

TRASTORNOS FACTICIOS:

Generalidades y retos en el diagnóstico y en el manejo clínico. Implicaciones en la infancia y actuación.



F.E.A. CDIJ Movera y USMS: Eduardo Fernández Anés
MIR-3 CRP Ntra Sra del Pilar: Laura Hernández Hernández



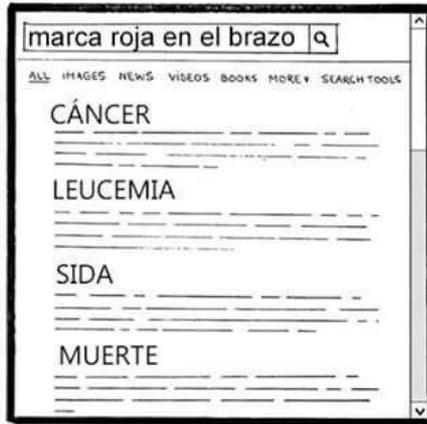


CLASIFICACIÓN ACADÉMICA (DSM-5)

“Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados”:

- Trastorno de síntomas somáticos 300.82 (F45.1)
- Trastorno de ansiedad por enfermedad 300.7 (F45.21)
- Trastorno de conversión (trastorno de síntomas neurológicos funcionales)
- Factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas 316 (F54)
- **Trastorno facticio 300.19 (F68.10)**
 - Aplicado a uno mismo
 - Aplicado a otro
- Otro trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados 300.89 (F45.8)
- Trastorno de síntomas somáticos y trastornos relacionados especificados 300.82 (F45.9)

no



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Trastorno de ansiedad por enfermedad (“hipocondría”)
- Trastorno de conversión
- Simulación
 - Contexto médico-legal



Trastorno facticio aplicado a uno mismo

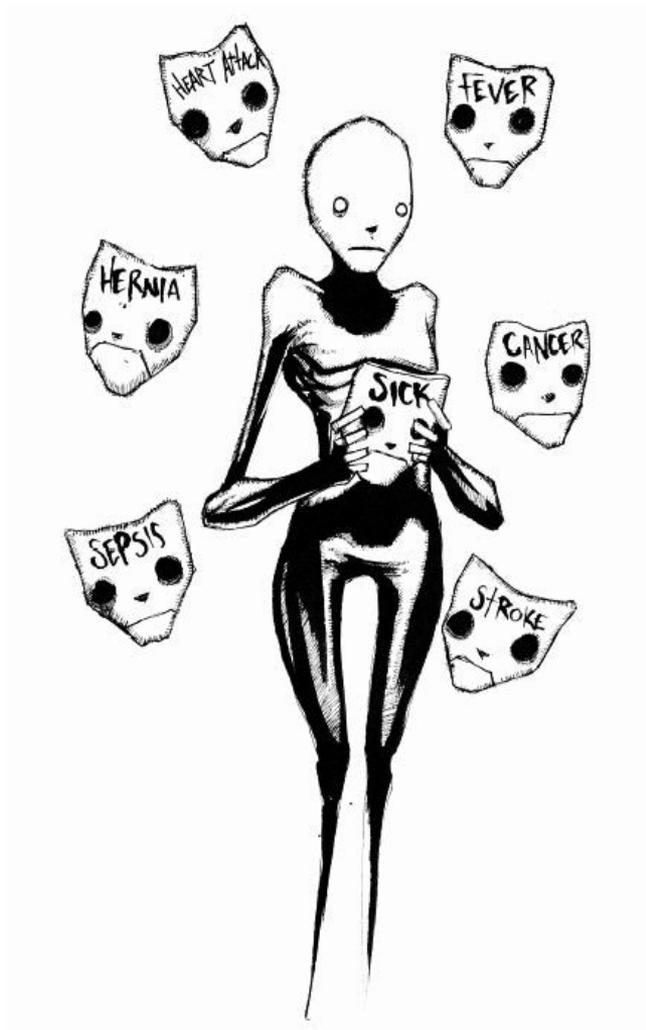
- A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, asociada a un engaño identificado.
- B. El individuo se presenta a sí mismo frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.
- C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de una recompensa externa obvia.
- D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

Especificar:

Episodio único

Episodios recurrentes (dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión)

DEFINICIÓN
(DSM-V)



SÍNDROME DE MUNCHAUSEN (AUTOINDUCIDO)

— *Ilustrador: Shawn Coss*

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN AUTOINDUCIDO

Se caracteriza por conductas que incluyen desde la exageración de síntomas hasta la completa simulación de los mismos

La motivación no está del todo clara:

- Un fuerte deseo de ser considerado como “enfermo”
- Un deseo de recibir atención y cuidados (sin recompensas más allá de la psicológica)
- “Chute de adrenalina” ante los procedimientos médicos o por la sensación de control al lograr engañar a los profesionales sanitarios





SÍNDROME DE MUNCHAUSEN AUTOINDUCIDO

PSICOPATOGÉNESIS: ¿POR DÓNDE EMPEZAMOS?

- Trastornos del vínculo
 - Apego inseguro
 - Abandono, negligencia
- Historia de abusos
- Búsqueda de identidad
- Impulsos masoquistas (“autocastigo”)
- Defensa (“desviar atención”)





SI PIENSAN QUE
ESTOY PENSANDO
LO QUE PIENSAN QUE
ESTOY PENSANDO,
ESTÁN MUY EQUI-
VOCADOS.

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN AUTOINDUCIDO

PERFIL DE LOS PACIENTES

Cerca del 60% de casos, el perfil del paciente se corresponde con **mujeres jóvenes** con una profesión relacionada con el campo de la **sanidad**.

La comorbilidad psiquiátrica es común:

- Trastornos de personalidad
- Trastornos adaptativos
- Abuso de sustancias
- **Depresión**



SÍNDROME DE MUNCHAUSEN AUTOINDUCIDO

- Este trastorno genera un **importante gasto económico** al sistema sanitario, siendo indicación de consultas y pruebas innecesarias, y resultando los pacientes expuestos a una alta morbilidad y mortalidad derivada de dichos procedimientos

Su infradiagnóstico puede deberse a diferentes factores:

- Falta de conocimiento de dicho trastorno por los profesionales
- Importante **contratransferencia** que generan estos pacientes





RETOS PROFESIONALES



¿Qué hacer cuando la única manera de ayudar a un paciente pasa por confrontar reiteradamente su posición respecto a su estado de salud?

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN AUTOINDUCIDO

TRATAMIENTO

- **Psicoterapia**, aunque la mayoría de los pacientes se negarán a recibirla y/o no serán capaces de generar insight
 - En ocasiones, puede ser beneficioso abordar el trauma infantil, que se considera en muchos casos el instigador del cuadro
- Los psicofármacos (antidepresivos y antipsicóticos) no han mostrado particular beneficio en el tratamiento del trastorno.

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO EN OTRAS ÁREAS DE ESPECIALIZACIÓN





DEFINICIÓN (DSM-V)

Trastorno facticio aplicado a otro (Antes: Trastorno facticio del prójimo).

- A. Falsificación de signos o síntomas físicos o psicológicos, o inducción de lesión o enfermedad, en otro, asociada a un engaño identificado.
- B. El individuo presenta a otro individuo (víctima) frente a los demás como enfermo, incapacitado o lesionado.
- C. El comportamiento engañoso es evidente incluso en ausencia de recompensa externa obvia.
- D. El comportamiento no se explica mejor por otro trastorno mental, como el trastorno delirante u otro trastorno psicótico.

Nota: El diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima.

Especificar si:

Episodio único

Episodios recurrentes (dos o más acontecimientos de falsificación de enfermedad y/o inducción de lesión)



MUNCHAUSEN INDUCIDO A OTRO O “POR PODERES”

— *Ilustrador: Shawn Coss*

MUNCHAUSEN INDUCIDO A OTRO O “POR PODERES”

- Condición psiquiátrica en la que la persona **falsifica síntomas y signos físicos o psíquicos en otra persona que está bajo su cuidado** (usualmente un niño), para que esta adquiriera el rol de enferma o discapacitada
 - El inicio del abuso suele darse hacia los 3 años
- La producción de los síntomas es consciente y deliberada, aunque la motivación por la cual se lleva a cabo no lo es.

MUNCHAUSEN INDUCIDO A OTRO O “POR PODERES”

- La motivación suele responder a un intento de **satisfacer necesidades psicológicas propias a través de adoptar el rol de cuidador**
- Sería la búsqueda de atención médica, pero a través de otra persona sin ganancia secundaria
- La motivación para estas conductas va desde el deseo de llamar la atención, la *gratificación emocional* y *reconocimiento al asumir el rol de “madre dedicada”*, el cual es satisfecho al tener alguna relación con el personal sanitario



MUNCHAUSEN INDUCIDO A OTRO O “POR PODERES”

“Lo fundamental en el SMP es la relación madre-médico”

“Cuando decrece la atención del médico hacia la madre o el niño, los síntomas empeoran para conseguir una mayor atención del médico o **reconocimiento como buena madre** (y suplir sus carencias emocionales), o incluso vistas como ‘mejores personas que los médicos’” (Schreier et al)

EN CONCLUSIÓN



Existe un vínculo patológico madre-niño de tal forma que la madre asume el rol de enfermo a través del niño enfermo como forma de pedir ayuda para sus propios problemas

MUNCHAUSEN INDUCIDO A OTRO O “POR PODERES”

PERFIL DEL PERPETRADOR:

- En el 95% de los casos el victimario es la **madre**
- El 80% de los victimarios trabajan en **instituciones hospitalarias**
- **Historia psiquiátrica:**
 - Tr. facticios hasta en el 25% de los casos; *“podría ser un factor de riesgo” (Bass)*
 - **Historia de traumas y abusos en la infancia** (*“canalizarían sus inseguridades y síntomas afectivos a través de conductas abusivas hacia sus hijos para obtener atención del médico y gratificación emocional”*)



MUNCHAUSEN INDUCIDO A OTRO O “POR PODERES”

DIAGNÓSTICO

Refieren múltiples síntomas inexplicables, persistentes o recurrentes que no se pueden explicar con una base médica:

- Discrepancia entre la HC, los hallazgos clínicos y el estado del paciente
- Síntomas que no responden al tratamiento habitual y ocurren solo en presencia del victimario, desapareciendo en su ausencia o reapareciendo cuando este es informado de un alta próxima.
- Asistencia por múltiples servicios

PATRONES DE CONDUCTA

Madre más preocupada por el personal médico que por la enfermedad de su hijo

- Busca establecer relaciones con el personal médico
- Busca pedir más procedimientos diagnósticos y terapéuticos, independientemente del malestar que estos le puedan causar al niño
- Solicitudes de alta voluntaria

Con experiencia en el campo de la salud

No existe un cuadro clínico característico, pero sí **hay patrones conductuales que permiten sospecharlo**

MUNCHAUSEN INDUCIDO A OTRO O “POR PODERES”

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO

- Identificarlo puede evitar la realización de procedimientos que atenten contra la salud del afectado. Suele requerir al menos 2 años desde el inicio del cuadro
 - En el caso de niños su sospecha es muy importante pues es considerado un tipo de maltrato/abuso infantil, por lo que la intervención debe de ser rápida y oportuna para poder garantizar la seguridad, ya que **puede derivar en la realización de exámenes y procedimientos innecesarios** incluyendo cirugías
 - Fundamental la **evaluación multidisciplinar**, con revisión de la historia clínica previa, hospitalizaciones, consultas, historia social y de la familia
- 

VÍCTIMAS DE T. FACTICIO INDUCIDO A OTRO: “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”

Procedimientos de registro

Cuando un individuo falsifica una enfermedad en otro individuo (p. ej., niños, adultos, animales de compañía), el diagnóstico es de trastorno facticio aplicado a otro. El diagnóstico se aplica al autor, no a la víctima. A la víctima se le puede hacer un diagnóstico de maltrato (p. ej., 995.54 [T74.12X]; véase el capítulo “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”).

MUNCHAUSEN INDUCIDO O “POR PODERES”



TRATAMIENTO

- Primero lograr la seguridad de la víctima a través de la supervisión del perpetrador o en algunos casos remoción de la custodia del niño
- Hay que individualizar cada caso
- Usualmente víctima y perpetrador requieren **psicoterapia prolongada**, aunque suelen ser renuentes

PRONÓSTICO

- **Desfavorable:** mortalidad del 6% y un 7.3% de lesiones a largo plazo
- Muchas víctimas terminan desarrollando un trastorno psiquiátrico (TPEP, Tr. opositor, depresión, ansiedad, fracaso escolar, TP, etc.)
 - o Uno de los mayores riesgos es que terminen convirtiéndose en futuros victimarios, es decir que haya una **perpetuación del SMP (transferencia generacional)**

CASOS CLÍNICOS



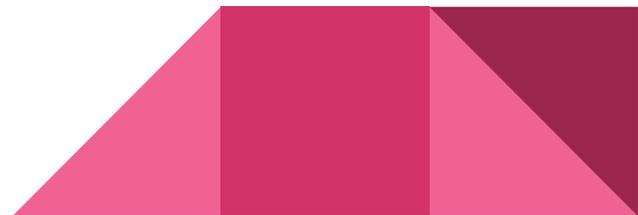
CASO 1



— *Al otro lado del mundo*

EL MEDIÁTICO CASO “GYPSY ROSE”

<https://www.youtube.com/watch?v=uosaaSGR6JI>



CASO 2



— *Un caso muy cercano*

EL NO TAN MEDIÁTICO CASO ASISTIDO EN ARAGÓN

- Paciente mujer de 20 años
- Hija única de padres separados



- Siempre ha vivido con su madre, con quien mantiene una **relación fusional**
- **Escaso contacto** con el padre, que convive desde hace años con una **nueva pareja** y la hija de esta (edad similar, mismo nombre, enferma grave)

CASO 2 - CLÍNICA PREDOMINANTE

Desde 2020, se perpetúa trastorno de conducta con **autolesiones reiteradas**:

- Ingesta de todo tipo de cuerpos extraños (cristales, pilas, cuchillas, chinchetas, agujas, loza..)
- Introducción por vía vaginal de diferentes objetos cortantes, punzantes (cuchillas, cristales), sustancias químicas
- Introducción de agujas en antebrazos y abdomen
- Cortes superficiales en diferentes partes del cuerpo

Inicialmente con finalidad ansiolítica y posteriormente instrumentalizadora

CASO 2 - CLÍNICA PREDOMINANTE

En sus diferentes ingresos, síntomas clínicos extraños sin una clara explicación:

- Episodios abruptos de **pérdida de tono muscular** con caída
- Cuadros de pérdida de conciencia en el contexto de **episodios de apnea y desaturación** (SO₂ de 88%) autoinducidos
- **Retenciones urinarias** que obligaron a un sondaje vesical permanente, y resolución inexplicable y espontánea.



CASO 2 - PAPEL DE LA MADRE

- Madre trabajadora sanitaria de un hospital, donde mantenía relaciones de amistad con diferentes profesionales bien posicionados
- Explicaba la grave sintomatología de su hija a diferentes profesionales y lograba eludir algunos protocolos y procedimientos
 - Más atención y recursos



CASO 2 - PAPEL DE LA MADRE



Sin embargo, cuando la paciente quedaba **bajo su supervisión...**

- Se ausentaba extrañamente con excusas poco razonables
- Llevaba al hospital los objetos con los que más tarde su hija se lesionaba (costureros con agujas, cáscaras de cacahuets...)
- Durante los permisos, dejaba a su hija ir sola al bazar a comprar objetos peligrosos
- Permitió el baño en la piscina tras una grave intervención ginecológica

“Aconsejable valoración psicológica de la madre”



CRONOGRAMA

Hiperfrecuentadora de todos los recursos de la Red de Salud Mental de esta Comunidad Autónoma y también de la sanidad privada

CASO 2 - TRAYECTORIA ASISTENCIAL HOSPITALARIA

Ingresos en total en Unidades de Agudos:

- 5 en UCE de Psiquiatría Infanto-Juvenil (HCU)
- Ingreso en Centro Prisma
- 4 en UCE de adultos (3 en HRV y 1 en HCU)
- Ingreso judicial en Neuropsiquiátrico Ntra Sra del Carmen

> 450 visitas a urgencias hospitalarias

Ingresos en total en Unidades de Media Estancia:

- Hospital de Día Infanto-Juvenil (Parque Goya)
- Amalgama7 (Barcelona)
- CAT (Tarragona)





CASO 3



— ¿Un posible caso incipiente?

TILDA SWINTON JOHN C. REILLY EZRA MILLER



SÉLECTION OFFICIELLE
FESTIVAL DE CANNES

WE NEED TO TALK ABOUT **KEVIN**



UN FILM DE LYNNE RAMSAY



PRODUCTION: ... DISTRIBUITEUR: ...

**ACTUACIÓN DESDE
DISPOSITIVOS DE
SALUD MENTAL ANTE
LA SOSPECHA DE
MALTRATO INFANTIL**



MALTRATO INFANTIL - DEFINICIÓN

“Toda forma de maltrato físico o emocional, abuso sexual, negligencia o tratamiento negligente, explotación comercial o de otra índole, que resulta en un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño, en un contexto de relaciones de responsabilidad, confianza o poder”, OMS.

Violencia de género también se considera una forma de violencia psicológica sobre el menor.

RUMI (Registro Unificado de Maltrato Infantil): Aumento de notificaciones. Rangos edad.

CONSECUENCIAS A NIVEL SOCIOECONÓMICO:

- Mayor propensión al absentismo escolar, abandono de estudios
- Riesgo de desempleo
- Desarraigo social, comportamientos antisociales o delictivos
- Incremento del gasto público

MALTRATO INFANTIL - REPERCUSIONES



- Efectos físicos:

- Retraso del crecimiento
- Obesidad, enfermedad cardiovascular
- Patrones fisiológicos anormales: cortisol, adrenalina, noradrenalina

- Efectos sobre la regulación emocional:

- Incremento de emociones negativas
- Umbral de tolerancia al estrés bajo
- Hipervigilancia, hiperactividad, temor, hostilidad
- Embotamiento emocional, escasa respuesta social, depresión
- Labilidad emocional, arrebatos de ira
- Juego desorganizado

MALTRATO INFANTIL - REPERCUSIONES

- **Efectos sobre la formación del vínculo:**
 - Apego inseguro, desorganizado: miedo, desorientación, cambios de conducta de aproximación a evitación, expresiones extrañas, frialdad
 - Persistente
- **Efectos sobre el desarrollo del autoconcepto:**
 - Baja autoestima
 - Dificultad para expresar sentimientos
- **Efectos sobre el desarrollo simbólico y social:**
 - Juego reducido, rutinario, estereotipado
 - Juego social deteriorado, menos iniciativa
 - Menos sensibilidad a las emociones ajenas
 - Torpeza, agresiones inapropiadas, distanciamiento

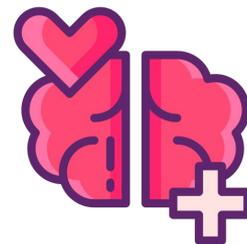


MALTRATO INFANTIL - REPERCUSIONES

- **Efectos sobre el desarrollo cognitivo:**
 - Lenguaje y habilidades no verbales
 - Dificultades en la concentración y organización, apatía, ausencia de motivación
- **Efectos sobre la salud mental:**
 - Más riesgo de padecer, y más riesgo de evolución crónica y tórpida
 - Trastornos emocionales y del comportamiento
 - Personalidad antisocial
 - Ideación suicida, autolesiones
 - TEPT en abuso físico grave
- **Efectos sobre la resiliencia**



MALTRATO INFANTIL - EVALUACIÓN



SOSPECHA DE MALTRATO:

- Confirmar sospecha con ayuda de otro profesional con mayor experiencia, y organizar conjuntamente la exploración
- Entrevista a solas con el niño, exploración física (acompañado) y mental *
- Entrevista con todo el núcleo familiar de convivencia
- Informes escolares
- Revisar historia clínica previa
- Informes de los servicios sociales

MALTRATO INFANTIL - EVALUACIÓN

ENTREVISTA: valoración del daño psíquico, circunstancias ambientales, apego, vulnerabilidad, impacto emocional y conductual, estado de salud del niño

- Puede ser realizada por TS
- Hablar sobre ambiente familiar, relaciones, rutinas...
- Dibujos o muñecos para representar situaciones
- Vínculo primero, información después
- ¿Cómo se sitúa el niño frente a la violencia? ¿Dinámicas familiares?

Evitar pedir testimonio repetidas veces.



MALTRATO INFANTIL - ACTUACIÓN A NIVEL LEGAL

SOSPECHA DE MALTRATO:

- **Notificación a departamento de servicios sociales (IASS)**

Si existen indicios de posible maltrato/negligencia/desprotección sin situación de urgencia:

- **Fiscalía de Menores**

Si situación de urgencia:

- Policía (unidad GRUME)
- Juez de guardia (emitiendo parte de lesiones)



HOJA DE NOTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL

IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO:

Apellidos _____ Nombre _____ Sexo V M
 Fecha de Nacimiento ____/____/____ Lugar de Nacimiento _____
 Dirección habitual _____ Localidad y Provincia _____
 Acompañante Padre Madre Tutor Policía Otros: _____
 Relación del presunto maltratante con el niño: _____ Nº tarjeta sanitaria del menor _____

SITUACIÓN ACTUAL DEL NIÑO:

Dónde se encuentra actualmente _____
 Dirección y teléfono de contacto _____
 Quién se está haciendo cargo de él _____
 Situación física/psíquica del niño _____

TIPO DE MALTRATO DETECTADO:

<input type="checkbox"/> MALTRATO FÍSICO	<input type="checkbox"/> NEGLIGENCIA FÍSICA	<input type="checkbox"/> SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN
<input type="checkbox"/> ABUSO SEXUAL	<input type="checkbox"/> MALTRATO/NEGLIGENCIA PSÍQUICA	<input type="checkbox"/> OTROS (maltrato prenatal, corrupción, explotación laboral, abandono...)

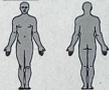
NIVEL DE GRAVEDAD:

LEVE
 MODERADO
 GRAVE

INDICADORES OBSERVADOS:

SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR:

EXPLORACIÓN FÍSICA: Señale la localización de las lesiones



ACTUACIÓN REALIZADA:

- Hospitalización / Solicitud de Hospitalización
- Comunicación al Centro de Salud
- Derivación / Interconsulta a Salud Mental
- Parte de Lesiones al Juzgado
- Notificación al Servicio Especializado de Menores
- Notificación a Servicios Sociales Comunitarios
- Otras _____

INSTITUCIÓN QUE NOTIFICA:

Centro _____ Servicio / Consulta _____ Municipio: _____
 Teléfono / Fax _____ Fecha: ____/____/____ Hora de notificación: _____
 PERSONA QUE NOTIFICA (campos opcionales): Nombre _____ Nº Colegiado _____
 Médico de Familia Pediatra Enfermera Trabajador social Matrona Psicólogo Otros _____

URGENTE (Enviar notificación por fax, previo contacto telefónico, al Servicio Especializado de Menores).

SITUACIÓN URGENTE es aquella en la que existe certeza o sospecha razonable de que la salud y/o seguridad básicas del menor se encuentran o pudieran encontrarse seriamente y directamente amenazadas, y además no hay una figura familiar o de apoyo que pueda hacerse cargo del menor.

ORDINARIA (Enviar notificación por correo a los Servicios Sociales Comunitarios de referencia)

Sello del centro:

Esta información es confidencial y no puede ser utilizada fuera del ámbito para el que ha sido emitida. Gracias por su colaboración.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN Y ENVÍO DE LA HOJA DE NOTIFICACIÓN

SI SE TRATA DE UNA NOTIFICACIÓN DE MALTRATO NO URGENTE (ordinaria):

Pasos a realizar:

- Completar esta Hoja de Notificación de Situaciones de Maltrato Infantil.
- Remitir el original a los Servicios Sociales Comunitarios de la zona (previo contacto telefónico).
- Distribuir copias del documento como sigue:
 - Archivar una copia en la historia clínica / registro de Urgencias
 - Entregar una copia al trabajador social del centro notificante.

SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS:

Puede consultar el teléfono y la dirección de los Servicios Sociales Comunitarios de referencia en su zona en el listado facilitado en el Anexo 3.

SI SE TRATA DE UNA NOTIFICACIÓN DE MALTRATO URGENTE:

Pasos a realizar:

- Completar esta Hoja de Notificación de Situaciones de Maltrato Infantil
- Remitir el original por fax al Servicio Especializado de Menores (previo contacto telefónico)
- Distribuir copias del documento como sigue:
 - Archivar una copia en la historia clínica / registro de Urgencias
 - Entregar una copia al trabajador social del centro notificante.

SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE MENORES:

Zaragoza: Tm 978 71 50 04 Fax 978 71 52 88 /
 Huesca: Tm 978 64 13 26 Fax 974 22 15 04 /
 Teruel: Tm 974 22 16 35 Fax 978 64 12 32
 TELEFONO DE INFORMACIÓN Y ATENCIÓN A LA INFANCIA: 901 111 110

Algunas notificaciones remitidas a los Servicios Sociales Comunitarios o al Servicio Especializado de Menores, pueden requerir A SU VEZ notificarse al JUZGADO DE GUARDIA.

- La presente hoja de notificación, precedida del OFICIO DE REMISIÓN, servirá como PARTE DE LESIONES.
- Además de los pasos señalados anteriormente para la notificación a Servicios Sociales Comunitarios o al Servicio Especializado de Menores, siga las siguientes instrucciones.

Pasos a realizar:

- Completar esta Hoja de Notificación de Situaciones de Maltrato Infantil.
- Completar los datos del Oficio de Remisión (ver anexo 2).
- Contactar con el Juzgado de Guardia para concretar el modo de envío de estos documentos.

JUZGADOS DE GUARDIA DE ARAGÓN:
 Zaragoza capital: Tel. 976 208 127 / Resto de Aragón: a través del 091

MALTRATO INFANTIL - INTERVENCIÓN SM

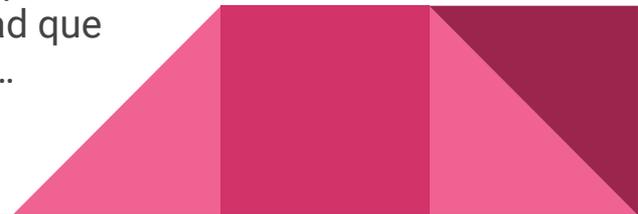
No corresponde al equipo de Salud Mental la investigación de los hechos reales

- Tratamiento psicoterapéutico
 - Plano emocional: normalizar emociones, aclarar dudas
 - Plano conductual: inseguridad, asertividad, afrontamiento
 - Plano cognitivo: reestructurar valores y creencias sobre la violencia. Grupos.
- Valorar coordinación con otros dispositivos:
 - USMIJ, hospitalización (si gravedad clínica)...
 - Espacio Ariadna (programa de atención al conflicto familiar)
- Abordaje multidisciplinar



MALTRATO INFANTIL - PREVENCIÓN

- **Primaria:** Planificación familiar, promover ayudas sociales, modificar actitudes sociales. Formación y sensibilización.
- **Secundaria:** Detección familias de alto riesgo, tratamiento temprano, incrementar medidas de atención a los niños, reducir aislamiento social de las familias, mejorar la prestación de los servicios sociales
- **Terciaria:** Ayuda y tratamiento de las víctimas y de su entorno. Minimizar secuelas, evitar revictimización. Evaluación sobre la probabilidad de nuevos episodios si permanece en núcleo familiar. Puede requerir expulsión del hogar del abusador, órdenes judiciales para prohibir el acceso del agresor si se considera que el niño está en riesgo. Capacidad del progenitor no agresor para aceptar lo que sucedió y capacidad que tiene para proteger a la víctima, trabajo en cuestión de lealtades...



MALTRATO INFANTIL - PREVENCIÓN

Investigaciones demuestran que muchos niños separados de la familia no mostraron buena evolución. Lo ideal rehabilitar al niño en su familia de origen si fuera posible.

PREDICCIÓN DE ÉXITO DE LA REHABILITACIÓN FAMILIAR:

- Riesgo de recurrencia bajo
- **Padres reconocen el abuso y aceptan el tratamiento**
- No hay trastornos mentales o conductuales asociados
- Parejas que los apoyan
- Lesiones por abuso leves
- Interacción con el niño normal
- Apego seguro
- Capacidad para empatizar y anteponer al niño a otros intereses
- Buena salud del niño
- Niño resiliente

Cuando no se dan estas condiciones: los tribunales proveen de un hogar alternativo con padres de acogida o adoptivos. En niños más mayores, puede ordenarse el traslado a una residencia para menores.



GRACIAS POR

VUESTRO TIEMPO