atencións sanitarias (cálculase que só se detectan entre o 10 - 20 % dos casos reais de maltrato). Máis do 40 % das mortes por maltrato ocorren en menores de 12 anos e a maioría dos traumatismos cranioencefálicos fatais en menores de 2 anos, son consecuencia do maltrato¹.

Segundo o *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia* do Observatorio da Infancia, o tipo máis frecuente de maltrato é a negligencia, que representa case que o 50 % do total dos tipos de sospeita de maltrato rexistrados nas 16.777 notificacións ao Rexistro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI) no ano 2017².

Por outra banda, na Comunidade Autónoma de Galicia, creouse o Observatorio Galego da Familia e da Infancia (Decreto 43/2019, de 11 de abril), pero aínda non se dispón de datos publicados. Segundo o Informe de Unicef "A infancia en Galicia 2018", de máis de 1.500 denuncias por delitos cometidos contra menores de idade, 90 nenos e 193 nenas son vítimas de maltrato no ámbito familiar en Galicia³.

Partindo do marco ofrecido polas Nacións Unidas respecto á conceptualización da violencia contra a infancia nun senso amplo, o Observatorio da Infancia definiu o **maltrato infantil** como a acción, omisión ou trato negligente, non accidental, que priva ao neno ou nena dos seus dereitos e o seu benestar, que ameaza ou interfere o seu ordenado desenvolvemento físico, psíquico ou social e que poden ser provocados por persoas, institucións ou a propia sociedade⁴. A [Táboa 25.1](#) recolle os tipos de maltrato infantil.

Táboa 25.1. Clasificación do maltrato infantil
• Maltrato físico • Maltrato psicológico • Neglixencia ◦ Física ◦ Psicolóxica • Abuso sexual • Enfermidade orixinada pola persoa coidadora • Acoso escolar (acoso entre pares) • Outras formas de maltrato: ◦ Violencia de xénero entre adolescentes ◦ Ciberacoso ◦ <i>Grooming</i> ◦ <i>Sexting</i> ◦ Maltrato institucional ◦ Mutilación xenital feminina

25.1.1. FACTORES DE RISCO

Existen factores de risco de maltrato infantil sociais, psicolóxicos e da propia persoa menor que se deben ter en conta na consulta de atención primaria (AP) ([Táboa 25.2](#)).

Táboa 25.2. Factores de risco de maltrato infantil

• Proxenitores moi novos (principalmente adolescentes)
• Prematuridade e baixo peso ao nacer
• Embarazos non planificados
• Familias con antecedentes de maltrato (tanto entre adultos como infantil)
• Familias en risco psicosocial (marxinación, illamento social, falta de apoio familiar, toxicomanías...)
• Proxenitores con actitude intolerante ou indiferente cara os/as fillos/as
• Ter sufrido maltrato infantil

Cabe sinalar a **importancia dos factores de risco social prenatal** tal como se recolle na Lei 26/2015 do 28 de xullo⁵, de modificación do sistema de protección á infancia e á adolescencia, que inclúen a falta de coidado físico da muller xestante ou o consumo abusivo de substancias con potencial adictivo, que prexudique o normal desenvolvemento ou lle puidese provocar enfermidades ou anomalías físicas, mentais ou sensoriais ao bebé. Nestas situacións, tras o nacemento, realizárase unha intervención social coa persoa menor e a súa unidade familiar co fin de que, se fose necesario, se declare a situación de risco ou desamparo do/da menor para a súa adecuada protección.

25.2. PUNTOS A DESTACAR

A continuación descríbense brevemente os diferentes tipos de maltrato^{6,7}.

25.2.1. MALTRATO FÍSICO

É unha agresión inflixida por un adulto a un/unha neno/a na que intervéñ a forza física deliberada, ben co propio corpo, ben por medio dun obxecto, para golpear ou ferir o/a neno/a e producirlle unha lesión ou enfermidade.

Aínda que é o máis coñecido, é menos frecuente que o psicolóxico e a negligencia. A posibilidade ou sospeita de que haxa un maltrato, esixe realizar e completar todo o proceso diagnóstico. É moi importante ter en conta que non se pode dar de alta a unha persoa menor maltratada se antes non existe a seguridade de que estea debidamente

protexida. Ante unha sospeita de maltrato hai que tomar decisións, sempre tendo en conta que o que prevalece é a seguridade da persoa menor.

25.2.2. MALTRATO PSICOLÓXICO

Este tipo de maltrato, inclúe a agresividade verbal (insultos, vexacións, desprezos...) mantida no tempo e o bloqueo da interacción infantil (peches, evitación...).

Existen unha serie de condutas por parte dos proxenitores/titores da persoa menor de idade que dan lugar a este tipo de maltrato. A actuación puntual dalgunha destas maneiras non adoita representar un problema para a persoa menor de idade, pero si o será cando estas condutas son repetitivas e continuadas:

- Rexeitamento.
- Illamento.
- Aterrorizar (castigos ou berros desmesurados).
- Ignorar ou menosprezar.

Alguns autores clasifican este tipo de maltrato en tres niveis:

- Leve: non hai intención de danar o/a menor e é máis ben unha falta de habilidades e/ou coñecementos para tratar o/a neno/a.
- Moderado: pode haber intención en facer dano por parte dun dos proxenitores/titores.
- Grave: intención de danar o/a neno/a. Nestes casos adoita ser necesario separar o/a neno/a do núcleo familiar.

25.2.3. NEGLIXENCIA (FÍSICA OU PSICOLÓXICA)

É o tipo de maltrato máis frecuente, representando case o 50 % do total de tipos de maltrato rexistrados.

As persoas menores máis afectadas son as de menos de 5 anos. Inclúe a neglixencia física, emocional, educativa, médica...

A negligencia física é a non atención das necesidades básicas somáticas (hixiene, alimentación, coidados sanitarios...) e da protección do/da menor (exposición a situacións de risco). A negligencia psicolóxica é a falta de resposta emocional e a non interacción/contacto co/coa menor.

Na consulta de pediatría haberá que estar especialmente atentos aos seguintes indicadores:

- Falta de hixiene de forma habitual.
- Vestimenta non adecuada ás necesidades climáticas.
- Fatiga inhabitual.
- Baixo rendemento escolar non xustificable.
- Neno/a que foi abandonado/a.
- Falta de seguimento sanitario, atrasos na solicitude de asistencia, incumprimento terapéutico, falta de vacinación.
- Plaxiocefalia ou alopecia marcada.
- Caries dentais extensas.
- Desnutrición en ausencia de patoloxía ou situación social dificultosa.
- Somnolencia esaxerada.
- Traumatismos ou accidentes repetidos por falta de supervisión.

Desde o punto de vista sanitario, é importante descartar que as manifestacións clínicas sexan debidas a causa orgánica. Por outra banda, é importante valorar a capacidade ou non das persoas coidadoras de proporcionar á persoa menor as necesidades básicas. O fundamental será sempre salvagardar a súa saúde.

25.2.4. ABUSO SEXUAL INFANTIL

Segundo a OMS, o abuso sexual defínese como a participación dun neno ou nena en actividades sexuais que non comprende plenamente, nas que non pode consentir con coñecemento de causa ou para as que non está suficientemente desenvolvido/a, ou que transgreden leis ou tabús sociais. Os nenos e nenas poden ser obxecto de abusos sexuais por parte de persoas adultas ou doutras persoas menores que, ou en razón da súa idade ou do seu estado de desenvolvemento, estean nunha situación de responsabilidade, confianza ou poder en relación coa súa vítima¹.

Unha definición sinxela que pode facilitar a súa comprensión é a do *National Center of Child Abuse and Neglect*: contactos e interaccións entre unha persoa menor de idade e unha persoa adulta (agresora) que usa ao neno ou nena para estimularse sexualmente a si mesma, ao/á neno/a ou a outra persoa. O abuso sexual pode ser tamén cometido por unha persoa menor de 18 anos, cando esta é significativamente maior que o/a neno/a (víctima) ou cando a persoa agresora está nunha posición de poder ou control sobre a outra⁸.

É difícil establecer unha definición de abuso sexual que sexa unanimemente aceptada; pero si existe unanimidade en sinalar que o abuso sexual é considerado como unha forma de utilizar aos/ás menores para a satisfacción sexual, na que se produce unha asimetría de poder e de control sobre a vítima. No abuso sexual as persoas menores son utilizadas polas persoas que cometen o abuso ou agresión (abusadora/agresora). A relación baséase no control, a persoa agresora intenta someter a vontade da vítima de forma persistente, utilizando todas as estratexias ao seu alcance para conseguilo. Neste sentido, a maioría das descrições indican polo menos catro características clave⁸:

1. Actos con ou sen contacto con fins sexuais (explícitos ou non).
2. Sucesos entre menores ou unha persoa menor cunha adulta.
3. Non requiren probas de uso da forza ou a coacción (a diferenza de definicións legais).
4. Poden implicar unha finalidade de explotación (prostitución ou produción de imaxes).

No caso de agresión sexual, a diferenza do abuso, hai violencia e intimidación. O máximo grao de agresión sexual é a penetración ou introdución de obxectos por vía anal, vaxinal ou bucal (violación)⁹.

Principais signos de sospeita de agresión sexual⁶:

- Traumatismo anoxenital.
- Dor anal ou xenital crónico.
- Rectorraxia.
- Enfermidade de transmisión sexual.
- Infeccións urinarias de repetición.
- Infección xenital.
- Corpo estraño en vaxina ou ano.
- Dificultades para camiñar o sentarse.

Táboa 25.3. Principais consecuencias a curto prazo do abuso sexual en menores e adolescentes⁸

		Período evolutivo	
Tipo	Síntoma	Infancia	Adolescencia
Físico	Perda do control de esfínteres	*	
	Problemas de sono (pesadelos)	*	*
	Cambios nos hábitos de comida	*	*
Condutual	Hiperactividade	*	
	Baixo rendemento académico	*	*
	Consumo de drogas ou alcohol		*
	Fuxidas do fogar		*
	Condutas autolesivas ou suicidas		*
Emocional	Medo xeneralizado	*	
	Hostilidade e agresividade	*	*

Táboa 25.3. Principais consecuencias a curto prazo do abuso sexual en menores e adolescentes⁸

		Período evolutivo	
Tipo	Síntoma	Infancia	Adolescencia
	Culpa e vergoña	*	*
	Depresión e ansiedade	*	*
	Baixa autoestima e sentimentos de estigmatización	*	*
	Rexeitamento do propio corpo	*	*
	Desconfianza e rencor cara as persoas adultas	*	*
	Trastorno de estrés postraumático	*	*
Sexual	Condutas exhibicionistas	*	
	Coñecemento sexual precoz ou inapropiado para a súa idade	*	*
	Masturbación compulsiva	*	*
	Excesiva curiosidade sexual	*	*
	Problemas de identidade sexual		*
Social	Déficit en habilidades sociais	*	
	Retraemento social	*	*
	Condutas antisociais		*

25.2.5. ENFERMIDADE XERADA POLA PERSOA COIDADORA

É unha forma pouco frecuente de maltrato. Neste caso os proxenitores/titores legais responsables do coidado da persoa menor de idade inventan síntomas no/na menor ou provocan enfermidades, para xerar un proceso diagnóstico e atención sanitaria continuada, levando iso a unha importante iatroxenia.

Os proxenitores/titores legais son moi colaboradores e adoitan ter coñecementos médicos. Non mostran excesiva preocupación. A pesares de que a persoa menor está aparentemente ben, acoden con moita frecuencia ao/á médico/a e requiren de procedementos diagnósticos. Como formas máis comúns atópanse: febre, hemorraxias (hemoptise, hematuria), signos neurolóxicos (sedación, convulsións...), gastrointestinais (diarrea, vómitos).

25.2.6. ACOSO ESCOLAR

Defínese clasicamente como unha conduta de persecución física e/ou psicolóxica que realiza unha persoa menor contra outra, á que elixe como vítima de repetidos ataques. Esta acción negativa e intencionada sitúa á vítima nunha posición da que dificilmente pode saír polos seus propios medios. Cabe destacar que a reiteración das condutas é un elemento distintivo do acoso escolar, que permite diferencialo do conflito illado, aínda que o trazo que o define é a situación de desequilibrio (situación de superioridade ou vantaxe de quen perpetra a agresión fronte á desvantaxe ou inferioridade de quen a sofre)¹⁰.

Son indicadores ou síntomas de alerta o incremento de faltas de asistencia a clase, negativa a acudir ao centro, descenso marcado do rendemento escolar, ausencia de amizades, problemas de concentración e atención, somatizacións, abandono de afeccións...

Cada vez hai máis presenza do *ciberbullying* que sería a intimidación psicolóxica entre iguais, con frecuencia tamén no ámbito escolar, sostida no tempo e cometida con regularidade, mediante tecnoloxías, cuxa natureza determina as características do fenómeno (inmediatez, amplificación, difusión...), que ten como obxectivo danar á vítima.

25.2.7. OUTRAS FORMAS DE MALTRATO¹¹

25.2.7.1. VIOLENCIA CONTRA A MULLER NA PARELLA

A Asociación Americana de Pediatría estableceu no ano 1998 que o maltrato ás mulleres é tamén un problema pediátrico. Os fillos e fillas de mulleres maltratadas son vítimas directas da devandita violencia, que se manifesta en lesións físicas derivadas das agresións, retardo do crecemento, alteracións na alimentación, aumento da patoloxía psicosomática, alteracións emocionais, dificultades cognitivas e condutuais. A convivencia con situacións de violencia contra a muller na parella asóciase á aparición de maltrato en idades máis temperás, comparado con fogares nos que non existe ese tipo de violencia, sendo o pai o agresor principal.

25.2.7.2. ACOSO ENTRE PARES

Conduta agresiva física ou psicolóxica, repetida no tempo, que realiza unha persoa menor de idade (agresora) contra outra tamén menor (víctima), e na que a persoa agresora establece unha relación de dominancia que lle reporta unha gratificación social e/ou individual, e incapacita á vítima para saír desa situación, acrecentando a sensación de indefensión e illamento. Asóciase a secuelas significativas na vítima (baixa autoestima, ansiedade, illamento, absentismo escolar, fobias, trastornos psicosomáticos, depresión, ideación e intentos de suicidio). Na persoa agresora pode observarse vandalismo, abuso de tóxicos, delincuencia, fracaso escolar e profesional, uso da violencia como forma de relacionarse...

25.2.7.3. CIBERACOSO E *CYBERBULLYING*

Son prácticas de intimidación, realizadas a través de internet ou telefonía móbil, que se realizan con intención de danar, repetíndose no tempo. O *cyberbullying* dáse entre dous iguais, é dicir, entre nenos ou adolescentes. No ciberacoso ou acoso cibernético están involucradas persoas adultas.

Diferénciase do acoso entre pares tradicional polo anonimato das persoas agresoras, a posibilidade dos ataques ininterrompidos, a publicidade, e a omnipresenza da persoa agresora.

25.2.7.4. *GROOMING*

Son accións deliberadas por parte dunha persoa adulta encamiñadas a establecer contacto cunha persoa menor en internet, co obxectivo de obter unha satisfacción sexual. Pasa por varias fases, ata que a persoa *groomer* alcanza o seu obxectivo final, que é chegar a establecer unha relación estreita finxindo ser outra persoa menor e propiciar condutas/expresións de contido sexual progresivamente explícito, ata chegar á chantaxe e forzar o contacto sexual.

25.2.7.5. *SEXTING*

É o envío a través do teléfono móbil de fotografías e vídeos de contido sexual variable, gravados pola persoa protagonista dos mesmos, con voluntariedade e sen coacción. O

problema é que unha vez que a imaxe se difunde sen o seu consentimento a través da rede é imposible eliminala, podendo desencadearse situacións de escarnio ou humillación.

25.2.7.6. VIOLENCIA DE XÉNERO ENTRE ADOLESCENTES

É un patrón de comportamento caracterizado por actos ou ameazas de violencia física, sexual, verbal e/ou emocional, realizado por unha persoa adolescente fronte á súa parella actual ou pasada, conseguindo a través de ese comportamento exercer poder e control sobre esta.

25.2.7.7. MUTILACIÓN XENITAL FEMININA

Trátase dunha acción coa que se pretende o control sobre a sexualidade feminina. Consiste en diversas mutilacións dos xenitais externos femininos. En orden de prevalencia da súa realización en diferentes países, destacan: Somalia, Guinea, Exipto, Djibouti, Eritrea, Malí, Etiopía, Nixeria, Sudán.

25.3. ASPECTOS ESPECÍFICOS

Débese realizar sempre unha anamnese, e nesta é importante incluír ademais dos antecedentes persoais e familiares, a situación psicosocial do/da neno/a e o seu contorno familiar. Durante a exploración débese observar a interacción entre os proxenitores/titores e o/a neno/a.

25.3.1. SIGNOS E SÍNTOMAS DE SOSPEITA DE MALTRATO INFANTIL:

É importante saber cando se debe sospeitar da presenza dun posible maltrato.

- Ante calquera lesión por traumatismo hai que estar alerta e preguntar sempre polo mecanismo causal da lesión. Indica unha alta sospeita de maltrato, que se trate de: lesións sen explicación (ou con explicación pouco convincente), indicios de desatención, demora en consultar pola lesión, relatos contraditorios ou dun mecanismo incompatible co estadio evolutivo do/da neno/a.

- Se se atopan equimoses, é preciso estar alerta cando se localizan en “zonas de castigo”: lumbar, rexión interna de coxas, fazulas, beizo superior e freo, pescozo, orellas, xenitais...
- En caso de atopar queimaduras, a causa máis frecuente das accidentais é a salpicadura (por exemplo, cando un/unha neno/a se asoma a unha mesa e cáelle unha bebida quente). Nas intencionadas, as queimaduras adoitan ser simétricas, ben delimitadas (sen salpicaduras) e en zonas cubertas.
- Os traumatismos cranioencefálicos son a causa de morte máis frecuente en nenos/as maltratados. O motivo de consulta adoita ser variado: problemas respiratorios, obnubilación, irritabilidade, convulsións, vómitos, decaemento xeral...
- As fracturas son frecuentes nos/nas nenos/as preescolares e escolares. Débese sospeitar de posible maltrato ante fracturas nun/nunha lactante que aínda non anda ou ante nenos/as que presentan fracturas múltiples e localizacións características (escápulas, costelas, pelve, vértebras).

Son datos clínicos de sospeita de maltrato psicolóxico o atraso psicomotor, os trastornos do crecemento (fallo non orgánico do crecemento), dores abdominais crónicas (en ausencia de organicidade), trastornos de conduta, rendemento escolar baixo...

Os/as menores que están expostos a violencia familiar, teñen máis risco de maltrato. A gravidade dependerá da duración destas situacións, da frecuencia das agresións e do tipo. É importante que os/as profesionais de pediatría de AP estean atentos a estas situacións e que recoñezan os signos e síntomas que estes nenos e nenas poden presentar¹² ([Táboa 25.4](#)).

Táboa 25.4. Signos e síntomas en nenos/as expostos/as a violencia familiar

* Nenos/as pequenos/as	* Escolares
- Alteración de patróns do sono. - Alteración das rutinas de comida. - Atraso no desenvolvemento ponderoestatural. - Choro ou berros excesivos. - Atraso de desenvolvemento psicomotor.	- Problemas de concentración. - Depresión. - Condutas agresivas. - Malos resultados académicos. - Somatizacións.
* Preescolares	* Adolescentes
- Problemas de conduta. - Síndrome de estrés postraumático. - Síntomas de ansiedade. - Actitudes regresivas. - Pesadelos.	- Abuso de tóxicos. - Promiscuidade. - Embarazo temperá. - Enfermidades de transmisión sexual. - Fracaso ou ausencia escolar.

No caso do **acoso escolar** é moi indicativo da súa existencia que os síntomas que presenta un/unha menor, como dores abdominais ou de cabeza, dificultade para conciliar o sono ou inapetencia alimentaria, non corresponden a ningún diagnóstico clínico e, non obstante, persisten no tempo, desaparecendo os fins de semana ou durante as vacacións escolares.

25.3.2. PREVENCIÓN

O maltrato infantil é unha situación complexa que se presenta con frecuencia na consulta. É por iso que os/as profesionais sanitarios/as teñen un papel fundamental na prevención e na detección ou intervención. Calquera ocasión na que a persoa menor de idade acuda a un centro sanitario pódese aproveitar para realizar prevención e detección do maltrato¹³.

25.3.2.1. PREVENCIÓN PRIMARIA

Intervén sobre a orixe multicausal do maltrato. Para iso realízanse intervencións que fomenten o benestar na infancia, tendo en conta as necesidades do/da menor en cada etapa. Ademais inclúe o seguimento de familias de risco e de embarazos de risco, a promoción da lactación materna (non unicamente desde o punto de vista nutricional), o seguimento da relación filio-parental / vínculo nos controis de saúde, o recoñecemento de medidas de disciplina inapropiada e a oferta de métodos alternativos...

Dentro da prevención dirixida á poboación xeral, co fin de evitar a presenza de indicadores potenciadores ou de risco e promover os indicadores compensadores ou protectores é importante realizar:

- Prevención de embarazos non desexados, sobre todo en mulleres novas, mediante educación sexual en centros escolares, programas de saúde infantil e facilitando recursos de planificación familiar.
- Promoción da lactación materna desde o nacemento, de maneira exclusiva ata os 6 meses e continuar, xunto coa introdución da alimentación complementaria, ata os dous anos ou ata cando a nai e o lactante o desexen. Existe unha asociación entre lactación materna e protección de maltrato infantil (nenos/as non aleitados teñen 2,6 veces máis risco de ser maltratados que os que aleitaron polo menos 4 meses)¹³.
- Avaliación da calidade do vínculo afectivo proxenitores / titores legais - fillos/as: coidados da persoa menor, presenza de síntomas que indiquen abandono ou carencia afectiva, actitude dos proxenitores / titores fronte ao establecemento de normas e límites (azoutes, castigos ou correccións verbais desproporcionados).
- Intervención nas consultas con amabilidade e empatía cando se observen prácticas de castigo corporal na relación proxenitores-fillos, propoñendo métodos alternativos de disciplina.
- Emprego de “guías anticipadoras” para comunicar a cada idade específica os requirimentos do/da neno/a (alimentación, hixiene, sono, cólico do lactante...), recoñecendo a dificultade que entraña cada novo período de desenvolvemento, brindando orientación práctica no establecemento de disciplina construtiva e promovendo a estimulación e o crecemento emocional estable da persoa menor.
- Identificación dos puntos valiosos e positivos de actuación dos proxenitores / titores, encomiando os seus esforzos e reforzando a autoestima e a competencia.
- Débese educar aos pais / nais / titores legais para que vixíen o uso de redes sociais e de internet por parte dos seus fillos e fillas. A idade de maior risco de

abuso sexual está entre os 8 e os 12 anos, existindo un predominio en nenas. As persoas que producen o abuso adoitan ser do contorno familiar ou de confianza.

25.3.2.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA:

Está orientada cara á detección precoz de situacións de maltrato, actuando sobre o período silente ou presintomático. Para iso valóranse os indicadores de risco do contorno sociofamiliar, sendo fundamental a vixilancia clínico-epidemiolóxica dos factores de risco.

A ter en conta as seguintes indicacións:

- Recoñecer situacións de abandono ou trato negligente no/na neno/a. Avaliar a situación de negligencia e consultar co Servizo de protección de menores.
- Recoñecer situacións de violencia doméstica ou de abuso da muller como medida efectiva de prevención do maltrato infantil (no 30 - 70 % das familias nas que se abusa dun adulto haberá abuso en menores).
- Remitir aos membros da familia a programas de parentalidade individuais e grupais para mellorar as habilidades dos proxenitores ou titores, reducir o estrés da parentalidade, mellorar o funcionamento psicosocial materno, mellorar a dinámica familiar ou reducir os problemas condutuais dos nenos e nenas.
- Remitir ás Unidades de Saúde Mental aos proxenitores / titores con adiccións ao alcohol ou outras drogas, ou con trastornos psiquiátricos.
- Informar ás familias que o precisen dos recursos comunitarios de axuda psicolóxica, social, laboral e económica.
- Colaborar cos/coas profesionais de traballo social da zona, na definición de obxectivos, plans, estratexias e axudas definidas para cada familia de risco.
- Realizar visitas domiciliarias por enfermería a familias de alto risco, desde a etapa prenatal ata os dous anos.
- Aumentar a frecuencia das visitas dentro do Programa de saúde infantil.

25.3.2.3. PREVENCIÓN TERCIARIA

A súa finalidade é a diminución da probabilidade ou evitar a repetición da agresión-desatención á persoa menor de idade e as lesións consecuentes. Tamén inclúe a intervención coordinada para a protección da persoa menor e a rehabilitación / reinserción do/da neno/a e da familia.

Os programas de educación e adestramento parental deberían ser incluídos na prevención da recorrencia do abuso físico.

En xeral, a prevención do acoso escolar farase desde o centro educativo.

25.3.3. INTERVENCIÓNS EN ATENCIÓN PRIMARIA ([Anexo 25.1](#))

Da intervención do persoal deste nivel asistencial poden derivarse consecuencias sociais e legais, polo que é fundamental ter presente o diagnóstico de maltrato (en calquera das súas formas) na consulta de pediatría.

O neno ou nena son suxeitos de pleno dereito. A valoración psicosocial é un elemento clave na práctica pediátrica. Velar polo interese do/da menor obriga a actuar con todos os medios posibles para restablecer a súa saúde e como primeiro paso, preservar a súa seguridade. O maltrato é, ante todo, un problema de saúde pública; os problemas sociais e/ou legais virán unha vez se detecta un problema de saúde. O equipo sanitario ten como obxectivo principal preservar e restaurar a saúde do/da neno/a.

Outros obxectivos poderíanse resumir como segue:

- Previr.
- Sospeitar / detectar o problema de saúde.
- Realizar o diagnóstico diferencial.
- Realizar o diagnóstico.
- Instaurar o tratamento.
- Curar.

- Asegurar a protección do/da neno/a.
- Realizar a comunicación ás autoridades xudiciais (xulgado de garda).

Unha vez realizada a consulta pódense atopar 2 situacións¹¹:

1- Violencia extrafamiliar: neste caso, os/as profesionais colaborarán cos proxenitores / titores na asunción de medidas destinadas á protección do seu fillo ou da súa filla, pero asumindo que a responsabilidade corresponde aos proxenitores / titores.

2- Violencia intrafamiliar: será precisa a coordinación cos/coas profesionais dedicados á atención e protección da infancia.

25.3.4. NOTIFICACIÓN^{13,14,15}

A detección e a notificación son as primeiras condicións para intervir nun caso de maltrato á infancia e poder así axudar á familia e ao neno/a que sofren este problema.

No momento da detección, a información que recollen os/as profesionais dos servizos de protección de menores pretende a consecución dos seguintes obxectivos:

1. Determinar se o caso constitúe unha situación de maltrato ou desprotección infantil e, polo tanto, ten que ser atendido polos devanditos servizos, ou se a problemática é doutra índole e a súa abordaxe corresponde a outros/as profesionais, ou debe ser remitido a outro servizo.

2. Recoller información relevante para identificar as persoas relacionadas co caso (menor, familia, persoa que perpetra o maltrato, informante...), coñecer a situación notificada e as particularidades esenciais ligadas a ela, realizar unha avaliación inicial da severidade do caso e determinar o proceso a seguir.

Neste senso en Galicia merece especial atención o artigo 22º da Lei 3/1997, do 9 de xuño, galega da familia, a infancia e a adolescencia¹⁵, que sinala o deber de comunicación de toda persoa que teña coñecemento dunha situación grave de risco para un/unha menor. O mesmo artigo garante a reserva absoluta e anonimato da persoa comunicante.

O **Rexistro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI)** é un sistema de rexistro de ámbito nacional creado co obxectivo de detectar calquera alerta de maltrato infantil e actuar coa maior rapidez posible. A súa utilidade é facilitar o proceso de información sobre unha situación susceptible de ser un caso de desprotección infantil. Unha notificación efectuada mediante este instrumento, chega inmediatamente aos servizos de protección da infancia, que poderán, así, adoptar as medidas oportunas para coñecer a situación do/da menor e, se é o caso, adoptar as medidas de protección que correspondan. Esta notificación non equivale a unha denuncia, nin substitúe á elaboración dos informes pertinentes, pero pode ser decisiva para evitar que unha situación de risco se agrave.

As follas de notificación foron elaboradas polo Grupo de traballo sobre maltrato Infantil do Observatorio da Infancia, órgano colexiado integrado no Ministerio de Sanidade. Existe unha **folla de notificación específica para o ámbito sanitario**¹⁶ e estase a traballar na implementación dun sistema electrónico de notificación na Comunidade Autónoma de Galicia.

25.4. RECOMENDACIÓNS

A pesar de que o maltrato é unha situación frecuente e emerxente no noso contorno, moitas veces pasa desapercibido, polo que se debe ter presente na práctica clínica diaria. Para iso é fundamental a identificación de grupos e factores de risco e realizar unha valoración global en cada atención realizada. Hai que ter en conta que non identificar o maltrato xera secuelas significativas nas persoas menores que o sofren.

Son recomendacións a ter en conta na práctica clínica diaria¹³:

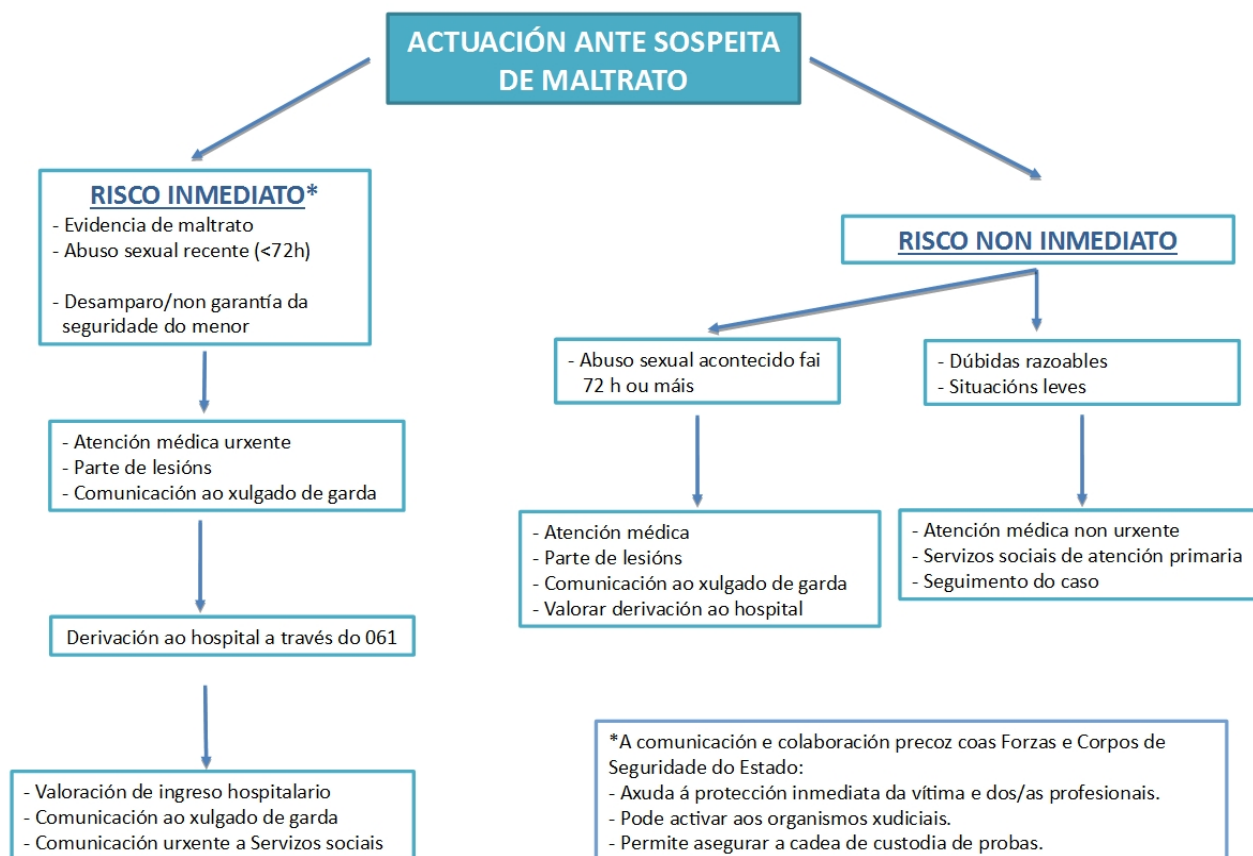
- Incluir na historia clínica do/da neno/a información de aspectos psicosociais, dinámica familiar... É importante actualizar dita información en cada control de saúde e avaliar a calidade do vínculo afectivo proxenitores / titores - fillos/as, os coidados do/da neno/a, a presenza de síntomas que suxiran abandono ou carencia afectiva, a actitude dos proxenitores / titores ao establecer normas e límites.
- Recoñecer situacións de violencia.

- Promover a lactación materna.
- Aconsellar evitar a “síndrome do neno sacudido”.
- Ante a sospeita ou certeza de maltrato infantil recoméndase¹³:
 - Tratar as lesións e as súas secuelas físicas.
 - No caso de agresión sexual, establecer medidas protectoras ante a sospeita de risco de contaxio (inmunización, tétanos, hepatite B, tratamento profiláctico de enfermidades infecto contaxiosas ou lesións físicas, controis serolóxicos de enfermidades de transmisión sexual) e medidas de prevención de embarazo secundario á agresión sexual.
 - Asegurar o tratamento emocional e psicolóxico, remitindo ao/á menor á Unidade de saúde mental infanto-xuvenil.
 - Coordinarse cos servizos sociais da zona, respectando as áreas de traballo, facilitando a comunicación, a toma de decisións e realizando informes periódicos do estado de saúde física do/da neno/a.
 - Facer un seguimento da familia e do/da neno/a para o tratamento das crises (secuelas, repetición de maltrato, problemas de saúde asociados).
 - Remitir as familias a grupos de axuda mutua, educadores familiares e/ou psicoterapia familiar.
 - Procurar a atención ao grupo familiar, adoptando as medidas terapéuticas oportunas cando corresponda (alcoholismo, toxicomanías, trastornos psiquiátricos, planificación familiar...). Favorecer a atención ao/á menor na súa propia familia, sempre que sexa posible, procurando a participación dos proxenitores e familiares próximos no proceso de normalización da súa vida social.

Os e as profesionais da saúde deben garantir ante todo a protección da persoa menor, notificando cando corresponda, a outros dispositivos.

ANEXOS

ANEXO 25.1. ALGORITMO DE ACTUACIÓN ANTE SOSPEITA DE MALTRATO^{6,9,17}



Fonte: elaboración propia.

ANEXO 25.2. MANEXO INICIAL DO ABUSO SEXUAL NA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

A actuación de pediátría de AP ante unha situación de sospeita de abuso sexual⁷, debe orientarse a **describir e rexistrar os indicadores**, tanto físicos como condutuais, posibles relatos da vítima ou das persoas acompañantes, a **valorar** se se trata dun posible caso de abuso sexual intrafamiliar e se existe risco vital ou de desprotección (se é probable que puidese sucederlle un novo episodio de abuso). Nese caso deberanse **adoptar as medidas de protección** e de **asistencia médica urxente e psicolóxica** que precise a vítima; é preciso ser conscientes da importancia de **evitar accións que poidan obstruír a recollida de evidencias**⁹.

Posteriormente deberase decidir a súa **derivación** a algún dispositivo asistencial hospitalario e notificar a sospeita.

En todos os casos en que exista verbalización de abuso sexual do/da menor ou dos seus familiares e naqueles nos que se detectaron lesións, débese emitir **parte de lesións** (remitir ao Xulgado de Garda)^{7,9} e **informe médico** que inclúa o estado físico e psíquico da vítima (ten a consideración de proba xudicial⁹), así mesmo débese comunicar as Forzas e Corps de Seguridade do Estado, sen prexuízo de prestarlle o auxilio inmediato que precise.

BIBLIOGRAFÍA

1. Butchart A, Harvey AP, Mian M, Färniss T. Prevención del maltrato infantil: qué hacer, y cómo obtener evidencias. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44228/9789243594361_spa.pdf?sequence=1.
2. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Dirección General de Servicios para las Familias y la Infancia, Observatorio de la Infancia. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 20. Datos 2017. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; 2018. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/Boletin_20_DEFINITIVO.pdf.
3. Cambeiro Lourido MC, Caride Gómez JA, Castro Martínez P, García Alonso A, Gradaílle Pernas R, Gutiérrez Moar MC et al. La infancia en Galicia 2018. Santiago de Compostela: UNICEF Comité Galicia; 2018. Disponible en: https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/La_infancia_en_Galicia_2018.pdf.
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/MaltratoInfantil_accesible.pdf.
5. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado núm. 180, de 29 de julio de 2015.
6. Grupo de trabajo 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. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/gt/maltrato_aproximacion.pdf.
7. Gil Arrones J, De Manuel Vicente C. Abuso sexual infantil. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, editor. Congreso de actualización pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 267-75.

8. Centro Universitario Cardenal Cisneros (CUCC), Equipo de Investigación «Protección al Menor»; Escribano C, Silva I, García A, Fernández R, Maíllo I. Guía de Abuso sexual infantil "No te calles, cuéntalo". Madrid: Fundación Edelvives; 2018. Disponible en: <https://www.notecallescuentalo.org/wp-content/uploads/2019/05/Guia-de-prevencion-adultos.pdf>.
9. Xunta de Galicia. Protocolo de actuación en abusos sexuais a menores da Xunta de Galicia. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2000. Disponible en: https://politicassocial.xunta.gal/sites/w_polso/files/arquivos/xeral/protocolo_abusos_2000.pdf.
10. Grupo de trabajo de la Guía de actuación contra el acoso escolar en los centros educativos. Guía de actuación contra el acoso escolar en los centros educativos. Madrid: Comunidad de Madrid; 2017. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM016330.pdf>.
11. Gancedo Baranda A. Abordaje integral del maltrato infantil. En: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, editor. Curso de actualización pediatría. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 535-43.
12. Pou Fernández J. El pediatra y el maltrato infantil. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2017.
13. 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 [Internet]; 2011 [acceso 19 febreiro 2020]. Disponible en: <http://previnfad.aepap.org/monografia/maltrato-infantil>.
14. Xunta de Galicia. Guía para a detección do maltrato infantil. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2000. Disponible en: https://politicassocial.xunta.gal/sites/w_polso/files/arquivos/publicacions/guia_deteccion_maltrato_infantil.pdf.
15. Lei 3/1997, do 9 de xuño, galega da familia, da infancia e da adolescencia. Diario Oficial de Galicia núm. 118, de 20 de xuño de 1997.
16. Observatorio de la Infancia, Grupo de trabajo sobre maltrato infantil. Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos

Sociales; 2001. Disponible en:
<https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/HojasDeteccion.pdf>.

17. 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.

