

Prevención de los trastornos de salud mental desde atención primaria

M.C. Fernández-Alonso, F. Buitrago-Ramírez, R. Ciurana-Misol, L. Chocrón-Bentata, J. García-Campayo, C. Montón-Franco y J. Tizón-García

Grupo de Trabajo de Prevención de los Trastornos de Salud Mental del PAPPS

En esta publicación de programas del PAPPS presentamos los dos últimos programas aprobados por el grupo: Prevención de los malos tratos a la infancia y Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria. Estos programas se añaden a los 15 existentes, ya publicados en anteriores ediciones de los suplementos de Atención Primaria dedicados a la actualización del PAPPS.

Los programas que se presentan están resumidos por las limitaciones de espacio y se encuentran en versión completa en la página de internet: <http://www.semefyc.es>, enlace PAPPS, o <http://www.papps.org/recomendaciones/menu.htm>

Prevención de los malos tratos en la infancia

M.C. Fernández-Alonso (coordinadora del grupo), S. Herrero-Velázquez, F. Buitrago-Ramírez, R. Ciurana-Misol, L. Chocrón-Bentata, J. García-Campayo, C. Montón-Franco y J.L. Tizón-García

Grupo de Salud Mental del PAPPS

Maltrato infantil

Concepto

Al hablar de maltrato o abuso en la infancia nos referimos a acciones u omisiones que van a interferir en el desarrollo integral del niño, que lesionan sus derechos como persona y que son infligidos generalmente por personas del medio familiar. El término malos tratos engloba diferentes formas de abuso o agresión: violencia física, maltrato emocional, abuso sexual, negligencia física y/o emocional, maltrato prenatal y maltrato institucional (tabla 1).

Magnitud del problema en España y en el mundo

Epidemiología. Situación en España

La incidencia real de los malos tratos es desconocida. Las características del problema hacen muy difícil conocer su extensión real. El hecho de que el maltrato se produzca en el seno de la familia hace que con frecuencia no sea fácil que se denuncie.

Diferentes autores creen que sólo se detecta entre el 10 y el 20% de los casos existentes de malos tratos en la infancia y se ha estimado que la tasa de incidencia de maltrato infantil en España podría estar entre el 5 y el 15 por mil de los niños menores de 18 años. Sin embargo, es dudosa la fiabilidad de estas estimaciones por los sesgos en los estudios publicados, por la variabilidad y a veces la ausencia de validación de las escalas o los instrumentos utilizados para la detección, y por las diferencias de criterio a la hora de definir el maltrato¹⁻⁴.

Estas estimaciones se han hecho a partir de estudios epidemiológicos realizados en nuestro país. En un estudio realizado en Cataluña⁵ (1988) se encontró que un 5 por mil de los niños de 0 a 16 años había sido víctima de malos tratos. En 2 estudios, uno realizado en Andalucía⁶ (1992) en niños de 0-15 años y otro realizado en Guipúzcoa⁷ (1989) se encontró una prevalencia de maltrato del 15 por mil.

Respecto a las formas de maltrato en nuestro medio, en primer lugar aparece la negligencia física (79%), seguida del maltrato emocional (42%), el maltrato físico (30%) y el abuso sexual (2-4%).

Llama la atención la menor incidencia en nuestro medio del maltrato físico y, sobre todo, del abuso sexual con respecto a la incidencia en Estados Unidos (un 49% de maltrato físico y un 21% de abuso sexual); este hecho podría responder a una menor incidencia real, pero también es posible que se deba a una menor detección en nuestro país, pues no parece estar en consonancia con los resultados del estudio retrospectivo realizado por López et al⁸ mediante entrevista a 2.100 adultos sobre la existencia de abusos sexuales en su infancia. El 22% de las mujeres y el 15% de los varones afirmaron haber sufrido abusos sexuales en su infancia.

Además de los estudios mencionados, hay otros indicadores que pueden aproximarnos al conocimiento del problema, como las intervenciones de los servicios de protección de menores⁹. A través de los expedientes abiertos por denuncias en los años 1991 y 1992 recogidas en los Servicios de Protección de Menores, se constató que algo más del 25% de los niños a quienes se abrió expediente por diferentes motivos eran víctimas de malos tratos, y que suponía una media anual del 0,44 por mil de la población in-

TABLA 1
Clasificación del maltrato infantil

Maltrato físico	Cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico (fracturas, quemaduras, hematomas, mordeduras, envenenamientos, etc.), o enfermedad en el niño o le ponga en riesgo de padecerlo
Abuso sexual	Cualquier clase de contacto con excitación sexual con un menor por parte de un adulto desde una posición de autoridad o poder sobre el niño: contactos sexuales, inducción a la pornografía o a la prostitución
Maltrato emocional	Cualquier conducta por parte de un adulto del grupo familiar que pueda dañar la competencia social, emocional o cognitiva del niño: falta de demostraciones de afecto, recriminaciones y desvalorizaciones constantes, ridiculización, amenazas, etc.
Negligencia o abandono	Abandono en los cuidados de la salud física y mental del niño: privación de alimentos, cuidados sanitarios, falta de higiene, falta de interés por el desarrollo emocional y educativo del niño
Maltrato prenatal	Conductas que suponen un riesgo para la embarazada y por tanto para el feto, infligidas por la propia mujer o por otras personas: consumo de alcohol o drogas
Maltrato institucional	Cualquier actuación procedente de los poderes públicos que vulnere los derechos básicos del menor: en las instituciones de enseñanza, guarderías, hospitales, instituciones judiciales, etc.
Trastorno facticio inducido (también llamado síndrome de Münchausen por poderes)	Es una forma de abuso infantil en la que uno de los padres induce en el niño síntomas reales o aparentes de una enfermedad

fantil. En el 2002 se incluyeron otros tipos de conductas maltratantes como delitos y faltas, lo que incrementa la prevalencia de maltrato a cifras de 0,61 y 0,66 por mil en los años 2002 y 2003, respectivamente. En relación con el lugar donde se detectaron los casos, llama la atención la escasa representación de los servicios sanitarios (6%). Los servicios sociales (56%), la policía (13%) y los familiares del menor (11%) fueron los que mayor participación tuvieron en la detección de malos tratos.

La incidencia y la prevalencia de maltrato en general es mayor en los niños, pero las niñas son víctimas de abusos sexuales con una frecuencia superior a la de los varones. El maltrato infantil es más frecuente en menores de 4 años sin problemas de salud. El maltrato en edades tempranas no suele denunciarse, y el adulto no suele reconocerse como maltratante; sin embargo, el maltrato infantil constituye una de las primeras causas de muerte en menores de 5 años en nuestro país, si excluimos el período neonatal¹⁰. Todos estos datos nos dan idea de la relevancia del problema en términos de extensión y gravedad.

Situación en el mundo

Estudios realizados en Europa¹¹ (Inglaterra y Gales) entre 1977-1986 por la NSPCC encuentran que el 12,5 por mil de los niños estudiados sufren maltrato.

El reciente Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud (OMS)¹² recoge cifras similares. Aproximadamente el 20% de las mujeres y el 5-10% de los varones han sufrido, durante la infancia, abusos sexuales.

Los datos en un buen número de países de América latina, países del norte y centro de África, la India, China, etc., son inexistentes o de poca fiabilidad, pero la realidad de la infancia en ellos hacen imaginar situaciones de maltrato en todas sus formas, verdaderamente alarmantes.

Consecuencias

Las lesiones intencionadas son la principal causa de morbilidad en menores de 1 año. Además de las lesiones físicas, los niños que han sido víctimas o testigos de malos tratos a menudo experimentan alteraciones en su desarrollo físico, social y emocional¹³.

En los primeros momentos del desarrollo se observan repercusiones negativas en las relaciones de apego y en la autoestima del niño. En la adolescencia se observa una mayor frecuencia de trastornos de relación social, conductas adictivas (alcohol y drogas), conductas antisociales, fugas del domicilio, bajo rendimiento escolar y actos violentos.

Otras consecuencias son sentimientos de culpa, aislamiento, síndrome de estrés postraumático, fobias sexuales, depresión y otros trastornos psicopatológicos.

El abuso sexual en los niños a menudo tiene repercusiones psicológicas graves. Los adolescentes que han sufrido abusos sexuales tienen mayor tendencia al abuso de sustancias como alcohol o drogas y también tienen una mayor incidencia de intentos de suicidio¹⁴⁻¹⁶.

Otras consecuencias del maltrato en la infancia son: a largo plazo tienen una mayor probabilidad de reproducir la violencia en sus relaciones de pareja, así como con sus propios hijos, por tolerancia hacia este tipo de conductas o por haber incorporado los patrones de víctima o agresor (violencia trasgeneracional)^{17,18}.

Factores de riesgo y vulnerabilidad en el niño^{3,19} (tabla 2)

Prevención de malos tratos

La atención tras el diagnóstico al niño maltratado resulta insuficiente para afrontar eficazmente este problema. Es necesario establecer también estrategias de prevención; la

TABLA 2
Factores de riesgo y vulnerabilidad para el maltrato infantil

	Personales	Familiares	Sociales
Maltrato o negligencia física	Deficiencias físicas o psíquicas Dependencia biológica y social Separación de la madre en el período neonatal Niño hiperactivo Prematuros Discapacitados	Familias monoparentales Embarazo no deseado Padres adolescentes Padre o madre no biológico Abuso de drogas o alcohol Historia de violencia en la familia Bajo control de impulsos Trastorno psiquiátrico en los padres Deficiencia mental Prostitución Separación en el período neonatal precoz Abandono por fallecimiento de uno de los cónyuges Antecedente de maltrato familiar	Soporte social bajo Nivel socioeconómico bajo Aislamiento social Hacinamiento Inmigración Desempleo
Maltrato o negligencia psicoafectiva	Dependencia biológica y social Separación de la madre en el período neonatal Niño hiperactivo Prematuros Discapacitados	Relaciones conyugales conflictivas. Desconocimiento de las necesidades psicoafectivas del niño. Enfermedad psiquiátrica de los padres. Expectativas irracionales respecto al desarrollo del niño Uso del castigo físico como una técnica de disciplina Antecedentes de maltrato familiar	Nivel socioeconómico medio o medio-alto Aislamiento social
Abuso sexual	Niñas	Padre dominante Madre pasiva Padres no naturales Alcoholismo y otras drogodependencias Pobre relación marital entre los padres Límites generacionales difusos Antecedente de abuso sexual en la familia de origen	

prevención primaria y la secundaria son las más adecuadas para afrontar el problema del maltrato.

Estrategias de prevención

Prevención primaria

Las intervenciones de prevención primaria son aquellas dirigidas a reducir la incidencia mediante la actuación precoz sobre los factores de riesgo o las situaciones de mayor vulnerabilidad, así como a través de actuaciones orientadas a promover los factores de protección frente al maltrato al menor. La actuación sobre los factores de riesgo con frecuencia hace necesaria la coordinación interinstitucional para el abordaje anticipatorio de estas situaciones de riesgo físico y psicosocial para el menor: programas de apoyo social a la familia, programas de capacitación para padres y de los niños y adolescentes, y mejora de sus habilidades de afrontamiento, programa de visitas domiciliarias de enfermería en el período neonatal en familias en situación de precariedad, en familias monoparentales y en padres adolescentes²⁰⁻²³. Aunque pocos estudios han podido demostrar la efectividad de este tipo de intervenciones, la visita

domiciliaria de la enfermería sí ha demostrado ser efectiva en la prevención de los malos tratos en los 2 primeros años de vida del niño²⁴⁻²⁶.

La prevención primaria debe basarse en la identificación de factores de riesgo²⁷⁻³⁰ realizando una búsqueda activa a través de la entrevista clínica, y en su control, así como en el fomento de los factores de protección.

Control de factores de riesgo y desarrollo de los factores de resistencia y protección

En el ámbito familiar e individual

1. En el ámbito la familia mediante:

- La prevención de embarazos no deseados
- La participación en programas de psicoprofilaxis obstétrica, promoviendo la aceptación de la maternidad y la capacitación para la crianza
- La capacitación de los padres para:
 - Mejorar el conocimiento de las necesidades psicofísicas del niño en las distintas etapas de su desarrollo.

- Mejorar el vínculo y la relación emocional con los hijos
- Mejorar la comunicación.
- Conocer las estrategias de afrontamiento frente a situaciones generadoras de estrés, como el cuidado y crianza de un niño con problemas.
- Conocer los recursos sociales y comunitarios de apoyo

- Aplicar los programas preventivos para mejorar las relaciones padres/hijos en situaciones de riesgo.
- Intervención en situaciones de maltrato a la mujer como estrategia de prevención del maltrato infantil.

2. En el niño: capacitación de niños y adolescentes para ser capaces de:

- Identificar situaciones de riesgo de agresión o acoso y enseñar cómo actuar y protegerse.
- Desarrollar empatía e interés social por los otros.
- Mejorar la capacidad para resolver problemas interpersonales
- Presencia de figuras de apoyo estables, con capacidad para dar afecto y normas claras de actuación.
- Guarderías asistidas y escolarización precoz en casos indicados (de negligencia).

En el ámbito institucional

El control de los factores de riesgo y el fomento de los factores de protección será responsabilidad de los gobiernos y sus instituciones, en aspectos como los siguientes:

- Desarrollo de programas de salud mental maternoinfantil.
- Mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.
- Atención a la pobreza y a las situaciones de marginalidad.
- Legislación que favorezca el respeto a la infancia y la eliminación del castigo físico.
- Desarrollo y fomento a través de los medios de comunicación y de políticas educativas de la cultura de la no violencia, el respeto y la igualdad.
- Fomento políticas de protección social a la infancia y a la familia.
- Programas de prevención de la violencia entre los niños en el ámbito escolar.
- Desarrollo de redes de apoyo social.

Es importante crear redes de apoyo social para estas familias y sus hijos:

- Experiencias de organizaciones como «Puntos de Encuentro» (organización cuyo objetivo es facilitar la relación padre-hijos en casos de familias separadas, disfuncionales, maltratadoras, con supervisión externa de un profesional y en un contexto neutral, distinto a las viviendas familiares), las Escuela de padres, los programas de mediación, los

centros maternoinfantiles etc., pueden constituir un valioso recurso.

En el ámbito de los profesionales sanitarios

Es imprescindible la sensibilización y la formación de los profesionales sanitarios. Quizá la actuación más factible por parte del médico en prevención primaria sea la identificación de factores de riesgo de maltrato y de situaciones de mayor vulnerabilidad del niño o la familia, y la intervención precoz para evitar que se produzca la situación de maltrato. Desarrollo de programas orientados a mejorar la capacitación y de las madres y los padres, prestarles apoyo y orientación, así como proporcionarles refuerzo positivo. En los casos de conocimiento de la existencia de maltrato hacia la mujer, si ésta tiene hijos menores se debe poner en conocimiento del pediatra, y siempre debe hacerse la valoración del niño y de las posibles repercusiones psicológicas por el hecho de ser testigo de la situación de violencia. Se debe explorar la posibilidad de que también sea víctima de maltrato.

Se debe atender, asimismo, a los problemas parentales, si los hubiere, como alcoholismo, uso de drogas y otros trastornos psicopatológicos graves.

La primera actuación que se debe llevar a cabo con los hijos en los casos de violencia en la pareja es valorar la situación de los hijos a través de la entrevista; ésta debe ser realizada por el profesional que mejor conozca y en quien tenga más confianza el niño (generalmente el pediatra). Las normas para la realización de la entrevista son:

- En la medida de lo posible crear una atmósfera de confianza y seguridad.
- Ayudar a verbalizar sus emociones: miedo, culpabilidad, cólera, tristeza ambivalencia.
- Decirle que él no es culpable de los problemas familiares.
- Evaluar el grado de aislamiento del niño y su red social.
- Enseñarles a poner en práctica mecanismos de autoprotección (identificar situación de riesgo de agresión, instruirle sobre cómo actuar, saber a qué teléfono tiene que llamar o a quién pedir ayuda y cuándo, etc.).
- Comprobar si el niño tiene comportamientos autodestructivos.
- Si hay sospecha de agresión al niño: actuar según el protocolo de maltrato infantil.
- Conocer antecedentes de consultas previas y consultar con los servicios sociales o de salud mental si fuera necesario.
- Siempre se debe informar al pediatra para su seguimiento en el programa del niño en situación de riesgo, determinando si precisa aumentar la frecuencia de las visitas de seguimiento o si se requiere la intervención de otros profesionales (psicólogos) o instituciones (equipos psicopedagógicos).
- A todo niño en situación de violencia en el contexto familiar se debe hacer un seguimiento en el programa de

atención al niño y estar alerta ante la posibilidad de una evolución inadecuada.

Prevención secundaria

El objetivo de la prevención secundaria es la detección del maltrato, el abuso o la negligencia en sus fases más tempranas para minimizar sus consecuencias a través de una intervención precoz.

La atención primaria se encuentra en un lugar privilegiado para la detección precoz, ya que el médico tiene un contacto periódico y frecuente con el niño a través del programa de control del niño sano, y por su conocimiento de la familia y su contexto; sin embargo, la detección del maltrato en los servicios de salud sigue siendo muy baja. Es necesaria una mayor conciencia de los profesionales sanitarios de la necesidad de su «búsqueda activa».

Se han probado numerosos instrumentos para valorar el riesgo de maltrato: cuestionarios, escalas, entrevistas estructuradas o semiestructurada; sin embargo, la validez de estos instrumentos no está aún suficientemente probada²⁰. Tanto la USPS Task Force como la CPS Task Force encuentran que no hay aún suficiente evidencia para recomendar el cribado poblacional sistemático para la detección de familias con riesgo de maltrato infantil^{31,32}.

Pero esto no significa que debamos permanecer impasibles ante el problema. Es necesario promover estudios que nos permitan conocer mejor la situación real del maltrato infantil en nuestro medio, así como evaluar intervenciones y probar su efectividad.

El profesional sanitario debe explorar signos de alerta, actitudes, señales o síntomas para los distintos tipos de violencia (tabla 3) en cualquier niño, pero especialmente en los que tiene factores de riesgo de maltrato^{33,34}.

El grupo de trabajo hace una llamada de atención hacia el problema que puede representar la detección no suficientemente comprobada, es decir, los falsos positivos. Los instrumentos más importantes de que dispone el médico para la detección son la entrevista clínica y la exploración física.

Prevención terciaria: actuación ante el diagnóstico del maltrato infantil

La intervención ante una situación de maltrato ha de ser siempre integral y multidisciplinaria. Por ello es necesaria una actuación en red que permita la actuación de los distintos profesionales e instituciones que van a tener competencias en el abordaje de este complejo problema.

TABLA 3
Signos y señales de alerta de maltrato infantil

Señales de alerta inespecíficas

- Incumplimiento de las visitas de control del niño
- Hiperfrecuentación por motivos banales
- Cambios frecuentes de médico
- Negación de informes de ingresos hospitalarios
- Falta de escolarización
- Agresividad física o verbal al corregir al niño
- Coacciones físicas o psicológicas
- Complot de silencio respecto a la vida y las relaciones familiares
- Relatos personales de los propios niños

Menores de 5 años	Preadolescentes	Adolescentes
– Retraso psicomotor – Apatía – Aislamiento – Miedo, inseguridad – Hospitalizaciones frecuentes – Enuresis y encopresis – Conductas de dependencia – Trastornos del sueño – Terrores nocturnos – Cambios de apetito – Ansiedad aguda en torno a las revisiones médicas – Hematomas en glúteos – Hematomas en zona genital – Quemaduras – Explicaciones contradictorias respecto a lesiones – Huellas de manos, correas, objetos punzantes	– Fracaso escolar – Problemas de conducta – Agresividad, sumisión – Hiperactividad o inhibición – Pobre autoestima – Trastornos del lenguaje y del aprendizaje – Ansiedad o depresión – Insomnio – Absentismo escolar – Fugas del domicilio – Pérdida o ganancia de peso repentina – Conocimiento sexuales inapropiados para su edad	– Trastornos psicossomáticos – Cambios de apetito – Depresión – Ideación suicida – Aislamiento social – Fugas del domicilio – Conductas maternalizadas – Promiscuidad sexual – Ansiedad – Consumo de alcohol/drogas

Actuación del médico

- Entrevista y exploración del niño víctima de maltrato.
- Valoración del riesgo del menor para determinar la urgencia de la intervención. Si hay riesgo inmediato: ingreso hospitalario del niño, previo informe a los padres de las razones del ingreso. Si no lo autorizan se debe realizar una denuncia ante las autoridades competentes.
- Valoración del estado psicológico y de la situación social.
- Valoración y tratamiento de las lesiones físicas, e inmunizaciones si procede. Prevención de las enfermedades de transmisión sexual y del embarazo en casos de abuso sexual en los que esta posibilidad exista.
- Realizar parte de lesiones para los servicios judiciales.
- Contactar con el trabajador social y elaborar el informe social y hacer la estimación de los recursos disponibles.
- Registrarlo en la historia clínica.
- Informar al Servicio de Protección a la Infancia y remitir el informe médico-social elaborado.
- Establecer un plan de seguimiento coordinado.
- Si no hay riesgo inmediato puede no ser necesario el ingreso, pero sí el resto de las actuaciones.
- Además se hará un especial seguimiento del niño y de la familia, facilitándole las ayudas psicoterapéuticas y sociales que precisen.

La atención del personal sanitario no solo está dirigida a la víctima, sino también a la persona maltratante, generalmente los padres.

La entrevista con el/los agresores³⁵ debe de ser privada, en un lugar tranquilo, sin prisas, en actitud serena y neutral, sin hacer juicios ni comentarios, evitando enfrentamientos. Se puede formular alguna pregunta facilitadora: ¿qué cree usted que está pasando? Explorar las dificultades para contenerse en determinadas situaciones. Escuchar a la persona, permitirle reconocerse culpable y expresar sus sentimientos. Informarle de la necesidad de ingreso del niño, si es que fuera necesario.

– Valoración de la actitud de los padres: despreocupación, retraso en la demanda de atención, proyección de la culpa en el niño o en otros, explicaciones incongruentes de cómo se produjo la lesión. Debemos valorar el estado psicológico, la historia y la personalidad de la persona maltratante: sus antecedentes, investigar la presencia de trastornos psiquiátricos, consumo de alcohol o drogas, enfermedades o discapacidades, etc., y ofrecer la ayuda profesional necesaria.

La colaboración con los padres, aunque sean los agresores, es especialmente necesaria en el caso del maltrato infantil, en una primera fase para recabar información para llegar al diagnóstico, pero también en una segunda fase, pues el objetivo va a ser intentar modificar una relación familiar disfuncional generadora de violencia, en unos casos desencadenada por situaciones familiares estresantes que superan las posibilidades de controlar sus

impulsos y, en otros casos mas graves y complejos, en los que la violencia ha pasado a ser el modo de comunicación habitual y, a veces, con carácter transgeneracional³⁶.

El medio escolar puede desempeñar un papel importante, tanto en la detección del maltrato como en el desarrollo de estrategias de intervención orientadas a la integración del menor, mejorando su red social (el aislamiento social es muy frecuente) y la protección, reforzando su autoestima y enseñando a expresar sus emociones, desarrollando escenarios de protección y modelos eficaces de relaciones no violentas, y no tolerancia de la violencia entre pares³⁷. En todo caso es necesario no perder la perspectiva de que el abordaje del maltrato al menor ha de ser necesariamente intersectorial e integrado, en el que deberán intervenir numerosos profesionales e instituciones: servicios sanitarios, policiales, educativos, judiciales, servicios de protección a la infancia y grupos de ayuda comunitarios.

La actual legislación española recoge los derechos del niño y las medidas de protección a la infancia en el artículo 39 de la Constitución Española, en la Convención de los derechos del niño ratificada en 1990 y en la Ley Orgánica de Protección a la infancia (1996). Las comunidades autónomas han promulgado decretos que establecen las normas fundamentales por las que se rigen estas administraciones en materia de ayuda a las familias y protección de menores.

Recomendaciones del PAPPS a los profesionales de atención primaria

- Incluir en el programa de seguimiento del embarazo la detección de signos de alerta o factores de riesgo en la familia de los futuros padres.
- Promover en los programas de psicoprofilaxis en el embarazo actividades de refuerzo y protección para los futuros padres (información anticipatoria de pautas y problemas frecuentes en el período de crianza y habilidades para su resolución).
- Promover las redes de apoyo: grupos de autoayuda de madres con la función de compartir experiencias, aprendizajes, darse seguridad, mejorar las relaciones sociales.
- Promover la visita en domicilio del recién nacido en riesgo psicosocial, por parte del médico, la matrona y/o la enfermera pediátrica, para una valoración «en el terreno» de la situación; actitudes de los padres, detección de señales de alerta, asunción de roles parentales, establecimiento del vínculo afectivo y cuidado de las primeras relaciones.

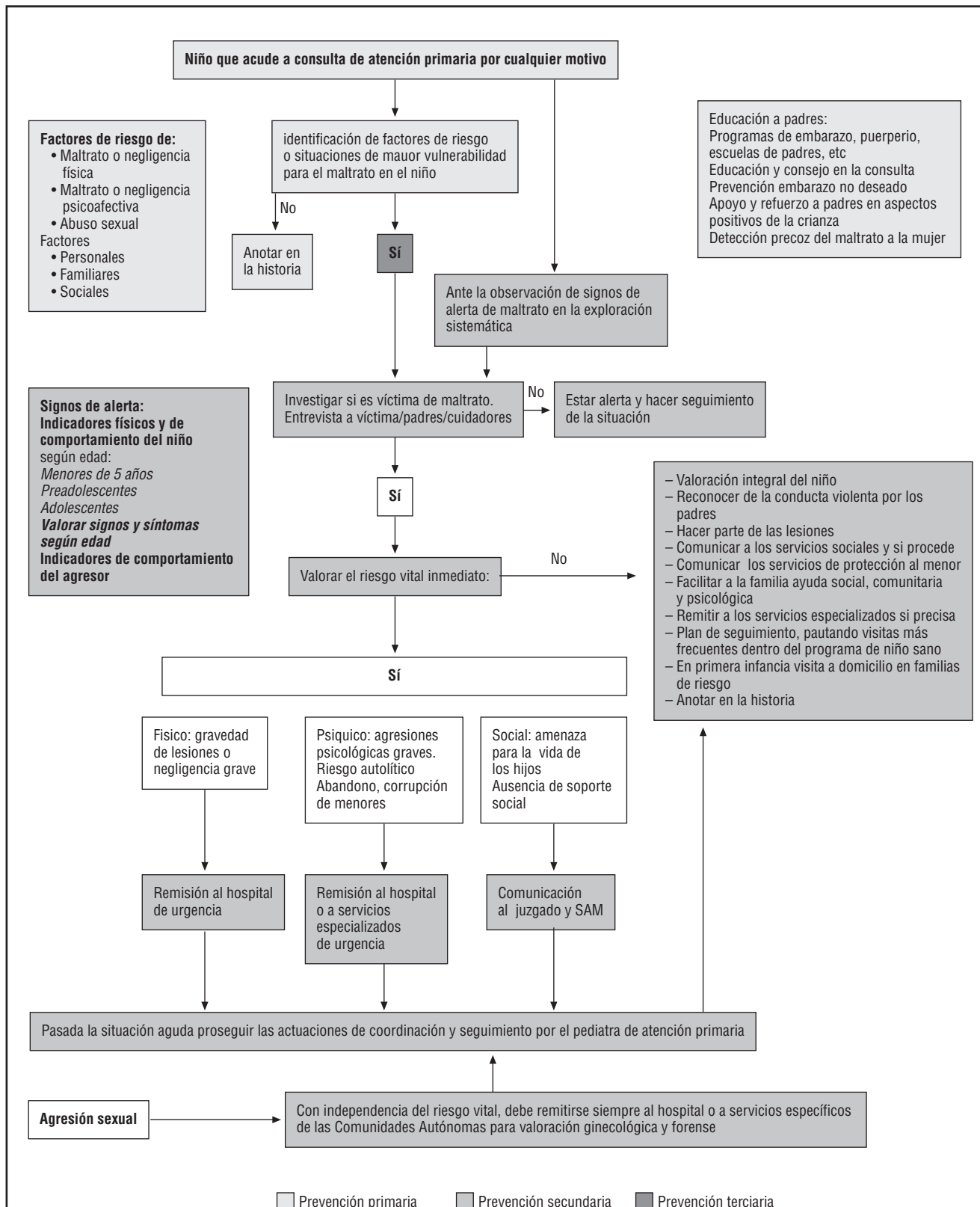


FIGURA
1

Algoritmo de actuación ante el maltrato infantil.

- Promover los programas de atención al puerperio.
- Promover programas de atención de atención maternoinfantil en familias de riesgo psicosocial.
- Las intervenciones recomendadas por el PAPPS en el Programa para la prevención en Salud Mental dirigido a la infancia y la adolescencia (atención al embarazo y al puerperio, embarazo en la adolescencia, hijos de familias monoparentales y antecedentes de enfermedad psiquiátrica en los padres) constituyen intervenciones de prevención primaria y secundaria del maltrato en la infancia, ya que inciden en la detección y el abordaje situaciones de riesgo psicosocial ligadas a conductas maltratantes
- Registro sanitario de casos de víctimas de maltrato.
- La intervención ante sospecha de maltrato requiere la coordinación de profesionales de distintos ámbitos (escuela, servicios sociales, salud, etc.).
- Al personal sanitario le compete la intervención en los casos detectados de maltrato y la elaboración del informe clínico preceptivo y de la declaración judicial cuando proceda.
- La actuación será diferente en función del riesgo estimado: el riesgo inmediato exige el ingreso hospitalario, la elaboración del informe clínico y la comunicación al juez o la Comisión de Tutela del Menor. Si el riesgo no es inmediato se comunicará a los servicios sociales de la zona y realizará un seguimiento periódico del niño maltratado.
- El resumen de las actuaciones del médico se presentan en el algoritmos de actuación en la figura 1.

Bibliografía

1. Díaz Huertas JA. Epidemiología. En: Casado Flores J, et al, editores. Niños maltratados. Madrid. Ed. Díaz de Santos; 1997. p. 15-26.
2. Palacios J, et al. Frecuencia de malos tratos en la infancia. En: Gómez de Terreros I, editor. Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil. Granada: Ed. Comares; 1995. p. 97-119.
3. Arruabarrena MI, De Paul J. Concepto de malos tratos en la infancia. En: Maltrato a los niños en la familia. Madrid: Ed. Pirámide; 1997. p. 19-40.
4. Gomez de Terreros I. Maltrato infantil. En Prandi F, coordinador. Pediatría práctica. Barcelona: Ed. Prodisa; 1997. p. 83-103.
5. Inglés i Prat A, et al. Els maltractaments infantils a Catalunya. Estudi global i balanç de la seva situació actual. Barcelona: Direcció General d'Atenció a la Infancia. Generalitat de Catalunya; 1991.
6. Jiménez J, Moreno MC, et al. El maltrato infantil en Andalucía. Dirección General de Atención al niño. Sevilla: Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Junta de Andalucía; 1995.
7. Paul J, Arruabarrena MI, et al. La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Guipúzcoa. Infancia y aprendizaje. 1995;75:49-58.
8. López F. Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1994.
9. Jiménez J, Oliva A, et al. Maltrato y protección a la infancia en España. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1996.
10. Maltrato Infantil en la familia. España. (1997/1998). Valencia: Centro Reina Sofía; 2002. Serie documentos 4.
11. Creighton S. The incidence of child abuse and neglect. En: Browne K, Davies C, Stratton P, editors. Early prediction and prevention of child abuse. New York: John Wiley and Sons; 1989. p. 31-41.
12. Krug EG, et al. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
13. AAFP Home Study Self Assessment. La violencia en la familia (ed. esp.) 1996. p. 13-23.
14. Riggs S, Alario AJ, McHorney. Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. J Pediatr. 1990;116:815-21.
15. Nagy S, Adcock AG, Nagy MC. A comparison of risky health behaviors of sexually active, sexually abused, and abstaining adolescents. Pediatrics. 1994;93:570-5.
16. Mullen EP, Roman-Clarkson SE, Walton VA, Herbison EP. Impact of sexual and physical abuse on women mental health. Lancet. 1988;842-5.
17. Ertem IO, Leventhal JM, Dobbs S. Intergenerational continuity of child physical abuse: how good is the evidence? Lancet. 2000;356:814-9.
18. Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes E, Chen H, Johnson JG. Intergenerational transmission of partner violence: a 20-year prospective study. J Consult Clin Psychol. 2003;71:741-53.
19. Gómez Terreros I. Etiopatogenia del maltrato infantil. En: Casado Flores J, editor. Niños maltratados. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 1997. p. 27-32.
20. Costa Cabanillas M, Morales JM. La prevención del maltrato infantil. En: Casado Flores J, editor. Niños maltratados. Madrid: Ed. Díaz de Santos; 1997. p. 325-36.
21. Fernández Villar A, Pedreira Massa JL. Los malos tratos a la infancia: Aproximación psicosocial. Psiquis. 1991;160:11-26.
22. Masson O. Contextos maltratantes en la infancia y coordinación interinstitucional. Rev AEN. 1987;17:531-56.
23. Gracia Fuster E. El rol del apoyo social en la prevención del maltrato infantil: programas de apoyo a la familia. Intervención Psicosocial. 1995;4:17-30.
24. Groupe d'étude Canadien sur l'examen médical périodique. Prévention primaire des mauvais traitements infligés aux enfants. Canada: Guide Canadien de Médecine clinique Préventive; 1994. p. 364-78.
25. Hahn RA, Bilukha OO, Crosby A, et al. First reports evaluating the effectiveness of strategies for preventing violence: early childhood home visitation. Findings from the Task Force on Community preventive Services. MMWR Recomm Rep. 2003;52(RR-14):1-9.
26. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, Kitzman H, Powers J, Cole R, et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. JAMA. 1997;278:637-43.
27. Bethea L. Primary prevention of child abuse. Am Fam Physician 1999 Mar 15;59(6):1577-85 y 1591-2
28. Morales B, De la Morena M.L. Actitud preventivo-terapéutica ante el maltrato infantil. Arch Pediatría. 1994;45:447-51.
29. Baño Rodrigo A. Pobreza y maltrato. Pediatría. 1991;11:34-9.
30. Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato infantil. Previnfas/PAPPS maltrato. Abril 2005. http://www.uv.es/previnfad/rec_maltrato.htm
31. Nygren P, Nelson H, Klein J. Screening children for family violence. A review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. Ann Fam Med. 2004;2:161-9.

32. MacMillan HL. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. CMAJ. 2000;163:1451-8.
33. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud. SEMFyC. Subprograma de prevención y promoción de la salud en la infancia y adolescencia: Malos tratos y negligencia en el niño. Barcelona: SEMFyC; 1999.
34. Gawinski B. La protección en la familia. El maltrato infantil en atención primaria. En: McDaniel S, Campbell T y Seaburn D, editores. Orientación familiar en atención primaria. Barcelona: Springer-Verlag Iberica; 1998. p. 331-45.
35. Fornés Vives J. El maltrato en la infancia: una reflexión psicopsicológica. Enf Científica. 1990;100-101:31-5.
36. Barody J. El dolor invisible de la infancia. Barcelona: Ed Paidós; 1998. p. 264-9.
37. Lesard G, Lampron Ch, Paradis F. Les stratégies d'intervention à privilégier auprès des enfants exposés à la violence conjugale. Québec: Ed. Institut National De Santé Publique Du Québec; 2003.

Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria

C. Montón-Franco, J. García-Campayo,
F. Buitrago-Ramírez, R. Ciurana-Misol, L. Chocrón-
Bentata, C. Fernández-Alonso y J. Tizón-García

Grupo de Salud Mental del PAPPS

Conscientes de la importancia que el médico de familia y el pediatra tienen en la identificación y la detección temprana de los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), tratamos de analizar el problema en su justa medida y elaborar unas recomendaciones de actuación oportunas para llevar a cabo desde el contexto de atención primaria.

Concepto y etiopatogenia

Las clasificaciones psiquiátricas CIE-10 y DSM-IV incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, y además, la categoría de trastorno de la conducta alimentaria no especificado (TCANE) para los TCA que no cumplen todos los criterios diagnósticos de TCA específico^{1,2}.

La *anorexia nerviosa* (AN) es la pérdida significativa de peso (índice de masa corporal [IMC] < 18) por evitación de alimentos que engordan y por uno o más de los síntomas siguientes: vómitos autoprovocados, purgas intestinales,

ejercicio excesivo, consumo de fármacos (diuréticos y/o anorexígenos). A esto hay que añadir *una distorsión de la imagen corporal*. También hay un trastorno endocrino caracterizado en la mujer por *amenorrea* y en el varón por una pérdida del interés y la potencia sexuales.

La *bulimia nerviosa* (BN) es una preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, presentando episodios recurrentes de ingesta voraz (atracones) seguidos por conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno, el vómito provocado, el abuso de laxantes, diuréticos u otros fármacos adelgazantes o el ejercicio excesivo.

Es fácil encontrar síndromes parciales, procesos que no cumplen todos los criterios de AN o BN, denominados TCANE y que constituyen la mayoría de los trastornos. Etiopatogénicamente son trastornos complejos, influidos por múltiples factores³: genéticos, biológicos, psicológicos, familiares y socioculturales.

Evidencia científica

Magnitud del problema

Epidemiología

La mayoría de los estudios epidemiológicos⁴⁻⁷ concluyen que alrededor de un 4% de la población femenina joven presenta algún tipo de trastorno de conducta alimentaria (tabla 1).

Las edades más afectadas están entre los 12 y 25 años y el grupo de mayor riesgo es el de 14 a 18 años. Sin embargo, cada vez es más frecuente que estos trastornos se inicien en la preadolescencia.

Afecta fundamentalmente a las mujeres, con una proporción varón/mujer de 1/9-10.

La importancia del problema no radica en la prevalencia, sino en las repercusiones que el trastorno puede llegar a tener.

Repercusiones

Los TCA tienen consecuencias importantes para la salud^{11,12}: desde el punto de vista orgánico, todas las alteraciones derivadas de la desnutrición (alteraciones hormonales, amenorrea, osteoporosis, fracturas, anemia, deshidratación, alteraciones electrolíticas, etc.) y, desde el punto de vista psicológico, la depresión, la ansiedad, la obsesividad, el aislamiento social y los problemas familiares, etc. Se ha comprobado que la mortalidad es mayor que en la mayoría de los trastornos psiquiátricos; en la AN fallece un 5-10%¹³.

TABLA 1
Estudios epidemiológicos de los trastornos de conducta alimentaria en España (datos de prevalencia en población adolescente)

	Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa	Trastornos conducta alimentaria no especificados
Madrid (Morandé et al ⁸)	0,69%	1,24%	2,76%
Navarra (Pérez Gaspar et al ⁹)	0,3%	0,8%	3,1%
Zaragoza (Ruiz Lázaro et al ^{14,15})	0,14%	0,55%	3,83%

TABLA 2
Población de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria**Población de riesgo:**

- Preadolescentes y adolescentes del sexo femenino.
- Bailarinas, gimnastas, modelos, atletas, etc. Cualquier práctica en que el aspecto físico esté especialmente valorado.
- Homosexualidad en varones
- Problemas médicos crónicos que afectan a la autoimagen: diabetes, obesidad.
- Antecedentes familiares de obesidad y trastornos de la conducta alimentaria
- Conflictividad familiar
- Acontecimientos vitales estresantes en los últimos años

TABLA 3
Síntomas y signos de alarma de anorexia o de bulimia**Anorexia nerviosa**

- Adelgazamiento
- Amenorrea
- Lanugo
- Actividades para adelgazar (ejercicio, dieta, etc.)
- Historia familiar de trastorno obsesivo compulsivo (TOC)
- Demanda de diuréticos y laxantes
- Vómitos (signo de Russell, petequias en la cara, hipertrofia salivales)

Bulimia

- Intentos fallidos de perder peso
- Historia familiar de depresión
- Vómitos (edemas cara, manos y pies, erosión en esmalte dental, hipertrofia de glándula parótida)
- Reflujo gastroesofágico
- Ejercicio obsesivo y excesivo
- Disforia (ansiedad, tristeza)

Eficacia de la intervención*Prevención primaria*

Hay opiniones dispares; algunos autores son partidarios de realizar programas de prevención primaria dirigidos a todas las mujeres adolescentes^{13,14}, mientras que otros consideran que esto podría resultar contraproducente.

Para que realmente sea efectiva la prevención primaria se debe conocer con exactitud la causa del trastorno y, en el caso de los TCA, la etiología es multifactorial, lo que complica las actuaciones preventivas primarias. Además, las actividades preventivas tienen mayor probabilidad de ser eficaces cuando no dependen de la modificación de la conducta de los individuos¹³.

Hay que tener en cuenta el enorme peso, reconocido por todos los autores, de la influencia del contexto sociocultural en los trastornos alimentarios. De ahí la importancia de persuadir a los medios de comunicación para que incluyan otros modelos corporales entre sus contenidos.

No obstante, sin que esté documentada la eficacia, parece haber consenso en el papel del médico de atención primaria para transmitir mensajes a la familia y al adolescente sobre pautas que indirectamente protejan de los TCA. La estrategia es la intervención dentro de un plan de educación global.

De igual forma, el profesional de atención primaria puede ser un pilar importante en la identificación de los grupos de riesgo y la modificación de las conductas precursoras del trastorno, particularmente el inicio de dietas restrictivas o el uso de laxantes^{14,15}.

Prevención secundaria

La mayoría de los autores consideran la detección precoz seguida del tratamiento como un importante factor de buen pronóstico en la evolución de los TCA. Cuanto más tiempo pasa entre el inicio del trastorno y el tratamiento, peor es el resultado en la evolución y el pronóstico¹⁶⁻²⁵. Esto hace imprescindible la intervención de los médicos de atención primaria.

Hay pocos estudios sobre la detección y el diagnóstico de los TCA en atención primaria. Se apunta una situación de infradiagnóstico.

Sin embargo, algunos estudios que evalúan la influencia de la intervención precoz como factor pronóstico no han sido considerados suficientemente válidos desde el punto de vista metodológico²⁶. A pesar de ello, hay un acuerdo unánime en focalizar la atención en la población de riesgo (tabla 2) y en la detección de síntomas y signos de alarma (tabla 3).

Para ayudar a realizar esta detección precoz se han desarrollado cuestionarios como el EAT-26²⁷ o el SCOFF²⁸. Antes de comenzar cualquier actuación debemos realizar un diagnóstico diferencial para descartar otras causas de desnutrición (neoplasias, diabetes, hipertiroidismo, enfermedad inflamatoria intestinal, enfermedad celíaca, depresión, ansiedad, psicosis, uso de drogas).

Recomendaciones para atención primaria

- Transmitir mensajes a la familia y al adolescente sobre pautas que indirectamente protejan de los TCA: alimentación saludable, realizar al menos alguna comida diaria con

la familia, favorecer la comunicación y fomentar la autoestima, evitar que las conversaciones familiares giren compulsivamente sobre la alimentación y la imagen, etc.

– Detección temprana orientada especialmente a la población de riesgo: es recomendable hacer una búsqueda activa de casos en la población más vulnerable y prestar atención a los síntomas y signos de alarma.

– Medición del peso y la talla: un IMC < 18 en adolescentes nos obliga a descartar la presencia de un cuadro de AN; esto no sucede tanto en la BN, ya que el IMC puede ser normal o incluso puede haber sobrepeso.

– Entrevista: a) debemos de tratar de entrevistar *al paciente solo*, intentando crear un clima de confianza y respeto; b) aprovechar cualquier oportunidad para detectar hábitos de riesgo o trastornos ya establecidos, y c) en las niñas o adolescentes del sexo femenino debemos interrogar sobre la edad de la menarquia, la fecha de la última regla y los ciclos menstruales. En muchos casos el motivo de consulta es la amenorrea, y es el único signo objetivable.

– Exploraciones complementarias: es interesante realizar una analítica básica con hemograma, bioquímica, proteínas, hierro, hormonas tiroideas, TSH e iones, así como un electrocardiograma. El resultado normal en las determinaciones analíticas básicas no excluye el diagnóstico.

Los pacientes con AN o BN severa pueden tener alteraciones analíticas importantes, así como signos evidentes en la exploración física, pero esto no es así en los estadios iniciales, que es donde debemos identificarlos.

¿Qué hacer desde atención primaria si se detecta un trastorno de la conducta alimentaria?

– El profesional debe demostrar al paciente interés por ayudarle y debe transmitir que se está ante una situación potencialmente muy grave y que precisa tratamiento.

– Cuando se detecte un TCA bien delimitado —AN o BN— debemos remitir al paciente a la unidad de salud mental de referencia. Si se trata de un TCANE hay que mantener una vigilancia discreta.

– Si se identifican criterios de gravedad se debe remitir de forma urgente al centro hospitalario de referencia.

– El objetivo primordial del tratamiento es la normalización y la regulación de la ingesta alimentaria y la corrección del estado de desnutrición²⁹.

– Desde la atención primaria es imprescindible intentar mantener una buena relación con la familia.

Recomendación PAPPS

- Detección temprana orientada especialmente a población de riesgo.
- Es recomendable hacer una búsqueda activa de casos en la población más vulnerable y prestar atención a los síntomas y signos de alarma.

Bibliografía

1. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Barcelona: Mason; 2002.
2. CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Panamericana. Madrid; 2000.
3. Trastorns del comportament alimentari. Guia per a l'atenció primària de salut. Barcelona: Calsalut; 2003.
4. Lucas AR, Beard CM, O'Falon W, Kurland LT. 50 years trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn: a population-based study. *Am J Psychiatr*. 1991;148:917-22.
5. Hsu LK. Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatr Clin North Am*. 1996;19:681-700.
6. Hsu LK. Eating disorders. New York: Guilford; 1990.
7. Toro J. Trastornos de la conducta alimentaria. En: Planificación terapéutica de los trastornos psiquiátricos del niño y del adolescente. Madrid: Ministerio de Sanidad. 2000.
8. Morandé G, Casas J. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Anorexia nerviosa, bulimia y cuadros afines. *Pediatr Integral*. 1997;2:243-60.
9. Pérez Gaspar M, Gual P, De Irala Estévez J, Martínez González MA, Lahortiga F, Cervera S. Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en las adolescentes navarras. *Med Clin (Barc)*. 2000;114:481-162.
10. Ruiz PM, Alonso JP, Velilla JM, Lobo A, Martín A, Paumard C, et al. Estudio de prevalencia de los trastornos de conducta alimentaria en adolescentes de Zaragoza. *Rev Psiquiatría Infanto-Juvenil*. 1998;3:148-62.
11. Toro J, Farré C. Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia nerviosa. Programa de formación continuada en pediatría Práctica. Barcelona: Prandi. 2000.
12. De la Serna I. Comer no es un placer. Madrid: Litofinter; 1998.
13. Ruiz Lázaro P. Guía práctica de prevención de los trastornos de la conducta alimentaria. Zaragoza: Grupo Zarima; 1998.
14. Ruiz Lázaro PJ. Prevención primaria de los trastornos de conducta alimentaria en la adolescencia: papel del profesional de atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;27:428-31.
15. Ruiz Lázaro PJ. Prevención de los factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: un reto para la atención primaria. *Aten Primaria*. 2003;32:408-9.
16. Martínez A, Menéndez D, Sánchez MJ, Seoane M, Suárez P. Conductas anoréxicas en la población de estudiantes de secundaria en una área sanitaria. *Aten Primaria*. 2000;25:313-9.
17. Moraleda S, Gonzáles N, Casado JM, Carmona de la Morena J, Gómez R. Trastornos del comportamiento alimentario en una población de estudiantes de enseñanza media. *Aten Primaria*. 2001;28:463-7.
18. Casado I. Tratando (con) adolescentes. *Aten Primaria*. 2000;26:137-8.
19. Protocolo de atención a pacientes con trastornos del comportamiento alimentario dirigido a médicos de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
20. Walsh JM, Weat ME, Freund K. Detection, evaluation and treatment of eating disorders the role of the primary care physician. *J Gen Intern Med*. 2000;15:577-90.
21. Powers PS, Santana CA. Eating disorders: a guide for the primary care physician. *Prim Care*. 2002;29:81-9.
22. Mehler PS. Diagnosis and care of patients with anorexia nervosa in primary care settings. *Ann Intern Med*. 2001;134:1048-459.
23. Batal H, Johnson M, Lehman D, Steele A, Mehler PS. Bulimia, a primary care approach. *J Womens Health* 1998;7:211-20.
24. Velilla JM, Ruiz P, Labia M, Membrado J, Moros M. Trastornos de la conducta alimentaria. Actitud del pediatra. Bases para su

- diagnóstico temprano. Necesidad de colaboración institucional. Boletín de la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria. 2001;31:67-82.
25. Guidelines for adolescent Preventive Services (GAPS). Recommendations Monograph. AMA's program on child and adolescent health. Baltimore: Williams Wilkins;1994.
26. Schoemaker C. Does early intervention improve the prognosis in anorexia nervosa? A systematic review of the Treatment-outcome literature. *Int J Eating Disord*. 1997;1:1-15.
27. Guimera E, Torrubia R. Adaptación española del Eating Disorders Inventory (EDI) en una muestra de pacientes anoréxicas. *An Psiquiatría*. 1987;3:185-90.
28. García Campayo J, Sanz C, Lou S, Ibáñez JA, Alda M. Validation of the Spanish version of the questionnaire for the detection of eating disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*. 2005;59:51-5.
29. Toro J. Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. Formación médica continuada. 1995;2:20-36.
- Nota:** La versión completa del programa de salud mental se encuentra disponible en la web: <http://www.papps.org/recomendaciones/2003/saludmental.pdf> o en <http://www.semfyc.es>, y conectar con papps