14º curso actualización pediatría 2017

Viernes 17 de febrero de 2017
Taller:
Abordaje integral del maltrato infantil

Moderadora:
Alicia Bonet Garrosa
Pediatra. CS Manantiales. Guadalajara. Presidenta de la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla-La Mancha (APapCLM).

Ponente/monitor:
- **Antonio Gancedo Baranda**
  Pediatra. Consulta de Pediatría Social. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Gancedo Baranda A. Abordaje integral del maltrato infantil. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2017. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 535-43.

Abordaje integral del maltrato infantil

Antonio Gancedo Baranda
Pediatra. Consulta de Pediatría Social. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Alcorcón, Madrid.
agancedo@fhalcorcon.es

RESUMEN

El maltrato infantil es una conculcación importante de los derechos de la infancia, y es un problema de salud pública. Los datos obtenidos de las investigaciones mundiales expresan su elevada incidencia y prevalencia. Sus secuelas están estudiadas, no solo en la infancia, sino también en las significativas consecuencias que tiene en la edad adulta, en el entorno familiar, formativo y laboral.

El estudio del maltrato no es de este siglo, ya desde tiempos antiguos hubo personas que se implicaron en su desaparición, su estudio, abordaje y manejo.

Partiendo del concepto de maltrato infantil del Centro Internacional de la Infancia de París, se valoran los cuatro tipos clásicos de maltrato, así como las nuevas tipologías, que tienen como resultado una significativa afectación negativa del desarrollo de la infancia. Se continúa con una orientación práctica en el manejo, distinguiendo entre la sospecha de maltrato y/o maltrato leve, y el maltrato grave.

Se concluye con una aproximación a la prevención, campo en el que aún son necesarias más investigaciones que arrojen datos significativos, para que se adopten medidas eficaces que consigan la erradicación de esta lacra. Dicha erradicación existirá, si nos implicamos como profesionales de la salud infantil, desde una

óptica biopsicosocial de la niña o niño al que atendemos, curamos y protegemos, ayudando a generar una sociedad más justa, libre y feliz.

EL MALTRATO INFANTIL COMO CONCULCACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO Y PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

En la Asamblea General de la Naciones Unidas del año 1959 se realizó la declaración de los Derechos del Niño. Posteriormente en 1989, se aprobó la Convención de Derechos del Niño (CDN)[1]. Supuso establecer de manera definitiva que los niños* son sujeto de derechos. Es la declaración sobre derechos humanos que más adhesiones ha obtenido de las escritas en la historia de la humanidad.

España ratificó la CDN el 6 de diciembre de 1990. La ratificación implica que la legislación española se debe adaptar a la CDN, y compromete al estado español a realizar informes periódicos sobre su aplicación y cumplimiento y enviarlos al Comité de los Derechos del Niño para valorar su implantación.

Considera niño, a todo ser humano desde su nacimiento hasta que cumple los 18 años de edad. Le reconoce como derechos fundamentales:

- Derecho a sobrevivir.
- A desarrollarse por completo.
- A la protección de toda influencia nociva, abuso y explotación.
- Participación en la vida familiar, cultural y social
- Respeto a las opiniones del niño.

*Los términos niño/niños, engloban tanto a los niños como género masculino como a las niñas como género femenino. Cuando se especifica niña es por adecuación al concepto que se desarrolla.

Destaca el artículo 19 donde, en su punto 1, se señala: "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".

Posteriormente han aparecido otras declaraciones, convenios y directivas a nivel europeo que articulan la protección integral a la infancia.

La Constitución Española, en su artículo 39, hace especial referencia a la atención a la infancia. Es de destacar la reforma legislativa ocurrida en España en el 2015[2].

Existen numerosas definiciones de Maltrato Infantil (MTI), en el presente artículo asumimos el establecido por el Centro Internacional de la Infancia de París, y que señala al MTI, 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 o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad".

Se asume mayoritariamente, que los estudios epidemiológicos no reflejan ni la incidencia ni la prevalencia real del MTI. Los datos recogidos son asimilados de manera gráfica a un iceberg y se calcula que solo se detectan entre el 10-20% de los casos existentes de maltrato. Estudios a nivel mundial[3] señalaron que, solo en año 2002, 53 000 niños murieron asesinados. Entre un 20 y un 65% sufren acoso entre pares. 150 millones de niñas y 73 millones de niños sufrieron relaciones sexuales forzadas u otro tipo de violencia sexual. Tres millones de niñas y mujeres son sometidas a mutilación genital; 5,7 millones de niños realizan trabajos forzados o de servidumbre, 1,8 millones trabajan en la prostitución o pornografía y 1,2 millones son víctimas de trata.

La región europea de la OMS[4] en el 2013, estimó una mortalidad por MTI en Europa de 0,07 por 100 000 niños, siendo para España del 0,18.

Respecto a la prevalencia en ese mismo estudio, de cada uno de las tipologías clásicas, correspondían el 29,1 por 100 000 niños al maltrato psicológico (MPS), el 16,3 a la negligencia (NGC), el 22,9 al maltrato físico (MF), y el abuso sexual (ASI) afectaba al 9,6 de las niñas y al 5,7 de los niños.

Los niños que experimentan MTI desarrollarán, en función de sus diferencias individuales, resiliencia, tipo de maltrato, sexo y entorno, distintas secuelas. La OMS en el 2007 resumió las principales, destacando la discapacidad física y mental, los problemas físicos de salud, la baja autoestima, el fracaso educativo, los problemas emocionales y de comportamiento, los trastornos del sueño y el trastorno de estrés postraumático, problemas de salud mental, trastornos en la alimentación y lesiones autoinflingidas, consumo de tóxicos, mayor riesgo de victimización, actos antisociales y muerte.

Investigaciones posteriores han valorado la aparición de efectos perniciosos en el sistema nervioso central, autónomo, y endocrino de las víctimas[5]. Así, se han descubierto alteraciones en distintas estructuras cerebrales: córtex, amígdalas, cuerpo calloso, etc. Otros estudios han confirmado el acortamiento de telómeros[6], relacionándose con un envejecimiento más rápido.

En cuanto a los costos económicos del MTI, en un estudio realizado en EE. UU.[7], el gasto anual en el 2008 era de aproximadamente 124 mil millones de dólares, valorando un coste medio por caso de MTI de 210 012 dólares y, por caso de muerte achacada al MTI, de 1 272 900 dólares.

En resumen, el MTI se establece como una conculcación muy importante de los derechos de los niños, con nefastas consecuencias en la salud de la infancia afectada, impidiendo una sociedad más justa y libre.

HISTORIA. CAUSAS. FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO

El infanticidio fue práctica relativamente frecuente hasta el inicio del siglo XIX, siendo más habitual su práctica sobre discapacitados, niñas e "ilegítimos". Ya en el siglo X, Rhazes describió las fracturas en los niños "llorones". Pero no es hasta la segunda mitad del XIX, en que A. Tardieu describe científicamente el abuso sexual y el maltrato físico. En su "Estudio médico-legal sobre las sevicias y los malos tratos ejercidos sobre los infantes" (1860), describe cien años antes de H. Kempe el síndrome del niño apaleado[8]. En el año 1962, Kempe, junto con Silverman, publican en la revista *JAMA*, el "síndrome del niño golpeado", iniciándose a partir de ese momento el constructo científico del síndrome del maltrato infantil.

No hay una teoría que explique de manera totalmente adecuada la génesis del MTI. Originariamente se achacó a la psicopatología de los progenitores, después a la presión y características negativas del entorno social, que dio paso al modelo que centraba en el niño el origen del maltrato. Posteriormente han surgido los enfoques de interacción social (Belsky, Cicchetti y Rizley, Vasta o Wolfe), hasta los actuales o de tercera generación (Milner, Hillson y Kuper)[9].

En todos se valora la interrelación del niño, sus progenitores, y el entorno sociocultural donde se desarrolla, y la permanente presencia de factores protectores y de riesgo.

Son factores[10] protectores la adecuada crianza ejercida por los progenitores, el apego seguro, tener conocimientos de los estadios del desarrollo infantil, ser apoyados en las redes familiares y sociales, mantener relaciones igualitarias de género, junto con ausencia de violencia en las normas educativas y de relación, y accesibilidad oportuna a los sistemas sanitarios, sociales y comunitarios.

Son factores de riesgo los asociados al menor (hijo no deseado, prematuridad, discapacidad, crónicos, TDAH), a la familia (violencia contra la mujer en la pareja,

inadecuadas normas educativas, paternidad precoz, patología psiquiátrica, elevados niveles de estrés, adicción a tóxicos, sin apoyo familiar ni social, situaciones marginales), y el entorno sociocultural (crisis económica, paro, vivienda inadecuada, percepción social de la violencia, invisibilidad de la mujer y de la infancia).

TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

Clásicamente se han definido cuatro tipos. Las nuevas tipologías surgen en función de nuevos entornos, tipos de maltratadores, uso de nuevas tecnologías, tradiciones, etc. En estas, se combinan los tipos clásicos y tienen en común la amenaza o interferencia en el ordenado desarrollo físico, psíquico o social del niño. A continuación, describimos las principales características.

Tipos clásicos

Maltrato psicológico o emocional (MTP)

Es el más difícil de detectar. Se produce, cuando por acción u omisión, los cuidadores infligen un daño al niño, y se manifiesta como un estrés emocional o una conducta maladaptativa[11]. Dichas acciones incluyen: despreciar, aterrorizar, aislar, explotación/corrupción, ausencia de respuestas emocionales, limitación de accesos a los recursos sanitarios. En este punto, interesa reseñar el significativo cambio legislativo del año 2015[2], de fundamental influencia en nuestra actividad asistencial, en donde lo señala como situación de riesgo (artículo 17.10 L.O.1/1996 de protección jurídica del menor), y en el que se indica "las autoridades sanitarias pondrán inmediatamente en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, tales situaciones a los efectos de que se adopte la decisión correspondiente en salvaguarda del mejor interés del menor". Las consecuencias del MTP incluyen alteraciones en el apego, del desarrollo, problemas educativos, alteración en las relaciones sociales y conductas disruptivas, relacionándose en edades más avanzadas con delincuencia, violencia, suicidios y repetición en generaciones futuras de actitudes maltratadoras.

Maltrato físico (MTF)

Es toda acción no accidental, ejecutada por parte de los cuidadores, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le sitúe en grave riesgo de padecerlo. En este tipo de maltrato hay que hacer referencia a la existencia de las llamadas lesiones centinelas, propias de los menores de dos años y que se asocian con una alta probabilidad de estar siendo maltratado, y pueden permitir una detección precoz. Oscilan en función de la edad desde rasguños, quemaduras, lesiones orofaríngeas (0-6 meses); fracturas de huesos largos o craneales, hemorragias intracraneales (de los 6 a 12 meses) y, hasta los 24 meses: fractura de costillas, traumatismos abdominales, hemorragias subconjuntivales y lesiones genitales.

Son indicadores físicos del MTI: equimosis, hematomas, quemaduras, mordeduras, alopecias traumáticas. Las lesiones craneales son la primera causa de muerte, la segunda las lesiones abdominales y torácicas. Son típicas, entre las lesiones óseas, las fracturas costales posteriores y las metafisarias en esquina o en asa de cubo[12].

En ocasiones serán precisas pruebas complementarias: análisis de sangre, orina, pruebas toxicológicas, fondo de ojo, radiografías, etc.

Una forma específica de MTF es el síndrome del niño zarandeado, en el cual se produce un daño hipóxico global[13], secundario a la apnea producida por la aceleración-desaceleración axial y rotacional del cráneo sobre el eje del tronco cerebral. Conlleva una sintomatología neurológica grave, como convulsiones, meningismo, coma y en no pocas ocasiones, la muerte.

Negligencia (NGC)

La negligencia se presenta cuando las necesidades básicas del niño no se satisfacen de manera adecuada y se produce un daño potencial o real[14]. Dichas necesidades incluyen la alimentación, el vestido, la higiene, la protección, la educación y la salud.

Los efectos se aprecian en forma de alteración en las relaciones sociales, lenguaje, lectoescritura, problemas emocionales, fallo de medro, consumo de tóxicos y conductas delictivas.

Abuso sexual infantil (ASI)

Se trata de contactos sexuales e interacciones entre un niño y un adulto cuando este utiliza al niño para estimularse sexualmente él mismo o a otra persona. Puede ser cometido por un menor de 18 años, cuando este es significativamente mayor que la víctima o tiene con ella una relación de responsabilidad, confianza o poder[15]. Debe haber siempre por parte del agresor hacía la víctima coerción y asimetría. En el artículo 183 del Código Penal se establece que "el que realizare actos de carácter sexual con **un menor de dieciséis años**, será castigado como responsable de abuso sexual".

El ASI se acompaña por una serie de mitos que hay que desterrar. Son falsedades tales como que es infrecuente y los menores pueden evitarlo, siempre son mentiras e invenciones de los niños, se acompañan de manera obligada de penetración del agresor hacia la víctima, son propios de entornos económicos y culturales bajos, siempre el agresor es ajeno a la familia y es un enfermo mental, y que son delitos que siempre se denuncian.

Son factores de riesgo ser mujer, de entre 8 a 12 años, aislada socialmente, falta de progenitores, presencia de figura masculina en el hogar sin relación familiar con el niño, existencia de abuso sexual previo materno, desestructuración familiar, familias muy represivas o con un uso normalizado de la violencia, algún tipo de discapacidad de la víctima y el consumo de tóxicos.

El agresor suele ser varón, con relación próxima familiar o social a la víctima, predominando los tocamientos del agresor a la víctima o de la víctima al agresor, y este no suele utilizar la violencia. Son indicadores en la víctima los miedos, fugas, agresividad, fracaso escolar, autoagresiones, y hasta intentos autolíticos. Puede ser necesario establecer si los juegos sexuales por los que se nos consulta son adecuados o no. Son datos para valorar su no adecuación a los juegos sexuales "normales" en los niños, y por lo tanto hacernos sospechar la existencia de ASI, las conductas y/o conocimientos sexualizados, inadecuados para la edad, son impositivos con los otros niños, masturbación compulsiva, contactos orogenitales, búsqueda de genitales en adultos, o intentos de golpearlos, y se suele asociar a introducción de objetos en vagina o en ano.

La exploración física hay que realizarla conjuntamente con el forense. En la mayoría de las ocasiones será normal. En torno al 5%, presentan lesiones físicas anormales. Es preciso conocer de manera adecuada la anatomía genital, sus variantes y grado de desarrollo sexual, de manera especial en los menores de seis años. El examen debe respetar la intimidad del niño, será completo, pero breve y no se debe repetir. Se debe iniciar por la cabeza, boca, toda la piel, y por último el examen genital y anal. Las posiciones más adecuadas para la exploración genital, serán la combinación de la de "rana" y la genupectoral. El ano se explorará en decúbito lateral, con piernas flexionadas.

Respecto a las verrugas genitales, solo del 0,3 al 2%, suelen ser transmitidas a través de ASI, y hay que sospecharlo ante los serotipos de papilomavirus 6 y 11 mucosos, y el 2 cutáneo. Referente a las infecciones de transmisión sexual, presentan una especificidad **muy alta** de ser debidas a ASI: sífilis, gonorrea, y *chlamydia*. **Alta:** VIH, VHB, VH2 tipo 2, VPH, *Trichomona*. **Baja:** *Gardnerella*, *Mycoplasma*, ureaplasma VH1, *Candida*, *Haemophylus*, *Calymmatobacterium granulomatis*.

Nuevos tipos

Enfermedad generada por el cuidador

Antiguamente denominada síndrome de Munchausen por poderes. 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. Presenta una incidencia de 0,5-2 por 100 000 niños, y genera elevada morbimortalidad, siendo difícil su diagnóstico y

manejo. Hace sospechar su existencia, hallazgos clínicos inexplicables, fracasos terapéuticos no compresibles o fallecimientos "extraños" de hermanos. Los sanitarios perpetuamos el proceso si no lo identificamos previamente.

Violencia contra la mujer en la pareja (VCMP)

En 1998, la Asociación Americana de Pediatría estableció que el maltrato hacia las mujeres es un problema pediátrico. Surge dicho maltrato por el mero hecho de ser mujer, y tiene como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. Antiguamente se valoraba a los hijos de estas mujeres como meros espectadores, pero ahora se les considera víctimas directas de dicha violencia, expresándose en lesiones físicas derivadas de las agresiones, retraso de crecimiento, alteraciones en la alimentación, aumento de patología psicosomática, alteraciones emocionales, dificultades sociales y alteraciones cognitivas y conductuales[17]. Se ha apreciado un porcentaje significativo de niños maltratados, que conviven con situaciones de VCMP, apareciendo dicho maltrato a edades más tempranas que en hogares donde no existe dicho tipo de violencia. En las situaciones de VCMP, el padre se configura como el agresor principal.

Acoso entre pares

Conducta agresiva física o psicológica, repetida en el tiempo, que realiza un alumno (agresor) contra otro (víctima), y en el que el agresor establece una relación de dominancia que le reporta una gratificación social y/o individual, e incapacita a la víctima para salir de esa situación, acrecentando la sensación de indefensión y aislamiento. Suele ser más habitual en 5.º de Primaria, más en los patios, y en 1.º de Secundaria, donde predomina en las aulas. El acoso ocasiona significativas secuelas, tanto en la víctima (baja autoestima, ansiedad, aislamiento, absentismo escolar, fobias, trastornos psicosomáticos, depresión, ideación e intentos de suicidio), en el agresor (vandalismo, abuso de tóxicos, delincuencia, fracaso escolar y profesional y uso de la violencia como forma de relacionarse). También quedan afectados los testigos ante la violencia presenciada.

Ciberacoso

Son prácticas de intimidación, realizadas a través de internet o telefonía móvil, que se realizan con intención de dañar, se repiten en el tiempo y hay un desequilibrio de poder entre los participantes. Le hace diferente del acoso entre pares tradicional el anonimato del agresor/es, la posibilidad de los ataques las 24 horas al día, los siete días de la semana, la inmediatez, la publicidad, y la omnipresencia del agresor. En un estudio realizado por Save the Children[18], en secundaria, el 9,3% de los alumnos han sufrido acoso y un 6,9% ciberacoso, sufriendo los dos tipos, el 3,7%. Acosan en torno al 5,4% de los encuestados y ciberacosan el 3,3%. El objetivo tanto en el acoso como en el ciberacoso es romper la ley de silencio establecida.

Grooming

Son acciones deliberadas por parte de un adulto destinadas a establecer contacto con un menor en internet, con el objetivo de obtener una satisfacción sexual[19]. Es un delito tipificado. Pasa por varias fases, hasta alcanzar el *groomer* su objetivo final: establecer lazos de amistad fingiendo ser menor, obtener información completa de la víctima, y a través de ese conocimiento, seducir al menor para conseguir expresiones o conductas de contenido sexual cada vez más explícito, hasta llegar a chantajear y obtener fotos o vídeos pornográficos, y por último el contacto sexual.

Sexting

Es el envío a través del teléfono móvil de fotografías y vídeos de variable contenido sexual, grabados por el protagonista de los mismos. Con voluntariedad y sin coacción. El problema es que una vez colocada en la red la imagen, es imposible eliminarla y por lo tanto puede ser utilizada en el futuro como motivo de chantaje, humillación y escarnio de quien se hizo la foto o vídeo, por parte de las personas de supuesta confianza a quienes envió dichos documentos.

Violencia de género entre adolescentes

Es un 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, consiguiendo a través de ese comportamiento ejercer el poder y control sobre su pareja. Para su detección se pueden considerar la realización de las siguientes cuestiones: ¿te has sentido insegura en relaciones pasadas?, ¿hay alguna pareja antigua que te hace sentir mal actualmente?, ¿has sido golpeada físicamente, o lastimada o amenazada por tu novio o pareja cuando estabais enfadados?, ¿alguna vez has sido lastimada por tu pareja y te dejó una marca, tipo moratón? La respuesta afirmativa a una sola de las preguntas anteriores nos obliga a valorar la presencia de violencia en esa relación.

Maltrato institucional

Se produce cuando se instauran leyes, procedimientos, actuaciones u omisiones por parte de los poderes públicos, instituciones, o por actividades de algunos profesionales, en las que se violan los derechos básicos del niño.

Mutilación genital femenina (MGF)

Se trata de una acción con la que se pretende el control de la sexualidad femenina. Hay más de 130 millones de mujeres afectadas. Se suele realizar entre los 4 y los 13 años. Varía desde la eliminación del clítoris hasta la eliminación de los labios menores, o coser los labios mayores dejando un pequeño orificio. En orden de prevalencia de su realización, destacan: Somalia, Guinea, Egipto, Djibouti, Eritrea, Malí, Etiopía, Nigeria, Sudán, etc.[10]. La consulta de Atención Primaria es lugar idóneo para su detección.

MANEJO EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Como primer paso, es preciso valorar la violencia como un problema de salud pública y asumir que el niño es sujeto de derechos. La valoración biopsicosocial, entendida y asumida como un adecuado desarrollo del concepto de salud, tal como fue definida por la Organización Mundial de la Salud en 1948, se establece como elemento fundamental en cualquier práctica pediátrica.

Ante el MTI, el pediatra precisa la colaboración ineludible de todos los estamentos interprofesionales e interinstitucionales, que están implicados en la atención a la infancia. Enfrentarse de manera solitaria al MTI es una imprudencia, una mala praxis, un maltrato institucional, bordea la ilegalidad y revictimiza de manera significativa al niño.

Otro punto importante es velar por el interés superior del menor. Este concepto obliga a actuar con todos los medios posibles para restablecer la salud del menor, y como primer paso, preservar su seguridad.

A continuación, y a partir de las premisas previas, a nivel práctico y ya habiendo realizado el adecuado y habitual acto médico, nos podemos encontrar ante dos situaciones:

- Violencia extrafamiliar: colaboraremos con los padres en la asunción de medidas destinadas a la protección de su hijo, pero asumiendo que la responsabilidad corresponde a los progenitores.

- Violencia intrafamiliar: será precisa la coordinación con los profesionales dedicados a la atención y protección de la infancia.

  - Sospecha de MTI o maltrato leve: tras la valoración del pediatra, este se pondrá en contacto con el trabajador social (TS) de su centro de salud (CS), quien articulará con los servicios sociales municipales las adecuadas medidas de seguimiento y apoyo al menor y su familia. En el caso de disponer de una consulta de Pediatría Social en el entorno hospitalario, establecer contacto con ella, para coordinarse en el seguimiento si lo precisa.

  - Maltrato grave: es una situación de urgencia, y por lo tanto se tomarán todas las medidas precisas para la eficaz protección del menor. Se notificará al TS

del CS, se realizará parte de lesiones por parte del primer facultativo que atiende al menor, y se contactará de manera urgente con las fuerzas de seguridad del Estado para la notificación de tal hecho al juez, quien decidirá si envía al forense al CS. Si el estado clínico del menor lo precisa, será necesario el traslado al hospital. Los informes han de ser objetivos, evitando acrónimos y abreviaturas, e incluyendo anamnesis, descripción de las lesiones, pruebas complementarias realizadas, terapéutica aplicada y destino del paciente. Un punto de reflexión es la solicitud del consentimiento informado a los progenitores de la víctima.

PREVENCIÓN

Es un campo en desarrollo con significativas debilidades, que impiden una labor eficaz y duradera. Se han realizado numerosos estudios, pero solo uno tiene una recomendación tipo B, pudiéndola incluir en la intervención, y es la visita domiciliaria prenatal y las sucesivas en los dos primeros años de vida. Otros programas como la formación de profesionales, intervención en familias de riesgo, aumentar el número de visitas de seguimiento en el CS, educación para la salud en grupos o individual, incluyendo guías anticipatorias o escuelas de padres, poseen una recomendación C, con lo que hay duda de incluirlas o no en los exámenes periódicos de salud[20].

Estas limitaciones no deben ser factores que perpetúen la existencia del MTI, sino un acicate para nuestra actividad pediátrica que nos motive a realizar un auténtico abordaje biopsicosocial de nuestros pacientes, en aras de un futuro más justo y libre de la infancia.

BIBLIOGRAFÍA

1. UNICEF Comité Español. Convención sobre los derechos del niño. Madrid: Nuevo Siglo; 2006. [Fecha de acceso 2 sep 2016]. Disponible en https://old.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf
2. Moreno-Torres J. Modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Guía para profesionales y agentes sociales. Málaga: Save the Children; 2015.
3. Pinheiro P. Acabar con la violencia contra los niños, niñas y adolescentes. UNICEF; 2006. [Fecha de acceso 10 sep 2016]. Disponible en www.unicef.org/violencestudy/spanish/reports/Chapitre%2001%20%20intro.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. European report on preventing child maltreatment. 2013. [Fecha de acceso 20 sep 2016]. Disponible en www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf
5. Mesa-Gresa P, Moya-Albiol L. Neurobiología del maltrato infantil: el "ciclo de la violencia". Rev Neurol. 2011; 52:489-503.
6. Shalev I, Moffitt TE, Sugden K, Williams B, Houts RM, Danese A, *et al*. Exposure to violence during childhood is associated with telomere erosion from 5 to 10 years of age: a longitudinal study. Mol Psychiatry. 2013;18:576-81.
7. Fang X, Brown DS, Florence CS, Mercy JA. The economic burden of child maltreatment in the United States and implications for prevention. Child Abuse Negl. 2012 ;36:156-65.
8. Labbé J. Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. Child Abuse Negl. 2005;29:311-24.
9. Cantón J, Cortés MR. Malos tratos y abuso sexual infantil. Madrid: Siglo XXI de España Editores; 2007.
10. Grupo de atención al maltrato infantil de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Madrid: ERGON; 2015.

11. Hibbard R, Barlow J, Macmillan H. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; Child Maltreatment and Violence. Psychological maltreatment. Pediatrics 2012;130:372–8.

12. Delgado I, Barber I, Vázquez É. El papel del radiólogo ante el niño maltratado. Protocolo de imagen y diagnóstico diferencial. Radiología. 2016;58 Supl 2:S119-28.

13. Coria C, Canales L, Ávila P, Castillo P, Clemente A. Síndrome del Niño sacudido. Artículo de revisión. Rev Chil Pediatr. 2007;78:54-60.

14. Dubowitz H. Abordaje de la negligencia infantil: una función de los pediatras. En: Sirotnak A (ed.). Maltrato y abandono de menores: avances y retos en el siglo XXI. Clínicas Pediátricas de Norte América. Barcelona: Elsevier Masson; 2009;56.p.363-78.

15. Rodríguez-Almada H. Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil. Revisión y actualización. Cuad Med Forense. 2010;16:99-108.

16. Flaherty EG, MacMillan HL; Comittee on Child Abuse and Neglect. Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. Pediatrics. 2013;132:590-7.

17. Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Guía clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Hospital Universitario La Paz, Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Red.es. Madrid. 2015. [Fecha de acceso 5 oct 2016]. Disponible en www.chaval.es/chavales/sites/default/files/Guia_Ciberacoso_Profesionales_Salud_FBlanco.pdf

18. Atenciano B. Menores expuestos a violencia contra la pareja: notas para una práctica clínica basada en la evidencia. Clínica y Salud. 2009;20:261-72.

19. Save the Children. Yo a eso no juego. Bullying y Ciberbullying en la infancia. 2016. [Fecha de acceso 30 sep 2016]. Disponible en www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/yo_a_eso_no_juego.pdf

20. Principado de Asturias. Maltrato Infantil. Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias. 2006. [Fecha de acceso 30 sep 2016]. Disponible en http://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/4486/1/guia_maltrato_infantil.pdf