



ARTÍCULO ESPECIAL

Prevención de los trastornos de la salud mental. Maltrato hacia la infancia y la adolescencia



Francisco Buitrago Ramírez^{a,*,1}, Ramon Ciurana Misol^b,
María del Carmen Fernández Alonso^c, Pablo González García^d,
Lydia Salvador Sánchez^e, Jorge Luis Tizón García^f, Nuria Villamor Sagredo^g
y Grupo de Salud Mental del PAPPs. Actualización PAPPs 2024

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Universitario La Paz, Badajoz, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud La Mina, Sant Adrià del Besòs, Barcelona, España

^c Medicina Familiar y Comunitaria y Medicina Interna, Servicio de Salud de Castilla y León, Valladolid, España

^d Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Villalegre-La Luz, Avilés, Asturias, España

^e Medicina Familiar y Comunitaria, Servicio de Salud de Castilla y León, Valladolid, España

^f Psiquiatría, Neurología y Psicoanálisis, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^g Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Los Comuneros, Burgos, España

Recibido el 10 de julio de 2024; aceptado el 17 de julio de 2024

PALABRAS CLAVE

Intervención;
Prevención;
Atención primaria;
Maltrato infantil

Resumen El maltrato sobre la infancia y la adolescencia (MTIA) es un grave y complejo problema de salud pública global con efectos potencialmente devastadores en la salud y el bienestar físico y mental de las personas a lo largo de toda la vida. Se trata de un tema sanitario que, aunque no se haya reconocido hasta hace pocos decenios, posee gravísimas consecuencias sobre la vida de esos niños futuros adultos y sus familias. Al adoptar diversas formas y modalidades (violencias, abusos, negligencias y otras), resulta altamente prevalente y con graves repercusiones sobre el desarrollo personal y la morbilidad tanto mental como física. Los y las profesionales de APS pueden desempeñar una función clave en la detección del MTIA, en su exploración, en la adopción de las primeras medidas terapéuticas o mitigadoras, en la puesta en marcha de la red de cuidados sobre estos casos, y en el seguimiento a medio y largo plazo de las situaciones de maltrato. Este subprograma del PAPPs, de atención al maltrato sobre la infancia y la adolescencia, intenta proporcionar unas líneas básicas sobre cada uno de esos apartados.

© 2024 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Intervention;
Prevention;

Abuse of children and adolescence

Abstract Childhood and adolescent abuse (MTIA) is a serious and complex global public health problem with potentially devastating effects on the physical and mental health and well-being

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fbuitragor@gmail.com (F. Buitrago Ramírez).

¹ Coordinador del Grupo.

Primary care; Child abuse

of people throughout their lives. This is a health issue that, although it was not recognized until a few decades ago, has very serious consequences on the lives of these future adult children and their families. By adopting various forms and modalities (violence, abuse, neglect and others), it is highly prevalent and has serious repercussions on personal development and both mental and physical morbidity. PHC professionals can play a key role in the detection of MTIA, in its exploration, in the adoption of the first therapeutic or mitigating measures, in the implementation of the care network for these cases, and in the follow-up in the medium and long term of abuse situations. This PAPPs subprogram, for attention to abuse of children and adolescents, attempts to provide some basic lines on each of these sections.

© 2024 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El maltrato sobre la infancia y la adolescencia (MTIA) es un grave y complejo problema de salud pública global con efectos potencialmente devastadores en la salud y en el bienestar físico y mental de las personas a lo largo de toda la vida. Un elemento que le confiere especial capacidad patogénica es que con frecuencia el maltrato infantil queda oculto y solo una parte de los y las menores víctimas de malos tratos reciben algún tipo de apoyo por los profesionales de la salud y por los servicios sociales y/o comunitarios.

El término «maltrato» engloba diferentes formas de violencia o abuso sobre la infancia: violencia física, sexual o emocional, negligencia física y/o emocional, maltrato prenatal y maltrato institucional. Hoy se identifican, además, otros tipos de maltrato, como la exposición de los hijos/as al maltrato o violencias de pareja, la ciberviolencia en sus diferentes formas, la exposición a la pornografía, la violencia de pareja en adolescentes, la mutilación genital femenina y la trata con fines de explotación sexual, entre otros.

En la última década se han dado pasos importantes a nivel legislativo en nuestro país en relación a la protección a la infancia, la prevención y la actuación frente al maltrato. La Ley Orgánica 8/2021 de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPVI)¹ es una iniciativa avanzada y esperanzadora. Pero para que tenga los efectos esperados es necesario su desarrollo íntegro, que exige un firme compromiso político, social y profesional, haciendo partícipes asimismo a las familias y a las comunidades. También la «Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y la adolescencia», aprobada por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, supone un paso importante en la misma línea².

La Ley Orgánica 8/2021² entiende por violencia hacia la infancia y la adolescencia toda acción, omisión o trato negligente que priva a las personas menores de edad de sus derechos y de su bienestar, y por consiguiente, amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, con independencia de la forma y del medio de comisión de esa violencia. Se incluye, por tanto, la violencia y el maltrato realizados a través de las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente la violencia digital. En ese sentido, también a nivel legal, hay una coincidencia

progresiva con los criterios sanitarios y psicosociales, entendiéndose como violencia sobre la infancia el maltrato físico, psicológico o emocional, el descuido o trato negligente, la explotación, la violencia sexual, el maltrato prenatal, el maltrato institucional, así como la presencia de cualquier comportamiento violento en su ámbito familiar.

Epidemiología

La tasa real de prevalencia de maltrato infantil es desconocida. La OMS reconoce que la verdadera magnitud del problema probablemente está subestimada por la dificultad para identificar y obtener los datos de los registros y por la falta de homogeneidad de criterios para definir los abusos.

Según datos de la OMS, extraídos de numerosos estudios, a nivel mundial, cada año uno de cada dos niños/as de 2 a 17 años de edad es víctima de algún tipo de violencia. Cerca de 300 millones de niños/as de 2 a 4 años en el mundo a menudo se ven sometidos a castigos violentos por parte de sus padres o de sus cuidadores. Una tercera parte de los estudiantes de 11 a 15 años en el mundo han sido víctimas de intimidación de parte de sus pares en el último mes, y se calcula que 120 millones de niñas han tenido algún tipo de contacto sexual contra su voluntad antes de cumplir los 20 años.

La violencia emocional afecta a uno de cada tres niños/as, y uno de cada cuatro en el mundo vive con una madre cuya pareja la trata con violencia. Se calcula que 40.150 niños/as en el mundo fueron víctimas de homicidio en el año 2017³, sin que se puedan cuantificar adecuadamente los miles de niños/as muertos en las más de trescientas guerras en curso durante el presente siglo, pues en las guerras modernas los niños son precisamente las víctimas principales.

En un documento editado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se revisan los estudios más relevantes de prevalencia del MTIA, y los modelos de intervención que han demostrado disminuir la violencia, modificar los factores de riesgo o disminuir sus consecuencias a corto y a largo plazo⁴. Una revisión sistemática con datos de encuestas de 96 países para evaluar la prevalencia de la violencia sobre la infancia ha calculado que 1.000 millones de niños y niñas en todo el mundo (más de la mitad de la población infantil de 2

a 17 años) habían sufrido algún tipo de violencia emocional, física o sexual en el año previo al estudio⁵. Otros estudios destacan que el maltrato emocional y el trato negligente (físico o emocional) fueron las formas más frecuentes, y que las niñas fueron más vulnerables a la violencia sexual, con una prevalencia del 18% en las niñas frente al 7,6% en los niños⁶⁻⁸. Por otra parte, una de cada tres adolescentes en el mundo sufre violencia por parte de su pareja en cualquiera de sus formas^{9,10}.

En cuanto a Europa, el maltrato infantil afecta a más de 55 millones de niños/as en la Región Europea de la OMS. El informe europeo de 2013 sobre prevención del maltrato infantil documentó la alta prevalencia del maltrato a la infancia: el 9,6% por el abuso sexual, el 16,3% por negligencia física, el 18,4% por negligencia emocional, el 22,9% por abuso físico y el 29,6% por abuso emocional. Según los datos sobre homicidios infantiles, se estima que el maltrato infantil causa más de 700 muertes evitables al año en niños/as menores de 15 años en la Región de Europa. Por cada muerte infantil hay entre 150 y 2.400 casos de malos tratos físicos importantes que se detectan y llegan a los servicios de atención¹¹.

En España se ha encontrado que el 4,3% de los menores en edades de entre los 8 y los 17 años referían haber sido maltratados en el ámbito familiar en el año previo¹². En menores de 7 años, según los datos obtenidos a través de encuestas a educadores, el 6,4% habían detectado algún caso. La incidencia y la prevalencia es mayor en los niños, pero las niñas son víctimas de abusos sexuales con una frecuencia dos veces y media superior a los varones.

En España existe un Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI) que, en 2021, recibió 21.521 notificaciones de sospecha de violencia en niños/as y adolescentes, lo que supuso un incremento del 37,2% respecto al año anterior (48,7% para el sexo femenino, 51,3% para el sexo masculino), siendo la forma más habitual de maltrato la negligencia (42,8%), seguida por la violencia emocional (30,8%), la violencia física (19,9%) y la violencia sexual (9,6%). Aunque la violencia sexual es el tipo menos frecuente entre los estudiados, ha sufrido un incremento del 133,7% con relación a los datos de 2020. En todos los tipos de maltrato infantil se notifican más sospechas en el sexo femenino que en el masculino, estando la diferencia más importante en la violencia sexual. Solo en la negligencia el mayor número de notificaciones corresponde al sexo masculino.

Es importante señalar el maltrato por exposición de menores a la violencia de género (VG) o a la violencia hacia la mujer en la pareja (VMP) sufrida por sus madres, que, dada su alta prevalencia, afecta a un elevado número de niños/as. La macroencuesta de 2015¹³ sobre VG en España revela que el 64,9% de las mujeres víctimas eran madres con 2 hijos de media por mujer, y el 64,2% de estas madres manifestaron que los menores además sufrieron algún otro tipo de maltrato. La macroencuesta de 2019¹⁴ revela que 1.678.959 menores viven en hogares en los que la mujer sufre actualmente VMP. Otro indicador orientativo son las llamadas a la fundación para la Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo (ANAR), donde en 2016 se atendieron 468.754 casos (el 70% por violencia en el hogar); ANAR revela además que en los diez últimos años se ha multiplicado por cuatro, especialmente por los maltratos a través de las tecnologías,

destacando que tanto el *grooming* como el *sexting* afectan ambos mayoritariamente a mujeres¹⁵.

Como puede observarse, estas cifras sobre el MTIA en nuestro país se hallan aún enormemente alejadas de las cifras de otros estudios. Parece probable que las diferencias se deben al claro infrarregistro de casos, dado que, en nuestro país, habitualmente solo se notifican casos graves. Llama la atención asimismo que solo el 8% de los registros proceden del ámbito sanitario, probablemente debido a la escasa adaptación de los sistemas de notificación a los hábitos de registro y codificación sanitaria¹⁶ y, desde luego, a la falta de dotación y de formación sobre el tema de nuestra atención primaria de salud (APS). También hay diferencias en cuanto a los tipos de maltrato según la fuente utilizada, aunque hay coincidencia en que las niñas y las adolescentes sufren de forma específica diversas formas de VG desde la etapa prenatal hasta la infancia y la adolescencia¹⁷.

Consecuencias

Las víctimas de maltrato grave y sistemático durante la infancia a menudo experimentan alteraciones en su desarrollo físico, social y emocional. Como en el caso de otras experiencias relacionales adversas (ERA) en la infancia, se hallan suficientemente documentadas las consecuencias sobre el desarrollo cerebral, la regulación del estrés, los sistemas inmunitarios, los sistemas endocrino-metabólicos y la producción de cambios epigenéticos. Un elemento clave en todo ello es que, si el MI se da desde los primeros momentos del desarrollo, va a tener repercusiones severas sobre la estructuración del vínculo de apego niño-cuidadores y, por tanto, en todo el desarrollo posterior. Esto tendrá repercusiones sobre la estructuración de la personalidad, el sentido de sí mismo y la autoestima del menor y, en consecuencia, probablemente generará problemas cognitivos, relacionales, de lenguaje y/o del desarrollo psicomotor. Además, el MTIA grave probablemente afectará más severamente otros sistemas corporales, como el endocrino, el circulatorio, el osteomuscular, el reproductivo, el respiratorio y el inmunológico, y sus consecuencias pueden durar toda la vida¹⁸⁻²¹.

En los momentos posteriores del desarrollo son particularmente lesivos los efectos de la negligencia emocional, con frecuencia infravalorada. Hay evidencia fehaciente de que los MTIA en la niñez aumentan el riesgo de sufrir lesiones, problemas de salud mental, retrasos en el desarrollo cognitivo, tener un rendimiento escolar deficiente y abandono escolar, así como un riesgo aumentado de embarazo precoz y de padecer enfermedades transmisibles y no transmisibles^{19,20}. Las consecuencias de la ciberviolencia son especialmente graves en la infancia y en la adolescencia por la mayor vulnerabilidad y la menor capacidad de protección de los humanos de esas edades en numerosos países del mundo²².

En la adolescencia, como consecuencia del maltrato, pueden darse con mayor frecuencia problemas en la socialización, conductas adictivas (alcohol y drogas), trastornos del comportamiento alimentario²², conductas antisociales y comportamientos violentos^{23,24}.

En la [tabla 1](#) se presenta un resumen de las consecuencias para la salud del MTIA según tramos de edad.

Tabla 1 Consecuencias del maltrato hacia la infancia y la adolescencia (MTIA) sobre la salud de los/las menores según su edad

En todas las edades	<ul style="list-style-type: none"> • Posible afectación del desarrollo y la estructuración cerebral, la regulación del estrés psicofisiológico, los sistemas inmunitarios, los sistemas endocrino-metabólicos y posibles cambios epigenéticos • Asimismo, riesgo de muerte o lesiones graves por negligencia, violencia directa o violencia vicaria (dañar al menor como forma de hacer daño a la pareja)
0 a 2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Nacimiento prematuro y bajo peso al nacer • Infanticidios o muerte a consecuencia del maltrato prenatal y perinatal • Retraso en el crecimiento y en el desarrollo de habilidades motoras y de lenguaje, alteraciones en la alimentación y el sueño, síntomas psicosomáticos (asma, eccemas) llanto inconsolable, irritabilidad • Dificultad para crear un apego y vínculos seguros madre-hijo/a y con adultos y coetáneos • Mayor riesgo de maltrato físico: traumatismos, fracturas, quemaduras, hemorragias, intoxicaciones, laceraciones, alteraciones del sistema nervioso central
2 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en la alimentación y el sueño, en el control de esfínteres, regresiones psicológicas • Dificultades en la socialización. Problemas de conducta o escolares • Agresividad, irritabilidad, problemas de aprendizaje y conducta, hiperactividad, miedos, ansiedad por separación, hipervigilancia, tristeza, sentimientos de culpabilidad, somatizaciones
6 a 12 años	<ul style="list-style-type: none"> • Agresividad, problemas de conducta, ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT), miedos exagerados, alteraciones cognitivas y en el rendimiento escolar, depresión, baja autoestima, aislamiento, trastorno de estrés postraumático, inversión de roles padre-hijo/a, trastornos del sueño, somatizaciones • Dificultades en las relaciones con sus iguales, baja empatía, desapego
13 a 18 años	<ul style="list-style-type: none"> • Anorexia y bulimia, trastornos por ansiedad, trastornos afectivos y otras psicopatologías (entre ellas, trastornos por inestabilidad emocional y psicosis) • Dificultades emocionales patentes: apatía, dificultad para la expresión de sentimientos, explosiones de ira, reducción de habilidades sociales, establecimiento de relaciones conflictivas, fracaso escolar, comportamientos de riesgo y de evasión (drogas), comportamientos violentos dentro y fuera del hogar, huida del hogar, absentismo escolar, consumo de sustancias, consumo excesivo de alcohol, autolesiones, asunción del rol de cuidado de hermanas y hermanos y/o la madre. Sexualidad precoz. Problemas en la esfera de pareja, sexual, reproductiva y relacional • Riesgo aumentado de perpetrar o experimentar violencia en el noviazgo adolescente • En las chicas: embarazos precoces y embarazos no deseados • Establecimiento de relaciones de pareja tempranas en las que con frecuencia sufren maltrato (mayor probabilidad de aceptar el papel de víctimas) • En los chicos: mayor probabilidad de desarrollar comportamientos agresivos y violentos y de reproducir la conducta del agresor con su madre (violencia filioparental) o en relaciones de pareja (violencia transgeneracional) • Intentos de suicidio y suicidio consumado
Repercusiones en la edad adulta	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo aumentado de padecer obesidad o anorexia, diabetes, cánceres, enfermedades cardiovasculares, adicción al tabaco, alcohol u otras drogas, enfermedades respiratorias, trastornos psicóticos, trastornos por inestabilidad emocional, trastornos por ansiedad excesiva y trastornos depresivos
El maltrato infantil genera elevadísimos costes sanitarios, de justicia penal, los servicios sociales y de bienestar ^{27,28}	

Son conocidas, asimismo, las graves consecuencias que tiene en los hijos/as la exposición al maltrato sufrido por sus madres, por lo que los niños/as y adolescentes han de considerarse víctimas de la VMP y de todo tipo de violencia doméstica en general. Las consecuencias son las ya recogidas en la [tabla 1](#), y hay que constatar entre ellas la violencia transgeneracional^{25,26}.

Los niños/as expuestos a la VMP son siempre víctimas de maltrato, no solo por ser testigos de la violencia entre sus padres, sino porque viven en un contexto de violencia habitual. Sufren violencia psicológica, y con frecuencia tam-

bién física, y a veces crecen normalizando la violencia como estilo de relación «normal» entre adultos, lo que favorece que reproduzcan esta violencia en sus relaciones futuras.

Intervenciones sanitarias frente al maltrato infantil

Las intervenciones con menores maltratados con el objetivo de aminorar las consecuencias del maltrato se han demostrado insuficientes para afrontar eficazmente de forma generalizada este problema. Por ello, es necesario estable-

cer estrategias de prevención primaria y secundaria, además de la atención a las víctimas, o prevención terciaria. Hay que tener en cuenta que, en nuestro mundo, incluidos los países tecnológicamente «avanzados», la violencia estructural es aún la norma y que las guerras y la muerte, las amputaciones y las migraciones masivas de niños/as en las guerras modernas no son sino la expresión última de esa violencia estructural contra la infancia.

Sin embargo, el impacto del MTIA no es igual en todos los menores que lo sufren. Influyen en ello el tipo y la severidad del maltrato, el tiempo de exposición, la edad, la relación afectiva próxima con el adulto maltratador o negligente, los factores concomitantes individuales que incrementan el impacto (enfermedad, discapacidad...) o protegen frente a él (factores de resiliencia). También son importantes la respuesta del entorno (apoyo afectivo y social o su ausencia) y las propias estrategias de afrontamiento del menor (positivas o de victimización). De ahí la necesidad de un enfoque ecológico o sistémico sobre el problema.

Para establecer nuestras recomendaciones dirigidas a los profesionales de APS se han tenido en cuenta las propuestas generales de las principales organizaciones con responsabilidades en salud y los grupos de prevención, a nivel tanto nacional como internacional. La premisa de partida es que la prevención del MTIA es un reto social que precisa de intervenciones multisectoriales para que resulte eficaz.

Perspectiva ecológica del cuidado de los MTIA

Promoción del buen trato y la prevención primaria del maltrato infantil

Las políticas de los gobiernos tienen un papel clave en hacer respetar los derechos de los menores, debiendo garantizar el acceso a la educación, la no existencia de menores marginados en función de la clase social, el aislamiento social, la pobreza o la marginación, a la protección frente a la explotación laboral y sexual, a la alimentación y a una vivienda digna a través de medidas legislativas, sociales, económicas y culturales.

Hay acuerdo^{19,24,29} en que esas medidas de política social, así como cambios culturales que rechacen el uso de la violencia entre las personas, contribuyen a la reducción del maltrato hacia los menores y a mejorar su bienestar y su desarrollo futuro. Ello implica la necesidad de cambios políticos y sociales no solo protectores hacia la infancia, sino cambios globales políticos, sociales y sanitarios que proscriban el uso social del maltrato y la violencia en general y una adecuada distribución de la riqueza y de los recursos sanitarios y de protección social. En todos esos cambios hay que articular las vías y las formas en que los menores tienen derecho a ser escuchados y a participar en el proceso de atención a su salud, a que se respete su autonomía y sus deseos según su edad y capacidad lo permitan, así como su derecho a ser informados para facilitar la toma de decisiones.

El sector sanitario, y particularmente los profesionales de la APS (medicina de familia, enfermería, pediatría, matronas y trabajo social y demás personal de los centros de salud), pueden tener un papel relevante no solo en la atención ante las víctimas del MTIA establecido, sino también

en la promoción del buen trato y la prevención primaria del problema. La accesibilidad, el contacto frecuente con las madres y padres en las consultas programadas y a demanda, el conocimiento del contexto familiar y las múltiples posibilidades de intervención a lo largo de la infancia y del desarrollo de la familia, sobre todo en los primeros años de vida, etapa clave para la prevención, son razones que exigen nuestra implicación, en particular en la detección precoz del maltrato en menores con factores de riesgo³⁰.

Principales recomendaciones que realiza el Grupo de Salud Mental a los y las profesionales sanitarios/as³¹

La actuación sanitaria se llevará a cabo tanto en los tres niveles de prevención del propio MTIA como aprovechando la atención a otros problemas de salud frecuentes en APS.

En el ámbito sanitario hay posibilidades de actuación para la prevención del maltrato, aunque aún existe controversia para recomendar algunas de las medidas por ausencia de evidencias sólidas de su efectividad, por lo cual la *US Preventive Services Task Force* (USPSTF)³², probablemente desbordada por el gran peso de los factores socioeconómicos y culturales sobre el MTIA, propone seguir evaluando las intervenciones para generar nuevas evidencias.

Efectivamente, parece que poco puede hacerse para prevenir el MTIA si las políticas sociales no van en el mismo sentido: la eliminación progresiva de toda violencia estructural y la mejora de los cuidados sociales de la infancia forman parte de políticas globales, intersectoriales y del avance humano hacia una mayor solidaridad intraespecífica, inextricablemente unida a una visión global ecosistémica de la salud. En ese sentido, no solo a nivel político y legal, sino a nivel cultural e ideológico, en el choque cada vez más abierto entre supremacismo, violencia estructural y belicismo, por un lado, y aumento de la solidaridad nacional e internacionalista y el pacifismo, por otro, el cuidado de la infancia y de los MTIA solo puede mejorar desde estas últimas posiciones. Contribuir a una mayor equidad, a la disminución de la marginación y de las brechas sociales, y desarrollar los servicios sociales de atención a la infancia son los elementos fundamentales de la prevención primaria en este campo.

Sin embargo, la OMS, aun manteniendo el rigor en el análisis de la evidencia, se posiciona de forma más activa analizando las causas y emitiendo recomendaciones para subsanar la brecha de evidencia. Tras una amplia revisión de estudios, programas y experiencias de intervención preventiva frente al maltrato infantil, afirma que «hay evidencia suficiente en la literatura científica para afirmar con plena confianza que el maltrato infantil puede prevenirse, a pesar de la limitada atención que en términos de la investigación y la política se ha dado a la prevención. Las estrategias deben basarse en una comprensión de los factores de riesgo, e incluir mecanismos para evaluar los resultados con criterios bien definidos»^{4,19}, aunque, desde luego, se trate de un tema que hay que abordar desde planteamientos multisectoriales e interservicios^{19,24,29}.

Algunos de los programas más prometedores son los de visitas a domicilio³³⁻³⁵. Han demostrado ser eficaces para prevenir el maltrato infantil y sus consecuencias, mejorar

la salud de los niños, mejorar las conductas maternas y paternas y disminuir el uso de los servicios, con un nivel de evidencia alto. No obstante, no todas las experiencias fueron tan concluyentes y se observaron algunos problemas metodológicos. Un elemento clave para el éxito fue el disponer de infraestructura local de apoyo que garantizase la aplicación fiel del modelo probado en los ensayos, es decir, que en este grupo, como en tantos otros de la prevención, la existencia de una red social y de activos de salud potente y bien estructurada es un componente fundamental. Por eso, otros estudios más específicos que han evaluado estos programas destacan que tienen un potencial grande, particularmente en familias de alto riesgo³⁶⁻³⁹.

La práctica de la lactancia materna prolongada se asoció con menor incidencia de maltrato en estudios observacionales⁴⁰, y también los programas de visita domiciliaria, de Niño Sano y «Comidas Compartidas»⁴¹ y, desde luego, la prolongación de las bajas parentales para la lactancia y la crianza y los programas de conciliación entre el trabajo y la crianza^{29,42}. Entre las estrategias escolares, los programas para la adquisición de aptitudes para la vida y las relaciones sociales se calificaron asimismo de promotoras. De las estrategias destinadas a los jóvenes en mayor peligro de tener conductas violentas, las de tipo terapéutico siguen siendo sumamente discutidas, a pesar de que se apuntan algunos avances en este campo⁴³.

La OMS y otras entidades asociadas han propuesto el proyecto INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños/as. Se basa en el cuidado de siete ámbitos de actuación:

1. Implementación y cumplimiento de las leyes.
2. Promoción de normas y valores de solidaridad y cuidado de la infancia.
3. Creación de entornos seguros para la infancia.
4. Apoyo a padres y cuidadores, por ejemplo, ampliando y apoyando las bajas de ambos progenitores para la crianza⁴² y las medidas de conciliación entre la vida laboral y la crianza.
5. Proporcionar ingresos y fortalecimiento económico.
6. Servicios de respuesta y apoyo adecuados y activos.
7. Proporcionar educación y habilidades para la vida⁴.

En los lugares donde ha podido realizarse parece demostrar logros en la reducción de la violencia contra la infancia.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, así como esa perspectiva contextual, nuestro grupo de Prevención en Salud Mental desde la APS propone las siguientes actividades posibles para la actuación sobre el MTIA desde la APS.

Prevención primaria a nivel social y comunitario

Dada su posición privilegiada entre los servicios comunitarios para la relación con la población, la APS debería colaborar activamente, según la situación y las capacidades de cada centro de salud, en al menos las siguientes actividades de prevención primaria del MTIA:

1. Identificar factores de riesgo y situaciones de especial vulnerabilidad e intervenir preventivamente (tabla 2).

Por ejemplo, derivando a programas de atención social prenatal a mujeres embarazadas con vulnerabilidad social para apoyar las habilidades materno-parentales y la capacitación para la crianza.

2. Identificar a las personas en riesgo de maltratar.
3. Realizar y/o colaborar en los programas de educación prenatal de preparación al embarazo, parto, lactancia materna y crianza, y los grupos posnatales y de puerperio, promoviendo la corresponsabilidad de los cuidados, la parentalidad positiva y estrategias para establecer un vínculo de apego seguro.
4. Cuidando particularmente la violencia sobre la mujer en la pareja (VMP), que es la mejor forma de prevenir la exposición de los menores a la misma⁴⁴⁻⁴⁶.
5. Colaborar con los diversos ámbitos y organizaciones comunitarias en el desarrollo de programas que proporcionen herramientas, espacios y oportunidades de trabajo compartido para la promoción de los buenos tratos y la prevención de la violencia en la infancia y la adolescencia⁴⁷. Objetivo: fomentar capacidades de protección y resiliencia en padres y niños/as (como las apuntadas en la tabla 3). Nos referimos en particular a las siguientes posibilidades:
 - 5.1. Las «escuelas (o programas grupales) de madres y padres» desde APS que desarrollan herramientas para la parentalidad y la comunicación, los límites y el apoyo a la autonomía de los niños y niñas⁴⁴.
 - 5.2. Actividades para la promoción del buen uso de las TIC en la familia: límites por edades, control de contenidos, reflexión sobre contenidos no deseados que van a encontrar, prevención de las ciberviolencias.
 - 5.3. Programas de educación para la salud afectivo-sexual en centros escolares y desarrollo del Programa Salud-Escuela, para la promoción de los buenos tratos interpersonales y la prevención de VG y otras violencias, como el acoso escolar.
 - 5.4. Promoción en todos los ámbitos y actividades de la comunidad de la inclusión de contenidos sobre buenos tratos a la infancia y la corresponsabilidad de los cuidados. Por ejemplo, en los ámbitos determinados por el programa INSPIRE, en los grupos socioeducativos de mujeres, hombres, personas cuidadoras, población migrante, personas en exclusión social, y otras vulnerabilidades o determinantes sociales de la salud^{24,29,44}.

Prevención secundaria: detección precoz

La atención primaria se encuentra en un lugar privilegiado para la detección precoz, porque nuestros profesionales poseen un contacto periódico y frecuente con los menores a través del programa del Niño Sano, así como por su conocimiento y contacto longitudinal con la familia por las enfermedades, vacunaciones y demás acontecimientos sanitarios en niños y adultos. Sin embargo, la detección del maltrato infantil sigue siendo muy baja, incluso en el ámbito de la APS. La OMS no aconseja hacer cribado poblacional de maltrato infantil mediante cuestionarios o preguntas rutinarias porque no hay evidencias sólidas del beneficio y de los posibles riesgos en países con cultura y desarrollo socioeconómico diferentes. Otros grupos de expertos, por

Tabla 2 Factores de riesgo y vulnerabilidad para el maltrato infantil

	Personales	Familiares	Sociales
<i>Para el maltrato o negligencia física</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias físicas • Dependencia biológica y social • Separación de la madre en el período neonatal • Niño/a hiperactivo • Niños/as prematuros • Niños/as con discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Familias monoparentales • Embarazo no deseado • Padres adolescentes • Padre o madre no biológico • Abuso de drogas o alcohol • Historia de violencia en la familia • Bajo control de impulsos • Trastorno psiquiátrico en los padres • Discapacidad intelectual • Vivir en contextos de prostitución • Separación en el período neonatal precoz y otras formas de alterarse el vínculo precoz de apego • Abandono o fallecimiento de uno de los cónyuges 	<ul style="list-style-type: none"> • Soporte social bajo • Nivel socioeconómico bajo • Aislamiento social • Hacinamiento • Inmigración en condiciones psicosociales o socioeconómicas desfavorables • Desempleo
<i>Para el maltrato o negligencia psicoafectiva</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias físicas o psíquicas • Dependencia biológica y social • Separación de la madre en el período neonatal • Niño hiperactivo • Niños prematuros • Niños discapacitados 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones conyugales conflictivas • Desconocimiento de las necesidades psicoafectivas del niño • Enfermedad psiquiátrica de los padres • Expectativas irracionales respecto al niño • Castigo físico como técnica de disciplina • Antecedentes de maltrato familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel socioeconómico medio o medio-alto • Aislamiento social
<i>Particulares para el abuso sexual</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Niñas 	<ul style="list-style-type: none"> • Padre dominante. Madre pasiva • Toxicomanías • Pobre relación marital entre los padres • Límites generacionales difusos • Antecedente de abuso sexual en familia de origen 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipersexualización de la infancia • Aumento de pornografía infantil
<i>Indicadores de riesgo inespecíficos</i>			
<ul style="list-style-type: none"> • Toxicomanías de los padres • Incumplimiento de las visitas de control del niño • Hiperfrecuentación por motivos banales • Cambios frecuentes de médico • Negación de informes de ingresos hospitalarios • Falta de escolarización • Agresividad física o verbal al corregir al niño • Coacciones físicas o psicológicas • Complot de silencio respecto a la vida y relaciones familiares • Relatos personales de los propios niños 			

Tabla 3 Factores protectores de la violencia en la infancia y promoción de la resiliencia según el Modelo Ecológico del Maltrato sobre la Infancia y la Adolescencia*Organización social*

- Promoción de la equidad real (igualdad de oportunidades) entre hombres y mujeres
- Reconocimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes
- Marco jurídico para prevenir y combatir la violencia
- Políticas de lucha contra la vulnerabilidad económica y la discriminación
- Formación obligatoria de profesionales que trabajan con la infancia y la adolescencia en la prevención, la detección y la atención al maltrato y la promoción de los buenos tratos

Comunidad

- Reconocimiento y desaprobación pública de la violencia
- Modelación de normas y comportamientos que promuevan la igualdad de género y los derechos de mujeres y niños
- Entornos (reales y digitales) seguros protectores de la violencia
- Alternativas recreativas y de desarrollo disponibles para niños/as y jóvenes
- Promoción de relaciones positivas entre los miembros de la comunidad, redes sociales de buenos tratos
- Escuelas y centros de salud como entornos de promoción de la resiliencia individual, familiar y comunitaria y prevención de violencias. La escuela puede jugar un papel resiliente para estos niños y niñas, donde pasan mucho tiempo, y ser un espacio de seguridad, de aprendizaje, de ocio, que les aleja temporalmente del contexto familiar problematizado
- El profesorado y sus compañeros pueden tener un papel resiliente de un gran valor
- El contexto escolar puede ser un entorno protector importante para los menores
- La salud mental y el bienestar de los menores pueden fortalecerse si las escuelas incorporan el aprendizaje socioemocional en sus aulas y disponen de conocimientos sobre el trauma y de servicios de apoyo para estos niños

Relaciones interpersonales y familiares

- Estabilidad económica
- Apoyo de la familia extensa y redes de cuidados
- Fomento de las habilidades parentales: crianza con apego seguro, parentalidad positiva, corresponsabilidad en los cuidados familiares y promoción de los autocuidados
- Presencia de, al menos, una persona adulta de referencia: madre/padre, abuela/o, maestro/a, tutor/a...) que proporcione afecto y seguridad (tutores de resiliencia)
- Igualdad de género en el hogar
- Favorecer las buenas relaciones entre compañeros, amigos

Individual

- Promoción de la autoestima y la autoeficacia
- Fomento de las habilidades sociales e inteligencia emocional (autorregulación, mentalización, etc.)
- Condiciones para una buena salud
- Existencia de un vínculo afectivo y apego seguro con la/s persona/s cuidadora/s

Fuente: Basado en OMS (2018). Manual INSPIRE. Medidas destinadas a implementar las siete estrategias para poner fin a violencia contra los niños. Y en Fernández Alonso MC. La violencia contra la mujer en la pareja y su impacto en el desarrollo biopsicosocial de los hijos e hijas expuestos a estas vivencias. FMC. 2024;31(2):60-71.

el contrario, recomiendan explorar las situaciones de MTIA al tiempo que se realiza la exploración de los antecedentes personales y familiares del niño/a, o del adolescente o del adulto⁴⁶.

En todo caso, tanto la OMS como los grupos de expertos recomiendan que las y los profesionales sanitarios que tratan con menores deben estar alerta a las características clínicas asociadas al maltrato infantil y a los factores de riesgo asociados (tablas 2 y 4). También coinciden en que es tarea de la APS la evaluación del menor sujeto a MTIA sin ponerlo en mayor riesgo o revictimización, pero partiendo de la importancia de la detección precoz para intervenir y minimizar las consecuencias⁴⁸. Eso implica, desde luego, explorar y, eventualmente, registrar cuidadosamente en la historia todo signo o síntoma de maltrato infantil recogidos a través de la entrevista clínica y/o la exploración física. Se trata de una actuación recomendable en la explora-

ción de cualquier menor, pero especialmente en aquellos que tienen factores de riesgo o situaciones de vulnerabilidad.

La *American Academy of Pediatrics* recomienda también investigar situaciones de violencia contra la mujer en la pareja y violencia doméstica en la consulta, afirmando que los pediatras están en condiciones de reconocer mujeres maltratadas⁴⁹, y detectar la exposición de los hijos/as al maltrato en la pareja como una forma grave y frecuente de maltrato infantil^{26,50}.

Prevención terciaria: actuación tras el diagnóstico

La intervención ante la detección de una situación de maltrato ha de ser siempre integral y multidisciplinar (fig. 1).

Tabla 4 Signos, síntomas y señales de alerta de maltrato infantil**Menores de 5 años**

- Retraso psicomotor
- Apatía
- Aislamiento
- Miedo, inseguridad
- Hospitalizaciones frecuentes
- Enuresis y encopresis
- Conductas de dependencia
- Trastornos del sueño
- Terrores nocturnos
- Cambios de apetito
- Ansiedad aguda a las revisiones médicas
- Conocimientos y lenguaje sexualizado, inapropiado para su edad
- Hematomas en glúteos. Hematomas en zona genital
- Quemaduras
- Explicaciones contradictorias respecto a lesiones

Preadolescentes

- Fracaso escolar
- Problemas de conducta
- Agresividad, sumisión
- Pobre autoestima
- Hiperactividad o inhibición
- Depresión
- Trastornos del lenguaje y del aprendizaje
- Ansiedad
- Insomnio
- Absentismo escolar
- Fugas del domicilio
- Ideación suicida o intentos suicidas
- Pérdida o ganancia de peso repentina
- Conocimientos sexuales inapropiados para su edad

Adolescentes

- Trastornos psicosomáticos
- Cambios de apetito
- Depresión
- Ideación suicida y actos suicidas
- Aislamiento social
- Fugas del domicilio
- Promiscuidad sexual
- Ansiedad
- Consumo de alcohol/drogas

Por ello es necesaria una actuación en red que permita la intervención de los distintos profesionales e instituciones que van a tener competencias en el abordaje de este complejo problema. Recientes publicaciones de la OMS e instituciones diversas han sistematizado las intervenciones más relevantes que deben llevar a cabo los y las profesionales sanitarios, de cualquier ámbito, pero especialmente de APS^{24,29,51-54}.

En todo caso, la propuesta de nuestro grupo de trabajo incluye recomendaciones para los diversos momentos de la atención a estos casos y familias por parte de la APS. En esquema serían las siguientes:

Exploración

- Si el niño/a o el adolescente no ha sido entrevistado ni explorado anteriormente, le corresponde hacerlo al Equipo de Atención Primaria, pediátrico o de medicina de familia.
- Si el/la menor ha sido explorado por otro dispositivo, hay que evitar la victimización de exploraciones añadidas y valorar la fiabilidad de los informes emitidos por esos otros dispositivos.
- Valoración y tratamiento de las lesiones físicas y realización de inmunizaciones, si procede. Prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazo en casos de abuso sexual.
- Sobre la marcha o en colaboración con Salud Mental y con los servicios comunitarios habrá que explorar siempre el estado psicológico y la situación social del niño/a o adolescente.

Evaluación del riesgo para el menor

Si existe riesgo inmediato, físico o psicosocial, habrá que proceder al ingreso hospitalario del niño/a, previa información a los padres de las razones del ingreso. Si no lo autorizan, se debe realizar denuncia ante las autoridades competentes. Aunque no haya riesgo inmediato, puede estar indicada la hospitalización para observación o por considerar conveniente la separación del ámbito familiar; o bien el acogimiento, si se considera que existe un riesgo social de desamparo o nueva agresión.

Se consideran situaciones de *alto riesgo que precisan intervención urgente*:

- Lesiones graves que suponen riesgo para la vida del/de la menor o su integridad física futura.
- Agresiones psicológicas mantenidas y frecuentes: amenazas, aislamiento, rechazo, corrupción.
- Violación, explotación sexual.
- Abandono físico o emocional con daños físicos o emocionales graves, o que conlleve desprotección o desamparo

Hay que tener en cuenta que, con cierta frecuencia, tanto en niños/as como en adolescentes, las situaciones de alto riesgo se comunican a través de crisis de ansiedad, mutismo y aislamiento y/o intentos de suicidio.

En estos casos de alto riesgo corresponde a los servicios sanitarios que reciben al menor la *realización del parte de lesiones y la remisión al juez*. Posteriormente tendremos que asegurar la notificación del caso al Servicio de Protección a la Infancia de la administración correspondiente al que habrá que remitir el informe médico-social elaborado.

Medidas de seguimiento**Generales**

- Contacto con el trabajador social del centro o de los servicios sociales de base para la elaboración del informe médico-social.

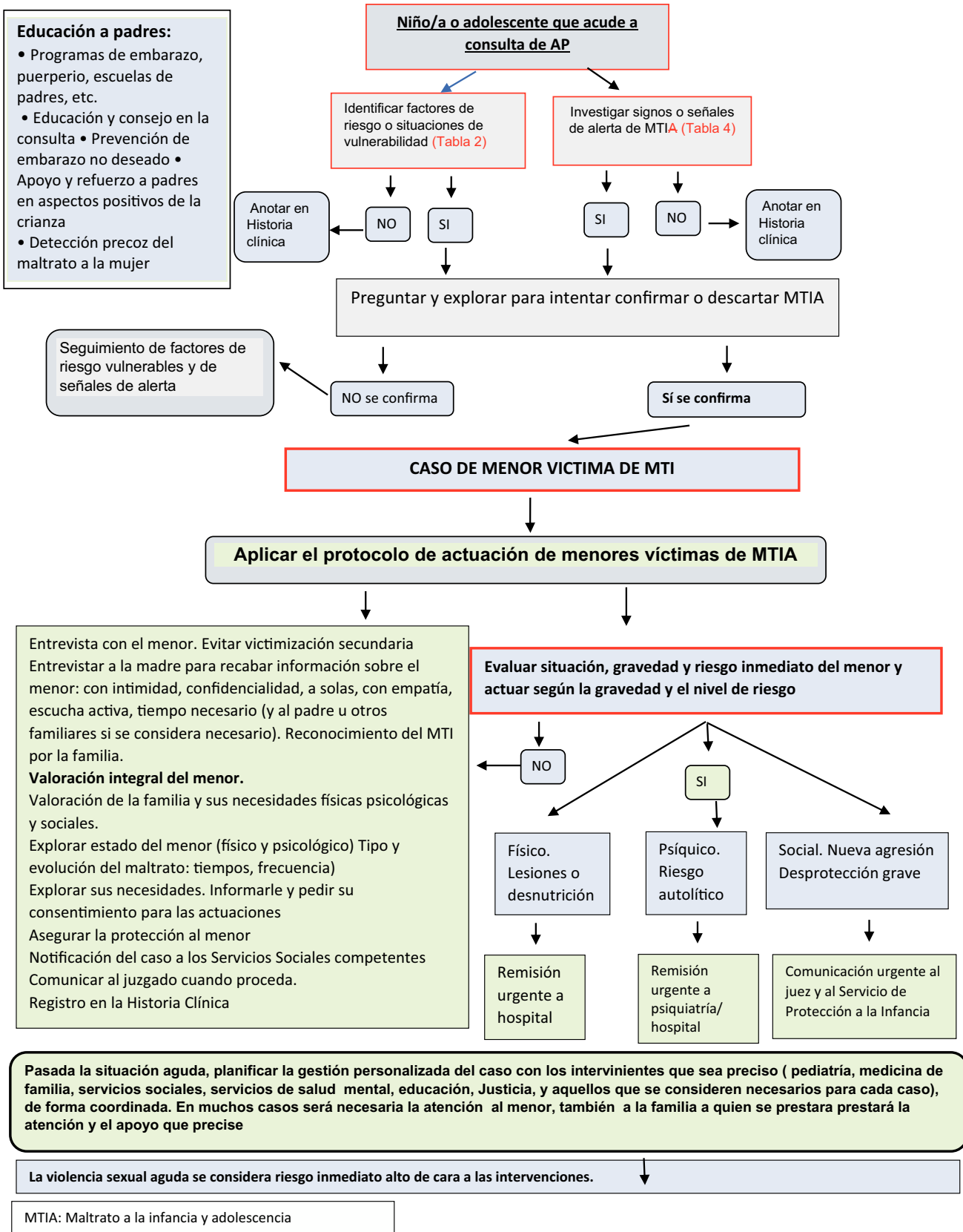


Figura 1 Algoritmo de actuación frente al maltrato infantil a menores en atención primaria.

- En los casos comprobados y en los casos graves, hay que registrar ese antecedente en la historia clínica tanto del menor como de sus progenitores o cuidadores.
- Y mantener el contacto entre pediatría y medicina de familia para que haya participación de los diversos servicios sanitarios y figure en las historias clínicas del niño/a, la madre y el padre.
- Toda situación de MTIA grave en nuestra sociedad significa un problema complejo, multifactorial y multiservicios. Para su seguimiento es imprescindible la puesta en marcha de «Unidades Funcionales de Cuidados»⁵⁴. Ello significa mantener dos o tres reuniones conjuntas de todos los profesionales que participan directamente en el caso (salud, servicios sociales, eventualmente escolaridad u otros servicios comunitarios) para poner en común los datos y el diagnóstico y distribuirse los cuidados y las atenciones personalizadas a realizar con el menor y su familia. Su objetivo es la atención integral y evitar disfunciones, reiteraciones o conflictos entre los diversos equipos, frecuentes en estas situaciones. En los casos graves, se recomienda que en esa Unidad Funcional de Cuidados participen los servicios de medicina de familia, pediatría, enfermería, trabajo social y servicios sociales comunitarios, puesto que normalmente estarán participando o tendrán que participar en el seguimiento de estos casos⁵⁴⁻⁵⁶.
- Dentro del seguimiento integral de estos casos hay que tener en cuenta la posibilidad de proporcionar al niño/a y la familia las ayudas psicoterapéuticas y sociales que se precisen, a cargo de los servicios externos correspondientes.
- Pero el médico de familia y/o el pediatra de atención primaria, en relación con la red asistencial, probablemente es el personal clave para el seguimiento, que en los casos de MTIA grave recomendamos que ha de hacerse con una cita concertada al menos cada seis meses inicialmente para ir espaciando su frecuencia en función de los cambios positivos observados. En el bien entendido de que, como se recuerda en el subprograma de Antecedentes de Patología psiquiátrica en los padres y cuidadores, la no presentación a esas citas concertadas o a las del programa del Niño Sano ha de considerarse un indicador de riesgo suplementario.

Atención a la persona negligente o maltratadora de un niño/a

La actuación del personal sanitario no solo debe dirigirse a la víctima, sino también a las personas maltratadoras, cuando estas son los padres. Los objetivos de esta actuación para la APS no son los aspectos legales, que deberían decidirse en las reuniones de los Servicios de Protección y en la red y Unidad Funcional de cuidados, sino la de ofrecer ayuda y/o contención a los eventuales maltratadores.

La entrevista con la persona que maltrata será privada, en un lugar tranquilo, sin prisas, manteniéndonos serenos y en actitud neutral, sin hacer juicios ni comentarios, sin enfrentamientos:

- Se puede formular alguna pregunta facilitadora («¿Qué cree usted que está pasando?»). Pero lo fundamental

es saber escuchar a la persona, permitirle reconocerse autora de los hechos y expresar sus sentimientos.

- Valorar la actitud de ambos progenitores o cuidadores: despreocupación, retraso en la demanda, explicaciones incongruentes, proyección de la culpa en el niño/a o en otros, etc.
- Comunicar la obligación moral y legal que todos, incluidos nosotros, los profesionales de APS, tenemos para evitar esos casos y situaciones, tal vez más frecuentes en otras culturas, pero indefendibles en la nuestra.
- Evaluar, si es necesario junto con otros equipos de Salud Mental, servicios sociales y comunitarios, el estado psicológico, la historia y la personalidad de la persona agresora (antecedentes, presencia de trastornos psiquiátricos, inmadurez, consumo de alcohol o drogas, enfermedades o discapacidades, etc.), con el fin de ofrecerle la ayuda profesional necesaria. Por ejemplo, teniendo en cuenta las líneas generales recomendadas en el subprograma «Antecedentes de Psicopatología en los padres o cuidadores».
- Informarle/s de la necesidad de ingreso del niño/a, si es que fuera necesario.

La colaboración con los padres, aunque sean los agresores, es especialmente necesaria en el caso del maltrato infantil. En una primera fase, para recabar información para llegar al diagnóstico. También en una segunda fase, pues el objetivo con frecuencia va a ser intentar modificar una relación familiar disfuncional generadora de violencia. En unos casos, esta violencia es desencadenada por situaciones familiares estresantes que han superado las posibilidades de esa familia de manejar la agresividad, y en otros, mucho más graves y complejos, la violencia ha pasado a ser el modo de comunicación habitual de una familia, y a veces con carácter transgeneracional.

Toda intervención con menores que sufren violencia familiar en cualquiera de sus formas debe dar respuesta a los aspectos emocionales (atención, escucha, permitirles expresar sus sentimientos, cognitivos, para permitirles reelaborar su valores y creencias sobre la violencia) y conductuales, para ayudarles a afrontar positivamente las situaciones, y para mejorar la seguridad y el control, y aprender a protegerse frente a la violencia. Para esa atención integral de la familia y el maltratador suele ser imprescindible el trabajo en red y la realización de reuniones presenciales o telemáticas de todos los servicios participantes en el caso (Unidad Funcional)⁵⁴⁻⁵⁶.

Particularidades a tener en cuenta en la atención al menor maltratado/a

Toda intervención con menores que sufren violencia familiar en cualquiera de sus formas debería:

- Cuidar sus emociones y posibilidades de desarrollo. Por ejemplo, evitando exploraciones y preguntas revictimizatorias.
- Pero facilitando al niño/a o adolescente un espacio en el que se sienta escuchado y valorado, para permitirle comunicar su experiencia y reelaborar sus valores y creencias sobre la violencia. Es en las reuniones de red y Unidades Funcionales de Cuidados donde ha de decidirse qué equipo

y persona debe ser el fundamental en esta tarea y cómo participa cada profesional en la misma o en su apoyo. Objetivo: ayudar al menor a tener su propia opinión sobre la situación, sobre lo que la misma está significando en su vida, y sobre las vías para aumentar su seguridad, mejorar su autoestima y aprender a protegerse frente a la violencia.

- Eventualmente, en las reuniones de red habrá que buscar ayudas psicoterapéuticas para el niño/a y/o la familia.
- En los casos de exposición a la VMP y otras formas de violencia doméstica, hay que procurar abordarla de forma especialmente integral: tanto la situación de violencia sobre la madre, como su repercusión en los menores, y, a ser posible, las medidas de contención para el/la maltratador/ora. Nunca la sola intervención con la madre es suficiente²⁶.

En definitiva, los y las profesionales de APS pueden desempeñar una función clave en la detección del MTIA, en su exploración, en la adopción de las primeras medidas terapéuticas o mitigadoras, en la puesta en marcha de la red de cuidados sobre estos casos, y en el seguimiento a medio y a largo plazo de las situaciones de maltrato. Para ello son fundamentales nuestras capacidades para:

- Crear un espacio seguro y de apoyo integral como debe ser la APS.
- Reconocer los signos y los síntomas asociados con el maltrato de la infancia.
- Explorar de manera sensible esos signos y síntomas.
- Atender las necesidades de salud física, mental, sexual y reproductiva de los menores objeto de malos tratos y negligencias y las que puedan precisar los padres y la familia.
- Servir de enlace y creación de red con otros servicios (como los servicios sociales, jurídicos o de protección infantil, hospitalarios, etc.) según sea necesario^{26,29,46,55,56}.

Se trata de un tema sanitario que, aunque no se haya reconocido hasta hace pocos decenios²⁴, posee gravísimas consecuencias sobre la vida de esos niños/as futuros adultos y sus familias^{19,21,24,57}. La APS y los servicios comunitarios han de saber adaptar sus conocimientos, su formación y sus prácticas a esos aparentemente novedosos, pero relevantes ámbitos.

Financiación

Este artículo no ha recibido financiación alguna.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-9347-consolidado.pdf>
2. Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y la adolescencia. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 [consultado 29 May 2024]. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechosociales/docs/EstrategiaErradicacionViolenciaContraInfancia.pdf>
3. OMS. Maltrato infantil 2022 [consultado 20 May 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
4. Organización Panamericana de Salud (OPS). INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Washington, D.C.: OPS; 2017 [consultado 7 May 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/33741/9789275319413-spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y>
5. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: A systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016;137:e20154079.
6. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink LRA, van Ijzendoorn MH. The prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*. 2015;2015:37–50, <http://dx.doi.org/10.1002/car.2353>.
7. Save the Children España. Los abusos sexuales hacia la infancia en España. 2021 [consultado 7 May 2024]. Disponible en: <https://www.savethechildren.es/sites/default/files/2021>
8. Los abusos sexuales hacia la infancia en ESP.pdf. Save the Children España. No es amor. 2021-b [consultado 8 Jun 2024]. Disponible en: <https://www.savethechildren.es/actualidad/informe-no-es-amor>
9. UNICEF, United Nations Children's Fund. Hidden in plain sight: A statistical analysis of violence against children. New York: UNICEF; 2014.
10. Save the Children España. Violencia viral. Análisis de la violencia contra la infancia y la adolescencia en el entorno digital [consultado 31 May 2024]. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/informe_violencia_viral.pdf
11. Sethi D, Yon Y, Parekh N, Anderson T, Huber J, Rakovac I, et al. European Status Report on Preventing Child Maltreatment. World Health Organization; 2018.
12. Centro Reina Sofía. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI). Informe sobre el Maltrato infantil en la familia en España. Informes, Estudios e Investigación. Valencia: Centro Reina Sofía; 2011.
13. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Centro de publicaciones MSSSI. Madrid, 2015; pp 163-171.
14. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género 2019. Ministerio de Igualdad. Madrid, 2019; pp 93-103.
15. ANAR. Fundación de Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo. 2021 [consultado 8 Jun 2024]. Disponible en: <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2021/12/Estudio-ANAR-abuso-sexual-infancia-adolescencia-240221-1.pdf>
16. Ministerio de Sanidad. Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y la adolescencia (2023). Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/protocolos.CoViNNA.htm>
17. Vidal Palacios C, Ares Blanco S, Gómez Bravo R, Alonso Fernández A, Aretio A, Fernández Alonso MC. Impacto de la violencia de género en niñas y adolescentes. *Aten Primaria*. 2024, <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102972>.
18. Felitti V, Anda R, Nordenberg D, Williamson D, Spitz A, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults — The adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med*. 1998;14:245–58.

19. World Health Organization (WHO). European Report on Preventing Child Maltreatment. Copenhagen: WHO; 2013 [consultado 20 May 2024]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/108627/e96928.pdf?sequence=1>
20. World Health Organization. Word mental health report. Transforming mental health for all. Ginebra, 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
21. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: A meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull.* 2012;38:661–71.
22. Kimber M, McTavish JR, Couturier J, Boven A, Gill S, Dimitropoulos G, et al. Consequences of child emotional abuse, emotional neglect and exposure to intimate partner violence for eating disorders: A systematic critical review. *BMC Psychol.* 2017;5:33, <http://dx.doi.org/10.1186/s40359-017-0202-3>.
23. Kimber M, Adham S, Gill S, McTavish J, MacMillan HL. The association between child exposure to intimate partner violence (IPV) and perpetration of IPV in adulthood — A systematic review. *Child Abuse Negl.* 2017;76:273–86.
24. WHO, European Region. Tackling Adverse Childhood Experiences (ACEs). State of the Art and Options for Action. Wales: WHO; 2023. Disponible en: <http://www.nationalarchives.gov.uk/doc/open-government-licence/version/3/>
25. Sege RD, Amaya-Jackson L. Clinical considerations related to the behavioral manifestations of child maltreatment. *Pediatrics.* 2017;139:e20170100.
26. Fernández Alonso MC. La violencia contra la mujer en la pareja y su impacto en el desarrollo biopsicosocial de los hijos e hijas expuestos a estas vivencias. *Actualizando la práctica asistencial. FMC.* 2024;31:60–71.
27. Peterson C, Florence C, Kleven J. The economic burden of child maltreatment in the United States, 2015. *Child Abuse Negl.* 2018;86:178–83.
28. Fang X, Fry DA, Brown DS, Mercy JA, Dunne MP, Butchart AR, et al. The burden of child maltreatment in the East Asia and Pacific region. *Child Abuse Negl.* 2015;42:146–62.
29. Püras D. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Asamblea General de la OMS, Consejo de Derechos Humanos, 29.º período de sesiones. Ginebra: OMS, 2015.
30. Generalitat de Catalunya, Direcció General de Salut Pública. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica: Infància amb Salut. Capítol Salut mental Infantojuvenil. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Direcció General de Salut Pública, 2008 [consultado 11 Feb 2024]. Disponible en: <https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio.salut/Infancia-i-adolescencia/Infancia/infancia-amb-salut/>
31. Organización Panamericana de la Salud. Cómo responder al maltrato infantil: manual clínico para profesionales de la salud. Washington, DC: OPS; 2023 <https://doi.org/10.37774/9789275326824>
32. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al., US Preventive Services Task Force. Interventions to prevent child maltreatment: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2018;320:2122–8, <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2018.17772>. PMID: 30480735.
33. Olds DL, Sadler L, Kitzman H. Programs for parents of infants and toddlers: Recent evidence from randomized trials. *J Child Psychol Psychiatry.* 2007;48:355–91 <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01702.x>
34. DuMont K, Mitchell-Herzfeld S, Greene R, Lee E, Lowenfels A, Rodriguez M, et al. Healthy Families New York (HFNY) randomized trial: Effects on early child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 2008;32:295–315, <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.07.007>. PMID: 18377991.
35. Eckenrode J, Campa M, Luckey DW, Henderson CR Jr, Cole R, Kitzman H, et al. Long-term effects of prenatal and infancy nurse home visitation on the life course of youths: 19-year follow-up of a randomized trial. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010;164:9–15, <http://dx.doi.org/10.1001/archpediatrics.2009.240>.
36. Avellar S, Supplee LH. Effectiveness of home visiting in improving child health and reducing child maltreatment. *Pediatrics.* 2013;132 Suppl. 2:S90–9.
37. Donelan-McCall N, Eckenrode J, Olds DL. Home visiting for the prevention of child maltreatment: Lessons learned during the past 20 years. *Pediatr Clin N Am.* 2009;56:389–403, <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2009.01.002>.
38. MacMillan HL, Wathen CN, Barlow J, Fergusson DM, Leventhal JM, Taussig HN. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet.* 2009;373:250–66.
39. Asmussen K, Brims L. What works to enhance the effectiveness of the healthy child programme: An evidence update. *Early Intervention Foundation;* 2018. p. 1–130.
40. Strathearn L, Mamun AA, Najman JM, O'Callaghan MJ. Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. *Pediatrics.* 2009;123:483–93, <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2007-3546>. PMID: 19171613; PMCID: PMC2650825.
41. Hammons AJ, Fiese BH. Is frequency of shared family meals related to the nutritional health of children and adolescents? *Pediatrics.* 2011;127:e1565–74.
42. Alandete A, Beá N, Casado D, Gil N, Pavón A, Renes G, et al. Dos años de maternidad/paternidad garantizados por los poderes públicos. *Boletines SIPOSO.* 2024;98:24 <http://www.siposo.com/spip.php?rubrique4>
43. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La prevención de la violencia juvenil: panorama general de la evidencia. Washington, D.C: OPS; 2016 https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28248/9789275318959_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y (acceso 07.05.24)
44. González Fernández-Conde MM, Camero Zavaleta CE, Menéndez Suárez M. Prevención primaria de la violencia de género. *Aten Primaria.* 2024 <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102845>
45. Read J, Hammarsley P, Rudegeair T. ¿Por qué, cuándo y cómo preguntar sobre el abuso infantil? *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente.* 2015;26:9–23.
46. Bacchus L, Colombini M, Pearson I, Gevers A, Stöckl H, Guedes AG. Interventions that prevent or respond to intimate partner violence against women and violence against children: A systematic review. *Lancet Public Health.* 2024;9:e326–38.
47. World Health Organization (2022). WHO guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent-child relationships with children aged 0-17 years: web annex: GRADE evidence profiles and evidence to decision tables. World Health Organization. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/365815>
48. WHO Guidelines for the health sector response to child maltreatment. 2019 [consultado 7 May 2024]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/child-report-who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment-2.pdf?sfvrsn=6e0454bb_2&download=true
49. Thackeray JD, Hibbard R, Dowd MD, Committee on Child Abuse and Neglect; Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Intimate partner violence: The role of the pediatrician. *Pediatrics.* 2010;125:1094–100.
50. Child abuse and neglect. NICE guideline [NG76]. National Institute for Health and Care Excellence; 2017 [consultado 2 May 2024]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/Guidance/ng76>
51. Aretio Romero MA, Poch Olivé ML, Cristobal Navas C, de la Torre Quiralte MLL, García Tartas AB, Martínez Mengual L, Servicio Riojano de Salud. Gobierno de La Rioja. Protocolo de actuación sanitaria para la atención a menores víctimas de violencia de

- género contra sus madres o cuidadoras principales. Logroño: Torrents Creativos; 2024.
52. Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, Fernández Alonso MC, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS. Aten Primaria. 2018;50 Supl 1, [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(18\)30364-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(18)30364-0).
53. PAHO. Cómo responder al maltrato infantil. Manual clínico para profesionales de la salud. 2023 [consultado 3 May 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57102/9789275326824_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
54. Tizón JL. La «Reforma Psiquiátrica»: El porvenir de una ilusión. Barcelona: Herder; 2023.
55. Seikkula J, Arnkil TE. Diálogos terapéuticos en la red social. Barcelona: Herder-3P; 2017.
56. Seikkula J, Arnkil TE. Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas: Respetando la alteridad en el momento presente. Barcelona: Herder-3P; 2019.
57. Williams P. El quinto principio. Experiencias en el límite. Barcelona: Herder-3P; 2014.