



PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO EN LA INFANCIA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

En general, las estrategias de prevención requieren de la intervención de todos los recursos de la sociedad y no sólo de los sanitarios. No existe consenso de los programas o servicios que deben ofrecerse para prevenir el abuso en la infancia. En parte es así por la complejidad del problema y la dificultad de medir e interpretar este fenómeno.

Modelo integral del maltrato infantil: indicadores de riesgo e indicadores protectores

Niveles ecológicos	INDICADORES POTENCIADORES O DE RIESGO	INDICADORES COMPENSADORES O PROTECTORES
DESARROLLO INDIVIDUAL DE LOS PADRES	Historia familiar de abuso Falta de afectividad en la infancia de los padres Baja autoestima Pobres habilidades personales	Experiencia en los cuidados del niño Habilidad interpersonal Cociente de inteligencia elevado Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia
MEDIO FAMILIAR a) Padres	Trastornos físicos / psíquicos (incluye ansiedad y depresión) Drogodependencias Padre / madre solo Madre joven Padre / madre no biológico Disarmonía familiar Enfermedades / lesiones Conflictos conyugales Violencia familiar Falta de control de impulsos	Planificación familiar Satisfacción personal Escasos sucesos vitales estresantes Intervenciones terapéuticas en la familia Ambiente familiar sin exposición a violencia Armonía marital
b) Hijos	Hijos no deseados Trastorno congénito Anomalías físicas o psíquicas Enfermedad crónica Tamaño de la fratria Nacimiento prematuro Bajo peso al nacer Ausencia de control prenatal Trastorno de la conducta del hijo Proximidad de edad entre hijos	Apego materno / paterno al hijo Satisfacción en el desarrollo del niño
EXOSISTEMA a) Sociolaboral	Bajo nivel social / económico Desempleo Insatisfacción laboral	Condición financiera

b) Vecindario	Aislamiento social	Apoyo social Buena experiencia con iguales
MACROSISTEMA a) Sociales	Alta criminalidad Baja cobertura servicios sociales Alta frecuencia desempleo Pobreza de grupo social Alta movilidad geográfica	Programas de mejora, de redes de apoyo e integración social de familias vulnerables Programas sanitarios
b) Culturales	Aceptación castigo corporal	Actitud hacia la infancia, la mujer y la paternidad de la sociedad

Es recomendable observar y recoger en la consulta de atención primaria los datos que permitan identificar a las familias de riesgo, tales como:

- La conducta del niño.
- El comportamiento de los padres.
- La exploración clínica.
- La historia social (dinámica familiar, composición familiar, situación laboral...)

Tiene especial importancia la observación en la consulta de:

- No acudir a las citas concertadas.
- Ausencia de informes tras ingresos hospitalarios.
- Cambios frecuentes de médicos.
- Acudir a consulta sin motivo aparente.
- Imposibilidad de recabar datos de la vida familiar en la entrevista clínica.

Niveles de actuación:

Prevención dirigida a la población general con el objetivo de evitar la presencia de indicadores predisponentes o de riesgo y potenciar los indicadores protectores.

- Búsqueda sistemática de indicadores de riesgo y de indicadores protectores en la apertura de la Historia de Salud de Atención Primaria, recabando información de aspectos psicosociales, dinámica familiar, etc. de la población infantil atendida. Igualmente, se debe actualizar dicha información en las visitas sucesivas, evaluando la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites: azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas. Reconocer situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer.
- Promocionar la lactancia materna.
- Dar consejo de "evitar el síndrome del niño sacudido" ante el llanto del lactante o en el juego con el niño.

Prevención dirigida a la población de riesgo con el objetivo de reducir daños y atenuar los indicadores de riesgo presentes, potenciando los indicadores protectores.

Se recomienda:

Reconocer situaciones de abandono o trato negligente en el niño. Evaluar la situación de negligencia y consultar con 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 educación parental si los hubiera en el área de salud.

Remitir a centros de salud mental o unidades de tratamiento de conductas adictivas a padres con adicción a alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos. Recomendar el tratamiento por su médico de familia de los trastornos de ansiedad o depresivos.

Visita domiciliaria realizada por enfermería a familias de alto riesgo, desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida, con frecuencia mensual, duración de cada visita de 20 a 40 minutos y un contenido definido previamente para cada familia. La detección prenatal se realiza por el médico de familia y la matrona en los controles de la embarazada.

Actuaciones ante la sospecha o certeza del maltrato infantil, indicaciones basadas no sólo 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)*:

- Tratamiento de las lesiones y sus secuelas físicas.
- Establecer medidas protectoras en caso de sospecha de riesgo de contagio (inmunización tétanos, hepatitis B, tratamiento profiláctico de enfermedades infecto contagiosas o lesiones físicas, controles serológicos de enfermedades de transmisión sexual).
- Establecer medidas de prevención de embarazo secundario a agresión sexual.
- Asegurar el tratamiento emocional y psicológico remitiendo al niño a centros de salud mental infanto-juvenil.
- Coordinarse con los servicios sociales de la zona, respetando las respectivas áreas de trabajo, facilitando la comunicación, la toma de decisiones colegiadas, realizando informes periódicos del estado de salud física del niño.
- Seguimiento de la familia y el niño para el tratamiento de las crisis (secuelas, repetición del maltrato, problemas de salud asociados).
- Remitir a las familias a grupos de ayuda mutua, educadores familiares o psicoterapeutas de familia para intervenir con:
 - “Programas de educación y entrenamiento parental, asesoramiento profesional”, para prevenir la recurrencia del abuso físico y del trato negligente.
 - “Intervenciones basadas en terapia cognitiva y conductual” para prevenir la recurrencia del abuso emocional.
 - “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 postraumáticos 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, procurando la participación de los padres y familiares próximos en el proceso de normalización de su vida social.

Tabla 1. EFECTIVIDAD DE LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL en el ámbito de la atención primaria de salud.

Intervención	Efectividad	Calidad de evidencia	Fuerza de recomendación
Identificación de familias de riesgo mediante el uso de cuestionarios o listados	Identifica inadecuadamente a familias, probabilidad alta de falsos positivos	Alta (revisiones sistemáticas)	La actividad preventiva debe ser excluida de un examen periódico de salud.
Actividades en familias sin riesgo o riesgo desconocido			
Promoción de la lactancia materna	Hay asociación entre promoción de la lactancia materna y protección al maltrato infantil	Moderada (estudio observacional con fuerte asociación: RR de 2,6)	La actividad preventiva debe ser específicamente incluida en un examen periódico de salud
Educación a padres	Se han publicado escasos estudios de esta categoría. Existe insuficiente evidencia del programa SEEK. La intervención educativa en padres referida a la prevención del "síndrome del niño sacudido" se ha mostrado eficaz.	Moderada (estudio clínico aleatorizado con variables de resultados menos relevantes) Moderada (estudio cohortes pero en muestra amplia: 16 hospitales)	La actividad preventiva puede ser excluida. La actividad preventiva puede ser incluida.
Actividades de educación para la salud en familias de riesgo			
Educación a padres	No se ha encontrado eficaz	Baja (un estudio clínico con calidad metodológica baja)	La actividad preventiva debe ser excluida.
Aumento de las visitas de seguimiento en familias de riesgo	Poca evidencia para excluir o incluir esta actividad.	Moderada (estudio clínico aleatorizado)	La actividad preventiva puede ser excluida de un examen periódico de salud
Programas multidisciplinares de apoyo social, psicológico y	Los hallazgos son prometedores pero son necesarias nuevas	Alta (revisiones sistemáticas)	La actividad preventiva puede ser incluida liderada por centros de salud

educativo a padres de riesgo (incluye la intervención en violencia doméstica)	investigaciones para encontrar diferencias a favor de la intervención en entrenamiento de la parentalidad		mental o centros especializados en intervención de casos de maltrato.
Visita domiciliaria	Disminuye la incidencia de abuso y trato negligente, además de otros resultados favorables para la salud del niño y la familia	Alta (revisiones sistemáticas)	La actividad preventiva puede ser incluida . La variabilidad de estos programas ofrece resultados heterogéneos entre los diferentes ensayos clínicos por lo que se rebaja su fuerza de recomendación.

Tabla 2. EFECTIVIDAD DE LA PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA DEL MALTRATO INFANTIL.

Se recomienda realizar estas actividades en centros de salud mental o centros especializados en el tratamiento del maltrato infantil.			
Intervención	Efectividad	Calidad de evidencia	Fuerza de recomendación
Programas de educación	Evidencia limitada	Alta (revisión sistemática de estudios clínicos aleatorizados).	La actividad preventiva puede ser incluida .
Programas de educación y entrenamiento parental	Reducen la recurrencia del abuso pero no del abandono o trato negligente	Moderada (un estudio clínico aleatorizado).	La actividad preventiva debe ser específicamente incluida para casos de abuso físico. La actividad preventiva puede ser excluida para casos de abandono y negligencia.
Programa de visita a domicilio	Insuficiente evidencia para la reducción de la recurrencia de abuso o abandono.	Alta (estudios clínicos aleatorizados)	La actividad preventiva puede ser excluida .

Intervención cognitiva y conductual en abuso emocional	Limitadas evidencias de la efectividad de asesoramiento profesional en padres o cuidadores. Algunos estudios aleatorizados sobre intervenciones basadas en terapia cognitiva y conductual muestran algún efecto en algunos padres	Moderada (estudios clínicos aleatorizados de pequeño tamaño muestral)	La actividad preventiva puede ser incluida en casos de abuso emocional.
Tratamiento psicológico en niños expuestos a la violencia doméstica o de género	Hay algunas evidencias de que programas de tratamiento psicológico a madres y a niños reduzcan problemas de conducta y síntomas psicológicos en niños	Alta (estudios clínicos aleatorizados).	La actividad preventiva debe ser específicamente incluida en niños expuestos a la violencia intrafamiliar.
Terapia familiar en abuso sexual,	Las terapias en familias y niños muestran pruebas suficientes sobre los efectos postraumáticos del abuso sexual	Alta (revisión sistemática de estudios clínicos aleatorizados).	La actividad preventiva debe ser específicamente incluida para casos de abuso sexual.

Cómo citar este artículo: Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato infantil. Recomendación. En recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado octubre 2011. [consultado DD-MM-AAAA]. Disponible en http://www.aepap.org/previnfad/rec_maltrato.htm

Agradecemos los comentarios y aportaciones de Jesús Sánchez, pediatra; Carmen Martínez, pediatra; Emilio Salguero, médico de familia y Juan José Morell Bernabé, pediatra. Sus comentarios han sido revisados e incorporados en su caso en el documento final.

Dr. Francisco Javier Soriano Faura
Grupo PrevInfad / PAPPS semFYC