

Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



GRUPOS DE EXPERTOS DEL PAPPS

Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria

Francisco Buitrago Ramírez (Coordinador del Grupo), Ramón Ciurana Misol, Levy Chocrón Bentata, María del Carmen Fernández Alonso, Javier García Campayo, Carmen Montón Franco, Jorge Luis Tizón García y Sonia Herrero Velázquez (colaboradora)

Grupo de Salud Mental del PAPPS

Introducción

Los trastornos mentales constituyen una causa importante de morbilidad. Se estima que el 25% de las personas padece uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. Los trastornos mentales y neurológicos suponen el 14% de la carga de enfermedad a nivel mundial y, cuando se toma en cuenta el componente de discapacidad, representan el 25,3 y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y medios, respectivamente^{1,2}. Además, los pacientes con problemas mentales graves suelen tener una mayor prevalencia de diferentes factores de riesgo cardiovascular y una mayor agregación de enfermedades crónicas. La depresión es el trastorno mental que más afecta a la población mundial, con más de 350 millones, y alrededor de 1 millón de personas se quitan la vida cada año en el mundo; el suicidio fue la principal causa externa de mortalidad en nuestro país en 2012. Sin embargo, un 60-65% de las personas enfermas no recibe atención, aunque hay tratamientos eficaces para dichos procesos². Y ello, a pesar de que cada vez hay más datos sobre la eficacia y coste-efectividad de las intervenciones encaminadas a promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales de forma eficaz, eficiente y segura en todas las etapas vitales, y especialmente en la primera infancia, la edad escolar y la adolescencia, y en la mujer durante el embarazo, parto y puerperio^{3,4}.

Por otro lado continuamos asistiendo, en la actualidad, a 2 situaciones que pudieran parecer paradójicas: el *infratratamiento de los trastornos mentales graves* (a pesar de la

referida disponibilidad de tratamientos eficaces) y la *medicalización y psiquiatrización de la vida cotidiana*, con cada día más personas que no son capaces de afrontar eficazmente situaciones estresantes cotidianas (problemas relacionales, duelos, fracasos, rupturas, reveses o contrariedades) sin recurrir a tratamientos farmacológicos. En este contexto, las posibles estrategias para mejorar la salud mental de las personas y prevenir sus trastornos serían: *a)* promoción de la salud mental y la prevención primaria de sus trastornos; *b)* detección e intervención precoces del trastorno mental grave (tan cerca de la comunidad y del entorno afectivo y familiar del paciente como sea posible), y *c)* atención integral y continuada de los pacientes (asegurando la continuidad de los cuidados y la integración de servicios, orientándolos a la promoción de la autonomía personal y a la reinserción relacional, social y laboral).

Existe la idea, ampliamente compartida pero injustificada por errónea, de que todas estas actuaciones de salud mental son sofisticadas y que solamente podrían ser ofertadas por personal altamente especializado, a pesar de que investigaciones recientes confirman la factibilidad de ofrecer intervenciones farmacológicas y psicológicas en el nivel de atención sanitaria no especializada². Lo que se requiere, en expresión de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el trabajo sensible de personal debidamente formado en el uso de fármacos relativamente baratos y en habilidades de soporte psicológico en el ámbito extrahospitalario.

La atención primaria de salud (APS) es un ámbito idóneo para el abordaje preventivo de los conflictos psicosociales

los trastornos mentales por 3 razones. La primera, porque probablemente sea, junto con la escuela, el dispositivo social con el que contactan mayor número de ciudadanos a lo largo del año y de la vida de cada uno de ellos. En segundo lugar, porque múltiples investigaciones apuntan a que los pacientes con trastornos mentales o conflictos psicosociales crónicos suelen consultar de forma repetida con los diversos dispositivos de APS. Y en tercer lugar, porque a nivel pragmático y sanitario los trastornos emocionales que no se detectan precozmente por los médicos de familia tienen una peor evolución. De ahí la importancia de una perspectiva biopsicosocial real, desde una aproximación de la atención sanitaria centrada en el consultante, en tanto que miembro de la comunidad, es decir, desde una perspectiva en la cual lo “psicológico” y lo “emocional” no resulten “apeados” del modelo teórico o práctico, sino integrados en una visión holística del ser humano-consultante y comprendiendo que esa interpretación no es un adorno “humanístico” y sensible, sino un componente tecnológico, además de humano, indispensable para una aproximación asistencial de calidad.

El Grupo de Trabajo del PAPPS para la Promoción de la Salud Mental y la Prevención de sus Trastornos considera, desde su constitución, que los profesionales de la APS, no solo los médicos sino también los enfermeros y los trabajadores sociales, pueden jugar un papel relevante tanto en la prevención de los trastornos mentales y en la promoción de

la salud mental como en el tratamiento y seguimiento de estos pacientes en los ámbitos familiar y comunitario, facilitando la continuidad de los cuidados y evitando la perpetuación futura de trastornos psicosociales graves y a veces irreparables. Además, la accesibilidad, el conocimiento de la familia y del contexto que aportan los profesionales de AP facilitan la coordinación con los dispositivos especializados y los servicios sociales, tan importante en este tipo de pacientes.

Los subprogramas incluidos en la actualidad en el Programa de Promoción de la Salud Mental y de la Prevención de sus Trastornos se muestran en la tabla 1. En los programas propuestos se incluyen recomendaciones para los usuarios y sus familiares y, en ocasiones, también para la administración sanitaria. Las recomendaciones se basan en revisiones de los estudios sobre la efectividad de distintas intervenciones y en recomendaciones emitidas por organizaciones nacionales e internacionales que trabajan en prevención. En la tabla 2 se muestran los materiales docentes y divulgativos elaborados hasta la fecha por el Grupo.

A continuación se presentan resumidas las recomendaciones de los 2 nuevos subprogramas elaborados (Prevención del Acoso Laboral y Prevención del Acoso Escolar) y de los 4 subprogramas (Prevención de la Violencia a la Mujer en la pareja, Prevención del Maltrato en el Anciano, Prevención del Maltrato Infantil y Prevención de Psicopatología en Hijos de Familias Monoparentales), actualizados para esta revisión y que, a texto completo, junto con el resto de materiales, estarán disponibles en la página *web* de la semFYC y del PAPPS.

Tabla 1 Programa de Promoción de la Salud Mental y de la Prevención de sus Trastornos del PAPPS

Infancia-adolescencia

- Atención de la mujer y el niño durante el embarazo y el puerperio
- Embarazo en la adolescencia
- Hijos de familias monoparentales^a
- Retraso escolar
- Trastorno en el desarrollo del lenguaje
- Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres^b
- Maltrato infantil^a
- Trastornos del comportamiento alimentario
- Acoso escolar^c

Adultos-ancianos

- Pérdida de funciones psicofísicas importantes^b
- Atención del paciente terminal y de su familia^b
- Pérdida de un familiar o allegado^b
- Jubilación
- Cambio frecuente de domicilio en el anciano
- Violencia en la pareja^a
- Malos tratos a los ancianos^a
- Acoso laboral^c

Común a ambos grupos

- Diagnóstico precoz de la depresión y de los trastornos por ansiedad
- Prevención del suicidio

^aProgramas revisados y actualizados en 2014.

^bProgramas que fueron inicialmente priorizados.

^cNuevos programas incorporados.

Maltrato en la infancia y la adolescencia por compañeros en el ámbito escolar: el acoso escolar (*bullying*)

Se entiende por *acoso escolar* las conductas de intimidación, hostigamiento y acoso físico o psicológico ejercidas de forma intencional, organizada y sistemática por un escolar o un grupo (acosador) contra otro (víctima). A diferencia de una relación conflictiva entre compañeros, en el acoso, la relación entre víctima y acosador es asimétrica y las conductas de hostigamiento son continuadas. La existencia de acoso escolar precisa del cumplimiento de estas 3 condiciones:

- El objetivo de los ataques o intimidaciones (verbales, físicas o psicológicas) es provocar temor, dolor y/o daño en la víctima.
- Existencia de una situación de abuso de poder, del más fuerte hacia el más débil.
- Ausencia de reacción por parte de la víctima, paralizada por el miedo o la incapacidad de afrontar la situación.

El acoso escolar entre compañeros (*bullying* en el ámbito anglosajón) no es un fenómeno nuevo. Las graves consecuencias psicológicas y sociales que tiene, tanto para las víctimas como para otros miembros de la comunidad escolar (agresores, testigos, profesorado y padres), ha determinado que hoy se considere un problema de salud pública. Por eso, considerarlo algo “normal” entre escolares por parte de profesores o padres, no intervenir alegando que “estas cosas se resuelven mejor entre ellos”, o decirles que deben acostumbrarse a resolver sus conflictos significa la acepta-

Tabla 2 Relación de publicaciones, recomendaciones y guías elaboradas por el Grupo de Trabajo para la Promoción de la Salud Mental y Prevención de Trastornos Mentales desde la Atención Primaria de Salud del PAPPS*Publicaciones* (disponibles en <http://www.papps.org>)

- Guía de Salud Mental en Atención Primaria. Barcelona: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC, 2001) (Revisada en 2008)
- Guía de Prevención de los trastornos de la Salud Mental (en inglés). Programme of Mental Health Prevention in Primary Care. PAPPS Mental Health Working Group. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona: semFYC; 2008
- Fichas-resumen de los diferentes subprogramas incluidos en el Programa. Barcelona: semFYC; 2008
- Recomendaciones para la Promoción de la Salud Mental (Documento para los usuarios de los servicios de Salud)
- Presentación en Power Point del Programa completo

Publicaciones en la revista ATENCIÓN PRIMARIA

- Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria*. 2001;28 Supl 2:6-160 (documento inicial extenso del Grupo de Trabajo con los diferentes subprogramas y recomendaciones)
- Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria. Violencia doméstica-violencia en la pareja. Maltrato a los ancianos. *Aten Primaria* 2003;32 Supl 2:77-101 (documento actualizado con inclusión de 2 nuevos subprogramas)
- Prevención de los trastornos de salud mental desde la atención primaria. Prevención de los malos tratos en la infancia. Detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria. *Aten Primaria*. 2005;36 Supl 2:85-96 (documento actualizado con inclusión de estos 2 nuevos subprogramas)
- Programa de prevención en salud mental en atención primaria. *Aten Primaria*. 2007;39 Supl 3:88-108 (documento de actualización que incluye unas fichas resumen de todos los subprogramas incluidos hasta esa fecha en el Programa)
- Prevención de los trastornos de la salud mental. *Aten Primaria*. 2009. Disponible en: <http://www.papps.org> (documento actualizado con inclusión de un resumen general del Programa y un listado de las publicaciones y recursos electrónicos elaborados por el Grupo de Trabajo)
- Prevención de los trastornos de la salud mental. *Aten Primaria*. 2012;4 Supl 1:52-6 (documento sintético de la situación y publicaciones relativas a la implementación del Programa)
- Recomendaciones para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria, 2014. Incluye la actualización de 4 subprogramas y la inclusión de 2 nuevos (prevención del acoso escolar y laboral) (tabla 1) que estarán disponibles a texto completo en: <http://www.papps.org>

Publicaciones (libros, capítulos)

- Temas (varios) de salud mental. En: Manual de Prevención en Atención Primaria. Disponible en: <http://www.papps.org>
- Violencia doméstica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2003
- Libro de casos. Promoción de la salud mental desde la atención primaria. Barcelona: Herder; 2011

ción de conductas de abuso y la percepción, por parte de la víctima, de culpabilidad o de incompetencia social o de injusticia y, por parte del agresor, del aprendizaje e interiorización de que las conductas delictivas son aceptables para resolver conflictos y obtener beneficios.

Se desconoce su magnitud, pero se sabe que su frecuencia es alta, con prevalencias que oscilan entre el 6,3 y el 41,4% en diferentes países. En España, un informe del Defensor del Pueblo en 2006 en estudiantes de secundaria señala que la agresión verbal es la más frecuente (27-32%), seguida por la exclusión social y la agresión física⁵. En estudios europeos, el porcentaje de víctimas escolares es del 11,5% y el de agresores del 5,9%. Las cifras en España son algo superiores, con un 14,5% de víctimas y un 7,6% de agresores⁶.

Hay distintos tipos de acoso o maltrato escolar entre compañeros:

1. **Maltrato físico.** Lesiones producidas por el uso de la fuerza (golpear, asaltar, retener en contra de su voluntad).
2. **Maltrato psicológico.** Conductas que tienen como objetivo dañar la imagen frente al grupo, intimidar o excluir socialmente. Son expresiones de maltrato psicológico:

- Agresión verbal: insultar, descalificar, ridiculizar su aspecto, humillar públicamente, difundir rumores injuriosos, hacer burlas, poner mote insultantes.
 - Exclusión social: ignorar, no dejar participar y los actos tendentes a causar la exclusión y el aislamiento del grupo de clase o de amigos.
 - Amenazar: verbal o instrumentalmente, con objeto de producir miedo, inseguridad, obligar a hacer cosas mediante el chantaje.
 - Romper, esconder o robar las pertenencias de la víctima.
 - Ciberacoso: acoso a través de las nuevas tecnologías de la información y comunicación: mandar mensajes insultantes, fotografías, acosar a través de chats, de la red o del teléfono. El anonimato del agresor y la amplificación de sus efectos al enviar los mensajes a un elevado número de personas hacen de esta nueva forma de acoso quizás la potencialmente más peligrosa, así como la de más difícil intervención^{7,8}.
3. **Acoso sexual entre compañeros.** Acosar sexualmente mediante actos o comentarios.

Tabla 3 Recomendaciones específicas a los profesionales sanitarios frente al acoso escolar*Prevención primaria*

- Como ciudadanos. Implicarse en fomentar en las relaciones interpersonales el respeto, la igualdad, la tolerancia y la no violencia en el seno de la familia, la escuela y la sociedad
- En la actividad profesional diaria
 - Identificar factores de riesgo de conducta antisocial (tabla 4)
 - Identificar a las personas en riesgo de sufrirlo o provocarlo

Prevención secundaria

- Estar alerta ante signos y señales de acoso escolar (tabla 5)
- Explorar esta posibilidad a través de la entrevista clínica

Prevención terciaria

- Hacerle sentir que no es culpable de la violencia sufrida
- Expresarle claramente que nunca está justificada la violencia
- Permitirle expresar sus sentimientos, emociones y la atribución que hace del problema
- Explorar sus estrategias de afrontamiento
- Explorar su estado psicológico
- Valorar su red social de apoyo
- Si el profesional sanitario fuese la primera persona en conocer o sospechar una situación de acoso debe comunicarlo a los padres y directamente o a través de ellos al centro escolar
- Valorar la necesidad de atención psicológica especializada
- En algún caso puede ser necesario contactar con los servicios de protección a la infancia

Consecuencias

El acoso escolar puede afectar de forma importante al desarrollo de la personalidad de los niños y a su comportamiento social, transformándolos en niños inseguros, con una imagen negativa de sí mismos y con mayores posibilidades de padecer problemas psicológicos, conductuales, físicos y sociales, problemas que incluso pudieran persistir en la edad adulta.

Intervenciones ante situaciones de acoso escolar

Sin duda, el papel fundamental en el abordaje del acoso escolar lo tiene la comunidad escolar, integrada por alumnos, profesores y padres, tanto en la prevención y en la detección precoz como en la intervención con víctimas, agresores y testigos. Casi siempre será necesaria la intervención de los equipos psicopedagógicos de los centros y, a veces, puede ser de ayuda la intervención de los profesionales sanitarios.

Recomendaciones específicas a médicos y profesionales sanitarios

Los profesionales de la salud, fundamentalmente pediatras, médicos de familia y enfermeras de AP, mantienen una relación estrecha y frecuente con los niños y sus padres a lo largo de toda la infancia a través de los programas de seguimiento del niño sano y consultas por diferentes patologías. Estas posibilidades de contacto constituyen una oportunidad para la detección precoz de situaciones de acoso escolar, además del conocimiento que tiene el profesional sanitario del contexto sociofamiliar del niño y de la evolución de su desarrollo, lo que también le facilita detectar cambios o desviaciones en la evolución esperada. Las principales recomendaciones a los profesionales sanitarios se presentan en la tabla 3.

Tabla 4 Factores de riesgo de conducta antisocial*Estilos parentales*

- Estilo educativo ineficaz
- Baja supervisión
- Baja estimulación cognitiva

Factores individuales

- Pobres destrezas en el manejo de conflictos
- Bajas habilidades sociales
- Déficit de atención
- Dificultades de aprendizaje

Factores contextuales y familiares

- Baja estimulación cognitiva
- Pobreza
- Precariedad social
- Padres que abusan de sustancias
- Crisis vitales, estresores, conflictos familiares

Factores escolares y del grupo de iguales

- Respuestas ineficaces del profesorado
- Conductas agresivas en clase
- Rechazo de los iguales
- Asociación con iguales desviados

Tabla 5 Signos y señales de alerta de acoso escolar

- Rechazo a asistir a la escuela: absentismo
- Fracaso escolar o disminución en el rendimiento escolar
- Trastornos por somatización. El rechazo escolar a veces se traduce en síntomas físicos, por lo que los padres llevan al hijo a la consulta: vómitos matutinos, abdominalgias, cefaleas, mareos
- Trastornos de la esfera psicológica
 - Inhibición
 - Ansiedad, crisis de ansiedad, trastornos de estrés postraumático, fobias, insomnio
 - Baja autoestima, pérdida de confianza en sí mismo, percepción de incompetencia, tristeza, cambios de humor, depresión
 - Agresividad
 - Dependencia
 - Comportamientos no habituales
- Trastornos de la esfera social
 - Aislamiento, negativa habitual a salidas grupales
 - Dificultad para establecer relaciones
 - Desajustes en su grupo de iguales
 - Timidez extrema y selectiva
- Signos externos sugestivos de agresión, con explicaciones poco coherentes

El acoso psicológico en el trabajo (*mobbing*)

El acoso laboral (*mobbing* en el ámbito anglosajón) define situaciones de agresión psicológica hacia una persona en el ámbito laboral, con el objetivo de conseguir su desgaste y destrucción psicológica hasta el sometimiento o la exclusión de su puesto de trabajo. Es un tipo de agresión perversa, premeditada, sutil y continuada en el tiempo y que tiene consecuencias graves sobre la salud física y mental de las víctimas.

Los estudios Cisneros indican que alrededor del 12% de la población trabajadora (el 33% de las enfermeras, el 22,5% de empleados de la administración pública y el 7% del sector de la enseñanza) confiesa vivir conductas de acoso⁹. Otro informe más reciente en nuestro país sugiere que el 14% de los trabajadores ha sufrido conductas de acoso en los últimos 6 meses (el 5,8% de forma frecuente y el 8,2% ocasionalmente)¹⁰. En cuanto al sexo, en la mayoría de los estudios, el acoso laboral es más frecuente en las mujeres.

Los tipos de conducta de acoso laboral son múltiples (tabla 6).

Consecuencias

El acoso laboral afecta negativamente a la salud de quien lo padece, con importantes repercusiones en las esferas psicológica, física, sociofamiliar y laboral, como las señaladas a continuación.

- Psicológicas: baja autoestima, inseguridad, culpabilidad, sentimiento de fracaso, frustración, impotencia, miedo, ansiedad, síndrome de estrés postraumático, crisis de ansiedad generalizada, trastornos del sueño, alteraciones

cognitivas (concentración, atención), conductas sustitutivas: adicciones (alcohol, tabaco o psicofármacos), somatizaciones, fobias, indefensión, entrega pasiva, depresión y mayor frecuencia de suicidios.

- Físicas: dolores torácicos, problemas gastrointestinales, cefaleas, astenia, etc.
- Sociofamiliares: repercusión negativa en las relaciones familiares, irritabilidad, agresividad, desinterés en las obligaciones familiares, con los hijos, deterioro de las relaciones de pareja (afectividad, sexualidad, rupturas), repercusión en la salud de la familia (hijos, esposa/o) y aislamiento social.
- Laborales: absentismo, mayor coste sanitario a las empresas por disminución de rendimiento, aumento del gasto económico por bajas laborales, demandas judiciales, jubilaciones anticipadas, etc.

Factores de riesgo y vulnerabilidad

Cualquier persona puede ser víctima de acoso laboral, pero algunos rasgos de personalidad son más frecuentes en ellas. Así, los trabajadores más competentes, con iniciativa, más honrados y apreciados por su trabajo tienen mayor riesgo de sufrir acoso, porque son vividos como amenaza por el agresor, ya sea un igual que ve amenazada sus ansias de ascenso o incluso un superior, que puede vivir con recelo el reconocimiento o prestigio de una persona en un puesto inferior en la escala jerárquica. También es más frecuente en personas menores de 30 años y trabajos no fijos en la empresa, y en trabajadores de alta cualificación profesional en la última década de su vida laboral, sobre todo si han rechazado despidos incentivados o prejubilaciones y están desempeñando puestos de responsabilidad que interesa amortizar o sustituir por personal cualificado joven con inferiores niveles retributivos.

El acosador suele ser una persona sin sentido de culpabilidad, ambicioso, agresivo, mentiroso, manipulador, mediocre profesionalmente y con complejo de inferioridad. También es frecuente entre los acosadores individuos de “doble faz”: personas amables, aduladoras y serviciales con las personas no seleccionadas para el acoso, y crueles, fríos, manipuladores y despidados con las víctimas.

Recomendaciones específicas a médicos y profesionales sanitarios

Como en otras situaciones de violencia, los profesionales sanitarios podemos abordar el acoso laboral desde las 3 estrategias de prevención (tabla 7).

Violencia contra la mujer en la pareja

Se considera violencia contra la mujer en la pareja todas las agresiones que se producen en el ámbito privado contra la mujer y en las que el agresor tiene o ha tenido una relación de pareja con la víctima. La prevalencia de este problema de salud pública y sus tremendas consecuencias para la salud de las mujeres y de sus hijos están ampliamente demostradas. En nuestro país, un 10,9% de las mujeres ha sufrido violencia a lo largo de su vida y un 3% en el último año, según los datos de la última encuesta realizada por el Ministe-

Tabla 6 Tipos de conducta de acoso laboral

Psicológicas

- Restringir, por orden de un superior, la comunicación con el resto de compañeros
- Aislar físicamente en su lugar de trabajo
- Obligar a actuar en contra de sus principios
- Juicios ofensivos, insultos, críticas injustificadas
- No asignar tareas u ordenar tareas sin sentido, degradantes o sin relación con su puesto de trabajo
- Restringir o impedir a sus compañeros que se comuniquen con la persona acosada
- Ignorar o no dirigir la palabra a la persona acosada
- Críticas a su vida privada
- Amenazar
- Ridiculizar, mofarse de su aspecto físico, raza, nacionalidad
- Difundir rumores falsos, tratar de hacer creer a los demás que es una persona desequilibrada, hablar mal de él cuando no está presente
- Ataques a sus actitudes, su forma de ser o de pensar (creencias religiosas, políticas, etc.)

Sexuales

- Propositiones sexuales, acoso sexual

Físicas

- Cualquiera de las expresiones de violencia física y la amenaza de esta

Tabla 7 Recomendaciones específicas a los profesionales sanitarios frente al acoso laboral*Prevención primaria*

- Compete fundamentalmente al ámbito laboral, a través de medidas generales en la propia organización, como son:
 - Cambios en la organización laboral, políticas de recursos humanos cercanas a los trabajadores, justas y con mecanismos que faciliten la detección y gestión temprana de los conflictos relacionales
 - Formación de los directivos en reconocimiento y manejo de conflictos para su detección y gestión tempranas y adecuadas
 - Fomento de valores éticos en la organización (el respeto, la dignidad de la persona y el derecho a trabajar en un clima laboral adecuado)
 - No tolerancia ante situaciones de abuso como “valor” de empresa
 - Desarrollo de planes de comunicación interna que mejoren los flujos de información y la relación entre los trabajadores
 - Conseguir un clima laboral con bajo nivel de estrés, flexible, con suficiente autonomía personal, mejoras sociales y capacidad de decisión ajustada a los distintos niveles
- Como ciudadanos. Implicarse en fomentar en las relaciones interpersonales el respeto, la igualdad, la tolerancia y la no violencia en el seno de la empresa
- En la actividad profesional diaria
 - Identificar a las personas en riesgo de sufrir acoso o provocarlo

Prevención secundaria

- Estar alerta ante conductas de acoso laboral (tabla 6) y ante manifestaciones físicas o psicológicas sugerentes de una situación de acoso laboral
- Explorar esta posibilidad a través de la entrevista clínica

Prevención terciaria

- Facilitar el reconocimiento y la asunción del acoso laboral y hacerle sentir que no es culpable de la situación que vive
- Indagar sobre el tiempo de evolución, qué personas ajenas al ámbito laboral conocen el problema y valorar su red de apoyo social
- El tratamiento se orientará hacia el control de los síntomas y también hacia el afrontamiento del problema con psicoterapia de apoyo, manuales de autoayuda, mantenimiento de actividades de ocio y compartir el problema con familia o amigos
- Puede estar indicada la derivación a los profesionales de los equipos de salud mental si la situación psicológica del paciente o la presencia de algún trastorno psicopatológico establecido lo aconsejan
- Puede ser conveniente contactar con los servicios médicos de la empresa, siempre con la autorización del paciente, y recomendarle el asesoramiento de abogados o sindicatos

rio de Sanidad en 2011. Se trata de un problema complejo y multifactorial, cuyas raíces se encuentran no solo en factores personales, sino también en factores comunitarios y sociales que la convierten en una violencia estructural. La *prevención primaria*, por tanto, es un reto social y debe estar orientada al cambio en los valores y en la cultura. Esto hace que el abordaje preventivo de la violencia sea necesariamente complejo y deberá, por tanto, tener líneas de intervención diversas dirigidas a los individuos, a las familias, a las comunidades y a la sociedad en general. El cambio hacia una cultura no violenta tiene que impregnar a toda la estructura social y exige el compromiso de gobiernos, instituciones y ciudadanía.

Recomendaciones específicas a médicos y profesionales sanitarios

En *prevención primaria*, el papel del personal sanitario es limitado. Las actuaciones que pueden realizar los profesionales estarían orientadas a contribuir, a través de la educación para la salud, a sensibilizar y prevenir el maltrato en la ejecución de los diferentes programas de salud (atención del embarazo, programa de atención al joven y adolescente, etc.) y actividades grupales (educación a personas con malestar psicológico, grupos de cuidadoras y cuidadores fa-

miliares, etc.). También identificando personas con riesgo de sufrir o infligir malos tratos, estando alerta ante cualquier mujer que presente alguno de los factores o situaciones de mayor riesgo y vulnerabilidad (tabla 8), con el fin de intervenir precozmente mediante medidas de apoyo psicosocial y sociosanitario e intentar modificarlos cuando esto sea posible. Sin embargo conviene recordar la escasa validez de los “perfiles de riesgo”, tanto para ser mujer maltratada como maltratador.

La *prevención secundaria* (detección precoz) se considera una prioridad y en ella los profesionales de atención primaria tienen un papel clave, por varias razones: por estar en un lugar estratégico, por su accesibilidad, por el conocimiento de los pacientes y su contexto, por las múltiples posibilidades de contacto y por la atención integral que prestan. También los servicios de urgencias, los equipos de salud mental y los servicios de tocoginecología tienen una responsabilidad importante en la detección temprana del maltrato a la mujer.

En cuanto al *cribado universal*, se ha venido señalando que hay insuficiente evidencia a favor o en contra del cribado rutinario universal (tanto en mujeres embarazadas como en no embarazadas), aunque se recomienda a los médicos permanecer alerta en busca de síntomas o señales de sospecha e incluir algunas preguntas acerca del maltrato como

Tabla 8 Factores de riesgo y situaciones de vulnerabilidad para ser mujer maltratada y varón maltratador

Factores asociados a ser mujer maltratada	Factores asociados a ser varón maltratador
<ul style="list-style-type: none"> • Vivencia de violencia doméstica en su familia de origen • Bajo nivel cultural • Bajo nivel socioeconómico • Aislamiento psicológico y social • Baja autoestima • Sumisión y dependencia • Embarazo • Desequilibrio de poder en la pareja • Consumo de alcohol o drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia de violencia en su familia de origen* • Alcoholismo* • Desempleo o empleo intermitente* • Pobreza, dificultades económicas, uso de drogas estimulantes • Varones violentos, controladores y posesivos • Baja autoestima • Concepción rígida y estereotipada del papel del varón y la mujer • Aislamiento social (sin amigos ni confidentes) • Vida centrada exclusivamente en la familia • Varones que arreglan sus dificultades con violencia y culpan a otros de la pérdida de control • Trastornos psicopatológicos, delirios crónicos (celotípico, paranoide)

*Estos 3 factores son los más claramente relacionados con conductas maltratantes en algunos estudios.

parte de la historia clínica rutinaria en pacientes adultos. Sin embargo, cada vez hay más evidencia sobre la eficacia de los programas de cribado y son cada vez más numerosas las organizaciones y sociedades científicas que se posicionan en posturas más proactivas en relación con preguntar de forma rutinaria a las mujeres por la posibilidad de estar sufriendo maltrato¹¹⁻¹⁴. La propuesta del Grupo de Salud Mental del PAPPS es la de recomendar investigar la posibilidad de maltrato en todas las mujeres mayores de 14 años y estar alerta ante signos, señales o indicadores de sospecha de maltrato (tabla 9). Similares recomendaciones se realizan en el último Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, aprobado en 2012 por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El instrumento utilizado para el cribado puede ser cualquiera de los diferentes cuestionarios validados o bien la realización de preguntas dirigidas a la detección.

La propuesta de actuación ante la confirmación de maltrato (*prevención terciaria*) es similar a la recogida en diferentes guías y protocolos de actuación acreditados (tabla 10). En concreto, el Grupo propone la intervención y seguimiento de las recomendaciones de los protocolos del Ministerio de Sanidad (Protocolo Común ante la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, de 2012, que incorpora las intervenciones ante situaciones de especial vulnerabilidad), así como los recogidos en las diferentes guías aprobadas por las comunidades autónomas, que incorporan recursos locales y se adaptan a contextos específicos concretos.

Maltrato a las personas mayores

Se considera maltrato a la persona mayor “*cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado en personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente*”.

Hay distintos tipos o formas de maltrato al anciano:

1. Negligencia.

- Física: no satisfacer las necesidades básicas (negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad o tratamientos médicos).
- Emocional: negación de afecto, el desprecio, el aislamiento, la incomunicación.

2. Maltrato físico. Golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos.

3. Maltrato psicológico. Manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantajes, desprecio, violación de sus derechos impidiéndole tomar decisiones.

4. Abuso económico. Impedir el uso y control de su dinero, chantaje económico.

5. Abuso sexual. Cualquier tipo de relación sexual no consentida o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento, o por coacción.

También se aceptan como otras expresiones de maltrato el *maltrato estructural y social* (discriminación en las políticas hacia los ancianos y que puede dar origen a otros tipos de maltrato), así como *falta de respeto y prejuicios contra el mayor* (actitudes irrespetuosas y maltrato verbal y emocional, es decir, una actitud social negativa hacia el anciano).

Se desconoce la magnitud del maltrato a las personas mayores, con prevalencias variables según diferentes estudios y ámbitos en que se realizaron. Así, algunos estudios refieren cifras del 35% en personas ancianas atendidas en los servicios sociales y otros señalan cifras del 8,5% en ancianos hospitalizados. En población no institucionalizada se dan cifras del 0,8% mientras que hasta un 5% de los cuidadores reconoce haber maltratado en alguna ocasión al anciano a su cargo en el último año. En estudios internacionales, en población general, 1 de cada 4 ancianos vulnerables se encuentra en situación de riesgo de abuso (entre el 3,2 y el 27,5%), pero solo una pequeña proporción se identifica

Tabla 9 Signos y señales de alerta de maltrato en la mujer

- Sospechar posibilidad de maltrato ante lesiones con:
 - Discrepancias entre la exploración y el mecanismo referido de producción
 - Retraso en la solicitud de consulta
 - Lesiones o hematomas en diferentes estadios evolutivos
 - Lesiones atribuibles a accidentes fortuitos con consultas reiteradas a servicios de urgencia
 - Lesiones bilaterales y, sobre todo, en cabeza, cuello, tórax y abdomen siguiendo un patrón central
 - Lesiones sugerentes de agresión: rasguños, marcas de mordedura, quemaduras de cigarrillos y abrasiones por roce de cuerda
 - Lesiones que indican una postura defensiva: equimosis o fracturas de los antebrazos o hematomas en región dorsal (por posturas defensivas que adopta la víctima para proteger su cara o tórax)
 - Fracturas de huesos nasales, dientes y mandíbula
 - Desgarro del lóbulo de la oreja (por arrancamiento del pendiente) o rotura timpánica (por bofetón)
 - Lesiones antiguas: cicatrices, signos radiográficos de fracturas antiguas
 - En gestantes, las lesiones pueden localizarse en abdomen, en mamas y áreas genitales
 - En mujeres con agresiones físicas es preciso investigar signos concomitantes de agresión sexual
- Sospechar posibilidad de maltrato ante la presencia durante la entrevista de:
 - Actitudes de la víctima: temor, nerviosismo, ausencia de contacto visual, inquietud, miradas inquietas a la puerta, pasividad, ensimismamiento, tendencia a culpabilizarse, reticencia a responder preguntas o a dejarse explorar, incapacidad para tomar decisiones, dependencia reiterada, rasgos de personalidad histriónica, etc.
 - Estado emocional: tristeza, depresión, ideas suicidas, miedo a morir, confusión, agitación, ansiedad extrema y síndrome de estrés postraumático
 - Actitud del cónyuge: excesiva preocupación y control, o bien excesivo desapego y despreocupación intentando banalizar los hechos
 - Uso frecuente o prolongado de psicofármacos o consumo de sustancias
 - Otros signos y señales de maltrato son: quejas crónicas de mala salud, insomnio, cefaleas, abdominalgias, disfunciones sexuales, hiperfrecuentación, absentismo laboral, abortos provocados o espontáneos, fatiga crónica, etc.

Tabla 10 Recomendaciones a los profesionales sanitarios frente a la violencia contra la mujer en la pareja*Prevención primaria*

- Como ciudadanos. Implicarse en fomentar las relaciones igualitarias en derechos y oportunidades y en el respeto entre varones y mujeres, e incorporar estos valores en la familia, el sistema educativo y la sociedad
- En la actividad profesional diaria
 - Identificar situaciones de riesgo y vulnerabilidad (tabla 8)
 - Identificar a las personas en riesgo de sufrirlo o provocarlo (tabla 8)

Prevención secundaria

- Estar alerta ante signos y señales de maltrato (tabla 9)
- Explorar esta posibilidad a través de la entrevista clínica

Prevención terciaria

- Hacerle sentir que no es culpable de la violencia sufrida
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia
- Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar sus decisiones, respetando su ritmo y elección
- Alertar a la mujer sobre los riesgos que corre
- Evitar generar falsas expectativas de soluciones fáciles al problema
- No prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción
- En la primera valoración tras el maltrato se aconseja: valoración integral del riesgo vital inmediato a nivel *físico* (riesgo inmediato para la vida por gravedad de las lesiones), *psíquico* (riesgo de suicidio), *social* (potencial riesgo de homicidio o de nuevas agresiones) y descartar la coexistencia de *agresión sexual*
 - Si hay riesgo vital elevado (físico o psíquico), con peligro para la vida, se derivará al hospital en traslado seguro, con historia clínica y parte judicial
 - Si el riesgo vital es elevado en la esfera social hay que realizar parte judicial, historia clínica y ponerlo en conocimiento del juez de guardia, para recibir instrucciones
 - Si hay agresión sexual, derivar al hospital, con historia clínica y parte judicial
- Si no hay riesgo vital elevado que ponga en peligro inmediato la vida de la mujer habrá que valorar si se trata de una situación de maltrato aguda o crónica, estableciendo *un plan de actuación* en esa misma consulta (después de considerar la opinión de la mujer, situación de los hijos, apoyos familiares y sociales), establecer *un plan de seguimiento* y un *plan de protección y huida*. Este plan de intervención debe incorporar siempre las actuaciones con los hijos y personas dependientes que convivan con la mujer

como tal (en torno al 1-2%). En Estados Unidos, el 14% de los adultos mayores no institucionalizados había experimentado maltrato psicológico, físico, abuso sexual, negligencia o explotación financiera durante el año previo^{15,16}.

En cuanto a los tipos de maltrato, víctimas y cuidadores coinciden en que el maltrato psicológico (verbal) posiblemente sea el de mayor prevalencia, siendo el maltrato físico ocasional y muy poco habitual la presencia de abusos físicos graves.

Consecuencias

El maltrato al anciano puede conllevar importantes consecuencias *físicas* (lesiones por traumatismos, desnutrición, deshidratación, fracturas por caídas, úlceras por decúbito, etc.), *psicológicas* (mayor grado de dependencia, tristeza, trastornos emocionales, sufrimiento, depresión, ansiedad, ideación suicida, somatizaciones, seudodemencias, etc.) y *sociales* (aislamiento, mayor utilización de servicios sanitarios, aumento de la frecuentación y hospitalizaciones, etc.).

Recomendaciones específicas a médicos y profesionales sanitarios

En prevención primaria, el papel del personal sanitario es limitado por la complejidad de las causas que favorecen el maltrato. Se trataría de incidir sobre las causas sociales y culturales del problema, fomentando el reconocimiento y respeto a las personas mayores, así como el apoyo a la familia y a las personas que les cuidan, cuya capacidad puede verse desbordada al tener un anciano discapacitado a su cargo.

Tampoco se dispone, en la actualidad, de cuestionarios validados para la valoración del riesgo de maltrato, aunque son muchas las organizaciones que recomiendan que los médicos interroguen rutinariamente a los ancianos con preguntas directas acerca del maltrato y estén alerta ante los signos de maltrato durante cada encuentro con el paciente anciano^{14,17}.

En prevención terciaria, las revisiones sistemáticas de la efectividad de intervenciones en maltrato tampoco han demostrado efectos significativos sobre resolución de casos o sobre el cuidador en riesgo. Sin embargo se considera que no se debe permanecer pasivo ante la detección de estos casos, y los expertos coinciden en aconsejar algunas intervenciones sustentadas por criterios generales de atención y buenas prácticas. Las principales recomendaciones a los profesionales sanitarios que realiza el Grupo se presentan en la tabla 11.

Maltrato infantil

Al hablar de maltrato o abuso en la infancia, nos referimos a acciones u omisiones o trato negligente que interfieren en el desarrollo integral del niño, que lesionan sus derechos como persona y que son infligidos generalmente por personas del medio familiar. El término de maltrato engloba diferentes formas de abuso o agresión: violencia física, maltrato emocional, abuso sexual, negligencia física y/o emocional, maltrato prenatal y maltrato institucional. Asimismo tiene relevancia el maltrato por exposición a la violencia de géne-

Tabla 11 Recomendaciones a los profesionales sanitarios frente al maltrato a las personas mayores

Prevención primaria

- Como ciudadanos. Implicarse en fomentar en las relaciones interpersonales el respeto a las personas mayores, así como el apoyo a la familia y personas que cuidan, cuya capacidad puede verse desbordada al tener a un anciano a su cargo
- En la actividad profesional diaria
 - Identificar situaciones y factores de riesgo en el anciano y en su cuidador de ser, respectivamente, víctima y provocador del maltrato (tabla 12)
 - Identificar a las personas en riesgo de sufrirlo o provocarlo
 - Apoyar a los cuidadores, actuando preventivamente ante situaciones de estrés y sobrecarga física y emocional

Prevención secundaria

- Estar alerta ante signos *físicos* (lesiones o hematomas con explicaciones incongruentes, falta de respuesta a tratamientos indicados, desnutrición, caídas reiteradas, deshidratación, etc.), *emocionales* (miedo, inquietud, inhibición, depresión, ansiedad, confusión, etc.) y *contextuales* de maltrato (visitas repetidas a hospitales, contradicciones en los relatos entre anciano y presunto maltratador, negativa del cuidador a permitir la entrevista a solas, etc.)
- Explorar esta posibilidad a través de la entrevista clínica

Prevención terciaria

- Hacerle sentir que no es culpable de los malos tratos sufridos
- Expresar claramente que nunca están justificados los malos tratos
- En situación de maltrato agudo
 - Valoración integral del riesgo vital inmediato a nivel *físico, psíquico y social*
 - Si hay riesgo vital elevado (físico o psíquico), con peligro para la vida, hay que derivar al hospital, con historia clínica y parte judicial
 - Si el riesgo vital es elevado en la esfera social hay que realizar parte judicial, historia clínica y comunicar la situación al juez de guardia, para recibir instrucciones
 - Si no hay riesgo vital inmediato hay que valorar si se trata de una situación aguda o crónica y establecer un plan de actuación, teniendo en cuenta la opinión del propio anciano, si su estado cognitivo lo permite, y la del cuidador, valorando los recursos de los que dispone
 - Valorar la conveniencia en esta situación (sobre todo cuando el desencadenante haya sido la sobrecarga del cuidador o algún trastorno psicopatológico) de realizar o no el parte judicial, que puede afectar a la relación del profesional con el anciano y su familia e impedir ayudas posteriores
 - Contactar con el trabajador social para movilizar la red de apoyo sociosanitaria

Tabla 12 Factores de riesgo y vulnerabilidad de ser víctima de malos tratos o maltratador en personas mayores

Para el anciano

- Edad avanzada
- Sexo femenino, estado civil viuda
- Deficiente estado de salud
- Incontinencia
- Presencia de hipoproteïnemia
- Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta
- Dependencia física y emocional del cuidador
- Estatus económico bajo
- Aislamiento social
- Antecedentes de malos tratos previos

Para el agresor (cuando es el cuidador)

- Sobrecarga física o emocional (situaciones de estrés, crisis vitales)
- Padece trastornos psicopatológicos
- Abuso de alcohol u otras toxicomanías
- Experiencia familiar previa de maltrato a ancianos o violencia familiar previa
- Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados

Situaciones de especial vulnerabilidad

- Vivienda compartida
- Malas relaciones entre la víctima y el agresor
- Falta de apoyo familiar, social y financiero
- Dependencia económica o de la vivienda del anciano

ro sufrida por sus madres, que dada su alta prevalencia afecta a un elevado número de niños y niñas.

Un reciente estudio en nuestro país señala que el 4,3% de los niños de entre 8-17 años declara haber sido maltratado en el ámbito familiar en el año previo¹⁸. Los informes de la OMS sobre maltrato infantil, que recogen datos de estudios internacionales, afirman que aproximadamente un 20% de las mujeres y de un 5 a un 10% de los varones manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia, mientras que un 25 a 50% de los niños de ambos sexos refieren maltratos físicos¹⁹. La incidencia y la prevalencia es mayor en los niños, pero las niñas son víctimas de abusos sexuales con una frecuencia 2 veces y media superior a los varones.

Consecuencias

Los niños que son víctimas de un maltrato grave y sistemático a menudo experimentan alteraciones en su desarrollo físico, social y emocional. 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 observan trastornos de relación social, conductas adictivas (alcohol y drogas), antisociales y actos violentos.

Recomendaciones a médicos y profesionales sanitarios

La prevención primaria del maltrato infantil es un reto social que precisa de intervenciones multisectoriales para su

eficacia. Las políticas de los gobiernos tienen un papel clave en hacer realidad los derechos de los menores, debiendo garantizar el acceso a la educación, a la protección frente a la explotación laboral y sexual, a la alimentación y a una vivienda digna a través de medidas legislativas, sociales, económicas y culturales. La reducción de la pobreza, la mejora de la educación, el empleo y la protección social, así como cambios culturales que rechacen el uso de la violencia entre las personas y en la reducción de las desigualdades van a contribuir a la reducción del maltrato hacia los niños, a mejorar su bienestar y su desarrollo futuro. Pero también el sector sanitario y particularmente los profesionales de la APS (médicos de familia, enfermeras, pediatras, matronas y trabajadoras sociales) tenemos un papel relevante en la prevención, detección y atención del maltrato infantil. La accesibilidad, el contacto frecuente con las madres y padres en las consultas programadas y a demanda, el conocimiento del contexto familiar y las múltiples posibilidades de intervención a lo largo de la infancia, sobre todo en los primeros años de vida, que constituyen la etapa clave para la prevención, son razones que favorecen nuestra necesaria implicación, sobre todo en la detección precoz en niños con factores de riesgo de maltrato.

Todavía se mantiene la ausencia de evidencia científica sólida respecto a la efectividad de las intervenciones, pero son muchos los organismos, entre ellos la OMS, que se posicionan de forma más activa y emiten recomendaciones preventivas manteniendo el rigor en el análisis de la evidencia^{20,21}. Las principales recomendaciones que realiza el Grupo de Salud Mental a los profesionales sanitarios se presentan en la tabla 13.

Prevención de problemas psicosociales y de salud mental en los hijos de familias monoparentales

Se entiende por familias monoparentales a las formadas por “un progenitor que, sin convivir con su cónyuge ni cohabitando con otras personas, convive al menos con un hijo dependiente y soltero”. Es decir, familias compuestas por un solo miembro de la pareja progenitora (varón o mujer) y en las que, de forma prolongada, se produce una pérdida del contacto afectivo y lúdico de los hijos no emancipados con uno de los padres. Son múltiples los modelos de familias monoparentales, tanto en su constitución como en su composición, que pueden responder a diversos motivos, coyunturales o definitivos, pero también al carácter explícitamente intencional de asumir una maternidad o paternidad en solitario (madres o padres solteros por elección). La gran variedad de familias monoparentales proviene no solo de las realidades tan diferentes que originan la situación de monoparentalidad o del sexo del progenitor responsable, sino también de las características tan dispares respecto a su estatus económico, etnia y cultura, lo que dificulta la comparación de resultados entre diferentes estudios. Además, la investigación realizada es escasa, entre otras razones por la dificultad que supone investigar un fenómeno tan complejo. La mayoría de los estudios se ha centrado de forma importante en el análisis de la ausencia del padre, sin distinguir entre los distintos tipos de madres, y el mayor número de referencias bibliográficas es sobre los hijos de padres divorciados, tal vez porque esta sea la situación más frecuente en Estados Unidos.

Tabla 13 Recomendaciones a los profesionales sanitarios frente al maltrato infantil**Prevención primaria**

- Como ciudadanos. Implicarse en la defensa de los derechos de los menores, el acceso a la educación, a la protección frente a la explotación laboral y sexual infantil, a la reducción de la pobreza, en la mejora de la educación, el empleo y la protección social, así como cambios culturales que rechacen el uso de la violencia entre las personas y faciliten la reducción de las desigualdades
- En la actividad profesional diaria
 - Identificar factores de riesgo y situaciones de especial vulnerabilidad (tabla 14)
 - Identificar a las personas en riesgo de provocarlo
 - Fomentar capacidades de protección y resiliencia en padres y niños (como las apuntadas en la figura 1)

Prevención secundaria

- Estar alerta ante signos y señales de maltrato infantil (tabla 15)
- Explorar esta posibilidad a través de la entrevista clínica
- Promover las visitas domiciliarias (matronas o enfermeras) a familias de alto riesgo

Prevención terciaria

- Actuación del médico
 - Entrevista y exploración con el niño víctima de maltrato
 - Valoración del estado psicológico y de la situación social
 - Valoración y tratamiento de las lesiones físicas (inmunizaciones, prevención de enfermedades de transmisión sexual y de embarazo si procede)
 - Valoración del riesgo vital inmediato del menor, parte de lesiones, contacto con el trabajador social y seguimiento coordinado (fig. 1)
- Entrevista con la persona que maltrata
 - En lugar privado, ambiente tranquilo y sin prisas
 - Formular preguntas facilitadoras, escuchar a la persona, permitirle reconocerse culpable y expresar sus sentimientos
 - Informarle de la necesidad de ingreso del niño si fuese necesario
 - Valoración de la actitud de los padres y del estado psicológico, historia y personalidad del agresor
 - La colaboración con los padres, aunque sean los agresores, es especialmente necesaria en caso de maltrato infantil

En nuestro país, en 2012, el total de familias monoparentales representaba cerca del 10% del total de hogares, un incremento del 67% respecto a 1981. En Francia, Canadá y Estados Unidos, en los años 2005 y 2006, el 14, 18 y 24% de los niños y niñas de 11 a 15 años de edad, respectivamente, vivían con uno de sus padres. En España, a finales de 2011, había 548.600 familias monoparentales, de las que el 52,4% correspondía a hogares monoparentales formados por padres separados o divorciados, el 26,3% por padres solteros,

el 11,8% por casados y el 9,5% por viudos. El 88,7% del total de estas familias monoparentales correspondía a familias con una mujer como persona de referencia, de manera que prácticamente 9 de cada 10 familias monoparentales en nuestro país tienen por cabeza de familia a una mujer (llamadas también por este motivo *familias monoparentales*). La categoría de madres solteras es la que, dentro de las familias monoparentales, ha experimentado un mayor crecimiento, con un incremento del 299% en la última década²².

Consecuencias

En algunos estudios, los hijos de familias monoparentales obtienen peores resultados en los tests de conducta, vocabulario, coordinación visual, coordinación motora y tests matemáticos que los de familias biparentales, y desde un punto de vista demográfico tienden, estadísticamente, a ser más pobres, a abandonar el colegio prematuramente con inferiores niveles de estudios, a tener mayores niveles de desempleo y profesiones con menor prestigio social, a mayor consumo de tabaco, alcohol o drogas, a mayor probabilidad de obesidad, de asma, de enuresis nocturna, de sufrir o generar violencia y de problemas de salud mental, sobre todo cuando hay antecedentes de consumo de alcohol, drogas o alteraciones psiquiátricas en el responsable de la familia²³⁻²⁶. Cuando la situación desencadenante de la monoparentalidad ha sido la muerte de un progenitor, especialmente la muerte por suicidio del padre, hay datos que indican mayores dificultades en el logro de competencias laborales, con un menor rendimiento académico, con una mayor adopción de estilos de vida no saludables, con una mayor frecuencia de conductas de riesgo y delictivas y con un mayor riesgo de psicopatología, aunque este riesgo de psicopatología sea pequeño y esté relacionado con otros factores (presencia de psicopatología en el padre sobreviviente, calidad de los cuidados, red social de apoyo, estresores vitales intercurrentes, historia de trastornos mentales previos en el hijo, etc.)²⁷. También se ha señalado que las familias monoparentales y la presencia de padre/madre no biológicos son predictores del maltrato físico o negligencia en el cuidado de los niños. Otros resultados, sin embargo, cuestionan que exista una relación de causalidad simple entre monoparentalidad y efectos perjudiciales en la estructura emocional y social y en los logros educativos de los hijos²⁸. De hecho, en un metaanálisis de 122 estudios realizados en países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), excluyendo a Estados Unidos, se concluye que los efectos perjudiciales de la monoparentalidad sobre el bienestar de los hijos son débiles, de manera que el promedio de efectos negativos de la monoparentalidad sobre el bienestar de los hijos es pequeño²⁹.

La expresión clínica de los posibles conflictos derivados de algunas situaciones de monoparentalidad (separación, divorcio, muerte de un progenitor) es variable según la edad o el momento evolutivo del niño (tabla 16).

Recomendaciones

Diferentes programas, realizados básicamente en Estados Unidos, confirman que es mucho lo que se puede hacer en el ámbito de la AP en la prevención de la psicopatología en los

Tabla 14 Factores de riesgo y vulnerabilidad para el maltrato infantil

	Personales	Familiares	Sociales
Maltrato o negligencia física	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias físicas o psíquicas • Dependencia biológica y social • Separación de la madre en el período neonatal • Niño hiperactivo • Niños prematuros • Niños discapacitados 	<ul style="list-style-type: none"> • 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 o fallecimiento de uno de los cónyuges 	<ul style="list-style-type: none"> • Soporte social bajo • Nivel socioeconómico bajo • Aislamiento social • Hacinamiento • Inmigración • Desempleo
Maltrato o negligencia psicoafectiva	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias físicas o psíquicas • Dependencia biológica y social • Separación de la madre en el período neonatal • Niño hiperactivo • Niños prematuros • Niños discapacitados 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones conyugales conflictivas • Desconocimiento de las necesidades psicoafectivas del niño • Enfermedad psiquiátrica de los padres • Expectativas irracionales respecto al niño • Castigo físico como técnica de disciplina • Antecedentes de maltrato familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel socioeconómico medio o medio-alto • Aislamiento social
Abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Niñas 	<ul style="list-style-type: none"> • Padre dominante. Madre pasiva • Padres no naturales • Toxicomanías • Pobre relación marital entre los padres • Límites generacionales difusos • Antecedente de abuso sexual en familia de origen 	
<p><i>Indicadores de riesgo inespecíficos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Toxicomanías de los padres – Incumplimiento de las visitas de control del niño – Hiperfrecuentación por motivos banales – Cambios frecuentes de médico – Negación de informes de ingresos hospitalarios – Falta de escolarización – Agresividad física o verbal al corregir al niño – Coacciones físicas o psicológicas – Complot de silencio respecto a la vida y relaciones familiares – Relatos personales de los propios niños 			

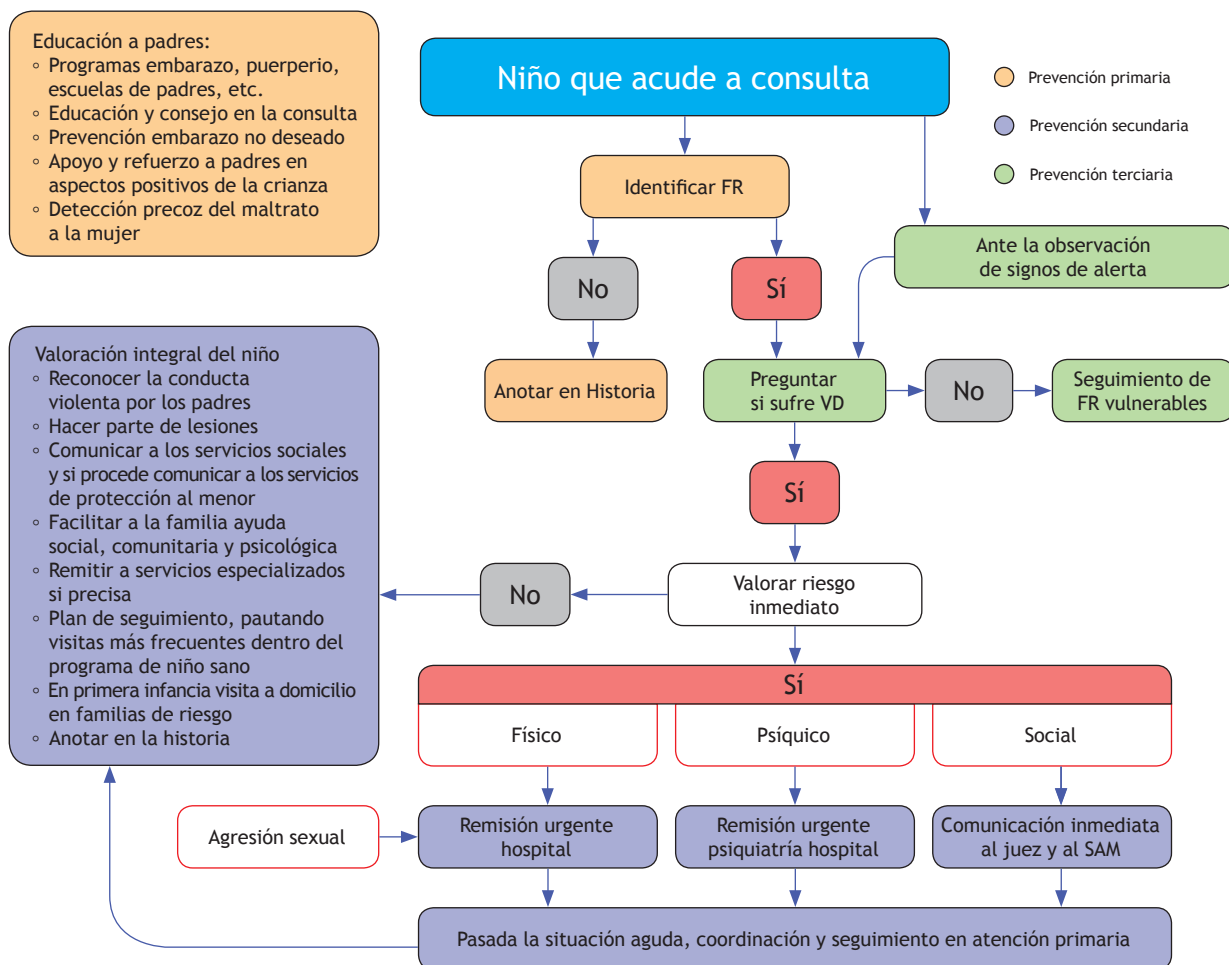


Figura 1. Algoritmo de actuación ante el maltrato infantil. FR: factores de riesgo; SAM: servicio de atención al menor; VD: violencia doméstica.

Tabla 15 Signos y síntomas de maltrato infantil

Menores de 5 años	Preadolescentes	Adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> Retraso psicomotor Apatía Aislamiento Miedo, inseguridad Hospitalizaciones frecuentes Enuresis y encopresis Conductas de dependencia Trastornos del sueño Terrores nocturnos Cambios de apetito Ansiedad aguda a las revisiones médicas Conocimientos y lenguaje sexualizado, inapropiado para su edad Hematomas en glúteos Hematomas en zona genital Quemaduras Explicaciones contradictorias respecto a lesiones 	<ul style="list-style-type: none"> Fracaso escolar Problemas de conducta Agresividad, sumisión Pobre autoestima Hiperactividad o inhibición Depresión Trastornos del lenguaje y del aprendizaje Ansiedad o depresión Insomnio Absentismo escolar Fugas del domicilio Ideación suicida o intentos suicidas Pérdida o ganancia de peso repentina Conocimientos sexuales inapropiados para su edad 	<ul style="list-style-type: none"> Trastornos psicossomáticos Cambios de apetito Depresión Ideación suicida y actos suicidas Aislamiento social Fugas del domicilio Promiscuidad sexual Ansiedad Consumo de alcohol/drogas

Tabla 16 Posibles repercusiones médicas en algunas de las situaciones asociadas a monoparentalidad*0-3 años de edad*

- Prematuridad y bajo peso al nacimiento
- Incremento de morbimortalidad
- Trastornos del comportamiento
- Insomnio; crisis de llanto y rabietas; pérdida de apetito
- Regresión y estancamiento en hábitos adquiridos (incontinencia urinaria, chuparse los dedos, reclamo del biberón, hablar como un niño más pequeño)
- Estancamiento en la adquisición de habilidades cognitivas
- Síntomas de expresión corporal (somatofuncionales)
- Maltrato o negligencia en el cuidado

3-5 años de edad

- Ansiedad e inestabilidad emocional
- Insomnio
- Pesadillas
- Temores fóbicos
- Pérdida de control de esfínteres
- Fantasías de abandono y muerte de los progenitores
- Manifestaciones de autopunición y culpabilidad
- Inadaptación escolar
- Tristeza
- Maltrato o negligencia en el cuidado

A partir de los 6 años de edad

- Síntomas depresivos
- Sentimientos de abandono y carencia afectiva
- Sentimiento de culpa (de ser el responsable de la separación o divorcio)
- Fantasías de reconciliación
- Pérdida del control de esfínteres
- Manifestaciones de agresividad e ira
- Dificultades en el rendimiento escolar
- Dificultades en sus relaciones sociales
- Comportamiento hipermaduro. Ausencia de quejas
- Responsabilidad y brillantez en el ámbito escolar
- Maltrato o negligencia en el cuidado

Período de la pubertad y adolescencia

- Sentimientos de inseguridad
- Síntomas depresivos
- Quejas somáticas múltiples
- Trastornos del comportamiento
- Fracaso escolar
- Actitudes de pasividad, desinterés y desapego
- Tendencia al autosabotaje y al fracaso
- Conductas delictivas
- Consumo de drogas
- Tendencias auto y heteroagresivas
- Huidas y abandono del hogar
- Problemas judiciales
- Promiscuidad sexual
- Embarazos no deseados

A largo plazo: en la juventud y período adulto

- Mayores sentimientos de inseguridad
- Ansiedad en las relaciones interpersonales
- Miedo al fracaso en las relaciones de pareja
- Intensa lucha interna por no repetir las situaciones familiares de su infancia
- Frecuentes conductas impulsivas en las relaciones de pareja
- Mayor tendencia a repetir algunas situaciones como el divorcio

hijos de familias monoparentales. Para ello, médicos y enfermeras han de tener conocimientos, sensibilidad psicosocial y habilidades para la entrevista clínica y la relación asistencial, y han de mantener una postura de escucha y comprensión que les permita percibir la vivencia y el sufrimiento del niño (y a menudo de sus padres) frente a la situación de monoparentalidad creada y los acontecimientos dolorosos que la acompañan, utilizando su capacidad profesional para ofrecer ayuda psicológica desde las consultas de atención primaria. Las principales recomendaciones de nuestro Grupo serían las siguientes:

- Incluir la realización de un genograma, como instrumento de exploración que evalúa la estructura familiar y permite detectar las situaciones de monoparentalidad.
- Detectar la presencia de factores de riesgo de disfunción familiar y psicopatología (tabla 17) que estén acumulando los niños en su situación familiar, valorando su red de apoyo social, su vulnerabilidad, su resiliencia y su capacidad para hacerles frente, evitando eventuales secuelas psicológicas, actuales y futuras.
- Especial atención merece el seguimiento del embarazo de la adolescente, que puede terminar en una familia

Tabla 17 Factores de riesgo de disfunción familiar y psicopatología en situaciones de monoparentalidad

- Disputas judiciales continuadas e intensas por la custodia de los hijos tras la separación
- Situaciones de violencia verbal o física hacia el niño
- Aislamiento y pérdida de apoyo social de los progenitores
- Incumplimiento económico de los acuerdos judiciales
- Trastorno mental grave o abuso de drogas en el progenitor conviviente o ausente
- Cuidados parentales de pobre calidad por parte del padre que mantiene la custodia
- Conversión en “padre ausente” del “padre no residente”
- Acúmulo de estresores en las condiciones de vida (cambios de domicilio, escuela, cuidados, amigos, etc.) del padre que mantiene la custodia y de sus hijos
- Presencia de hijos pequeños en el hogar
- Bajo grado de bienestar psicológico en la madre
- Alto nivel de conflicto interparental previo, durante y posterior a la separación o divorcio
- Madre soltera adolescente con escasos apoyos de su familia o importantes conflictos con esta
- Situaciones socioeconómicas muy desfavorables
- Presencia de trastornos mentales graves en los hijos adoptados
- Dificultades en la elaboración del duelo o duelo complicado de un padre fallecido por parte del progenitor sobreviviente
- Mantenimiento de la ocultación o el secreto en relación con la muerte del padre o circunstancias de esta por parte del resto de la familia
- Dinámica familiar conflictiva

monoparental, debiéndose aplicar las recomendaciones del subprograma de “Prevención de los problemas de salud mental del embarazo en la adolescencia”.

- Señalar la situación de monoparentalidad de forma clara en la historia del niño y el progenitor, por lo menos en la lista de “condiciones o problemas” o su equivalente.
- Realizar un seguimiento de los hijos de familias monoparentales, así como de sus padres, en el marco del programa de atención al niño sano, evaluando posibles alteraciones en su desarrollo y derivando al equipo de salud mental en caso de detectarse trastornos que así lo requieran.
- Expresar y ofertar disponibilidad para orientar y aclarar dudas o aliviar preocupaciones, en una o varias entrevistas. En el caso de familias monoparentales por muerte de un progenitor pueden resultar útiles una serie de orientaciones al progenitor sobreviviente con hijos mayores de 6 años (tabla 18). Cuando la causa de la monoparentalidad es una separación o divorcio, lo más adecuado es ofertar una entrevista separada a cada uno de los padres, dado que la entrevista conjunta planteará muchas dificultades en la práctica. Algunas recomendaciones para los padres separados se presentan en la tabla 19.

Tabla 18 Recomendaciones al padre/madre sobreviviente con niños mayores de 6 años tras la muerte del otro progenitor

- Decírselo lo más pronto posible, sin utilizar eufemismos ni expresiones del estilo “se ha ido de viaje”, “lo han llevado al hospital”
- Ofrecerle información clara, simple y adaptada a su edad
- Permitir que el niño pase por sus propias fases de duelo (negación, síntomas físicos, rabia, culpa, celos, ansiedad, tristeza, soledad)
- Ayudarlo a expresar sus sentimientos por medio del juego o el dibujo
- Permitirle el llanto y el enfado, sin ocultar nuestro propio dolor
- Seguir con la rutina diaria tanto como sea posible, puesto que ello da confianza y seguridad al niño
- Informar a la escuela del fallecimiento del padre/madre
- Dejar que se queden con algún recuerdo del progenitor difunto
- Permitirles que asistan al funeral acompañados de algún familiar o amigo menos afectados emocionalmente por la muerte del progenitor fallecido que el progenitor sobreviviente
- Dejarles muy claras 2 ideas básicas: que la persona muerta no volverá y que su cuerpo está enterrado o bien reducido a cenizas si ha sido incinerado
- Buscar ayuda profesional (pediatra, médico de familia) si después de varios meses los niños muestran algunos de estos comportamientos: tristeza permanente, excitación fuera de lo habitual (con los amigos o el progenitor sobreviviente), desinterés por su propia apariencia, deseos continuados de estar solo, insomnio o dificultades para dormir, o indiferencia hacia la escuela o sus aficiones anteriores

Tabla 19 Recomendaciones a padres divorciados

- Asegure a sus hijos que los 2 padres le quieren
- Asegúrese de que sus hijos entienden que ellos no son la causa de su divorcio, que no lamentan haber tenido hijos
- Déjeles claro que el divorcio es definitivo
- Mantenga invariable el mayor número de aspectos de la vida de sus hijos
- Haga saber a sus hijos que podrán visitar al progenitor que no tenga la custodia
- Si el padre que no tiene la custodia no se preocupa del hijo, búsquele un sustituto
- Ayude a sus hijos a expresar sus sentimientos dolorosos
- Proteja los sentimientos positivos de sus hijos hacia los 2 padres
- Mantenga una disciplina normal en ambos hogares
- No discuta sobre sus hijos con su ex cónyuge en presencia de estos
- Intente evitar las disputas sobre la custodia. Sus hijos necesitan sentirse estables
- Evite, si es posible, un cambio de casa, de escuela y de amigos

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;38: 2197-233.
2. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva: World Health Organization; 2010.
3. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion Centers for Disease Control and Prevention 4770 Buford Highway, NE, Mailstop K-67 Atlanta, GA 30341-3717. Disponible en: www.cdc.gov/mentalhealth
4. Mental Health Commission of Canada. (2012). Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada. Disponible en: www.mentalhealthcommission.ca/English/node/721
5. Defensor del Pueblo 2006. Informe del Defensor del Pueblo: Violencia escolar. El maltrato entre iguales en la educación secundaria obligatoria (1999-2006). Disponible en: <http://www.defensordelpueblo.es/documentacion/informes-monograficos/ViolenciaEscolar2006.pdf>
6. Serrano Sarmiento A, Iborra Marmolejo I. Violencia entre compañeros en la escuela. Informe. Valencia: Centro Reina Sofía; 2005.
7. Wang J, Iannotti RJ, Nansel TR. School bullying among adolescents in the United States: physical, verbal, relational, and cyber. *J Adolesc Health*. 2009;45:368-75.
8. Wang J, Nansel TR, Iannotti RJ. Cyber bullying and traditional bullying: differential association with depression. *J Adolesc Health*. 2011;48:415-7.

9. Fidalgo AM, Piñuel I. La escala Cisneros como herramienta de valoración del mobbing. *Psicotema*. 2004;4:615-24.
10. González Trijuene D, Graña Gómez JL. El acoso psicológico en el lugar del trabajo: prevalencia y análisis descriptivo de una muestra multiocupacional. *Psicotema*. 2009;21:288-93.
11. MacMillan HL, Wathen C, Jamieson E, Boyle MH, Shannon HS, Ford-Gilboe M, et al; McMaster Violence Against Women Research Group. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 2009;302:493-501.
12. Spangaro JM, Zwi AB, Poulos RG. A qualitative study of women's decisions to disclose and their perceptions of the impact of routine screening for intimate partner violence. *Psychol Violence*. 2011;1:150-562.
13. O'Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: Evidence generated from a realist-informed systematic review. *Soc Sci Med*. 2011;72:855-66.
14. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence and elderly and vulnerable adults for abuse: systematic review to update the 2004 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Evidence Synthesis No. 92*. Agency for Healthcare Research and Quality; May 2012.
15. U.S. Government Accountability Office. Elder Justice: Stronger Federal Leadership Could Enhance National Response to Elder Abuse. Washington, DC: U.S. Government Accountability Office; 2011. Disponible en: <http://www.gao.gov/new.items/d11208.pdf>
16. Naughton C, Drennan J, Lyons I, Lafferty A, Treacy M, Phelan A, et al. Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence survey. *Age Ageing*. 2012;41:98-103.
17. American Academy of Family Physicians. Family and Intimate Partner Violence and Abuse. Leawood, KS: American Academy of Family Physicians; 2012. Disponible en: <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/familyandintimatepartner-violenceandabuse.html>
18. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI). Informe del Centro Reina Sofía sobre el Maltrato infantil en la familia en España. *Informes, Estudios e Investigación* 2011. Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es>
19. OMS. Maltrato infantil. Nota descriptiva 150, 2010. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/index.html>
20. Thackeray JD, Hibbard R, Dowd MD; Committee on Child Abuse and Neglect; Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. Intimate partner violence: the role of the pediatrician. *Pediatrics*. 2010;125:1094-100.
21. Colomer Revuelta J, Cortes Rico O, Esparza Olcina MJ, Galbe Sánchez Ventura J, García Aguado J, Martínez Rubio A, et al; Grupo de la Infancia y Adolescencia del PAPPS. Programa de la infancia y la adolescencia. *Aten Primaria*. 2012;44 Supl 1:81-99.
22. Mujeres en cifras. Boletín número 2. Febrero de 2013. Instituto de la Mujer. Disponible en: www.inmujer.es
23. Yañez A, Leiva A, Gorreto L, Estela A, Tejera E, Torrent M. El instituto, la familia y el tabaquismo en adolescentes. *Adicciones*. 2013;25:253-9.
24. Turner HA, Finkelhor D, Hamby SL, Shattuck A. Family structure, victimization, and child mental health in a nationally representative sample. *Soc Sci Med*. 2013;87:39-51.
25. Ikäheimo O, Laukkanen M, Hakko H, Räsänen P. Association of family structure to later criminality: a population-based follow-up study of adolescent psychiatric inpatients in Northern Finland. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2013;44:233-46.
26. Scharte M, Bolte G, Heissenhuber A, Hendrowarsito L, Kohlhuber M, Mitschek C; for the GME Study Group. Increased health risks of children with single mothers: the impact of socio-economic and environmental factors. *Eur J Public Health*. 2013;23:469-75.
27. Brent DA, Melhem NM, Masten AS, Porta G, Payne MW. Longitudinal effects of parental bereavement on adolescent developmental competence. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2012;41:778-91.
28. Brullet C, Mari-Klose M, Mari-Klose P, Maranzana L. Geografías de la paternidad no residente: ¿ausente o vinculada? *Doc Anal Geogr*. 2011;57:83-103.
29. Chapple S. Child well-being and sole-parent family structure in the OECD: an analysis. OECD, Social, Employment and Migration Working 2009. Papers, 82.