

ABORDAJE INTEGRAL DEL MALTRATO INFANTIL

Antonio Gancedo Baranda

Consulta de Pediatría Social. Urgencias Pediátricas.

Unidad de Pediatría y Neonatología

HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN



Cuestiones a resolver.....

- Se considera niño a todo individuo hasta.....
- CDN significa
- En el abuso sexual infantil predominan
- En una madre maltratada siempre sospechar
- El uso del WhatsApp es legal a partir de los



ESTRUCTURA

1. El Maltrato Infantil , como conculcación de los Derechos del Niño, y problema de Salud Pública
2. Maltrato Infantil. Historia. Causas. Factores protectores y de riesgo
3. Tipologías de Maltrato Infantil
4. Manejo en la Consulta de Atención Primaria
5. Prevención.



1.El Maltrato Infantil , como conculcación de los Derechos del Niño, y problema de Salud Pública.

- Sociedad de Naciones. Ginebra 1924: Declaración de los derechos del Niño. IX derecho: No al Maltrato.
- Constitución Española 1978: Artículo 39.
- Naciones Unidas 1989: Convención de los Derechos del niño.
- Parlamento Europeo 1992: Carta Europea de los Derechos del Niño.
- España: 1996: Ley Orgánica de Protección a la Infancia.
- Nueva legislación en España.



Antigua legislación Española y Maltrato Infantil

- Ley de Beneficencia Pública de 1849
- Ley de protección de menores 1904
- Ley de Tribunal Tutelar de Menores de 1948



Nueva Legislación en España

- La Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, en adelante: Ley Orgánica 8/2015
L.O.8/2015 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8222&p=20150723&tn=2>
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia
Ley 26/2015 <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-8470>
- Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. art 183



Convención de Derechos del Niño (CDN)

- Tratado internacional de NU, por el que los estados firmantes reconocen los derechos de los niños:20-11-1989.
- España la ratifica un año después. Pasa a constituir cuerpo de Ley.
- 54 artículos y Convención sobre los Derechos del Niño tiene 3 protocolos que la complementan:
 - Venta de niños y la prostitución infantil
 - Participación de los niños en conflictos armados
 - Procedimiento de comunicaciones para presentar denuncias ante el Comité de los Derechos del Niño



Convención de Derechos del Niño (CDN)

- Artículo 1: Define como niño, todo ser humano menor de 18 años, salvo que, en virtud de la Ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad
- Se fundamenta sobre:
 - Interés superior del menor
 - No discriminación
 - Supervivencia y desarrollo infantil
 - Participación infantil
- Se les considera como individuos independientes con sus propios derechos integrados en una familia y una comunidad.
- Se revisa periódicamente su cumplimiento



CDN. Artículo 19, Punto 1

Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.



El Maltrato Infantil (MTI), se define como:

- La acción, omisión o trato negligente, no accidental.
- Que prive al niño de sus derechos y de su bienestar
- Que amenace o interfiera su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social
- Sus autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

Centro Internacional de la Infancia de Paris



En consecuencia ...

- El MTI, se puede producir, por:
 - Lo que hacemos: Acción.
 - Lo que dejamos hacer: Omisión
 - Lo que hacemos de forma inadecuada: Negligencia
- Consecuencias: Físicas, emocionales y/o sociales
- Distintos autores: Personas, instituciones, sociedad



Por lo tanto.....

- Si la OMS en **1948**, definió la Salud como:
 - Un estado de bienestar completo físico, psíquico y social y no únicamente la ausencia de enfermedad o invalidez
- Y el MTI afecta, a las esferas del individuo:
 - Física
 - Psíquica
 - Relación social

EL MALTRATO INFANTIL ES UN PROBLEMA DE SALUD



Aproximación al problema

- 53.000 niños murieron asesinados en el 2002
- 150 millones de niñas y 73 m. de niños han sufrido relaciones sexuales forzadas u otro tipo de violencia sexual
- Al año, 3 millones de niñas y mujeres son víctimas de Mutilación Genital
- 5.7 millones de niños sufren explotación laboral
- 1.8 millones son obligados a prostituirse o realizar pornografía
- 1.2 millones son víctimas de trata.



Prevalencia del MTI

Por 100.000 niños	Europa 2013 (OMS)	USA (2011)
M. Psicológico	29.1	9
M. Físico	22.9	17.6
Negligencia	16,3	78.5
Abuso sexual infantil	9.6 M: 13.4 H: 5.7	9.1



Mortalidad del MTI

Por 100.000 niños	Europa 2013 (OMS)	USA
	0.07-1.36	2011: 2.11
		2013: 2.09
		2015:2.25
	En España: 0.18	



Efectos del MTI

- Alteraciones en el apego
- Peor salud física
- Psicopatología significativa
- Problemas de escolarización
- Alteraciones en la conducta
 - Conductas de riesgo: Sexo, tóxicos.
 - Conductas antisociales
- Trastornos de conducta alimentaria
- Suicidio
- Embarazos en adolescentes
- Mayor riesgo de ser un “sin techo”
- Muerte



Coste económico

- USA,2008:
 - Coste anual: 124 mil millones de dólares
 - Coste por caso: 210.012 \$
 - Coste por caso que acarrea la muerte del niño: 1.272.900 \$
- Otras Patologías, a nivel mundial 2010:
 - Cardiovasculares: 863 mil millones de \$
 - EPOC: 2.108 millones de \$
 - Diabetes: 472 mil millones de \$



Correlato Anatómico-funcional

- El MI, genera aumento de las respuestas al estrés: Sistema Hipotálamo-Hipofisario-Adrenal
- Se relaciona con acortamiento de telómeros
-
- El MI, se asocia con alteraciones del:
 - Sistema Nervioso Central
 - S. Nervioso Autónomo
 - S. Endocrino
 - S. Inmune



Estructuras Cerebrales que se afectan en el MI

- **Hipocampo:**
 - Menor tamaño (adultos)
 - Alteración recuerdos, ansiedad, trastornos disociativos, etc
- **Amígdala:**
 - Irritabilidad límbica
 - Investigaciones no concluyentes
 - Se altera el procesamiento de la información: miedos, agresividad, recuerdos, etc.
- **Cerebelo:**
 - Integración multisensorial, receptores GCTD
 - Tamaño disminuido
 - Alteraciones cognitivas, etc
- **Cuerpo Calloso:**
 - Reducción de tamaño y de número de fibras interhemisféricas: V: Abandono; H: ASI
 - Cambios de conducta significativa
- **Corteza cerebral:**
 - Receptores GCTD, maduración precoz
 - Menor volumen cerebral, v
 - Mayor volumen ventricular, v
 - Alteración funciones: Decisiones, atención, planificación, etc.



2. Maltrato Infantil. Historia. Causas. Factores protectores y de riesgo.

- Sociedades Preindustriales: Más fácil el infanticidio que el aborto
- El infanticidio era más frecuente en:
 - Por pobreza o Conductas sexuales “socialmente inapropiadas”
 - Hasta la antigüedad tanto en legítimos como ilegítimos
 - Niñas
 - Niños “especiales”
- Ilegítimos hasta el S. XIX.
- Se producía por abandono, hambre, lanzamiento de niño fajado, envasados, aplastados, etc.



Reseña Histórica

- Siglo X: Rhazes: Fracturas niños llorones.
- S. XVII: Zauchius y Bonet: Necropsia niños apaleados.
- S.XIX: Tardieu, 1860: Autopsias de 32 niños golpeados o quemados.
 - Estudio Medico-Legal del Infanticidio (1883)
 - Traducción Prudencio Sereñana.
- 1874: Mary Ellen: “Merecía al menos tanta protección como un perro común”. Nueva York



Reseña Histórica

- 1946: Caffey: Inexplicable asociación entre Hematomas subdurales y Fracturas huesos largos.
- 1953: Silverman: Establece las causas.
- 1955: Wooley y Evans: Violencia de los cuidadores
- 1961: Kempe: Simposio sobre el Niño Golpeado: AAP
- 1962: JAMA: Síndrome del Niño Golpeado: Kempe y Silverman
- 1972: Caffey: Niño sacudido.



Modelos explicativos del MTI

- Explicaciones tradicionales:
 - M. Psiquiátrico/psicológico
 - M. Sociológico
 - M. centrado en el niño
- Enfoque de interacción social, o de segunda generación:
 - M. ecológico de Belsky
 - M. transaccional de Cicchetti y Rizley
 - M. de dos componentes de Vasta
 - M. transicional de Wolfe
- M. de tercera generación:
 - T. de procesamiento de la información de Milner
 - T. del stress y del afrontamiento de Hillson y Kuper



En todos los modelos

- Se valora la interrelación del:
 - Niño
 - Progenitores
 - Sociedad y cultura
- Existen factores:
 - Precipitantes
 - Protectores



Factores de Riesgo

- Asociados al menor:
 - Hijo no deseado; prematuridad; discapacidad; crónicos; TDAH.
- Factores familiares:
 - Historia previa de MTI; vivencia en casas de acogida; Violencia contra la mujer en la pareja; inadecuadas normas educativas; paternidad precoz; patología psiquiátrica; elevados niveles de estrés; adicción a tóxicos; escaso apoyo social.
- Entorno socio-cultural
 - Pobreza; paro; vivienda inadecuada; entornos con limitado acceso a servicios educativos, sanitarios y sociales; percepción social de la violencia; invisibilidad de la mujer y de la infancia.



Factores Protectores

- Hijos:
 - Sanos. Optimistas, elevada autoestima, inteligentes, creativos, con humor.
 - Resilientes
- Vínculo seguro materno-paterno hacia hijo/a.
- Educación de los progenitores compartida
- Satisfacción recíproca, en el desarrollo del menor
- Adecuadas relaciones familiares y sociales
- Ámbito Familiar:
 - Hija/o deseada/o.
 - Armonía marital
 - Planificación Familiar



3. Tipologías de Maltrato Infantil

- Tipologías Clásicas:
 - Maltrato Psicológico (MPSC)
 - Abandono Físico o Negligencia (NGC)
 - Maltrato Físico (MTF)
 - Abuso Sexual (ASI)



3. Tipologías de Maltrato Infantil

- Intrafamiliar: Tipos básicos, y..
 - Enfermedad generada por el Cuidador (Antiguo síndrome de Münchhausen por poderes)
 - Violencia contra la mujer en la pareja (VCMP).
 - Maltrato Prenatal
 - Mutilación genital Femenina.
 - Violencia Ascendente
- Extrafamiliar: Tipos básicos, y..
 - Relación entre Pares:
 - Violencia de genero entre adolescentes (VGA/TDV).Sexting
 - Acoso y Ciberacoso
 - Institucional: Escolar, sanitario, jurídico, fuerzas de seguridad, servicios Sociales, medios de comunicación.
 - Explotación: Laboral, sexual.
 - Otros: Grooming, Trata de Menores



Maltrato Psicológico

Maltrato Emocional

- El niño no recibe, ni el afecto, la estimulación, o el apoyo y protección necesarios en cada estadio de su evolución y que inhibe su desarrollo óptimo.

Abandono Emocional

- Existe una falta de respuesta por parte de los progenitores, a las expresiones emocionales del niño (llanto, sonrisa,...) o a los intentos de aproximación o interacción, por parte de este, hacia sus cuidadores.



Maltrato Psicológico. Indicadores en el menor

- 0 a 6 meses: Alteraciones en el apego
 - Retraso psicomotor
 - Retraso en las respuestas sociales: Sonrisa, vocalización
- 6-12 meses: Falta de discriminación afectiva
 - Apatía
 - Falta de actividad ante objetos y personas
 - Retraso en la adquisición del lenguaje
 - Ausencia de contacto social
- Preescolar: Poco interés por el juego
 - Incapacidad para mostrar afecto
 - Agresividad / Negativismo
- Escolar: Dificultad en las relaciones interpersonales
 - Falta de confianza
 - Miedos excesivos
 - Baja actividad exploratoria
 - Pobre autoestima
 - Alteraciones en el juego
- Adolescencia y periodo Adulto: Delincuencia, Violencia, suicidio. Repetición de las conductas aprendidas.



Maltrato Psicológico. Indicadores de los padres

Maltrato Emocional

- Violencia Familiar
- Desprecio y rechazo hacia el menor
- Generar un clima de miedo y terror
- Aislamiento respecto al entorno

Abandono Emocional

- Distantes, inaccesibles
- Ausencia de interacción afectiva con el menor
- Rechazan buscar ayuda profesional.



Negligencia o Abandono Físico

- Situación en que las necesidades básicas del menor: Alimentación, vestido, higiene, protección, educación, salud, no son atendidas de manera permanente o temporal, por ningún miembro del grupo que convive con el niño.
- Se abandonan las obligaciones que socialmente se encomiendan a los padres o tutores de un menor.



Negligencia o Abandono Físico. Indicadores

- Indicadores físicos en el Menor:
 - Malnutrido, hambriento. Higiene deficiente
 - Sucio, ropa inadecuada, sucia, deteriorada
 - Retraso crecimiento, desarrollo
 - Permanece solo tiempos prolongados, con mayor riesgo de accidentes domésticos
- Indicadores comportamentales en el menor:
 - Agresivo, abuso de tóxicos, actividades delictivas
 - Pedir o robar comida
 - Falta con frecuencia a la escuela, actividad escolar incompleta
 - Agotamiento
- Indicadores en los progenitores:
 - Consumo de tóxicos
 - Bajo nivel intelectual, apático
 - No cumple los tratamientos médicos, no lleva a su hijo al pediatra.
 - Exceso de regalos para compensar el tiempo de ausencia
 - Es cuidado por otro menor u otra persona con capacidad limitada de atención.





Maltrato Físico

- Es toda acción no accidental ejecutada por parte de los padres o cuidadores, que provocuen daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en grave riesgo de padecerlo.



Indicadores Físicos. MTF

- Lesiones Centinelas
- Piel y mucosas: Equimosis, hematomas, quemaduras, mordeduras, alopecias traumáticas.
- Lesiones craneales e intracraneales: Fracturas craneales, hematomas subdurales, crisis convulsivas, coma.
- Viscerales: Más afectados: Hígado, bazo, riñón, intestino. Cuerpo extraño.
- Huesos y articulaciones: Menores de 2 años. Arcos costales, esquina metafisaria, en espiral.
- Oculares: Hemorragias retinianas. Data de la lesión.
- Lesiones orales.



Lesiones Centinelas

- Lesión centinela, es una lesión reseñada en la historia clínica del menor, sospechosa de MTI, explicada por un mecanismo imposible, bien por el desarrollo del menor o por las explicaciones inverosímiles de los cuidadores.
- Relacionan de manera positiva que, por debajo de los 24 meses de vida, se asocian con una alta probabilidad de ser maltratado, por encima del 20%
- Lesión centinela (LC), es una lesión reseñada en la historia clínica del menor, sospechosa de MTI, de imposible mecanismo debido al desarrollo del menor o explicaciones inverosímiles de los cuidadores.
- 0-6 meses: rasguños, quemaduras, lesiones orofaríngeas (rotura del frenillo, tanto labial como lingual)
- 6-12 meses: fracturas de huesos largos o craneales, hemorragias intracraneales
- Menores de 24 meses: fractura de costillas, traumatismos abdominales, hemorragias subconjuntivales y lesiones genitales



Piel y Mucosas. Índice de Sospecha

- Lesiones accidentales, son más frecuentes en el plano frontal del cuerpo.
- Equimosis:
 - Habituales, con distintas formas: Redondas, alargadas, cuadrangulares y digitadas.
 - En áreas infrecuentes: Nalgas, genitales, laterales del cuerpo, abdomen, espalda.
 - En diferentes estadios evolutivos.



Otras lesiones físicas

- Mordeduras:
 - Pueden pasar inadvertidas
 - Aspecto ovoideo
 - Frecuente hematoma central
 - Separación mayor de 3 cm entre huellas de caninos
- Alopecia Traumática:
 - Por debajo hemorragia o hematoma



Quemaduras

- Tienen forma de objeto conocido
- Bordes lineales con ausencia de lesiones satélites
- En zonas poco habituales, cubiertas
- Suelen ser por inmersión o escaldadura
- Mayor profundidad y extensión, por el mayor tiempo de contacto



Lesiones Craneales

- Primera causa de muerte
- Dependen de:
 - Fuerza del golpe
 - Superficie de contacto
 - Edad del niño
 - Puede no haber dolor
- Fracturas de cráneo: Múltiples, bilaterales, cruzan las suturas.
- Se asocian a hematomas subdurales, convulsiones, trastornos de la consciencia.



Síndrome del Niño Zarandeado

- Forma específica de MTF
- Lactante zarandeado de manera violenta y brusca
- Aceleración/desaceleración axial y rotacional del cráneo
- Genera una apnea que conlleva un daño hipóxico generalizado
- Cursa con convulsiones, meningismo, coma, muerte
- Incluirlo en el diagnóstico diferencial de las convulsiones en los lactantes.



Lesiones abdominales

- 2ª causa de muerte
- En menores de 2 años
- Por impacto intenso y directo, más afectadas las vísceras huecas
- Por presión intensa, lesiones en las vísceras duras
- Ingesta forzada de cuerpos extraños.



Lesiones óseas

- Importante averiguar mecanismo de lesión, y transcribirlo al informe médico
- Siempre sospechar MTI, en menores de 2 años:
- ¡¡¡¡ LESIONES CENTINELAS!!!!
- Suelen ser múltiples, y estar en distinto periodo evolutivo
- Alta especificidad:
 - Arcos costales posteriores o laterales
 - Huesos largos, fracturas en espiral u oblicuas
 - Lesión de la esquina metafisaria.



Lesiones oculares

- Hematomas en antifaz
- Hemorragia retinina:
 - Suelen aparecer entre el primer días hasta el 3º
 - Duran entre 3 y 4 semanas
 - Se mantiene hasta 72 h, tras la muerte de la víctima
 - Precisa de la atención por parte del Oftalmólogo
 - Originado por fuerzas de aceleración-desaceleración con o sin impacto en la cabeza:
 - Tracción vitreoretiniana
 - Lesión de la órbita.



Lesiones orales

- Eritema o petequias en paladar
- Laceraciones en mucosa oral/labial
- Rotura frenillo lingual
- Caries Múltiples, decoloraciones, desplazamientos
- Fracturas, desplazamientos laterales, luxaciones, sobre todo en incisivos superiores.



Pruebas complementarias

- Análisis de sangre: Fórmula, recuento, Coagulación, Perfil hepático, CK, Amilasa, lipasa
- Análisis de orina
- Pruebas Toxicológicas
- Fondo de ojo
- Pruebas de imagen:
 - RX: Serie ósea, en menores de dos años.
 - TAC
 - RMN
 - ECO
 - GANMAGRAFÍA
- Pruebas genéticas



Serie ósea

- La AAP recomienda la realización de la serie ósea (SO), para constatar fracturas previas ante pacientes con sospecha de maltrato físico
 - esqueleto apendicular: Ambos brazos (AP), ambos antebrazos (AP), ambas manos (PA), ambos muslos (AP), ambas piernas (AP), ambos pies (PA o AP).
 - esqueleto axial: Tórax (AP y lateral), para incluir la columna dorsal y las costillas, AP de abdomen, columna lumbosacra y pelvis ósea, columna lumbar (lateral), columna cervical (AP y lateral), Cráneo (frontal y lateral)

AP:anteroposterior ; PA: posteroanterior



Diagnóstico diferencial

- Infecciones: Sepsis, meningitis, Sífilis congénita, Osteomielitis, Impétigo, Sd. estafilocócico de piel escaldada
- Ambiental: Fotodermatitis. Hábitos culturales
- Traumatismo: Lesión Accidental
- Metabólico: Raquitismo, Deficiencia de Vitamina K.



Diagnóstico diferencial

- Congénito: Osteogénesis Imperfecta. Sd. de Ehlers-Danlos, Manchas Mongólicas; Anomalías Esqueléticas Menores
- Inmunológico: Púrpura de Schoenlein-Henoch, PTI.
- Hematológico: Leucemia, Hemofilia, CID
- Otros: Episodios Aparentemente Letales, Epidermolisis Bullosa, Eritema Multiforme
- Terapias Alternativas



Abuso sexual infantil

- Contactos sexuales e interacciones entre un niño y un adulto, cuando éste utiliza al niño para estimularse sexualmente él mismo, o a otra persona.
- El ASI puede también ser cometido por una persona menor de 18 a, cuando este es significativamente mayor que el niño o se encuentra en una posición de poder o control sobre otro menor.



Para que exista ASI.....

- COERCIÓN
 - El agresor aprovecha su posición para implicar al menor en actividades sexuales que este desconoce y para los que no está preparado.
 - Utiliza: Engaños, fuerza, chantaje, etc.
- ASIMETRÍA
 - Desigual desarrollo madurativo, anatómico, afectos y experiencias sexuales, habilidades sociales.
 - Distintos autores, refieren una diferencia de edad:
 - < 13 años: 5 años
 - 13 a 16 a: 10 años



Fases del ASI

- 1-Sedución: Se manipula la dependencia y confianza del menor
- 2- Interacción Sexual abusiva: Progresión del contenido erótico en la relación
- 3- Secreto
- 4- Divulgativa
- 5- Represiva: Fenómenos disfuncionales.



Mitos sobre el ASI

- Los ASI son infrecuentes y los menores pueden evitarlo
- Los niños mienten, solo del 2 al 8 %.
- Siempre existe penetración
- Más habitual en ámbitos socioeconómicos bajos
- Son causados por desconocidos, los cuales son enfermos mentales
- Se producen en el ambiente extrafamiliar
- La madre al saber la situación; solo el 2% denuncian.



Factores de Riesgo

- Mujer, entre 8 a 12 años.
- Aislamiento social
- Ausencia de los progenitores
- Figura masculina en el hogar, sin relación familiar con el niño/a
- Abuso sexual previo materno
- Desestructuración familiar
- Familias muy represivas, o uso normalizado de la violencia
- Algún tipo de discapacidad de la víctima
- Consumo de tóxicos.



Tipos de ASI. Frecuencia

- Tocamientos agresor-víctima
- Tocamientos víctima-agresor
- Sexo oral
- Masturbación víctima-agresor
- Penetración vaginal, exhibicionismo, intento de penetración anal, intento vaginal, penetración anal.



Relación con el agresor

- Conocido
- Padre
- Tío
- Padrastro
- Abuelo
- Amigo
- Desconocido: 6 %



Características del agresor

- Varones (87%)
- Precoces
- Escasa empatía
- No suelen utilizar la violencia
- Dificultad en su relación con iguales
- Reincidentes
- Antecedentes de sufrir MTI



Indicadores de ASI

1. Testimonio del menor
2. Hallazgos clínicos
3. Comportamentales y emocionales
4. Problemas psicosomáticos
5. Pruebas complementarias.



Testimonio del menor

- Relatado por la víctima, hermanos, progenitores o cuidadores
- Pilar básico para el diagnóstico e inicio de las medidas médico-legales
- Análisis de la credibilidad
- Realizada por la persona más experta
- No más de 5 repeticiones de la hechos ocurridos al menor
- Impedir que los adultos contaminen la historia
- Actitud acogedora, halagar su valor, darle confianza
- Evitar preguntas directas y de respuesta cerrada
- Buscar detalles que hagan creíble el relato
- Anotar palabras literales de la víctima, con los términos que utiliza para el señalamiento de los órganos genitales
- Utilización de recursos: CBCA: Análisis de Contenido basado en Criterios.



Hallazgos clínicos

- Sugilaciones en cuello o mamas
- Lesiones intraorales
- Dificultad para andar
- Ropa interior rasgada o manchada
- Excoriaciones, hematomas en áreas próximas a genitales, brazos , muslos
- Lesiones genitales o anales sin justificación
- Rectorragias o metrorragias
- Cuerpo extraño en vagina, ano
- Infecciones vaginales o rectales sugestivas.



Exploración Física: Generalidades

- EVITAR REVICTIMIZACIÓN SECUNDARIA
- Informar a los familiares acompañantes, que pruebas se van a realizar
- Los menores deben ser informados en un lenguaje adecuado, de la razón por la que se realiza la exploración
- Preservar en la medida de lo posible el pudor del paciente.
- En menores , favorecer que un familiar acompañe al/a la menor durante la exploración
- Valorar tipo de torunda/sonda para la exploración genital
- ¿Uso de óxido nitroso?



Exploración Física II

- Realizar la exploración conjuntamente con el Forense.
- En la mayoría de las ocasiones, la exploración será NORMAL. En torno al 5 %, presentan lesiones físicas anormales.
- Saber la anatomía genital, sus variantes y grado de desarrollo sexual (menores de 6 años)
- Completo, pero breve y no se debe repetir. No premura.
- Iniciar cabeza, boca, toda la piel, ultimo el examen genital y anal
- Normalmente: Inspección visual. Con espéculo solo si sangrado, dolor abdominal o fiebre.
- Estadio Tanner



Exploración Física III

- Posición de la paciente en la exploración:
 - Genitales: Combinar las dos exploraciones:
 - Posición supina: Periné y vestíbulo. De “rana”: Introito y ano.
 - Genupectoral
 - Ano: En decúbito lateral y piernas flexionadas: Pocos datos los genitales masculinos
- No utilizar métodos de contención, u utilizar la violencia, ni perneras, para sujetar al menor



Genitales femeninos

Exploración Genitales

- Pubis y Genitales externos:
 - Labios e introito vaginal
 - Himen y área perianal
- Valorar:
 - Sangrado Genital: Lesiones en genitales externos
 - Edemas, desgarros, hematomas, eritema vulvar.
 - Secreciones vaginales
 - Alteraciones en el himen: Lesiones en la horquilla posterior : Entre las 4 y las 8. Típico a las 6.
 - Clasificación de Muran (2003)

Himen normal

- Configuración variable, constitucional y etaria.
- Diámetro muy variable
- Anillo fino, liso y simétrico
- No debe presentar: Escotaduras (u, v), engrosamientos o irregularidades.



Clasificación de Muran

- Categoría 1: Genitales aparentemente normales
- Categoría 2: Hallazgos no específicos, anomalías que podrían deberse a abuso sexual
 - Inflamación, excoriación. Secuelas de una mala higiene o infección inespecífica. Enrojecimiento. Aumento del flujo vaginal. Pequeñas fisuras o laceraciones cutáneas. Aglutinación de labios menores
- Categoría 3: Hallazgos específicos, la existencia de una o más de las siguientes anomalías es muy sugerente de abuso sexual
 - Laceraciones recientes o cicatrizadas del himen y la mucosa vaginal. Ampliación de la abertura himeneal más de 1 cm de diámetro. Indentaciones en la piel que sugieren marcas dentales. Proctoepisiotomía.
- Categoría 4: Hallazgos definitivos de abuso sexual, traumatismo penetrante.
 - Hendiduras completas en el borde posterior del himen. Ausencia de himen. Carúnculas mirtifórmes. Lesión perianal que afecta el esfínter anal externo. Presencia de espermatozoides



Lesiones anales sugerentes de ASI

- Pérdida de pliegues y engrosamiento de márgenes perianales
- Fisuras múltiples y profundas
- Pérdida del tono esfinteriano
- Dilatación anal refleja > 15 mm, al separar los glúteos
- Congestión venosa perianal
- Desgarro de Wilson-Johnston: Desgarro de la mucosa rectal en la línea media, cerca del rafe y de forma triangular



Indicadores comportamentales y emocionales

- Trastornos de conducta:
 - Miedos, fugas,
 - Agresividad
 - Fracaso escolar
 - Autoagresiones, hasta intentos autolíticos
- Conductas y/o conocimientos sexualizados, inadecuados para la edad
- Masturbación compulsiva
- Búsqueda de genitales en adultos, o intentos de golpearlos



¿Como diferenciar conductas ?

Juegos sexuales

- Ocurren entre niños de edad y tamaño concordantes.
- Existe una relación de afecto: Hermanos, parientes, compañeros.
- No existe imposición
- La exploración sexual, durante el juego es mutua.
- Se acompañan de interés, alegría y sorpresa
- No se realizan contactos oro-genitales

Masturbación inadecuada en menores

- Produce daño
- Numerosas veces al día
- No se puede detener
- Emisión de sonidos
- Se suele asociar a introducción de objetos en vagina o en ano



Problemas Psicosomáticos

- Descartar primero una causa orgánica
- Anorexia, abdominalgias
- Cefaleas inespecíficas
- Incontinencia fecal
- Enuresis de novo.



Pruebas Complementarias

- Secundarias a la clínica presente.
- El 5 % de los abusados desarrollarán Infecciones de transmisión sexual (ITS), tras el ASI.
- Menos en prepuberales.
- Especificidad de ser debidas a ASI:
 - Muy alta: Sífilis, Gonorrea, Chlamydia T.
 - Alta: VIH, VHB, VH2 tipo 2, VPH, Trichomona v.
 - Baja: Gardnerella v, Mycoplasma h, Ureaplasma U, VH1, Candida A, Haemophilus d, Calymmatobacterium g ranulomatis.
- Presencia de semen o restos orgánicos
- Test de embarazo
- Tóxicos en Orina: Sumisión química
- Repetir pruebas: 6 ss, 3 m, 6 m



Verrugas anogenitales/Condilomas

- Producidos por el VPH
- Cada vez más frecuentes
- Solo el 0.3 al 2%: ASI
- Periodo de incubación hasta los 20 meses
- En niños genotipos tanto cutáneos como mucosos.
- Vías de Contagio:
 - Vertical: 2-3 a: anogenital; 5 a: papilomatosis laríngea: Mucosos
 - Autoinoculación o heteroinoculación: Cutáneos
 - Contacto sexual: Sospechar los serotipos 6 y 11 mucosos, y el 2 cutáneo
- Localización más frecuente la perianal
- No confundir con el Condiloma plano: Sífilis
- Actitud Práctica: Ante todo menor con verrugas anogenitales, precisa un seguimiento especializado: Historia clínica y valorar el contexto familiar.



Muestras Biológicas

- Realizado el protocolo por el forense
- Formulario envío muestras:
 - Filiación, hechos, cadena custodia: responsable, datar las muestras, almacenaje
- Indicios biológicos:
 - 2 tomas bucales, 2 cervicales, 2 vaginales, 2 anales, 1 genitales externos, 1 de margen anal
 - Manchas semen, sangre, mordeduras
 - Peinado vello púbico
 - Lavado regiones
 - Ropas usadas por la víctima.



Tratamiento Médico

- Gonococo: Ceftriaxona (125 mg IM, dosis única en <45 KG. Si >45 kg: 250 mg IM) o Cefixima (8 mg/kg, vo, du.)
- Sífilis: Penicilina benzatina : 2.400.400 UI, du, im.
- Chlamydia trachomatis: Azitromicina : (20 mg/kg, vo, du, dosis máxima, en < 45 kg; si > 45 kg: 1 g, vo, du)
- Trichomona vaginalis y vaginosis: Metronidazol: 15 mg/kg/d, en tres dosis, máximo 2 g vo, 7d. Adolescentes:2 g, vo, du.
- Hepatitis B: (según estado vacunal): HBIG + vacuna.
- VIH: Quimioprofilaxis 4 semanas (3 fármacos).
- Contracepción de urgencia:
 - Menos de 72 h:Levonorgestrel 1500 mcg d.u., v.o.
 - Entre las 72 h hasta los 5 d: Acetato de Ulipristal



Diagnóstico Diferencial del ASI

- Accidentes: Caídas a horcajadas.
- Infecciones: Vulvovaginitis inespecífica, dermatitis del pañal
- Malformaciones congénitas: Sinequias vulvares.
- Cuerpos extraños
- Afecciones dermatológicas: Dermatitis inespecífica, Liquen escleroso, Oxiuros, Ulcera de Lipschütz
- Digestivos: Enf.de Crohn, estreñimiento
- Urológicos: Prolapso uretral, sarcoma botroide.



Secuelas del ASI

- A mayor precocidad en la agresión y más proximidad al agresor, mayor número de secuelas
- ASI puntual: Ansiedad, agitación, pesadillas, fobias, sentimientos de culpabilidad, etc
- ASI crónico: Muy variables e inespecíficos. Ansiedad, alteración esfera alimentación y sueño, fracaso escolar, depresión, agresividad, mentiras, fugas, conductas disociales, consumo de tóxicos, suicidio, etc.



Nuevo Código Penal: Artículo 183

1. El que realizare actos de carácter sexual con un menor de dieciséis años, será castigado como responsable de abuso sexual a un menor con la pena de prisión de dos a seis años.
2. Cuando los hechos se cometan empleando violencia o intimidación, el responsable será castigado por el delito de agresión sexual a un menor con la pena de cinco a diez años de prisión. Las mismas penas se impondrán cuando mediante violencia o intimidación compeliere a un menor de dieciséis años a participar en actos de naturaleza sexual con un tercero o a realizarlos sobre sí mismo.
3. Cuando el ataque consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de miembros corporales u objetos por alguna de las dos primeras vías, el responsable será castigado con la pena de prisión de ocho a doce años, en el caso del apartado 1, y con la pena de doce a quince años, en el caso del apartado 2.
4. Las conductas previstas en los tres apartados anteriores serán castigadas con la pena de prisión correspondiente en su mitad superior cuando concurra alguna de las siguientes circunstancias:
 - a) Cuando el escaso desarrollo intelectual o físico de la víctima, o el hecho de tener un trastorno mental, la hubiera colocado en una situación de total indefensión y en todo caso, cuando sea menor de cuatro años.
 - b) Cuando los hechos se cometan por la actuación conjunta de dos o más personas.
 - c) Cuando la violencia o intimidación ejercidas revistan un carácter particularmente degradante o vejatorio.
 - d) Cuando, para la ejecución del delito, el responsable se haya prevalido de una relación de superioridad o parentesco, por ser ascendiente, o hermano, por naturaleza o adopción, o afines, con la víctima.
 - e) Cuando el culpable hubiere puesto en peligro, de forma dolosa o por imprudencia grave, la vida o salud de la víctima.
 - f) Cuando la infracción se haya cometido en el seno de una organización o de un grupo criminal que se dedicare a la realización de tales actividades.
5. En todos los casos previstos en este artículo, cuando el culpable se hubiera prevalido de su condición de autoridad, agente de ésta o funcionario público, se impondrá, además, la pena de inhabilitación absoluta de seis a doce años.



Artículo 183

- El que, con fines sexuales, determine a un menor de dieciséis años a participar en un comportamiento de naturaleza sexual, o le haga presenciar actos de carácter sexual, aunque el autor no participe en ellos, será castigado con una pena de prisión de seis meses a dos años. Si le hubiera hecho presenciar abusos sexuales, aunque el autor no hubiera participado en ellos, se impondrá una pena de prisión de uno a tres años.
- El que a través de internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información y la comunicación contacte con un menor de dieciséis años y proponga concertar un encuentro con el mismo a fin de cometer cualquiera de los delitos descritos en los artículos 183 y 189, siempre que tal propuesta se acompañe de actos materiales encaminados al acercamiento, será castigado con la pena de uno a tres años de prisión o multa de doce a veinticuatro meses, sin perjuicio de las penas correspondientes a los delitos en su caso cometidos. Las penas se impondrán en su mitad superior cuando el acercamiento se obtenga mediante coacción, intimidación o engaño.
- El que a través de internet, del teléfono o de cualquier otra tecnología de la información y la comunicación contacte con un menor de dieciséis años y realice actos dirigidos a embaucarle para que le facilite material pornográfico o le muestre imágenes pornográficas en las que se represente o aparezca un menor, será castigado con una pena de prisión de seis meses a dos años.
- El consentimiento libre del menor de dieciséis años excluirá la responsabilidad penal por los delitos previstos en este Capítulo, cuando el autor sea una persona próxima al menor por edad y grado de desarrollo o madurez.
- Artículo 189: Referencia a la Pornografía infantil.



Otros Cambios que nos atañen

- Registro Central de Delincuentes Sexuales: Toda persona que ejerza una profesión o actividad que implique contacto habitual con Menores, no habrá sido condenado por delitos contra la indemnidad o libertad sexual.



Mutilación Genital Femenina

- Acción violenta, destinada al control de la sexualidad de la mujer
- Más de 130 millones de mujeres afectadas
- Suele realizarse entre los 4 a 13 años
- Atención primaria es el lugar idóneo de detección
- Tres tipos: Varía desde la eliminación del clítoris , hasta la eliminación de labios menores, coser labios mayores, se deja con un pequeño orificio.
- Países: Somalia, Egipto, Djibouti, Eritrea, Malí, Etiopía, Nigeria, Sudán, etc





Violencia contra la Mujer en la Pareja (VCMP)

- El maltrato hacia las mujeres es un problema pediátrico.
 - Asociación Americana de Pediatría, 1998
- En el 63% de los casos de maltrato a la mujer, este también se había extendido a los hijos.
 - Amor, Echevarría, Corral, Zubizarreta, Sarasúa:2001
- Las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los menores que se encuentran dentro de su entorno familiar, víctimas directas o indirectas de esta violencia
 - Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre
- Se reconoce a los menores como víctimas de la violencia de género. Para ello, se modifica el artículo 1 de la Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Se establece la obligación de los jueces de pronunciarse sobre medidas cautelares que afecten a hijos de mujeres maltratadas, y se prevé que estos niños puedan permanecer con sus madres.
 - Proyectos de Ley y de Ley Orgánica de Modificación del Sistema de Protección ala Infancia y a la Adolescencia. 20 de febrero de 2015.



Ley 26/2015, de 28 de Julio, de Modificación del sistema de Protección a la infancia y a la adolescencia.

- Vigente desde el 18 de agosto del 2015
- Artículo 11: Principios rectores de la acción administrativa.
 - Punto 2: Serán principios rectores de la actuación de los poderes públicos en relación con los menores:
 - a) La supremacía de su interés superior.
 - i) La protección contra toda forma de violencia, incluido el maltrato físico o psicológico, los castigos físicos humillantes y denigrantes, el descuido o trato negligente, la explotación, la realizada a través de las nuevas tecnologías, los abusos sexuales, la corrupción, la violencia de género o en el ámbito familiar, sanitario, social o educativo, incluyendo el acoso escolar, así como la trata y el tráfico de seres humanos, la mutilación genital femenina y cualquier otra forma de abuso



Tipología de la Violencia contra las mujeres

- Psicológicos: cualquier conducta que atente contra la integridad psíquica y emocional de la mujer
- Económicos: cualquier conducta que incluye la privación intencionada y no justificada legalmente de recursos para el bienestar de la mujer y de sus hijos e hijas o la discriminación en la disposición de los recursos compartidos en el ámbito familiar, en la convivencia de pareja o en las relaciones posteriores a la ruptura de la misma
- Sociales: cualquier conducta que implique humillación, ridiculización, descalificación y burla en público
- Ambientales: cualquier conducta consistente en romper, golpear objetos, tirar cosas que pertenecen a la mujer, destrozarse enseres
- Violencia sexual: cualquier conducta que implique un acto de naturaleza sexual realizado sin consentimiento de la mujer, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la misma
- Físicos: Implica el uso deliberado de la fuerza contra el cuerpo de la mujer, con intención de ocasionar lesión física, daño o dolor.



VCMP. Consecuencias

- Los menores cuyas madres son objeto de violencia en la pareja, pueden presentar todas las tipologías del maltrato infantil
- Los niños adolescentes cuyas madres son víctimas de violencia, pueden repetir la dinámica de comportamiento violento en sus relaciones personales
- Las niñas menores cuyas madres son objeto de violencia presentan mas probabilidad de ser víctimas de ella en el futuro, mayores problemas de socialización, incremento de patología física y psiquiátrica en la edad adulta



VCMP y MTI

Tipo y/o momento de la exposición	Acción	Tipología MTI
Perinatal	Ocurrida durante la gestación	Maltrato Prenatal
Intervención directa	Intentan proteger a la víctima	M. Psicológico/Físico
Victimización	Sufre los efectos directos de la agresión	M. físico
Participación	Obedece al agresor, vigilando, insultando a la madre, etc.	M.Psicológico. Negligencia
Testigo de la agresión	Visualización directa de los hechos	M. Psicológico.
Oyente del episodio agudo	Escucha los golpes y gritos.	M. Psicológico.
Observador de los efectos del ataque	Lesiones, destrucción de enseres, presencia de extraños (Policías, Sanitarios, etc.), reacción emocional de los adultos.	M. Psicológico.
Sufre secuelas	Derivadas de la afectación emocional o física de la madre	M. Psicológico.
Escucha lo ocurrido	Oye conversaciones de adultos.	M. Psicológico.



Violencia contra la mujer en la pareja (Wolak, 1998)

- Puede desencadenar en los menores :
 - Alteraciones Físicas:
 - Las derivadas de las agresiones directas
 - Retraso Crecimiento
 - Alteraciones en la esfera de la alimentación
 - Aumento de patología psicosomática: Alergia, asma, eczemas, dolor abdominal, enuresis nocturna
 - Alteraciones emocionales
 - Dificultades sociales
 - Alteraciones cognitivas
 - Alteraciones de conducta



Violencia contra la mujer en la pareja (Wolak, 1998)

- Alteraciones emocionales:
 - Alteraciones en el apego
 - Depresión, ansiedad, ira, baja autoestima
 - Estrés Postraumático
- Dificultades sociales:
 - Escasas habilidades sociales
 - Problemas legales
- Alteraciones cognitivas:
 - Disminución del rendimiento escolar
 - Retraso en la adquisición del lenguaje, desarrollo cognitivo.



Ciclo de la VCMP

1. Acumulación de tensión: Escalada de tensión, y se manifiesta en actos en que aumentan la fricción y los conflictos en la pareja. Da lugar a:
2. Explosión de la violencia: se produce el estallido de la violencia, y se producen malos tratos psíquicos, físicos y/o sexuales. Esta fase puede ser variable. En esta fase suele ser cuando la mujer puede pedir ayuda, a veces incluso denunciar, pero no suele ser en las primeras agresiones.
3. Reconciliación o luna de miel, la violencia y la tensión desaparecen. Él la pide perdón, se muestra amable e incluso cariñoso. Le promete que va a cambiar.



Violencia de género entre adolescentes

- Patrón de comportamiento, caracterizado por actos o amenazas de violencia física, sexual, verbal y / o emocional, realizado por un adolescente frente a su pareja actual o pasada
- A través de ese comportamiento ejerce el poder y control sobre su pareja
- Se expresa a través de:
 - Maltrato Físico: Supone cualquier contacto intencional y no deseado, con el cuerpo de otra persona.
 - Violencia Sexual: Cualquier comportamiento sexual no deseado, o que interfiera con el derecho a decir "no" de la otra persona a las insinuaciones sexuales
 - Abuso emocional: A través de una serie de acciones, el agresor induce a su pareja a sentir miedo, y a reducir su autoestima.



Consecuencias de la VPA

- La VPA/TDV, se recrudece en la vida de pareja, aumentando tanto su frecuencia como severidad, con la consiguiente repercusión en las generaciones futuras.
- Fracaso escolar
- Baja autoestima
- Asumir la violencia como forma de relación
- Trastornos funcionales: Dolor abdominal, cefaleas, etc.
- Abuso de tóxicos
- Ansiedad, depresión, intentos autolíticos
- Trastornos de la alimentación
- Conductas sexuales de riesgo
- Gestaciones no deseadas:
- Exitus



Maltrato Prenatal

- Es la falta de cuidado físico de la mujer gestante o el consumo abusivo de sustancias con potencial adictivo, así como cualquier otra acción propia de la mujer o de terceros tolerada por ésta, que perjudique el normal desarrollo o pueda provocar enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales al recién nacido.
- Los servicios de salud y el personal sanitario deberán notificar esta situación a la administración pública competente, así como al Ministerio Fiscal. Tras el nacimiento se mantendrá la intervención con el menor y su unidad familiar para que, si fuera necesario, se declare la situación de riesgo o desamparo del menor para su adecuada protección.



Violencia Ascendente o Filioparental

- Es el uso de manera reiterada, de la violencia física, verbal y emocional de un hijo hacia sus progenitores.
- Es característico de los hijos agresores:
 - Fracaso escolar
 - Bajo nivel de autonomía y de autoestima
 - Nula empatía
 - No hay tolerancia a la frustración
 - Consumidores de tóxicos.
- Las familias en las cuales se produce :
 - Suelen ser monoparentales
 - Realizado por los primogénitos
 - Nivel socio-económico adecuado
 - Falta de coincidencia de los estilos educativos de los progenitores
 - Suele haber antecedentes de Violencia Intrafamiliar (bidireccional), sobre todo de Género



Enfermedad generada por el cuidador

- Antiguamente denominado Síndrome de Munchausen. Otros nombres en la actualidad
- Se produce cuando uno de los progenitores, simula la existencia o genera sintomatología en el niño, solicitando asistencia médica con pruebas complementarias o tratamientos costosos o de riesgo
- Incidencia: 0,5-2,8 por 100.000 niños
- Elevada morbimortalidad, difícil diagnóstico y manejo
- Siempre valorar ante:
 - Hallazgos clínicos inexplicados
 - fracasos terapéuticos no comprensibles
 - Muertes no explicadas de hermanos



Acoso entre Pares

- Conducta agresiva física o psicológica que realiza un alumno contra otro, al que elige como víctima y que se repite en el tiempo provocando en la víctima efectos claramente negativos.

DAN OLWEUS, 1978.

- Agresión caracterizada por el repetido acoso físico, verbal, y psicológico, sin mediar provocación, que un/os sujeto/s (matones/bullied) ejercen sobre otro/s (chivo expiatorio, cabezas de turco o víctimas) con el propósito de establecer una relación de dominancia que les reporte una gratificación social y/o individual

GARCIA ORZA, 1995.

- Forma de maltrato, normalmente intencionado, perjudicial y persistente de un estudiante o grupo de estudiantes, hacia otro compañero, generalmente más débil, al que convierte en su víctima habitual, sin que medie provocación e, incapacita a la víctima para salir de esa situación, acrecentando la sensación de indefensión y aislamiento.

F. CEREZO, 2009



Acoso entre Pares

- Se producen conductas violentas con intención de realizar daño a la víctima
- Se repiten en el tiempo
- Existe una relación de poder desequilibrada entre el/los fuertes y el/los débiles.
- No hay provocación por parte de la víctima.
- Todos los intervinientes quedan afectados
- Se perpetúa por el silencio



Víctimas Acoso

- OMS, estudio HBSC, 2004: 15 años: 24 %
- Informe Cisneros X, 2007: 8-18 años: 25%
- Cerezo, 2007:
 - PRIMARIA: 23 %, más en 5º de Primaria (11 a)
 - SECUNDARIA: 22.2%, más en 1º de Secundaria (13 a)
- Save the Children, 2016: 12 y 16 años en toda España (Educación pública)
 - M:10,6% ; H: 8%



Actores

- VICTIMA (BULLIED): Blanco del acoso
- AGRESOR (BULLY): Matón. Agresor que usa el acoso para demostrar el poder sobre la víctima.
- VICTIMA/AGRESOR(BULLY-VICTIM): Adopta secuencialmente víctima o agresor en función del entorno.
- ESPECTADORES (BYSTANDERS): Testigos, conforman la audiencia del agresor:
 - Directos: Seguidor activo, pasivo u oculto; posible defensor.
 - Indirectos: Resto de comunidad escolar, familia, sociedad (¿Pediatra?).



Características de la víctima y del agresor (Cerezo, 2009)

CARACTERÍSTICAS	VÍCTIMA	AGRESOR
FÍSICAS	Edad similar al grupo, varones, aislados, débiles y/o singulares.	Mayores y más fuertes que la media, van en grupo, suelen ser varones.
ESCOLARES	Rendimiento medio-bajo, muy intenso rechazo al centro, actitud pasiva hacia el profesorado.	Rendimiento bajo, alto rechazo a la escuela, actitud negativa hacia el profesorado. Suele ser popular.
PERSONALIDAD	Ansiosos, tímidos, retraídos, no sinceros, introvertidos. Baja autoestima	Agresivos, ansiosos, provocadores, sinceros, extravertidos, menor <u>empatía</u> cognitiva y afectiva, menos asertividad y una mas baja capacidad para resolver conflictos. <u>Autoestima?</u>
FAMILIARES	Baja autonomía, muy controladoras, bajo nivel de conflictividad. Progenitores con antecedentes de acoso.	Alta autonomía, poco controladoras, muy conflictivas. Falta de afecto, uso de castigo físico o emocional como norma.



Formas de Acoso

FRECUENCIA	DIRECTO: Varones	INDIRECTO : Mujeres
VERBAL	Insultos, burlas, chantajes, apodos, motes, etc.	Rumores descalificantes o humillantes
SOCIAL	Exclusión del grupo	No dejar participar en actividades, ignorar.
FÍSICO	Golpes, patadas, empujones, etc.	Rotura material de la víctima.
PSICOLÓGICO	Amenazas, obligarle a realizar cosas contra su voluntad.	Quitarle dinero, ocultar o robar objetos.



Identificando a la Víctima

- Problemas escolares: Fracaso escolar, problemas de socialización, pérdida de amigos
- Hallazgos físicos: Pérdida o rotura de sus pertenencias , lesiones físicas diversas inexplicables, insomnio, dolor abdominal recidivante, cefaleas, enuresis de novo
- Cambios en el comportamiento : Irritabilidad, aislamiento, tristeza, baja concentración, rechazo a la escuela, llevar armas al colegio, abuso de sustancias
- Problemas psíquicos: Depresión, ansiedad, ideación suicida, intentos autolíticos (Burlas, exclusión social)
- Singularidad: Patología crónica, deformidades físicas, clases de refuerzo, educación especial, orientación sexual, color, cultura, religión: Delito de odio



Fases del Acoso: Floyd, 1985

1. Bromear a costa de la víctima
2. Acusar o criticarla, encontrar defectos
3. Ridiculizar, poner mote, burlarse, meterse con su familia, etc.
4. Avergonzar, humillar, evidencia en público
5. Abuso físico , empujones, golpes, etc.
6. Chivo expiatorio, convertirlo en blanco del ataque del grupo
7. Sacrificio.....



Consecuencias en las Víctimas

- Baja autoestima, ansiedad, tendencia al aislamiento, absentismo escolar, fobias y fugas de la escuela.
- Trastornos psicósomáticos: Dolores abdominales, cefaleas, alteración del sueño, de la alimentación.
- Depresión, ideación e intentos de suicidio
- Valorar la violencia como manera de resolver problemas.
- En la edad adulta: Trastornos de ansiedad, abuso de tóxicos, comportamientos antisociales, dolor crónico, trastornos psicósomáticos, riesgo de acoso laboral, paro, problemas en relaciones interpersonales.



Consecuencias en los....

- Agresores:
 - Vandalismo, abuso de tóxicos, delincuencia.
 - Fracaso escolar y profesional
 - Uso de la violencia como forma de relacionarse: VCMP, Acoso laboral.
- Testigos:
 - Valorar como respetable la agresión
 - Insensibilizarse frente ante el sufrimiento ajeno
 - Reforzar el individualismo



Ciberacoso

- Cualquier comportamiento realizado a través de medios electrónicos o digitales, por individuos o por grupos, de similar edad que la víctima, que de manera repetida, y a través de mensajes, se comunican con aquella de manera hostil, agresiva, con el objetivo de generar daño y discomfort.
- Refleja un desequilibrio de poder entre los participantes.
- Medios utilizados: Mensajería instantánea, fotos o videos recogidos en móviles, llamadas acosadoras, mensajes de correo insultantes, chats, páginas web.
- Se expresa:
 - Provocación incendiaria
 - Hostigamiento
 - Denigración
 - Suplantación de personalidad
 - Difamación y juego sucio
 - Exclusión social



Prevalencia del Ciberacoso. “Yo a eso no juego” Save The Children, 2016

- Sufren 6,9% ciberacoso.
 - 3.7 los dos tipos: (A y CA).
 - Respecto al sexo:
 - M: 8,5%
 - H: ciberacoso el 5,3%
- Son Ciberacosadores:
 - M: 3 %
 - H: 4.5 %



Diferencias....

ACOSO	CIBERACOSO
Cara a cara	Anónima
Individual o en grupo	Individualmente/ grupo
Agresión verbal, física, exclusión	Mensajes, imágenes
En horario escolar	Continuo
Audiencia limitada	Ilimitada
Reducida al ámbito escolar	Duda sobre cuantos testigos hay
Victima-agresor; victima/agresor	<u>Cibervíctima/ciberagresor</u>



Factores de riesgo en el Ciberacoso

- Varones y adolescentes
- Revelar información propia sin discriminación
- Mayor tiempo de uso
- Baja autoestima
- Nivel socioeconómico
- Perfil en redes sociales, uso de mensajería, de chats y de cámaras web
- Silenciar los acosos
- Los padres no conocen las amenazas de la red o subestiman el posible comportamiento violento de sus hijos.



Consecuencias del Ciberacoso

- Agresor:
 - Bajo rendimiento escolar, absentismo
 - Ansiedad, depresión, etc.
 - Consumo de tóxicos
- Víctima:
 - Insomnio, cefalea, dolor abdominal, enuresis
 - Dificultades académicas, ansiedad, depresión, ideas autolíticas, intentos de suicidio
 - Problemas de comportamiento, conductas delictivas, llevar armas al colegio



Sexting

- Origen:
 - Sex: sexo
 - Texting: envío de mensajes de texto vía SMS desde teléfonos móviles
- Es el envío a través del teléfono móvil, de fotografías y vídeos con contenido de variable contenido nivel sexual, tomadas o grabados por el protagonista de los mismos.
- Sexcasting: Se recogen imágenes similares pero a partir de la webcam.



Sexting

- Uso de dispositivos tecnológicos:
 - En España:
 - 2011: cerca del 65 % de los menores de 10 a 16 años tiene móvil
 - 2014: 76% de menores entre 11 a 14 años, utilizan el Whatsapp
 - Una vez colocada en la red la imagen, no es nuestra.
 - Viralidad.
- Edad: No es exclusivo de la infancia
- Voluntariedad del autor: No tiene que haber voluntariedad ni coacción.
- Contenido erótico
- Tipos:
 - Activo: En el cual se realizan y se envían autofotos o autovídeos de contenido erótico
 - Pasivo: Se reciben imágenes de otras personas de contenido erótico o sexual, y que tras su visionado pueden ser guardadas o reenviadas



Sextorsión

- Es un delito
- Realizado por la persona que posee el material visual y que no es quien aparece en las imágenes.
- Amenaza con publicar o reenviar las imágenes eróticas
- Fines:
 - Beneficio sexual:
 - Más imágenes
 - Encuentro físico con el agresor.
 - Chantaje económico
 - Ser víctima de Grooming
 - Mixto

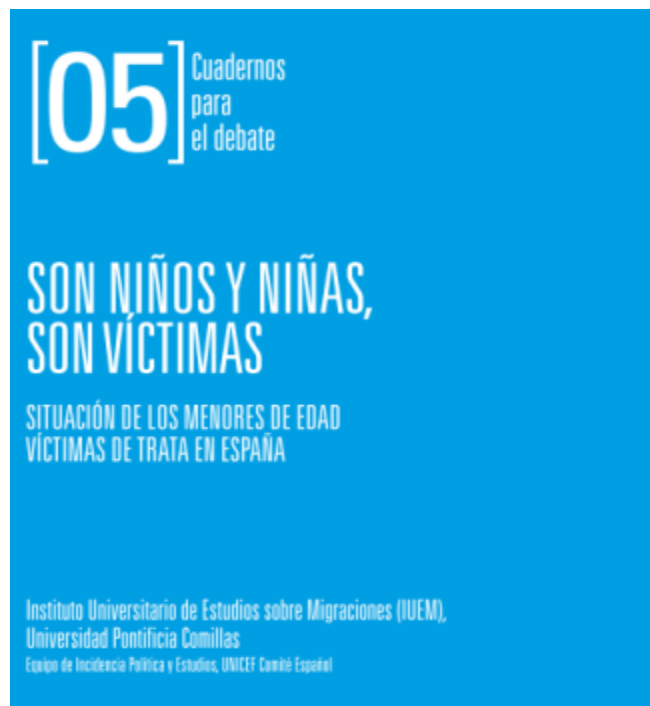


Grooming

- Son acciones deliberadas por parte de un adulto destinadas a establecer contacto con un/a menor en Internet, con el objetivo de obtener una satisfacción sexual.
- 63% del total de la muestra contacta con extraños a través de la red.
- Realiza esta conducta a través de la obtención de imágenes eróticas o pornográficas del menor e incluso intenta encuentros de contenido sexual.
- Artículos: 183 ter, 185, 186 y 189 del Código Penal LO 2/2015
- Fases del Grooming:
 - Establecer lazos de amistad , fingiendo ser menor.
 - Obtener información completa de la víctima.
 - Seducir al menor para conseguir expresiones o conductas de contenido sexual cada vez más explícito.
 - Se establece de pleno el ciberacoso: Chantaje, fotos o videos pornográficos, contacto sexual.
- OBJETIVO FUNDAMENTAL: SACAR DEL ANONIMATO A LOS ACOSADORES



Trata de Menores



Ciberadicciones

1- Un comportamiento es adictivo, si es preeminente, genera cambios de humor, hay tolerancia, abstinencia y recaída

Griffiths, 1998

2- Señales de alarma:

- a) Privación de sueño
- b) Descuido de actividades significativas
- c) Quejas en relación con el uso prolongado
- d) No consigue limitar el tiempo de conexión
- e) Miente sobre el tiempo que realmente está
- f) Aislamiento social
- g) Cambios de comportamiento
- h) Disminución del rendimiento escolar
- i) Una vez colocado frente al ordenador: Eufórico, hiperactivo

3- Consecuencias:

- j) Físicas
- k) Psicológicas
- l) Sociales

4- Tipologías

- m) Stuck Online
- n) Haciendo malabarismos
- o) Completando una etapa
- p) Matando el tiempo



Prevención de Ciberadicciones

- Recomendaciones de las Academias de Pediatría de Canadá y Estados Unidos:
 - 0-2 AÑOS: Ningún tipo de exposición
 - 3-5 a: Máximo 1 hora al día
 - 6-18 a: Máximo 2 horas al día
- Ordenadores en lugares comunes, sobre todo en los más pequeños
- Recomendaciones modificadas de Ramón-Cortés, 2010:
 - Limitar uso de aparatos y pacto de horas de uso
 - Fomentar relaciones sociales presenciales
 - Potenciar aficiones culturales
 - Favorecer práctica deportiva, predominando juegos en equipo
 - Voluntariado
 - Generar espacios de dialogo y encuentro en la familia



Intervención en el Ciberacoso

- OBJETIVO: Romper Ley del silencio.
- Abordaje multidisciplinario.
- Consejos a los padres:
 - Tener en cuenta que sus hijos sepan que les escuchan y les creen.
 - Explicarles en que consiste el Acoso y sus otras variantes.
 - Interrelación fluida con el colegio
- Relación con el medio escolar:
 - Concienciación del problema
 - Proyecto curricular
 - Incluir en el aprendizaje: Resolución de conflictos, respeto a la diversidad, Inteligencia emocional, etc.
 - Atención individualizada: VICTIMA: Teatro, deporte, actividades en la naturaleza, nuevas amistades, etc.



Recursos en el Ciberacoso

- Profesionales Sanitarios:
 - Guía sobre Ciberacoso para profesionales sanitarios:
http://www.chaval.es/chavales/sites/default/files/Guia_Ciberacoso_Profesionales_Salud_FBlanco.pdf
 - Save The Children: Yo a eso no juego:
https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo_a_eso_no_juego.pdf
 - Ciberadiciones: <http://www.injuve.es/sites/default/files/2013/03/publicaciones/FinalResearchInternet-ES.pdf>
- Progenitores:
 - chaval.es: <http://www.chaval.es/chavales/>
 - Pantallas amigas: <http://www.pantallasamigas.net/>
- Profesionales educación:
 - Cyberbullying. Prevenir y actuar: <http://www.copmadrid.org/webcopm/recursos/CiberbullyingB.pdf>
 - The Alberta's Teachers Association: <http://www.teachers.ab.ca/Pages/Home.aspx>
 - Europea School.net: <http://www.eun.org/>
 - <http://www.copmadrid.org/webcopm/recursos/CiberbullyingB.pdf>



4. Manejo en la Consulta de Atención Primaria

- Considerar la Violencia contra la Infancia, un problema de Salud y conculcación de derechos del niño
- Necesaria la coordinación interprofesional e interinstitucional
- Velar siempre por el interés superior del menor
- Todos los profesionales y operadores jurídicos, instituciones, públicas o privadas, Tribunales y órganos legislativos, han de valorar el ISM en todas las acciones y decisiones que le conciernan, tanto en el ámbito público como privado, el cual será primordial, reflejando su motivación en los informes técnicos, decisiones y resoluciones que se dicten
- Criterios para su aplicación e interpretación:
 - a) derecho a la vida - necesidades básicas, tanto materiales, físicas y educativas como emocionales y afectivas
 - b) deseos, sentimientos y opiniones/ participación
 - c) derecho a su familia de origen
 - d) identidad, cultura, religión/ atención a la discapacidad



Manejo del MTI

- Valoración pediátrica del menor
- Medidas encaminadas a su protección y velar por el ISM
- Sospecha de delito: Parte de lesiones
- Coordinación:
 - Entorno familiar
 - Interinstitucional: FSE, Servicios Sociales, Sistema Judicial*
 - Interprofesional: Atención Hospitalaria
- Derivación a recursos especializados: Programas específicos, Consulta de Pediatría Social, Sistema de Protección.
- Seguimiento periódico

*Nosotros no indicamos que tiene que venir el Forense, TIENE QUE SER EL JUEZ DE GUARDIA.



Intervención ante el MTI

- Servicios Sanitarios
 - Visión biologicista
 - Soporte científico: Síndrome de Maltrato Infantil
- Servicios Sociales
 - Visión desde la perspectiva de la insatisfacción de las necesidades del menor:
 - Físico-biológicas
 - Cognitivas
 - Sociales y emocionales
 - Responsables de la tutela, valoración de riesgo/desamparo o guarda
- Medio Judicial:
 - Valoran el posible quebrantamiento de las normas legales
 - Intervención de Forensía (actuación investigadora y pericial, no asistencial), FSE, Judicatura y Fiscalía.



Riesgo

- Situación en la que, a causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, el menor se ve perjudicado en su desarrollo personal, familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos.
- Como consecuencia es precisa la intervención de la administración pública competente, para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que le afectan y evitar su desamparo y exclusión social, sin tener que ser separado de su entorno familiar.



Desamparo

- Se produce a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material.
- Lleva aparejada la suspensión de la patria potestad o de la tutela ordinaria.
- Causas :
 - Abandono del menor
 - En el transcurso del plazo de guarda voluntaria
 - El riesgo para la vida, salud e integridad física del menor
 - Maltrato psicológico continuado o a la falta de atención grave y crónica de sus necesidades afectivas o educativas
 - Incumplimiento o el imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de guarda
 - La inducción a la mendicidad, delincuencia o prostitución
 - La ausencia de escolarización o falta de asistencia reiterada y no justificada adecuadamente al centro educativo y la permisividad continuada o la inducción al absentismo escolar
 - Cualquier otra situación gravemente perjudicial para el menor



Intervención Servicios Sanitarios

- Tratamiento de lesiones y sus secuelas físicas . Cumplimentar informes.
- Instaurar Medidas Protectoras en caso de peligrosidad para el niño.
- Prevenir embarazo secundario a agresión sexual.
- Tratamiento por especialistas: Psicólogos, Psiquiatras, terapeutas ocupacionales, etc.
- Consulta de Pediatría Social
- Coordinarse con Servicios Sociales de zona, para seguimiento del niño y de la Familia.



Informes Médicos

- Son fundamentales para poder iniciar cualquier medida legal y de protección.
- Se realizarán, ante un caso confirmado o sospechoso de MTI:
 - Informe clínico al alta
 - Parte de lesiones por el primer médico que atendió al paciente
 - Hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil en el ámbito sanitario
- Han de ser:
 - Objetivos: Anotar sólo lo observado, de manera congruente, ordenada y sin impresiones personales
 - Evitar acrónimos y abreviaturas
 - Debe incluir : Anamnesis, descripción de las lesiones, pruebas complementarias realizadas, terapéutica aplicada y destino del paciente
- Fácil de entender por los no médicos o sanitarios



Intervención del Personal Sanitario: Dificultades

- Dificultad para reconocer la violencia como problema de salud.
- Falta de formación
- Técnicas inapropiadas de comunicación
- Falta de tiempo y recursos.
- Tendencia a intervenir sólo en Violencia física y en casos graves
- Síndrome clínico vs Figura penal
- Implicaciones:
 - Personales: Traumatización vicaria.
 - Laborales: Focalización, tiempo.
 - Judiciales: Citaciones, juicios, etc.
- Nuestro self: Creencias, trayectoria personal, educación, valores.



Concepto de la Pediatría Social

- Un enfoque global, holístico y multidisciplinario de la salud infantil que considera la salud de la niña y del niño, dentro del contexto de su sociedad, medio ambiente, escuela y familia, integrando la dimensión social, mental y física de la salud y el desarrollo del menor, así como también el cuidado, la prevención, la promoción de la salud y la calidad de vida.

ISSOP 2005



Consulta de Pediatría Social: Actividades

○Asistencial:

- Atención y prevención de situaciones de Violencia:
- Infancia en situaciones de riesgo bio-psico-social: Patología crónica, inequidades de salud, embarazos, pandillas, etc.
- Pacientes hiperfrecuentadores en la urgencia.
- Colaborar en las distintas actividades que se desarrollen de cara a visibilizar los derechos de la infancia, en especial la CDN.

○Formativa: Rotaciones, residentes de pediatría y de enfermería pediátrica, estudiantes de medicina, etc.

○Investigación:

○Buenas Prácticas del SNS 2015:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/BBPP_2015/Actuaciones_Sanitarias_VG/BBPP_VG_Madrid_1.pdf

○Terapia asistida con perros.



EDAD DE APARICIÓN Y AGRESOR PRINCIPAL EN LAS NIÑAS/OS QUE SUFREN MALTRATO INFANTIL EN EL CONTEXTO FAMILIAR DE UNA SITUACIÓN DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA PAREJA

- Cerca del 44% de los niños/as maltratados/as, convivían con una situación de VCMP.
- El MTI aparece a edades más tempranas en los niños/as cuyas madres sufren VCMP
- El padre se configura como agresor principal en las situaciones de VCMP
- La presencia de MTI en niños/as menores de 7 años, pueda servir como signo de alarma para detectar la situación de violencia en la que convive tanto el menor como su madre.



5. Prevención del MTI

- Considerar al MTI como un problema de salud
- ¡ NO ES UN TEMA SOCIAL !
- Precisa de más investigaciones



Eficacia de la Prevención

Intervención	Efectividad	Nivel de evidencia	Recomendación
Formación de profesionales.	No se ha determinado la efectividad.	Opinión de expertos ¹¹ (Tipo III).	Insuficiente evidencia para excluir o incluir, pero se cree que aumentaría el diagnóstico apropiado de familias de riesgo (Recomendación C).
Educación para la salud en grupos o individual (incluye Guía Anticipatoria, escuelas de padres)	Estos programas educativos pueden aumentar los conocimientos pero no se ha podido establecer si reducen la incidencia o recurrencia del maltrato. Britner ¹² , encuentra reducción significativa del maltrato en programas educativos a mujeres jóvenes.	Ensayos clínicos y metaanálisis ^{13,14} (Tipo I).	Insuficiente evidencia para excluirla de los exámenes de salud (Recomendación C).
Identificación de familias de riesgo.	Identificación inadecuada de familias de riesgo (probabilidad alta de falsos positivos).	Estudios de cohortes ¹⁵ (Tipo II-2).	Existe evidencia para excluir los cuestionarios para identificar familias de riesgo (Recomendación D).
Intervenir en familias con problemas psíquicos (incluye violencia doméstica y coordinación con Trabajador/a Social).	No se ha determinado la efectividad.	Opinión de expertos ^{16,17} (Tipo III).	Insuficiente evidencia para excluirlas de las intervenciones preventivas (Recomendación C).
Visita domiciliaria prenatal y durante los dos primeros años.	Reducen la frecuencia de accidentes pero no son concluyentes los efectos sobre la reducción de la incidencia del maltrato.	Metaanálisis ^{18,19} (Tipo I).	Existe suficiente evidencia para incluir la intervención (Recomendación B).
Aumentar el número de visitas de seguimiento.	No se ha hallado reducción significativa de la incidencia del maltrato infantil.	Estudios clínicos aleatorizados ^{20,21} (Tipo I).	Existe poca evidencia para excluirlo o incluirlo en la prevención (Recomendación C).

Maltrato Infantil. Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias. 2006



Nurse Family Partnership : 1996-2013

- Ha evitado:
 - 500 niños muertos por MTI
 - 10.000 nacimientos prematuros
 - 13.000 gestaciones peligrosamente próximas
 - 4.700 IVE
 - 42.000 incidentes de MTI
 - 36.000 episodios de VCMP
 - 90.000 asesinatos realizados por jóvenes
 - 36.000 arrestos de jóvenes



Nurse Family Partnership

- Visitas domiciliarias seriadas de Enfermería, a progenitores primerizos, adolescentes y con bajos ingresos. 1977.
- Objetivo: Atención adecuada a la gestación, velar por la salud de los niños y mejorar la autosuficiencia económica de las familias.
- Se inicia a partir de la 16 semana de gestación y dura dos años, asistiendo a las madres como media, en el domicilio cada dos semanas
- Coste por familia de 9.500 \$, por dos años y medio, del año 2006
- Previene el MTI, a través de varios vías en el contexto familiar:
 - Reducción de consumo de tóxicos
 - Aumenta el apoyo social
 - Se trabaja en la mejora de las competencias de los progenitores: empatía, evolución, desarrollo del hijo/a,
 - Espaciamiento de nuevas gestaciones: Mejora educativa, laboral, mejor supervisión parental
- Resultados:
 - Menor número de hijos maltratados, prematuros
 - Proporcionaron un entorno más seguro y apropiado para el desarrollo de los hijos
 - Mayor cumplimiento del calendario vacunal
- www.nursefamilypartnership.org



6. Casos Clínicos

– Caso1:

- 3 años, niña, hora de consulta:0145
- Motivo de Consulta: Caída de un columpio de manera accidental, según refiere la abuela. No explica la posición de la caída. Tras el traumatismo no ha presentado sintomatología neurológica ni vómitos. Tras acostarse ha presentado dolor, sangrado oral e irritabilidad.
- Examen físico: Buen estado general. Glasgow: 15. Se aprecia laceración del frenillo superior con edema labial, solución de continuidad de menos de 0'5 cm en punta lingual. Hematoma en mucosa oral concordante con traumatismo de los incisivos superiores. No hay sangrado activo.



Caso1

- Juicio clínico al alta: Traumatismo oral.
- Y después vemos.....:
 - Consultas previas desde hace 18 meses:12.
 - Motivos médicos: 4
 - Traumatismos:8, Cráneo, EE.III, EESS.
 - Hermanas en seguimiento en CTM
 - 5 asistencias de madrugada



Cuestiones

- ¿Nos hace pensar en algún tipo de MTI?
- ¿Que llama la atención?
- ¿Qué medidas debemos adoptar?



Caso 2

- Motivo de Consulta: Niña de 9 años que es traída a la Urgencia Pediátrica, acompañada de Policía Municipal, Psicóloga del SAV, Director de su Colegio: XXX y del Jefe de Estudios, por haber presentado al acudir al Colegio, signos en la cara que recuerdan a dedos.
- Manifiesta que fue agredida ayer por la tarde por su Padre
- Se aprecia hematoma periorbicular izqdo, con mínima hemorragia conjuntival a las III. Movimientos oculares conservados, isocoria, normorreactividad pupilar. Se aprecia tres erosiones lineales, una en E.S. izqdo y otras dos en E.S derecho, de unos 3 cm de longitud a nivel de ambos codos. Las erosiones presentan más profundidad en su parte superior. No se aprecian otras lesiones en el resto del cuerpo. Ano y genitales sin alteraciones.



Caso 2

- En la Consulta de Pediatría Social
- Niña: Al inicio no recuerda nada del episodio de Urgencias, ni otras posibles situaciones de estrés familiares. A lo largo de toda la entrevista, la niña se mantiene parpadeando constantemente, frotándose las manos y mordiéndose los labios.
- La niña refiere que debido a que ella se pone muy nerviosa, los padres la corrigen y que cuando la que se enfada es la madre, el padre va con la niña y le dice como no irritar a la madre. En ese momento de la entrevista rompe a llorar.
- Posteriormente a lo largo de la entrevista, recuerda el episodio de la urgencia y le pregunto quien fue quien la agredió, contestando que fue su madre y el motivo fue que ella (la niña), se puso nerviosa.



Caso 2

- Al inicio de la entrevista con el padre, se mantiene distante, refiriendo que el juez sobreseyó la causa y que la última entrevista con SS.SS, fue en septiembre del pasado año
- Considera que no le dan a la niña una educación rígida, refiriendo que es muy nerviosa, que hace siempre lo que le da la gana y muy obstinada, aunque sostiene que en los últimos meses lo es menos.
- Le pregunto que fue del episodio y responde que fue el, quien produjo las lesiones a la niña por sujetarla para mojarla con agua fría la cara, como le habían recomendado en alguna ocasión. No dice nada de la madre, referente a que ella fuese la responsable de la agresión. No ve necesario que a la niña la vea un Psicólogo.
- Al final de la entrevista accede a que vuelva a la consulta en dos meses y contactar con su PAP.
- No volvió. Se habló con SS.SS y PAP.



Caso 3

- Niño de 6 años, que acompañado de su madre, ha contado que desde hace unas tres semanas padece posibles abusos por parte de otro niño menor de edad de 9 años con el que se queda a jugar 2-3 tardes por semana desde principio del mes de junio.
- El niño al ser interrogado afirma que el otro menor le obliga a mantener practicas de sexo oral que consisten en la introducción del pene en la cavidad oral del paciente y viceversa.
- También refiere que le obliga a realizar actos de penetración anal en algunas ocasiones. Hoy el paciente refiere que ha sido sometido a dichas prácticas.
- Fisura anal en fase de cicatrización a las VI.



Cuestiones

- ¿Nos hace pensar en algún tipo de MTI?
- ¿Que llama la atención?
- ¿Qué medidas debemos adoptar?



Caso 3

- La madre está separada y con orden de alejamiento de su pareja. Este es alcohólico y aunque tiene permitidas las visitas con frecuencia ,actualmente se esta valorando retirarlas por parte del juez, por incidentes violentos del padre con otras personas
- Desde hace 3 semanas le cuida la hermana del presunto agresor



Caso 4

- Acude una niña de 6 años, acompañada de su madre
- La niña dice, que ayer su padre la llevó a un piso por la tarde, después de comer.
- En este piso una personas, tumban a la niña en una cama, le dan de beber un agua que sabía muy mal, la dejan desnuda y le meten bolas blancas en la vagina, también le tapan los ojos
- Refiere que había una persona que tenía una cámara de vídeo y otra de fotos
- El padre se encontraba en otra habitación viendo la televisión.



Cuestiones

- ¿Nos hace pensar en algún tipo de MTI?
- ¿Que llama la atención?
- ¿Qué medidas debemos adoptar?



Caso 4

- Antecedentes Personales: Desmedro
- Antecedentes Familiares: Violencia de género
- La madre refiere que en otras ocasiones cuando la niña ha estado con el padre, al llegar a casa presenta rabietas en que se autolesiona, golpeándose la cabeza contra el suelo.



Caso 4

- Conjuntamente con el Forense
- Exploración genitales
 - Desarrollo adecuado a la edad.
 - Himen íntegro con bordes engrosados.
 - Enrojecimiento en los márgenes de inserción de los labios menores, en posición anatómica a las 3 y a las 9.
 - Se aprecian escasos restos de sustancia blanquecina oleosa y adherente en área vulvar y perivulvar.
- Exploración anal: Se aprecia congestión venosa perianal. Dos fisuras superficiales a las 2 y a las 7.



Caso 4

- Comentario de evolución: Se informa a Policía, quien avisa a Juzgado de Guardia
- Acude Juez de guardia y Forense
- Tras esta, el Forense recoge muestras biológicas y se las lleva al Juzgado
- Se tramita con Trabajo Social, valoración en Centro especializado en atención de abuso sexual infantil



Caso 4

- Seis años después (12 años), la misma niña acude a la Urgencia:
- Valorada hace unas horas en ese servicio por presentar desde hace una semana episodios de dolor centrotorácico, tipo pinchazos de segundos de duración.
- Se irradian a espalda, son autolimitados y se asocian a incapacidad para la entrada de aire
- Inicialmente asociados al ejercicio, pero ayer por la noche y esta semana ha tenido dos episodios en reposo. No se asocian a mareo, ni palpitaciones. No clínica catarral días previos. Entre los episodios asintomática.
- Exploración física y Pruebas complementarias: Normales.



Caso 4

- Relación patológica con las nuevas tecnologías:
 - Facebook a los 9 años, con desconocimiento de la madre.
 - A finales del año pasado, cuentas en Twitter y Twenty
- Son descubiertas dichas acciones, cuando en una ocasión al dejar el móvil en una mesa del domicilio, la madre aprecia que había enviado fotos (sexting) a un desconocido, y este la contestaba con vídeos en los que aparecía el varón masturbándose
- Tras la explicación solicitada por la madre, presenta intensa agitación psicomotriz, y con amenazas de arrojarse por la ventana o cortarse con un cutter.
- Mantiene que la menor, establece una relación de dominancia y crueldad hacia ella, con actitudes negativistas, desafiantes, mentiras, manipulaciones, y con aspectos despectivos en cuanto al peso o la edad de la madre.
- No puede dormir sola, tiene que meterse de manera habitual en la cama de la madre.
- Padre en Centro Penitenciario. Su mayor deseo es ir a verle



Caso 5

- 2014, niña de 11 años: Es atendida en la Urgencia varias ocasiones por dolores abdominales, cefaleas y dificultad para respirar
- Valorada por especialistas: No se aprecia patología significativa
- 2015: Derivada a Pediatría Social: Se detectan significativas situaciones de acoso y ciberacoso
- Se inician medidas de apoyo en el colegio, citas en Centro de Salud Mental, también a los progenitores.



Caso 5

- 2015: Expulsión de la acosadora principal
- Suspende varias asignaturas
- Continúa el ciberacoso. Denuncia de los padres ante Fiscalía de menores
- Inimputables las responsables del CA
- Atendida en la Urgencia por dos crisis de ansiedad



Caso 5

- 2016:Ha roto, tras unos dos meses de relaciones con un chico de 15 años.
- No han recibido ninguna notificación de las causas pendientes que tenían interpuestas, en relación con la posible situación de acoso
- A la madre le preocupa que le ha solicitado explicación sobre el uso de los preservativos. El padre no sabe nada.
- Se mantiene en el CSMIJ
- La adolescente refiere la angustia que le produce :
 - La probabilidad de verse apartada o anulada por parte de sus amigas, si no accede al mantenimiento de relaciones sexuales.
 - El no tener una pareja, y el no poder estar a la altura de otras niñas, que si son más permisivas en cuanto a las solicitudes eróticas de los varones.
- Se deriva a un dispositivo de atención a adolescentes y sus familias



Cuestiones resueltas... y más

- Se considera niño a todo individuo hasta.....
- CDN significa
- En el abuso sexual infantil predominan
- En una madre maltratada siempre sospechar.....
- El uso del WhatsApp es legal a partir de los



¡ Muchas Gracias!

