

ATENCIÓN maltrato INFANTIL DESDE EL AMBITO SANITARIO



Instituto Madrileño
del Menor y la Familia

CONSEJERIA DE SANIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES

Comunidad de Madrid



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



www.madrid.org/publicamadrid

Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid

José A. Díaz Huertas
Juan Casado Flores
Esperanza García García
Miguel Ángel Ruiz Díaz
Joaquín Esteban Gómez

Edita: INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
Portada: Ramón Redondo
Tirada: 3.000 ejemplares
Coste unitario: 370 pesetas
Edición: 09/98
Depósito Legal: M-36979-1998
Imprime: B.O.C.M.
ISBN 84-411525

Presentación

I. Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid

- Justificación
- Marco legal
 - Nivel internacional
 - Nivel estatal
 - Nivel autonómico
 - Nivel sanitario
 - Nivel profesional
 - Plan de Atención a la Infancia en la Comunidad de Madrid
- Descripción contenido del programa
- Objetivos que se pretenden alcanzar
- Actividades
 1. Formación
 2. Registro de casos
 3. Diagnóstico e intervención
 4. Prevención
 5. Guía
 6. Salud Mental
 7. Internet
- Actividades que incluye el programa y calendario previsto
- Evaluación y seguimiento del programa
- Contenidos del programa de formación
- Equipo

II. Proceso de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario**III. Contenidos teórico de formación del programa**

01. Historia. Concepto	<i>José A. Díaz Huertas</i>
02. Epidemiología. Etiopatogenia	<i>Inés Galán Sierra</i>
03. Lesiones cutáneo mucosas	<i>Juan Casado Flores</i>
04. Lesiones viscerales - esqueléticas	<i>Juan Vázquez Estévez</i>
05. Diagnostico por la imagen	<i>Gloria Gómez Mardone</i>
06. Intoxicaciones	<i>Juan Carlos Molina Cabañero</i>
07. Síndrome Münchhausen poderes	<i>M^a Luisa Catalina Zamora</i>
08. Diagnostico diferencial	<i>Antonio Baño Rodrigo</i>
09. Maltrato emocional	<i>Consuelo Escudero Alvaro</i>
10. Psiquiatría	<i>Mercedes Rodrigo Alfageme</i>
11. Abuso sexual. Concepto, causas	<i>Barbara Rubio</i>
12. Hímenes. Exploración ap. genital	<i>Juan Ordás</i>
13. Efectos psicológicos	<i>Juan Paños Martín</i>
14. E.T.S.	<i>Juan Ballesteros Martín</i>
15. Diagnostico	<i>José María Arribas Blanco</i>
16. Servicios Sociales Municipales	<i>Carmen Martínez Segovia</i>
17. Comisión Tutela Menor	<i>Esperanza García García</i>
18. Policía. GRUME	<i>Elena Palacios Tejero</i>
19. Fiscal	<i>Felix Pantoja García</i>
20. Juez	<i>M^a Jesús Coronado Buitrago</i>
21. Salud (APS., Salud Pública)	<i>Carmen Martínez González</i>
22. Salud (hospital)	<i>Ricardo Martino Alba</i>
23. Prevención	<i>Mercedes Zahonero Coba</i>
24. Investigación	<i>José Manuel Morales González</i>

IV. Bibliografía**V. Direcciones de interés**

PRESENTACIÓN

La Asamblea General de las Naciones Unidas celebrada el 20 de noviembre de 1989, aprobó la Convención de los Derechos del Niño, entre los cuales se contaba el de ser protegido de toda forma de violencia física o mental, de descuido o tratamiento negligente, de la explotación laboral y, en especial, del abuso sexual. Esta Convención fue ratificada por España La Primera Cumbre Mundial en favor de la Infancia se celebró en la sede de Naciones Unidas el 30 de septiembre de 1990, y en ella, más de treinta potencias mundiales, entre ellas España, se comprometieron a luchar contra la explotación, el abandono, la enfermedad, el analfabetismo,..., males que, desgraciadamente, padecen por igual los niños de países ya industrializados ya en vías de desarrollo.

La Comunidad de Madrid, en el marco autonómico derivado de la Constitución, creó la Comisión de Tutela del Menor en 1988. Posteriormente crearía el Instituto Madrileño de Atención a la Infancia - hoy, Instituto Madrileño del Menor y la Familia-, y promulgaría la Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia, que ha supuesto el impulso definitivo en esta materia y la prevención y actuación ante posibles situaciones de desamparo y maltrato infantil, desarrollando paralelamente diversas medidas en el ámbito sanitario.

La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, a través del Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito mencionado, que aquí presentamos, cumple con lo establecido en la Ley 2/1996 de creación del Instituto Madrileño del Menor y la Familia, que establece, dentro de sus directrices generales, las siguientes funciones: Coordinar su actividad con la de otras áreas administrativas implicadas en la atención a la infancia y la familia en el espacio propio de la Comunidad de Madrid..

Desarrollar programas de prevención del desamparo y otras situaciones de riesgo de los menores, en particular de los afectados por minusvalías.

Desempeñar tareas de investigación que permitan un mejor conocimiento de la situación y de los problemas de la infancia en nuestra Región.

Desarrollar acciones de formación permanente para profesionales dedicados al trabajo con los menores y la familia, sin perjuicio de la programación global establecida por el Instituto Madrileño de Formación.

El Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario, comenzó a prepararse en 1997, coincidiendo con el Día Universal de la Infancia (20 de noviembre), por lo que podemos felicitarnos por el breve espacio de tiempo en el que se ha desarrollado.

Dicho Programa es fruto del trabajo de un numeroso grupo de profesionales, que han hecho posible que este ambicioso proyecto salga a la luz y pueda llevarse a cabo con notables perspectivas de éxito.

La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, a través del Instituto Madrileño del Menor y la Familia, impulsan este Programa con el convencimiento de que la mejora en la calidad de la atención a la infancia, mediante la incorporación de aspectos psicosociales en la actividad diaria y la coordinación con otros dispositivos, como son los servicios sociales, repercutirá en la disminución y aun la erradicación de los casos de maltrato infantil.

La colaboración del Instituto Nacional de la Salud y la participación activa de sus hospitales y centros de salud, de las Concejalías del Área Sanidad y Consumo y del Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, así como de la Dirección General de Acción Social del Menor y la Familia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y, en fin, de las Facultades de Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma, ha sido fundamental e imprescindible en la elaboración del Programa, como habrá de ser para su desarrollo posterior.

Madrid, 27 de septiembre de 1998

Rosa Posada Chapado
Consejera de Sanidad y Servicios Sociales

INTRODUCCIÓN

El *Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario* surge desde la necesidad de formación, sensibilización, de acercamiento al conocimiento real del problema, desarrollo de pautas de atención, prevención, coordinación y elaboración de nuevos materiales didácticos que permitan divulgar el problema.

El documento que aquí presentamos, no es un libro de texto, sino que recoge el marco teórico de desarrollo del Programa y los contenidos metodológicos, prácticos, didácticos, formativos, a través de capítulos cortos, didácticos, fáciles de leer, desde una visión amplia del maltrato infantil, incorporando diferentes formas de presentación como el maltrato físico, emocional, sexual,... así como la intervención en estos casos.

Debemos hacer mención especial al Registro acumulativo de casos que se va a iniciar con este programa que supone:

- un acercamiento al conocimiento real de este problema.
- conseguir la actuación de los servicios sociales, ayudando a los niños y sus familias
- implicar a los profesionales sanitarios en la intervención en situaciones de riesgo o de maltrato infantil.

El consenso ha sido una de las premisas fundamentales del Programa, de ahí, la amplia implicación de profesionales e instituciones que han participado. Este equipo multidisciplinar ha sido formado por médicos de distintas especialidades (pediatras, ginecólogos, cirujanos infantiles,...) de asistencia primaria y hospitalaria, psicólogos, trabajadores sociales fiscales, jueces,... así como, estudiosos y expertos en malos tratos infantiles.

El primer capítulo describe el Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario, incluye: Justificación, Marco legal, Descripción del contenido del programa, Objetivos que se pretenden alcanzar, Actividades que incluye el programa (Formación, Registro de casos, Diagnóstico e intervención, Prevención, Guía, Salud Mental, Internet) y calendario previsto, Evaluación y seguimiento del programa, contenidos del programa de formación y los diferentes componentes del Equipo (Atención Primaria, Hospitales, Centros Municipales de Salud, Equipos de Salud de las Residencias de Atención a la Infancia y Adolescencia, Salud Mental, Guía, Comité Técnico y Asesores Científicos).

En el segundo capítulo se establece el Proceso de Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario en sus diferentes fases: diagnóstico - detección, notificación y tratamiento - intervención.

El tercer capítulo facilita los contenidos teóricos en los 25 temas de Formación del Programa de forma esquemática tanto de aspectos clínicos como sociales y legales.

La información acerca de la bibliografía en castellano que puede resultar útil para aquellos que quieran profundizar en el estudio del maltrato infantil, se presenta en el capítulo cuarto.

Por último, en el capítulo quinto se enumeran los organismos e instituciones relacionados con este problema con las direcciones y teléfonos de contacto.

Este documento inicial es una propuesta de trabajo y será sometido a una revisión permanente, por lo que en ediciones posteriores se recogerá tanto los resultados del Registro de casos como las modificaciones que vayan produciéndose.

El Instituto Madrileño del Menor y la Familia organiza este Programa que se realizara bajo la dirección de *José A. Díaz Huertas*, médico Coordinador de Asistencia Sanitaria de este Instituto, *Juan Casado Flores*, Jefe del Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Infantil del Niño Jesús, *Miguel Angel Ruiz Díaz*, Profesor titular del Departamento de Psicología Social y Metodología y Vicedecano para Relaciones Internacionales de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, *Joaquín Esteban Gómez*, Diplomado en Enfermería del Instituto Madrileño del Menor y la Familia, y de esta Directora Gerente.

El Programa trata de dar respuesta a la inquietud de diferentes profesionales preocupados ante un problema, el maltrato infantil, en el que el conjunto de la sociedad precisa avanzar con respuestas institucionales y ciudadanas en consonancia con la gravedad del mismo y en el que los profesionales en general y los sanitarios en particular, tienen un papel fundamental en la prevención, diagnóstico y tratamiento de los casos de maltrato infantil.

Esperanza García García
Directora Gerente
Instituto Madrileño del Menor y la Familia



I. PROGRAMA DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

INDICE

- Justificación
- Marco legal
 - Nivel internacional
 - Nivel estatal
 - Nivel autonómico
 - Nivel sanitario
 - Nivel profesional
 - Plan de Atención a la Infancia en la Comunidad de Madrid
- Descripción contenido del programa
- Objetivos que se pretenden alcanzar
- Actividades
 1. Formación
 2. Registro de casos
 3. Diagnóstico e intervención
 4. Prevención
 5. Guía
 6. Salud Mental
 7. Internet
- Actividades que incluye el programa y calendario previsto
- Evaluación y seguimiento del programa
- Contenidos del programa de formación
- Equipo
- Ayudas y colaboraciones para la ejecución del programa

Programa de atención al maltrato Infantil desde el ámbito sanitario

Justificación

El maltrato infantil, como expresión máxima de desamparo y desprotección, es un problema social y de salud de primer orden. Su importancia real en nuestro medio es desconocida al ignorarse la epidemiología, factores predisponentes, clínica, formas de detección, diagnóstico, secuelas a corto, medio y largo plazo y mortalidad en la totalidad y en cada uno de los tipos de maltrato.

Se desconoce también el grado de sensibilización y de formación específica para el diagnóstico del niño maltratado por parte de los profesionales sanitarios, así como de su capacidad para el manejo de estos niños. Con frecuencia el ámbito sanitario diagnóstica solo los malos tratos físicos graves y/o recidivantes, que aunque es la forma más evidente, es la menos frecuente. Por ello es necesario investigar desde este ámbito todas las variables sociales y de salud relacionadas con los malos tratos a la infancia así como las carencias que permitan mejorar la eficiencia en la atención al niño en este problema.

Mientras no se disponga de datos reales las políticas de promoción y atención a la infancia y de prevención del maltrato infantil pueden ser inadecuadas, ya que se desconoce si el número de casos y su importancia justifican los recursos asignados o éstos deberían transferirse a otros programas sociales o si los casos detectados desde los distintos ámbitos corresponden a la realidad o son solo una pequeña parte.

Los profesionales sanitarios ocupan una posición privilegiada en la prevención y detección e intervención en casos de maltrato infantil pero en la actualidad, no todos los profesionales ni el propio sistema sanitario esta en condiciones de atender adecuadamente todos sus aspectos.

El fomento de las actuaciones de carácter preventivo y la detección precoz constituyen una de las actuaciones principales en los casos de riesgo social o maltrato infantil. Proporcionar la información y formación necesaria a estos profesionales para que puedan identificar estas situaciones desde las primeras señales de alarma, así como la forma de orientarlas o tratarlas es fundamental para que el maltrato infantil no llegue a producirse.

La complejidad de este problema requiere también soluciones complejas que no pueden ser abordadas desde un solo ámbito de actuación. Por lo que es necesaria la implicación de todas las instituciones y de los profesionales que atienden desde una u otra área a la infancia y la familia.

Los derechos y necesidades de la infancia desde su promoción y mejora del bienestar infantil como forma de actuación y prevención del maltrato infantil deben marcar las políticas de atención a la infancia.

Los problemas sociales que afectan a los menores no pueden ser fragmentados ni descontextualizados de su medio, lo que hace imprescindible una coordinación de todas las instituciones implicadas que permita abordar las situaciones con una visión globalizadora y a través de programas integrales.

La coordinación y cooperación interinstitucional es fundamentales en la atención al maltrato infantil para evitar tanto la falta de asistencia como la duplicidad de servicios y de protocolos comunes / similares en el conjunto de la Comunidad de Madrid.

La prevención es un objetivo prioritario que todo programa de actuación en maltrato infantil debe contemplar como una estrategia fundamental y no solo orientada a prevenir la aparición de casos de malos tratos sino también a su detección precoz y evitando su repetición y secuelas.

Un aspecto importante a considerar en el maltrato infantil son los niños que requieren ser atendidos fuera de su ambiente familiar. La atención a los problemas de salud que presentan los niños en situación de riesgo social y/o que requieran ser atendidos fuera de su ambiente familiar en centros de acogimiento residencial precisa de una intervención adecuada a las necesidades específicas de esta población infantil.

El maltrato infantil tiene importantes repercusiones en el desarrollo socioemocional del niño y puede provocar diferentes problemas psicológico - psiquiátricos en el niño. Los servicios de salud mental tienen un papel relevante no solo en el tratamiento de las secuelas, sino también en la detección de casos.

El intercambio de información y el mantenimiento de relación entre aquellos profesionales e instituciones interesadas en el maltrato infantil es imprescindible, por lo que se utilizara Internet y el correo electrónico para facilitar el conocimiento y desarrollo de este programa.

Marco legal

La legislación referente a los derechos de los niños y al maltrato infantil es muy extensa, por lo que, solo nos vamos a referir a aquellos aspectos más significativos tanto en el ámbito internacional, estatal, de la Comunidad de Madrid como de algunos aspectos sanitarios.

• Nivel internacional

El marco de obligada referencia es la *Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas* de 1989 que en su artículo 19 establece que:

1. *Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas, apropiadas para proteger al niño contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.*
2. *Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales, con objeto de proporcionar la asistencia sanitaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial.*

La Carta Europea de Derechos del Niño, Resolución A3-0172/92 del Parlamento Europeo, establece en su apartado 8.19 que:

Los Estados miembros deberán otorgar una protección especial a los niños víctimas de tortura, malos tratos, sevicias o explotación por parte de los miembros de su familia o las personas encargadas de su cuidado. Además de ello los Estados miembros deberán asegurar a estos niños la continuación de su educación y el tratamiento adecuado para su reinserción social.

• Nivel estatal

La Constitución española menciona de forma explícita la protección a la infancia en su artículo 39 apartados:

2. *Los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil.*
4. *Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.*

La Ley 21/87 de 11 de noviembre por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal supuso la introducción de un marco normativo moderno de protección a la infancia: desjudicialización de la protección al menor, primacía del interés superior del niño, integración preferente del niño en núcleos familiares creando la forma del acogimiento familiar, responsabilidad de las respectivas Comunidades Autónomas, programas de apoyo a las familias, etc.

La reciente Ley Orgánica 1/1996 de protección jurídica del menor y de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal constituye un amplio marco jurídico de protección a la infancia que en el artículo 13 trata sobre la obligación de la denuncia y de mantener la confidencialidad:

1. *Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.*
3. *Las autoridades y las personas que por su profesión o función conozcan el caso actuarán con la debida reserva. En las actuaciones se evitará toda interferencia innecesaria en la vida del menor*

La obligación de comunicar aquellos casos de malos tratos de los que se tengan conocimiento esta recogida en diferentes y numerosas legislaciones como, por ejemplo, en el caso de los profesores / centros docentes según el Real Decreto 732/1995, de 5 de mayo, por el que se establecen los derechos y deberes de los alumnos y las normas de convivencia en los centros que en su Título II sobre los derechos de los alumnos en su artículo 18 establece que:

Los centros docentes estarán obligados a guardar reserva sobre toda aquella información de que dispongan acerca de las circunstancias personales y familiares del alumno. No obstante, los centros comunicarán a la autoridad competente las circunstancias que puedan implicar malos tratos para el alumno o cualquier otro incumplimiento de los deberes establecidos por las leyes de protección de los menores.

• Nivel Autonómico

La Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid, Ley 6/1995 de 28 de marzo, en el Capítulo III referente a la atención sanitaria establece en los artículos:

44. *Los menores que sufran malos tratos físicos o psíquicos, en el seno de su familia, institución o entorno, recibirán protección especial de carácter sanitario, asistencial y cautelar urgente.*

45. Los titulares de los Servicios de Salud y el personal sanitario de los mismos, están especialmente obligados a poner en conocimiento de la Comisión de Tutela del Menor y de la Autoridad Judicial o del Ministerio Fiscal, aquellos hechos que puedan suponer la existencia de desprotección o riesgo infantil, así como colaborar con los mismos para evitar y resolver tales situaciones en interés del niño

- **Nivel sanitario**

La Organización Mundial de la Salud ha considerado en diversas ocasiones el maltrato infantil y recientemente a promovido un estudio sobre el maltrato físico¹.

La Ley General de Sanidad Ley 14/1986 de 25 de abril en su artículo 8.1 reconoce, en general, la importancia del conocimiento epidemiológico de los problemas que tienen implicaciones en salud, entre los que podríamos considerar el maltrato infantil:

Se considera actividad fundamental del sistema sanitario la realización de estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica.

- **Nivel profesional**

Los profesionales también están obligados a intervenir en los casos de maltrato infantil a través de los correspondientes códigos deontológicos a probados por sus correspondientes colegios profesionales.

El Código de Deontología y Ética Médica en su artículo 30.2 establece:

El médico que conociere que cualquier persona y más aún si es menor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos, deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad correspondiente.

Así mismo, el Código Deontológico de la Enfermería Española en su Capítulo VII artículo 39 establece que:

La enfermera denunciará y protegerá a los niños de cualquier forma de abusos y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.

- **Plan de Atención a la Infancia en la Comunidad de Madrid**

La observación de la situación de la infancia en la actualidad lleva a concluir que se ha avanzado mucho en la mejora de las condiciones sanitarias. No obstante aún constituyen desafíos en nuestro país y también para nuestra región alcanzar, con el más alto nivel y para el mayor número posible, las metas relativas a la protección de la salud y a la mejor protección de los niños en circunstancias particularmente difíciles, así como a la eliminación de las causas que lo provocan.

El Plan de Atención a la Infancia en la Comunidad de Madrid expresa las actuaciones a realizar en la Comunidad de Madrid con la finalidad de desarrollar una política integral de infancia encaminadas a lograr el bienestar de los menores.

El Plan dentro de sus principios de actuación considera en el apartado:

2.8 Como premisas metodológicas coherentes con este modelo integrador, el Plan contempla la necesidad de la investigación para mejor actuar sobre las causas de los problemas, la formación permanente como medio de mejorar la calidad de la atención y la potenciación del trabajo interprofesional e interdisciplinar, como forma adecuada de abordar situaciones complejas y como expresión de la necesaria coordinación institucional para conseguir una atención global e integral.

La finalidad principal es proporcionar una atención integral a la infancia que en su objetivo número 2 contempla la prevención de los riesgos sociales que comprometan el desarrollo integral de las personas en su etapa infantil a través de:

2.06 Conseguir un adecuado sistema de detección precoz y valoración de situaciones de riesgo para los menores

2.07 Efectuar estudios que permitan conocer la etiología, incidencia y prevalencia de situaciones de riesgo, desamparo y maltrato infantil, así como los efectos de las intervenciones llevadas.

2.08 Conseguir la actuación coordinada y eficaz de cuantos organismos se encuentren asociados a la protección del bienestar del menor para la detección precoz y valoración de situaciones.

Descripción contenido del programa

El Programa que se desarrollará a lo largo de 5 años abarca la formación de profesionales, estudios epidemiológicos, atención a niños maltratados, prevención, .., Y en su conjunto supone implicar tanto a los

¹ WHO/FHE/CHD/94.1 Protocol for the study of interpersonal physical abuse of children.

profesionales del ámbito de la salud, sanitarios y no sanitarios, como a instituciones públicas y privadas relacionadas con la atención a la infancia en la detección, intervención y prevención del maltrato infantil.

El método utilizado consistirá en:

- Elaboración de un Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario dentro del Plan de Infancia en la Comunidad de Madrid.
- Implicación de la red sanitaria a través de su participación activa.
- Campaña de información a través de documentos específicamente elaborados para los profesionales sanitarios.
- Formación de los profesionales sanitarios que se realizará mediante cursos teórico - prácticos, creación de grupos de trabajo e implicación de la red de atención a la infancia, y seguimiento de los casos detectados.
- Establecer un sistema de registro y vigilancia epidemiológica.
- Atención a los casos de maltrato infantil según las necesidades del niño y las características propias de este problema.
- Desarrollo de actuaciones de prevención de los malos tratos en la infancia desde el dispositivo sanitario.
- Sistematización de la atención a los problemas de salud de los niños atendidos en acogimiento residencial considerando las circunstancias que dieron lugar a la intervención, el medio en que viven y las posibles alternativas en su atención.
- Participación e integración del dispositivo de Salud Mental en el Programa.

Objetivos que se pretende alcanzar con el programa

Los objetivos que se pretenden alcanzar con el programa son los siguientes:

1. Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios en los problemas psicosociales de la infancia y la detección precoz del maltrato infantil, lo que contribuirá sin duda a una mejor calidad en la atención al niño y a la prevención de situaciones de riesgo social.
2. Conocer las características epidemiológicas de los malos tratos infantiles que pueden ser detectados desde el ámbito sanitario y su morbi - mortalidad, a través de un sistema de registro.
3. Disponer de datos fiables que permitan la elaboración de programas destinados a la promoción de los derechos y bienestar de la infancia, y la prevención, detección y tratamiento de los malos tratos infantiles.
4. Crear una red de informantes que a partir de este programa puedan continuar desarrollando esta labor de sensibilización y vigilancia epidemiológica.
5. Mejorar la atención sanitaria a los niños maltratados considerando las particularidades de este problema, identificando y atendiendo los casos desde la situación de niños / familias en riesgo
6. Prevenir el maltrato infantil, tanto de la aparición de casos como a través de la detección precoz e intervenciones sobre las secuelas y posibles repeticiones.
7. Atender a los niños en acogimiento residencial según sus necesidades en salud de forma protocolizada.
8. Incrementar la participación activa en los programas de detección desde otros ámbitos (escuela, servicios sociales, etc.).

Actividades

El *Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario* se desarrollará en un plazo de cinco años de duración y en siete áreas de actuación: formación, registro de casos, diagnóstico e intervención, prevención, Guías, Salud mental e Internet.

1. Formación

Los cursos organizados tendrán como objetivo inmediato aumentar los conocimientos acerca de la infancia con especial incidencia en indicadores de riesgo e indicadores de maltrato y como objetivo último mejorar las técnicas para abordar la atención integral a la infancia. Los primeros tres años se celebrará un curso en el que participarán 90 alumnos en cada uno:

- Por cada Área un médico, Diplomado Universitario en Enfermería (DUE), trabajador social de un Equipo de Atención Primaria de Salud (EAP) y de los Hospitales de ese área.
- un sanitario de los Equipos de Salud Pública del Área,
- otros dispositivos sanitarios como los Centros Municipales de Salud del Ayuntamiento Madrid, Salud Mental,...
- el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF) el técnico y el abogado de la Comisión de Tutela del Menor (CTM), y

- De los centros de acogimiento residencial el médicos, DUEs, trabajador sociales, psicólogos.

El cuarto y quinto año los cursos se celebraran en cada Área del INSALUD de Madrid, con lo que se realizarán 11 cursos anualmente impartidos, fundamentalmente, por aquellos profesionales formados previamente y con la experiencia adquirida en esos años.

Otro impacto del programa será mediante su difusión a través de instituciones públicas, privadas y entidades ciudadanas con lo que se incrementará notablemente el conocimiento y la sensibilización general acerca de este problema.

Metodología

- Encuesta - examen del nivel de conocimientos al inicio y a la finalización del curso
- Clases teórico - prácticas. Cada tema se desarrollará en dos horas: la 1ª una exposición teórica y la 2ª aspectos prácticos.
- Elaboración de un Manual donde se recojan los aspectos a considerar sobre el maltrato infantil en la Comunidad de Madrid y los procedimientos que se pueden realizar en cada caso.

2. Registro de casos

Se llevará a cabo mediante un registro acumulativo de casos. A través de este registro, todos los profesionales sanitarios estarán obligados a declarar todos los casos de maltrato o sospecha como contempla la legislación vigente.

Objetivo

El registro de los casos de maltrato o de sospecha de maltrato se realiza a través de una hoja de registro que debe ser cumplimentada por el profesional de los servicios de salud: atención primaria, hospitales, salud mental, servicios municipales de salud, etc.

La hoja de registro se ha desarrollado como un instrumento de recogida de información para la detección de casos. No se trata de un instrumento diagnóstico, sino que es una herramienta que permita la comunicación de casos de maltrato (o su sospecha) de una forma cómoda, detallada y estandarizada para todos los centros. La hoja de registro intenta recoger los principales indicadores de maltrato, sea éste físico, emocional, sexual o por negligencia del cuidador o familiar. Con ello se pretende recordar los indicadores más evidentes y permitir el registro rápido y fiable de los mismos.

La incorporación de los casos comunicados al sistema acumulativo de casos permitirá una estimación de la incidencia del maltrato y el estudio de los perfiles y tipologías de maltrato predominantes.

Metodología

Tras una revisión de la literatura existente sobre el tema se seleccionaron los indicadores de maltrato de más fácil detección por un profesional de salud. Un comité de expertos seleccionó, redactó y consensuó los indicadores más relevantes. Aquellos indicadores cuya redacción pudiera no ser inequívoca han sido acompañados de una leyenda explicativa.

La versión inicial del cuestionario fue sometida un grupo de 85 jueces expertos que evaluó la pertinencia de los ítems, su redacción y su sistema de registro y valoración. Dichas aportaciones fueron incorporadas a la versión final del instrumento.

Actualmente no existen todavía indicadores de fiabilidad y validez del instrumento. En esta fase de diseño sólo se ha elaborado el cuestionario base.

En la fase de estudio piloto se podrán evaluar la calidad de las respuestas de los usuarios del cuestionario, la comprensibilidad de los ítems, la facilidad de manejo y administración, la velocidad de ejecución y la funcionalidad del instrumento.

En la fase de validación se estimarán los valores de fiabilidad interjueces, validez y consistencia interna.

Material y métodos

La hoja de registro consiste en un cuestionario a doble cara en papel autocopiativo para tres ejemplares. Consta de cinco partes. Tres en la parte delantera y una en la parte trasera de la hoja (ver figura 1 y apéndice).

En la parte delantera se encuentran:

1. Un listado cerrado de síntomas de los que se puede seleccionar su presencia en el niño, su gravedad y si se trata de sospecha o de confirmación de maltrato.
2. Un dibujo anatómico que permite señalar aproximadamente las zonas en las que se detectan ciertos síntomas físicos.

- Un recuadro para poder escribir otros síntomas o comentarios no recogidos en el cuestionario cerrado. Esta pregunta es abierta.
- Un recuadro de identificación en el que se recogen los datos de identificación del niño y del notificador.

En la parte trasera se encuentra:

The diagram shows the back of a questionnaire form titled 'HOJA DE NOTIFICACIÓN DE MALTRATO FÍSICO Y ABANDONO'. It is divided into several sections:

- Indicadores:** A list of symptoms and signs categorized into:
 - Maltrato físico:** Includes items like 'Magulladuras o moretones', 'Hemorragias', 'Fracturas óseas', 'Heridas', 'Lesiones mucosales', 'Moretones hemáticos', 'Inflamación local', and 'Síntomas de intoxicación'. Each item has a radio button for selection.
 - Medicación:** Includes 'Escala Nielsen', 'Falta de apetito', 'Cansancio o apatía permanente', 'Problemas físicos (resaca, náuseas, etc.)', 'Es agitado, no le hace trabajar en el colegio o no va a la escuela', and 'Alto absentismo'.
 - Maltrato emocional:** Includes 'Maltrato emocional', 'Retazo físico, emocional y/o intelectual', and 'Culpa emocional (sobrecarga)'. Each item has a radio button.
 - Abuso sexual:** Includes 'Sin consentimiento', 'Con contacto físico sin penetración', 'Dificultad para amar y sentirse', 'Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada', 'Dolor o picor en la zona genital', 'Comilones o sangrados los genitales externos, zona vaginal o anal', 'Cenit o coque manchados o rojos', 'Erosión genital', 'Germen en la boca, genital o ropa', 'Síntomas vaginales', and 'Apena anal patológica'. Each item has a radio button.
 - Identificación del caso:** A section for recording the case details, including 'Fecha de nacimiento del niño', 'Fecha de nacimiento del notificador', and 'Fecha de inicio de los hechos'.
- Dibujo:** A simple line drawing of two figures, one larger and one smaller, representing a child and an adult. Below it is a box labeled 'Otros síntomas o comentarios:'.
- Leyendas explicativas:** A list of 13 numbered explanatory legends for the indicators, such as 'Sospacha: No están claros dibujos, sólo la sospecha, que se obtiene de su Historia Clínica no cree o contradice, o esta explicación aparece en la consulta.' and 'Magulladuras o moretones en diversas fases de evolución, en las que se observan en el punto de impacto del golpe, rojo, blanco o morado, con hinchazón, inflamación y dolor, o en el momento en que han sido recibidos, o en el momento en que se han ido formando, o en el momento en que se han ido formando, o en el momento en que se han ido formando...'.

- Un conjunto de leyendas explicativas para aquellos indicadores o síntomas que no sean evidentes por su redacción. Esta parte consta como referencia para el profesional de salud, asumiendo que su consulta será innecesaria a medida que el profesional se familiarice con el instrumento.

Se pretende que la hoja de registro sea autocontenida sin que necesite la referencia de materiales externos adicionales. Sin embargo, el cuadernillo de hojas va acompañado de un manual explicativo.

De las tres copias:

- una se adjunta a la historia clínica para el seguimiento del caso,
- otra se entrega a los servicios sociales del centro para la evaluación e intervención, y
- La tercera se remite al servicio de tratamiento de datos para el registro acumulativo de casos.

Población de referencia

La población de referencia son todos los niños enfermos o sanos que sean atendidos en centros sanitarios de la red pública de asistencia sanitaria de la Comunidad de Madrid. Considerando que la población infantil en edades y situaciones de riesgo de ser maltratada acude a estas consultas con gran periodicidad, a través del programa del niño sano y de consultas de urgencias, la cobertura alcanzada debería ser elevada.

Observaciones

La utilización de la hoja de registro no implica que dejen de utilizarse otros cauces de comunicación como pueda ser el judicial.

Metodología

Datos previos último trimestre año 1998 de la Comisión de Tutela del Menor y de hospitales referentes del Programa.

La declaración sistemática mediante una hoja en papel autocopiativo que recogerá los datos comenzará el 1 de enero de 1999 y se realizarán informes semestrales.

Recogida de datos

La recogida de datos se hará mediante correo a franquear en destino.

RESPUESTA COMERCIAL
B.O.C. nº 85 de 6.10.1998
Autorización nº 16. 813

NO
NECESITA
SELLO
A franquear
en destino

INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA
FAMILIA
Apdo. nº 453 F.D.
28080 MADRID

3. Diagnóstico e intervención

El maltrato infantil debe incluirse de forma sistemática como la etiología de determinados procesos patológicos siendo el diagnóstico diferencial o el juicio diagnóstico en procesos y síndromes compatibles.

3. a Derivación de casos

Existirán unos criterios diagnósticos y protocolos de actuación desde el ámbito sanitario, así como, centros hospitalarios (Niño Jesús, La Paz, 12 de Octubre, Gregorio Marañón, Severo Ochoa, Getafe, Alcorcón, Clínica de la Concepción, Móstoles, El Escorial, Príncipe de Asturias, Ramón y Cajal, San Rafael) que sirvan de referentes y de consulta junto con el IMMF para aquellos casos que se consideren oportunos.

3. b Terapias

Se ofrecerá un tratamiento multidisciplinar para proporcionar atención especializada a los niños maltratados y para la recuperación del núcleo familiar original en aquellas familias que exista esta posibilidad

3. c Acogimiento residencial

Se facilitará protección al niño víctima de violencia, abuso físico, emocional o sexual, descuidado, maltratado o privado de medio familiar considerando, además de los problemas sociales y educativos, los aspectos sanitarios (de salud) propios de esta población infantil.

Se establece una dependencia sanitaria con el Departamento de Pediatría y Cirugía Pediátrica del H.G.U. Gregorio Marañón como centro de referencia para el centro de Acogida de Hortaleza y de la atención especializada que requieran de dicho centro hospitalario para los niños atendidos en residencias del IMMF y de la coordinación de la asistencia sanitaria de las residencias.

Metodología.

Los profesionales participantes en el Programa serán los referentes para el maltrato infantil en sus respectivos ámbitos de trabajo (Atención Primaria, Hospital,...).

El IMMF y los hospitales Niño Jesús y Príncipe de Asturias intervendrán como centros pilotos en el desarrollo del Programa y en la recogida de datos durante los últimos 4/6 meses del año 1997.

Referentes

El Programa establece la figura del *referente* en los distintos ámbitos en los que se desarrolla el Programa (Atención Primaria, hospitales, salud mental) siendo los profesionales que:

- Actuarán como responsables del programa en sus centros / Áreas.
- Participarán en las reuniones semestrales de seguimiento del Programa.
- Formarán parte de los Consejos de Infancia.

4. Prevención

La búsqueda de una mayor eficacia en la prevención de los malos tratos en la infancia desde el ámbito sanitario se orientará a realizar los mayores esfuerzos en aquellos momentos especialmente favorables como son el periodo de gestación; el nacimiento y su atención en maternidad y neonatología; y en los primeros años de vida que requieren un mayor seguimiento del desarrollo y de la salud del niño.

◆ Prenatal

Las matronas, tocólogos y personal de enfermería que atienden a las mujeres durante el embarazo son unos profesionales en contacto con las madres en un periodo de especial vulnerabilidad para abordar los problemas que puedan afectar al niño y su familia.

La prevención se realizará no solo a través de la detección de situaciones de riesgo sino también mediante la preparación y apoyo a los padres (preparación al parto, escuela de padres) y orientaciones para la planificación familiar.

◆ Neonatología

El periodo de permanencia del niño y la madre en Neonatología constituye un lugar y momento apropiado para observar el apego padres/hijo, la vinculación y factores de riesgo social, ... así como para iniciar la labor de estimular y facilitar la relación padres-hijos.

El *Programa de Detección de Riesgo Social en Neonatología* se viene desarrollando desde 1994 con la participación inicial de los Hospitales de Móstoles y el Clínico San Carlos y se amplió a todos los hospitales / maternidades de la Comunidad de Madrid siendo sus objetivos:

- orientar a las familias con problemas sociales graves para que puedan atender y cuidar a sus hijos
- facilitar la detección precoz de situaciones de riesgo social que haga posible una intervención preventiva
- sistematizar la intervención ante situaciones de riesgo social, para generalizar su aplicación

◆ Atención Primaria

Los servicios de atención primaria de salud deben destacarse en la prevención del maltrato infantil al ser los únicos servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado en un periodo de edad en el que el niño es especialmente vulnerable (hasta los 5 años de edad).

El personal de atención primaria se encuentra en una posición privilegiada para la detección de niños con lesiones o en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora y para realizar intervenciones protectoras y preventivas

La prevención se va a desarrollar principalmente hasta la edad de 5 años considerando que a partir de esta edad existen otros dispositivos, fundamentalmente el escolar al comenzar la enseñanza obligatoria, que deben tener el papel primordial en la actuación en el maltrato infantil.

La detección precoz de deficiencias en el recién nacido y en el niño en aspectos psicosociales, y no solo físicos, representa un objetivo en Atención Primaria en el que INSALUD ha desarrollado diferentes actuaciones en los últimos años.

La intervención se realizará a través del Programa del Niño Sano

- Visita domiciliaria: se ha demostrado como una estrategia con una gran repercusión en la disminución de casos de maltrato infantil.
- Hoja de riesgo social que se incorporará como un elemento normalizado de la historia clínica (HAP).

En definitiva, supone una actuación en los primeros años de edad periodo de la vida en que el niño es más vulnerable.

5. GUIA

El INSALUD de Madrid en 1991 elaboró en colaboración con las Consejerías de Salud, Bienestar Social, Servicio de Menores Protegidos de la Consejería de Educación INSERSO, Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías, Federación de Asociaciones Pro Personas con Deficiencia Mental, Asociaciones de Síndrome de Down, Espina Bífida, FIAPAS, y la Organización Nacional de Ciegos de España una *Guía para detección precoz de deficiencias en el recién nacido y en el niño en Atención Primaria de Salud* que incluía el tema del maltrato infantil.

Las Consejerías de Salud y de Integración Social editaron en 1993 una *Guía para la atención del Maltrato a la Infancia por los profesionales de la salud* y la Consejería de Salud en 1995 el Documento Técnico de Salud Pública número 22 *Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario* que se reeditó en 1997.

Estas publicaciones supusieron un avance significativo en la sensibilización, formación y coordinación de profesionales en unos momentos en que eran escasas las publicaciones sobre maltrato infantil de estas características.

El interés que suscitaron ha supuesto la realización de diferentes iniciativas entre las que podemos considerar este programa e indican la conveniencia de la edición-reedición de estos materiales que se encuentran agotados.

Por ello, dentro de las actividades del Programa se contempla la elaboración, edición y difusión de un documento sobre maltrato infantil para los profesionales que desarrollan su actividad en el área sanitaria y otra específico para el área de salud mental.

6. SALUD MENTAL

El maltrato infantil tiene implicaciones en salud mental por:

- Sus efectos en el desarrollo psicosocial del niño y como causa de trastornos mentales en la infancia, trastornos del vínculo, trastornos de adaptación y conducta, trastornos afectivos, escolares, somatoformes.
- Ser efecto de otros trastornos del contexto social, escolar, familiar, y/o del propio niño maltratado.

Los servicios de salud mental atienden aquellos casos derivados por:

- profesionales sanitarios que detectan patología, o
- servicios sociales para tratar una problemática familiar,

Por lo que, una parte importante de los casos, los niños ya han sido diagnosticados los malos tratos y la demanda o motivo de consulta es el tratamiento.

No obstante, también tienen un importante papel en la detección. Niños remitidos a consulta de salud mental por problemas emocionales o de conducta puede determinarse que su etiología es debida a que están siendo o han sido objeto de malos tratos.

Los profesionales de salud mental necesitan formación sobre la sintomatología derivada del maltrato físico y emocional, abandono infantil, abuso sexual, Münchausen por poderes, .., Así como las técnicas de abordaje desde salud mental según las necesidades del niño, de su grupo familiar y del agresor.

El maltrato infantil precisa de intervenciones multidisciplinares teniendo el dispositivo de salud mental un papel fundamental en la atención a los niños maltratados tanto por el apoyo psicológico - emocional como por los problemas psiquiátricos relacionados con este problema.

La coordinación interinstitucional entre los recursos sanitarios (atención primaria, hospitalaria) y no sanitarios (servicios sociales, educativos) con aquellos que prestan atención psicológica - psicosocial - (salud mental, Centros de Atención a la Infancia) es imprescindible para un abordaje integral del maltrato.

La formación adquiere una especial importancia tanto en aspectos específicos de salud mental como en otros físicos, intervención social y legales.

OBJETIVOS

1. Evaluación psicopatológica y relacional de la familia y del proceso de desarrollo del niño (*diagnóstico*)
2. Priorizar la orientación terapéutica a la familia (priorizar el abordaje desde figuras parentales) o al niño, según lo que se detecte (*tratamiento*)
3. Coordinación con los servicios sociales y de protección infantil proporcionando la información, participando en la formulación de objetivos y en la toma de decisiones, e implicándose activamente en la consecución de los objetivos que le competen (*intervención*)
4. Capacitar a los padres con características de riesgo para atender correctamente al niño según sus necesidades en sus diferentes etapas evolutivas; enseñar a los niños recursos y actitudes necesarias para detectar y defenderse de agresiones por parte de los adultos; y creando en los niños recursos y actitudes necesarias para un ejercicio posterior del rol parental (*prevención*)

ACTIVIDADES

- Formación

Se realizarán dos cursos organizados directamente por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. El primero en 1999 y el segundo en el año 2000. Tendrán una duración de 40 horas lectivas y su dinámica será similar al resto de los cursos organizados dentro de este Programa.

Los años 2001 y 2002 los aspectos de salud mental se incorporarán a los cursos organizados dentro de este Programa en cada una de las 11 Áreas del INSALUD

Los participantes en estos cursos se incorporarán al grupo de trabajo de las Áreas y participarán en las reuniones semestrales y en los Consejos de Infancia.

- Atención

A través de consultas de salud mental y servicios sociales especializados se prestará atención psicológica tanto al niño como a la familia en aquellos casos que tanto por los problemas que presentan como por los efectos o secuelas de los malos tratos se requieran.

- Coordinación

La coordinación de los distintos dispositivos que intervienen en el maltrato infantil es un elemento fundamental en la intervención, por lo que, desde salud mental se trabajará con relación a la red con la mayor coordinación posible, para ello se participará en los Consejos de Infancia y actividades relacionadas con este Programa al igual que las demás instituciones participantes.

7. INTERNET

La necesidad de conocer por la población general y por los profesionales que desarrollan su actividad en el ámbito de la infancia y la familia hace necesaria la utilización de las nuevas redes de información y comunicación facilitando su aproximación a este tema. Por ello, el Programa cuenta con una página Web en:

<http://www.comadrid.es/cmadrid/immf/progmalt/index.htm>

y la utilización del correo electrónico:

maltratoinfantil@madrid.org

Metodología

A través del servidor de la Comunidad de Madrid ha creado un espacio dedicado a este Programa dentro de la página del IMMF que se actualizará en la medida que se desarrollen las distintas actividades del Programa y servirá de medio de interrelación a través del correo electrónico.

Actividades que incluye el programa y calendario previsto

- Diseño del programa.
- Formación equipo
- Búsqueda bibliográfica
- Contactos asociaciones, Universidades, Colegios profesionales, etc.
- Elaboración trípticos/materiales para profesionales
- Elaboración hojas de registro
- Elaboración mailing distribución
- Sistema informático estadístico
- Edición imprenta
- Presentación
- Distribución
- Cursos de formación
- Distribución información
- Recogida de datos. Período de estudio
- Análisis de datos
- Elaboración informe - resultados
- Distribución informe

El plan se desarrollará en dos fases:

- 1ª fase: Años 1998- 2000

La 1ª fase se desarrollará a lo largo de tres años, e incluye:

- ◆ Formación de al menos 450 profesionales (270 de atención primaria y hospitalaria, 180 de salud mental) en el plazo de tres años (18 meses en tiempo real: octubre.98 - abril.00).
- ◆ implantación de un sistema de registro acumulativo de casos
- ◆ implicación de la red sanitaria de la Comunidad de Madrid en la atención del maltrato infantil
- ◆ desarrollo de pautas de intervención para abuso sexual de menores e intervenciones familiares
- ◆ celebración de reuniones semestrales en cada Área del INSALUD con aquellos profesionales implicados directamente en el programa

- 2ª fase: Años 2001 y 2002

Las 11 Áreas del INSALUD asumirán un programa de formación similar que se desarrollará en cada Área siendo los docentes fundamentalmente profesionales del Área que ya hayan adquirido formación y experiencia, así como otras funciones / actividades que se hayan ido determinando a través de este Programa. Esto supone la formación de 880 profesionales en las Áreas en dos años, con lo que el número total de profesionales formados a través del programa se estima en más de 1300.

Cronograma 1998 -2002

1998	Enero - febrero marzo - abril mayo - junio	Diseño - presentación Elaboración protocolos Revisión protocolos:	Asesores científicos del Equipo; Referentes EAP y hospitales; Equipos Salud Residencias IMMF
	julio - septiembre octubre octubre - diciembre octubre noviembre diciembre	Diseño, maquetación, impresión Inscripción participantes Recogida de datos Hospitales y CTM Presentación Oficial del Programa Formación - curso (1ª) Presentación del Programa en las Áreas del INSALUD y Centros Municipales de Salud del Ayuntamiento de Madrid	
1999	enero febrero - marzo marzo abril - mayo octubre - noviembre noviembre	Comienza estudio - recogida datos registro casos Formación - curso (2º) Formación - curso (1º Salud Mental) Reunión en las Áreas INSALUD (1ª) Reunión en las Áreas INSALUD (2ª) Informe semestre 1º 1999	
2000	febrero - marzo marzo abril - mayo mayo octubre - noviembre noviembre	Formación - curso (3º) Formación - curso (2º Salud Mental) Reunión en las Áreas INSALUD (3ª) Informe año 1999 Reunión en las Áreas INSALUD (4ª) Informe hasta semestre 1º 2000	
2001	febrero - marzo abril - mayo mayo octubre - noviembre noviembre	Formación-cursos en cada una de las Áreas del INSALUD Reunión en las Áreas INSALUD (5ª) Informe hasta año 2000 Reunión en las Áreas INSALUD (6ª) Informe hasta semestre 1º 2001	
2002	febrero - marzo abril - mayo mayo octubre - noviembre noviembre diciembre	Formación-cursos en cada una de las Áreas del INSALUD Reunión en las Áreas INSALUD (7ª) Informe hasta año 2001 Reunión en las Áreas INSALUD (8ª) Informe hasta semestre 1º 2002 Presentación en las Áreas del INSALUD y Centros de Salud Municipales del Ayuntamiento de Madrid	

Evaluación y seguimiento del programa

La relación de objetivos concretos e indicadores de impacto para su medición son los siguientes:

OBJETIVO	INDICADOR	RESULTADO ESPERADO
1. Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios en los problemas psicosociales de la infancia y la detección precoz del maltrato infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Nº cursos impartidos, asistentes, grado de adquisición de conocimientos • Participación en los Consejos de Infancia • Elaborar, editar y distribuir los materiales elaborados 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar grupos de profesionales sanitarios con formación en maltrato infantil implicados en los dispositivos de zona y Consejos de Infancia en cada Área del INSALUD • Incrementar la sensibilización y formación de los profesionales que atienden al niño y su salud

OBJETIVO	INDICADOR	RESULTADO ESPERADO
2. Conocer las características epidemiológicas de los malos tratos infantiles que pueden ser detectados desde el ámbito sanitario y su morbi - mortalidad.	<ul style="list-style-type: none"> • Recogida de datos y análisis estadístico 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar frecuencia y factores asociados al maltrato infantil. • Conocer la situación de la infancia en situación de riesgo social / maltrato / desamparo
3. Disponer de datos fiables que permitan la elaboración de programas destinados a la promoción de los derechos y bienestar de la infancia, y la prevención, detección y tratamiento de los malos tratos infantiles.	<ul style="list-style-type: none"> • Realización del informe y propuestas 	<ul style="list-style-type: none"> • Publicación del informe • Elaborar un informe y proponer acciones para la mejora en la atención a la infancia
4. Crear una red de informantes que a partir de este programa puedan continuar desarrollando esta labor de sensibilización y vigilancia epidemiológica.	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de centros que participen en el plan 	<ul style="list-style-type: none"> • Implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica • Crear una red de vigilancia epidemiológica
5. Mejorar la atención sanitaria a los niños maltratados considerando las particularidades de este problema, identificando y atendiendo los casos desde la situación de niños / familias en riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Nº de niños atendidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Derivar casos a recursos especializados • Realización de terapias • Mejorar la asistencia sanitaria en los casos detectados
6. Prevenir el maltrato infantil, tanto de la aparición de casos como a través de la detección precoz e intervenciones sobre las secuelas y posibles repeticiones	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar la hoja de Registro de riesgo psicosocial • Nº de centros de salud / hospitales / maternidades participantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenir precozmente con familias • Detectar desde los primeros días de vida posibles situaciones de riesgo • Implicar a atención primaria en el maltrato infantil • Desarrollar la prevención del maltrato infantil desde el ámbito sanitario
7. Atender a los niños en acogimiento residencial según sus necesidades en salud de forma protocolizada.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el Protocolo de atención al niño en acogimiento residencial • Establecer el marco de trabajo entre el hospital de referencia y las residencias del IMMF 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la coordinación entre las distintas instituciones • Evaluar la calidad de atención sanitaria a los niños en acogimiento residencial • Mejorar la asistencia sanitaria a los niños en acogimiento residencial
8. Incrementar la participación activa en los programas de detección desde otros ámbitos (escuela, servicios sociales, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Implicación de dispositivos sanitarios en la red de atención a la infancia • Incrementar la colaboración / coordinación con otros ámbitos: escuela y servicios sociales, especialmente
9. Implicar al dispositivo de Salud Mental en la atención del niño maltratado y la coordinación con otros servicios.	<ul style="list-style-type: none"> • Derivación de casos a Salud Mental • Participación activa en las actividades del programa • Nº cursos impartidos, asistentes, grado de adquisición de conocimientos 	<ul style="list-style-type: none"> • Atender las necesidades de salud mental del niño en circunstancias de maltrato infantil.

CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN

TEMA	PROFESOR
01. Maltrato Infantil: Concepto y tipologías	José A. Díaz Huertas
02. Epidemiología y etiopatogenia	Inés Galán Sierra
03. Lesiones de piel y mucosas, óseas y traumatismo craneoencefalico	Juan Casado Flores
04. Lesiones abdominales	Juan Vázquez Estévez
05. Diagnostico por la imagen	Gloria Gómez Mardone
06. Intoxicaciones provocadas	Juan Carlos Molina Cabañero
07. Síndrome Münchausen por poderes	M ^a Luisa Catalina Zamora
08. Diagnostico diferencial en el maltrato físico	Antonio Baño Rodrigo
09. Maltrato emocional o psicológico	Consuelo Escudero Alvaro
10. Aspectos psiquiátricos del maltrato infantil	Mercedes Rodrigo Alfageme
11. Abuso sexual: concepto y causas	Barbara Rubio
12. Examen medico en el abuso sexual	Juan Ordás
13. Consecuencias psicológicas y psicopatologicas del abuso sexual	Juan Paños Martín
14. Enfermedades de transmisión sexual y abuso sexual	Juan Ballesteros Martín
15. Diagnóstico del abuso sexual	José María Arribas Blanco
16. Los Servicios Sociales Municipales en el maltrato infantil	Carmen Martínez Segovia
17. Sistema de protección a la infancia en la Comunidad de Madrid	Esperanza García García
18. Actuación policial	Elena Palacios Tejero
19. Papel del Fiscal	Felix Pantoja García
20. Intervención judicial	M ^a Jesús Coronado Buitrago
21. Atención primaria de salud	Carmen Martínez González
22. Función del Hospital en el maltrato infantil	Ricardo Martino Alba
23. Programas de atención a la salud mental de niños y adolescentes	M ^a Jesús del Yerro Álvarez
24. Prevención del maltrato infantil	Mercedes Zahonero Coba
25. Investigación en el maltrato infantil	José Manuel Morales

CONTENIDOS DEL CURSO DE SALUD MENTAL

TEMA	PROFESOR
01. Historia, Concepto, etiología y epidemiología	José A. Díaz Huertas
02. Maltrato físico	Juan Casado Flores
03. Abuso sexual. Aspectos clínicos	Barbara Rubio
04. Síndrome de Münchausen, intoxicaciones y otras formas raras	Carmen Martínez González
05. Epidemiología. Etiopatogenia	Inés Galán Sierra
06. Maltrato emocional - psicológico y efectos	Consuelo Escudero Alvaro
07. Aspectos psiquiátricos del maltrato infantil	Mercedes Rodrigo Alfageme
08. Intervención psiquiátrica en el maltrato infantil	Carmen Fernández Rojero
09. Intervención psicológica en abuso sexual	Jesús Paños Martín
10. Intervención con familias - terapias	Fátima García Cuesta
11. Los Servicios Sociales Municipales en el maltrato infantil	Carmen Martínez Segovia
12. Sistema de protección a la infancia en la Comunidad de Madrid	Esperanza García García
13. Actuación policial	Elena Palacios Tejero
14. Papel del Fiscal	Felix Pantoja García
15. Intervención judicial	M ^a Jesús Coronado Buitrago
16. Atención primaria de salud, atención hospitalaria y otros	Ricardo Martino Alba
17. Atención desde salud mental	M ^a Jesús del Yerro Álvarez
18. Prevención del maltrato infantil	Raúl García Pérez
19. Investigación en el maltrato infantil	José Manuel Morales
20. Programa Comunidad de Madrid	José A. Díaz Huertas

EQUIPO

DIRECCIÓN

José A. Díaz Huertas

Médico. Coordinador Asistencia Sanitaria. Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

DIRECCIÓN ADJUNTA

Juan Casado Flores

Jefe Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Infantil Niño Jesús.

Esperanza García García

Directora Gerente. IMMF. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

ASESOR METODOLÓGICO

Miguel Ángel Ruiz Díaz

Departamento de Psicología Social y Metodología. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

COORDINADOR TÉCNICO

Joaquín Esteban Gómez

Diplomado Universitario Enfermería. Residencias Concepción Arenal y Altamira.
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

COMITE TÉCNICO

Manuela Arranz Leirado

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

M^a Teresa Benitez Robredo

Pediatra. Responsable del Programa del Niño de Riesgo. Área de Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Madrid.

Jesús Báez Pérez de Tudela

Jefe de Servicio de Medio Abierto. I.M.M.F.

Miguel Costa Cabanillas

Dirección General de Acción Social, del Menor y la Familia
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

María Jesús del Yerro Álvarez

Servicio de Salud Mental. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

José Luis Sánchez Suarez

Asesor de la Subdirección Provincial de Atención Primaria. INSALUD

ASESORES CIENTÍFICOS

José María Arribas Blanco.

Médico de Familia. Equipo Atención Primaria. Majadahonda. INSALUD

Antonio Baño Rodrigo.

Hospital Infantil Niño Jesús. UNICEF

Juan Ballesteros Martín

Médico. Centro de Salud Sandoval. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

M^a Luisa Catalina Zamora

Psiquiatra. Centro Salud Mental Móstoles. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

M^a Jesús Coronado Buitrago

Juez de Instrucción. Ministerio de Justicia

Consuelo Escudero Alvaro.

Psicóloga. Centro de Salud Mental. Getafe. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

Carmen Fernández Rojero

Psiquiatra. Jefe de SS.S. Mental Carabanchel

Inés Galán Sierra

Pediatra. Centro Municipal de Salud de Carabanchel. Ayuntamiento de Madrid

Fátima García Cuesta

Psicóloga. Centro de Atención a la Infancia.

Concejalía del Area de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid.

Raúl García Pérez

Psiquiatra. SS.S.M de Alcobendas

Gloria Gómez Mardone

Radiólogo Infantil. Hospital Infantil Niño Jesús

Carmen Martínez González

Pediatra. Equipo Atención Primaria San Blas. Parla. INSALUD.

Carmen Martínez Segovia

Abogada. Jefe Departamento de Prevención e Infancia

Concejalía del Area de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid

Ricardo Martino Alba

Pediatra. Servicio de Pediatría. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares

José Manuel Morales González

Area Investigación. Dirección General de Acción Social, del Menor y la Familia

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Juan Ordás

Jefe de Servicio de Ginecología. Hospital La Paz

Elena Palacios Tejero

Jefe del Grupo de Menores de la Policía Judicial. Ministerio del Interior

Felix Pantoja García

Fiscal. Coordinador de la Sección de Menores. Tribunal Superior de Justicia de Madrid

Juan Paños Martín

Psicólogo. Hospital Infantil San Rafael

Mercedes Rodrigo Alfageme

Psiquiatra. Pediatra. Unidad de Psiquiatría Infantil. Hospital Infantil 12 de Octubre

Barbara Rubio

Pediatra. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe

Juan Vázquez Estévez

Jefe Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Mercedes Zahonero Coba

Medico. Residencia Acogida Hortaleza. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales

REFERENTES ATENCIÓN PRIMARIA INSALUD

Área	Referente	Profesión	Centro de trabajo
1	Marisa Benito	D.U. Enfermería.	C.S. Federica Montseny
2	Pedro Taboso Elízondo	Pediatra.	E.A.P. Tamames. Coslada
3	Esperanza Escortell Mayor	Técnico de Salud Pública	Dirección Gerencia. Alcalá de Henares
4	Wences Molina Ruiz	Psicóloga.	C.S. Doctor Cirajas
5	Fernando Cortés Duran	Pediatra.	C.S. Marqués de Valdavia. Alcobendas
6	Mª José Garrastazu Cabrera	Trabajadora Social.	C.S. San Lorenzo de El Escorial
7	Luis Martín Alvarez	Pediatra.	C.S. Extremadura
8	Paloma Hernando Helguero	Pediatra.	Directora Médico. Gerencia Área
9	Mª José Llorens Balduciel	Médico Puericultor	C.S. Marie Curie. Leganes
10	Carmen Martínez González	Pediatra	E.A.P. San Blas. Parla
11	Concepción Carrera Manchado	D.U. Enfermería.	Dirección de Enfermería

REFERENTES SALUD MENTAL

Area	Referente	Profesión	Centro de trabajo
1	<i>Encarnación Mollejo Aparicio</i>	Psiquiatra	SS.S.M de Arganda
2	<i>Julián Alaman Martín</i>	Psiquiatra.	SS.S.M Salamanca
3	<i>Petra Sánchez Mascaraque</i>	Psiquiatra	SS.S.M de Torrejón de Ardoz
4	<i>Lucía Alvarez Buylla</i>	Psiquiatra.	SS.S.M de Ciudad Lineal
5	<i>Raúl García Pérez</i>	Psiquiatra.	SS.S.M de Alcobendas
6	<i>Raquel García</i>	Trabajadora Social	SS.S.M. DE Collado Villalba
7	<i>Isabel Ruiz Ramos</i>	Trabajadora Social	Unidad Infanto-juvenil del H. Clínico
8	<i>Paloma Ortiz Soto</i>	Psiquiatra	SS.S.M. de Móstoles
9	<i>Esther Sánchez Móiso</i>	Psiquiatra.	SS.S.M de Leganes
10	<i>Consuelo Escudero Alvaro</i>	<i>Psicóloga.</i>	<i>SS.S.M de Getafe</i>
11	<i>Ana López Fuentetaja</i>	<i>Psicóloga.</i>	<i>SS.S.M de Villaverde</i>

REFERENTES HOSPITALES

Area	Hospital	Referente	Departamento
1	Gregorio Marañón	<i>Ignacio Arana Amurrio</i>	Pediatría
2	Hospital Infantil Niño Jesús	<i>Jesús García Pérez</i> <i>Juan Carlos Molán Cabañero</i>	Unidad de Pediatría Social Servicio de Urgencias
3	Príncipe de Asturias	<i>Ricardo Martino Alba</i>	Adjunto de Pediatría
4	Ramón y Cajal	<i>Carlos Lozano Giménez</i>	Pediatría. Cuidados Intensivos
5	Hospital Infantil La Paz	<i>Luis Albajara</i>	Servicio de Atención al Paciente
6	El Escorial	<i>Pilar Robles</i>	Pediatría
7	Fundación Jiménez Díaz. Clínica de la Concepción	<i>Mercedes Ruiz Moreno</i>	Pediatría
8	Hospital de Móstoles Fundación Hospital de Alcorcón	<i>Mª Jesús Ceñal</i> <i>Bartolo Bonet</i>	Pediatría. Jefe de Sección Pediatría. Jefe de Servicio
9	Hospital Severo Ochoa	<i>Angel Arregui</i>	Pediatría. Jefe de Servicio
10	Hospital de Getafe	<i>Pilar Gutiérrez Díaz</i>	Pediatría
11	Hospital 12 de Octubre	<i>José Manuel Morales</i>	Pediatría
	Hospital de San Rafael	<i>Alfonso Cañete</i>	Pediatría. Jefe de Servicio

RESPONSABLES DEL PROGRAMA NIÑO DE RIESGO. CENTROS MUNICIPALES SALUD. AYUNTAMIENTO DE MADRID

Área	Distrito Municipal	Centro Municipal de Salud	Médico
1	Retiro	Retiro	Irene Azcona Oliver
	Puente de Vallecas Villa de Vallecas	Vallecas	Carmen Barcenas Gutiérrez
	Vicalvaro Moratalaz	Vicalvaro	Isabel Junco Torres
2	Salamanca	Retiro	Irene Azcona Oliver
	Chambran	Tetuan	Pilar Llerena Acutegui
		Chamberi	Concepción Bruguera Moreno
4	Ciudad Lineal	Ciudad Lineal	Paloma Ruciente Rufo
	Hortaleza Barajas	Hortaleza	Rafael Somolinos Gómez
	San Blas		
	Tetuan	Tetuan	Pilar Llerena Achutegui
5	Fuencarral	Fuencarral	Marta Antón Gonzalo
6	Moncloa	Centro	Mª Teresa Pérez Alvarez
Centro			
7	Chamberi	Chamberi	Concepción Bruguera Moreno
	Latina	Latina	Cristina Mucientes Rufo
	Arganzuela	Arganzuela	Mª Luisa Barrio Pérez
11	Carabanchel	Carabanchel	Inés Galán Sierra
	Usera	Usera	José Ignacio Puig de la Bellacasa
	Villaverde		

RESPONSABLES PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

- **Prenatal**

Victoria Pérez López
 Matrona. Centro Salud Barrio del Pilar. INSALUD

- **Neonatología**

José Arizcun Pineda
 Jefe Servicio Neonatología. Hospital Clínico Universitario San Carlos

José Francisco García Gumiel
 Psicólogo. Servicio de Medio Abierto. Instituto Madrileño del Menor y la Familia

- **Atención Primaria**

José Luis Sánchez Suarez
 Asesor de la Subdirección Provincial de Atención Primaria. INSALUD

M^a Teresa Benitez Robredo
 Pediatra. Responsable del Programa del Niño de Riesgo. Área de Sanidad y Consumo. Ayuntamiento de Madrid.

EQUIPOS DE SALUD DE LAS RESIDENCIAS DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. IMMF.

Area		Profesión	Residencia
1	Olga García Fernández Constantina Angulo Aguilar	DUE DUE	Isabel de Castilla Santos Justo y Pastor. Tielmes
2	Olivia Peña Esclarmonda Elisa Fernández del Cerro	Médico DUE	Rosa y Encinar (Area 4) Rosa
4	Mercedes Zahonero Coba Enrique Sánchez Zamora Julia Contreras Narro	Medico DUE DUE	Hortaleza
	Olga Velasco Guijarro Belén Moneo Calvo	Médico DUE	Isabel Clara Eugenia y Manzanares Isabel Clara Eugenia
	M ^a Dolores Martín Martínez	DUE	Manzanares
	Rosa Molina Jiménez	DUE	Encinar
	José A. Díaz Huertas Joaquín Esteban Gómez	Médico DUE	Concepción Arenal y Altamira
5	Angel Cortés Lozano M ^a Luisa Martínez Gallego Clara Santa-Brigida Barrio Pilar Montoya González Vicente Valera Tórtola	Pediatra DUE DUE DUE DUE	Casa de los Niños
	Asunción Romojaro Vázquez Miguel Angel de las Heras	Médico DUE	San Vicente
	Almudena Castrillon Montes	DUE	Picón del Jarama
6	Manuel Asensio Izco Blanca Suarez Sánchez	Médico DUE	Ntra. Sra. de Lourdes
7	Consuelo Rojas Marcos Nuria Molledo González Begoña Sebastián Hidalgo	Médico DUE DUE	Chamberi y Vallehermoso Vallehermoso Chamberi
	Esther Abad Irazusta M ^a Teresa Ruiz Gómez M ^a José Chaves	Médico DUE DUE	El Valle
	11	Juan José Ramos Alvarez Cesar Garrido Morales	Médico DUE

GUIA DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL DESDE EL AMBITO DE LA SALUD

Angel Cortes Lozano

Medico de la Casa de los Niños. IMMF

Lourdes Fernández Quintanilla

Trabajadora Social. Centro de Apoyo al Menor. Ayuntamiento de Madrid

Carmen Jiménez Pérez

DUE. Hospital Infantil Niño Jesús

Miguel Melendro Estefanía

Pedagogo. Servicio de Coordinación de Centros. Instituto Madrileño del Menor y la Familia

María Luisa Martínez Gallego

D.U.E. Casa de los Niños. IMMF

Asunción Molina Ventura

Trabajadora Social. Comisión de Tutela del Menor. IMMF

Esther Mora Rodríguez

D.U.E. Centro Integral de Salud de Usera. Ayuntamiento de Madrid

Amparo Olmedilla Ramos

Psicóloga. Residencia Chamberi. Instituto Madrileño del Menor y la Familia

José Ignacio Puig de la Bellacasa

Centro Integral de Salud. Ayuntamiento de Madrid

José Jesús Sánchez Marín

Servicio de Formación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Carmen Sánchez Moro

Socióloga. Programadora docente. Centro de Formación de Servicios Social. Consejería de Sanidad y Servicios y Sociales.

Angeles Serrano Rivas

Trabajadora Social. Comisión de Tutela del Menor. IMMF

Riansares Solera Oliva

Trabajadora Social. Hospital Infantil Niño Jesús

Pedro Taboso Elízondo

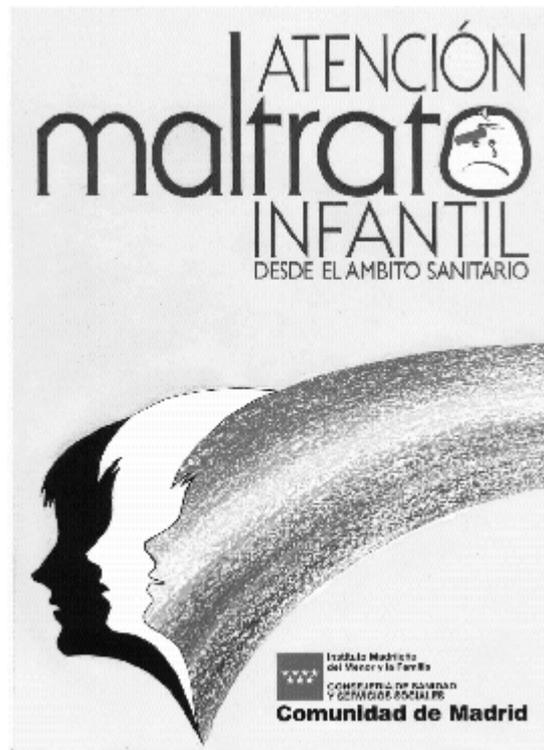
Pediatra. EAP Tamames. Coslada

Mercedes de la Torre Espi

Pediatra. Servicio de Urgencia. Hospital Infantil Niño Jesús

Blanca Varona Sánchez

Programa de la Apoyo Escolar para la Protección de la Infancia. Dirección General de Educación.



II. Proceso de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario

Introducción

Proceso de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario

Detección / Diagnóstico

Notificación

Intervención / Tratamiento

PROCESO DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

Índice

- Introducción
- Proceso de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario
- Detección / Diagnóstico
- Notificación
- Intervención / Tratamiento

Introducción

La actuación ante el maltrato infantil desde el ámbito sanitario debe:

1. estar englobada dentro planes generales de atención a la infancia,
2. contemplar unos principios básicos de intervención.
3. establecer un proceso de atención, y
4. elaborar manuales con los contenidos del programa.

1. El *Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario* se enmarca dentro del Plan de atención a la Infancia en la Comunidad de Madrid.

Los sistemas de atención social a la infancia actuales están basados en derechos y necesidades, bienestar y promoción social frente a los modelos de proteccionismo y beneficencia.

2. La *buen práctica en la protección social* estaría determinada por *criterios de actuación* considerados como óptimos para alcanzar determinados resultados según los objetivos establecidos

Las actuaciones ante situaciones de maltrato infantil deben estar cumplir una serie de criterios básicos de intervención. El Programa que aquí presentamos propone los siguientes:

- A. Los niños tiene derecho a que sus necesidades básicas sean cubiertas. La familia, la escuela, los servicios sociales, sanitarios,..., y los adultos en general son responsables de que los niños puedan vivir en condiciones que les permitan satisfacer sus necesidades.
- B. Las instituciones y los servicios no deben estar únicamente en función de que se produzcan graves carencias, sino que son responsables de que los niños desarrollen sus mejores posibilidades.
- C. Los niños están especialmente indefensos y necesitados, no pudiendo proporcionarse a si mismos las respuestas más adecuadas a sus necesidades ni protegerse de todos los riesgos.
- D. La familia es la institución que mejor puede responder a algunas necesidades básicas y proteger a los niños.
- E. La familia por si sola no puede satisfacer todas las necesidades del niño. La escuela, los servicios sanitarios, sociales,..., deben responder a las necesidades básicas de los niños propias de su competencia de forma complementaria con la familia.
- F. Cuando los padres son incapaces o no desean proteger a sus hijos de situaciones abusivas o son ellos mismos los agentes del maltrato, la comunidad debe intervenir para proteger a los menores.
- G. Cuando los niños sufren carencias y riesgos que amenazan su adecuado desarrollo, todos los adultos e instituciones públicas tienen el deber de denunciarlo y ofrecer las ayudas o peticiones de ayuda que sean más eficaces.
- H. Las instituciones y servicios públicos con competencia en protección infantil son el contexto al que la comunidad suele recurrir para proteger a los niños y que vivan en condiciones de desarrollo adecuadas.
- I. Los menores sobre los que sea necesario tomar medidas de protección tienen derecho a un plan que prioritariamente debe hacer lo posible para mantenerlos o integrarlos después de un tiempo (siempre el más corto posible), en la familia.
- J. El interés superior del menor debe ser el principio en que estén basadas las tomas de decisión.
- K. La oferta que la comunidad haga a los menores que han tenido que ser separados de la familia (padres acogedores, responsables de un centro, propios responsables de los servicios de protección infantil) tiene que satisfacer mejor sus necesidades de lo que estaba haciendo su familia de origen.
- L. El plan de actuación debe contemplar la mayor colaboración posible de los padres y del propio menor.
- M. La mejor forma de proteger a los niños del maltrato es ayudar a sus padres o cuidadores a que adquieran o vuelvan a asumir sus funciones de protección y cuidado de sus hijos.

- N. Los padres afectados por medidas de protección deben recibir ayudas que faciliten su colaboración, debiendo mantenerse el mayor contacto posible con los padres y entre los padres y los hijos, salvo indicación específica por entrañar graves desventajas para el menor.
- O. En caso de separación definitiva debe proporcionarse al niño las condiciones para establecer otros vínculos de apego estables, ya sea a través de la adopción o de acogimientos permanentes.
3. Proceso de atención debe ser el *marco teórico* que sirva de referente y guiar su trabajo en ámbito de la protección al menor.

El Programa

4. El desarrollo del programa debe buscar la participación de las diferentes instituciones y profesiones implicadas en este problema y buscando un consenso elaborando un documento que sirva de marco de referencia.

La elaboración del Manual recoge las aportaciones de los distintos equipos que componen el Programa (Atención Primaria, hospitales, salud mental, centros de acogida, equipo docente,...) y es un instrumento que se inscribe dentro de este Programa de atención al maltrato infantil.

Proceso de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario

El Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid pretende

- recoger de manera ordenada y sistemática las actuaciones a realizar en casos de maltrato infantil
- homogeneizar las actuaciones en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid
- protocolizar el trabajo en los diferentes equipos y servicios
- realizar una propuesta de trabajo de sistema de funcionamiento para el área sanitaria.

El Proceso de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario que aquí presentamos una propuesta de trabajo para el área sanitaria, ámbito de trabajo a la que va dirigido este Programa, considerando profesionales sanitarios a aquellos que desarrollan su actividad profesional en el ámbito de la atención sanitaria.

Existen diferentes propuestas de diferentes procesos de atención al maltrato infantil que en España se han elaborado fundamentalmente en esta década (Cuadro 1).

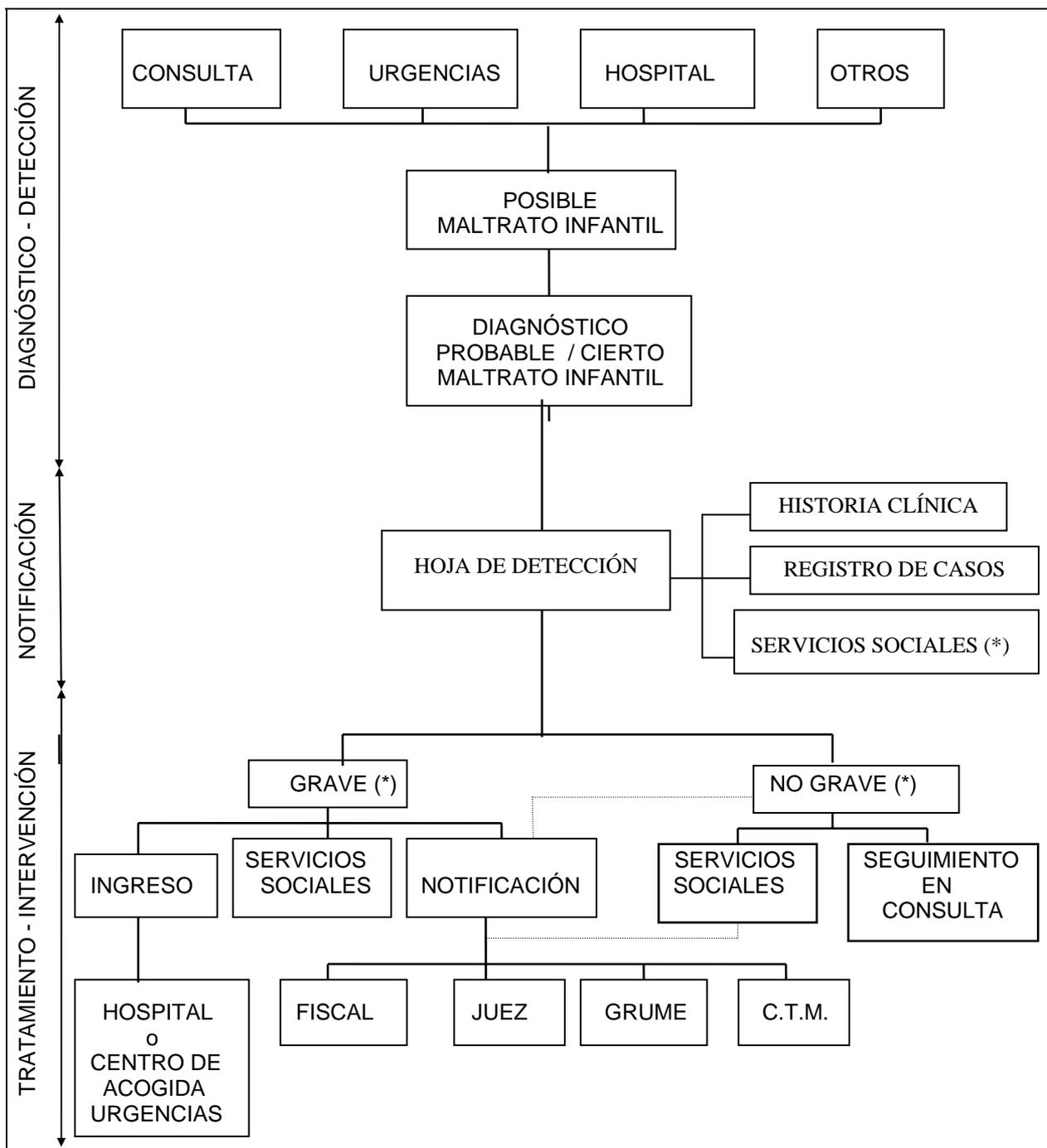
Cuadro 1. Diferentes propuestas de procesos de atención al maltrato infantil

Programa Comunidad de Madrid (1998)	IMAIN (*) (1993)	Arruabarrena MI, Paúl J. (1994)	López F. (1995)	Costa M, Morales JM. (1998)
Diagnóstico / Detección	Detección Valoración clínica y social	Detección	Detección	Valoración y evaluación Identificación y diagnóstico
Notificación	Actuación y notificación	Notificación	Notificación o denuncia Recepción de la notificación	Notificación
Tratamiento / Intervención	Coordinación y seguimiento	Investigación y evaluación	Investigación de la denuncia Evaluación del caso Planificación de la actuación Desarrollo del plan, seguimiento y revisión Cierre del caso	Validación y atención

(*) Instituto Madrileño de Atención a la Infancia. Consejería de Integración Social.

El Proceso de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario es un esquema básico de fases interdependientes que no necesariamente siguen siempre una dirección lineal. Por ejemplo la gravedad en algunos casos puede exigir como primer paso tomar medidas para garantizar la seguridad y protección del niño como puede ser la hospitalización o ingreso en un Centro de Acogida de Urgencias. (Cuadro 2).

Cuadro 2. Fases del Proceso de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario



(*) Siempre debe comunicarse / realizar interconsulta con los servicios sociales haciendo mención al carácter de la comunicación

GRUME. Grupo de Menores de la Policía Judicial

CTM. Comisión de Tutela del Menor.

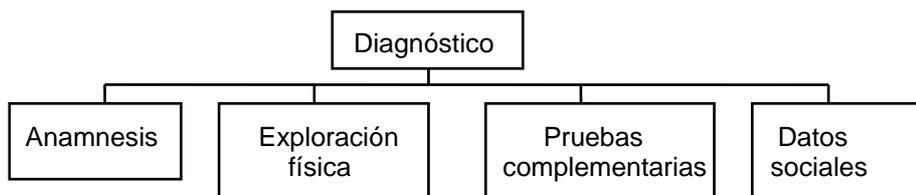
Diagnóstico / Detección

El diagnóstico - detección de maltrato infantil consiste en reconocer o identificar una posible situación de maltrato infantil (Cuadro 3).

El diagnóstico - detección:

- es la primera condición para poder intervenir en casos de maltrato infantil y posibilitar así la ayuda a la familia y al niño que sufran este problema, ya que, como resulta evidente, sino detectamos la situación de malos tratos, difícilmente podremos actuar sobre las causas que dieron lugar a esta situación y proteger al menor.
- debe ser lo más precoz posible para evitar la gravedad de consecuencias para el niño e incrementar las posibilidades de éxito de la intervención, tratar las secuelas, prevenir la repetición, etc.

Cuadro 3. Diagnóstico de maltrato infantil



De ahí la importancia de que los profesionales tengan conocimientos suficientes sobre signos, síntomas, pruebas complementarias, etc., que se requieren para sospechar y establecer este diagnóstico así como de indicadores que se presentan en este problema.

Además de los Contenidos teóricos de formación del Programa presentamos esquemas con los posibles indicadores de maltrato infantil.

Los indicadores son aquellos datos derivados de la anamnesis (historia clínica), de las exploraciones (síntomas, lesiones) y de la historia social que señalan la posible existencia de malos tratos.

Presentamos indicadores físicos del niño y comportamentales del niño y del agresor / acompañante; maltrato físico por acción; y, clínicos

- Indicadores físicos del niño y comportamentales del niño y del agresor / acompañante.

	Indicadores físicos en el niño	Indicadores comportamentales en el niño	Conducta del cuidador
MALTRATO FISICO ACCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> · Magulladuras o moratones · Quemaduras · Fracturas · Heridas o raspaduras: · Lesiones abdominales: hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos recidivantes · Mordeduras humana · Intoxicaciones · (Síndrome de Münchausen por poderes) 	<ul style="list-style-type: none"> · Cauteloso respecto al contacto físico con adultos · Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran · Muestra conductas extremas (ej.: agresividad, rechazos extremos) · Parece tener miedo de sus padres, ir a casa, o llora al terminar las clases y dejar la escuela · Dice que su padre le ha causado alguna lesión 	<ul style="list-style-type: none"> · Ha sido objeto de maltrato en su infancia · Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, falta cometida y condición del niño · No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño, o éstas son ilógicas, no convincentes o contradictorias · Parece no preocuparse por el niño · Percibe al niño de manera significativamente negativa (p.e. malo, perverso, monstruo) · Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de ésta

MALTRATO FISICO OMISION	<ul style="list-style-type: none"> · Falta de higiene · Retraso del crecimiento · Infecciones leves, recurrentes o persistentes · Consultas frecuentes a los servicios de urgencia · Hematomas inexplicados. Accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas · Enfermedad crónica llamativa que no ha generado consulta médica · Ropa inadecuada para las condiciones climáticas · Alimentación y/o hábitos horarios inadecuados · Retraso en todas las áreas madurativas · Problemas de aprendizaje escolar 	<ul style="list-style-type: none"> · Comportamientos autograticantes · Somnolencia, apatía, depresión · Hiperactividad, agresividad · Tendencia a la fantasía · Absentismo escolar · Se suele quedar dormido en clase · Llega muy temprana a la escuela y se va muy tarde · Dice que no hay quien le cuide · Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto · Comportamientos antisociales (ej.: vandalismo, prostitución, toxicomanías) 	<ul style="list-style-type: none"> · Vida en el hogar caótica · Muestra evidencias de apatía o inutilidad · Mentalmente enfermo o tiene bajo nivel intelectual · Tiene una enfermedad crónica · Fue objeto de negligencia en su infancia
ABUSO SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> · Dificultad para andar y sentarse · Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada · Se queja de dolor o picor en la zona genital · Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal · Tiene una enfermedad de transmisión sexual · Tiene la cerviz o la vulva hinchados o rojos · Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa · Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano · Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia) · Infecciones urinarias de repetición 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conductuales: <ul style="list-style-type: none"> · Dice que ha sido atacado sexualmente por un padre / cuidador · Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales ▪ Psicosomáticos: <ul style="list-style-type: none"> · Trastornos del sueño y alimentación · Diversos: algias abdominales, cefaleas, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, etc., que originan intenso consumo médico sin que se aclararen las causas ▪ Psíquicos: <ul style="list-style-type: none"> · Depresiones crónicas, intentos de autólisis, automutilaciones · Desvalorización corporal: obesidad, anorexia · Problemas de conducta: fugas, fracasos escolares y profesionales · Promiscuidad sexual, transvestismo, evolución hacia la homosexualidad, prostitución masculina o femenina · Criminalidad (bajo forma de abusos sexuales muchas veces). Violencia 	<ul style="list-style-type: none"> · Extremadamente protector o celoso del niño · Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador · Sufrió abuso sexual en su infancia · Experimenta dificultades en su matrimonio · Abuso de drogas o alcohol · Está frecuentemente ausente del hogar

EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> · 0-2 años: Talla corta, retraso no orgánico del crecimiento, enfermedades de origen psicosomático, retraso en todas o en algunas áreas madurativas · 2 a 6 años: Talla corta, enfermedades de origen psicosomático, retraso del lenguaje, disminución capacidad de atención, inmadurez socioemocional. · 6 a 16 años: Talla corta, enfermedades de origen psicosomático 	<ul style="list-style-type: none"> · 0-2 años: excesiva ansiedad o rechazo en relaciones psicoafectivas (trastornos del vínculo primario); asustadizos, tímidos, pasivos, comportamientos negativistas o agresivos, ausencia de respuestas a estímulos sociales · 2 a 6 años: retraso del lenguaje, disminución de la capacidad de atención, inmadurez socioemocional, hiperactividad, agresividad, escasa discriminación y pasividad en las relaciones sociales · 6 a 16 años: problemas de aprendizaje y lectoescritura, ausencia autoestima, escasa capacidad y habilidad ante situaciones conflictivas, inmadurez socioemocional, relaciones sociales escasas y/o conflictivas, conductas compulsivas y/o de autolesión, problemas graves control de esfínteres 	<ul style="list-style-type: none"> · Culpa o desprecia al niño · Es frío o rechazante · Niega amor · Trata de manera desigual a los hermanos · Parece no preocupado por los problemas del niño · Exige al niño por encima de sus capacidades físicas, intelectuales, psíquicas · Tolera absolutamente todos los comportamientos del niño sin ponerle límite alguno
-----------	--	--	---

• Indicadores de maltrato físico por acción

Retrasos en la búsqueda de asistencia sanitaria
Niños generalmente lactantes o menores de 3 años
Historia inaceptable, discordante o contradictoria
Hematomas en distintas fases evolutivas. Otras lesiones asociadas.
Asistencia rotando por distintos centros sanitarios.
Signos de higiene deficiente, malnutrición, localización de lesiones en zonas no prominentes
Déficit psicomotor, trastornos del comportamiento. Retraso estaturponderal.

• Indicadores clínicos

Tocología / matrona	Matrona / neonatología
Embarazo abocado inicialmente a interrupción voluntaria Planteamientos de ceder al niño para adopción 1ª visita médica > 20 semana de gestación Menos de 5 consultas médicas durante embarazo Parejas jóvenes con características de inmadurez Pobre autoestima, aislamiento social o depresión Crisis familiares múltiples Hijo no deseado o poca relación con los padres Enfermedad mental en los padres, toxicomanía	Madre no esta alegre con el niño Decepción por el sexo Llantos del niño no controlados por la madre Expectativas madre muy por encima posibilidades del hijo Madre ignora las demandas niño para ser alimentado Madre siente repulsión hacia las deposiciones Falta de ilusión al ponerle el nombre Reacción negativa del padre hacia el niño
Consulta (Atención primaria, enfermería)	Hospital
Incomparecencia a consultas ambulatorias Insistencia en ingresos hospitalarios Inadecuación de las dietas no justificables Inadecuación del vestuario a la climatología No seguimiento calendario vacunal, tratamientos Retrasos inexplicables crecimiento/maduración Engaños familiares en temas de salud, sociales,.. Repetición de accidentes Propios relatos del niño Actitud temerosa hacia sus padres	Familias que abandonan al niño sin justificación, se preocupan mas de la televisión, relaciones sociales,..., que por cuidar al niño Padres que realizan visitas de escasa duración Falta comparecencia a hablar con los médicos No aportar datos escritos de otros ingresos Formas corrección agresiva negligente en público Comentarios del niño de actuaciones de los padres Adaptación niño al hospital demasiado fácil o precoz Expresar deseos de no regresar a su domicilio

Urgencias	Salud mental
Retraso en acudir al centro sanitario Prisas atención médica por accidentes mínimos Lesiones incoherentes con el mecanismo explicado Empeoramiento enfermedades crónicas sin tratar Accidentalidad por negligencias familiares Dificultad para sacar ropa interior del niño Acudir a distintos centros hospitalarios Manifestaciones conductuales inexplicables Actitudes de autoestimulación o autoagresivas Dificultad sociabilización en presencia de familia	Trastornos. Desarrollo: aprendizaje, habla, Emocional, retraso mental, fracaso escolar,... Psicosomáticos y funcionales: cefaleas, enuresis, encopresis, trastornos del sueño, anorexia, bulimia,.. Conductuales: masturbación compulsiva, juegos sexuales inapropiadas para su edad, aislamiento, retraimiento, agresividad fugas hogar, conducta antisocial, hiperactividad,... Psiquiátricos: automutilación, autolisis, psicosis Neuróticos: estructuras obsesivas, fobias, Depresión, ansiedad, regresión,...

El diagnóstico de malos tratos a un niño requiere la realización de exploraciones médicas que en el caso del maltrato infantil debemos ser especialmente cuidadosos ya que:

- pueden causar reexperiencia del trauma
- deben evitar reexploraciones innecesarias
- prever la participación de un médico forense en casos de exploración genital y anal en abusos sexuales

Notificación

La notificación del caso es la transmisión de información referente al menor supuestamente maltratado y del propio informante. Lo que se pide al sanitario es que detecte "indicios razonables para sospechar" y los informe.

La notificación debe hacerse siempre a los servicios sociales y a las instituciones que se consideren necesarias como al Juez de Guardia (Parte de lesiones), informe al Fiscal de Menores, Policía - Grupo de Menores de la Policía Judicial (GRUME), Comisión de Tutela del Menor (C.T.M.),...o a otras.

La notificación es:

- una condición necesaria para posibilitar la intervención en casos de maltrato infantil
- una obligación legal y profesional

No solo los casos detectados más graves y evidentes deben ser notificados, también los aparentemente leves y las situaciones de riesgo existe obligación de notificarlas.

No obstante, debemos ser rigurosos, ya que si se notifican numerosos casos erróneo se saturan los servicios, se pierde eficacia, las instituciones pierden credibilidad y se pueden producir daños irreparables a los menores y sus familias.

La notificación deberá realizarse a:

- servicios sociales del ámbito sanitario en el que desarrolla su actividad el profesional que realice el diagnóstico / detección.
- registro de casos del Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
- servicios con competencia en protección de menores en casos que requieran medidas urgentes: Comisión de Tutela del Menor, Juez de Guardia, Fiscal de Menores, Policía, etc.

Los niños con diagnóstico probable o cierto de maltrato infantil deberán comunicarse al registro de casos mediante el correspondiente impreso que conlleva una hoja/copia que se deberá remitir a los servicios sociales correspondientes al ámbito sanitario del profesional que los detecta, de tal modo que se proceda también al correspondiente trabajo por parte de las Unidades de Trabajo Social, asegurando de esta forma la adecuada atención e intervención por parte de los servicios sociales (investigación - acción).

La notificación debe incluir:

- datos del menor:
- datos del informante:

Tratamiento / Intervención

La actuación en casos de maltrato infantil, independientemente del nivel en que se produzca, tiene que cumplir unos requisitos mínimos. Debe:

- actuar sobre todo el problema en su conjunto, sobre todas las circunstancias predisponentes, desencadenantes y modificadoras de su presentación, intensidad y desarrollo del maltrato. No puede ser puntual, tratar sólo el síntoma.

- considerar a la persona como una totalidad, como un conjunto bio-psico-social y su entorno familiar. No debe limitarse al niño, sino al niño, su familia y el medio.
- realizarse por un equipo de profesionales con formación específica en los problemas familiares y de la infancia, con conocimientos de recursos y estrategias propias de estas situaciones (equipo especializado, no por un conjunto de especialistas).
- desarrollo de un trabajo coordinado, en equipo y con bases científicas, y no desde el voluntarismo.

La *actuación en casos de maltrato infantil* desde el ámbito sanitario conlleva:

- tratamiento de las lesiones y comprobación diagnóstica de la etiología
- intervención social y en sus caso del sistema de protección infantil.

La atención al niño maltratado presenta unas características particulares y deberá:

- atender las lesiones (atención sanitaria, comprobación diagnóstica, validación de las declaraciones) acompañarse de apoyo emocional y tratamiento psicológico
- considerar el tratamiento de la crisis (lesiones, problemas de salud asociados, posibles secuelas, repetición del maltrato) y
- apoyo emocional
- equipo multiprofesional (intervención de los servicios sociales)
- coordinación
- realizarse un seguimiento posterior del niño y su familia
- prevención

La *atención clínica* de las lesiones no difiere de otras lesiones equivalentes por otras causas, por lo que en cuanto al tratamiento exclusivamente médico - quirúrgico no existen diferencias.

La *comprobación diagnóstica* de la etiología deberá incluir determinar la validez de la notificación evaluando:

- veracidad de la denuncia / notificación.
- gravedad del daño infligido al menor.
- riesgo de maltrato o daño y su severidad, y,
- del grado en que las necesidades básicas estén cubiertas y los recursos familiares y sociales en torno al menor

Los *mecanismos de validación* de las declaraciones.

- es preciso que incluyan una condición esencial: su duración temporal
- en el plazo de un mes deberán remitir al registro un informe que confirme o no el diagnóstico así como de las medidas adoptadas.
- feed back a los servicios sanitarios acerca de la validez de sus declaraciones.

El *apoyo emocional* es imprescindible en el maltrato infantil ya que las consecuencias y secuelas psíquico - emocionales siempre van a estar presentes en este problema tanto a corto como a medio - largo plazo.

El maltrato infantil es un problema multifactorial con repercusiones múltiples que afecta al niño y su familia por lo que requiere ser atendido por un *equipo multiprofesional*.

La solicitud de *intervención a los servicios sociales* puedes ser para:

- solicitar información para confirmación diagnóstica
- posibilidad de facilitar apoyos, ayudas
- adoptar las medidas de protección infantil necesarias
- su conocimiento a los efectos oportunos de trabajo social

Para ello, esta fase debe incluir un protocolo de trabajo / investigación de los servicios sociales de acuerdo al papel y a las herramientas propias de esta profesión.

La *coordinación* es una palabra clave en la intervención en casos de maltrato infantil resultando la realización del trabajo sanitario y social de forma conjunta e imprescindible para el detección, diagnóstico y tratamiento de los casos de maltrato infantil, correspondiendo a cada ámbito profesional encargarse de las actividades propias de su actividad.

Debe realizarse un *seguimiento posterior del niño y su familia* no limitándose al tratamiento de la crisis.

La *prevención* es un esfuerzo común de toda la sociedad.



III. Contenidos teórico de formación del programa

01. Historia. Concepto	<i>José A. Díaz Huertas</i>
02. Epidemiología. Etiopatogenia	<i>Inés Galán Sierra</i>
03. Lesiones cutáneo mucosas	<i>Juan Casado Flores</i>
04. Lesiones viscerales - esqueléticas	<i>Juan Vázquez Estévez</i>
05. Diagnostico por la imagen	<i>Gloria Gómez Mardone</i>
06. Intoxicaciones	<i>Juan Carlos Molina Cabañero</i>
07. Síndrome Müncahusen poderes	<i>M^a Luisa Catalina Zamora</i>
08. Diagnostico diferencial	<i>Antonio Baño Rodrigo</i>
09. Maltrato emocional	<i>Consuelo Escudero Alvaro</i>
10. Psiquiatría	<i>Mercedes Rodrigo Alfigeme</i>
11. Abuso sexual. Concepto, causas	<i>Barbara Rubio</i>
12. Hímenes. Exploración ap. genital	<i>Juan Ordás</i>
13. Efectos psicológicos	<i>Juan Paños Martín</i>
14. E.T.S.	<i>Juan Ballesteros Martín</i>
15. Diagnostico	<i>José María Arribas Blanco</i>
16. Servicios Sociales Municipales	<i>Carmen Martínez Segovia</i>
17. Comisión Tutela Menor	<i>Esperanza García García</i>
18. Policía. GRUME	<i>Elena Palacios Tejero</i>
19. Fiscal	<i>Felix Pantoja García</i>
20. Juez	<i>M^a Jesús Coronado Buitrago</i>
21. Salud (APS., Salud Pública)	<i>Carmen Martínez González</i>
22. Salud (hospital)	<i>Ricardo Martino Alba</i>
23. Prevención	<i>Mercedes Zahonero Coba</i>
24. Investigación	<i>José Manuel Morales González</i>

Índice

Introducción
 Evolución histórica los derechos de la infancia
 Maltrato infantil desde la perspectiva sanitaria
 Frecuencia
 Concepto
 Tipos

Introducción.

Los malos tratos a la infancia, son una constante histórica, que en mayor o menor medida se presenta en todos los tiempos. La violencia hacia los niños se ha manifestado de formas muy diferentes, siendo el maltrato físico, el infanticidio, solo una de ellas, puede que no la más frecuente, junto con el maltrato emocional, negligencia, abandono, explotación laboral, abuso sexual,..., reconociéndose los derechos de los niños y desarrollándose leyes de infancia fundamentalmente durante este siglo.

Las referencias históricas de la infancia recogen en mayor medida la discriminación y el maltrato sin reconocimiento del niño como objeto de derecho. Según DeMause "La historia de la infancia es una pesadilla de la que hemos empezado a despertar hace poco, cuanto más se retrocede en el pasado más expuestos están los niños a la muerte violenta, el abandono, los golpes, el terror, y los abusos sexuales y más bajo es el nivel de la puericultura".

La familia adquiere las características según nuestra concepción actual, de los lazos familiares y del papel de los niños en ella, su importancia en el proceso de socialización del niño, el papel de los padres, ..., en la 2ª mitad del siglo XIX.

El concepto de infancia como período de la vida distinto cualitativamente es consecuencia de una evolución progresiva a lo largo de los siglos respecto a los valores acerca de lo que es y debe ser el niño. El conocimiento científico de la infancia, de sus condiciones biológicas y el estudio de las elevadas tasas de mortalidad infantil es una adquisición reciente.

Evolución histórica de los derechos de la infancia

La Revolución Industrial (s. XVIII), el incremento de la sociedad urbana y el trabajo de los niños condiciona las primeras leyes de protección a la infancia referidas al trabajo de los niños.

En la segunda mitad del s. XIX se desarrollan leyes de educación (Ley Moyano de 1857) y los primeros hospitales pediátricos (Hospital del "Niño Jesús" en Madrid inaugurado en 1877), influenciados por la obra y pensamiento de personas como Dª Concepción Arenal.

La primera Ley de Protección a la Infancia en España se promulga en 1904 debida en gran parte al médico Dr. Manuel Tolosa Latour (Ley Tolosa), calificada como muy progresista para su época y pionera internacionalmente, creándose el Consejo Superior de Protección a la Infancia.

La I Guerra Mundial tiene una repercusión decisiva por sus efectos sobre la población civil y la infancia Eglentine Jebb funda en Ginebra en 1920 la Unión Internacional de Socorro a los Niños y la dota de una Carta con cinco principios que aprobó la 5ª Asamblea de la Sociedad de Naciones (1924) conociéndose como la **Tabla de los Derechos de los Niños o Declaración de Ginebra**, recogida en las legislaciones de diferentes países como la Constitución de la II República Española de 1931.

Lamentablemente la II Guerra Mundial, impulsa los Derechos de los Niños: surge la idea del estado de bienestar, organismos como UNICEF (Fondo Internacional del Socorro de la Infancia, 1947) y se aprueba la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** (1948).

La Asamblea General de la Naciones Unidas celebrada el 20 de Noviembre de 1959 aprueba la **Declaración de los Derechos del Niño**, decálogo que recoge los derechos de la infancia. La Declaración fué un avance muy significativo que tuvo una amplia difusión, pero no dejaba de ser "simplemente" la expresión de un deseo que no obligaba a los Estados, planteándose la necesidad de elaborar otro instrumento realmente vinculante.

Posteriormente la **Convención de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas**, aprobada en la Asamblea General, 20 de Noviembre de 1989, marca un hito histórico que implica reconocer a los niños como objeto de derechos y necesidades y forma parte del derecho positivo de los países que la ratifican y esta incluida plenamente en nuestro ordenamiento jurídico.

Esta Convención ha inspirado una nueva filosofía del niño que junto con las recomendaciones de asociaciones, profesionales y expertos en el campo de la infancia y del estudio de la realidad social, ha dado lugar a distintas acciones como el Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos (marzo.1973), Reglas mínimas de la Naciones Unidas para la administración de la justicia de Menores (Reglas de Beijing 1985), Año Internacional del Niño (1979), Cumbre Mundial en favor de la Infancia (Nueva York 1991), etc.

El Parlamento Europeo aprobó la Carta Europea de Derechos del Niño (1992) que recoge los derechos de los niños en los países europeos y pide a los Estados miembros que nombren un defensor de los derechos del niño, figura que en España es un Adjunto del Defensor del Pueblo.

Maltrato infantil desde la perspectiva sanitaria

En la historia de la medicina referente al maltrato infantil podemos reconocer diferentes etapas:

1. DESCONOCIMIENTO (hasta 1946)

El maltrato infantil era desconocido para los profesionales. Las primeras publicaciones son del catedrático de Medicina Legal francés Ambrosio Tardeu en 1.860, basadas en sus experiencias tanatológicas y médico - legales sobre autopsias de niños que presentaban golpes y quemaduras. En el mismo año Athol Johnson del Hospital para Niños Enfermos de Londres llamo la atención sobre la frecuencia de fracturas múltiples en los niños.

Los profesionales sanitarios no consideraban que les concernía el maltrato infantil salvo para la atención a las lesiones. La misión era tratar exclusivamente la enfermedad, sin atender los problemas sociales. El desarrollo de la pediatría, y de campañas médicosociales de protección a la infancia en la 2ª mitad del siglo XIX suponen el comienzo del reconocimiento del maltrato infantil como una entidad clínica compleja.

Especial importancia tiene el caso de Mary Ellen Wilson (Nueva York, 1874) de nueve años de edad, atada a la cama, golpeada, herida con tijeras, con desnutrición severa,..., sin que pudieran intervenir las autoridades (policía, abogado, Beneficencia) por falta de legislación. El proceso judicial se ganó en base a la legislación para la protección de los animales y el apoyo de la Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales al considerarla con los mismos derechos que los animales. A raíz ello se fundó la Asociación Americana para la Prevención de la Crueldad con los Niños.

2. DESCRIPCIÓN SÍNDROMES SIN IDENTIFICAR (1946-1961).

Representa el comienzo de la etapa científica en que los profesionales del campo de la medicina publican artículos sobre diferentes lesiones sin identificar su etiología.

El desarrollo de la radiología supone un paso importante. Caffey en 1946 describió niños con hematoma subdural y fracturas de huesos largos sin que existieran otros problemas de salud. En 1953 su discípulo Silverman las atribuye a traumatismos no accidentales por negligencia o agresiones deliberadas.

3. IDENTIFICACIÓN (1962 hasta mediados década de 1970)

El Síndrome del Niño Apaleado es definido por Henry Kempe en 1962 para describir clínicamente lesiones que presentaban niños que habían sufrido agresiones de tipo físico, generalmente efectuadas por sus padres o cuidadores.

A partir de este momento comienzan a publicarse numerosos trabajos contribuyendo al conocimiento del abandono y maltrato infantil, ampliándose el concepto de los malos tratos físicos con otras formas: niño zarandeado, síndrome de Münchhausen por poderes, maltrato emocional, etc.

La identificación del abuso sexual como forma de maltrato coincide con el maltrato físico. A partir de Freud y Kinsey en los años 1950 que estima en un 24 por cien el número de mujeres que habrían sufrido abusos sexuales. En la década de 1960 se inicia el estudio científico de su incidencia y se reconoce su importancia clínica.

4. RECONOCIMIENTO (desde mediados de la década de los 70-mediados década 1980)

Se reconoce la gravedad del problema del maltrato infantil por su frecuencia y consecuencias y se incorpora en la atención al niño el diagnóstico del Síndrome del Niño Maltratado, se desarrollándose investigaciones y legislaciones como la Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados (1986).

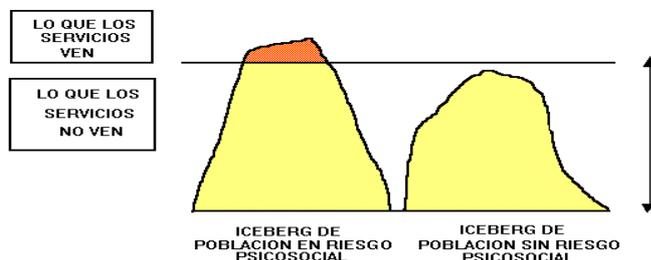
5. PREVENCIÓN (mediados década 1980 - actualidad).

La prevención del maltrato infantil comienza a considerarse como una prioridad y se desarrollan programas de apoyo hospitalario perinatal y de primera infancia, de visitas al hogar y formación de padres, etc.

Epidemiología

La prevalencia real del maltrato infantil es desconocida, ya que la mayoría de los casos no son detectados. La propia naturaleza del problema, que en gran número se produzcan dentro de la propia familia, el miedo a la denuncia, la formación insuficiente de los profesionales, que el agredido sea un niño, etc., condicionan el conocimiento del número de casos. Diferentes expertos asemejan la situación a la de un *Iceberg*, estimando que los casos detectados serían sólo una parte de los casos reales (Figura 1).

Figura 1. Los *icebergs* del maltrato



En una encuesta sobre actuaciones ante un caso de maltrato infantil solo optaría por intentar hablar con los padres el 14 por cien respuesta relacionada con aquellos que ante los problemas que afectan a los niños presentan un mayor grado de sensibilización o solidaridad ciudadana y otro 14 por cien afirmaban que no harían nada por considerar que no se debe interferir en los asuntos privados de otras familias (Cuadro 1).

Cuadro 1. ¿Qué haría usted si tuviera conocimiento de que un niño esta siendo maltratado?

Pregunta	Respuesta
No se como reaccionaria, porque no conozco recursos o cauces	20 %
Trataría de hablar con los padres	19 %
Lo denunciaría a la policía	19 %
Lo pondría en conocimiento de algún servicio social o personal que pudiera intervenir	18 %
Nada, no se puede intervenir en los asuntos privados de la familia	14 %
Lo denunciaría ante el Tribunal Tutelar de Menores	5 %
Lo denunciaría ante el juzgado	2 %
Otros	1 %
No sabe / no contesta	2 %

N = 1200

Fuente: Sánchez Moro C (comp.). Actitudes de agresividad y violencia física y psicológica de los padres en relación a los hijos. EDIS - Comisión Interministerial de Juventud (policopiado). 1988

Existen una serie de mitos y falsas creencias que influyen en este desconocimiento de las magitudes reales de este problema. Los *mitos* más frecuentes, son:

Mitos	Falsas creencias
El maltrato es infrecuente	Existe la creencia arraigada en la familia como núcleo de afecto donde es difícil creer que exista violencia
La violencia y el amor no coexisten en las familias	Se piensa que si existe un clima de violencia familiar es mantenido. Sin embargo, son muchos los niños, que a pesar de los malos tratos recibidos, quieren a sus padres, y esta coexistencia de violencia y amor, hace que el niño crezca aprendiendo que la violencia es aceptable
El maltrato lo cometen sólo personas con enfermedades mentales, desórdenes psicológicos ó bajo los efectos del alcohol ó las drogas	Subyace la creencia de que las personas <i>normales</i> no maltratan a sus hijos. En realidad, no existe un patrón de <i>padre abusivo</i> con unos rasgos estables, uniformes y fácilmente distinguible de los padres que no maltratan. Si parece haber algunas características que se encuentran con mayor frecuencia, como: <ul style="list-style-type: none"> - Baja tolerancia a la frustración y expresiones inapropiadas de ira - Aislamiento social - Falta de habilidades parentales - Sentimientos de incapacidad ó incompetencia como padres - Expectativas no realistas con los hijos - Percepción de la conducta de sus hijos como estresante
Noción de " transmisión	Fórmula dogmática que mantiene erróneamente , que todos los hijos

generacional del maltrato"	maltratados serán maltratadores , y al revés
El maltrato infantil es fundamentalmente maltrato físico	Visión restrictiva del problema construida y fomentada a través de los medios de comunicación dando una importancia preferente a los casos con lesiones físicas y abuso sexual. En contraste, existe una alta tolerancia al maltrato físico "leve" ó el psicológico
El maltrato no existe en clases sociales altas	El maltrato en la infancia existe en <u>todas</u> las clases sociales. Se diagnostican más casos entre las capas sociales bajas, porque el uso de recursos privados, sociales y sanitarios, impide conocer situaciones de riesgo ó establecidas en clases sociales elevadas.
Los temas psicosociales no son de verdadera medicina	Si no se considera importante adquirir conocimientos en el área psicoafectiva no estaremos en actitud de entender y diagnosticar el maltrato en la infancia
toda intervención debe tener la certeza total del diagnóstico de maltrato	Impide registrar en las historias clínicas hechos ó factores de riesgo, que podrían dar lugar a una actuación preventiva ó precoz

Otros factores que influyen en el desconocimiento de la magnitud del problema son la falta de estudios epidemiológicos y la omisión del personal sanitario de comunicar los casos (Cuadro 2).

Cuadro 2. Factores que influyen en el conocimiento real del maltrato

No se diagnostican	<ul style="list-style-type: none"> · No siempre es fácil su diagnóstico, muchos no llegan siquiera a sospecharse · La ausencia de una definición omnicompreensiva, que permita reconocerlos sin grandes dificultades · dificultad de diferenciarlos en muchos casos de las lesiones producidas de forma accidental · La formación profesional que recibe el pre y postgraduado sobre el maltrato es escasa o nula e impide identificar las lesiones. · Criterios personales del propio facultativo: <ul style="list-style-type: none"> - pueden formar parte de costumbres sociales, culturales o religiosas que el facultativo comparte - considerar el castigo físico como medida de disciplina y no como maltrato - todos los accidentes de la infancia son evitables, y por lo tanto serían malos tratos y viceversa
Se diagnostican; pero no se da parte	<ul style="list-style-type: none"> · Las lesiones son consideradas poco importantes · No se sabe con seguridad, aunque se sospeche, como se han producido (miedo a equivocarse) · Miedo al pensar que el emitir un parte de lesiones equivale a poner una denuncia · Preocupaciones de índole personal del médico: <i>legales</i> (tener que declarar), <i>económicas</i> (pérdida horas de trabajo, pérdida de clientes), <i>comodidad</i> (traslado al juzgado si tiene que prestar declaración), <i>miedo</i> (reacción de los padres) · Experiencias anteriores, en las cuales a pesar de comunicar la sospecha de maltrato a las Autoridades, el niño fué entregado a los padres, sin el tratamiento social previo pertinente · Muchos médicos que al comunicar la sospecha de existencia de un maltrato piensan que el niño sale más perjudicado que beneficiado por que: <ul style="list-style-type: none"> - el agresor ve en el niño el motivo de que se le investigue ó interroge y actuará posteriormente con más violencia. - más valen unos malos padres que una buena Institución

Concepto

Definir los malos tratos a la Infancia parece sencillo, sn embargo, resulta complejo. Existe un consenso referente a los grandes Síndromes del Niño Maltratado y situaciones de alarma social, pero otras circunstancias no se presentan tan evidentes. Los propios profesionales tienen diferentes criterios, lo que se traduce en la existencia de múltiples definiciones.

El concepto del maltrato infantil inicialmente se hizo en referencia al maltrato físico con un predominio de criterios médicos-clínicos y a la explotación laboral y trabajo de los niños para ir evolucionando hacia la situación actual en que las definiciones se basan en las necesidades y derechos de los niños.

La Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas en su Artículo 19, se refiere al maltrato infantil, como:

"Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo"

La legislación española define el desamparo legal, Código Civil art. 172, como:

"Situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material".

A partir de estos conceptos y de la descripción del maltrato infantil del Centro Internacional de la Infancia de París establecíamos los malos tratos a la infancia como:

"Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad"

Esta definición de maltrato infantil incluye lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión), o se realiza de forma inadecuada (negligencia), ocasionando al niño no solamente daño físico, psicológico - emocional y social, sino que considerándole persona - objeto de derecho incluye sus *derechos* y su bienestar, y cuyos autores pueden ser las personas (familiares o no) y las instituciones - administraciones (maltrato institucional),

Tipologías.

El maltrato, no es un hecho aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de múltiples factores: sociales, familiares, personales,..., no siempre delimitados cuantitativa ni cualitativamente. Su clasificación sólo implica determinar el problema emergente o más relevante que afecta al pero no hay que olvidar la existencia de una multicausalidad (contextos maltratantes).

En general, podemos clasificar los malos tratos en:

- ◆ **Prenatales** serían aquellas circunstancias de vida de la madre, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influyan negativa y patológicamente en el embarazo y repercuten en el feto.
- ◆ **Postnatales** son las circunstancias durante la vida del niño que constituyan riesgo o perjuicio para el niño según la definición de maltrato infantil.
- ◆ **Institucionales** se producen cuando los autores son las instituciones o la propia sociedad través de legislaciones, programas,..., o la actuación de los profesionales al amparo de la institución

Los **malos tratos prenatales**, en algunos casos resultan evidentes los efectos en el niño, otros serían objeto de debate, en otros se aprecia la conveniencia de no culpabilizar a la madre,... En cualquier caso, el hecho de que se planteen a debate estas circunstancias implica el valor que la sociedad concede a la infancia, la importancia que da a los niños.

Los **malos tratos postnatales** son los que afectan al niño ya en su vida extrauterina, y su tipología es mucho mas amplia.

El **maltrato por acción**, el más fácil de detectar desde el punto de vista clínico y. por tanto el que más se diagnostica, se define como cualquier intervención, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo.

Las formas de presentación del **maltrato físico** pueden ser:: lesiones cutáneas (escoriaciones, equimosis, heridas, hematomas, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia), fracturas, zarandeado ("saken baby"), asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones,..., y síndrome de Münchausen por poderes.

El **maltrato por omisión - negligencia** que consiste en dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.

El máximo grado, es el **abandono** que tiene repercusiones psicológicas y somáticas características e, incluso, se podría hablar de una situación sanitaria específica de aquellos que son atendidos en instituciones de protección a la infancia (inclusas, orfanatos, hogares).

Una forma de presentación del maltrato por omisión es el **Retraso Crecimiento No Orgánico** en niños que no incrementan sus parámetros de crecimiento estaturoponderal con normalidad en ausencia de enfermedad orgánica. Su etiología es la inadecuada o falta de atención a sus necesidades físicas, psico - afectivas y/o sociales del niño que tienen consecuencias físicas y en su desarrollo y estabilidad psicosocial.

Los "**Niños de la Calle**" son aquellos que carecen de hogar y de familiares que les atiendan, viven solos o teniendo familia están de forma continua o transitoria en la calle, que por las obligaciones laborales de sus padres permanecen solos la mayor parte del día disponiendo de llave para entrar en su domicilio pero sin que exista un adulto para su atención / cuidado. Son niños sin escolarizar, realizan actos delictivos, trabajos marginales, prostitución infantil, etc.

Todas las formas de maltrato tienen repercusiones sobre el área psicológico - emocional del niño. Además, el **maltrato emocional** es una entidad clínica en si misma y definiéndose como toda acción, omisión o negligencia de carácter afectivo, capaz de originar cuadros psicológicos - psiquiátricos, por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño.

El niño que por exigencias académicas u obligación de asistir a clases extras sin contar con sus posibilidades, impidiendo que tenga tiempo de reposo y juego necesario con el deseo de una mayor formación en un ambiente progresivamente competitivo sufre **abuso pedagógico**. La consecuencia es un grave estrés escolar, que se manifiesta por enfermedades más frecuentes, diversos trastornos psicossomáticos o alteraciones emocionales que son motivo de consulta.

El **abuso sexual**, una de las formas más frecuentes de maltrato infantil, se define como la implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto, siendo formas de abuso sexual *con contacto físico* la violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, sodomía, tocamientos, estimulación sexual, y *sin contacto físico* la solicitud indecente a un niño o seducción verbal explícita, realización acto sexual o masturbación en presencia de un niño, exposición de los órganos sexuales a un niño, promover la prostitución infantil, pornografía

La **explotación laboral** podríamos pensar que en las sociedades avanzadas no es un hecho frecuente. Pero la utilización de niños para obtener beneficio, que implique explotación económica, y el desempeño de cualquier trabajo que entorpezca su educación, o ser nocivo para su salud o su desarrollo no solo se da en países pobres o en vías de desarrollo, si no que, la mendicidad, el trabajo profesional en menores,...., también se presenta en nuestra sociedad.

Dentro de las tipologías del maltrato infantil esta el **maltrato institucional** que es el derivado de cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión de los poderes públicos que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño.

Cuadro . Tipologías del maltrato infantil

MALTRATO	ACCIÓN	OMISIÓN
FÍSICO	<p>Cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo.</p> <p>Formas: lesiones cutáneas (equimosis, heridas, hematomas escoriaciones,, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, zarandeado ("saken baby"), asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones, síndrome de Münchhausen por poderes.</p>	<p>Dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.</p> <p>Formas: desatención, abandono, retraso crecimiento no orgánico, "Niños de la calle", constantemente sucio, problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de los cuidados médicos rutinarios (vacunaciones)</p>
SEXUAL	<p>Abuso sexual: implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto</p> <p>Formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Con contacto físico: violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, sodomía, tocamientos, estimulación sexual · Sin contacto físico: solicitud indecente a un niño o seducción verbal explícita, realización 	

	acto sexual o masturbación en presencia de un niño, exposición de los órganos sexuales a un niño, promover la prostitución infantil, pornografía	
EMOCIONAL	<p>acción de carácter afectivo capaz de originar cuadros psicológicos -psiquiátricos por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño.</p> <p>Formas: rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper o implicar a un niño en actividades antisociales</p>	<p>omisión o negligencia</p> <p>Formas: privación afectiva, no atender las necesidades afectivas del niño (cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, rol en la familia, autoestima, etc.), abuso pedagógico</p>
LABORAL	<p>Utilización de niños para obtener beneficio económico, que implique explotación y el desempeño de cualquier trabajo que pueda entorpecer su educación, o ser nocivo para su salud o desarrollo físico, mental, espiritual o social</p> <p>Formas: mendicidad, trabajo profesional, venta ambulante,...</p>	<p>Formas: falta de preparación laboral, no escolarización,</p>

Índice

- ◆ Epidemiología
 - Introducción
 - Maltrato infantil en el mundo
 - Maltrato infantil en España
- ◆ Etiopatogenia
 - Introducción
 - Modelos explicativos

◆ **Epidemiología****Introducción**

El maltrato a los niños es un problema universal, que no reconoce límites ni geográficos, ni culturales, ni ideológicos. Los malos tratos han existido en todos los tiempos; la patria potestad confería dominio absoluto a los padres sobre sus hijos: *Un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto (Aristóteles)*. De esta actitud de aceptación y permisividad social frente a los malos tratos, se ha pasado a su identificación como causa de grave daño para el desarrollo integral del niño o incluso de su muerte; lo que origina que se oculte deliberadamente perpetuando y agravando la situación de los niños que lo sufren, dificultando su detección y actuación e impidiendo el conocimiento de la magnitud real del problema.

Los datos que se conocen son solo una pequeña parte de los que realmente ocurren; y esto es así por las características propias del maltrato a los niños:

- Muchos casos se producen dentro de la familia.
- Los niños pequeños no tienen autonomía para denunciarlo.
- Miedo de muchos profesionales y ciudadanos a las implicaciones que puede originar la denuncia.
- Desconocimiento del tema, de sus distintas manifestaciones, así como de las situaciones de riesgo que pueden favorecer el maltrato.
- Dificultad en la identificación como maltrato del abandono y la negligencia en los cuidados del niño, así como de la utilización de disciplinas inadecuadas, educación en la violencia, etc.

No es un problema lejano, está aquí, en nuestra sociedad, y solo con su conocimiento se podrán establecer las medidas adecuadas en cada caso. No detectar el maltrato puede tener consecuencias graves para el niño: todo niño víctima de maltrato físico que regrese a su hogar sin las medidas precautorias de rigor, tiene un 50 por cien de posibilidades de sufrir nuevamente agresión y el riesgo de muerte es de un 10 por cien.

Además de conocer las distintas manifestaciones y situaciones del maltrato, para detectarlo es necesario pensar en él. Una encuesta realizada a 200 médicos de la región de Washington puso de manifiesto que 50 de ellos reconocía no haber pensado nunca en malos tratos ante un niño traumatizado y que 25 de ellos habían rehuído la denuncia a pesar de sentirse protegidos por la ley.

El número de niños maltratados jamás podrá ser conocido. Kempe se manifestaba así de contundente hace tres décadas, pero sigue reflejando la realidad actual.

Solo contamos con aproximaciones a la realidad del problema que es menor en los países en vías de desarrollo que en los desarrollados. En los países que más se investiga y cuentan con más trabajos y documentación sobre el tema, se reconoce que los datos conocidos son solo una pequeña parte de la realidad. Unos estudios estiman que se detectan entre el 10 y el 20 por cien de los casos que se producen y otros que por cada caso detectado existen al menos otros siete que pasan desapercibidos. Pero no hay datos que confirmen estos porcentajes.

La mayoría de los casos detectados y denunciados corresponden a los casos más graves de maltrato físico, pero otras formas de maltrato, de gran prevalencia, como son el abandono y el abuso sexual tienen más dificultades para su detección y registro.

Incluso, una vez detectados, no existe una sistematización en la denuncia y registro. En Estados Unidos según un estudio realizado (mayo.79-abril. 80) no se notificaron más que la mitad de los

77.000 casos detectados en hospitales, especialmente los casos de maltrato emocional y en familias de clase social alta.

En una encuesta realizada por la International Society for Prevention of Child Abuse (ISPCAN, 1992) a 31 países, 16 desarrollados y 14 en vías de desarrollo, pone de manifiesto que la mitad de los 16 países desarrollados y dos tercios de los 14 en vías de desarrollo, no tenían sistemas de registro centralizados, entre ellos España.

Maltrato a los niños en el mundo

Durante este siglo el avance en la protección a la infancia ha sido grande. En 1959 se aprueba en la Asamblea General de las Naciones Unidas, La Declaración de los Derechos del Niño, que en un decálogo reconoce el derecho de los niños a la igualdad, alimentación, cuidados, educación y protección contra el abandono y la explotación en el trabajo.

Frente al reconocimiento de los Derechos del Niño, según un informe de la UNICEF (1996) la situación en los países en vías de desarrollo es la siguiente:

- 12.5 millones de niños menores de 5 años mueren anualmente.
 - 73 millones de niños trabajan.
 - 1 millón de niñas al año caen en las redes de la prostitución.
 - 140 millones de niños no asisten a la escuela,
- y en los países desarrollados la situación de la infancia es bastante mejor, pero todavía existen graves problemas en:
- Estados Unidos se calcula que al menos 100.000 niños están en la prostitución.
 - Reino Unido se estima que del 15 al 26 por cien de los niños de 11 años y del 36 al 66 por cien de los de 15 años trabajan.

En los últimos años se han llevado a cabo muchos estudios para conocer la incidencia del maltrato y todas las características que lo rodean.

En Estados Unidos se realizaron dos estudios de incidencia de maltrato en el ámbito de todo el país: *El National Incidence Study 1 (NIS-1) (1979-80)* y el *National Incidence Study 2 (NIS-2) (1986)*.

Según el NIS-1 la incidencia de malos tratos detectados a través de los servicios de protección a la infancia fue el 3.4 por mil niños. Añadiendo las informaciones de otros profesionales la incidencia asciende aproximadamente a 10.5 niños por mil. Los casos se refieren a aquellos en los que hay un expediente verificando oficialmente la existencia de maltrato infantil.

Los datos del NIS-2 reflejan una tasa de 14.6 por mil de niños maltratados y los siguientes porcentajes por tipos de maltrato: abandono 81 por cien, maltrato físico 49 por cien, maltrato emocional 30 por cien y maltrato sexual 21 por cien.

En este estudio las características personales, familiares y sociales que más frecuentemente se relacionaron con los casos de maltrato detectados, son:

- Edad el 12 por cien de los niños maltratados eran menores de 1 año. El 75% de los casos detectados corresponde a niños entre 2 y 13 años distribuidos bastante regularmente en todos los años. El 13% restante corresponde a niños mayores de 13 años.
- Características personales como prematuridad, bajo peso al nacer, hiperactividad, deficiencia mental, etc., están claramente relacionadas con el maltrato a los niños, sobre todo en los menores de 2 años.
- Un mismo niño es frecuente que sufra más de un tipo de maltrato. Así mismo, es frecuente la reincidencia en el maltrato
- Algo más del 50 por cien de los niños eran varones. Cifras que cambian en la adolescencia donde las dos terceras parte de los maltratados son chicas
- Más frecuente en familias numerosas. Siendo el pequeño el que con más frecuencia los sufre
- En un 13 por cien de los casos la persona maltratante estaba bajo los efectos de algún tipo de droga.
- Entre las situaciones socio-familiares que rodeaban a estos niños, se encontraron en muchos casos la pobreza, desempleo, bajo nivel de estudios y altos niveles de violencia familiar.

En Europa según los datos aportados por la *National Society for the Prevention of Cruelty of Children (NSPCC)* basados en sus registros correspondientes al 9 por cien de la población infantil de Inglaterra y Gales (1977 - 1986) se registraron 12.483 niños víctimas de malos tratos, dato que supone un 12.5 por 1.000 de la población (Cuadro 2).

Cuadro 2. Casos de maltrato infantil registrados por la NSPCC entre 1977-1986

Tipología	1977-1986	%
Maltrato físico:	7.551	80,8
- Fatal	54	0,6
- Grave	809	8,6
- Moderado	6.688	71,6
Abuso sexual	999	10,7
Negligencia	399	4,3
Retraso crecimiento no orgánico	259	2,8
Maltrato emocional	133	1,5
Total	9.341	75,0
Lesiones accidentales	49	0,4
Riesgo	3.093	24,6
Total registrado	12.483	100

Se han hecho estudios específicos sobre el **abuso sexual** para determinar su prevalencia y conocer las características personales y familiares que más frecuentemente se relacionan con él.

Estudios realizados en Estados Unidos por Finkelhor (1990) revelaron que un 27 por cien de las mujeres y un 16 por cien de los hombres fueron víctimas durante su infancia de algún tipo de agresión sexual.

En Finlandia un estudio realizado en 1985 sobre 9.000 niños de 15 años, encontrando que entre el 6-8 por cien de las niñas y el 1-2 por cien de los niños habían sufrido abusos sexuales.

Hay una serie de factores de riesgo que se relacionan con el abuso sexual, como: niñas más que niños, preadolescentes y adolescentes, no vivir con los padres biológicos, tener padrastro, madre con problemas psicológicos, crianza inadecuada, presenciar conflictos familiares, madre ausente por trabajo.

Maltrato a los niños en España

Varias iniciativas trabajaron en la década de los 80, para sensibilizar a la opinión pública, profesionales, políticos y figuras representativas de la sociedad sobre la existencia del maltrato a los niños, así como de la necesidad de profundizar en el conocimiento de la dimensión, factores favorecedores y repercusiones del mismo.

En los últimos años se han realizado estudios para determinar la frecuencia de los malos tratos en nuestro país. De ellos son de destacar los realizados en Cataluña, Andalucía, Guipúzcoa y en Castilla y León; y de ámbito nacional el que analiza los expedientes existentes en los servicios de protección a la infancia que dependen de las delegaciones provinciales de las consejerías de Asuntos Sociales de las Comunidades Autónomas, En todos estos estudios hay una gran coincidencia en cuanto a los porcentajes de los distintos tipos de maltrato encontrado (cuadro 2).

Cuadro 2. Porcentajes de detección por tipología e incidencia estimada en estudios realizados en España

	Cataluña (1991)	Andalucía (1995)	Expedientes España (1995)	Guipúzcoa (1995) ¹	Castilla y León (1993) ²
Negligencia	78,5%	72,2%	79,1%	49,4%	92%
Maltrato emocional	43,6%	45,4%	42,5%	17,4%	82% 65% ³
Maltrato físico	27%	22%	30,1%	8,1%	31%
Explotación laboral	9,3%	9,4%	4,2%	0,5%	4,0%
Mendicidad	-	14,3%	9,3%	1,2%	-
Corrupción	-	16%	4,2%	1,5%	-
Abuso sexual	2,8%	3,6%	4,2%	1,8%	-
Maltrato prenatal	3,1%	-	5,0%	-	-
Tasa de incidencia	5■	15■	0,44■	15■	11,5% ⁴

Numero de casos	7.590	4.714	8.575	189	848
-----------------	-------	-------	-------	-----	-----

¹ Demanda potencial calculada a través de diferentes profesionales.

² Se investigan aquí menores minusválidos a partir de los archivos de protección de menores.

³ Se distingue dentro de esta tipología una modalidad activa (abuso emocional, 65 por cien) y una modalidad pasiva (abandono emocional, 82 por cien).

⁴ El 11 por cien representa la prevalencia del maltrato infantil en la población minusválida tutelada en Castilla y León.

También son bastante concordantes, en los estudios españoles, los datos de las características personales, familiares y situaciones sociales que rodean a los casos de maltrato, así como con los datos de las publicaciones internacionales:

- Algo más frecuente en niños que en niñas.
- Muchos de los menores maltratados sufrían más de un tipo de maltrato al mismo tiempo
- El maltrato se da en niños de todas las edades, el maltrato físico es más frecuente en menores de 2 años y el abuso sexual es más frecuente a partir de los 9 años y sobre todo entre los 12 y los 15.
- En todos los casos hay una acumulación de factores de riesgo y escasos recursos de apoyo, así como unas características especiales de los niños (prematuridad, enfermedades, hiperactividad). Situaciones socio-familiares marcadas por el desempleo, desestructuración, alcoholismo y drogadicción, enfermedad mental, ambientes carentes de afecto, vivienda inadecuada.

El perfil psicosocial es más desfavorecido en las familias de los niños que sufrían abandono sobre todo frente a las familias de los que sufrían maltrato emocional. El maltrato emocional es más frecuente en familias con problemas de pareja y enfermedades mentales.

Con respecto al **abuso sexual**, en España contamos con el estudio retrospectivo realizado por Felix López y colaboradores (1994-1995) en el que entrevistaron a 2.100 sujetos adultos de toda España. El 20 por cien de los sujetos entrevistados afirmó haber sido víctima de abusos sexuales en su infancia, 15 por cien de los varones y 22 por cien de las mujeres.

Las características que rodean estos abusos:

- Más frecuente en medio urbano que en el rural (60 por cien / 40 por cien).
- Tenían lugar sobre todo en el interior de las casa o de vehículos.
- Ocurrieron una sola vez en el 56 por cien de los casos, frente al 44 por cien que se repitieron.
- Más frecuente en mayores de 9 años, sobre todo de 12 a 15 años.
- Los agresores en el 86 por cien de los casos eran hombres y el 14 por cien eran mujeres. Las edades eran muy variables. En el 40 por cien los agresores eran desconocidos, en el 40 por cien de la misma familia o amigos de la familia, y el resto se repartían entre otros familiares (tíos, abuelos), padres adoptivos, educadores, religiosos.

Los datos epidemiológicos aquí referidos expresan la realidad del maltrato que conocemos, pero la tarea pendiente, en sensibilización, detección, registro y sobre todo en prevención es larga, sobre todo si tenemos en cuenta que es mucho más lo que desconocemos.

♦ Etiopatogenia del maltrato a la infancia

Introducción

Paralelamente a los estudios llevados a cabo para conocer la incidencia del maltrato a los niños, se han identificado una serie de factores tanto personales como familiares, sociales y culturales que se encuentran con mayor frecuencia relacionados con los malos tratos a los niños.

El maltrato es un problema complejo, que requiere un enfoque multidimensional que tenga en cuenta al niño y las circunstancias familiares y socioculturales donde se desarrolla. La génesis del maltrato se explica por la existencia de una acumulación de factores de riesgo y no desde una perspectiva unicausal.

Modelos explicativos

En los últimos años muchos son los trabajos desarrollados para explicar porqué se maltrata a los niños. Estos trabajos han seguido distintas líneas de estudio, unas centradas en factores individuales, otras en factores sociales y culturales y otras en la interacción entre distintos factores, dando lugar a varios modelos explicativos de la génesis del maltrato.

El modelo psicopatológico fue la primera línea teórica que se siguió para explicar el problema de los malos tratos, y se centraba en las características psicopatológicas de los padres. Consideraba que son los rasgos de la personalidad y los desordenes psicopatológicos de los padres los principales factores explicativos del maltrato infantil.

Este modelo explicativo ejerce todavía notable influencia, a pesar de que diversos estudios refieren que solo el 10 por cien de los padres tienen problemas psicopatológicos. Algunos autores explican este hecho porque al pensar que los padres que maltratan a sus hijos son "diferentes" (enfermos mentales, psicópatas), nos permite distanciarnos del problema. El hecho de que solo una pequeña proporción de padres que maltratan a sus hijos tengan enfermedades mentales, no resta interés al estudio de las características individuales de estos padres, teniendo siempre en cuenta sus experiencias previas y necesidades como factores que pueden influir en su comportamiento. (Cuadro 3).

Cuadro 3. Personalidad característica del padre abusador

Pobre desarrollo emocional	Baja autoestima	Aislamiento emocional	Soledad depresiva	Bajo control de la agresividad
Inmadurez Dependencia Necesidad de afecto	Baja/pobre autoestima Escasa confianza en si mismo Sensación de incompetencia Hipersensible Pobre identidad personal	Aislado Rechaza relaciones humanas Falta de empatía Falta de afecto Desconfiado	Dificultad matrimonial Deprimido Sentimientos depresivos crónicos Apático Triste, infeliz Temor a estar solo	Agresión pobremente controlada Hostil Agresividad y hostilidad perversa Patrón de agresión y violencia

En la década de los años 70 surge **el modelo sociológico** que centra la etiología del maltrato en las situaciones sociales y culturales (violencia socialmente aceptada, disciplina basada en agresiones físicas o verbales) como las generadoras de estrés y disfunción familiar.

Estas teorías explicativas del maltrato basadas en apreciaciones parciales del problema, dan paso a una visión integrada en la que se tienen en cuenta múltiples factores interactuantes.

El **modelo socio-interaccional** centra la etiología del maltrato en la interacción que tiene lugar entre padres e hijos, tanto en el contexto familiar como en el social. En este modelo se contemplan situaciones disfuncionales de la interacción entre padres e hijos, tales como la reciprocidad de la conducta aversiva, el refuerzo inapropiado de la conducta, la ineficacia del castigo físico, así como factores cognitivos o afectivos que actuarían como mediadores en las interacciones padres- hijos.

Dentro de esta visión interaccional se situaría el modelo centrado en la **vulnerabilidad del niño**, en el que ciertas características físicas y conductas del niño, en interacción con la experiencia y competencia parental, así como con situaciones de altos niveles de estrés en la familia, pueden actuar como factores precipitantes del maltrato. Características de vulnerabilidad del niño serían: niños fruto de embarazos no deseados, prematuros o con bajo peso al nacer, niños afectados de malformaciones, hiperactivos, etc.

El **modelo ecológico** integra los anteriores modelos explicativos del maltrato. Este modelo basado en que el maltrato infantil está determinado por múltiples factores que actúan en el individuo, en la familia, en la comunidad y en la cultura, en la que el individuo y la familia están inmersos. Estos factores están en continua relación e interacción.

El modelo ecológico integra los contextos donde tiene lugar el desarrollo del individuo (micro-macro-y exosistemas) y el análisis del desarrollo ontogénico. Estructurando los factores que se han considerado intervienen en la etiología del maltrato, en cuatro niveles (Cuadro 4):

- *Desarrollo ontogénico* (Individuo). Relacionado con el proceso evolutivo del individuo. Representa la experiencia previa que los padres traen consigo a la familia y a la función

parental.

- *Microsistema familiar* (Familia). Se refiere al contexto inmediato, donde vive el niño. Incluyéndose en este nivel las características del niño, de los padres, el ajuste marital y la composición familiar.
- *Exosistema* (Sociedad). Refiriéndose a las estructuras sociales que rodean al microsistema familiar (mundo laboral, redes de relaciones sociales, vecindario).
- *Macrosistema* (Cultura). Se refiere al conjunto de valores y creencias culturales acerca de la paternidad, derechos de los padres sobre los hijos, etc.

La aparición de varios factores de riesgo aumenta la probabilidad de que exista maltrato. Se considera que algunos factores de riesgo tienen especial valor pronóstico, como: retraso mental grave en uno o ambos padres, las enfermedades mentales graves, historia de consumo prolongado de alcohol o de drogas, falta de establecimiento de vínculo y deficiente relación afectiva en el trato con el niño.

Cuadro 4. Factores de riesgo de maltrato infantil

Desarrollo ontogénico (individuo)	Microsistema (familia)	Exosistema (sociedad)	Macrosistema (cultura)
<ul style="list-style-type: none"> - Historia de malos tratos y/o de desatención severa - Rechazo emocional, falta afecto en infancia - Carencia de experiencia en el cuidado del niño - Ignorancia de las características evolutivas - Historia de desarmonía y ruptura familiar - Bajo coeficiente intelectual - Pobres habilidades interpersonales - Falta de capacidad para comprender a otros (empatía) - Poca tolerancia al estrés. - Estrategias para resolver problemas inadecuadas - Problemas psicológicos 	<p>Interacción paternofamiliar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desadaptada - Ciclo ascendente de conflicto y agresión - Técnicas de disciplina coercitivas <p>Relaciones conyugales:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estrés permanente - Violencia y agresión <p>Características del niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prematuro - Bajo peso al nacer - Problemas de conducta. - Temperamento difícil - Hiperactivo. - Discapacitados - Tamaño familiar - Padre único - Hijos no deseados 	<p>Trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desempleo - Falta de dinero - Pérdida de rol - Pérdida de autoestima y poder - Estrés conyugal - Insatisfacción laboral - Tensión en el trabajo <p>Vecindario y comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento social - Falta de apoyo social <p>Clase social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Crisis económica. - Alta movilidad social. - Aprobación cultural del uso de la violencia - Aceptación cultural del castigo físico en la educación de los niños - Actitud hacia la infancia, la mujer, la paternidad, la paternidad-maternidad

El maltrato se produce en todas las clases sociales, aunque las manifestaciones, la detección y los factores de riesgo sean distintos de unas situaciones a otras. Se detectan con mayor frecuencia en las familias de clases sociales más desfavorecidas, generalmente debido a que acuden con más frecuencia a los Servicios Sociales y Asistenciales y guardan con más dificultad su privacidad. También se mantiene que los pediatras tienen mayor tendencia a diagnosticar abuso en niños de familias pobres y en minoría.

Pero el maltrato se da también en clases sociales más favorecidas, clase media o media alta, en las que al contar con más recursos para poder solucionar sus problemas mantienen con más facilidad su privacidad. En estas familias se da con más frecuencia el maltrato psicológico y el abandono, por las múltiples ocupaciones y compromisos sociales y laborales de los padres que desatienden las necesidades de afecto y comunicación de sus hijos.

Muchas familias en las que se dan varios factores de riesgo no maltratan a sus hijos. Esta situación es explicada por la existencia de **factores de compensación** (cuadro 5), que actuarían modulando los factores de riesgo e impidiendo el maltrato. La conducta parental estaría determinada por el equilibrio relativo entre los factores de riesgo y los factores de compensación que experimenta una familia.

Cuadro 5. Factores de compensación

Desarrollo ontogénico	Microsistema	Exosistema	Macrosistema
<ul style="list-style-type: none"> - C.I. elevado - Reconocimiento de las experiencias de maltrato en la infancia - Historia de relaciones positivas con un padre - Habilidades y talentos especiales - Habilidades interpersonales adecuadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Hijos físicamente sanos - Apoyo del cónyuge o pareja - Seguridad económica 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyos sociales efectivos - Escasos sucesos vitales estresantes - Afiliación religiosa fuerte - Buenas experiencias escolares y relaciones con los iguales - Intervenciones terapéuticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Asunción sociocultural del niño como sujeto de derechos - Divulgaciones de los Derechos del Niño reconocidos por la ONU - Prosperidad económica - Normas culturales opuestas al uso de la violencia

El conocimiento de los factores de riesgo y de compensación nos ayudaran a planificar las estrategias de intervención tanto para detectar las situaciones de maltrato, pero más importante aún para trabajar en la prevención de los mismos, estando de acuerdo con diversos autores, que es más fácil y eficaz actuar sobre las situaciones de riesgo antes de su evolución adversa y evitar el maltrato, que actuar sobre las familias maltratantes, sin contar con el daño que evitamos a los niños.

Comprender ampliamente cual es la base del maltrato y todos los factores que pueden desencadenarlo, permite tener una visión amplia de los desafíos que nos quedan por afrontar.

Bibliografía:

Calvo Rosales, J., Calvo Fernández, J.R. El niño maltratado. Madrid, Ed. CEA 1986.

Casado Flores, J., Díaz Huertas, J., Martínez González, C. Niños Maltratados. Díaz de Santos 1997.

Dubowitz, H. Participación del pediatra para prevenir el Maltrato infantil. En Clínicas Pediátricas de Norteamérica 1990 (1047-1054).

Gómez de Terreros, J. Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil. Granada, Comares, 1995.

Gracia Fuster, E. Modelos explicativos, factores de riesgo e indicadores de los malos tratos en la infancia. En Maltrato Infantil: Prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario. Madrid, Consejería de Salud, 1995.

Guía para la atención del maltrato a la infancia por los profesionales de la salud. Madrid, Dirección General de Planificación, Formación e Investigación, 1993.

Kempe, RS., Kempe, CH., Niños maltratados. Madrid, Ed. Morata, 1989.-

Krugman, R. Participación futura del pediatra ante el descuido y el abuso de criaturas. En Clínicas Pediátricas de Norteamérica, 1990 (1057-1065).

El pediatra ante el maltrato en la infancia. De la denuncia al tratamiento. An. Esp. Pediatr. 1997; 47: 231-233.

Índice

- Tipos de lesiones de piel y mucosas
- Quemaduras
- Traumatismo de cráneo
- Fracturas óseas
- Negligencia grave y abandono
- Tratamiento

Las negligencias graves en el cuidado físico, alimenticio y sanitario a los niños, por parte de los padres o tutores, y los malos tratos físicos producen elevada morbilidad y mortalidad en los menores de 3 años.

Las lesiones de piel y mucosas representan la forma más frecuente de maltrato físico ; las quemaduras, las formas más espectaculares, y los traumatismos craneoencefálicos provocados la causa más frecuente de muerte. Otras formas graves de malos tratos son las lesiones de vísceras huecas o sólidas, las fracturas óseas y las intoxicaciones no fortuitas.

Las lesiones físicas provocadas tienen características específicas de localización, forma y color, que las diferencia de las producidas de manera fortuita. Los médicos relacionados con los niños, pediatras, traumatólogos, médicos de familia, forenses y médicos escolares, deben estar familiarizados con las lesiones no casuales, lo que facilitará el diagnóstico ; éste se realiza por la exploración física, teniendo las pruebas complementarias, excepto las de imagen, un papel secundario.

Tipos de lesiones de piel y mucosas

Varían según la edad y la raza, no según el sexo. Las lesiones cutáneas más frecuentes son : hematomas (40 por cien), desgarros y arañazos (20 por cien), otros traumatismos cutáneos (20 por cien) y quemaduras. En los cuadros 1 y 2 se esquematiza las localizaciones y tipos de malos tratos físicos.

Las lesiones cutáneomucosas provocadas por malos tratos pueden ser producto de :

1. Golpes o lanzamientos contra objetos duros, lo que provoca hematomas, equimosis, fractura ósea y rotura de tejidos.
2. Quemaduras.
3. Arrancamiento de dientes, pabellón auricular, ala y tabique nasal, cabellos, uñas.
4. Lesión por mordisco, en extremidades y pabellones auriculares.
5. Heridas por arma blanca, objetos punzantes, romos cortantes.
6. Otros : tatuajes, marcas, úlceras de decúbito o lesión del pañal abandonado.

Localización de la lesión. La zonas más frecuentemente lesionadas son las tradicionales del castigo : glúteos, nalgas y caderas, cara, extremo proximal de brazo y piernas, espalda, cuero cabelludo, manos y pies, oídos, genitales, nariz y boca. Los hematomas y lesiones fortuitos, no provocados, suelen aparecer en zonas prominentes del organismo que actúan de choque, tales como barbilla, codos, rodillas y espinilla.

En el Cuadro 1, se resumen las diferencias entre las lesiones provocadas y fortuitas. Las lesiones cutáneas bilaterales son casi siempre provocadas, así como aquellas incompatibles con el desarrollo motor de los niños.

Forma y color. La forma de la lesión depende del objeto agresor y de su fuerza impulsora. Con frecuencia la huella del objeto agresor (dedos, cinturón, hebilla, cable eléctrico, cualquier objeto de uso doméstico) queda impresa sobre la piel golpeada.

El color de las lesiones de la piel es dependiente de su antigüedad y de la profundidad del tejido lesionado. Cuando es profunda la visualización del hematoma puede tardar horas o días, lo que dificulta su reconocimiento. Los médicos deben estar familiarizados con los cambios de coloración de los hematomas (Cuadro 2), al objeto de poder detectar la contradicción entre la fecha estimada por la exploración y la obtenida para la anamnesis; cuando ésta se produce, el diagnóstico de maltrato es altamente sugestivo.

Quemaduras

Las quemaduras provocadas pueden estar producidas por contacto de un líquido caliente con la piel (escaldadura) o de un sólido (quemadura seca). Las primeras son las más frecuentes (70 por cien) y pueden producirse por derramamiento de un líquido caliente sobre la piel, lo que suelen afectar a cara, mentón, cuello, área de la corbata, dorso de manos y en ocasiones de pies; estas quemaduras no son muy profundas ni extensas (10-20 por cien de la superficie corporal) y se acompañan cuando son fortuitas, de

puntos periféricos a la quemadura central, por salpicaduras. Se producen en la cocina o el baño, siendo el líquido caliente agua, sopa, té o café.

La escaldadura por inmersión es típica del maltrato y adquiere formas que la hacen sugestiva de esta etiología. Son quemaduras delimitadas, de bordes nítidos, frecuentemente simétricas, de profundidad uniforme, que afectan preferentemente a las zonas tradicionales de castigo, glúteos, manos y pies, y adoptan formas de quemadura en guante (castigo por coger o romper objetos prohibidos), calcetín o quemaduras en casquete de glúteos al ser sentado en agua caliente (castigo por no control de esfínteres) o delimitados en glúteos y espalda. La profundidad de las quemaduras de escaldadura depende de dos variables : temperatura del agua o líquido caliente y de la duración del contacto.

Las quemaduras por inmersión accidental suelen ser de primer o a lo sumo de segundo grado ; para que se produzcan éstas, la duración del contacto de la piel con el agua debe de ser mayor de 70 segundos a 52°C o de 14 segundos a 56°C, duración improbable para una quemadura accidental y temperatura excesiva para el agua caliente doméstica que se recomienda estar limitada, para prevenir accidentes infantiles, a 49° C. En la mayoría de los calentadores de agua sin limitación de temperatura, el agua sale a 60° C, lo que requiere mas de tres segundos para producir quemaduras de segundo grado y más de 15 segundos para producir quemaduras de tercer grado.

Las quemaduras por contacto con objetos incandescentes son menos frecuentes que las anteriores (30 por 100), pero en ocasiones muy sencillas de identificar como provocadas al quedar impresa sobre la piel la huella del objeto agresor. Éstos, aunque de uso doméstico corriente, pueden ser muy diversos, tales como planchas de vapor o eléctricas, calentadores, utensilios de cocina, cigarrillos, etc. Las huellas nos permiten descifrar fácilmente la forma del objeto agresor. Las quemaduras por contacto pueden ser casuales cuando la superficie quemada es la no cubierta por las ropas, los bordes de la lesión no son nítidos y la quemadura no es profunda. Los niños pueden accidentalmente quemarse con objetos calientes, pero el tiempo de contacto es mínimo al producirse la retirada refleja, lo que impide la profundidad de la lesión.

Las quemaduras por cigarrillos son siempre provocadas, especialmente cuando son múltiples, redondeadas (el cigarro es aplicado sobre la piel, perpendicularmente) y en zonas cubiertas. Puede ser accidental solo cuando la quemadura es única, de bordes ovalados (aplicación tangencial) y en zonas descubiertas de la superficie corporal.

Las quemaduras por llama de fuego y las eléctricas suelen ser casuales, excepcionalmente provocadas. Únicamente cuando concurren otras lesiones propias de los malos tratos (hematomas, fracturas) o datos familiares sugerentes debe pensarse en esta posibilidad.

Las quemaduras provocadas pueden ser diferenciadas de las provocadas por las características de forma, profundidad, delimitación de bordes, simetría y localización, búsqueda inmediata o diferida de asistencia médica (Cuadro 3), así como por la existencia o no de factores predisponentes al maltrato físico

Traumatismo de cráneo

Representa la principal causa de muerte de estos niños, estimándose que uno de cada 5 ó 6 niños maltratados físicamente sufren secuelas neurológicas permanentes.

Las lesiones de cabeza pueden ser traumatismos simples del cuero cabelludo manifestado por edema, alopecia traumática, cefalohematoma o desgarro del cuero cabelludo.

Las fracturas de cráneo provocadas suelen ser múltiples, aunque es difícil diferenciarlas de las fortuitas, excepto cuando están en diferente estado de consolidación, por haber sido provocadas en momentos diferentes, o cuando se acompañan de otras lesiones cutáneas sugestivas de maltrato. Las fracturas de cráneo fortuitas pueden pasar inadvertidas, por lo que su diagnóstico, al practicar radiografía de cráneo rutinaria, o su demora en la consulta, no deben hacer sospechar, en este caso, maltrato infantil.

Los traumatismos craneales provocados pueden producir lesión intracraneal severa, tales como edema cerebral, hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea, contusión intracraneal, laceración y hematoma parenquimatoso. Estas lesiones, pueden asociarse o no a lesiones externas de cara o cráneo, ya que el mecanismo de producción puede ser contusión craneal o sacudida. La sacudida violenta del niño produce rápida aceleración y desaceleración de la cabeza, lo que provoca hematoma subdural o hemorragia subaracnoidea sin lesión externa aparente. Estas hemorragias son más frecuentes en la zona parietooccipital posterior entre ambos hemisferios cerebrales.

Las hemorragias retinianas pueden aparecer en el niño violentamente sacudido que desarrolla hemorragia subaracnoidea y hematoma subdural ; también pueden ser visibles en recién nacidos normales durante las primeras semanas de vida, provocadas por el traumatismo del parto, estas desaparecen en unas semanas. Las intoxicaciones por monóxido de carbono y la hipoxia severa tras parada cardiorrespiratoria producen también hemorragias retinianas.

Las manifestaciones clínicas de las lesiones intracraneales no se diferencian de las producidas por otras etiologías: hipertensión intracraneal, irritabilidad, letargia, convulsiones y coma.

Las sacudidas del tronco del lactante pueden producir también lesiones de las vértebras cervicales, luxación y fracturas vertebrales, así como lesiones medulares, a menudo ocultas por la gravedad del daño intracraneal.

Debe realizarse TAC craneal a los niños maltratados, cuando se sospeche clínicamente daño intracraneal, o cuando existan lesiones externas en cara y cráneo indicadores del maltrato. La resonancia nuclear magnética es muy útil para objetivar lesiones parenquimatosas de pequeño tamaño y daño del tronco cerebral. La presencia en la TAC de hematoma subdural bilateral o hematoma interhemisférico es característica de los malos tratos, especialmente cuando se demuestra hemorragia retiniana.

Fracturas óseas

En los niños con sospecha de maltrato debe realizarse rutinariamente la exploración radiológica del esqueleto, ya que aparecen fracturas óseas, especialmente de los huesos largos, en uno de cada tres niños menores de tres años. Se sospechará esta etiología en las siguientes situaciones:

1. Historia de caída o traumatismo menor acompañada de lesiones mayores de lo esperado.
2. Fracturas metafisiarias de los huesos largos, provocadas por las sacudidas, torsión o tracción violenta de las extremidades.
3. Fracturas en espiral de los huesos largos, especialmente en niños menores de 3 años.
4. Fracturas de costillas uni o bilateral, provocadas por la compresión brusca del tórax entre ambas manos o por la sacudida contra un objeto duro.
5. Hematoma diafisario perióstico.
6. Fracturas óseas múltiples en distintos estadios de consolidación.

En ocasiones, las lesiones óseas no son visibles radiográficamente, por ser pequeñas o ser muy recientes; en este caso, cuando persista fuerte sospecha de maltrato se indicará exploración ósea con isótopos radiactivos. La repetición del estudio radiográfico óseo dos semanas después, objetivará las lesiones anteriormente no visibles.

Es posible estimar la edad de las fracturas óseas. Las producidas recientemente cursan con edema blando perifractura visible clínica, ecográfica y radiográficamente. Las fracturas óseas pueden ser evidentes radiográficamente o no. En ocasiones las pequeñas líneas de fracturas son invisibles radiográficamente hasta 7-10 días después, cuando tienen lugar la reabsorción ósea y neoformación del periostio. Al finalizar la segunda semana, comienza a ser visible el callo de fractura; éste continúa calcificándose a lo largo de las siguientes 8-12 semanas de forma que a partir del segundo mes el hueso fracturado está totalmente remodelado.

Negligencia grave y abandono

La negligencia en el cuidado de los niños puede ser tan grave que conduzca, por ausencia de estímulos afectivos y de los aportes diarios de agua y alimentos, a deshidratación y malnutrición en grado avanzado o tan crónica que lleve a retraso del crecimiento pondero-estatural, así como de las áreas madurativas, impidiendo o retrasando el aprendizaje. Estos tipos de negligencia-abandono aparece en hijos de padres adictos a la heroína, alcohólicos, así como en hijos de padres con facultades mentales perturbadas.

Debe sospecharse este tipo de maltrato en:

1. Los niños con retraso de la talla sin causa orgánica aparente que lo justifique (producido por la ausencia de estímulos afectivos, abandono emocional, hiponutrición crónica);
2. Retraso en las áreas del aprendizaje (lenguaje, capacidad de atención, motilidad, etc.);
3. Niños con aspecto sucio y descuidado o con alteraciones de su comportamiento (hiperactividad, ausencia de autoestima, conducta autolesiva, agresividad).

La detección de este tipo de maltrato es muy importante, no solo para la prevención de enfermedades orgánicas (infecciones de repetición, retraso del crecimiento) y prevención de las alteraciones de las áreas madurativas-afectivas-aprendizaje, sino por el riesgo, que tienen de adultos, de reproducción del modelo aprendido, así como a la desadaptación social y a la delincuencia.

Tratamiento

El tratamiento de los niños físicamente maltratados debe ser abordado simultáneamente por un equipo multidisciplinario que englobe los aspectos médicos, sociales y legales. Están implicados en la protección infantil diferentes organismos: Comisión de Tutela del Menor, Policía Judicial de Menores, Centro de Acogida de Menores de Ayuntamientos, Servicios Sociales de la Comunidad, Ayuntamientos, Centros de Salud y Hospitales.

El papel del médico no es solo la curación de las lesiones físicas, sino la prevención, que se realiza detectando el caso (prevención de la repetición del maltrato), y detectando situaciones de riesgo (gemelaridad, prematuridad, riesgos sociales), al objeto de realizar, junto con otros profesionales, una prevención adecuada.

Las lesiones orgánicas deber ser tratadas evitando juicios ó actitudes, del personal médico o de enfermería, hacia los padres que impida la rehabilitación posterior de la familia y la incorporación del niño maltratado a su hogar.

El tratamiento de las lesiones graves, hemorragias intracraneales y lesiones abdominales debe realizarse con premura para evitar secuelas permanentes, cuando no la muerte. El cuidado de hematomas y fracturas óseas no difiere de las otras etiologías.

El cuidado de las quemaduras provocadas tampoco difiere de las de origen fortuito. La piel quemada debe ser eliminada cuidadosamente, limpiada, lavada y cepillada con una solución antiséptica a temperatura tibia. Dependiendo del tamaño y localización, las ampollas pueden ser drenadas. Para la mayoría de las lesiones la aplicación de un apósito apropiado, gasas impregnadas en antiséptico y vendaje no compresivo es suficiente ; el vendaje no debe ser cambiado diariamente, excepto que existan signos de infección, tales como fiebre, celulitis periférica, mal olor o supuración. El antiséptico es fundamental para prevenir la infección local ; se utiliza sulfadiazina argéntica al 0,5 por cien ó nitrato de plata al 0,5 por cien . La analgesia y en ocasiones sedación farmacológica es fundamental.

El tratamiento del TCE dependerá del tipo y gravedad de las lesiones ; tiene que iniciarse lo más pronto posible y debe ir encaminado a la prevención de las lesiones secundarias. A los niños con TCE grave, una vez estabilizada la hemodinámica, asegurada la permeabilidad de la vía aérea y ventilación adecuada, se procederá al traslado al centro sanitario que mejor y antes pueda diagnosticar y tratar al paciente. Los TCE graves y moderadamente graves deben ser trasladados a los hospitales que dispongan de medios para la correcta monitorización y tratamiento del TCE (cuidados intensivos, neurocirugía).

La hospitalización tiene por objeto no solo el tratamiento de las lesiones físicas, sino también la preservación del maltratado del ambiente agresor, hasta que los sistemas de protección y tutela del menor intervengan, garantizando la integridad del niño. Actualmente es posible retirar la tutela paterna transitoria o permanentemente, de manera inmediata, en las situaciones de riesgo grave de maltrato.

Se emitirá un parte de lesiones, detallado y documentado con esquemas y fotografía en color al Juez de Guardia, tanto al ingreso, como semanalmente.

Se informará a los Servicios Sociales del Centro Sanitario, de la Comunidad o del Ayuntamiento para la investigación de la situación social del niño y su familia al objeto de aportar los recursos materiales que permitan la rehabilitación de la familia y cuando no sea posible o aconsejable, asuman la tutoría y cuidado del niño.

Cuadro 1. Diferencia entre lesiones cutáneas provocadas y accidentales

TIPO	PROVOCADAS	ACCIDENTALES
Hematomas Equimosis Laceración Heridas	Orejas Mejillas Boca Hombros Espalda Glúteos Genitales Muslo Palma manos Palma pies	Frente Mentón Codos Caderas Rodillas Espinillas Dorso mano Dorso pies
Mordisco	> 3 cm de separación entre la huella de caninos	< 3 cm

Cuadro 2. Color de la piel después de la lesión

Tiempo después del traumatismo	Color
Inmediato (< 1 día) 1 - 5 días 5 - 7 días 7 - 10 días 2 - 4 semanas	Negrusco, azul oscuro Rojo, violáceo Rojo-púrpura Verdoso Amarillento

Cuadro 3. Diagnóstico diferencial de las quemaduras.

QUEMADURAS	PROVOCADA	NO PROVOCADA
ESCALDADURA Bordes Salpicaduras Forma Profundidad Grado Simetría	Nítidos, precisos Ausentes Guante, calcetín Glúteos en casquete Homogénea Grado 1º - 2º Frecuente bilateral	Difusos, irregulares Presentes No definidos No homogénea Grado 2º - 3º Unilateral
QUEMADURA SECA POR CONTACTO Forma Bordes	Plancha, radiador, tenedor, cigarrillo Nítidos, precisos	No visible No precisa Difusos
LOCALIZACIÓN	Zonas de castigo : orejas, mejillas hombros brazos palma mano, pie glúteos, genitales	Zonas descubiertas de la piel : frente, mentón cuello, zona corbata antebrazo planta mano, pie
DEMANDA DE AYUDA	Diferida	Inmediata

Lecturas recomendadas

Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez C. Niños Maltratados. Madrid : Díaz de Santos 1997.

Querol X. El niño Maltratado. Barcelona: Ed. Pediatría 1990.

Sirotnak AP, Krugman RD. Physical abuse in children : An update. Pediatrics Reviewer 1994 ; 10 :394-399.

Hyden PW, Gallagher TA. Estrategias en la Sala de urgencias en caso de maltrato infantil. Clin Ped Nort Am 1992; 5:1159-1186

Johnson Ch F. Lesión intracraneal y lesión accidental. Clin Ped Nort.Am 1990; 4:841-864.

Merten DF, Carpenter BLM. Imágenes radiográficas de lesión intencional en el Síndrome del niño maltratado. Clin Ped Nort Am 1999 ; 4 :865-88.

Paradise JE. Valoración del niño que ha sufrido abuso sexual. Clin Ped Nort Am 1990 ; 4:889-912.

Dargallo J, Martínez-Roig A, Domingo F. Le syndrome del nen apalliat. Monographies Médiqes 1981 ; 23 :16-19.

Indice

Introducción
 Lesiones intestinales
 Lesiones hepáticas
 Traumatismos renales
 Traumatismos pancreáticos
 Otras lesiones abdominales

Introducción

El trauma o la llamada enfermedad - accidente es la primera causa de morbi-mortalidad en la infancia en el periodo comprendido entre los 0 y los 16 años. Ateniéndonos a la incidencia de todo tipo de accidentes y en todos los grupos etarios sabemos que son domésticos el 33 por cien, de tráfico el 21 por cien y deportivos o en lugares de recreo el 8 por cien. Las caídas y los traumatismos romos lideran las causas de estos accidentes. De este grupo epidemiológico no están exentos los malos tratos (MT) cuya incidencia se ha incrementado en los últimos años y reconociéndose como una causa mas de Trauma Infantil. Los datos epidemiológicos reales aún se desconocen en su totalidad y ello es debido a que no se declaran todos los casos así como la inexistencia de un Registro que aglutine esta información.

En cuanto a las lesiones viscerales y concretamente las abdominales son las menos frecuentes, pero conllevan una gran mortalidad. Las observaciones recogidas en la literatura expresan que son la primera causa de fallecimiento en el maltrato infantil.

Existen importantes diferencias entre las lesiones abdominales secundarias al trauma accidental y las producidas por MT. Las lesiones viscerales secundarias al maltrato infantil presentan habitualmente las siguientes características:

- Los pacientes son habitualmente más jóvenes y sus edades suelen ser inferiores a los dos años.
- La asistencia médica es requerida tardíamente.
- La Historia Clínica referida por los acompañantes suele ser inconsistente con los hallazgos encontrados en la exploración física.

Cuando la exploración física de un paciente con múltiples lesiones son inconsistentes con la historia del accidente, se deben realizar estudios complementarios para investigar la posibilidad de estar ante un cuadro de *maltrato infantil*. Los hallazgos encontrados y habitualmente inexplicados son:

- Múltiples contusiones o hematomas.
- Lesiones por quemaduras recientes o antiguas.
- Hematomas subgaleales.
- Hemorragias intraoculares.
- Equimosis periorbitaria.
- Múltiples fracturas asintomáticas.

El espectro de las lesiones abdominales de los niños maltratados es similar a las lesiones observadas en los traumatismos abdominales secundarios a accidentes.

Las lesiones de vísceras huecas como son el duodeno, intestino delgado, estómago e intestino grueso son las más frecuentes en el maltrato infantil. En la tabla 1 se expresan las incidencias de las lesiones viscerales en el maltrato Infantil y su relación con las producidas por traumatismos accidentales:

Tabla 1.- Lesiones provocadas en 139 accidentes comparadas con 17 pacientes pediátricos con lesiones secundarias a Maltrato Infantil.

Organo lesionado	% Accidentes	%Maltrato Infantil
Intestino	8	65
Higado	34	47
Riñon	40	18
Pancreas	8	12
Bazo	47	0
Diafragma	4	0

Lesiones intestinales

Dado el pequeño volumen corporal del niño la concentración de órganos es mayor, por lo que la transferencia de energía ante un impacto como puede provocar un daño severo. El vector accidental abdominal en el niño con maltrato infantil suele incidir en el área epigástrica a nivel de la línea media, y el mecanismo del accidente suele ser una compresión de los órganos fijos retroperitoneales (duodeno, intestino delgado, páncreas) contra la columna vertebral produciendo la perforación de víscera, hematoma, fractura o quiste secundario al trauma como.

La incidencia de perforación de víscera hueca en el traumatismo por accidente es extremadamente rara, es por ello que cuando nos encontremos ante una situación de esta índole y con historia inexistente de accidente debemos de pensar en el maltrato infantil. Las lesiones más características van a ser: perforación duodenal, hematoma duodenal, perforación gástrica y perforación de intestino delgado.

Diagnóstico:

- Historia clínica inconsistente.
- Lesiones cutáneas acompañantes.
- Retraso en la consulta médica.
- Intolerancia digestiva.
- Vómitos alimenticios y/o biliosos.
- Hematemesis.
- Rectorragia.
- Distensión abdominal.
- Dolor abdominal.
- Radiología simple de abdomen: obstrucción intestinal. Neumoperitoneo.
- Transito digestivo: defecto de repleción ("signo del muelle").
- Radiología convencional: fracturas antiguas en fase de cicatrización.
- Ecografía: masa paraduodenal o intraduodenal. Aire libre abdominal.

Tratamiento:

- Si existe perforación de víscera hueca el tratamiento será quirúrgico.
- Si existe hematoma duodenal el tratamiento será médico con reposo digestivo, drenaje gástrico y nutrición parenteral total.

Lesiones hepáticas

El hígado es el órgano sólido más frecuentemente lesionado en los traumatismos secundarios a maltrato infantil. La lesión de las estructuras vasculares que irrigan o drenan la circulación venosa pueden provocar un cuadro rápidamente exanguinante ocasionando el fallecimiento del paciente. Las lesiones hepáticas provocadas en el contexto de un cuadro de maltrato infantil alcanzan una incidencia de mortalidad hasta del 50 por cien. Los traumatismos como por maltrato infantil en el área epigástrica van a provocar laceraciones en el lóbulo hepático derecho en sus segmentos basales así como en el segmento lateral del lóbulo izquierdo.

Diagnóstico:

- Historia clínica inconsistente.
- Lesiones cutáneas acompañantes.
- Retraso en la consulta médica.
- Fracturas costales bajas.
- Distensión abdominal.
- Hemoperitoneo.
- Shock hipovolémico.
- Elevación de enzimas hepáticas.
- Ecografía abdominal: hematoma hepático subcapsular, rotura hepática, hemoperitoneo.
- Tomografía computarizada: laceración hepática.

Tratamiento:

- Laceraciones leves con estabilidad hemodinámica pueden ser tratadas medicamente (transfusión sanguínea, reposición de volúmenes, control estrecho en la Unidad de Vigilancia Intensiva).
- Fracturas hepáticas hemodinámicamente inestables serán tratadas quirúrgicamente.

Traumatismos renales

El riñón después del bazo es el órgano sólido abdominal (retroperitoneal) que con más frecuencia se lesiona en los traumatismos accidentales abdominales, sin embargo su incidencia en el maltrato infantil es inferior a las lesiones intestinales y hepáticas. Entre un 25 y un 40 por cien de los traumatismos renales se asocian a lesiones en otros órganos, fundamentalmente el hígado. Las lesiones más comunmente encontradas en el trauma por maltrato infantil son las contusiones y las laceraciones, siendo en el 80 por cien lesiones consideradas menores.

Diagnóstico:

- Historia clínica inconsistente.
- Lesiones cutáneas acompañantes.
- Retraso en la consulta médica.
- Masa palpable en flanco.
- Hematuria microscópica o macroscópica.
- Radiografía simple: fracturas costales, borramiento de la línea del psoas, desplazamiento de asas intestinales, escoliosis antiálgica.
- Ecografía: contusión, laceración o estallido renal.
- Urografía intravenosa: demuestra la lesión por extravasación del contraste.
- Tomografía computarizada: muestra la extensión de la lesión y la presencia de extravasación. Se considera la exploración de elección ante la sospecha de lesión renal mayor y asociada a lesiones de otros órganos.

Tratamiento:

- En el 80 por cien de los casos el tratamiento médico permitirá la resolución espontánea de la lesión.
- En el 20 por cien de las ocasiones será preciso la intervención quirúrgica. La intervención debe intentar conservar la mayor parte de parénquima renal.

Traumatismos pancreáticos

El páncreas debido a su localización retroperitoneal va a lesionarse por los mismos mecanismos que lo hace el duodeno. El páncreas es comprimido por un mecanismo de compresión hacia la columna lumbar pudiendo provocar su ruptura. La lesión pancreática puede acompañarse de lesión abdominal y si la rotura de la glándula está acompañada de la lesión del conducto pancreático las consecuencias pueden ser muy graves. Lesiones menores pancreáticas pueden manifestarse como cuadros de pancreatitis o como un pseudoquiste pancreático.

Diagnóstico:

- Historia clínica inconsistente.
- Lesiones cutáneas acompañantes.
- Retraso en la consulta médica.
- Dolor abdominal localizado en epigastrio y de irradiación lumbar.
- Intolerancia digestiva.
- Vómitos alimenticios o biliosos.
- Elevación de la amilasa sérica y amilasuria.
- Elevación de la lipasa sérica.
- Masa abdominal: Pseudoquiste pancreático.
- Radiografía simple: fracturas asociadas y alargamiento de la "C" duodenal.
- Ecografía: rotura pancreática y/o formación de pseudoquiste. Hematoma duodenal acompañante.
- Pancreatografía: confirmación de la integridad del conducto pancreático.

Tratamiento:

- Drenaje gástro-intestinal.
- Nutrición parenteral total.
- Antibioterapia.
- Cirugía: si existe sección del conducto pancreático o pseudoquiste que no se resuelve espontáneamente en un plazo de 15 días. El tratamiento quirúrgico consistirá en el drenaje externo o interno.

Otras lesiones abdominales

Las lesiones esplénicas y diafragmáticas son extremadamente raras en el contexto del maltrato infantil existiendo pocas observaciones en la literatura. La biomecánica, la sintomatología, el diagnóstico y el tratamiento es similar a las producidas por los traumatismos accidentales.

En conclusión podemos decir que las lesiones viscerales abdominales debidas a maltrato infantil son de elevada gravedad pero afortunadamente muy infrecuentes. Desafortunadamente los esfuerzos para descender la elevada mortalidad en este grupo de pacientes son infructuosos y ello se debe al retraso habitual en la consulta médica por parte de los familiares. El mecanismo de lesión más habitual es la compresión sobre la columna vertebral. El shock hipovolémico y la peritonitis son los mecanismos que demandan habitualmente cirugía urgente en estos casos.

Denunciar los casos sospechosos de maltrato infantil debe ser mandatorio. El registro de este tipo de patología permitirá a la Sociedad incidir con más eficacia en medidas preventivas y sociosanitarias. Una vez detectado un caso de maltrato infantil es esencial proteger al menor, pues el maltrato continuará si no se toman medidas al respecto.

BIBLIOGRAFIA.-

- 1.- Ledbetter D.J., Hatch E.I, Feldman K.W., Fligner C.L. y Tapper D.: "Diagnostic and surgical implications of child abuse". Arch Surg, 1988, 123: 1101-1105.
- 2.- Cooper A., Floyd T., Barlow B, y cols.: "Major blunt abdominal trauma due to child abuse". The Journal of Trauma 1988, 28: 1483-1487.
- 3.- Rollán V.: "Lesiones viscerales: torácicas y abdominales". En "Niños maltartados", Eds: J. Casado Flores, J.A. Díaz Huertas y C. Martínez González. Editorial Diaz de Santos , Madrid 1997.
- 4.- Ellis P. "The pathology of fatal child abuse". Pathology 1997, 29: 113-121.
- 5.- Kleinman P.K., Brill P.W., Winchester P.: "resolving duodenal-jejunal hematoma in abused children". Radiology 1986, 160: 747-750.
- 6.- Sivit C.J., Taylor G.A., Eichelberger M.R.: "Visceral injury in battered children: a changing perspective". Radiology 1989, 173: 659-671.
- 7.- O'Neill J., Meacham W.F., Griffin P.P., Sawyers J.L.: "Patterns of injury in the battered child syndrome". The Journal of Trauma 1973, 13: 332-339.
- 8.- Shah P., Applegate K.E., Buonomo C.: "Stricture of the duodenum and jejunum in an abused child". Pediatr Radiol 1997, 27: 281-283.

INDICE

Introducción
 Hallazgos radiológicos de las lesiones por maltrato
 Lesiones músculo esqueléticas y articulares
 Cráneo
 Caja torácica
 Columna vertebral cervico-dorso-lumbar
 Lesiones intracraneales
 Lesiones toracoabdominales (viscerales)

Introducción

La radiología pediátrica con todas sus modalidades y técnicas de imagen ha contribuido y ha sido una especialidad pionera en el diagnóstico y confirmación de la sospecha del maltrato infantil, estableciendo de manera científica los mecanismos fisiopatológicos de las lesiones que aparecen en el niño maltratado.

Las características morfológicas de las lesiones no responden a un patrón de imagen habitual en un niño que suele consultar por *lesión accidental*.

El patrón evolutivo de las lesiones no suele coincidir con el relato descrito por los padres, desde el inicio de los síntomas y la fecha de consulta, suele haber un retraso.

El mecanismo de producción de las lesiones es siempre violento y brusco, tampoco coincide con el descrito por las personas que lo refieren a la urgencia ya sean padres o cuidadores.

Cuando vemos varias lesiones óseas en distintos estadios evolutivos es muy sospechoso de malos tratos, es por ello que nuestra labor como especialistas en el diagnóstico de la imagen debe incluir:

1. Describir el tipo de lesión.
2. Demostrar la fecha aproximada de producción de las lesiones.
3. Identificar y localizar el sistema u órgano afectado.
4. Seguimiento por Imagen aún en normalidad RX.
5. Estudio evolutivo en hematomas, tumoraciones, persistencia de dolor.
6. Hacer diagnóstico diferencial de las lesiones observadas.
7. Demostrar que la lesión es intencionada.
8. Registrar documentalmente las lesiones.
9. Colaborar con el clínico y correlacionar los hallazgos Rx.
10. Denunciar los casos sospechosos a efectos médico-legales para evitar que su repetición.

Hallazgos radiológicos de las lesiones del maltrato

Las lesiones que aparecen en el maltrato infantil desde el punto de vista de la imagen interesan a varios sistemas u órganos. La piel con la presencia de equimosis, hematomas, quemaduras, etc, sigue siendo la que a primera vista debe alertarnos y ponernos en guardia sobre la existencia de otras añadidas o asociadas y que pueden afectar al sistema músculo - esquelético, nervioso central, toraco - abdominal, etc.

Ante la menor duda o sospecha clínica en la que los padres relaten un motivo de consulta que difiera con los hallazgos clínicos, visitas múltiples a diferentes hospitales, alteraciones sociofamiliares, drogas, alcoholismo, etc, debemos establecer un protocolo radiológico de actuación que se realizará según criterio del tipo de maltrato, edad del paciente, exploración clínica, especificidad de la prueba diagnóstica y disponibilidad de medios diagnósticos, al objeto de confirmar las sospechas del posible maltrato.

Lesiones musculoesqueléticas y articulares

Las lesiones que afectan a las extremidades superiores e inferiores, constituyen el 83 por cien de todas las lesiones relacionadas con el maltrato físico y un 36 por cien de estos pacientes tienen fracturas óseas.

Técnicas de imagen:

1. Radiología convencional.

Sigue siendo la mejor técnica para visualizar el esqueleto óseo, es el primer escalón diagnóstico de imagen. Actualmente disponemos de equipos con tecnología digital que producen menos radiación y mejor calidad de imagen de las lesiones óseas con realce de contornos y mayor definición de las partes blandas.

Nos permitirá ver si las lesiones son recientes o antiguas, si hay varias fracturas en distintas fases evolutivas, etc.. La evolución de las fracturas óseas agudas hasta la curación, requiere de 5 a 10 días con aparición de nuevo hueso perióstico, seguido de la formación de callo blando a los 10 a 14 días y del callo duro entre los 14 y 21 días. En general la curación de las fracturas en un lactante evoluciona rápidamente en todas sus fases de reparación. (Fig. 1 a, b, c, y d.).

Debe hacerse un estudio del esqueleto óseo completo por separado en niños menores de 2 años. Entre 2 y 5 años el estudio radiológico debe ser más selectivo y a partir de los 5 años raramente esta indicada hacer una exploración completa del esqueleto. Cuando se observe una fractura, se debe obtener otra proyección adicional.

Debe incluir proyecciones A.P. de extremidades superiores que incluyan el complejo acromio-escapulo-húmero-clavicular y manos, extremidades inferiores, y pelvis.

2. Exploración gammagráfica

Es mucho más sensible que la exploración radiológica en la detección de las lesiones óseas por el hecho de que la primera identifica trastornos fisiopatológicos y la segunda morfológicos. Algunos estudios han demostrado que el aumento de actividad del radioisótopo puede producirse a las pocas horas del traumatismo por mínima que sea la lesión. La demostración de la imagen 2ª al traumatismo necesita por radiología convencional como mínimo más de 7 días.

Por ese motivo en contra de lo tradicional la gammagrafía ósea debería ser el método de exploración inicial en los niños con sospecha fundada o víctima del maltrato, sin embargo no queda exenta de la complejidad técnica de obtención de imágenes y su interpretación.

3 Ultrasonidos o ecografías.

Es otro medio diagnóstico complementario que puede aportar datos a las lesiones músculo-esqueléticas y articulares, detectando desprendimientos epifisarios, hemartrosis, fracturas, tendinitis, luxaciones ligamentosas, magulladuras y roturas fibrilares, etc.

Tipos de lesiones

A. *Diafisarias*

- Frecuencia: Los huesos largos se afectan con mayor frecuencia (77 por cien). Las fracturas de diáfisis (tallo del hueso) se descubren cuatro veces con mayor frecuencia que las fracturas metafiso-epifisarias. Las fracturas diafisarias pueden ser espirales, oblicuas o transversas (Fig. 2 a).
- Localización: la más frecuente es a nivel del húmero (región supracondilea), fémur, cúbito, radio y peroné en menores de 1 año. Las fracturas de manos, pies y pelvis son raras y tienden a observarse en niños algo mayores. Son también más frecuentes en hemicuerpo izquierdo.
- Mecanismo de producción: Las fracturas espirales resultan de la fuerza de rotación o torsión aplicadas a la extremidad mientras que las fracturas transversales están producidas por impacto directo.

B. *Metáfiso-epifisarias* (placa cartilaginosa de crecimiento).

- Frecuencia: menor que las diafisarias. (Fig. 2 b).
- Mecanismos de producción: Se producen por maniobras bruscas y violentas de estiramiento y torsión forzada de las extremidades Este mecanismo produce los arrancamientos y fragmentos óseos conocidos como fracturas metafisarias en *esquina* y en *asa de cubeta*. Estas imágenes pueden plantear el diagnóstico con otro tipo de enfermedades óseas.

C. *Formación de nuevo hueso perióstico "magulladura ósea"*

- Si el traumatismo es débil puede observarse una mínima reacción perióstica, pero si es intenso la hemorragia va despegando el periostio de la cortical diafisaria hasta la región metafisaria. La formación de nuevo hueso subperióstico ocurre alrededor de los 7 a 10 días en forma de líneas de densidad cálcica, este hecho radiológico junto con el callo óseo de fractura permite determinar el periodo de tiempo desde que se produjo el traumatismo. (Fig. 2 c)

Cráneo

Las fracturas craneales aparecen en 2º lugar por orden de frecuencia y no guardan relación con la gravedad del cuadro clínico ni con el tipo de lesión intracraneal y si con el deterioro neurológico, pudiendo encontrar el mismo tipo de lesión tanto si el niño presenta o no fractura.

- Técnica: Rx P.A. y lateral convencional de cráneo y tomografía axial computarizada con *ventana ósea*.

- Mecanismo de producción: Se producen por impacto directo sobre la bóveda craneal.
- Tipos de lesión: Pueden ser lineales y de bordes nítidos, fracturas con hundimiento óseo, con diástasis de suturas, estrelladas con múltiples fragmentos. Las fracturas con hundimiento y diástasis con margen de separación de más de 3 mm. en huesos que no sean los parietales y que atraviesan las suturas son altamente sugestivas de maltrato. (Fig. 3 a y b)
- La Topografía axial computarizada, utilizando *ventanas óseas*, mejora la definición de las fracturas deprimidas y otras complejas, así como las lesiones de partes blandas faciales. Las fracturas del macizo facial son raras y se descubren en niños mayores y afectan al maxilar inferior. (Fig. 3 c)

Caja torácica

Las lesiones costales se encuentran entre el 5 y 27 por cien de los niños maltratados y afectan a menores de 2 años y suelen ser de localización lateral y posterior cerca de la unión costo-transversa entre la 6 y la 11 como más frecuentes. (Fig. 4 y b)

- Técnica:

Radiología convencional: con proyecciones A.P. y L., y técnica penetrada. Se debe valorar el acromion, las escápulas, clavículas y el esternón por fracturas con arrancamiento y luxaciones asociadas.

La gammagrafía ósea: puede ser necesaria cuando la separación y el acabalgamiento de los extremos fracturados se superpongan y queden enmascarados por pequeños engrosamientos pleurales secundarios a mínimas hemorragias subpleurales.

- Mecanismo de producción: suelen ser por compresión forzada sobre el tórax con impacto directo del puño del agresor sobre el tórax del niño y tracción violenta del brazo.

Columna vertebral cervico - dorso - lumbar

Las lesiones son infrecuentes, la mayor parte afecta a un cuerpo vertebral; las lesiones de la apófisis transversa y espinosas son raras al igual que las lesiones medulares.

- Tipos de lesión: Pueden aparecer fracturas, fractura - luxación y deformidad de los cuerpos vertebrales en cuña y cifosis asociada. (Fig. 4 b)
- Técnica radiológica: Se utiliza la radiografía lateral neutra convencional.
- Mecanismo de producción: Habitualmente es el traumatismo directo a nivel de la espalda cuando el niño es impactado con fuerza sobre un objeto romo y por la hiperflexión - hiperextensión que tienen lugar con el sacudimiento.
- Diagnóstico diferencial: las lesiones músculo - esqueléticas y articulares en el niño maltratado debe hacerse el diagnóstico diferencial con distintas entidades (cuadro 1) que pueden identificarse fácilmente con el cuadro radiológico sugestivo, el laboratorio y las manifestaciones clínicas propias de la enfermedad base.

Cuadro 1. Diagnóstico diferencial de las lesiones músculo-esqueléticas y articulares en el niño maltratado

Traumatismo obstétrico		Infección	Sífilis congénita. Osteomielitis
Prematuridad		Enfermedades neuromusculares	Insensibilidad congénita para el dolor. Parálisis cerebral-mielodisplasia.
Defectos nutricionales-metabólicos	Escorbuto. Raquitismo. Hiperparatiroidismo 2º (osteodistrofia renal). Síndrome de Menckes. Mucopolisacaridosis II (Enfermedad de célula I) Hemofilia	Displasia esquelética	Osteogénesis imperfecta. Hiperóstosis cortical infantil (Enfermedad de Caffey).
Toxicidad	Osteodistrofia por metotrexato. Terapéutica de	Neoplasias	Leucemia. Neuroblastoma metastásico

	prostaglandinas. Hipervitaminosis A.		Histiocitosis X.
Traumatismo no intencional	Fractura del lactante que empieza a caminar	Variante normal	Hueso nuevo perióstico fisiológico.

Lesiones intracraneales

Es el tipo de lesión más grave en el maltrato físico, causa de graves trastornos neurológicos irreversibles, de retraso mental profundo y una de las principales causas de muerte. Se identifican secuelas intracraneales residuales hasta en 85 por cien de las víctimas que sobreviven a una lesión aguda.

La presencia de lesiones esqueléticas múltiples de origen y mecanismo incierto hace sospechar la asociación con lesiones intracraneales.

Las lesiones afectan con más frecuencia a los lactantes menores de 2 años.

- Técnicas de Imagen:

Los ultrasonidos de alta resolución son la primera exploración a tener en cuenta, siempre que la fontanela este abierta y sobre todo los 6 primeros meses. Detecta hemorragias subdurales, contusiones hemorrágicas, desplazamientos de línea media, tamaño ventricular, etc.,

La Tomografía axial computarizada tiene alta sensibilidad y especificidad para definir lesiones agudas.

La Resonancia Magnética supera a la Tomografía Computarizada para las lesiones subagudas, crónicas intraaxiales, axonales y atrofia cerebral, además esta técnica con las secciones multiplanares y la angioresonancia es posible ver alteraciones como las oclusiones arteriales, fístulas arteriovenosas y aneurismas disecantes.

- Mecanismo de producción: las lesiones son debidas a las fuerzas de rotación y traslación. Estas últimas nacen por impacto y originan lesión directa de cráneo y cerebro subyacente. Las fuerzas de rotación pueden producirse por impacto o sin él (latigazo), pero originando brusca aceleración y desaceleración de la cabeza lo que provoca desplazamientos bruscos del tronco hacia adelante y atrás. Esa sacudida brusca y violenta con angulación de la cabeza produce rupturas vasculares (Síndrome del niño sacudido o agitado de Caffey). (Fig. 5)

Otro mecanismo es el estrangulamiento al comprimir la arteria carótida primitiva entre el músculo esternocleidomastoideo superficialmente y las apófisis transversas de C4-C5-C6 posteriores, provocando junto con los movimientos violentos de aceleración-desaceleración de la cabeza lesiones en las venas emisarias.

1. Tipo de lesiones: El tipo de lesiones que aparecen (Fig. 6 a, b, c) son :

Lesiones primarias	Extraaxiales	Hematoma subdural. Hematoma epidural. Hemorragia retiniana.
	Intraaxiales :	Lesión axonal difusa. Contusión cortical. Lesión de sustancia gris subcortical Lesión primaria del tronco
	Difusas	Hemorragia subaracnoidea e intraventricular
Lesiones secundarias	Necrosis cerebral por herniación. Infarto por oclusión arterial, compresión o hipoxia. Edema cerebral difuso	

◆ Hematoma subdural

Es el acúmulo de líquido venoso entre la duramadre y la aracnoides, se extiende en forma de semiluna en toda la convexidad del cerebro. Puede presentarse aislada o asociada a otras manifestaciones intracraneales como las hemorragias subaracnoideas y cuando es así, es difícil hacer la distinción entre las dos.

En los Ultrasonidos la imagen aparece como una banda sonolucida yuxta-ósea que desplaza la línea media y comprimen los surcos de la convexidad. (Fig. 6 a)

La Tomografía axial computarizada describe el hematoma como una imagen hiperdensa si el hematoma es reciente e hipodensa si es antiguo. (Fig. 6 b)

Con la Resonancia Magnética obtenemos distintas imágenes en T-1 y T-2 con cambios de intensidad de señal según el periodo evolutivo de las lesiones. (Fig.6 c)

◆ **Hematoma epidural agudo**

Es raro y suele ir acompañado de fracturas de cráneo en la región temporo-parietal acumulándose sangre entre el hueso y la duramadre por rotura de la a. meningeal media

La Tomografía axial computarizada muestra una imagen típica en forma de lente hiperdensa biconvexa. (Fig. 6 b)

◆ **Hemorragia subaracnoidea y edema cerebral**

Suele localizarse en la línea interhemisférica parieto-occipital y asociarse con el hematoma subdural y edema cerebral.

Con la Tomografía axial computarizada, el edema cerebral puede localizarse de forma focal hemisférica o presentarse de forma difusa, con borramiento o pérdida de nitidez de los ventrículos y las cisternas basales. (Fig. 6 b)

Los focos de contusión cerebral pueden presentarse como imágenes iso, hiper o hipodensas a veces significativas de infarto isquémico, pero la Resonancia Magnética es superior a la Tomografía axial computarizada para identificar lesiones intraaxiales como contusiones de la sustancia blanca no hemorrágicas y lesiones por desgarro. (Fig. 6 c)

- Diagnóstico diferencial: los hematomas subdurales crónicos postraumáticos debe hacerse el diagnóstico diferencial con las hidrocefalias externas, a veces familiares, del primer año de vida, así como de otras colecciones pericerebrales no traumáticas, como el higroma subdural que aparece en el curso de una meningitis. Por este motivo en cualquier colección pericerebral preexistente, de la naturaleza que sea , puede ocurrir rotura venosa con hemorragia tras traumatismo mínimo o aún sin ellos, ya que la desproporción entre el volumen del cerebro y el cráneo produce el estiramiento de los vasos puente.

Lesiones toraco-abdominales (viscerales)

Las lesiones intratorácicas y abdominales son mucho menos frecuente que las esqueléticas y cráneo-cerebrales. Representan sólo el 3 por cien de todas las lesiones del maltrato.

Se observan predominantemente en niños de más de 2 años y más frecuente las abdominales que las torácicas.

- Técnica de Imagen: La técnica de imagen utilizada sera en función de la clínica que presente y la edad.

Rx simple convencional: Para ponernos en alerta sobre otras posibles lesiones asociadas como cuerpos extraños radiológicos aspirados o digeridos y la existencia de patrones aéreos anormales.

Ultrasonidos: Para demostrar extravasación de líquidos de vísceras rotas o la integridad de las mismas y en la adolescente la gestación no deseada por violación.

Tomografía axial computarizada: Raramente es necesaria y solamente para aquellos casos en que los Ultrasonidos no detecte o aclare las lesiones observadas.

- Mecanismo de producción: Suele ser por golpes directos sobre la zona centro toraco-abdominal, puñetazo, patada, caídas por empujones con impacto por objetos romos, etc., en su mayoría contusos y cerrados. (Fig. 7)
- Tipo de lesiones: El tipo de lesiones que aparecen en el *tórax* son bajas a pesar de la alta incidencia de fracturas costales: estas son la contusión, edema, hemorragia parenquimatosa, hemotórax y neumotórax, más raras lesiones alveolares difusas o neumomediastino (Fig. 4 a)

En el *abdomen* las lesiones más frecuentes son el pseudoquiste pancreático, hematoma duodenal intramural y el hemoperitoneo, más raros los traumatismos de hígado, bazo, mesenterio y riñones. (Fig. 8 a, b y c)

◆ **Pseudoquiste pancreático**

Los traumatismos en la región centro-abdominal pueden lesionar el páncreas con la consiguiente aparición de pancreatitis traumática hemorrágica y la aparición de pseudoquistes pancreáticos.

Se desarrollan en el 12 al 30 por cien de los niños que han tenido un traumatismo pancreático representando el 2-3 por cien de los traumatismos abdominales.

Al principio presentan dolor abdominal localizado en epigastrio, posteriormente pueden hacer un cuadro de abdomen agudo, vómitos, fiebre.,etc

Los *ultrasonidos* demuestran una lesión quística que se sitúa yuxtapancreática desplazando el estómago hacia arriba y adelante y el colón hacia adelante y abajo. Tiene un crecimiento habitual en el mesocolon transverso. Puede estar o no comunicado con el sistema ductal.

◆ **Hematoma intramural duodenal y yeyuno-proximal**

Sólo representan el 2 por cien de las lesiones abdominales.

Se producen por compresión y aplastamiento del duodeno sobre la columna vertebral con posterior hemorragia y formación de hematoma entre las capas muscularis y submucosa.

Afecta más frecuentemente a la 2ª y 3ª porción del duodeno favorecido por la pinza aorto-mesentérica y su fijación al ángulo de Treitz.

La clínica es de dolor en epigastrio y vómitos biliosos.

Produce suboclusión intestinal. En la *Radiología convencional* puede apreciarse signos de obstrucción, con los *Ultrasonidos* se visualiza una masa anecoica por delante de la columna vertebral con o sin dilatación de la vía biliar.

◆ **Hemoperitoneo**

Los desgarros y rupturas vasculares mesentéricas, hepáticas y esplénicas pueden provocar colecciones hemáticas peritoneales.

Apenas hay referencias a lesiones renales postraumáticas debidas a malos tratos, el marco ósea de la caja torácica actúa de protección frente a los golpes y explica la baja frecuencia de las lesiones renales por maltrato.

Los *Ultrasonidos* es la exploración no invasiva que identifica líquido libre en la cavidad peritoneal y demuestra la integridad de la morfología visceral maciza, tanto de las cápsulas como del parénquima, pocas veces es necesario recurrir a la T.C. para confirmar la sospecha ecográfica de las lesiones.

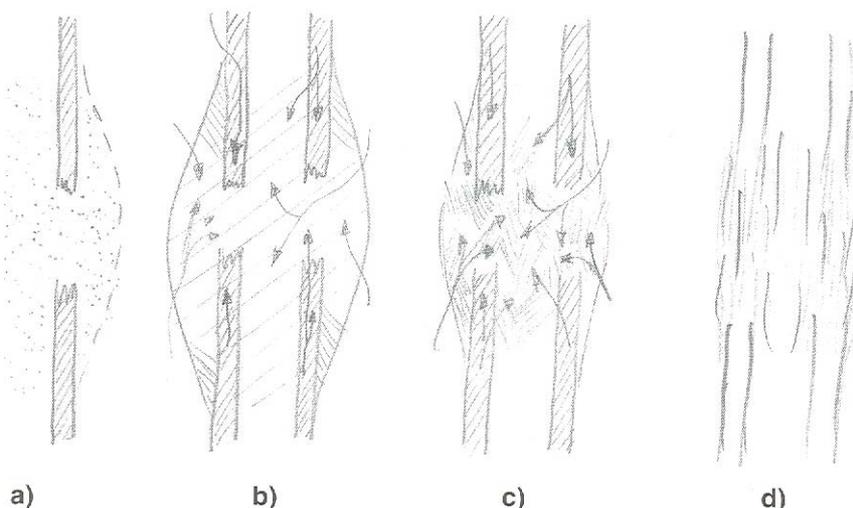


Fig. 1 Fases de curación de las fracturas óseas. a) Hematoma interfragmentario. b) A los 10-14 días hay hiperemia con formación de callo fibroso o blando, el periostio rodea la zona de fractura. c) A los 14-21 días aparece el callo óseo, se hace más denso el periostio, abomba el hueso y desaparecen las líneas de fractura. d) A las 6-7 semanas, hay reabsorción del callo óseo con rectificación del modelaje óseo

Fig 2. Tipos de lesiones musculoesqueléticas. a) Fractura diafisaria, transversa, espiroidea u oblicua en huesos largos. b) Fractura metafiso-epifisaria en "esquina y en asa de cubeta ", con arrancamientos y desprendimientos de fragmentos óseos situados en los márgenes metafisarios y en las imágenes lineales densas en los extremos metafisarios centrales. c) Nuevo hueso periostio con despegamiento del periostio con hematoma subperióstico que puede calcificarse posteriormente.

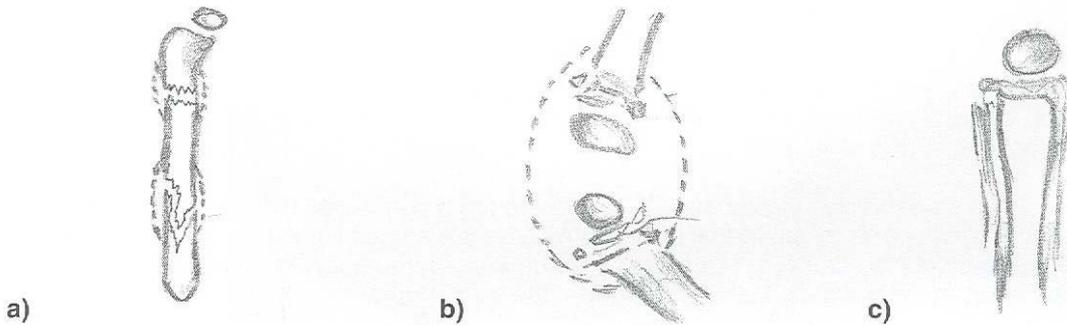


Fig.3 Tipos de fracturas craneales. a) Rx. PA de cráneo, diástasis de sutura sagital y frontal drcha. Con fracturas parietales bilaterales y temporal izda. b) Rx. Lat. De cráneo con fracturas lineales, estrelladas, diastásicas, etc. c) CT. Óseo, interrupción del diploe óseo con hematoma epicraneal acompañante en áreas frontoparietooccipitales.

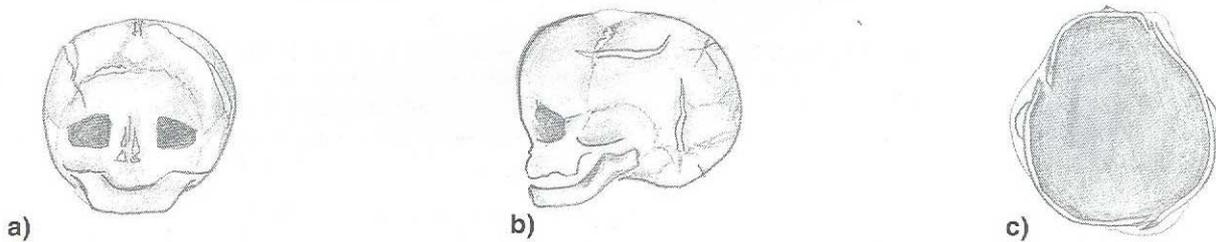


Fig. 4 Lesiones en la caja torácica y columna. a) Rx. PA .de tórax penetrada.1 :fracturas costales paravertebrales derechas y en la parte media lateral derecha. A veces desapercibidas por el (2) pequeño derrame subpleural (3) neumotórax izdo y (4) luxación acromio-húmero-escápulo-humeral. b) Rx. Lat. de columna dorsal. Acuñaamiento y cifosis 2ª a fractura de cuerpo vertebral.

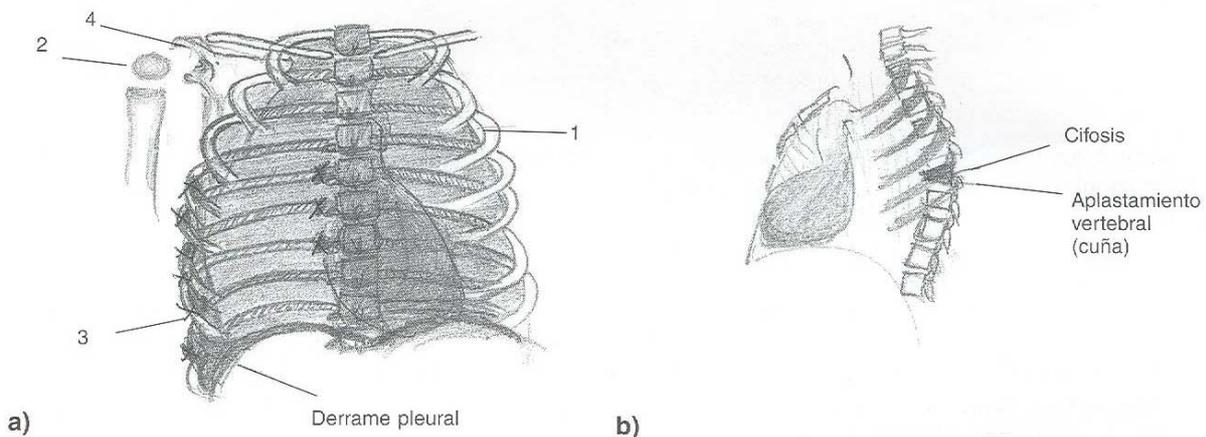


Fig. 5 Mecanismo de producción de las lesiones intracraneales. Niño zarandeado, sacudido y/o estrangulado bien desde la cintura toraco-abdominal o desde el cuello con violenta y brusca flexión y extensión de la cabeza con impacto de la masa cerebral sobre el diploe óseo.



Fig. 6 Tipo de lesiones intracraneales. a) Corte coronal ecográfico: (1) hematoma subdural (2) desplazamiento de la línea media (3, 4 y 5) colapso, hemorragia e hidrocefalia ventricular. b) Corte axial tomográfico: (1) hematoma subdural (2) hemorragia ventricular (3) hematoma epidural (4) contusiones hemorrágicas (5) edema (6) hemorragia subaracnoidea (7) infarto isquémico. c) Corte sagital de R.M. 1 contusión cortico-subcortical (2) lesión axonal difusa (3) hemorragia núcleos basales (4) hematoma subdural (5) leucomalacia periventricular y (6) hemorragia subaracnoidea.

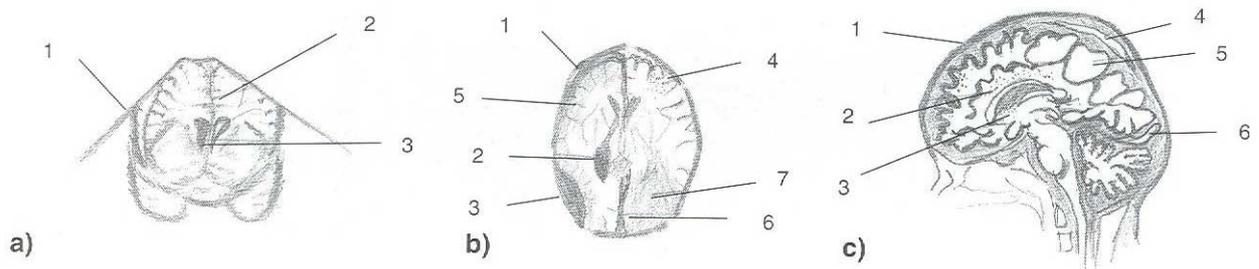
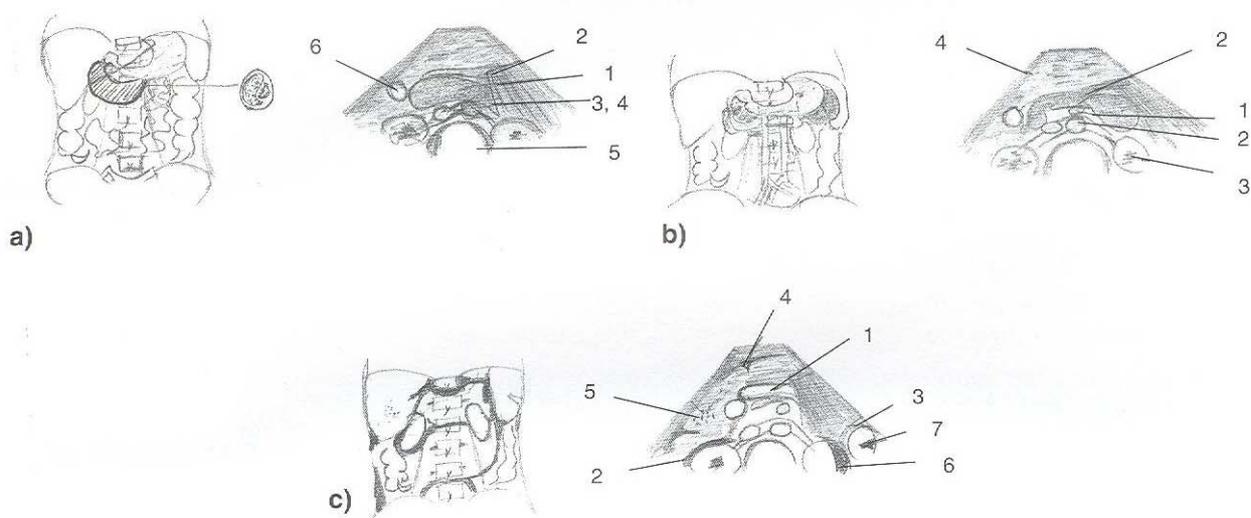


Fig. 7 Mecanismo de producción de las lesiones toraco-abdominales : golpe directo, puñetazo sobre la pared anterior con aplastamiento y rotura de las vísceras y vasos de las paredes intramurales contra la columna vertebral.



Fig. 8 Esquemas y cortes transversales correspondientes ecográficos de las lesiones abdominales. a) hematoma duodenal (1) masa quística duodenal por detrás del (2) antro gástrico y delante de la (3) aorta

y (4) cava (5) columna (6) vesícula. b) pseudoquiste pancreático imagen quística en el (1) cuerpo-cola de pancreas (2) arteria y vena mesentérica superior (3) riñones (4) hígado. c) espacios peritoneales : hemoperitoneo en forma de bandas liquidas libres (1) páncreas (2) bolsa de Morrison (3) epiplones gastroy pancreático esplénicos (4) ligamento falciforme (5) contusión hepática (6) hematoma subcapsular renal (7) laceración esplénica.



Bibliografía

- Caffey J. Multiple fractures of long bones of childrens suffering from chronic subdural hematoma. A.J.R. 1946 ;56 :163-173
- Silverman FN The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. Am.Roentg,1953 ; 69 : 413-427.
- Kempe CH, Silverman. FN, Steele BF et al. The battered child syndrome. Jama, 1962 ; 181 : 17-24.
- Merten DF Carpenter BL : Imagen radiológica de lesión intencional en el síndrome del niño maltratado. Clínicas Pediátricas de Norteamérica (Ed. Esp.), 1990 ; 4 :865-888.
- Querol Piera X. El Niño maltratado Barcelona Ed. Pediátrica 1990; 83-126.
- Casado Flores J, Diaz Huertas JA, Martinez Gonzalez C. Niños maltratados. Ed. Diaz de Santos. Madrid 1997; 53-105.
- Ziun, A.Litwin et al.Definitive diagnosis of fracture-separation of the distal humeral epiphysis in neonatos by U.S. Pediat. Radiol, 1996; 26: 493-496.
- Kleinman PK , Nimkim K, Spevak MR et al. Follow-up skeletal surveys in suspected chil abuse.A.J.R.,1996 ; 4 :893-896.
- Radkowsky MA, Merten DF, Leonidas JC: The abused child: Criteria for the radiologic diagnosis. RadioGraphics 1983; 262.
- Jaspan T, Narborough G Punt JA et al Cerebral contusional teras as a marker of child-detections by cranial sonography. Pediat Radiol, 1992 ; 22 : 237-245.
- Choen RA, Kaufman RA, Myers PA et al. Cranial comuted tomography in the abused child with head injury. AJR, 1986 ; 146 : 97-102.
- Sato Y, Yuh WTC, Smith WL, et al: Hesd injury in child abuse: Evaluation whth MRI imaging. Radiology 1989; 173: 653.
- Zimmerman RA, Bilaniuk LT, et al. Head injury : early results of comparing CT and high-field MR. AJR 1986; 147 :1215-1222.
- Gornall P, Ahmed S, et al. Intra-abdominal injuries in the battered baby syndrome. Arch. Dis. Child, 1972 ; 47 : 211-214.
- Pena DJ, Medovy H. Child abuse and traumatic pseudocyst of the pancreas. J. Pediatr,1973; 83: 1026-1028.
- Scheye T, Vanneville G, et al. Les hematomes intramuraux post traumatiques du duodenum chez l'enfant. Chir Ped. 1988; 29 : 222-225.

Índice

- Introducción
- Concepto
- Clasificación
- Edad
- Etiología
- Claves para la detección
- Tratamiento
- Protocolo de actuación en la intoxicación - maltrato

Introducción

El maltrato infantil en nuestro entorno, es un hecho mucho más común de lo cabría pensar, y desde luego su frecuencia es mayor que la que aparece publicada en las estadísticas oficiales. Los casos que se notifican son sólo una pequeña parte de los que realmente ocurren; esto significa que cerca de nosotros hay un buen número de niños que están padeciendo esta “enfermedad” sin que lo sospechemos. Más grave es aun, cuando alguno de estos niños infradiagnosticados ha podido ser atendido en alguna consulta sanitaria o social, y “pasa de largo” sin que nadie se dé cuenta de cuál es su verdadero problema. En nuestra experiencia, estas oportunidades son “ocasiones de oro” perdidas, a veces incluso, para salvarle la vida.

La intoxicación es una forma típica de maltrato infantil que fácilmente pasa desapercibida. Todo lo reseñado en el apartado anterior, adquiere la máxima validez en este tipo de maltrato: 1) los casos reales son infradiagnosticados. 2) existen intoxicaciones “silenciosas” apenas perceptibles. 3) no se sospecha la posibilidad de maltrato en los niños atendidos en los servicios de urgencias por intoxicación. 4) no se da parte en los casos de “intoxicaciones inverosímiles” (p.e un lactante de 2 meses que ha ingerido “accidentalmente” lejía).

Concepto

Se trata de toda acción intencionada, o de aquella situación de negligencia manifiesta por parte de los padres o cuidadores, que cause daño físico, psíquico o moral, o que ponga en peligro la salud del niño, como consecuencia de la ingestión de compuestos o sustancias químicas por el menor.

En esta definición se incluyen tanto las acciones intencionadas como los casos deliberados de omisión. No obstante, en la práctica, existen situaciones en las que es difícil valorar si verdaderamente se trata de malos tratos o simplemente ha sido un descuido no intencionado de los padres o cuidadores. Es precisamente en estos “casos dudosos”, donde la experiencia y la formación adecuada por parte del personal sanitario, son más necesarias para abordar el problema correctamente.

Clasificación

Aunque clásicamente se considera a la *intoxicación intencionada* o activa también llamada *violencia química* como paradigma de maltrato infantil, no todas las formas que se dan en la práctica pueden incluirse bajo este epígrafe.

Tipos de intoxicación - malos tratos

- Intoxicación intraútero

Consiste en la ingestión por parte de la embarazada de sustancias nocivas para el feto. Puede tratarse de una acción intencionada con el propósito de agredir al feto, o bien de un caso de negligencia - intoxicación pasiva, como es el caso de madres heroínómanas. Las consecuencias se pueden dividir en dos grupos: 1º) malformaciones en el recién nacido de distinto grado. 2º) sintomatología clínica al nacer según la sustancia ingerida (síndrome de abstinencia).

- Intoxicación a través de la lactancia materna

La mayoría de las drogas de abuso y medicamentos relacionados con el sistema nervioso central, debido a su liposolubilidad, son eliminados a través de la leche de la madre. El poco peso y la masa corporal escasa que tienen los lactantes, comparada con los niños mayores, junto con el tiempo prolongado de exposición al tóxico, conlleva que pequeñas cantidades contenidas en la leche puedan ser suficientes para dañar al lactante.

- Intoxicación pasiva - negligencia

Nos referimos en este apartado a los niños que inhalan o ingieren sustancias de abuso que los cuidadores o padres utilizan para el consumo propio, a las que tiene acceso el niño por despreocupación de los adultos, a veces dormidos por los efectos de la misma droga.

- Violencia química o envenenamiento

Es el prototipo clásico de intoxicación como forma de maltrato infantil, y consiste en la administración de un medicamento, droga u otro producto, con el fin deliberado de dañar al niño u obtener un beneficio.

- Síndrome de Münchausen por Poderes

Con este síndrome nos referimos a los casos en los que los padres o cuidadores, intentan simular en el niño una enfermedad o un estado patológico. Uno de los medios más fáciles para conseguir este efecto es la administración al niño de algún producto farmacológico o de otro tipo, con el fin de que los síntomas derivados simulen su enfermedad.

Edad

La edad de mayor riesgo son los menores de 4 -5 años, más probabilidad existe cuanto más pequeño es el niño.

No obstante los niños pueden ser objeto de intoxicación - maltrato a cualquier edad, incluido el periodo de la adolescencia.

Etiología

En realidad cualquier sustancia puede ser nociva si se administra de forma no correcta o antinatural; por ejemplo se ha utilizado la pimienta aplicada directamente en la orofaringe para producir asfixia o zumo de manzana concentrado para producir diarrea.

Es frecuente la utilización de los productos que hay en la casa donde vive el niño, y sobre todos de los medicamentos que estén tomando los adultos que lo cuidan.

La administración suele ser por vía oral. En ocasiones se ha utilizado la vía parenteral para administrar por ejemplo insulina, o la vía nasogástrica por medio de una sonda para instilar soluciones muy saladas.

En este tipo de maltrato la madre es más frecuente la agresora que el padre, debido a la "ausencia de violencia física" que conlleva este tipo de agresión. Esta predominancia del sexo femenino en la etiología no ocurre en las otras formas de maltrato.

Finalmente, es importante saber que las intoxicaciones intencionadas no siempre se llevan a cabo con medicamentos o drogas. Hay casos en los que la intoxicación se produce alterando la preparación de algún alimento (pe. aumentando la concentración del zumo de manzana o de la leche en polvo), administrando en exceso algunas especias (p.e. sal, pimienta) o bien a través del agua, administrándola en grandes cantidades o privando de ella al niño.

Los productos reseñados en la literatura médica son innumerables, en el cuadro 1 aparecen los más frecuentes.

Cuadro 1. Productos causantes de las intoxicaciones - malos tratos

Agua contaminada	Diazepam	Insulina
Amitriptilina	Diuréticos	Naftalina
Anticoagulantes	Etanol	Paracetamol
Agua en exceso o defecto	Etilénglicol	Pimienta
Azúcar	Fenitoína	Sal en exceso
Barbitúricos	Fenoltaleína	Salicilatos
Clorpromazina	Fenotiazina	Sulfato de magnesio
Cocaína	Hidrato de cloral	Vitamina A
Codeína	Imipramina	Zumo de manzana concentrado

Claves para la detección

1. Sospecha clínica de intoxicación

- Presencia de síntomas y signos, generalmente de tipo neurológico, "poco explicables" y no encuadrables en las enfermedades habituales.
- Cuadro clínico que no responde como cabría esperar a su tratamiento habitual (p.e una convulsión que no cede con los antiepilépticos comunes)

2. Síntomas y signos de intoxicaciones específicas

Dado que el número de productos susceptibles de ser responsables de una intoxicación es interminable, es imposible describir toda la sintomatología derivada posible. En el cuadro 2 aparece un esquema de los síntomas guías que nos pueden ser de utilidad para sospecharlos.

Cuadro 2. Síntomas orientativos en la intoxicaciones

Síntoma guía	Síntoma acompañante	Medicamento
Coma, obnubilación	S. Extrapiramidal Hipotermia	Barbitúricos Neurolépticos Fenotiazinas
	Ataxia, hiporreflexia	Benzodiazepinas
	Fetor enólico	Metanol, etilenglicol
	Hipertonía, hiperreflexia	Inhibidores monoamino oxidasa (IMAO)
	Color rosáceo de piel	Monóxido de carbono
	Hiperventilación	Acido acetil salicílico Etilenglicol, metanol
	Miosis, depresión respiratoria, hipotensión	Opiáceos, heroína
	Sudoración fría	Insulina
	Midriasis	Antidepresivos tricíclicos
Agitación, delirio	Midriasis Mucosas secas	Anticolinérgicos Antihistamínicos
Convulsiones generalizadas	Sudoración	Insulina
	Midriasis	Cocaína
	Sed	Hiponatremia Hipernatremia
	Midriasis	Simpaticomiméticos IMAO
	Arritmias	Antidepresivos tricíclicos
Hiperventilación	Midriasis Hipoglucemia Acidosis metabólica	Metanol, etilenglicol Simpaticomiméticos Acido acetil salicílico
Arritmias		Digital, IMAO Simpaticomiméticos

3. Datos sugerentes de intoxicación no accidental

Hay que tener presente que el diagnóstico de maltrato crea frecuentemente una situación de violencia emocional para la familia; así pues, siempre debemos actuar con respeto y cuidando de no herir sensibilidades en los padres o cuidadores, pero sin menoscabo de que por temor a un enfrentamiento pase ante nosotros una de esas oportunidades, que hemos llamado "ocasiones de oro" para el niño maltratado.

Existe una serie de hechos que nos pueden hacer sospechar que la intoxicación no ha sido accidental. Los Datos sugerentes de intoxicación no accidental son:

- Intoxicaciones repetidas en el mismo niño, en hermanos o en otros familiares.
- Antecedentes de otros accidentes o enfermedades "raras" de difícil filiación, en el niño o familiares.
- Antecedentes de otro tipo de maltrato en el caso índice o en otro familiar.
- Intoxicación en un niño que por su edad no ha desarrollado las suficientes habilidades psicomotoras como para explicar el mecanismo de la intoxicación (p.e ingestión de lejía en un niño de un mes de edad).

- Relato de la intoxicación poco coherente; frases ambiguas o discrepancias entre lo que cuentan ambos progenitores.
- Falta de concordancia entre lo que dicen los padres y lo que observamos.
- Intoxicación que con demasiada ligereza se atribuye al hermanito mayor.
- Referir el motivo de consulta a otro proceso diferente de la intoxicación, sin mostrar afectación emocional ante lo que le pasa al niño.
- Intento de utilizar al niño como arma contra el otro cónyuge en los procesos de separación.
- El hecho de que el niño sea conducido al médico por una persona diferente a los padres para que reciba tratamiento.
- Retraso excesivo entre la solicitud de ayuda y el momento en que se produjo la intoxicación.
- Ambiente familiar con fácil acceso a drogas.
- Signos de abandono y suciedad en los padres, olor a alcohol o síntomas de alcoholismo.
- Mejoría clínica cuando el niño ingresa en el hospital con reaparición de los síntomas al volver a su casa.
- Datos de laboratorio no coherentes entre sí: "caos bioquímico"
- Ingresos hospitalarios múltiples y sobre todo en distintos hospitales.

4. Detección del tóxico

Es fundamental aislar el tóxico responsable en algún componente corporal del niño; no solamente para hacer un diagnóstico de certeza, si no también para tener datos objetivos en relación a posteriores actuaciones legales.

Los pasos a seguir son los siguientes:

- 1) En cuanto se sospeche la presencia de una intoxicación deben tomarse muestras de sangre, vómito, jugo gástrico y orina.
- 2) Las muestras deben ser recogidas lo más rápidamente posible, coincidiendo con la sintomatología más intensa, antes de que la droga sea metabolizada.
- 3) Consultar, si es posible, la forma de extracción con el laboratorio donde vayan a ser analizadas las muestras, ya que algunas requieren una manipulación especial (p.e. el cianuro).
- 4) Conviene orientar al analista en un informe adjunto sobre las drogas que se sospechan puedan ser las causantes de la intoxicación; es posible que en el "screening" rutinario del laboratorio no forme parte la droga responsable. Es útil adjuntar una pequeña historia clínica en el que figuren los medicamentos que se encuentran en el hogar, así como las drogas que consumen los cuidadores.

Las condiciones de extracción y envío deben ser estar bien sistematizadas, en los Cuadros 3 y 4 aparece la forma más idónea de hacerlo.

Cuadro 3. Manejo de las muestras

Análisis toxicológico general	- 10 ml de sangre con 100 mg de oxalato potásico. - 10 ml de orina - Vómitos, jugo gástrico
Análisis de metales	<ul style="list-style-type: none"> • General: <ul style="list-style-type: none"> - 5 ml de sangre con coagulante - 50-100 ml de orina • Específico de aluminio, zinc, cobre, hierro <ul style="list-style-type: none"> - 5 ml de suero o plasma para el aluminio el envase debe ser de plástico
Determinación de alcohol etílico	- 5 ml de sangre con 50 mg de oxalato potásico como anticoagulante y 50 mg de fluoruro sódico como conservante

Cuadro 4. Condiciones de envío de la muestra

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Los envases deben estar perfectamente limpios. Los destinados a sangre deben estar completamente secos para evitar la hemólisis. • Las muestras para la determinación de gases y sustancias volátiles deben ir en envases completamente llenos para evitar pérdidas. |
|---|

- Los envases deben cerrarse herméticamente, mezclarse y conservarse a 4° C

Tratamiento

Dos grupos de medidas deben ser adoptadas en el tratamiento de estos niños:

- 1º) medidas dirigidas a tratar su cuadro clínico de intoxicación.
- 2º) medidas sistematizadas para abordar en su totalidad el cuadro de intoxicación - maltrato.

El primer punto no es objeto central de este trabajo, pudiendo consultarse los numerosos manuales de toxicología. Respecto al segundo, al final del tema aparece a modo de resumen de todo lo dicho hasta ahora, un esquema con las pautas de actuación que se deben seguir.

Finalmente es importante reseñar que en la historia figuren claramente la fecha, la hora, los datos de filiación y el parentesco de quién trae al niño. Los datos de la anamnesis y exploración deben recogerse con precisión y claridad, a ser posible ante testigos, y deben hacerse fotografías si existen hallazgos susceptibles de ser fotografiados.

Protocolo de actuación en la intoxicación - maltrato

• Anamnesis

Motivo por el que acude al médico. Desde cuándo notan los síntomas. A qué lo atribuyen. ¿Ha podido tomar alguna sustancia?. ¿Hay fármacos o drogas a su alcance en el hogar?. ¿Qué cantidad a podido tomar?. ¿Con quién se encontraba el niño cuando empezó a estar mal?. ¿Qué parentesco tiene la persona que lo trae a la consulta?

• Antecedentes personales (factores de riesgo de maltrato)

Hijo no deseado. Prematuro. Bajo peso al nacer. Llanto persistente, mal control de esfínteres. Problemas de alimentación. Niño poco "responsivo". Problemas de conducta. Hiperquinético. Déficits físicos. Enfermedad crónica. Múltiples ingresos de causa no clara, en distintos hospitales. Antecedente de maltrato.

• Historia familiar - social (factores de riesgo)

Inmadurez emocional de los padres. Padres jóvenes. Retraso mental de los padres. Padre único. Problemas psicológicos (depresión). Padres maltratados en su infancia. Nivel socioeconómico bajo. Mal ambiente familiar. Problemas de pareja. Desempleo. Insatisfacción laboral. Toxicomanía, alcoholismo.

• Examen físico

Sistematizado por aparatos, describiendo los signos de forma precisa, si es preciso complementados con dibujos, con especial atención a la exploración neurológica.

Deben buscarse otros signos de maltrato, tanto antiguo como reciente .

• Recogida de muestras para análisis toxicológico

• Ingresar al niño y notificar el caso a las instituciones pertinentes

• Registrar las visitas al niño y actividades de los padres y familiares

Actitud ante el niño ingresado

Atención a la posibilidad de continuar la intoxicación en el hospital

• Visitar el domicilio del niño

Valorar ambiente social y familiar

Presencia de drogas en el hogar

Valorar hermanos en misma situación

• Notificarlo al pediatra de zona

BIBLIOGRAFÍA

Bond GR. The poisoning child. Evolving concepts in care. Emer Med Clin North Am, 1995;13:343-355.

Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C. Niños Maltratados. ed. Díaz de Santos. Madrid. 1997.

Dreisbach RH, Roberstson WC: Manual de toxicología clínica-prevención, diagnóstico y tratamiento. 12ª rev. ed. México: El Manual Moderno, S.A., 1998.

Dine MS, McGovern ME. Intentional poisoning of children-An overlook category of child abuse: report of seven cases review of literature. *Pediatrics*,1982;70:32-35.

Kempe CH. Uncommon manifestations of battered child syndrom. *AJDC*,1975;129:1265-1268.

Lober J, Reckless JP, Watson BG. Non accidental poisoning: the elusive diagnosis. *Arch Dis Child*, 1980;55:643-647.

Malo Aragón JM, Sánchez Sala M, Jiménez Girón AV et al. Niños de riesgo: Nuestra experiencia. *An Esp Pediatr*, 1992;37:219-222.

Meadow R. Poisoning. *BMJ*, 1989; 298:1572-1574.

Reece MR. Manifestaciones raras de maltrato infantil. *Clin Ped North Am (ed. esp)*, 1990;4:957-973.

Rogers D, Tripp J, Bentovim A et al. Non accidental poisoning: an extended syndrom of child abuse. *BMJ*,1976;1:739-796.

Índice

Historia
Epidemiología
Definición
Clínica
Diagnóstico
Diagnóstico diferencial
Evolución y pronóstico
Tratamiento

Historia

En 1951 Asher describió tres casos de adultos que ingresaron en el hospital refiriendo una sintomatología aguda que posteriormente se demostró falsa, que era autoprovocada o inventada por el propio paciente. Denomino a este cuadro síndrome de Münchhausen. Al igual que el varón de Münchhausen, un personaje de Raspe, estos pacientes fabulaban sobre supuestas aventuras y capacidades.

En 1976 se describen como forma atípica de malos tratos seis casos de niños a los que sus padres de forma persistente, administran sustancias tóxicas. Los autores observan ya numerosas características de lo que posteriormente Meadow denominó síndrome de Münchhausen por poderes.

Epidemiología

No hay datos epidemiológicos sobre la incidencia del problema. La experiencia clínica indica que tras detectarse un caso son detectados nuevos casos. Esto sugiere que la alerta de los médicos favorece el diagnóstico y que probablemente un número significativo de casos no son diagnosticados.

Definición

El término síndrome de Münchhausen se utiliza para definir un cuadro caracterizado por la producción intencionada de síntomas que el paciente generalmente refiere como de inicio agudo.

El término de Münchhausen por poderes se utiliza en el caso de que sean los padres u otro adulto implicado en el cuidado del niño quien produce los síntomas.

El síndrome de Münchhausen por poderes se clasifica en el DSM IV como trastorno facticio por poderes, dentro del apéndice, es decir, entre los trastornos que precisan más investigación antes de ser definitivamente clasificados. En la CIE 10 se clasifica como malos tratos en la infancia.

El trastorno facticio se caracteriza por la producción o invención de síntomas de forma intencionada, el sujeto planea la conducta que va a realizar. Al igual que lo que ocurre con otras conductas compulsivas, están fuera de control de la persona que las realiza. No hay un beneficio ni una motivación consciente. La conducta satisface una necesidad psicológica variable de una persona a otra.

Clínica

♦ Características generales

Del análisis de varios casos por distintos autores se puede extrapolar que la incidencia no difiere significativamente entre sexos, la media de edad en el momento del diagnóstico es de 3 años, con edades comprendidas entre los dos meses y los trece años. En la mayoría de los casos el niño ha ingresado en numerosas ocasiones. El autor del engaño es la madre en más del 90 por cien de los casos.

Los signos y síntomas más frecuentemente observados son:

- episodios de apnea por asfixia
- cuadros neurológicos bizarros (ataxia, hipersomnia, confusión, obnubilación y coma) por intoxicación
- crisis convulsivas por intoxicación o por invención
- hematuria, hematemesis y hematoquecia por contaminación de muestras o por laceración de mucosas
- hipertermia por manipulación del termómetro o por intoxicación
- anomalías metabólicas (hiponatremia, hopenatremia, hipoglucemia, hiperglucemia) por intoxicación o por manipulación de muestras
- trastornos digestivos (vómitos alimenticios, vómitos fecaloideos, retraso en el desarrollo ponderoestatural) por intoxicación, por invención o por falsificación
- trastornos cutáneos (celulitis, eritemas, exantemas) por inyección de sustancias en piel o laceración.

Algunos de los diagnósticos erróneos realizados antes de diagnosticar trastorno facticio son encefalopatía, epilepsia, granulomatosis, colitis ulcerosa, alergia alimentaria, panarteritis nodosa, disfunción tubular renal, porfiria y diabetes.

◆ Características de la madre

El trastorno generalmente se detecta en alguno de los ingresos hospitalarios del niño. La observación del comportamiento de la madre durante el ingreso es fundamental para realizar el diagnóstico. Una característica común de los distintos casos publicados es que las madres tiende a pasar la mayor parte del día en el hospital, dedicadas al cuidado del hijo, asumiendo con frecuencia el papel de enfermeras. En contraste con esta actitud de gran colaboración y dedicación a los cuidados del niño, su interés por el pronóstico es escaso y la ausencia de un diagnóstico no les preocupa. Como los ingresos suelen ser numerosos y prolongados adquieren gran desenvoltura en el hospital, por lo que con frecuencia apoyan, ayudan y asesoran a los padres de otros niños ingresados.

La madre suele tener una buena relación con los médicos y enfermeras, conoce con frecuencia el nombre de todos ellos y retiene detalles sobre el personal que oye en algún momento del ingreso. La capacidad de establecer relaciones sociales en el hospital contrasta con la ausencia de visitas de familiares y amigos. Su implicación con el hospital es intensa y se manifiesta en llamadas telefónicas cuando están ausentes del hospital (por ejemplo en el periodo de aislamiento al sospecharse el diagnóstico de trastorno facticio) o tras ser dado de alta el niño sin llegarse a un diagnóstico. En este segundo caso tampoco son infrecuentes las visitas al hospital para ver a otros niños que todavía permanecen ingresados.

Las madres generalmente están pendientes del cuidado del hijo, de la observación de su conducta no se deduce falta de cariño o atención hacia el niño, pero si puede resultar llamativo el cuidado profesionalizado, más que afectivo, que la madre da al hijo.

Distintos trabajos subrayan el antecedente de conocimientos médicos de la madre. Hasta un 50 por cien de las madres habían comenzado los estudios de enfermería que fueron incapaces de concluir.

Las madres pueden padecer trastorno facticio, trastorno histérico de personalidad, depresión y trastorno de somatización.

Las madres presentan con frecuencia rasgos de dramatización y emotividad típicos de la histeria. Sus recuerdos del pasado suelen ser coloristas y poco realistas. La intensa necesidad de afecto y atención del histérico son evidentes durante la hospitalización del hijo. La fabulación y la pseudología fantástica (invención de datos biográficos deslumbrantes) también se observan con gran frecuencia en estas madres.

Las motivaciones para realizar este tipo de conductas pueden ser:

- el contacto con el personal sanitario disminuiría su aislamiento social y le permitiría la relación con personas que ella considera de su mismo nivel cultural y social, ya que con frecuencia mayor a la habitual existe discrepancia entre el nivel social y cultural de los padres, perteneciendo la madre a un nivel superior que el padre. No obstante esta pertenencia a un nivel cultural y social superior inferido de los datos aportados por la madre podría ser una fabulación más y no un hecho real.
- La conducta de engaño de la madre sería una forma de competir, retar y vencer al sistema sanitario. Es decir, la madre se enfrentaría a distintos especialistas, de diferentes hospitales vencidos, ya que no logran hacer un diagnóstico al niño. Esta hipótesis se basa en la alta proporción de madres que han iniciado estudios paramédicos sin conseguir finalizarlos
- la enfermedad del hijo favorecería su relación más estrecha con el marido
- la madre tendría un sentimiento ambivalente hacia el hijo, alternando conductas de agresión que le producen sentimientos de culpa con otras de sobreprotección. La ambivalencia amor - odio le haría sentir al hijo como amenazante, sobre todo en épocas de tensión, favoreciendo las conductas agresivas

◆ Características del padre

Las características psicológicas del padre y la presencia de patología psiquiátrica están peor definidas que las de la madre. Es frecuente que el padre este poco implicado en la educación y los cuidados del hijo. La ausencia del padre no sólo es emocional, sino que también es frecuente que realicen trabajos que obligan a pasar largas temporadas fuera de casa. Durante la hospitalización es frecuente que el padre apenas visite al niño y no pida información directa sobre su enfermedad.

◆ Características del niño

Las características del niño no han sido estudiadas de forma sistemática. Se han descrito conductas de dependencia de la madre, falta de interés por el medio, pasividad hacia las exploraciones médicas y

conductas agresivas. A partir de los 12 a 14 años es posible que el niño colabore con la madre en la falsificación e invención de síntomas.

Diagnóstico

Los signos de alerta de trastorno facticio por poderes son:

- enfermedad prolongada, inexplicada o con manifestaciones atípicas.
- signos y síntomas sin sentido clínico y que no ocurren en ausencia de la madre
- tratamientos inefectivos o no tolerados
- alergia a multitud de alimentos o drogas
- madre que permanece largo tiempo con el niño y que establece relación personal intensa con el personal sanitario y otros padres
- madre con conocimientos médicos o profesión sanitaria
- historia de enfermedad crónica en otros hermanos de dudoso diagnóstico
- historia de fallecimiento de otros hermanos, síndrome de la muerte súbita del lactante

La confirmación del diagnóstico requiere:

1. Contacto con el médico de familia o el pediatra del niño para conocer los distintos síntomas y procedimientos diagnósticos a que ha sido sometido
2. Contacto con otros hospitales, investigando la existencia de ingresos previos. Es posible que en otros hospitales el niño haya sido diagnosticado de síndrome de Münchhausen por poderes o al menos se haya sospechado este diagnóstico.
3. Contacto con otros familiares para aclarar la historia biográfica aportada por la madre.
4. Historia realizada por trabajador social. La visita domiciliaria frecuentemente revela que el nivel social y económico real es menor al informado por la madre.
5. Anotación de quien ha observado los síntomas y si estos se producen en presencia exclusiva de algún familiar
6. Estudio toxicológico en sangre y orina que confirme los casos en que los síntomas son provocados por intoxicación.
7. Recogida de muestras (orina, sangre, esputos, heces) y toma de temperatura en condiciones en que no pueden ser manipuladas.
8. El aislamiento del niño de la persona que produce los síntomas hace desaparecer la sintomatología. Si los padres no aceptan la separación voluntaria es necesaria la autorización judicial.

El primer impedimento para el diagnóstico es un bajo nivel de sospecha por parte del personal sanitario. Tras la sospecha es absolutamente necesaria la comprobación de los datos médicos y biográficos aportados por la madre. El médico suele tener dificultades para aceptar esta labor detectivesca, en parte por miedo a consecuencias legales y en parte por temor a que sus sospechas sean falsas. En todo caso es menos dañino para el niño este tipo de investigación que el mantenimiento de pruebas diagnósticas más agresivas.

El médico inicialmente no piensa en la posibilidad de que se trate de un trastorno facticio, y más tarde le resulta difícil aceptar que todos los procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados, con el sufrimiento que muchos de ellos conllevan para el niño, han sido innecesarios. Incluso después de surgir la sospecha es frecuente que se insista en la realización de nuevas exploraciones, en lugar de optar por una medida mucho menos agresiva para el niño como es contactar con otros informantes.

Diagnóstico diferencial

1. Preocupaciones hipocondríacas o delirios hipocondríacos de la madre respecto a la salud del niño. Aunque el niño puede ser sometido a procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios como ocurre en el trastorno facticio por poderes, en estos casos no hay falsificación, producción o invención voluntaria de los síntomas y las necesidades psicológicas subyacentes de la madre son distintas.
2. Simulación. En este caso los padres inventan o exageran los síntomas para conseguir una atención médica rápida o una prueba diagnóstica que consideran necesaria.

Evolución y pronóstico

En los casos en que se llega al diagnóstico, el tiempo medio en el que el niño se ve sometido al trastorno facticio oscila entre los 2 y los 4 años.

En 30 a 50 por cien de los casos se sospecha que otro hermano padeció el trastorno en el pasado. De los hermanos afectados el 50 por cien habría fallecido.

En los casos de múltiples hermanos afectados, se detecta mayor psicopatología en la madre y el riesgo de muerte en el niño, incluso tras el diagnóstico y adopción de medidas de supervisión es mayor.

Se desconoce la mortalidad real del trastorno. En series de casos en que los síntomas son producidos por intoxicación se detecta una mortalidad próxima al 20 por cien. Probablemente la mortalidad en los casos de apnea por asfixia también sea alta.

Las consecuencias para el niño son numerosas:

- sometimiento a exploraciones y tratamientos médicos y quirúrgicos de riesgo tanto somática como psicológicamente
- ausencias prolongadas al colegio
- limitaciones físicas o dietéticas que impiden una adecuada integración y desarrollo

Se desconocen las secuelas psiquiátricas y psicológicas en la edad adulta.

Tratamiento (Cuadro1)

Tras el diagnóstico debe confrontarse a los padres con la realidad. La confrontación debe ser cuidadosa y no agresiva. Una confrontación acusatoria puede precipitar en la madre un cuadro psicótico o una conducta suicida.

La única medida terapéutica que ha demostrado su eficacia es la supervisión. Cuando se llega al diagnóstico y siempre antes del alta hospitalaria debe ponerse el caso en conocimiento de la Comisión de Tutela del Menor. La decisión de mantener a un niño con los padres bajo supervisión o separarle de ellos ha de valorarse teniendo en cuenta distintos factores:

1. La gravedad de las conductas de producción de síntomas. Son más graves las conductas de intoxicación o de asfixia que la invención o falsificación de síntomas
2. Actitud del padre o progenitor no productor del cuadro tras la confrontación. Si el padre no niega el diagnóstico y se implica más en el control y cuidado es posible mantener al niño con los padres
3. Gravedad del trastorno psiquiátrico de la madre y aceptación de la madre de tratamiento psiquiátrico
4. Existencia de otros familiares que acepten el diagnóstico y se comprometan en la supervisión

Si se decide mantener al niño con los padres, se debe arbitrar un estricto sistema de supervisión a través de los servicios sociales en el que intervengan el pediatra del niño y el colegio (el colegio debe comunicar las ausencias del niño).

Cuadro 1.

Signos de sospecha	Criterios de gravedad	Actuación
Enfermedad persistente o recurrente inexplicable Discordancia estudios complementarios / estado de salud del niño	Niños pequeños, menores de 5 años Formas de asfixia o envenenamiento	Separar al niño de la madre, o sospechosos Comprobar exhaustivamente todos los datos
Médico con sensación subjetiva de "caso insólito" Signos y síntomas inexistentes cuando no esta presente el perpetrador	Antecedente de muerte inexplicable en hermanos Falta de conexión con la madre, que no acepta ayudas	Investigar SM en la madre u otros hijos Comprobar relación entre presencia los padres y signos o síntomas
Madre solícita; rehuye dejar sólo al niño en el hospital Tratamientos ineficaces, "mal tolerados". Alergias múltiples Madre menos preocupada por el hijo que los propios sanitarios Crisis convulsivas	Madres que han sufrido síndrome de Münchausen Toxicomanía o alcoholismo en algún progenitor Persistencia en fabricar síntomas tras la confrontación No responden al tratamiento	Recogida supervisada de muestras de laboratorio Contrastar repetidamente la veracidad de los signos - síntomas Solicitar interconsulta psiquiátrica Informar a los servicios de protección infantil

Índice

Lesiones osteoarticulares
 Lesiones cutaneomucosas
 Lesiones abdominales
 Tradiciones culturales
 Síndrome de muerte súbita del lactante
 Conclusión

El diagnóstico de maltrato a menudo es un diagnóstico difícil, ya que el niño suele ser pequeño, y por tanto incapaz de contarlo, y otras veces los padres o familiares no dan una explicación convincente de como ocurrieron las lesiones, bien por ocultarlo o por de verdad desconocer los hechos que las ocasionaron.

Es preciso ser cuidadoso en el diagnóstico de maltrato infantil, puesto que un diagnóstico erróneo puede acarrear consecuencias negativas tanto para la familia y su entorno, como para el propio niño. Para ello es fundamental tener un conocimiento preciso de las características exploratorias características de los malos tratos.

El diagnóstico diferencial de maltrato deberá establecerse con los trastornos esqueléticos, enfermedades metabólicas, infecciosas, nutricionales, enfermedades de la pie, e incluso ciertas costumbres o hábitos del entorno cultural y/o religioso del niño (Tabla 1). Además es preciso tener en cuenta que los niños maltratados es frecuente que presenten una variedad de problemas médicos que inicialmente pueden pasar desapercibidos al personal no sanitario, y que es preciso conocer para el diagnóstico y tratamiento adecuado de estos casos.

Lesiones osteoarticulares

Las alteraciones esqueléticas pueden afectar a cualquier hueso, y pueden hacer difícil el diagnóstico con las lesiones no accidentales. Debe tenerse en cuenta que los malos tratos son causa de fracturas frecuentes, oscilando su incidencia alrededor del 25 al 50 por cien de los casos de maltrato físico. Además, existen diferentes situaciones, tanto congénitas como adquiridas, que pueden hacer sospechar erróneamente el diagnóstico de maltrato en el niño. Para diversos autores, la presencia de fracturas *en esquina* (metafiso - epifisarias) sería patognomónica de maltrato, aunque las más frecuentes son las fracturas diafisarias.

Es típico que los niños maltratados presenten múltiples fracturas en distintas fases de evolución. Son frecuentes las hemorragias subperiósticas, las fracturas diafisarias y las fracturas por arrancamiento metafisario. También se describen secuelas en forma de desviaciones, fracturas costales generalmente en la zona posterior, y fracturas craneales asociadas o no a hematoma subdural.

En el diagnóstico diferencial, la osteogénesis imperfecta (*enfermedad de los huesos de cristal*) es un ejemplo claro de situación que puede hacer pensar en maltrato, debido a los distintos tipos de fracturas que pueden ocurrir, así como a su distinta expresividad clínica (escleróticas azules, talla baja, dentición anormal, pérdida del pelo, sordera, etc.). Se conocen cuatro tipos de formas clínicas, en las que el grado de deformidad ósea y de fracturas es diferente. Las fracturas son más frecuentes entre los 2 a 3 años de edad, y posteriormente entre los 10 y 15 años, y aunque lo más corriente es que sean diafisarias, espirales o transversas, de huesos largos, también se pueden presentar fracturas metafisarias como las de los malos tratos. Radiológicamente se observan fracturas múltiples a nivel de huesos largos y costillas, y el cráneo suele afectarse también. Las formas más graves tienen una evolución fatal, muriendo a los pocos meses o años de vida.

La deficiencia de cobre también produce deformidades esqueléticas como las de los malos tratos, tanto en la de tipo nutricional como en la congénita (síndrome de Menkes). Además en estos casos se pueden producir fracturas metafisarias y hemorragias intracraneales como las que se ven en los malos tratos. Para el diagnóstico será preciso analítica de sangre, examen de médula ósea y radiológico.

El raquitismo (carencia de vitamina D) y el escorbuto (carencia de vitamina C) pueden producir también deformaciones de los huesos parecidas a las de los niños maltratados. La analítica y el examen radiológico completos ayudaran al diagnóstico de raquitismo, sobre todo en los casos severos, ya que el niño maltratado no presenta unos huesos desmineralizados como los de los niños con raquitismo severo. Además, es típico que en el niño raquíptico las metafisis adquieran una forma cóncava y ensanchada en forma de copa de champán.

Otras lesiones similares a los abusos son las que se presentan en la sífilis congénita, ya que ni las fracturas patológicas que presentan, ni la reacción cicatricial perióstica son patognomónicas del proceso sífilítico, y pueden confundirse con traumas. El diagnóstico vendrá dado por la serología y el cuadro clínico.

Igualmente, algunos medicamentos pueden producir lesiones óseas parecidas a las de los malos tratos, como las prostaglandinas, que pueden producir proliferación cortical a lo largo de las costillas y diáfisis de los huesos largos que recuerdan a las periostitis traumáticas. El metotrexate, por otra parte, provoca cuando se da a dosis altas, osteoporosis y fracturas metafisarias locales.

La neuropatía sensorial hereditaria, por sus características de impedir que los pacientes sientan dolor, puede dar lugar a que estos enfermos sufran diversos tipos de quemaduras, equimosis, fracturas, etc., que en principio puedan parecer malos tratos, y cuyo diagnóstico viene dado por la historia clínica del paciente.

Lesiones cutaneomucosas

Las lesiones cutaneomucosas representan el signo más típico de maltrato a los niños. Típicamente se localizan en las zonas no prominentes y suelen asociarse a otras lesiones. Los hematomas reproducen a veces la forma del objeto utilizado, y es típico que sean varios y que se encuentren en distinto grado de evolución.

Cuando se trata de una mordedura humana esta suele reproducir la forma circular de la arcada dentaria, y cuando se trata de un arrancamiento de pelo, éste suele afectar a la zona occipital y a la occipitoparietal. Las quemaduras se caracterizan por ser incompatibles con la edad del niño, coexistir con otras lesiones, y carecer de una historia convincente.

El diagnóstico diferencial deberá establecerse con múltiples situaciones que incluyen equimosis, tales como manchas mongólicas, coagulopatías, púrpura trombocitopénica idiopática, púrpura de Sholein Henoch, síndrome de Ehlers-Danlon; o bien con lesiones que sugieran quemaduras, tales como varicela, impétigo, eritema multiforme y quemaduras solares accidentales.

La mancha mongólica es una lesión de color gris - azulada en la zona baja de la espalda, que se observa al nacimiento, no es dolorosa, y que desaparece a los pocos meses. Por el contrario las equimosis son dolorosas, cambian rápidamente de color y desaparecen a los pocos días.

Los trastornos de la coagulación, congénitos o adquiridos, pueden presentarse en forma de equimosis o bien de sangrado franco. No es raro que tanto en estos enfermos, como en otras situaciones de enfermedades tumorales como la leucemia, o bien tras la ingestión de raticidas o en los déficits de vitamina K, haya habido casos en los que se presumió el diagnóstico de maltrato. Para realizar el diagnóstico será preciso realizar analítica de sangre completa, incluyendo plaquetas, coagulación y sus factores.

La ingestión accidental de salicilatos puede dar lugar a la aparición de petequias subconjuntivales y a púrpura por aumento de permeabilidad capilar y descenso de la adhesión plaquetaria. Para el diagnóstico diferencial con los malos tratos se deberá contar con la clínica característica de la intoxicación salicílica (vómitos, sudoración, acidosis metabólica y salicilemia).

Igualmente, la ingestión accidental de warfarina o derivados dará lugar a una prolongación del tiempo de protrombina, con la aparición de equimosis y sangrado que puede confundir inicialmente con maltrato.

Las lesiones del síndrome de Ehlers-Danlos pueden igualmente parecerse a los de los malos tratos debido a que la hiperlaxitud articular, la tendencia a las equimosis, las frecuentes dislocaciones articulares y la mala cicatrización que presentan estos pacientes pueden confundir con los de las lesiones provocadas. La presencia de una piel como *papel de fumar*, una historia familiar sugestiva, además de una exploración física cuidadosa ayudarán a distinguir los dos cuadros.

Respecto a las quemaduras, cuando son accidentales la historia referida por los padres suele coincidir con la lesión observada, se localizan generalmente en la parte frontal del cuerpo, y suelen ser de contorno irregular o disperso, y distribución asimétrica. Por otra parte, cuando las quemaduras son intencionadas, la historia del suceso no coincide con las lesiones, la localización suele ser en nalgas, mamilas, periné, genitales, manos o pies, con un borde nítido y distribución generalmente simétrica (en guante o en calcetín); las lesiones presentan además un aspecto descuidado e incluso infectado, y no es raro que coincidan con otras lesiones como hematomas, desgarros, cicatrices, o fracturas antiguas.

Las lesiones vesiculosas del impétigo cuando se abren dejan úlceras redondeadas que recuerdan a las quemaduras de cigarrillos. La diferencia con los malos tratos estriba en que las primeras curan con el tratamiento antibiótico y cicatrizan sin dejar rastro, mientras que las segundas curan muy lentamente y

suelen dejar cicatriz, además de localizarse en sitios muy particulares como la cara o dorso de manos y pies.

Existen referencias en la literatura confundiendo el torniquete producido por un pelo alrededor de un dedo de un niño pequeño con los malos tratos.

También se ha confundido con malos tratos la dermatitis producida por algunas plantas (como las ortigas). En estos casos, la historia clínica resulta fundamental para aclarar la causa de estas reacciones.

Lesiones abdominales

Las lesiones de órganos abdominales constituyen una causa importante de muerte en el niño maltratado. Cuando estas lesiones se deben a accidente existe el antecedente de golpe o caída, además de la evidencia del traumatismo. Cuando las lesiones no son accidentales, las circunstancias y exploración del paciente hacen sugestivo el diagnóstico de malos tratos.

El pseudoquiste pancreático, que cuando es accidental suele ser secundario a traumatismo pancreático por manillar de bicicleta o accidente de tráfico, sugerirá malos tratos cuando se observe en lactantes o niños pequeños.

También se hará el diagnóstico diferencial con la malnutrición en los síndromes de malabsorción, y con la perforación intestinal secundaria a malos tratos.

Tradiciones culturales

Las medidas terapéuticas utilizadas en algunas culturas para tratar distintas dolencias pueden ser confundidas con malos tratos (aunque en ocasiones pueden llegar a constituir auténticos malos tratos).

Entre ellas se encuentran las lesiones circulares producidas por una taza caliente colocada sobre la piel del niño que al enfriarse producen el vacío dejando una característica marca circular (*cupping*) (se practica en Méjico y Europa del Este con el fin de disminuir el dolor y la inflamación y recuperar el apetito y la fuerza en el niño).

Otra costumbre es el *coining*, que consiste en frotar primero la espalda o el tórax del niño con aceite y posteriormente rascarle en la zona con el borde de una moneda (se utiliza en los países orientales para el tratamiento de la fiebre y el dolor de cabeza).

Otra práctica similar es la que se hace en China, en la cual tras un masaje con agua salada se frota la piel con una cuchara de porcelana hasta que aparecen las equimosis (*spooning*). Otras costumbres incluyen también diversas quemaduras terapéuticas en las zonas dolorosas. Por último, en Méjico se utiliza un remedio para la fontanela deprimida o hundida (*mollera caída*), en el que se realizan succiones y sacudidas al niño para que la fontanela recupere su posición normal pudiéndose provocar una hemorragia intracraneal similar a la que presenta un tipo de maltrato que se conoce como *síndrome del niño sacudido o zarandeado*.

Síndrome de muerte súbita del lactantes

El llamado *Síndrome de muerte súbita del lactantes* que se presenta en lactantes por otra parte normales y, generalmente durante el sueño, es otro de los procesos que deben ser diferenciados de los malos tratos, y que en épocas pasadas ha llevado a no pocos padres a sufrir, además de la pérdida de su hijo, la situación de verse acusados de un delito que no cometieron. Hoy día se trata de un síndrome conocido, y cuya distinción desde el contexto familiar, social y médico no suele dar lugar a confusiones.

Conclusión

El diagnóstico de maltrato en el niño es a menudo difícil, y para evitar equivocaciones el médico deberá tener en cuenta, además de los métodos exploratorios, analíticos y radiológicos del paciente, la historia clínica y la información procedente del entorno familiar, social y cultural del niño. Deberá conocer las situaciones más frecuentes a considerar en el diagnóstico diferencial, así como valorar las consecuencias derivadas de un diagnóstico erróneo, tanto si el niño está siendo maltratado y se piensa equivocadamente que este es el caso. En última instancia, y sobre todo en caso de duda, se tendrá en cuenta siempre la situación menos nociva para el niño, y la que sea mejor para él, en cada caso concreto.

Cuadro 1. Diagnóstico diferencial de los malos tratos físicos.

Lesiones osteoarticulares	Congénitas	Osteogénesis imperfecta Deficiencia de cobre
	Adquiridas	Deficiencia nutricional de cobre Raquitismo Escorbuto
	Infecciosas	Sífilis
	Inducidas por drogas	Prostaglandinas Metrotexate
	Otras	Neuropatía sensorial hereditaria
Lesiones cutaneomucosas	Equimosis	Mancha mongólica Coagulopatías: · hemofilia · enfermedad de Von Willebrand · púrpura trombocitopénica idiopática De origen tumoral: · neuroblastoma · leucemia Vasculitis: · púrpura de Shonlein Henoch · eritema puntiforme Ingestión de drogas: · salicilatos · raticidas Síndrome de Ehlers- Danlos
	Quemaduras	Impétigo Torniquete por pelo Fitodermatitis Quemaduras solares
Lesiones abdominales	Pseudoquiste pancreático Perforación intestinal Síndromes de malabsorción	
Tradiciones culturales	Cooping Coining Spoonng Quemaduras locales intencionadas Mollera caída	
Síndrome muerte súbita lactante		

Indice

Introducción
 Clasificación
 Factores de riesgo
 Síntomas y/o trastornos en los niños y adolescentes
 Desarrollo normalizado
 Detección desde los servicios de salud mental
 Diagnóstico e intervención

Introducción

El maltrato emocional o psicológico podemos considerar que se presenta en aquellas situaciones en las que los adultos significativos de los que depende el niño (padres, educadores, tutores, etc.) son incapaces de organizar y sostener un vínculo afectivo de carácter positivo, que proporcione la estimulación, el bienestar y el apoyo necesario para su óptimo funcionamiento psíquico.

El maltrato psicológico es el más difícil de definir y detectar, debido a las dificultades para discriminar entre lo que podemos considerar como las consecuencias del maltrato, y las alteraciones, trastornos o conflictos derivados de diferentes patologías, que suelen provocar distorsiones en los vínculos familiares. Las perturbaciones en la conducta y el funcionamiento mental, producto de las situaciones maltratantes, no son específicas, pudiéndose dar en cualquier tipo de trastorno psíquico.

Uno de los temas cruciales que se plantea a la hora de definir el maltrato psíquico es el de la "intencionalidad". En otros tipos de maltrato, como los abusos sexuales o los malos tratos físicos, es relativamente fácil delimitar la intencionalidad del adulto, pero no sucede lo mismo cuando los hechos pertenecen a la esfera psíquica. Los casos en los que esta intencionalidad aparece clara son los menos, siendo más común las situaciones de ambigüedad, confusión y "creencia" por parte de los adultos, de que su conducta esta justificada y ajustada al comportamiento del niño.

Esto no se puede considerar un eximente para calificar la situación de maltratante, pero si plantea dificultades adicionales y la necesidad de considerar una determinada constelación de factores, para diagnosticar el maltrato emocional y no solamente el de la intencionalidad.

Por otra parte es imprescindible discriminar las situaciones cotidianas, que se producen en todo desarrollo normalizado, en las que los padres deben imponer normas y límites por el propio bienestar del niño, aun en contra de su voluntad; de lo que podría llegar a ser una situación maltratante.

Clasificación

Tanto las formas pasivas como las activas no se dan en la clínica de forma aislada, lo más común es una combinación de ambas (Tabla 1). Es corriente que el maltrato psicológico este presente cuando se producen malos tratos físicos, sin embargo estos últimos pueden no darse cuando existe maltrato psíquico.

Tabla 1. Clasificación de malos tratos psicológicos

PASIVOS	
Abandono emocional	Ausencia permanente de respuestas a las señales de interacción afectiva del niño
Negligencia	Ausencia parcial o incongruente a las señales de interacción afectiva del niño
ACTIVOS	
Relación donde predomina la violentación del adulto sobre el niño, expresada de forma verbal, o con amenazas, críticas, castigos, culpabilización, etc.	

Factores de riesgo

Todos los estudios realizados hasta la fecha confirman que el maltrato emocional se puede producir en grupos familiares de cualquier nivel socioeconómico. La única diferencia a considerar es que las familias con más nivel económico, poseen una mayor amplitud de recursos y posibilidades para pasar desapercibidas; siendo en estos casos más difícil el diagnóstico y la intervención.

Aunque durante mucho tiempo las investigaciones han tratado de encontrar un perfil psicopatológico de los padres maltratantes, en la actualidad se ha llegado a la conclusión de que no existe tal perfil. Sin embargo, si se han encontrado características comunes en los casos de las familias maltratantes, que podemos considerar como factores de riesgo (Tabla 2).

Tabla 2. Factores de riesgo

Elevado numero de embarazos, o embarazos no deseados; madres adolescentes sin apoyo familiar y sin recursos Inexperiencia en el cuidado de los niños, dificultando el reconocimiento de sus necesidades afectivas Conflictos crónicos y repetidos en los padres, con un clima de tensión permanente Antecedentes de maltrato en los padres, produciendo un modelo de identificación distorsionado Ruptura familiar, o familias monoparentales Aislamiento social, por cambios frecuentes de domicilio, o poco contacto con el entorno Problemas económicos y/o profesionales, por carencia de recursos, o por exceso de horario laboral Toxicomanias Antecedentes psiquiátricos

Aunque los estudios han confirmado la existencia de varios de estos factores, en los casos de maltrato, no todas las familias que presentan uno o varios de ellos llegan a ser maltratantes.

Síntomas y/o trastornos en los niños y adolescentes

Los síntomas y trastornos (Tabla 3) que se pueden presentar en los niños y adolescentes, como consecuencia del maltrato psicológico, no son específicos, ya que se pueden dar también en otro tipo de situaciones maltratantes; así como en otras patologías con diferente etiología. En este sentido debemos de tomarlos, como antes indicábamos con los factores de riesgo, como indicadores a considerar en la realización de un diagnóstico y no como signos inequívocos de la existencia de maltrato psíquico.

Tabla 3. Síntomas y trastornos

Detención o retraso en el crecimiento Enfermedades psicosomáticas de repetición Accidentes frecuentes Dificultades o retraso en cualquier área del desarrollo evolutivo; psicomotricidad, inteligencia, lenguaje... Latitud afectiva y trastornos del comportamiento; alternancia entre agresividad - pasividad, dificultades en el control de impulsos, inhibición, desafectivización, etc. Trastornos en el control de esfínteres Psicopatías y conductas delictivas Depresión e intentos de suicidio Psicosis
--

Desarrollo normalizado

A menudo la necesidad de una intervención rápida para proteger al menor y el rechazo desde el punto de vista ético de determinadas conductas maltratantes, dificulta la comprensión psicopatológica del interjuego que se da entre padres e hijos.

La consideración previa de que los padres son los responsables de la situación de maltrato, no hace sino entorpecer desde el punto de vista clínico, el entendimiento de la interacción dentro del grupo familiar. El niño maltratado suele ocupar un rol complementario, provocando y buscando involuntariamente la repetición de situaciones en las que se desencadenan, por parte de los adultos, las conductas maltratantes.

Los padres frecuentemente han sido a su vez maltratados en la infancia, reproduciendo la misma conducta que ellos aprendieron, con sus propios hijos. Unos y otros se ven empujados a reproducir transgeneracionalmente conductas maltratantes, como el único modelo identificatorio a seguir. Es por lo tanto este tipo de relación la que los confirma a unos y otros, como padres e hijos de ese grupo familiar.

Se puede considerar que el vínculo que les une es de una cualidad mortífera y esta perturbado. Sin embargo, contrariamente a lo que se podría esperar desde el punto de vista lógico, comprobamos que el niño esta afectivamente apegado a sus padres y viceversa. Este vínculo afectivo de interdependencia es tan fuerte como el que se produce en el desarrollo normalizado, pero con características negativas.

Un niño cuando nace esta completamente indefenso, necesita que sus padres asuman las funciones (Tabla 4) de cuidado, sostén y apoyo en principio para sobrevivir, después para progresar tanto en su desarrollo físico, como en su funcionamiento mental.

Es básico que los padres puedan comprender y descifrar, a lo largo de todas las etapas de su crecimiento, sus dificultades y necesidades afectivas. El desarrollo normalizado no esta exento de conflictos, avances y retrocesos y es la resolución de estos problemas lo que hace avanzar al niño.

Mas tarde aprenderá a cuidarse físicamente, pero todavía necesitara a sus padres como apoyo afectivo. El ejercicio de las funciones de sostén y cuidado sitúa, tanto a los padres como al niño, en una constante interacción de mutua dependencia.

Los padres gracias a sus funciones están considerados como las principales e incondicionales figuras de protección y amor. Por esta razón pueden sostener las agresiones reales o imaginarias del niño, sin peligro para si mismos y para el, evitando el retorno de su propia agresión hacia el hijo.

Si estas funciones están perturbadas o distorsionadas, es cuando se puede producir el maltrato psíquico, el desarrollo psicoafectivo del niño se altera y aparecen trastornos, pero el vínculo afectivo permanece inalterable. Los padres se convierten en fuente de amenaza y peligro real, al tiempo que siguen siendo la fuente afectiva de la que se nutre el niño.

Tabla 4. Características de las funciones paterno - maternas

Reconocimiento del niño como un sujeto en evolución con características propias, sin exigirle por encima de sus posibilidades
Revestimiento afectivo del niño, haciéndolo depositario de su amor y obteniendo gratificación de su proceso de crecimiento
Comprensión y cobertura de las necesidades y características de su desarrollo evolutivo, facilitándole la protección necesaria.
Entendimiento y apoyo de los conflictos que el niño plantea en su evolución psíquica, para llegar a ser un sujeto autónomo
Ejercicio y sostén de los limites generacionales, instaurando las prohibiciones y limites necesarios, para la incorporación de derechos y obligaciones

Detección desde los servicios de salud mental

Los Servicios de Salud Mental están organizados por distritos sanitarios. En la Comunidad de Madrid hay 35 Servicios que desarrollan diferentes programas de salud mental. Entre ellos el Programa de salud mental de niños y adolescentes, que recibe y atiende todas las demandas sobre trastornos psíquicos en la población menor de 17 años del distrito.

Son equipos especializados situados en segunda línea de atención, dentro del Sistema Sanitario. La mayor parte de los casos atendidos son derivados de los profesionales de la primera línea:

- médicos de cabecera, o pediatras,
- Servicios Sociales de base,
- Equipos Educativos.
- otros Servicios o Instituciones, como: Unidades o Servicios Hospitalarios y la Comisión de Tutela del Menor.

Este sistema de selección de la demanda hace que los casos donde existe un maltrato evidente hayan sido detectados de antemano y derivados por los equipos de primera línea. En estos casos además es usual que coexistan varias clases de maltrato y no solamente el psicológico. Los tipos de maltrato psicológico detectados desde Salud Mental son aquellos que podemos considerar dentro de las negligencias. Bien en su vertiente pasiva, activa o mixta y que a menudo suelen pasar desapercibidos para otros servicios o equipos.

Se pueden detectar en los Programas de S.M. de niños y adolescentes y en ocasiones en los Programas de S.M. de adultos. Generalmente además el motivo de consulta no tiene que ver con el maltrato, sino con los trastornos de conducta en el caso del niño, o con trastornos en los padres. Generalmente adquieren las siguientes formas:

- ◆ Castigos excesivos, recriminaciones, culpabilización, amenazas, etc., a raíz de dificultades evolutivas. La falta de comprensión por parte de los padres de los conflictos naturales, que un niño puede presentar en su desarrollo, hace que le asignen una intención hostil y actúen como consecuencia en la misma forma.
- ◆ Utilización del niño como vehículo y cómplice de reproches en situaciones de separación. Es bastante frecuente la utilización del niño como depositario de descalificaciones mutuas entre los padres, ignorando su propio sufrimiento y convirtiéndolo de esta forma en objeto pasivo.
- ◆ Depositación en el niño de responsabilidades excesivas para su edad. Puede consistir en el cuidado permanente de un hermano mas pequeño, o de su propio autocuidado en edad muy temprana, lo que produce una situación de desprotección. O bien responsabilizarle de la atención a uno de los padres, que
- ◆ puede padecer algún tipo de enfermedad, generalmente psíquica.

- ◆ Dificultades en las relaciones con los iguales, o ausencia de relaciones, por traslados frecuentes de domicilio o localidad, o bien por falta de contacto con el contexto social en el que viven.
- ◆ Clima de violencia cotidiana entre los padres y utilización del niño como objeto de descarga. En su vertiente psíquica esta descarga consiste en insultos hacia el otro cónyuge, quejas y lamentaciones reiteradas, o amenazas de abandono del hogar. Lo que produce en el menor una situación de inseguridad, culpa y temor permanente, además de una desvalorización de las figuras parentales.
- ◆ Utilización inadecuada del niño como objeto de gratificación. En los casos en los que uno de los padres, mantiene a su hijo excesivamente apegado a él, sin permitir la autonomía necesaria para su independencia afectiva.

Diagnostico e intervención

El diagnostico debe:

- valorar los trastornos y síntomas clínicos en el niño,
- los factores de riesgo, y
- las perturbaciones en los vínculos afectivos entre padres e hijos.

En base a este diagnostico se decidirá la intervención mas adecuada:

- tratamiento psicoterapéutico del niño y trabajo de apoyo con los padres,
- tratamiento de todo el grupo familiar.

En ocasiones además del tratamiento psicoterapéutico es necesario otro tipo de intervenciones terapéuticas en coordinación con otros servicios sociomunitarios. Cuando la situación es muy grave o bien coexisten otros tipos de maltrato, puede ser necesario valorar la separación temporal del niño de su medio familiar, o bien apoyos externos a la familia, que ayuden a reorganizar los vínculos y normalizar la vida cotidiana. En estos casos será necesaria la intervención planificada de los organismos de protección a la infancia, Comisión de Tutela, Fiscalía del Menor, etc.

BIBLIOGRAFIA

Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C (dir). Niños maltratados. Díaz de Santos. Madrid, 1997.

Freud A. Normalidad y patología en la niñez. Paidós. Buenos Aires, 1984.

Kreisler, L. Los niños víctimas de malos tratos. En: Lebovici S, Diatkine R, Soule M. Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente. T. VII. Biblioteca Nueva. Madrid, 1993.

Oñorbe M, García Barquero M, Díaz Huertas JA (dir) Maltrato infantil: prevención, diagnostico e intervención desde el ámbito sanitario. Madrid. Consejería de Salud. Madrid, 1995.

Programa de Prevención, atención y tratamiento de situaciones de maltrato infantil en la Comunidad de Madrid. Instituto Madrileño de Atención a la Infancia. Consejería de Integración Social. Madrid, 1993.

Programas de los Servicios de Salud Mental. Consejería de Salud. C.A.M. Madrid, 1991.

Rubio V. Estudio de Carencias afectivas y la posible influencia negativa futura. Dirección General de Protección Jurídica del Menor. Madrid, 1985.

Winnicott D. W. El proceso de maduración en el niño. Laia. Barcelona, 1981

Índice

Introducción
 Espectro del maltrato
 Fallo en el desarrollo de causa no orgánica
 Negligencia y abandono
 Maltrato físico
 Abuso sexual
 Conclusiones

Introducción

El maltrato a los niños es un fenómeno social, heterogéneo, de gran importancia y que tiene graves implicaciones. Es una peligrosa y paradójica distorsión de lo que deben ser las relaciones entre padres e hijos, basadas en el cuidado y afecto.

Los malos tratos deben considerarse dentro del contexto madurativo del niño. Ya que si éstos ocurren en la primera infancia pueden provocar un crecimiento y desarrollo deficientes del niño o diversas agresiones físicas y esas mismas relaciones distorsionadas en edades posteriores provocaran manifestaciones clínicas diferentes.

En todas las formas de maltrato hay mecanismos de acción multidimensionales que dependen de

- las deficientes capacidades de los padres para ejercer de tales,
- la vulnerabilidad de los niños, y
- los factores de estrés ambientales.

Dada la naturaleza compleja de la interacción patológica que genera el maltrato, no es de sorprender que intervenciones unidimensionales simples tengan solo un efecto mínimo.

Al abordar los aspectos psicológicos y conductuales del agresor y de la víctima debemos tener presente que:

- los adultos que maltratan a los niños que están a su cargo no son necesariamente enfermos mentales, algunos trastornos como la enfermedad bipolar, la esquizofrenia y ciertos trastornos de personalidad junto con el uso de drogas pueden estar relacionados.
- los niños maltratados no van a tener alteraciones psicológicas específicas ni de forma obligada van a ser adultos tributarios de tener enfermedades mentales.

Espectro del maltrato

Pueden distinguirse algunos tipos relacionando la manifestación del maltrato y la edad del niño:

1. *Fallo en el desarrollo de causa no orgánica.* Se conceptualiza como una disfunción en las relaciones tempranas entre los padres y el hijo de magnitud suficiente como para originar un peso y talla deficientes. Suele ser debido a una forma exagerada de abandono desde los primeros días de vida, en que la función de cuidado y nutrición que deberían ejercer los padres es muy deficiente o nula.
2. *Trato negligente y descuidado.* Abarca hasta la etapa de escolarización. Originará más problemas que el propio retraso en el desarrollo debido a la nutrición insuficiente que comentábamos anteriormente. Hay formas específicas entre las que se incluyen: el no cumplimiento de los cuidados médicos sanitarios, la negligencia en aspectos de protección, emocional, educacional y en los cuidados físicos.
3. *Abuso o agresión física.* Cuando hay violencia física sobre el niño. Tendrá consecuencias físicas y emocionales.
4. *Abuso sexual.* Es la utilización del niño por parte del adulto para obtener gratificación sexual.

Los casos de abuso físico y sexual pueden darse en cualquier etapa del desarrollo del niño. Es también muy frecuente que se den más de un tipo de maltrato en el mismo niño.

Fallo en el desarrollo de causa no orgánica

- Características psicológicas de los padres

Se han encontrado en estudios realizados a madres con niños con retrasos en el desarrollo de causa no orgánica algunas de las siguientes características cognitivo conductuales: a) tienen un deficiente

funcionamiento en el día a día, son incapaces de organizarse y distribuirse de forma racional el tiempo y sus obligaciones; b) una gran dependencia; c) solo elaboran pensamiento concreto y tienen muchas limitaciones para planificar el futuro; d) sus mecanismos de defensa son muy primarios, utilizan la negación, el aislamiento y la proyección ante situaciones que producen tensión; e) tienden más a actuar que a pensar e internalizar.

Estas madres tienden a mostrarse muy enfadadas y hostiles. Perciben a sus hijos como perseguidores activos de ellas.

- Efectos en los niños

Los niños presentan retraso sin causa orgánica del desarrollo y de crecimiento con parámetros en talla y peso inferiores al percentil 3 correspondientes a su edad.

- Intervención

La intervención es difícil ya que se basa en modificar el entorno psicosocial, siendo el único tratamiento efectivo la creación de un ambiente afectivo adecuado al niño.

Negligencia y abandono

- Características psicológicas de los padres

Los padres negligentes pueden ser personas de escasos conocimientos, poco juiciosos o sin motivaciones. Muchos de estos padres han nacido en familias deficitarias que les han transmitido pocas conductas de cuidado y crianza de los hijos. Un subgrupo de estos padres es además adicto a drogas o alcohol. Se considera que ocurre un trato negligente grave en el 28 por cien de las familias con padre alcohólico y en el 32 por cien si el padre es adicto a drogas. También la discordia familiar se halla en un tercio de los casos.

Se considera que entre los padres negligentes lo que predomina es la hostilidad marital, problemas de bebida y enfermedad mental. Además estas familias, por lo general, tienen dificultades económicas y suelen vivir hacinados y en casas inadecuadas.

- Efectos del abandono en los niños

Las consecuencias del descuido crónico en los niños pueden ser de tres tipos: la muerte, alteraciones físicas graves y permanentes y un daño psicológico que originará una personalidad de características maladaptativas. No es raro que, en mayor o menor grado, tengan alteraciones neurológicas, siendo frecuente el retraso en el lenguaje, teniendo dificultades en la comprensión auditiva y en la habilidad verbal. Algunos autores encuentran que ambientes de crianza deficitarios desde el punto de vista físico y psicológico asociado con maltrato puede originar mayor daño neurológico que el abuso físico.

- Intervención

La cronicidad del abandono o de los cuidados negligentes es un problema grave y por ello, en la mayoría de los casos, los esfuerzos terapéuticos y las ayudas para mejorar el estrés ambiental así como la psicopatología individual y la disfunción familiar tienen que continuarse por muchos años.

Maltrato físico

- Características psicológicas de los padres.

Estudios pioneros realizados en 1970, encontraron que los padres que maltratan han sufrido también abusos en la infancia por parte de sus padres. Su conducta pues, se explicaría como una maladaptación por identificación determinante con sus propios padres que se haría activa bajo situaciones de estrés intenso. En otros estudios posteriores, esta asociación ha sido cuestionada.

Algunos autores encuentran que los padres muy jóvenes pueden ser más tendentes a maltratar. La mayoría de los trabajos actuales encuentran que los padres tienen dificultades psicológicas graves, confirmándose esto en estudios transculturales. Hay unos déficits específicos en las capacidades de respuesta empática a sus hijos que predisponen al maltrato. El grado de empatía depende de la sensibilidad y de las experiencias tempranas en la interacción padre-hijo, la relativa ausencia de esta capacidad en los padres que maltratan puede ser el lazo intergeneracional que perpetúa el maltrato.

Solo el 10 por cien de los padres maltratadores tienen diagnósticos definidos de enfermedad mental tales como esquizofrenia o psicosis maniaco depresiva, pero la más alta proporción se caracteriza por tener un determinado perfil de personalidad: impulsividad, propensión a la cólera y a la irritabilidad así como dificultad en las relaciones interpersonales.

Es frecuente el desempleo y que estén aislados socialmente y esto puede tener más de una interpretación: así es más fácil ocultar el tipo de interacción familiar evitando que el maltrato sea detectado y también por las propias limitaciones de la personalidad. El aislamiento de estas familias les dificulta el conseguir apoyos de la comunidad, haciéndoles más vulnerables al estrés e incrementándose el riesgo de perder el control.

- Características psicológicas del niño.

El niño maltratado varía en sus características, pero son aspectos comunes: la anhedonia, una pobre interacción social, baja estima, retraimiento e inhibición, oposicionismo, hipervigilancia, conducta adultomorfa. Algunos autores señalan que, en edades escolares, algunos se muestran más agresivos con sus iguales y con los profesores. También en la adolescencia llevan a cabo fugas de la casa familiar y tentativas de suicidio.

- Pronóstico.

La reincidencia en el abuso físico es alarmantemente frecuente. Se ha encontrado que el abuso recurre en un tercio de las familias que están bajo tratamiento. Cuando el maltrato inicial ha sido grave, la mitad de los padres abusan de nuevo dentro del año. A menos que se documenten cambios claros en el sistema familiar, el riesgo de malos tratos posteriores en el niño identificado, o en sus hermanos, es alto. El pronóstico es pues malo, a menos que mejoren los déficits en las estrategias parentales y en la empatía hacia el hijo.

Abuso sexual

La naturaleza del abuso sexual puede conceptualizarse en diferentes tipos: exposición, implicación, intercambio y violación.

Exposición es ver actos sexuales, exhibicionismo y pornografía. Implicación es acariciar los genitales del niño o pedirle que acaricie o masturbe los genitales del adulto. Intercambio sexual es la relación sexual vaginal, oral o rectal, sin asalto y en la que suele haber cronicidad y frecuencia. Violación cuando hay relación sexual mediante el asalto y la fuerza, tiene características de suceso agudo. Generalmente el acariciar los genitales es el tipo de abuso más frecuente. Algunos niños sufren de diferentes formas de abuso sexual, bien durante un incidente aislado o en veces sucesivas.

La prevalencia del abuso sexual es desconocida porque es frecuente que muchos casos no salgan a la luz, sobre todo aquellos que son crónicos y en los que el abusador es un miembro de la familia. Puede ocurrir en todos los grupos socioeconómicos pero es más frecuente que aparezca en familias deprivadas socialmente y que viven en estrechas circunstancias. Con frecuencia hay una historia de trastornos depresivos en las madres y una historia de comportamiento antisocial o alcoholismo en los padres.

- Presentación clínica

La víctima puede contar lo que le ocurre a otro niño o a su profesor u otra persona que él considere amiga. Puede presentar problemas de conducta: desobediencia, hurtos, mentiras, agresividad, problemas de aprendizaje, dificultades en la concentración. Dolores abdominales sin causa orgánica. Comportamiento inhibido.

También pueden ser respuesta a una situación de abuso algunos de los siguientes síntomas psiquiátricos: lenguaje y juegos hipersexualizados, actividad masturbatoria compulsiva, tentativas de suicidio, fuga de la casa, mutismo y trastornos de la conducta alimentaria.

Hay también signos físicos que pueden ser orientadores: erosiones en genitales, algunas infecciones de transmisión sexual en niños prepuberales como: gonorrea, infecciones por clamidias, así como infecciones urinarias de repetición.

- Consecuencias psiquiátricas en la víctima

En general el abuso sexual durante la infancia y adolescencia se considera como generador a corto y medio plazo de morbilidad psiquiátrica importante. Algunos autores consideran que es un trauma psíquico tan grave que no se supera nunca en su totalidad. Los efectos pueden resumirse en las siguientes categorías: dificultades de adaptación sexual, interpersonal, problemas educacionales, en la conducta y en el autoconcepto e imagen corporal. También hay alteraciones emocionales, en el sueño, quejas somáticas, sintomatología disociativa y comportamiento destructivo.

Conclusiones

Los padres que maltratan a sus hijos son personas que pervierten el modo de relación esperada entre padres e hijos, basada en el afecto y el cuidado. Los que maltratan descuidan, son hostiles y agreden.

No necesariamente implica la existencia de trastorno psiquiátrico en los padres.

Los niños están sometidos a padecer secuelas físicas y psicológicas que condicionen para siempre su vida.

Índice

- Definición
- Bases teóricas del abuso sexual
- Epidemiología
- Factores de riesgo
- Presentación clínica

Definición

No hay ninguna definición universal de abuso sexual en niños. Kempe en 1978 definió el abuso sexual como *la implicación de niños y adolescentes en actividades sexuales que no conocen, y para las cuales no han dado su consentimiento, o que violan los tabúes sociales.*

Otras definiciones hacen hincapié en las diferencias de edad entre víctima y agresor. Así Finkelhor y Hotaling propusieron que el contacto sexual es abusivo si:

1. el agresor es ≥ 5 años mayor que la víctima que es $<$ de 13 años, o si el agresor es ≥ 10 años que la víctima que es \geq de 13 años
2. el contacto sexual se realiza mediante el *uso de fuerza o amenaza*, mientras que la víctima está indefensa o inconsciente, o a través de abuso de autoridad, sin importar la diferencia de edad.

En líneas generales cualquier definición es válida siempre que incluya dos criterios fundamentales:

1. *Coerción*. La diferencia de edad madurativa entre la víctima y el agresor, y
2. *Diferencia de edad madurativa víctima / agresor*. El carácter manipulativo y de coerción del abuso sexual.

Para reconocer el abuso sexual es importante saber distinguir entre actividades sexuales normales (juego sexual) y anormales (abuso sexual). Así los juegos exploratorios (masturbación, tocamientos de los genitales, etc.) entre niños que se encuentran en el mismo nivel madurativo y que consienten mutuamente a ello, se consideran como normales. Sin embargo si un niño, p.e. de 6 años, intenta forzar a otro menor de edad a tener relaciones sexuales, este comportamiento no es normal, y debe considerarse como abuso.

El abuso sexual incluye distintas actividades siendo la forma más frecuente en niños el tocamiento o frotamiento de los genitales y/o otras zonas erógenas del cuerpo. Otras formas de abuso incluyen cualquier tipo de contacto orogenital, genital o anal, hacia el niño. También existen formas de abuso donde no hay contacto, incluyéndose entre ellas el exhibicionismo y la pornografía (Cuadro 1).

Cuadro 1. Tipos de abusos sexuales a menores

Conductas físicas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Violación: penetración en la vagina, ano o boca, con cualquier objeto, sin el consentimiento de la persona 2. Penetración digital: inserción de un dedo en la vagina o en el ano 3. Exposición: el acto de mostrar los órganos sexuales de una manera inapropiada, como en el exhibicionismo 4. Coito vaginal o anal con el pene 5. Coito vaginal o anal con un objeto 6. Caricias: tocar o acariciar los genitales de otro; incluyendo el forzar a masturbar para cualquier contacto sexual, menos la penetración 7. Sodomía o conductas sexuales con personas del mismo sexo 8. Contacto genital oral 9. Obligar al niño a que se involucre en contactos sexuales con animales
Explotación sexual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Implicar a menores de edad en conductas o actividades que tengan que ver con la producción de pornografía 2. Promover la prostitución infantil 3. Obligar a los niños a ver actividades sexuales de otras personas: Por ejemplo: padres u otras personas que impliquen a los niños en la observación de coito, ver pornografía.

Bases teóricas del abuso sexual

No se conoce con exactitud por qué se produce el abuso sexual. En la etiopatogenia del abuso sexual tanto intrafamiliar (incesto) como extrafamiliar intervienen factores complejos que involucran a la víctima, el agresor y el ambiente que los rodea.

Los niños son víctimas perfectas para el abuso sexual por múltiples razones. Por un lado, desde el principio se les enseña a respetar y a obedecer a sus padres y superiores que ejercen autoridad, y resultan fácilmente influenciados por ellos. De una manera natural confían en los adultos y sienten curiosidad por todo, incluido el sexo. Por otro lado, los niños necesitan afecto, y están continuamente reclamando atención, sobre todo aquellos niños con alguna discapacidad tanto física como emocional, y que por tanto dependen de la ayuda y soporte de otros. Estos son los más fáciles de victimizar.

Para comprender mejor porqué se produce el abuso sexual, Finkelhor y Krugman describieron cuatro condiciones para que se produzca el abuso sexual en niños:

- *Primera condición.* Esta relacionada con la motivación del agresor para cometer el abuso. Esta motivación suele venir de una *congruencia emocional*, normalmente secundaria a experiencias previas de abuso sexual en la infancia, Así mismo el agresor debe de experimentar una excitación sexual cuando está con niños, y no suele ser capaz de tener relaciones sexuales normales con personas de edad madurativa similar.
- *Segunda condición.* Es la habilidad del agresor de *vencer sus propias inhibiciones* o principios morales para cometer el abuso sexual. Para ello, con frecuencia el agresor recurre al alcohol o las drogas.
- *Tercera condición.* Requiere vencer las inhibiciones externas. La inhibición externa más común es la presencia de un protector (frecuentemente la madre).
- *Cuarta condición.* Es *vencer la resistencia del niño*. Para ello el agresor utiliza medidas de presión, seducción o coacción.

Otra contribución importante en el entendimiento del abuso sexual fue la descripción por Summit del Síndrome de Acomodación del Abuso Sexual Infantil. Este síndrome incluye 5 fases:

- 1º. *Impotencia.* Los niños abusados sexualmente se sienten atrapados e impotentes.
- 2º. *Mantenimiento del secreto.* Se sienten coaccionados a mantener el abuso en secreto.
- 3º. *Atrapamiento y acomodación.* A medida que continua el abuso el atrapamiento conlleva a un comportamiento de acomodación, p.e. el niño asume el papel de conyugue.
- 4º. *Revelación espontanea o forzada.* Posteriormente determinados niños acaban por desvelar el secreto, algunos de manera espontanea y creíble, y otros de manera forzada y poco creíble. Suelen desvelar el secreto a algún compañero o amigo.
- 5º. *Retracción.* Si no hay intervención efectiva (o si la hay) es frecuente la retracción. La víctima se retracta de los desvelado por varios motivos: temor, sentimientos de culpabilidad, confusión,....

Epidemiología

El abuso sexual en niños es un problema común, y aunque su incidencia y prevalencia no se conocen con exactitud, el número de denuncias ha aumentado de forma constante durante los últimos años. Este aumento se cree debido no solo a un aumento del número real de casos, sino también al hecho de que los casos de abuso sexual se notifican con mayor frecuencia (Cuadro 2).

De manera generalizada se estima que el 20 por cien de las niñas y el 9 por cien de los varones se ven involucrados en actividades sexuales inadecuadas para su desarrollo madurativo, con el fin de gratificar o estimular sexualmente al agresor.

Los abusos sexuales se producen con la misma incidencia en todos los grupos étnicos, religiosos, y clases socioeconómicas.

Aproximadamente la mitad de los niños que sufren abusos tienen edades comprendidas entre los 8 y 12 años y entre el 30 al 46 por cien han sido abusados en más de una ocasión.

Aunque el abuso sexual es más frecuente en niñas, los varones también se ven afectados, sin embargo es menos probable que estos lo denuncien. Según los estudios la variabilidad en la incidencia de abuso sexual en varones oscila entre el 6 y el 62 por cien. Estudios de pedófilos indican que 2/3 de sus víctimas son varones. Con mayor frecuencia que en niñas, los varones son abusados por personas ajenas a la familia, y en más casos que en niñas el agresor es una mujer.

El abuso sexual puede ser intrafamiliar (incesto) o extrafamiliar, este último es más frecuente en niños mayores y en varones.

El agresor no tiene un perfil típico. La inmensa mayoría son varones, > 90 por cien, y de estos se estima que entre el 50 al 90 por cien son < 18 años.

Hasta el 90 por cien de los casos, los agresores son conocidos de la víctima, y hasta un 65 por cien son familiares de la misma (padres, padrastros, tíos, abuelos, primos y hermanos). Tan solo entre un 20 y un 20 por cien de los abusos se deben a individuos desconocidos por la víctima. La victimización

suele ser gradual. Es característico que el agresor primero se gane la confianza del niño, para luego seducirlo lentamente y finalmente forzarle al silencio.

Cuadro 2. Epidemiología

- Estimación global: 20 % de niñas y 9 % de varones
- Incidencia por igual en todos los grupos étnicos, religiosos y clases socioeconómicas
- Puede ser intrafamiliar o extrafamiliar
- El agresor en: > 90% de los casos es varón
> 90% de los casos es conocido por la víctima

Factores de riesgo

Determinados niños tiene un mayor riesgo de ser víctimas de abuso sexual que otros. Entre ellos se encuentran:

1. Edad: • preadolescentes con edades comprendidas entre los 8 y 12 años tiene mayor riesgo
• niños preverbales que no son capaces de contar lo que paso son más vulnerables a padecer abusos.
2. Sexo: las mujeres tienen más probabilidades de ser víctimas
3. Ámbito familiar: familias desestructuradas con ausencia de un progenitor. La carencia de vínculo progenitor - hijo y entre los padres, la falta de progenitor protector (p.e. por enfermedad) y la presencia en el hogar de un varón sin parentesco biológico aumentan la probabilidad de que se produzcan abusos.
4. Discapacidad física, intelectual o emocional. Niños con alguna discapacidad tanto física(enfermedades crónicas, parálisis cerebral) como emocional (baja autoestima) y/o retraso psicomotor son particularmente vulnerables a ser victimizados.

Presentación clínica

El abuso sexual puede presentarse de varias maneras. Por:

1. lo que nos lo cuenta la víctima (*indicadores históricos*)
2. la sintomatología que presenta (*indicadores físicos y/o médicos*), y
3. el comportamiento del mismo (*indicadores de comportamiento*).

Los *indicadores históricos*: son los indicadores más importantes del abuso sexual. La ausencia de datos en la historia puede frustrar cualquier investigación aunque existan indicadores físicos o del comportamiento.

Estos indicadores pueden presentarse como testimonios generales, p.e. el caso de un niño de 10 años que le comenta a su vecino: *ha habido algunos abusos y violaciones en la zona últimamente*, cuando lo que verdaderamente al que están abusando era a él, o como testimonios directos: *mi primo me ha estado tocando el culito*. Por tanto o hay que estar atentos a cualquier comentario que se salga de lo habitual y ahondar en su posible significación.

Es importante también investigar las rutinas familiares en cuanto al baño (si padre e hijo/a se bañan o duchan juntos ...) en cuanto al dormir, al desnudo, a los programas que se ven en la televisión (pornográficos o no) ... pues pueden ser indicadores que forzarían el diagnóstico de abuso.

Los *indicadores físicos y/o médicos*

Los *indicadores de comportamiento* Los indicadores físicos pueden utilizarse para corroborar la historia clínica, aunque es frecuente que no se encuentre ningún hallazgo físico de abuso sexual. Sin embargo, en ausencia de una historia clínica compatible, ciertos hallazgos físicos, como p.e. enfermedades de transmisión sexual en niñas prepúberes o embarazo en adolescentes jóvenes, son altamente sugerentes de abuso sexual, y es imprescindible una valoración detenida del mismo.

No obstante lo habitual es que el abuso sexual se presente de forma enmascarada por síntomas inespecíficos como el dolor abdominal, síntomas urinarios, etc.

Los indicadores del comportamiento. El impacto del abuso sexual en el niño suele producir cambios en el comportamiento tanto al inicio como a largo plazo. Según Brown y Finkelhor los signos y síntomas del comportamiento en el abuso sexual son el resultado de 4 factores traumatogénicos:

1. *Sexualización traumática*. Ocurre cuando la víctima es remunerada por comportamientos sexuales. Eso permite que los sentimientos y actitudes sexuales del niño se formen de manera inapropiada resultando en comportamientos que incluyen: el uso del sexo para manipular a otros, la agresión

sexual, masturbación compulsiva, la promiscuidad y prostitución, y el juego precoz y repetitivo de temas sexuales.

2. *Defraudación.* La confianza y la dependencia de la víctima han sido defraudadas por el agresor, llegando a desencadenar sentimientos de ansiedad, depresión, extrema dependencia, desconfianza, cólera y comportamientos regresivos.
3. *Impotencia.* Los sentimientos de impotencia surgen porque los deseos y necesidades del niño están subordinados a los del agresor. Esto da lugar a sentimientos de miedo, fobias, pesadillas, estado de hipervigilancia, percepción de uno mismo como víctima, quejas somáticas, fracaso escolar, conductas agresivas, delincuencia, vulnerabilidad a padecer abusos subsiguientes o a convertirse en agresor.
4. *Estigmatización.* Al niño se le hace sentir responsable o culpable del abuso desencadenando sentimientos de culpabilidad, vergüenza, aislamiento baja autoestima, ideación suicida, comportamiento criminal y conducta autolesivas como abuso del alcohol y/o drogas.

tomar muestras de estas localizaciones, aunque la saliva y la deglución eliminan rápidamente la presencia de espermios en estas localizaciones. Las muestras así logradas se han de enviar a un laboratorio adecuado debidamente etiquetadas donde no sólo se dictamine la presencia de espermatozoides o de líquido seminal sino además se disponga la posibilidad de utilizar la detección del DNA para la identificación inequívoca del agresor.

Las ropas debidamente protegidas, serán así mismo enviadas para ser examinadas por el laboratorio que cuente con medios para el análisis señalados.

La exploración deberá incluir un examen completo de toda la superficie corporal en busca de lesiones, arañazos o moraduras que puedan ser indicio de violencia. Las uñas han de ser especialmente examinadas, extrayendo de ellas los restos que puedan existir, ya que pueden contener células de la piel del agresor.

2. Tratamiento médico de posibles lesiones, enfermedades de transmisión sexual, y/o embarazo.

La presencia lesiones debe de implicar la necesidad de su tratamiento. Si existen desgarros genitales o anales deben ser reparados lo más precozmente posible. Las lesiones mas superficiales deben ser lavadas con agua abundante, cuidadosamente desinfectadas con una sustancia no irritante (solución de clorhexidina o povidona yodada), y seguidas de tratamiento antibiótico y/o analgésico en los casos de riesgo de infección o de intenso dolor.

Se deberían efectuar fotografías de las lesiones antes de cualquier tratamiento.

Si ha existido penetración vaginal y/o anal se tomarán muestras de estas localizaciones para efectuar cultivos bacteriológicos que detecten la presencia de gonococos, hongos y tricomonas. En caso de positividad se habrá de efectuar un tratamiento específico lo más precoz posible. Aún en los casos en que no encontremos lesiones ni signos de penetración se debe efectuar un estudio serológico de la sangre del pequeño para la detección de sífilis, hepatitis B y C, y HIV.

En las adolescentes víctimas de agresiones sexuales en las que ha existido penetración vaginal o eyaculación en la vulva se debe considerar siempre la posibilidad de un embarazo. No debemos de fiar de las fechas de las menstruaciones, ya que en las niñas es frecuente que existan irregularidades menstruales que hacen todo contacto sospechoso de riesgo de embarazo. Si la agresión sexual ha sido reciente, menos de 48 horas, se deberá indicar tratamiento hormonal que intercepte la posible anidación. Si la agresión es de larga tiempo, debe pedirse de inmediato una reacción inmunológica de embarazo. Debe de mantenerse en estos casos la debida discreción para no asustar aun más a la niña y sus familiares.

3. Servir de apoyo psicológico y dar seguridad a la víctima

El apoyo psicológico es parte importante del examen médico. Los niños acuden al médico generalmente asustados y es necesario ganar su confianza para lograr una total colaboración. Se les ha de asegurar que no recibirán ningún daño y se les explicarán los motivos del examen y lo que se espera conseguir de ellos. Se ha de comenzar por una charla relajada sobre los motivos de la visita que a su vez servirá de historial cínico.

Si los padres están presentes (que deben estarlo) estos ayudarán en las partes mas problemáticas del dialogo. Si es un trabajador social quién ha conseguido el relato del niño, su ayuda nos será de gran valor, no solo por servir de apoyo de confianza para el pequeño, sino para referirnos aquellos aspectos de la historia que sean más conflictivos y difíciles de contar a un extraño por su escabrosidad o por no saber expresarlos.

El niño debe de percibir en la actitud del médico que este se encuentra preocupado por su problema y que tiene el máximo interés en ayudarle.

- Quien debe efectuar el examen médico

Cualquier persona cualificada para ello. Ha de tenerse en cuenta que la diferencia entre lo normal y las modificaciones producidas en los genitales masculinos y femeninos y/o en el recto, son a veces muy sutiles y difíciles de valorar, por ello se requiere una cierta experiencia y amplio conocimiento de la anatomía normal y patológica. Se requiere además una cierta habilidad para valorar las actitudes del niño o la niña ante el examen médico. La adopción de actitudes sexuales puede significar el aconstumbramiento a ciertos abusos sexuales. Los pediatras, los ginecólogos y los forenses especializados en el tema son las personas mas adecuadas para efectuar el examen médico. En ausencia de estos podrá recurrirse a un ATS o matronas que tengan experiencia en el tema, aunque ello no descarta una posterior revisión por otro experto.

Las niñas mayores y adolescentes suelen preferir que la persona que les explora sea del sexo femenino, aspecto este a considerar ya que se puede lograr una mejor colaboración.

- Cuando debe realizarse el examen

En los casos que denuncien una agresión o un abuso reciente el examen ha de hacerse lo mas cercano posible a los hechos. Ello permite obtener mas pruebas, tratar mejor las complicaciones de infección, lesiones y riesgo de embarazo, y prestar mejor apoyo psicológico al niño y a sus padres. Esta perentoriedad tiene, sin embargo, sus inconvenientes. El niño o la niña se encuentran mas asustados, lo que hace el examen mas difícil. En estos casos puede ser necesario recurrir a la administración de un sedante que facilite la colaboración. Todo ello ha de realizarse con el adecuado consentimiento de los padres.

En los casos en que el examen se hace en relación a sucesos acaecidos mucho tiempo atrás no existe realmente una urgencia para someter al niño a un examen inmediato. Puede que algunos casos de difícil colaboración requieran mas de una visita para ir ganado progresivamente la cooperación. Sin dicha cooperación la exploración se hace traumática psicológicamente, dolorosa físicamente y se consiguen menos datos de los que deben esperar de un examen de esta naturaleza.

- Donde debe realizarse el examen médico

El ambiente en que se practica el examen debe ser lo más relajado posible. Son de repudiar los exámenes llevados a cabo en comisarías de policía o en dependencias judiciales. La sala en que se efectúe la anamnesis y la exploración debe estar alejada de ruidos y con las personas indispensables, que deben de reducirse a los padres (quizás solo la madre en caso de niñas) una enfermera, el médico, y el niño o niña objeto de examen. Si algún trabajador acompaña al niño puede ser útil su presencia siempre que aquel se haya ganado su confianza. Un despacho confortable de un hospital o de una clínica puede ser el lugar adecuado.

Además el lugar donde se efectúa el examen debe de contar con los medios necesarios para una buena exploración. Una mesa de exploración adecuada. Medios para la toma de muestras e instrumental para la visualización de vagina y/o recto, son los elementos imprescindibles. Una lupa puede ser útil para el examen de excoriaciones perianales y/o vulvares. Es imprescindible una buena iluminación.

- Metódica del examen

1. Entrevista - historia clínica

Charla relajada con el sujeto que sirva a la vez de anamnesis. En ella se debe constatar la actitud del niño: si esta asustado pero colaborador, si esta asustado pero huraño y reticente, si se aprecian sentimientos de culpa, etc.

Preguntar por sus relaciones familiares, sus amigos y apoyos y, por último, por la persona que realizó el abuso o la agresión. En esta fase se debe explicar en lo que consisten las fases siguiente y los objetivos de las mismas.

2. Exploración general.

En presencia de la menor cantidad de gente posible se procederá al examen cuidadoso de la piel del cuerpo y extremidades en busca de lesiones o de indicios de abuso. La boca y el rostro en general, el cuero cabelludo, la espalda, el abdomen y la región glútea son las zonas especialmente susceptibles a presentar lesiones. No olvidar las uñas, en especial si la agresión ha sido reciente y ha existido violencia física.

3. Exploración genital y anal

Constituye el momento mas delicado de la exploración: la niña o niño ha de colocarse en posición ginecológica, con las piernas separadas y el área genito - anal expuesta. Debe de guardarse un orden que evite olvidos que pueden ser importantes.

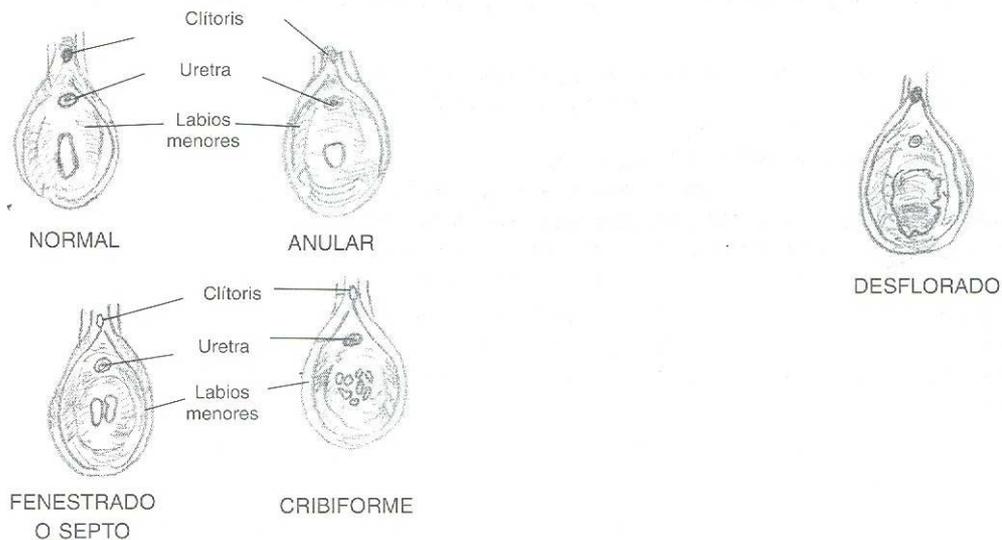
1º. *Área pubiana* y si existe vello separarlo suavemente para buscar arañazos u otras lesiones. Los pelos sueltos deberán de considerarse para su envío como muestras al laboratorio forense.

2º. *Genitales externos*, desde labio mayores, labios menores, introito vaginal y el himen. Este es el momento mas delicado de la exploración ya que las diferentes variedades anatómicas del himen (Figura 1) hacen a menudo difícil decidir si existe o no desfloración, salvo, naturalmente, en los casos recientes, en los que es posible visualizar los desgarros del mismo con sangre reciente o en vías de cicatrización.

Si se aprecia en ese momento secreción vaginal saliendo a través del himen deberán de tomarse dos muestras: una con hisopo para cultivo bacteriológico e identificación de gérmenes patógenos y otra con

suero fisiológico para su envío al laboratorio forense donde se investigue la presencia de semen y la naturaleza del ADN de aquel cuando existe.

Figura 1. Himen: diferentes variedades anatómicas.



En los casos en que se aprecia un himen conservado en toda su integridad no debe no se debe despreciar la posibilidad la posibilidad de que no exista semen en la vagina (alguna eyaculaciones anteparto se siguen de embarazo), por lo que es siempre recomendable tomar una muestra de flujo y examinarla al microscopio en ese momento. Si se encuentran espermatozoides, debe procederse como en el caso anterior. Si esta claro que se ha producido desfloración se procederá a la colocación de un espejito de pequeño calibre que nos permita examinar la vagina y tomar la muestras vaginales de la forma mas adecuada.

3º. *Área anal y perianal.* Los indicios de penetración anal reciente resultan bastante evidentes en los casos agudos (irritación, excoriaciones de piel y mucosas, fisuras y heridas), pero es más difícil en los casos de penetración reiterada y antigua donde el aconstumbramiento conduce a una relajación de esfínteres que hace difícil la evaluación. En estos casos es útil comprobar la relajación mencionada y el modo en que el niño reacciona al tacto rectal. La toma de muestras del contenido de la ampolla rectal es mas problemático por la presencia de heces, pero debe de efectuarse en todos los casos recientes (con una jeringuilla sin aguja se inyectan 5 a 10 ml de suero intrarectal y se aspira nuevamente) para identificación de restos de semen.

Informe final

Una vez terminada la exploración se procederá a la elaboración de un informe médico lo más conciso y claro posible en el que consten pormenorizados los hallazgos del examen. Dicho informe, una vez firmado tiene calidad de prueba judicial, y completado con los resultados de los análisis forenses, será utilizado en juicio para determinar la culpabilidad del supuesto agresor. La ley vigente exige que todos los informes sena ratificados en juicio oral por su firmante. Es este un tramite en el que se debe de actuar con serenidad y ceñirse en las respuestas a lo expresado en el informe.

Índice

- Introducción
- Indicadores de la existencia de abuso
- Consecuencias psicopatológicas y psicológicas del abuso sexual
 - consecuencias a corto plazo
 - consecuencias a largo plazo

Introducción

Todas las agresiones y actos sexuales realizados con menores de edad y con quienes no comprenden o no tienen capacidad suficiente para consentir constituyen lo que se denomina *Abuso Sexual*. Estas prácticas se realizan desde una posición de poder o autoridad sobre el niño, mediante halagos, engaños, amenazas o chantajes.

Los contactos mantenidos pueden abarcar desde tocamientos a violación y las personas que los realizan pueden ser desconocidos o familiares.

Los abusos sexuales contra menores han permanecido durante años en el más oscuro anonimato, a pesar de que se practican desde muy antiguo. Hasta principios de los años setenta no empiezan a ser reconocidos como un problema social que requiere una muy especial atención.

Los niños que son víctima de abusos sexuales distinguen claramente este tipo de contactos de las caricias afectivas que reciben en otras circunstancias. A pesar de la actitud seductora del agresor, el niño percibe que la situación no es normal, aunque no entienda muy bien lo que está pasando.

En cuanto al agresor, el abuso sexual infantil suele ser cometido por familiares (padres, hermanos mayores...) o por personas relacionadas con la víctima (profesores, entrenadores, monitores...). En uno y otro caso no suelen darse conductas violentas asociadas.

Hay casos en los que el agresor es un desconocido, pero ocurre en situaciones más aisladas y puede estar ligado a conductas violentas o amenazas, representando un 10-15 por cien de los casos.

Los niños con mayor riesgo de ser víctimas de abuso sexual son aquellos con capacidad reducida para resistirse o descubrirlo a otros, los que muestran retrasos del desarrollo y minusvalías físicas y psíquicas, así como los niños con familias desorganizadas o reconstituidas. De alto riesgo pueden ser los niños prepúberes con muestras de desarrollo sexual, así como los que se encuentran carentes de afecto dentro de la familia.

También los niños víctimas de malos tratos son más susceptibles de convertirse en objeto de abusos sexuales, familias constituidas por padres muy violentos y madres maltratadas o abusadas.

Existen algunas consideraciones relevantes que van a tener repercusiones en los niños que han sufrido abusos sexuales:

- Las víctimas son engañadas y confundidas anticipando ciertas ventajas o gratificaciones por la ocultación del hecho (dinero, regalos...)
- Temor y miedo del niño a comunicarlo por las consecuencias, a no ser creído o ser acusado como responsable
- Estigma social
- Dificultad de comprobación y obtención de pruebas objetivas
- Temor a la desestructuración de la familia
- Existen numerosos sistemas de ocultamiento que comienzan por la propia víctima y se extienden a toda la red social de recursos sociosanitarios.

Las víctimas de abuso sexual suelen ser con mayor frecuencia niñas (60 por cien) en una franja de edad entre los 6 y los 12 años. Hay un mayor número de niñas en el abuso intrafamiliar, con una edad de inicio anterior (7 - 8 años) y un mayor número de niños en el abuso extrafamiliar, con una edad de inicio posterior (11 - 12 años). En cuanto al incesto, en torno al 20 por cien de los casos denunciados hacen referencia a los contactos padre - hija.

En todos los estudios se hace evidente que los agresores son casi siempre varones, adultos y de mediana edad y un cada vez mayor número de adolescentes que son también agresores. Pueden ser tanto conocidos, como desconocidos, familiares o no.

Indicadores de la existencia de abuso

Conocer de forma escueta indicadores de abuso en menores tiene enorme importancia, por las dificultades para poder estudiar el tema y por la limitación real para denunciar o verbalizar el abuso por parte de un niño.

Es necesario resaltar que los indicadores han de valorarse de forma cauta y global y es necesario detectar agrupaciones de varios indicadores dentro de un cuadro reactivo a la hora de valorar la existencia del abuso sexual.

Los indicadores no son datos específicos de maltrato o abuso sino que conforman posibles signos y síntomas que están presentes en otros tipos de problemas psicopatológicos en la infancia.

Tampoco es útil confundir un indicador de posible abuso con una clara consecuencia del mismo. Los indicadores orientan en la necesaria exploración y evaluación del caso.

Los *indicadores físicos* son signos de traumatismos, lesiones o problemas físicos relacionados con agresiones sexuales como: dificultad para caminar o sentarse, irritación en área ano-genital: dolores, picazón, hemorragias, magulladuras esgarros, hinchazón, embarazo, infecciones, ...

Los *indicadores comportamentales* pueden ser conductas sexuales o no sexuales.

Los *indicadores sexuales* son los que mejor se relacionan con estas experiencias traumáticas. El abuso sexual lleva a *conductas sexualizadas* en muchos niños. Pueden mostrar un interés especial por los asuntos sexuales o manifestar un conocimiento atípico del sexo. También pueden tener confusión sobre la sexualidad y su orientación sexual.

Los *conocimientos sexuales inapropiados para la edad* del niño al superar los conocimientos que se esperarían por su edad y desarrollo evolutivo pueden indicar un abuso sexual. Debemos sospechar la posibilidad de un abuso sexual si tienen información sobre penetración digital, erecciones, eyaculación, felación, cunilingüe, que se siente durante la penetración, a que sabe el semen, ..., se debe.

Los indicadores comportamentales no sexuales pueden ser desordenes funcionales, problemas emocionales, de conducta, del desarrollo cognitivo o afectivos.

Los *desordenes funcionales* incluyen problemas del sueño (pesadillas, terrores nocturnos), dificultad para conciliar el sueño, miedo a la oscuridad; trastornos de la alimentación, (comer a todas horas, anorexia, bulimia, mantenerse gorda para no atraer a los hombres); enuresis durante el día y/o la noche; encopresis (que se suele asociar a penetración anal), estreñimiento.

Los desordenes emocionales como la *ansiedad, depresión o miedo / panico* son un resultado frecuente en el abuso sexual infantil.

La *ansiedad* puede manifestarse de diferentes formas tanto a corto como a largo plazo: en relaciones con el sexo opuesto, en síntomas somáticos y comportamentales, pesadillas y fobias que pueden tener relación con las amenazas que el ofensor utiliza para prevenir el desvelamiento del abuso

La *depresión* es una reacción frecuente al abuso sexual infantil considerandose que el abuso sexual recurrente llevará casi invariablemente a un estado depresivo.

El *miedo* puede surgir durante el abuso en sí mismo (miedo a los adultos, a lo que sucederá en el futuro) o se puede manifestar más adelante en sus vidas. Se observa también el pánico que, como una emoción básica del miedo es la manifestación de una reacción de alarma. Esta variabilidad caracteriza mejor a las niñas abusadas aunque es evidente también en los niños

Los *problemas conductuales* incluyen pataletas, rabietas, llanto incontrolado, agresión física a otros niños pequeños o adultos pueden mostrarse retraídos, sin amigos; expresar rabia hacia la madre, negarse a bañarse o a desnudarse; no querer hacer gimnasia; realizar dibujos sexualizados.

Los adolescentes pueden manifestarse por escapadas de casa; intentos de suicidio; automutilaciones; consumo de drogas o alcohol; robos; conductas agresivas; conducta antisocial; delincuencia.

Las *consecuencias cognitivas* se han comprobado problemas escolares y cognitivos en los menores que pueden estar relacionados con el abuso observandose que niños con abusos sexuales parecen tener dificultades en tareas de concentración.

Los *problemas afectivos* Muchos estudios han encontrado secuelas afectivas o emocionales en el abuso sexual infantil. La *culpa o vergüenza* es una reacción muy frecuente. Los niños tienden a acusarse ellos mismos por el abuso padecido, pueden sentirse especialmente culpables en caso de haber disfrutado de alguna forma con la relación sexual y, en los casos de incesto, pueden sentir que por haber desvelado el secreto han precipitado la desunión de sus familias.

Cuadro 1. Indicadores físicos y comportamentales más frecuentes en el abuso sexual infantil.

Físicos	Traumas físicos	Dificultad para caminar o sentarse Irritación en área ano-genital: dolores, picazón, hemorragias, magulladuras esgarros, hinchazón...	
	Infecciones	Zona genitales Tracto urinario Enfermedades venéreas	
	Presencia de esperma		
	Embarazo		
	Dificultades manifiestas en defecación		
	Enuresis o encopresis		
	Comportamentales	Sexuales	Conductas sexuales
Conocimientos sexuales			Temas como: penetración digital, erección, eyaculación, cunnilingus, fellatio o que es lo que se siente durante la penetración...
Afirmaciones sexuales			Claras e inapropiadas
No sexuales		Desórdenes funcionales	Problemas de sueño : pesadillas, miedo a la oscuridad, hablar durmiendo Enuresis y encopresis Desórdenes del apetito Estreñimiento mantenido y repentino con dolor
		Problemas emocionales	Depresión Ansiedad Retraimiento Fantasías excesivas Conductas regresivas Falta de control emocional Fobias repetidas y variadas Problemas psicósomáticos Labilidad afectiva
		Problemas conductuales	Agresiones Fugas Conductas delictivas Uso de alcohol y drogas Conductas autodestructivas Intentos de suicidio
		Problemas de desarrollo cognitivo	Retrasos en el habla Problemas de atención y concentración Disminución de rendimiento académico Retraimiento Retrasos en el crecimiento Accidentes frecuentes Psicomotricidad lenta o hiperactividad
Problemas afectivos		Culpa Vergüenza	

Consecuencias psicopatológicas efectos sobre la víctima

Las consecuencias psicológicas y psicopatológicas del abuso sexual en niños son muy variables. Dependen del tipo de agresión, de la edad del agresor y de la víctima, el tipo de relación establecida entre ambos, la duración de la agresión, la frecuencia, las características de personalidad del niño, la reacción del entorno, la interpretación de lo ocurrido, los recursos de enfrentamiento que se poseen y de muchas otras variables moduladoras más.

A pesar de estos factores, se conocen con bastante precisión una serie de efectos a corto, medio y largo plazo sobre la víctima.

El modelo *Traumatogénico* explica el impacto psicológico del abuso sexual, resumiendo los efectos principales las consecuencias sufridas por un niño:

- *Desarrollo sexual traumático e inadecuado* : uso de conductas sexuales como estrategia para obtener beneficios o manipular a los demás. Conocimientos sexuales inadecuados y deformados.
- *Pérdida de confianza y dificultades de relación*.
- Estigmatización sentida como culpa, vergüenza o pérdida de valor como persona. Sensación de suciedad.
- *Sentimiento de indefensión e impotencia* con falta de estrategias de enfrentamiento a situaciones futuras. Anticipaciones frecuentes de daños futuros.
- *Asintomáticos*. Algunos niños pueden vivir el abuso sexual y no manifestar signos de trauma. No se debe concluir por ello que necesariamente estos niños no han sido afectados por el abuso, se ha de investigar si los síntomas han sido aplazados o si el niño ha sido socializado por el ofensor, y en algunos casos por la familia para no revelar signos de su estrés.
- *Transmisión intergeneracional*. Se ha observado que muchos niños abusados repiten las situaciones abusivas de alguna forma en su vida posterior. Vuelven a tener abusos sexuales con otros adultos mientras todavía son niños, y cuando son adultos, en relaciones abusivas con sus propios hijos.
- Los casos de *víctimas adolescentes y preadolescentes que se convierten en ofensores* intentando manejar su propio trauma, abusando sexualmente a niños más pequeños

Consecuencias a Corto Plazo

Se refieren a efectos aparecidos durante los dos años siguientes a la agresión. La mayoría de los niños que han sufrido un abuso sexual se muestran afectados por la experiencia y su malestar suele continuar en la edad adulta sino reciben un tratamiento psicológico adecuado (Cuadro 2).

Cuadro 2. Consecuencias a corto plazo del abuso sexual infantil

Efectos	Síntomas
Físicos	Problemas de sueño (pesadillas) Cambios de hábitos de comida Pérdida del control de esfínteres
Conductuales	Consumo de drogas y alcohol Huidas del hogar Conductas autolesivas o suicidas Hiperactividad Bajo rendimiento escolar
Emocionales	Miedo generalizado Hostilidad y agresividad Culpa y vergüenza Depresión Ansiedad Baja autoestima y sentimientos de estigmatización Rechazo del propio cuerpo Desconfianza y rencor hacia los adultos Trastorno de estrés postraumático
Sexuales	Conocimiento sexual precoz o inapropiado para su edad Masturbación compulsiva Excesiva curiosidad sexual Conductas exhibicionistas Problemas de identidad sexual
Sociales	Déficit en habilidades sociales Retraimiento social Conductas antisociales

Aproximadamente entre un 20 y un 30 por cien de las víctimas permanecen estables emocionalmente tras la agresión. Entre un 17 y un 40 por cien sufren cuadros clínicos establecidos, y el resto experimenta síntomas y signos de uno u otro tipo.

En general en torno al 70 por cien de las víctimas de un abuso sexual va a presentar de forma clara alguno de los síntomas que aparecen en el Cuadro 2.

Consecuencias a Largo Plazo

Los efectos a largo plazo son más difíciles de estudiar. A menudo existe la interferencia de otra serie de factores, denominados mediadores o amortiguadores del impacto futuro de un abuso en el desarrollo cognitivo y emocional posterior.

Aunque no todas las personas reaccionan de la misma manera frente a la experiencia, ni todas las experiencias comparten las mismas características, si existen suficientes trabajos como para poder establecer relaciones claras entre abuso sexual en la infancia y problemas psicológicos y psicopatológicos posteriores.

Las investigaciones realizadas hasta la actualidad no permiten señalar la existencia de un único síndrome específico ligado a la experiencia del abuso sexual, pero si se pueden identificar signos, síntomas y características de mayor frecuencia de aparición (Cuadro 3).

Cuadro 3. Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil

Secuelas	Síntomas
Físicas	Dolores crónicos generales Hipocondría y trastornos de somatización Alteraciones del sueño (pesadillas) Problemas gastrointestinales Desórdenes alimenticios, especialmente bulimia
Conductuales	Intentos de suicidio Consumo de drogas y/o alcohol Trastorno disociativo de identidad (personalidad múltiple)
Emocionales	Depresión Ansiedad Baja autoestima Estrés postraumático Trastornos de personalidad Desconfianza y miedo de los hombres Dificultad para expresar o recibir sentimientos de ternura e intimidad
Sexuales	Fobias o aversiones sexuales Falta de satisfacción sexual Alteraciones en la motivación sexual Trastornos de la actividad sexual y del orgasmo Creencia de ser valorada por los demás únicamente por el sexo
Sociales	Problemas en las relaciones interpersonales Aislamiento Dificultades en la educación de los hijos

Los fenómenos observados con mayor regularidad son las alteraciones en la esfera del comportamiento sexual, del ánimo y del trastorno por estrés postraumático posterior.

Las consecuencias a largo plazo incluyen problemas físicos.

Los problemas conductuales como las ideas de suicidio, los intentos de suicidio y los suicidios consumados y consumo de drogas y alcohol también parecen ser más probables entre quienes han sido víctimas de abusos sexuales.

La depresión es la patología más claramente relacionada con el abuso sexual. Aquellos niños que sufrieron abuso sexual en algún momento de su desarrollo son vulnerables a padecer depresión en la vida adulta.

Los abusos sexuales provocan también sentimientos de estigmatización, aislamiento, marginalidad y pérdida que disminuyen la autoestima. Junto a estos síntomas aparecen niveles altos de ansiedad, dificultades en los hábitos de comida, dificultades de tipo relacional y clara hostilidad hacia personas del mismo sexo que el agresor.

La víctima de abusos sexuales en la infancia está más predispuesta a sufrir abusos cuando es adulta (revictimización)

La dificultad en mujeres para mantener relaciones sexuales normalizadas y satisfactorias (anorgasmia, impotencia...), menor disposición a tener relación sexual, inhibición sexual y disfunción orgásmica también pueden estar relacionada con abusos sexuales en la infancia.

Los adolescentes pueden desarrollar conductas promiscuas y de prostitución. Algunos estudios retrospectivos con prostitutas muestran, en un alto porcentaje, la existencia de abusos sexuales en sus infancias. son también consecuencias a largo plazo señaladas por muchos estudios.

En un estudio realizado con una amplia muestra de sujetos confirma que tres cuartas partes de los niños que sufrieron abusos, tienen síntomas de ansiedad, angustia, culpa, depresión y agresividad. También puntúan más alto en escalas de valoración psicopatológica destacando problemas de depresión clínica, fobias, reacciones de pánico y personalidad antisocial.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

Finkelhor D. (1986) A Sourcebook on child sexual abuse. Beverly Hill :Sage.

López F. (1992) Abuso Sexual de Menores. Madrid: Dirección General de Protección Jurídica del Menor.

López F. (1995) Prevención de los abusos sexuales de menores y educación sexual. Salamanca: Amarú.

Sgroi S. (1982) Handbook of clinical intervention of child sexual abuse. Lexington Books: Massachussets.

Echeburua E, Guerrica Echevarria C. (1998) Abuso Sexual en la Infancia. En Vallejo Pareja MA (Ed): Manual de Terapia de Conducta (vol II).Dykinson: Madrid.

Furniss T. (1991) The Multi-professional handbook of child sexual abuse. Routledge: Londres.

Hartman C, Burgess A. (1989) Sexual abuse of children: causes y consecuencias. En Cicchetti D, Carlson V. (eds.): Child maltreatment: Theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect. Cambridge University Press: Cambridge.

Índice

Introducción

Manifestaciones clínicas

Diagnóstico

Tratamiento

Las enfermedades de transmisión sexual (E.T.S.) pueden servir como factor guía para demostrar maltrato sexual, admitiéndose como evidencia del mismo en los tribunales de justicia, más aún cuando se trata de niños o adolescentes muy jóvenes. No obstante, no existe una correlación directa entre ETS y abuso sexual, si bien la probabilidad de transmisión en estas situaciones es más alta, ya que habitualmente las personas que agreden sexualmente suelen ser más promiscuas que la población considerada normal. La tasa de infección que encontraremos tras maltrato sexual es del orden del 2-10 por 100.

Podemos encontrar dos situaciones distintas ante las que deberíamos actuar con el fin de diagnosticar y en su caso tratar una o varias enfermedades de transmisión sexual en un menor:

- presencia esencialmente en región anogenital, paragenital u oral de sintomatología relacionada con E.T.S.
- tamizado de la presencia de cualquier E.T.S. sintomática o asintomática tras la sospecha de relación sexual previa, caso habitualmente vinculado a abuso sexual del menor.

La identificación de cualquier E.T.S. más allá del periodo neonatal sugiere abuso sexual del menor. Esta máxima si bien es cierta debe estar condicionada a un correcto diagnóstico etiológico, a una clara discriminación entre enfermedades de transmisión sexual y sexualmente transmisibles y a un análisis de las circunstancias del sujeto tanto de su estado y ambiente actual como a todo lo acontecido durante el embarazo y parto al menor y a su madre.

Las enfermedades casi exclusivas de transmisión sexual son la gonococia, infecciones por chlamydia trachomatis, sífilis, trichomoniasis, herpes genital y condilomas acuminados; aún así encontramos excepciones y factores para corregir los posibles errores.

Otras enfermedades consideradas clásicamente como ETS son realmente más infecciones sexualmente transmisibles, como la presencia de ureaplasma urealyticum, mycoplasma hominis o la vaginosis bacteriana, todas ellas más incidentes en los casos de abuso sexual, si bien también se pueden encontrar entre población que no ha mantenido ninguna relación sexual.

Otro tanto podríamos decir de las zoonosis, tanto la sarna como la pediculosis pubis pueden transmitirse por la convivencia o por fomites como el intercambio de ropa; por lo que todas ellas aisladas tendrían poco valor confirmativo sobre maltrato sexual.

Algunas E.T.S. pueden ser adquiridas por el niño durante su gestación, en el parto o a través de la leche materna, lo que puede dificultar el diagnóstico de abuso sexual, en algunos casos.

Cuadro 1. Prevalencia de las E.T.S.

E.T.S.	PREVALENCIA (%)
Gonococia	1.4 - 26.7
Infección por Chlamydia	4.0 - 17.0
Sífilis	0 - 5.5
Condilomas Acuminados	0.7 - 1.5
Herpes Genital	0.1- 0.7

Ante la sospecha de una E.T.S., hay que realizar una historia clínica detallada, que en el caso de menores será realizada al propio interesado y/o al adulto que consideremos más adecuado, debiendo reseñar:

- tipo de prácticas sexuales se realizaron, en lo posible con quién y la frecuencia en que se produjeron ya sea esporádica, intermitente o habitualmente;

- antecedentes patológicos perinatales que pudieran relacionarse con las E.T.S., tales como enfermedades de transmisión sexual en la madre durante el embarazo y/o el parto o la realización de transfusiones sanguíneas.
- tiempo pasa el menor con sus padres, familiares y con extraños, y los antecedentes clínicos y sociales de los mismos.

La exploración física se realizará de forma minuciosa, fundamentalmente de región genital, paragenital, anal y oral, lo menos agresiva tanto física como psíquicamente y lo más exhaustiva posible, en busca de encontrar signos clínicos que induzcan a pensar en la presencia de una E.T.S.

Manifestaciones clínicas.

Desde un punto de vista sindrómico podemos agrupar a las enfermedades de transmisión sexual según:

- Producen **secreción uretral**.
- Aumentan **el flujo vaginal**.
- Aparición de **úlceras/s genital/es**.
- Presencia de **tumoraciones en región anogenital y/o paragenital**.

E.T.S. QUE CURSAN CON SECRECIÓN URETRAL.

La presencia de secreción uretral en cualquier menor varón debe ponernos sobre aviso e iniciar un estudio por sospecha evidente de posible presencia de una ETS. Este signo suele ir acompañado habitualmente de disuria, escozor o ardor uretral espontáneo y a veces de enrojecimiento, eritema, del meato urinario, región perimeatal y menos frecuentemente de todo el balano. Ocasionalmente podrá presentar dolor suprapúbico, que en presencia de infección de larga evolución puede ser muy intenso y espontáneo.

Una vez constatados estos signos y síntomas, se debe recoger en una torunda, de alginato cálcico, dacrón o cualquier otro material sintético, nunca de algodón; una muestra de la secreción y si es posible, introducir esta torunda hasta fosa navicular y realizar algunos giros en el interior de la uretra que permitirán obtener además elementos celulares que facilitarán el diagnóstico.

Si ponemos la primera muestra en un portaobjetos y realizamos una tinción de Gram, podremos llegar al diagnóstico de uretritis siempre que encontremos 4 ó más polimorfonucleares por campo; si no es así estaremos ante un síndrome uretral que en función del diagnóstico etiológico será abordado.

Los agentes que producen con mayor frecuencia esta sintomatología son Neisseria gonorrhoeae, Chamydia trachomatis y Ureaplasma urealyticum, todos esencialmente de transmisión sexual en el varón, aunque en el caso de ureaplasma puedan existir algunas dudas, y siempre conociendo la posibilidad de salvedades, que se refieren posteriormente. Otros agentes etiológicos como bacterias más frecuentes en tracto orofaríngeo o rectal, parásitos como trichomonas o distintos virus son capaces de producir un caso similar, pero es mucho más infrecuente y además todos los reseñables serán contemplados más adelante.

Tabla 2. Síndrome de Secreción Uretral en los varones.

Síntomas Frecuentes	Signos Clínicos	Síndrome	Agente etiológico
Secreción uretral.			N. gonorrhoeae
Ardor uretral.	Secreción uretral	Uretritis Gonocócica	C. trachomatis
Disuria	Eritema meatal	Uretritis No Gonocócica	U. urealyticum
Dolor suprapúbico			Otros gérmenes.

Uretritis gonocócica.

La presencia de intensa secreción uretral mucopurulenta de color amarillento abundante, junto a un meato eritematoso, tras un periodo de incubación entre 1- 7 días, debe hacernos sospechar una uretritis aguda producida por la neisseria gonorrhoeae, tanto en chicos como mucho más infrecuentemente en chicas, refiriéndonos como sintomatología intensa disuria, y escozor uretral no relacionado con la micción.

Si la infección se produjo en un periodo anterior a 30-45 días el tipo de secreción que encontraremos será más mucosa, translúcida y escasa apareciendo fundamentalmente al despertar por la mañana; estaremos

en presencia probablemente ante una uretritis gonocócica crónica, teniéndose que realizar diagnóstico diferencial frente a la uretritis no gonocócicas.

Otras manifestaciones que puede producir el gonococo, en este caso tanto en el niño como en la niña son las siguientes: la **proctitis** y **faringitis gonocócica**; cursan también con eritema en la zona infectada y la presencia de secreción de las mismas características; si bien suelen ser totalmente asintomáticas. En el caso de menores de corta edad es frecuente encontrar prurito y/o enrojecimiento en la región anal y perianal, más a expensas de la propia práctica sexual que de la infección.

Ante la presencia de infección gonocócica en un menor hay que sospechar siempre maltrato sexual, ya que la infección perinatal es muy rara y cuando se produce suele ser en forma de oftalmía. La posibilidad de contagio por fomites, si bien el gonococo puede pervivir en toallas o pañuelos de 20-24 horas, se han intentado cultivar muestras procedentes de servicios públicos sin éxito. No existe documentación en la literatura que demuestre la transmisión no sexual del gonococo, excepto la oftalmía neonatorum.

Uretritis por Chlamydia Trachomatis.

Es el germen más importante desde el punto de vista etiológico de las uretritis no gonocócicas (UNG) y junto a Neisseria gonorrhoeae los gérmenes causantes de las E.T.S. más frecuentemente relacionados con abuso sexual de menores.

La clínica que produce es similar al de la gonococia, pero menor en signos clínicos y sintomatología subjetiva. Apareciendo habitualmente la infección aguda tras un periodo de incubación de 10-21 días.

La infección perinatal por Chlamydia Trachomatis suele producir conjuntivitis o neumonía. Es posible detectar chlamydias durante más de dos años en nasofaringe y un año en recto y/o vagina. Por ello y la posibilidad de reacciones cruzadas las pruebas serológicas de detección de anticuerpos son poco fiables.

La presencia de infección por Chlamydia trachomatis confirma la existencia de actividad sexual y en su caso de abuso sexual de menores.

Es frecuente encontrar cultivos positivos para gonococo y chlamydia en el mismo individuo superponiéndose la clínica de ambos.

La presencia de Ureaplasma urealyticum o de otros gérmenes cuya patología más frecuente no es la uretritis, podrían orientar hacia la posibilidad de relación sexual previa, pero nunca serían determinantes para su confirmación.

E.T.S. QUE PRODUCEN AUMENTO DE FLUJO VAGINAL.

Cuando detectamos la presencia de flujo vaginal aumentado o nos indica su presencia como una situación novedosa, debemos plantearnos dos posibles procedencias de dicho flujo, bien de origen estrictamente vaginal o que su origen sea cervical. Esta diferenciación es importante en mujeres. En niñas prepúberes apenas tiene sentido ya que los gérmenes que en población adulta producen endocervicitis en las niñas suelen dar lugar a una vaginitis con afectación cervical acompañante, sumándose la sintomatología de ambos síndromes. En las adolescentes tras la menarquia, esta diferenciación es muy relevante.

Tabla 3. Síndrome de aumento de flujo vaginal

Síntomas frecuentes	Signos Clínicos	Síndrome	Agente Etiológico
Flujo vaginal	Secreción vaginal o cervical anormales	Vaginitis Vaginitis o vulvovaginitis	Trichomona vaginalis Candida
Prurito vulvovaginal	Eritema vaginal o vulvovaginal	Vaginosis Bacteriana	Bacterias anaerobias
Disuria		Cervicitis	N. gonorrhoeae
Presión suprapúbica	Friabilidad cervical	Cervicitis	C. trachomatis
Dispareunia		Cervicitis	U. urealyticum

Gonococia e infección por Chlamydias en la niña y en la adolescente.

En el caso de la mujer la patología más frecuentemente producida por el gonococo y la chlamydia es la endocervicitis, caracterizada por un intenso eritema del canal endocervical y la presencia en el mismo de una secreción amarillenta, espesa muy abundante, y friabilidad cervical; que se acompañan de disuria, sensación de flujo en cavidad vaginal, dispareunia y/o presión suprapúbica; cuando no es totalmente asintomática, que ocurre con mayor frecuencia según cronifica la infección al disminuir los signos clínicos.

En las menores prepúberes el cuadro clínico más habitual es la presencia de una vulvovaginitis, ya que el epitelio vaginal aún no sufre los cambios cíclicos menstruales, siendo un hábitat adecuado para el gonococo y la chlamydia; los signos que encontramos son una intensa tumefacción de la mucosa vulvar y

vaginal ambas recubiertas por la abundante secreción anteriormente mencionada. La niña se queja de intenso dolor espontáneo, disuria y tiende a la oliguria o anuria.

Complicaciones como epididimitis en el niño, enfermedad inflamatoria pélvica en la niña o gonococia diseminada con o sin afectación visceral, en cualquiera de ellos, son infrecuentes.

Ureaplasma urealyticum y Mycoplasma Hominis.

Son bacterias que se encuentran más frecuentemente en menores que han sufrido maltrato sexual que en controles, aunque su papel frecuente como flora saprófita en vagina y/o cervix, y su posible transmisión intraútero o durante el parto, no permite que tras su hallazgo se pueda considerar el abuso sexual como etiología probable sin presencia de otros hechos más objetivos. Probablemente esta diferencia en su incidencia se deba a un entrevistado papel de marcadores de actividad sexual del individuo.

La enfermedad producida por ureaplasma urealyticum es similar a la cervicitis y/o vaginitis originada por chlamydia. La presencia de mycoplasma hominis parece muy relacionada con otra entidad conocida como vaginosis bacteriana, a la que aludiremos posteriormente.

Trichomoniasis.

La Trichomona Vaginalis es un parásito que produce un cuadro tras 3-7 días de incubación, caracterizado por intensa inflamación y flujo vaginal acuoso-espumoso, maloliente abundante; en exocervix se puede apreciar un epitelio relativamente deslustrado, atrófico o un punteado hemorrágico; en las niñas de muy corta edad suele acompañarse de intensa inflamación vulvar.

En el caso de los varones suele cursar asintomática, aunque ocasionalmente dé lugar a una uretritis con escasa secreción mucosa, leve disuria y polaquiuria.

Esta patología difícilmente se da en mujeres prepúberes, ya que su epitelio no parece un hábitat favorable para este parásito. En personas adultas y adolescentes jóvenes no ha podido demostrarse una vía de transmisión no sexual.

Vaginosis Bacteriana

Esta entidad que no puede considerarse infección en el sentido propio de la palabra, es un desbalance entre la flora vaginal normal, en la que se produce una deplección de lactobacilos y un aumento desmedido de anaerobios, entre los que destaca fundamentalmente Gardnerella Vaginalis. Esto da lugar a un cuadro de secreción vaginal lechosa grisácea y maloliente habitualmente no muy abundante, que a veces se puede apreciar sin utilizar espéculo por su salida entre los labios vulvares.

Su presencia en menores no nos puede servir para determinar si ha habido o no previamente abuso sexual, por ser flora saprófita. De hecho distintos estudios reflejan no encontrar diferencias entre niñas menores con sospecha de abuso sexual, con actividad sexual confirmada y grupos control de niñas sin contactos sexuales, por todo ello la realización de técnicas específicas para el diagnóstico de Vaginosis Bacteriana para confirmar maltrato sexual carece de sentido. Gardner, sin embargo, describe una mayor incidencia de vaginosis bacteriana entre chicas con contacto sexual previo, que en aquellas que no lo han tenido; en nuestra experiencia no parece haber una relación directa entre esta patología y actividad sexual.

Candidiasis

La Candida, en nuestro medio más del 95 por cien es Candida Albicans, produce en el tracto genital femenino vaginitis o vulvovaginitis, caracterizadas por la presencia de eritema de una o ambas zonas y presencia de flujo blanco y espeso que en su presentación más clásica se compara por textura y color al yogurt. El síntoma más frecuente es el prurito de moderado a intenso y de localización vulvovaginal generalmente. También puede producir disuria por la afectación de la región perimeatal.

No existe ninguna relación entre la presencia de vulvovaginitis candidiásica y transmisión sexual, ya que este germen es colonizador habitual de la vagina. Si bien mantener relaciones sexuales con una pareja portadora o más aún con enfermedad producida por candidas puede favorecer su transmisión, el desarrollo de patología en el nuevo huésped está más en función de la inmunidad general y local y el hábitat que encuentre esta levadura en éste. Por todo ello el aislamiento de Candida o la presencia de cualquier patología producida por ella no podremos relacionarla con abuso sexual.

E.T.S. QUE PRODUCEN ÚLCERA/S GENITAL/ES.

Existen cinco E.T.S. que en su evolución clínica producen ulceraciones en región anogenital principalmente, o más bien lo que se ha dado en llamar síndrome úlcera-adenopatía, ya que todas ellas también en algún momento dan lugar a la afectación de los ganglios linfáticos regionales.

Ante la posible presencia de una ETS ante una úlcera o excoriación anogenital hay que descartar el posible origen traumático, ya sea por un hecho involuntario o que paso desapercibido o bien que sea un traumatismo voluntario, una lesión facticia que utiliza el menor para llamar la atención hacia si mismo. Por lo general las lesiones muy lineales, suelen ser pequeños cortes, las que tienen forma de semiluna pueden estar producidas al clavar una uña, las que encontramos sobre hematomas pueden estar producidas por intensa presión o golpe con material relativamente inciso etc., la historia clínica y la exploración por personal experto en la materia debería aportar suficiente luz sobre la etiología de la lesión ulcerativa.

Tabla 4. Síndromes úlcera adenopatía

Síntomas frecuentes	Signos clínicos	Enfermedad	Agente etiológico
Úlcera anogenital, dolorosa o indolora	Úlcera o excoriación anogenital	Herpes genital	Herpes simple tipos I ó II
		Sífilis	Treponema pallidum
Dolor inguinal	Adenopatía regional	Chancroide o chancro blando	Haemophilus ducreyi
	Bubón o pseudobubón	Linfogranuloma venéreo	Chlamydia trachomatis L1-L3
		Granuloma inguinal	Calymmatobacterium granulomatis

Herpes Genital.

La expresión clínica del herpes genital se caracteriza por la presencia de, en un principio papulo - vesículas en número indeterminado, con tendencia a confluir y sobre una base eritematosa, que pierden su cúpula espontáneamente a los 1-3 días produciendo ulceraciones superficiales de forma policíclica, fondo limpio y dolorosas espontáneamente; suelen acompañarse de adenopatías regionales uni o bilaterales dolorosas. Este cuadro cura espontáneamente tras un periodo de cinco a veinte días en función de que sea una primoinfección que suele cursar con un cuadro más florido o que sea una recidiva, o que asiente en piel donde desarrollará costras durante la cicatrización o en mucosas donde no lo hará.

El herpes genital esta producida por el Virus del Herpes Simple (VHS)se caracteriza por ser una enfermedad recidivante, por lo que si al realizar la historia clínica nos encontramos con que se nos refiere algún episodio previo es posible que lo podamos relacionar con esta patología.

La transmisión del VHS requiere contacto directo entre mucosas o piel con superficie dañada. La presencia durante horas de estos virus en fomites, no parece vehículo de transmisión. Sin embargo, es posible que en niños se pueda producir la autoinoculación desde un herpes labial a región anogenital, lo cual no descarta la relación fundamental entre herpes genital y abuso sexual en ellos, como prueba la presencia de lesiones producidas por virus herpes simple tipo 2 en mucosa rectal, con una evolución más lenta hasta la resolución que las producidas por simple traumatismo.

Sífilis

Tras un periodo de incubación de 2-5 semanas aparece una mácula rojiza que se erosiona en uno o dos días dando lugar a una ulceración superficial de forma regular, habitualmente elíptica, bordes netos, fondo limpio, base indurada y no doloroso conocida como chancro sifilítico; no obstante en ocasiones puede ser múltiple, doloroso si asienta en lugares como meato urinario o clítorix y presentar un fondo sucio a expensas de sobreinfección. A partir de los 7-10 días de su aparición podemos detectar adenopatías regionales bilaterales no dolorosas.

En torno a treinta días de su aparición el chancro cura espontáneamente. De 2-6 semanas después pueden aparecer las manifestaciones sistémicas conocidas como Sífilis secundaria, que se expresan fundamentalmente en piel, produciendo multitud de cuadros clínicos diferentes, desde un simple rash máculo - eritematoso muy leve a la presencia de múltiples papulo-pústulas, depapilación de la lengua o un tipo de alopecia conocida como apolillada, entre otras; por lo que ante abuso sexual cualquier signo cutáneo anómalo debe ser estudiado para descartar esta patología. Otros sistemas y órganos implicados de alguna forma son sistema nervioso central, ojos, oído interno, tracto gastrointestinal y riñón, si bien los daños producidos por el treponema en esta fase son escasos.

El hallazgo de serologías luéticas positivas o una clínica similar a la referida en un menor no neonato, sin antecedentes, está probablemente relacionada con maltrato sexual. Un 95 por cien de las sífilis adquiridas en niños corresponden con abuso sexual siendo su forma de presentación más frecuente en el momento del diagnóstico los condilomas planos (81 por cien), lesión del secundarismo luético que asienta sobre mucosas oral, vulvar o perianal con aspecto de excrecencias carnosas lisas y exudativas; mientras que el hallazgo de un chancro fue infrecuente.

La presencia en nuestro medio de otras E.T.S. como el Chancroide producido por *Haemophilus ducreyi*, el Linfogranuloma venéreo producido por *Chlamydia trachomatis* L1, L2 o L3, o el Granuloma inguinal producido por *Calymmatobacterium granulomatis*; es tan escasa incluso entre población con alto riesgo de contraer una E.T.S., que la posibilidad de contagiar cualquiera de estas bacterias durante el abuso sexual de un menor no pasaría de ser más que una anécdota en nuestro medio.

E.T.S. QUE PRODUCEN TUMORACIONES.

Si no tomamos en cuenta la consideración que podríamos dar de tumor a las adenopatías y bubones o pseudobubones de las enfermedades que cursan con úlcera, sólo dos enfermedades de transmisión sexual producen este signo clínico: los condilomas acuminados y el molluscum contagiosum.

Condilomas Acuminados.

Los condilomas acuminados son manifestación clínica de la infección por el papilomavirus humano (VPH).

Por lo general son excrecencias carnosas que pueden asentar en piel y en mucosas, de tamaño y aspecto variable que va desde una pequeña maculo-pápula, a grandes masas de varios centímetros de volumen; de superficie lisa o rugosa, espiculados, filiformes etc., pueden permanecer aislados en mayor o menor número o establecerse a modo de coral formando placas; en cuanto a su coloración puede ser carnosa, hipo o hiperpigmentada. Existe la posibilidad que se manifiesten como lesiones subclínicas solo evidenciables utilizando solución acuosa de ácido acético al 5% y magnificación óptica, apareciendo como máculas nacaradas que pueden incluso ocupar grandes extensiones; esta técnica debe realizarse siempre que aparezcan lesiones macroscópicas o en los casos en que se sospeche que haya podido haber transmisión de este virus como ocurre cuando debemos descartar o confirmar abuso sexual. Las localizaciones más frecuentes son todas aquellas que sufren un contacto directo más intenso durante la relación sexual, probablemente debido a la producción de microtraumatismos locales.

Todas las lesiones descritas corresponden con las diferentes manifestaciones de la enfermedad por VPH, ya que la infección por este virus puede producirse en cualquier momento y quedar en fase de latencia clínica en la epidermis de piel o mucosas sin causar daño alguno al huésped, que se comporta como portador asintomático del virus, que inmediatamente a la inoculación por otra persona o tras un tiempo de permanencia silente produce enfermedad por VPH con las características anteriormente referidas.

En el caso de aparición en menores, lo primero a descartar es que la infección no se halla producido intraútero o en el canal del parto, de hecho se ha comprobado que a mayor grado de displasia cervical existe una tasa mayor de ADN de VPH en líquido amniótico que conlleva una mayor transmisión perinatal al aumentar la carga viral por lo que es fundamental la historia obstétrica y sexual de la madre; si bien las lesiones como hemos comentado antes pueden aparecer incluso más tarde del primer año de vida, de hecho el hallazgo de verrugas anogenitales en menores de 3 años no suele estar relacionado con transmisión sexual. Hay que tener en cuenta que de todos los tipos diferentes de VPH, algunos de ellos no son de transmisión sexual y dan lugar a la aparición de verrugas vulgares, patología frecuente en niños, que suelen aparecer por autoinoculación desde otras zonas como cara o manos. No obstante, ante la presencia en región anogenital de lesiones de condiloma acuminado estaremos ante un caso de abuso sexual en al menos el cincuenta por ciento de los casos y precisa que se realice una investigación metódica, a ser posible por distintos facultativos que contemplen tanto la clínica como el diagnóstico virológico así como factores psicológicos y sociológicos del menor y su entorno.

Al encontrarnos con un menor en cuya exploración física visualizamos la presencia de condilomas acuminados en vulva o región perianal tendremos que realizar siempre que sea posible citología y cualquier técnica de detección viral tanto de vagina como cervix y recto ya que no es infrecuente encontrar en estas mucosas VPH, o coilocitosis o displasias en distintos grados evolutivos producidas por este virus, y esto modificará la actitud terapéutica a seguir.

La presencia de papilomas laríngeos u orales en pacientes pediátricos es considerada como consecuencia de la transmisión materno-filial, sin embargo en algunos casos la posibilidad de contagio por vía sexual puede ser contemplada.

Molluscum contagiosum.

En el adulto esta infección por un poxvirus que produce pápulas nacaradas, umbilicadas en su centro, a veces sobre base eritematosa; constituye por lo general una E.T.S. Sin embargo, en niños es relativamente frecuente que aparezcan por contacto casual, por lo que ante la presencia de molluscum contagiosum en región paragenital se deberá hacer exploración de todo el cuerpo, en el que se podrá evidenciar en la mayoría de los casos lesiones en otras localizaciones, así como tampoco será infrecuente la presencia de algún otro niño del entorno infectado por este virus.

Otros agentes.

Los virus Hepatitis A, Hepatitis B, Citomegalovirus o virus de Epstein-Barr relacionados estrechamente con actividad sexual, por presentar otras vías de transmisión no han sido estudiados con rigor dentro del ámbito del abuso sexual de menores, ya que la transmisión por convivencia y la transmisión vertical es más que suficiente para justificar la presencia de estos virus en el niño.

VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

La infección por el VIH es un hecho infrecuente en el abuso sexual de menores; a no ser que se contemple la prevalencia entre el colectivo de niños y adolescentes varones con prácticas homosexuales que se dedican a la prostitución. El cuadro clínico desarrollado es similar al de los adultos excepto en niños de muy corta edad, cuya evolución es más rápida y presentan con mucha mayor frecuencia que los adultos neumonía intersticial linfoide.

La presencia en menores de infección por el VIH es debida fundamentalmente a la transmisión vertical aunque otros factores como las transfusiones, el uso de drogas por vía parenteral o actividad sexual puede ocurrir en colectivos expuestos concretos. La incidencia de transmisión del VIH mediante abuso sexual es menor del 1%.

Diagnostico

Ante la sospecha de maltrato sexual para el diagnóstico de una E.T.S. se deben realizar pruebas sobre muestras procedentes de uretra, ano, faringe, vagina y cuando se pueda de cervix - ya que está necesariamente indicado el uso de espéculo vaginal, excluyéndose si no se ha completado nunca la penetración - en todos los casos, tanto por la presencia de clara sintomatología, como por tamizado; ya que en muchos casos encontraremos E.T.S. que cursan asintomáticas e incluso en localizaciones que el menor no nos ha indicado como sujetas a prácticas sexuales.

Las pruebas de laboratorio que se realizarán son las siguientes:

Niñas

- Exploración física en busca de condilomas acuminados o lesiones ulcerativas
- Cultivo para Neisseria gonorrhoeae, con toma de muestras de faringe, canal anal, vagina en niñas prepúberes y cervix en adolescentes jóvenes.
- Cultivo de Chlamydia Trachomatis de recto, vagina en prepúberes y cervix en adolescentes jóvenes. Las tomas de faringe no están recomendadas por problemas de sensibilidad de algunos medios diagnósticos y por la posible permanencia de esta bacteria desde el parto.
- Examen de orina y cultivo vaginal para Trichomona Vaginalis.
- Cultivo de Virus Herpes Simple siempre que se encuentre inflamación en vagina, recto, uretra y región ocular.
- Campo oscuro de muestras tomadas de lesiones ulcerativas en mucosa genital o paragenital y de lesiones cutáneas o mucosas sugerentes de secundarismo sifilítico.
- Test serológicos que nos servirán como pruebas basales de comparación el seguimiento de los posteriores análisis. Los agentes a estudiar serán T. Pallidum, VIH y VHB
- Examen en fresco o tinciones para advertir la presencia de células clue o clave, indicativas de vaginosis bacteriana ¿?. No tienen valor para demostrar abuso sexual.
- Pruebas de embarazo, si están indicadas.

Niños

- Búsqueda de condilomas acuminados y lesiones ulcerativas.
- Cultivo de Neisseria Gonorrhoeae en faringe, recto y uretra
- Cultivo para Chlamydia trachomatis de recto y uretra.
- Cultivo de VHS siempre que se encuentre inflamación en región anogenital y paragenital.
- Campo oscuro de muestras tomadas de lesiones ulcerativas en mucosa genital o paragenital y de lesiones cutáneas o mucosas sugerentes de secundarismo luético.
- Test serológicos para T. Pallidum, VIH y Virus Hepatitis B.

Se debe realizar test de oxidación de azúcares o reacciones enzimáticas en el cultivo del gonococo con el fin de no confundirlo con otras bacterias, especialmente otras Neisserias. Los cultivos resultan negativos ante la ausencia de descarga uretral o secreción mucopurulenta vaginal, cervical, rectal o faríngea, por lo que se cuestiona la realización de cultivo ante la ausencia de signos clínicos, salvo en el caso de infección por Chlamydia ocurre habitualmente lo contrario.

La utilización de medios diagnósticos como enzima-inmunoanálisis o inmunofluorescencia directa para la detección de Chlamydia trachomatis no es correcta por la alta probabilidad de falsos positivos,

esencialmente cuando las muestras utilizadas proceden de recto o faringe. La posibilidad de utilizar pruebas basadas en la amplificación de ácidos nucleicos como PCR o LCR podrían ser una alternativa al cultivo pero todavía no están ni suficientemente estudiados ni son utilizados en muchas clínicas.

La serología luética ha de realizarse utilizando pruebas tanto reagínicas como treponémicas, siendo estrictamente necesaria que estas últimas sean positivas, para confirmar el diagnóstico.

También en el caso de la sífilis, si se encuentra en estadios con presencia de clínica, se podrá además, visualizar en campo oscuro el treponema pallidum en muestras procedentes de las lesiones, lo que confirmará inmediatamente el diagnóstico.

La realización de pruebas serológicas de anticuerpos frente a VIH está recomendada, si bien la incidencia de infección por este virus es muy escasa en el caso de maltrato sexual de menores que no practiquen prostitución. La indicación se justifica en un mayor grado en aquellas zonas donde la prevalencia de infección por VIH sea muy alta, como ocurre en grandes zonas urbanas de nuestro país.

Las técnicas moleculares de detección y tipado del ADN del papillomavirus humano pueden utilizarse para confirmar abuso sexual, en el caso de sospecha de un agresor concreto; en tal caso se debería realizar sondas ADN o PCR a ambos para confirmar la presencia del mismo tipo de virus. La presencia de ADN de los tipos 6/11, 16/18 ó 31+ en un niño con verrugas anogenitales está significativamente relacionado con la transmisión vertical o sexual del VPH, la presencia de ADN de los tipos 2 ó 3 estará posiblemente relacionado con auto o heteroinoculación desde zonas no genitales. En el resto de las situaciones no serán de gran ayuda a la hora de demostrar el maltrato infantil, teniendo en cuenta que el tipo de HPV aisladamente tampoco es un indicador exacto de abuso sexual.

Por último, la confirmación diagnóstica de la presencia de varios agentes implicados en la etiología de E.T.S. esclarece más aún la posibilidad de maltrato sexual.

Transcurridos tres meses lo más correcto sería realizar una nueva exploración de la víctima y la realización al menos de las pruebas serológicas, ya que sus resultados doce semanas después del último incidente ya pueden ser valorados.

Tratamiento

El tratamiento de cualquiera de estas patologías se iniciará tras la confirmación del diagnóstico, mediante terapia específica, estando por lo general contraindicado el tratamiento profiláctico. A continuación exponemos una guía con los tratamientos más eficaces adecuados al grupo etario al que nos referimos.

Cuadro 5. Esquema de tratamiento de las Enfermedades de Transmisión Sexual

PATOLOGÍA	TRATAMIENTO	NOTAS
Gonococia	Ceftriaxona 250 mg. IM monodosis	En niños de peso menor a 10 Kg. La dosis recomendable es 125 mg.
Infección por Chlamydia	Azitromicina 1000mg. VO monodosis. Doxiciclina 100 mg./12h x 7 días.	En niños con peso menor a 15 Kg. La dosis recomendable es 250 mg No usar doxiciclinas en < 8 años.
Infección por Ureaplasma	Doxiciclina 100 mg./12h x 7 días.	En menores de 8 años, durante 7 d. Eritromicina 10 mg/Kg peso/8 h.
Sífilis precoz	Penicilina Benzatina 2.400.000 UI, IM monodosis	En menores de 8 años 1.200.000 UI puede ser suficiente.
Sífilis no precoz	Penicilina Benzatina 2.400.000 UI, IM / 7 días x 3	En menores de 8 años 1.200.000 UI puede ser suficiente.
Herpes simple	Aciclovir 1g.en 5 tomas x 5-10 días Valaciclovir 1g / 12h x 5-10 días Famciclovir 250mg / 8h x 5-10 días	En menores de 2 años media dosis de Aciclovir Antisépticos y/o antibióticos tópicos pueden ser útiles.
Condilomas acuminados	Crioterapia, Laservaporización. Cirugía convencional	En adolescentes se puede utilizar Podofilotoxina o 5-Fluoracilo.
Molluscum contagiosum	Crioterapia, curetaje.	Evitar la autoinoculación.

PATOLOGÍA	TRATAMIENTO	NOTAS
Infección por VIH	Antirretrovirales en combinación Tratamiento de enf. oportunistas.	Los niveles de CD4+ y carga viral delimitarán el inicio y tipo de tratamiento.
Trichomoniasis	Tinidazol 2 g. monodosis.	En niños 50-75 mg / Kg peso.
Vaginosis Bacteriana	Metronidazol 250 mg/6-8 h. x 7 d.	Niñas menores de 10 años 125 mg / 8 h x 7 días.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA.

1998 Guidelines for Treatment of Sexually Transmitted Diseases. MMWR Vol. 47 n° RR-1. 1998.

Jenny C: Child sexual abuse and STD. Sexually Transmitted Diseases. McGraw Hill, Inc: 895-900. 1990.

Comitee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children. Pediatrics 87: 254-260. 1991.

Gutman LT, Herman-Giddens ME, Phelps WC. Transmission of human genital papillomavirus disease: comparison of data from adults and children. Pediatrics 19: 31-38. 1993.

Schachner L, Hankin DE. Assasing child abuse in childhood condyloma acuminatum. J. Am. Acad. Dermatol. 12: 157-160. 1985.

Lowy G: Pediatr. Dermatol.: Sexually transmitted diseases in children. 9: 329-335. 1992.

Knapp JS, Morse SA.: Laboratory Evaluation of Victims of Sexual Abuse for Sexually Transmitted Diseases. Atlas of sexually transmitted diseases. Lippincott Co. & Gower Medical Publishing: A1.2 – A1.9. 1990.

Ingram DL, Everett VD et al: Epidemiology of adult sexually transmitted disease agents in children being evaluated for sexual abuse. Pediatr. Infect. Dis. J. 11: 945 –951. 1992.

ÍNDICE

Introducción

Detección - diagnóstico

- Aspectos preventivos o detección de situaciones de riesgo
- Presentación clínica
- Valoración clínico - diagnóstica

Valoración forense

Conducta y tratamiento

Introducción

Aunque las cifras de incidencia de abusos sexuales en niños son confusas el problema es de enorme magnitud, no sólo por su elevada proporción sino por las demostradas consecuencias de aumento de morbilidad a corto y largo plazo y de suicidio. A pesar de que cada vez tenemos más conciencia de su existencia, todavía se tiende a ignorar no solo socialmente, sino mucho más grave, por parte de los propios médicos que temen implicarse en problemas para los que no tienen los conocimientos suficientes y que en cierto modo, rechazan por sus posibles implicaciones legales.

Es importante que todo médico sepa que los abusos sexuales existen en una de cada cuatro niñas y uno de cada seis niños. Todos los niveles sociales, económicos y culturales tienen entre sus miembros a agresores sexuales que aparentemente son normales y que es en el entorno familiar donde se producen la mayoría de los abusos.

Estamos pues ante un problema generalizado y difícil y en el que los más indefensos son los que sufren: los niños. Dicho sufrimiento se suele ocultar por miedo de los pequeños, por vergüenza de los familiares, por amenazas del agresor o por falta de profesionalidad del médico.

El médico tiene que saber que en el adecuado manejo de estos problemas no sólo tiene responsabilidad profesional y ética, sino legal. Debe comunicar a las instituciones pertinentes y dar parte al juez, siempre que tenga una sospecha razonable de que se hayan cometido abusos sexuales en los niños, ya que constituye delito el incumplimiento de esta obligación. Quien dictamina la existencia del abuso es el juez, no el médico.

Las conductas que conllevan abuso sexual son múltiples, pero es conveniente conocerlas para que la aproximación diagnóstica se realice de la forma más precisa. Así, las conductas de abuso sexual son:

- penetración en la vagina, ano o boca con pene, dedos o cualquier objeto
- tocar o acariciar los genitales, incluyendo el forzar a masturbar
- sodomía o contactos sexuales con personas del mismo sexo
- mostrar los órganos genitales de manera inapropiada
- obligar al niño a que se involucre en contactos sexuales con animales
- implicar a menores en la prostitución o producción de pornografía
- obligar a los niños a observar las actividades sexuales de otras personas

Detección - diagnóstico

La atención global del abuso sexual debe hacerse desde tres diferentes aspectos:

1. *Preventivos*, reconociendo situaciones sociales o familiares de riesgo, para detectarlas y tratar de evitarlas
2. *Presentación clínica*. En la mayoría de los casos debemos sospechar su existencia ante cuadros clínicos de índole psicopatológico y no por consulta del propio hecho. Otras veces son lesiones que observamos a la exploración por otras causas, las que nos pondrán sobre aviso del posible abuso.
3. *Valoración clínica - diagnóstico*. Bien ante casos de consulta directa derivada del abuso, o bien ante una sospecha indirecta pero razonable

Vamos a desarrollar los contenidos de interés de cada apartado.

1. *Aspectos preventivos o detección de situaciones de riesgo*

No se puede hablar con propiedad de grupos de riesgo ni de víctimas, ni de agresores, aunque se ha invocado la pobreza, bajo nivel cultural, hacinamiento, alcohol, etc., Todos los niños tienen posibilidades potencialmente de ser víctimas de abusos sexuales.

El incesto es la forma más habitual de abusos sexuales en los niños, existiendo para algunos autores, características específicas en la familia incestuosa (Cuadro 1).

Cuadro 1. Características de la familia incestuosa (padre - hija)

Familia	Estrés familiar Cese de relaciones sexuales entre los padres Ambiente social laxo o permisivo
Padre	Cambios familiares que ocasionan estrés Ha comenzado a beber o esta bebiendo más Busca protección en la hija
Madre	Fueron víctimas en su infancia de las mismas agresiones Dependencia económica y emocional del marido Personalidad frágil Impulsa a la hija a asumir el papel de esposa Comienza a trabajar por la noche, cae enferma o deja al padre y a la hija solos Promiscuidad
Pareja	Incapacidad o enfermedad Conflictos entre la pareja: enfados, indiferencia, peleas, separaciones, divorcios
Hija	Ausencia de padres biológicos, padrastro Necesita de atención y afecto Disposición a rescatar al padre de la infidelidad Depresiva, problemas escolares, baja autoestima, reservada

No existe un perfil característico de los niños víctimas de abusos sexuales, aunque con frecuencia están inmersos en mundos donde se acepta la gratificación sexual de la persona que tiene la autoridad sobre el niño. No debemos olvidar las connotaciones, económicas, culturales y raciales que existen en este tipo de maltrato infantil.

2. Presentación clínica

Debido a la alta prevalencia y a su dificultad diagnóstica, se ha propuesto la búsqueda sistemática mediante protocolos de uso rutinario, para la detección precoz de estos procesos haciéndolo constar en la historia clínica.

Los niños víctimas de abusos sexuales pueden presentar manifestaciones psicológico - psiquiátricas y repercusiones psicosomáticas tanto a corto como a largo plazo

Cuadro 2. Indicadores de abuso sexual

Físicos en el niño	<ul style="list-style-type: none"> · Dificultad para andar y quitarse la ropa · Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada · Se queja de dolor o picor en la zona genital · Contusiones sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal · Tiene la cervix o la vulva hinchados o rojos · Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa · Tiene enfermedad venérea (ETS) · enuresis, infecciones urinarias · Encopresis, cambios en el ritmo intestinal, dolor abdominal crónico · Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia)
Comportamentales en el niño	<ul style="list-style-type: none"> · Parece reservado, rechazante o con fantasías o conductas infantiles, incluso puede parecer retrasado · Tiene escasas relaciones con sus compañeros · Comete acciones delictivas o se fuga · Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales · Dice que ha sido atacado sexualmente por un padre / cuidador
Conducta del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> · Extremadamente protector o celoso del niño · Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador · Sufrió abuso sexual en su infancia · Experimenta dificultades en su matrimonio · Abuso de drogas o alcohol · Está frecuentemente ausente del hogar

El diagnóstico diferencial se hará por:

- preocupación por la sexualidad o negación de la misma, actividad sexual agresiva y persistente
- miedos excesivos, ansiedad, pesadillas, depresión, cefaleas, tendencias suicidas
- retraso escolar, dificultad en la concentración
- síntomas depresivos, mal humor, irritabilidad
- anorexia - bulimia
- abuso de alcohol o drogas

En general, el motivo de consulta que presenta un niño, oculta el verdadero problema, ya que el niño no suele denunciarlo abiertamente. No se trata de ver abusos sexuales por todas partes, pero tampoco debemos ignorar que 1 de cada 5, sufre algún tipo de abuso a lo largo de su vida.

3. Valoración clínica - diagnóstica (Cuadro 3).

La valoración clínica requiere tiempo, entrenamiento, paciencia y pericia. Los casos de abuso sexual, requieren documentar la evidencia de la agresión y valorar las lesiones físicas y psíquicas resultantes para un tratamiento adecuado. Por ello es muy importante familiarizarse, no sólo con los tipos de exámenes forenses de valoración objetiva, sino también con los procedimientos screening y profilaxis de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), prevención de la gestación y planificación del seguimiento posterior.

Cuando nos consultan por un posible abuso sexual de un niño o tenemos una sospecha razonable, procederemos de la siguiente manera:

- Anamnesis ante sospecha fundada o caso evidente

La entrevista se realizara con el niño solo (sin la presencia de los padres o cuidadores), en una habitación confortable. La actitud cariñosa y segura por parte del médico es el mejor relajante para el niño. Es importante que durante el examen el médico este acompañado por otro profesional.

Le tranquilizaremos, animándolo para que use las palabras de forma espontánea señale las partes de su cuerpo, ayudándolo así para que exprese lo sucedido. Realizaremos preguntas abiertas con un lenguaje adecuado para su edad. No repetiremos preguntas ni haremos juicios de valor. Debemos tratar que el niño se sienta seguro y confiado. Si no es así pospondremos el examen.

Cuando el niño se niega a hablar, nos ayudaremos con juegos, diagramas y dibujos, para saber si hubo amenazas o recompensas, partes del cuerpo fueron tocadas y con qué, si fue atado o agredido de alguna manera. Si no es posible, trataremos de obtener la información del adulto acompañante.

Debemos tener en cuenta las dificultades que encontraremos para recoger una historia clínica bien organizada, por lo que es necesario contar con personal especializado y entrenado en estos problemas.

A continuación entrevistaremos a los padres evitando juicios de valor, tranquilizándoles y brindándoles nuestro apoyo, pero advirtiéndoles, que como médicos, tenemos la obligación de denunciar cualquier sospecha de abuso.

- Exploración

El examen debe ser breve pero completo. Tenemos que valorar la necesidad de obtener pruebas del abuso, con el malestar psíquico y físico que podemos producirle al niño.

El médico debe familiarizarse en las formas y morfología de los genitales infantiles normales y con el tipo de lesiones; así debemos conocer que un diámetro horizontal del himen mayor de 10 mm en la edad prepuberal es altamente sugestivo de abuso sexual. Es de gran utilidad disponer de esquemas y dibujos corporales (mapas corporales) para señalar las lesiones o anomalías observadas.

La región anogenital se evaluará por medio de inspección visual externa sin instrumental o con ayuda de un colposcopio, o en su defecto de un otoscopio, buscando daños físicos evidentes o indicios (lesiones, infecciones, inflamaciones). Si se sospecha lesión interna o sospecha de patología (hemorragia rectal, fiebre o abdomen agudo) estará indicada la utilización de espejito o anoscopia o proctoscopia. Tomaremos fotografías de las mismas para comentar con expertos y aportarlas como pruebas.

Las **técnicas exploratorias** mas apropiadas son.

- * en niñas mayores mesa ginecológica.
- * en niñas pequeñas, en supino y en posición de *piernas en rana* (Figura 1) o en posición prono - de rodillas apoyándose en los codos (Figura 2).
- * en niños, de pie y en decúbito supino y en prono - de rodillas para inspeccionar el ano.

Todos los hallazgos deben ser minuciosamente descritos, tanto los patológicos como los normales.

Los **hallazgos de lesiones genitales y anales agudas** son laceraciones, equimosis, hematomas, edema, eritema y abrasiones se pueden observar en todo el área genital.

Las laceraciones y abrasiones en la comisura posterior de la vulva, en la vagina o cervix, junto con las existente en el margen del himen y la presencia de edema en la región anal, así como las fisuras estrelladas anales son las lesiones más específicas de abuso sexual en niños.

Los **hallazgos de lesiones genitales y anales subagudas** son características:

- * cicatrices y fusión de los labios
- * aparición de flujo o cuerpo extraño en vagina
- * diámetro alargado, irregularidades y bordes groseros del himen
- * cicatrices en pene
- * cicatrices, fisuras, dilatación, congestión venosa, supuración, marcas o pigmentación en ano y región perianal

Lo mas sugerente son las laceraciones que alteran el margen del himen al curarse y cicatrices con forma de delta con el vértice hacia el orificio anal.

Una exploración física normal no descarta la existencia de abuso sexual ya que las lesiones curan con rapidez y muchos abusos no suponen agresiones físicas.

Por otra parte, algunas condiciones patológicas como alteraciones dermatológicas (liquen), uretritis, alteraciones anales derivadas de estreñimiento o enfermedad de Crohn, traumatismos banales, masturbación y alteraciones anatómicas locales pueden remedar condiciones similares a las que producen los abusos sexuales.

Cuadro 3. Guía diagnostica de abuso sexual

Generalmente dentro del contexto familiar: miembros familia (incesto), amigos íntimos, canguros.
Embarazo (sospechar en adolescentes con negativa a revelar quien es el padre)
Psicosomáticas: trastornos del. sueño, dolor abdominal, enuresis, encopresis, cefaleas,...
Conductuales: juegos sexuales, aislamiento social, fracaso escolar, escapadas, delitos,..
Psiquiátricas: automutilación, autolisis, psicosis,...
Trastornos desarrollo: aprendizaje, habla,....

Protocolo de investigación:

- * Historia detallada: tipo agresión (vaginal, anal, oral), versión paciente agredido, descripción agresor, objetos utilizados, valoración estado emocional del niño
 - * Examen físico: lesiones cutáneas, quemaduras, ...anales, vulvares, búsqueda procedente agresor: pelos, sangre,.. Se realiza de pie sobre un papel recogiendo pelos,..
 - * Fotografía en color lesiones
 - * Infección urinaria recidivante
 - * Exploración genital: configuración y tamaño himen, lesiones vulvares, vaginales y/o anales
 - * ETS
 - * Búsqueda semen:
 - luz de Wood, fosfatasa ácida prostática (coito 24 h. previas) y glucoproteína prostática p30 (48 h.) (ambos marcadores prueban coito aun sin espermatozoides
 - ADN mayor especificidad
- Pruebas no recogidas en 48-72 horas no son válidas
- * Exámenes de laboratorio: utilizar solo suero fisiológico para limpieza, lubricante, toma de pruebas, etc.

Valoración forense

A lo largo de la exploración realizaremos la búsqueda y recogida de pruebas; a si examinaremos el cabello en busca de semen u otras sustancias, después continuaremos con el resto del cuerpo, incluyendo la zona oral o perioral. No olvidaremos inspeccionar toda la piel, en la zona mamaria y área genital para buscar posibles fluidos o elementos extraños. Con luz de Wood se pueden detectar posibles restos de semen. De cualquier área fluorescente se tomará muestra con turunda de algodón impregnada en suero salino. Con ayuda de un peine se recogerán los pelos del pubis que pudieran corresponder al asaltante para incluirlos como posibles pruebas.

Todos los hallazgos serán minuciosamente registrados en la historia clínica y con la ayuda de figuras descriptivas (mapa corporal) o fotografías.

Se tomarán, con turunda de algodón o aspirado, muestras de fluido vaginal espontáneo o después de instilar suero fisiológico cuando no se aprecie esa secreción. Estas muestras se procesarán en suero salino para examen microscópico en fresco en busca de espermatozoides móviles (se ven cuando no han

pasado más de 4 horas) o formas no móviles que pueden permanecer 72 horas después de la relación (la tinción e Papanicolau también es útil). La ausencia de espermatozoides no excluye la violación ya que en los 2/3 de las violaciones no se produce eyaculación. Si ha existido relación oral o anal, se tomarán también muestras, tras enjuague o instilación con suero fisiológico, de esas zonas y se procederá de la misma manera.

Otra parte de las muestras se enviará al laboratorio para determinar la presencia de fosfatasa ácida prostática (nivel superior a 50 unidades / litro confirma la agresión sexual en los tres días previos) u otros marcadores específicos de semen como la glicoproteína prostática p30 (indica coito en las 48 horas previas). Ambos marcadores prueban el coito aunque no se observen espermatozoides (vasectomía, no eyaculación) (cuadro 4). Existe la posibilidad de tipificación del ADN que aporta mayor especificidad a las pruebas.

Cuadro 4. Supervivencia del semen en diferentes localizaciones

Lugar	Espermatozoides	Líquido seminal
Vagina	6 días	12 - 18 horas
Ano	3 días	3 horas
Boca	12 - 14 horas	---
Ropa interior / vestidos	Hasta su lavado	Hasta su lavado

La posibilidad de adquirir una ETS tras una violación se ha estimado en el 5 - 12 por cien.

Conducta y tratamiento

Las lesiones agudas se tratarán en el hospital ya que pueden requerir sedación y procedimientos terapéuticos y diagnósticos de uso hospitalario. Será allí donde se realice la recogida de todas las pruebas, la denuncia de los hechos y el abordaje inicial de apoyo psicológico y valoración del entorno familiar y/o social.

Es recomendable, en ocasiones, el ingreso de todo niño que ha sufrido abusos sexuales, hasta no clarificar el entorno familiar, ya que, en la mayoría de los casos, el agresor puede pertenecer al mismo. Así mismo, sería conveniente el ingreso, cuando la familia no sea capaz de proporcionarle el apoyo necesario.

Respecto a tratamientos concretos:

- profilaxis del gonococo y Chlamydia está indicada en adolescentes, en preadolescentes controvertido.
- prevención del embarazo se realizará en las primeras 72 horas en las niñas con menarquía.

Cuando se trate de abusos sexuales de más de 72 horas de evolución, en un niño en que este asegurada su seguridad familiar y social y en el que las lesiones son poco significativas, no es preciso el ingreso hospitalario. Procederemos entonces desde Atención Primaria para historiar, documentar y denunciar los hechos, así como, en el diagnóstico, prevención y tratamiento de los problemas asociados.

Lo primordial en el tratamiento y recuperación de estos niños es el apoyo psicológico y la programación de un seguimiento por personal preparado, con la oportuna colaboración de los servicios de salud mental, servicios sociales y otros.

Índice

Introducción

Competencias de los Servicios Sociales Municipales en la atención al maltrato infantil

Organización de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid para la atención del maltrato infantil

Red Pública de Protección Social a la Infancia

Equipos de Trabajo con Menores y Familias

Introducción

Los Servicios Sociales Municipales son uno de los elementos que integran la Red pública de protección a la infancia, no el único, que junto con los ámbitos educativos y sanitarios se encuentran en una posición privilegiada, por su cercanía y frecuencia de trato con los niños y niñas, para la detección y seguimiento de las situaciones de maltrato infantil.

La necesidad de potenciar, entre todos, el trabajo de Red en la protección a la infancia es un objetivo que irá surgiendo reiteradamente a lo largo de la exposición.

El término maltrato infantil es un concepto amplio e indeterminado que incluye, tanto las situaciones de riesgo social, como las de desamparo siendo, generalmente, en la práctica la diferencia entre ambas situaciones difícil de establecer, pues se trata, fundamentalmente, de una cuestión de grado. En cualquiera de las dos, el desarrollo personal y social del niño se ve perjudicado, pues no está siendo atendido en alguna de sus necesidades básicas (físicas, cognitivas, sociales, emocionales...). La diferencia está, según la normativa legal vigente, en que, en el caso del riesgo, la situación no es tan grave como para requerir la asunción de la tutela por ministerio de la ley, en tanto que en el caso del desamparo, la situación es tan crítica, que hace necesaria dicha asunción. En la Comunidad de Madrid, el órgano encargado de la misma es la Comisión de Tutela del Menor.

En general, las situaciones de maltrato infantil no suelen presentarse de forma súbita y aislada, a excepción quizás, de los casos de desamparo por imposibilidad del ejercicio de los deberes de protección por fallecimiento o incapacitación de los padres o tutores, sino que responden a situaciones de carácter progresivo y continuo que se van cronificando, si no se abordan y se interviene a tiempo. Situaciones de riesgo leve o moderado se transforman, con demasiada frecuencia, en riesgo grave o desamparo. Precisamente por esto, el papel de los Servicios Sociales Municipales en la atención al maltrato infantil es fundamental.

Competencias de los Servicios Sociales Municipales en la atención al maltrato infantil

Podemos diferenciar dos tipos de competencias de los Servicios Sociales Municipales. Las compartidas con todos los ciudadanos y todas las autoridades, y las específicas.

En cuanto a las compartidas, debemos remitirnos a lo establecido en el art. 13 de la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor, modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que señala que "Toda persona o autoridad, y especialmente aquellas que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise".

En cuanto a las específicas, debemos remitirnos a lo señalado en el art. 50 de la ley 6/1995 de 28 de marzo, de Garantías y Derechos de la Infancia y Adolescencia en la Comunidad de Madrid, cuando dice que "La protección social de los menores que se encuentren en situaciones de riesgo social corresponde al sistema público de Servicios Sociales, para lo cual desde la Red de Servicios Sociales Generales se desarrollarán las actividades de **prevención, atención y reinserción** que sean necesarias, encuadradas en los programas correspondientes". Asimismo, en el apartado segundo del mencionado artículo 50 se prevé que "las Administraciones Municipales, en función de las necesidades detectadas entre su población, crearán los Servicios Sociales Especializados de Atención a la Infancia que refuercen y den cobertura a los Servicios Sociales Generales".

Los Servicios Sociales Municipales tienen la obligación, de detectar las situaciones de riesgo o desamparo de los menores, pero en la misma medida que cualquier persona o autoridad, prestándoles el auxilio inmediato que precisen, y de forma más específica tienen que prevenir que no se produzcan dichas situaciones, atenderlas si ya se han producido y facilitar la integración del menor en su entorno familiar y

social, si hubiese estado separado de él por una medida de protección jurídica, traducción en la práctica del término reinserción.

Organización de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid para la atención del maltrato infantil

1. Desde los Servicios Sociales Generales

Con anterioridad a la Ley 6/1995 de Garantías y Derechos de la Infancia y Adolescencia en la Comunidad de Madrid, anteriormente mencionada, el Ayuntamiento de Madrid ya había venido organizando sus Servicios Sociales con el fin de informar, orientar y ayudar a sus ciudadanos a resolver sus necesidades sociales, en Servicios Sociales Generales y Servicios Sociales Especializados.

Esta organización, dirigida a toda la población madrileña es, asimismo, la existente para la atención a menores y familias.

Los Servicios Sociales Generales se desarrollan en los Centros de Servicios Sociales. En la actualidad existen 26 Centros de Servicios Sociales, al menos uno para cada distrito municipal. En estos Centros, de acceso directo, los ciudadanos pueden recibir, a través de un trabajador social para cada zona o barrio, una serie de servicios:

- Información y orientación sobre recursos y prestaciones sociales.
- Gestión de prestaciones sociales.
- Intervención profesional, tanto a nivel individual como grupal.

En relación con los colectivos de menores y familias, en los Centros de Servicios Sociales se desarrollan una serie de programas tendentes a prevenir y atender las situaciones de riesgo social, desamparo o conflicto social, y a facilitar la integración del menor en su entorno comunitario.

En la mayoría de estos programas existe una estrecha vinculación entre las actuaciones que se dirigen directamente a los menores y las que van dirigidas a sus familias, por entenderse, como la propia normativa actual reconoce, que la familia continúa siendo el marco más idóneo de desarrollo personal y social del menor.

El Ayuntamiento de Madrid a través de los Centros de Servicios Sociales Municipales desarrolla los siguientes programas (Cuadro 1):

- Equipos de Trabajo con Menores y Familias (ETMF) (Programa 1)
- Menores y Familia en los Centros de Servicios Sociales (Programa 2).
- Tendentes a favorecer la permanencia del menor en un entorno familiar, propio o alternativo, evitando la institucionalización (Programa 3).
- Asesoramiento y formación de los padres para un mejor ejercicio de su función protectora (Programa 4).
- Tendentes a la formación en valores, sensibilización y prevención de conductas xenófobas y violentas en menores y jóvenes (Programa 5).
- Tendentes a atender situaciones de riesgo que puedan perjudicar el desarrollo personal y social de los menores (Programa 6).
- Destinados a atender situaciones de emergencia (Programa 7).
- Apoyo a la iniciativa social (Programa 8).
- Apoyo a otros colectivos (Programa 9).
- Apoyo a la mujer (Programa 10).

Cualquier profesional del ámbito sanitario, educativo o cualquier ciudadano interesado en acceder a alguno de los programas anteriormente señalados, puede informarse en su Centro de Servicios Sociales de referencia.

2. Desde los Servicios Sociales Especializados

Los Centros de Atención a la Infancia - CAI's - son los Servicios Sociales Especializados en la atención a menores en riesgo, desamparo o conflicto social, y sus familias. Son dispositivos de segundo nivel cuyos profesionales, psicólogos y trabajadores sociales, tienen una mayor especialización en la intervención con menores y familias. El primer CAI se creó en el año 1987 y, en la actualidad, existen cinco centros: tres de gestión directa municipal y dos de gestión indirecta. Los cinco CAI's dan cobertura a los 21 distritos municipales (Cuadro 2).

Cuadro 2. Cobertura a los Distritos Municipales a través de los CAI's

Centro	Domicilio	Distritos
CAI I	c/ Paloma, 23	Centro, Arganzuela, Retiro, Salamanca, Chamberí
CAI II	Avda. Badajoz, 58-60	Ciudad Lineal, San Blas, Hortaleza, Barajas
CAI III	c/ Ricardo Beltrán y Rózpide, 31-33	Usera, Villaverde, Latina, Carabanchel
CAI IV Centro Apoyo al Menor	c/ Luis Buñuel, 12	Puente de Vallecas, Villa de Vallecas, Moratalaz, Vicálvaro
CAI V Centro Apoyo al Menor	c/ Pinos Bajas, 41	Chamartín, Tetuán, Fuencarral y Moncloa

La tipología de las problemáticas atendidas desde los CAI's es muy variada, tanto como puedan serlo las situaciones de crisis, desestructuración o conflicto, que atraviese una familia. En términos generales, el único requisito formal para poder ser atendida en los CAI's, es que la familia tenga menores a su cargo, tanto por vía de filiación, como de acogimiento formalizado o de hecho.

Los Centros de Atención a la Infancia no son de acceso directo; cualquier ciudadano, ante una problemática de un menor, puede dirigirse a su Centro de Servicios Sociales, desde donde, en su caso, será derivado al CAI, o atendido directamente en el propio Centro.

En los CAI's se realizan tratamientos, tanto grupales como a sistemas familiares individualizados y, en este segundo caso, tanto al núcleo familiar como a varios de sus miembros. Los tratamientos que se realizan en los CAI's se adecuan a la diversidad de problemáticas con las que intervienen. Una proporción importante de familias usuarias son monoparentales o en procesos de separación o divorcio, con alto índice de conflictividad o ya separados o divorciados, no habiendo sido estos procesos bien resueltos. En función de estas situaciones desde 1997 se ha implantado en los CAI's un Servicio de Mediación Familiar, en colaboración con el Ilustre Colegio de Abogados de Madrid.

El amplio perfil de las familias susceptibles de ser atendidas en los CAI's dificulta la sistematización de una metodología homogénea de trabajo en los mismos.

El Servicio de Salud Mental que corresponda tratara a los miembros del grupo familiar con problemas de salud mental. La función del CAI es dar cobertura y refuerzo a los Servicios Sociales Generales en el desarrollo de programas de prevención, atención y reinserción social de los menores que se encuentran en situación de riesgo social (art. 50 Ley 6/95) y podrá intervenir con los menores del grupo familiar, coordinándose estrechamente con los Servicios de Salud Mental.

En el caso de las familias con problemas de drogodependencias, aunque tengan menores a su cargo, deben acceder, si desean ser tratados, a los Centros de Atención a Drogodependencias CAD's que son otro Servicio Social Municipal Especializado. El Ayuntamiento de Madrid cuenta en la actualidad con siete CAD's. Los CAD's, como los Centros de Salud Mental, los Educativos, los Sanitarios, mantienen, en muchos casos, una estrecha coordinación con los Servicios Sociales Generales y los Especializados de Atención a la Infancia; siendo deseable que dicha coordinación se incrementase con el fin de potenciar el trabajo de Red en la protección a los menores.

Red Pública de Protección Social a la Infancia

Los Servicios Sociales Municipales tienen competencias y recursos en y para la protección de los menores maltratados, pero no podemos olvidar que en dicha protección los Servicios Sociales Municipales no están, ni deberían estar solos, aunque a veces se puedan sentir así.

Además de lo establecido en el artículo 13 de la Ley Orgánica 1/96 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor, en cuanto a la obligación que tienen todas las personas y autoridades en el auxilio a los menores en situación de riesgo o posible desamparo, la Ley 6/95 de de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid, establece en sus arts. 45 y 47 la obligatoriedad que tienen los titulares de los Centros de Salud y Educativos, así como el personal de los mismos de "poner en conocimiento de la Comisión de Tutela del Menor y de la autoridad judicial o del ministerio fiscal, aquellos hechos que puedan suponer la existencia de desprotección o riesgo infantil, así como colaborar con los mismos para evitar y resolver tales situaciones en interés del niño".

A pesar de que la normativa legal nos obliga a todos a proteger a la infancia, y que, cada vez en mayor medida, muchos profesionales, especialmente en el ámbito de la salud y la educación, van asumiendo que su responsabilidad en esta materia no termina en la detección de los casos, sino que exige su colaboración en la prevención y resolución de los mismos, lo que hace necesaria su coordinación

con los otros recursos implicados en la Red de protección, en especial los Servicios Sociales Municipales, no todos ellos asumen todavía plenamente dicha responsabilidad.

La reiteradamente citada Ley 6/95 de Garantías de Derechos, prevé en sus arts. 86 a 89 la creación de coordinadoras locales de atención a la infancia y adolescencia, como órganos colegiados de coordinación de las diferentes redes de servicios públicos que se ocupan e inciden en la calidad de vida de los menores de edad. En estos momentos dichas coordinadoras están siendo reguladas por una ley pendiente de aprobación.

En esta línea los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, desde octubre de 1996, han puesto en funcionamiento en todos los distritos municipales, los Equipos de Trabajo con Menores y Familias - ETMF -, para ir convirtiendo en una realidad práctica, y no simplemente teórica, la Red municipal de protección social a los menores, especialmente a aquellos que se encuentran en situación de riesgo, desamparo o conflicto social.

Los Equipos de Trabajo con Menores y Familias

Los ETMF son los espacios en los que se valoran interdisciplinar e interinstitucionalmente las situaciones de riesgo o presunto desamparo en que se encuentran los menores.

Los Equipos de Trabajo con Menores y Familias existen en cada uno de los Centros de Servicios Sociales. Ellos participan con carácter obligatorio, los Servicios Sociales Municipales de la zona, tanto generales como especializados de atención a la infancia y el técnico de Comisión de Tutela del Menor de referencia. Los ETMF están abiertos a la participación de las Instituciones, tanto públicas como privadas, que tengan relación con el menor en riesgo. Esta participación, que puede ser bien a iniciativa de los servicios sociales o a demanda propia, es de la mayor importancia y uno de los objetivos básicos a alcanzar con la creación de los ETMF.

Estos Equipos surgieron por la necesidad sentida de garantizar la existencia de espacios formales de coordinación para la atención a menores y familias en cada uno de los distritos municipales, con los objetivos de valorar, con criterios compartidos, las situaciones de riesgo, coordinar los diseños de intervención con menores y familias, asignar a cada uno de los recursos presentes en el ETMF las actuaciones a realizar y seguimiento de la evolución de los casos.

Los ETMF, de implantación muy reciente, tras la evaluación realizada al año de su funcionamiento por los Servicios Sociales Municipales, en general, han sido valorados como útiles para el trabajo con menores en riesgo, fundamentalmente porque se consiguen intervenciones más globales y eficaces al facilitar que otros recursos se impliquen en este trabajo, implicación y asunción de responsabilidades que no es todavía la deseable, de una forma homogénea, variando mucho según los recursos y los distritos, siendo necesario que dicha implicación no dependa de la voluntariedad de cada profesional, como en el caso de los Servicios Sociales Municipales y de los técnicos de Comisión de Tutela del Menor, cuya participación en los ETMF es obligatoria

Esperamos que la futura Ley de Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia en la Comunidad de Madrid, consiga institucionalizar la implicación de otras instituciones en la red de protección a la infancia, en especial las del ámbito educativo y sanitario, un paso que nos parece importante para la potenciación efectiva de la red de protección a los menores. Dicha participación no puede tener, como única finalidad, el diagnóstico del caso, sino la asunción, cada recurso según sus competencias, de las intervenciones que la situación del menor y la familia demanden.

Mejorar el funcionamiento de los ETMF contribuirá a conseguir un instrumento idóneo para facilitar la unión de la Red pública para la atención social a los menores maltratados, logrando una coordinación adecuada para un trabajo complejo, ante situaciones para las que realmente, muchas veces, no existen soluciones satisfactorias para nadie.

Cuadro 1. Programas de Intervención con Menores y Familias.

PROGRAMA	OBJETIVOS
1. Equipos de Trabajo con Menores y Familias (ETMF)	
1. Equipos de Trabajo con Menores y Familias (ETMF) Un ETMF en cada Centro de Servicios Sociales con participación de los Servicios Sociales Municipales Generales y Especializados -CAI's- CTM, otras Areas municipales,	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantizar la existencia de espacios formales de coordinación de la atención a menores y familias en cada distrito municipal. ▪ Dar unidad a la atención a menores y familias. ▪ Facilitar la coordinación de la red pública para la atención a menores y familias. ▪ Facilitar la participación de otros recursos de la iniciativa social en la atención a menores y familias

Instituciones y recursos de atención a otros menores	
2. Programa de menores y familia en los centros de servicios sociales	
2. Programa de menores y familia en los centros de servicios sociales. En cada Centro de Servicios Sociales hay un Asistente Social que coordina el Programa de Menores y Familias (recursos, proyectos, intervención de los Asistentes Sociales de Zona –UTS)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Unificación de criterios de actuación y apoyo metodológico a las UTS para la intervención social con menores y familias ▪ Conocimiento global de la situación de los menores en el distrito Analizar datos y proponer recursos ▪ Coordinación de la gestión y desarrollo de proyectos ▪ Coordinación de los ETMF
3. Programas tendentes a favorecer la permanencia del menor en un entorno familiar propio o alternativo, evitando la institucionalización	
3.1. Servicios sociales especializados para la atención a la infancia (centros de atención a la infancia -CAI's-). Actualmente hay 5 Centros especializados, territorializados, que dan cobertura a los 21 distritos. Los integran Psicólogos y Asistentes Sociales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asesoramiento y apoyo a los Servicios Sociales Generales. ▪ Intervención especializada con los menores y sus familias. ▪ Participación como recurso especializado en los ETMF. ▪ Abordaje interdisciplinar de las problemáticas planteadas.
3.2. Programa de acogimiento familiar en familia extensa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo al seguimiento de acogimientos familiares con familia extensa en los distritos.
3.3. Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ofrecer apoyo doméstico a familias con menores, favoreciendo su permanencia en el núcleo de convivencia.
3.4. Programa de Ingreso Madrileño de Integración (IMI). Comunidad de Madrid -Ayuntamiento de Madrid.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cubrir las necesidades básicas de la familia y promover el desarrollo personal y social de sus miembros.
3.5. Programa de Ayudas Económicas; escuelas infantiles, becas comedor, campamentos...	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ofrecer apoyo económico (periódico, puntual o de emergencia) a familias que carecen de recursos para satisfacer las necesidades básicas del menor
4. Programas de asesoramiento y formación de los padres para un mejor ejercicio de su función protectora	
4.1. Servicio de Educación Familiar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyar a las familias en sus funciones parentales, mediante el desarrollo de habilidades y competencias
4.2. Programa de Formación para Padres: Escuela De Padres	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ofrecer a los padres información y formación sobre aspectos relacionados con las funciones parentales
4.3. Servicio de Orientación Jurídica (SOJ)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitar asesoramiento jurídico verbal sobre cualquier tema de Derecho a aquellas familias que lo demanden en los Servicios Sociales municipales y apoyo psicosocial y jurídico, en casos de separación y/o divorcio.
5. Programas tendentes a la formación en valores, socialización y prevención de conductas xenófobas y violentas en menores y jóvenes	
5.1. Programa de Ocio Positivo para Niños: Ludotecas (6 a 13 años)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar, a través de actividades lúdicas, actitudes y valores positivos en los menores.
5.2. Programa para adolescentes: promoción del desarrollo personal y social. espacio joven (14 a 17 años)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fomentar en los adolescentes, a través de actividades grupales, el desarrollo de valores y actitudes personales positivas, favoreciendo su relación con iguales y su integración social.
5.3. Centros de Día: - Fundación Rosalía Rendú - Mensajeros de La Paz	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Facilitar espacios de convivencia a menores en dificultad social para la adquisición de hábitos y conductas que favorezcan su desarrollo integral
5.4. Servicio de educación de calle	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyar el proceso de socialización de los menores desde la educación no formal.

5.5. Prevención y apoyo en el ámbito de la escuela: 5.5.1. Seguimiento del absentismo escolar 5.5.2. Plan específico de compensación educativa zona sureste 5.5.3. Mejora de la convivencia en la escuela "Convivir es vivir"	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la escolarización y asistencia regular a la escuela de menores de 6 a 16 años. • Apoyo a distritos con especiales necesidades socioeducativas. • Prevenir la violencia en la escuela.
5.6. Programas de Prevención de Drogodependencias en el Ámbito Educativo (Plan Municipal contra las Drogas – PMCD -): - Programa de prevención del alcoholismo juvenil. - Programa integral de prevención escolar - Programa de prevención de drogodependencias en centros escolares de la Comunidad de Madrid.	<ul style="list-style-type: none"> • Implantar la prevención del consumo de alcohol y de otras drogas en centros educativos del municipio y de la Comunidad de Madrid, mediante acciones dirigidas al conjunto de la comunidad educativa: <ul style="list-style-type: none"> – Profesores – Padres – Alumnos – Otros mediadores sociales.
6. Programas tendentes a atender situaciones de riesgo que puedan perjudicar el desarrollo personal y social de los menores	
6.1. Programas coordinados con recursos de salud: 6.1.1. Programa para la detección del riesgo social en neonatología 6.1.2. Programa para la detección del riesgo social en menores	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer atención socio-sanitaria a menores que se encuentran en situación de grave riesgo: carencia o inadecuación de cuidados físicos, inadecuado desarrollo emocional o social... • Coordinación de actuaciones y recursos para menores en riesgo.
6.2. Intervención con Menores del Plan Municipal contra las Drogas (PMCD)	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar precozmente y prevenir el consumo de drogas en menores que están en situación de riesgo. • Ofrecer a los menores drogodependientes un tratamiento adecuado a su momento evolutivo. • Informar y asesorar a familias, educadores y otros mediadores sociales sobre temas relacionados con las drogodependencias.
6.3. Servicio de Intervención Psicosocial para Mujer con Hijos en Pisos Tutelados	<ul style="list-style-type: none"> • Dotar a las mujeres con cargas familiares no compartidas y en situación de grave dificultad social de los recursos necesarios. • Fomento de autonomía personal. • Inserción social.
7. Programas destinados a atender situaciones de emergencia	
7.1. Servicio de Información Telefónica y Atención De Emergencias (SITADE)	<ul style="list-style-type: none"> • Informar telefónicamente e intervenir en situaciones de emergencia con menores y familias fuera del horario de funcionamiento de los Servicios Sociales municipales.
7.2. Unidad Móvil de Emergencia Social (UMES).	<ul style="list-style-type: none"> • Atender con carácter de urgencia a menores y familias en la calle, hasta su derivación a los servicios competentes.
7.3. Centro de Estancias Breves	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar un lugar adecuado temporal a mujeres con o sin hijos menores a su cargo en situación de especial necesidad (mientras se tramita el recurso adecuado para su problemática)
8. Programa de apoyo a la iniciativa social	
8.1. Apoyo a la Iniciativa Social que Desarrolla Proyectos con Menores y Familias (Convocatoria anual de subvenciones)	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer apoyo económico y orientación técnica a proyectos de la iniciativa social que complementan el trabajo con menores y familias que desarrollan los Servicios Sociales municipales.
9. Programas de apoyo a otros colectivos	

9.1 Integración de Familias Inmigrantes con Menores	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar un acercamiento a la población inmigrante residente en el municipio de Madrid para detectar sus necesidades, proporcionándoles información sobre los recursos sociales que den respuesta a las mismas, y facilitar su participación en la vida comunitaria.
9.2. Actuaciones con otros Colectivos: - Minusválidos - Minorías étnicas	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo al trabajo social con otros colectivos (sin programa específico en el Area de Servicios Sociales).
10. Programas de apoyo a la mujer	
<ul style="list-style-type: none"> • Pisos tutelados (ver 6.3.) • Centro de estancias breves (ver 7.3.) • Actividades en coordinación con la Dirección General de la Mujer. • Actividades de coordinación con otras Areas Municipales. • Actividades de acción frente a la prostitución y Centro de Día. • Formación para mujeres. 	

Índice

Introducción
 Comisión de Tutela del Menor
 Acogimiento Familiar
 Adopción
 Atención Residencial

Introducción

El sistema de protección de menores que estaba basado en la Obra de Protección de Menores de 1948 ha experimentado profundos cambios en los últimos años derivados de:

1. Aprobación de la Constitución Española de 1978
2. Legislaciones y Tratados internacionales aprobados y publicados por la Cortes que forman parte de nuestro ordenamiento jurídico, fundamentalmente, la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas de 1989 ratificada por el Parlamento Español y entro vigor el 5.enero.1991.
3. Cambios normativos con la *Ley 21/87 de 11 de noviembre* que modifica artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal introduciendo un marco normativo moderno de protección a la infancia y otros la más reciente la *Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor*.
4. Responsabilidad de las Comunidades Autónomas y normativas de las respectivas comunidades.
5. Desarrollo de los servicios sociales con cambios en equipamientos y servicios, mayor especialización de los profesionales y transformación de la atención residencial convirtiéndose en un sistema moderno de atención social según los derechos, necesidades, bienestar e integración de la infancia (Cuadro 1).

Cuadro1. Cambios en el sistema de atención social a la infancia

Pater familias	→	Derechos
Proteccionismo	→	Necesidades
Beneficencia	→	Bienestar
Segregación	→	Integración

Los servicios sociales se han desarrollado fundamentalmente en nuestro país a raíz de la Constitución 1978 que si bien no define claramente el concepto de asistencia social o servicios sociales si los enmarcan como un *derecho* dentro de un Estado social.

El Texto Constitucional (art. 148) faculta a las *Comunidades Autónomas* a asumir en materia de asistencia social competencias plenas, por lo que a través de sus leyes y políticas desarrollan la atención social, general y especializada, como es el caso de la infancia en situación de riesgo social.

La participación de *equipos multiprofesionales* y la *coordinación* de los diferentes dispositivos de atención y el trabajo en red es otro de los principios básicos de la actual atención social, lo que ha supuesto la incorporación de profesionales de otros campos (educación, psicología, medicina,...) y una especialización (Fiscal de Menores, Grupo de Menores de la Policía, servicios sociales especializados,...).

Por último, se ha producido una implicación de los ciudadanos asumiendo los individuos y la comunidad (ONGs y Asociaciones) sus responsabilidades en cuanto bienestar propios y de su comunidad; definiendo sus necesidades; se organizandose y ayudando para buscar soluciones y movilizar recursos

Comisión de Tutela del Menor

Corresponde a los administraciones públicas adoptar las medidas administrativas, legislativas, sociales, sanitarias y educativas apropiadas para proteger al niño primando el interés superior del menor y, siempre que fuera posible procurando no separarlo de su entorno sociofamiliar.

La Comunidad de Madrid para poder poner en práctica la Ley crea el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF) organismo dependiente de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales para dar una respuesta global e integradora a las necesidades de la infancia , especialmente a los más desfavorecidos.

◆ Fines

La Comisión de Tutela del Menor (CTM) es un organo colegiado del IMMF que ejerce las funciones conferidas en la Ley 21/87 de velar por los intereses de los menores en situación de desamparo y/o de riesgo, de manera inmediata y procurarles las medidas necesaria para asegurar su adecuada atención.

La organización y disposición de los servicios de la CTM se conforman en torno a cuatro líneas:

- prevalencia del interés superior del menor.
- preferencia de las medidas normalizadoras e integradoras.
- coordinación institucional.
- prevención.

El sistema de protección de menores no pueda limitarse a actuar ante situaciones evidentes de desamparo, sino que concede la mayor importancia a las *acciones preventivas*, proyectadas hacia el medio sociofamiliar en el que se desenvuelve la vida de los niños, que se concretan, entre otras, en:

- sensibilización hacia sus problemas y necesidades de desarrollo,
- actuación temprana de los dispositivos de atención (salud, escuela, servicios sociales, etc.) para la detección de riesgos y que estos no se consoliden en desprotección, buscando una coordinación entre redes y servicios.

La CTM asume en la Comunidad de Madrid la tutela de los menores que se encuentren en situación de desamparo y/o situación de riesgo, así como la guarda en los términos establecidos en el Código Civil.

◆ Conceptos

Desamparo: es la situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material.

Tutela Automática: la asume la CTM sin necesidad de intervención judicial previa, posibilitando la intervención de urgencia, cuando la situación lo requiera, correspondiendo la superior vigilancia al Fiscal. Esta tutela tiene carácter provisional y se mantendrá mientras subsistan las causas que determinaron la intervención.

Guarda: La Entidad Pública asumirá la guarda en tres supuestos concretos cuando:

- un menor se encuentra en situación de desamparo, en cuyo caso asumirá también la tutela .
- fuera solicitado por los titulares de la Patria Potestad justificando circunstancias graves y transitorias para no poder atender al menor.
- lo acuerde el Juez.

La guarda podrá confiarla al Director de un Centro o a las personas que lo reciban en Acogimiento.

◆ Actuación de la CTM.

La apertura de un expediente se inicia en la CTM por la recepción de un informe donde se describe la situación de desamparo y/o riesgo que pueda estar padeciendo un menor y en el que deberán incluirse los hechos e incidencias respecto a un caso que se vayan produciendo. Recibida la documentación en la Secretaría de la CTM y una vez dado registro de entrada, se da traslado al Vicepresidente que:

- acuerda alguno de los siguientes procedimientos: - constitución de tutela.
- asunción de guarda.
- diligencia informativa.
- encomendará los expedientes a los Vocales Comisionados en virtud de criterios de actuación territorial de conformidad con la zonificación de los Servicios Sociales. Todos los expedientes que se tramiten tendrán carácter personal
- se reservará la instrucción de los expedientes de aceptación de ofrecimientos de acogimiento o adopción de un menor, para lo que, recibirá apoyo técnico y administrativo del Equipo Técnico de Acogimiento Familiar y Adopción.

◆ Funcionamiento ordinario CTM (Cuadro 2).

La Comunidad de Madrid está dividida en dos Zonas al frente de cada cual hay un Vocal Comisionado de la CTM que tiene adscrito para el apoyo técnico y cumplimiento de sus funciones un Equipo Técnico formado por distintos profesionales (pedagogos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, licenciados en derecho).

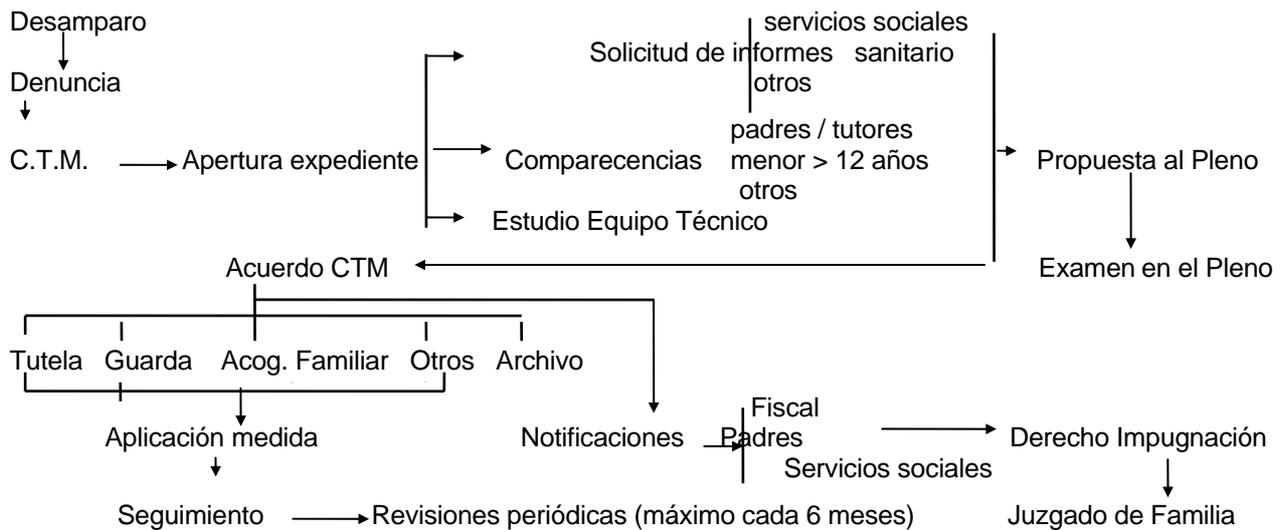
Los Equipos Técnicos se responsabilizarán por encargo del Comisionado de la instrucción y seguimiento de los expedientes que se tramiten en relación a menores domiciliados en su zona de referencia.

El Pleno de la CTM se reúne con una periodicidad de una vez semanal con un Orden del Día prefijado y cuantas veces se convoque extraordinariamente si hubiera expedientes que resolver.

La instrucción del expediente supone la responsabilidad sobre el mismo hasta completar los datos necesarios para la elaboración de la propuesta de *Acuerdo de la CTM*, que incluye, entre otras tareas:

- serán oídos en el expediente las partes implicadas: padres, tutores y demás familiares que puedan aportar información sobre la situación del menor.
- Será oído el menor si es mayor de doce años o menor si puede dar su propia explicación de la situación.
- solicitud de informes complementarios o nuevos a los servicios sociales, centros sanitarios, colegios, y demás instituciones que pudieran aportar información sobre el menor y su situación sociofamiliar.
- solicitud de información sobre filiación e identidad del menor.
- coordinación de actuaciones con otras Instituciones que estén trabajando con el menor y su familia.
- valoración de la información obrante en el expediente y formulación de una propuesta de intervención
- seguimiento de los acuerdos del Pleno de la CTM.

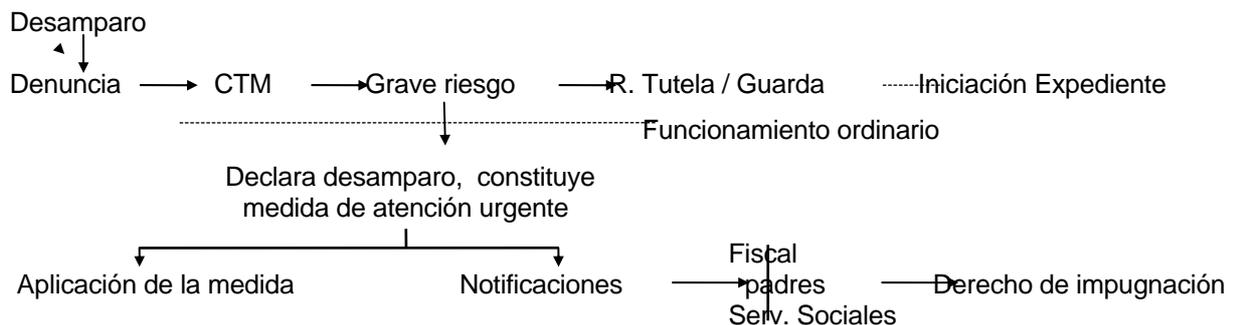
Cuadro 2. Funcionamiento ordinario de la CTM.



◆ Procedimiento de Urgencia (Cuadro 3).

Cuando de la información se deduzca una situación de desamparo con riesgos inminentes que exijan una intervención urgente podrá resolverse mediante *Resolución Urgente del Vocal Comisionado* la medida de Tutela Urgente o Guarda Urgente, pudiendo recoger al menor de inmediato y separado temporalmente del núcleo sociofamiliar, continuando seguidamente con la instrucción del expediente como si de un caso ordinario se tratara. En la instrucción se tratará de comprobar la situación real en que se encontraba el menor y las posibilidades que existen de retorno a ese núcleo. En todo caso, se deberá elevar una propuesta al Pleno para ratificar la medida adoptada por la Resolución de Urgencia.

Cuadro 3. Funcionamiento urgente



En ningún caso la instrucción de un expediente deberá superar el período de tres meses. Debiéndose solicitar por el Comisionado una prórroga de dicho plazo al Pleno de la Comisión, el cual podrá acordarla por el tiempo máximo de un mes, sin posibilidad de nuevas prórrogas.

Transcurridos dichos plazos, sin haber recaído decisión sobre el expediente pasará sea cualquiera su estado de instrucción a examen de la Comisión, la cual resolverá lo que proceda en cuanto al motivo del expediente y las causas de su retraso.

Dentro de los Acuerdos que puede adoptar el pleno de la CTM se encuentran:

- asumir la tutela
- asumir la guarda

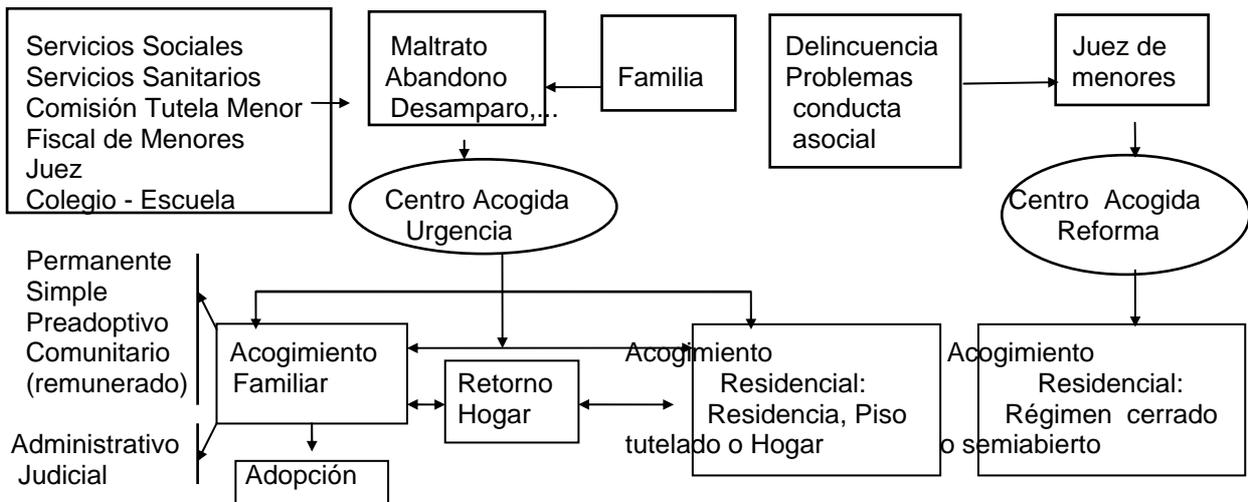
- acogimiento familiar administrativo: cuando existe consentimiento de los padres (suele ser con familia extensa)
- acogimiento familiar judicial: sin consentimiento:
 - con familia extensa
 - con familia seleccionada por la Unidad de Acogimientos familiares y Adopciones
- promover la adopción

El niño puede ser atendido fuera de su ambiente familiar biológico en régimen de:

- Acogimiento familiar
- Adopción
- Acogimiento residencial

El acogimiento familiar, la adopción y la atención residencial son recursos en el sistema de atención social y protección a la infancia (Figura 3).

Figura 3. Sistema de Protección: Casos graves que requieren separación de su ambiente familiar

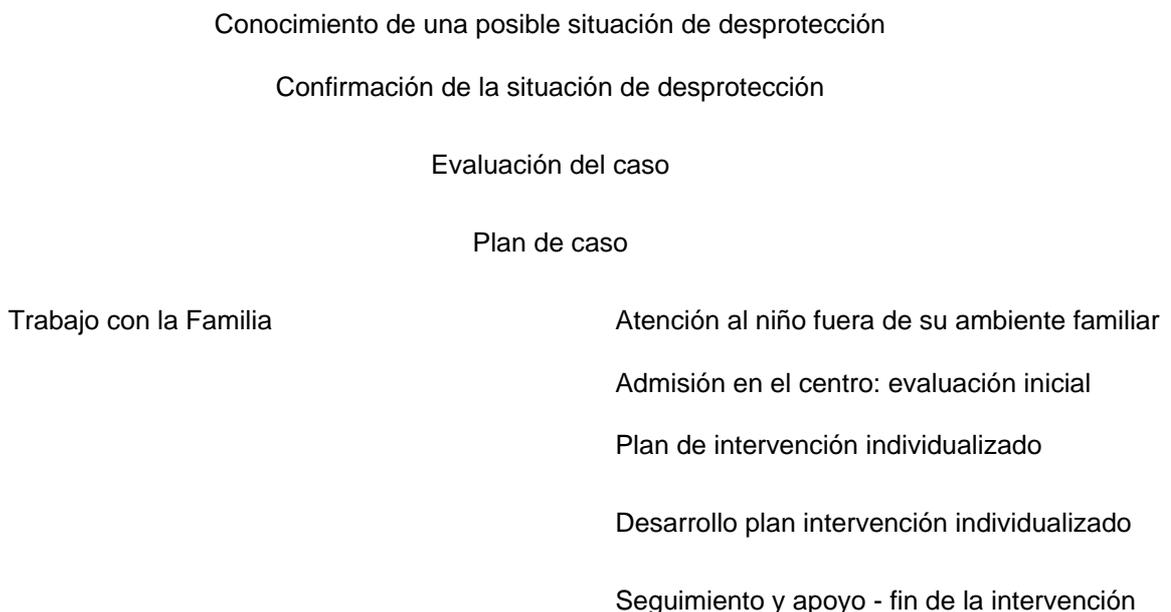


En los casos de niños con problemas de delincuencia / conducta asocial su ingreso en una institución debe estar ordenado por un Juez de Menores que puede considerar según su falta su atención en régimen cerrado o semiabierto en el que puede tener salidas.

◆ Proceso de intervención. Plan de caso

La intervención debe considerar la primacía del interés superior del niño y contemplar un proceso con diferentes fases (Figura 4)

Figura 4 . Proceso de intervención



Acogimiento Familiar

El acogimiento familiar consiste en otorgar la guarda de un menor a un núcleo familiar con la obligación de integrarlo en la vida familiar.

El acogimiento familiar se puede clasificar según:

- **Duración:**
 - *Simple*: tiene una duración determinada
 - *Permanente*: tiene una duración indefinida y se prevé prolongada
 - *Preadoptivo*: sin previsión de retorno a su familia de origen y la finalidad última es ser adoptado
- **Actitud de los padres ante el acogimiento:**
 - *Administrativo*: los padres consiente en el acogimiento y se formaliza a través de un contrato por la propia Administración.
 - *Judicial*: los padres no consienten o están en paradero desconocido y debe acordarse por el juez.
- **Otras posibilidades de Acogimiento familiar:** *Acogimiento familiar Comunitario* cuando es un acogimiento simple administrativo con una duración determinada y remunerado.

Acogimiento Familiar Administrativo: se trata de otorgar temporalmente la guarda de un menor a personas actuando como intermediaria la Entidad Pública, debiendo concurrir para ello la voluntad de:

- Comisión de Tutela del Mneor (Entidad Pública)
- padres no privados de patria potestad o tutor
- acogedores
- menor mayor de 12 años

Se formaliza por escrito un documento constando el consentimiento de todas las partes y cuantos aspectos se consideren necesarios para su eficacia y garantía siendo el responsable del seguimiento la Entidad Pública, correspondiendo al Ministerio Fiscal la Superior Vigilancia.

El cese del Acogimiento se produce cuando lo soliciten:

- los acogedores
- los padres o tutores
- o por decisión judicial

Acogimiento Familiar Judicial: Puede ser promovido por el Ministerio Fiscal o la Entidad Pública y se produce cuando existe oposición de esta medida por parte de quienes ostentan la patria potestad del menor, acordándolo el Juez en interés del menor.

El Juez recaba el consentimiento de la Entidad Pública, si no fuera promotora del expediente, el de la personas que van a acoger al menor y del menor mayor de 12 años.

Se realizarán audiencias de los padres no privados de la Patria Potestad y los menores de 12 años que tuvieran suficiente juicio.

Por auto judicial se reflejará la propuesta de la Entidad Pública, en su caso, debiendo constar los consentimientos y todos aquellos aspectos que se consideren necesarios para su eficacia y garantía siendo el responsable del seguimiento de la medida la Entidad Pública y la superior vigilancia le compete al Ministerio Fiscal.

El cese del Acogimiento se produce por decisión judicial.

Adopción

La *adopción*: consiste en que, por medio de una decisión judicial, se produce entre adoptantes y adoptado un vínculo de filiación, al mismo tiempo que desaparecen, salvo excepciones, los vínculos jurídicos entre adoptado y su familia anterior

El expediente se inicia a partir de la propuesta de la Entidad Pública al juez, salvo los supuestos contemplados por la Ley en que los interesados podrán solicitarlo directamente al juez.

La adopción se constituye por resolución judicial.

Tienen que consentir:

- el adoptante o adoptantes
- el adoptando mayor de 12 años

y deben asentir:

- el conyugue del adoptante salvo separación legal por sentencia firme o separación de hecho que conste de mutuo acuerdo fehacientemente.
- los padres del adoptando, salvo en casos de privación de patria potestad o emancipación del adoptando. No podrá la madre del adoptando antes de los 30 días después del parto.

Todas las medidas que se adopten en el ejercicio de la tutela y guarda de menores estarán orientadas en beneficio e interés del menor y sometidas a los siguientes principios de actuación:

- se potenciarán los tratamientos preventivos, actuando sobre las causas que puedan originar la desestructuración familiar y el desamparo de los menores.
- se propiciará la integración y normalización de la vida del menor en su medio social.
- se procurará limitar temporalmente la intervención administrativa favoreciendo la atención al menor en la propia familia siempre que sea posible.
- en caso necesario se facilitará a los menores recursos alternativos a su familia que garanticen un medio idóneo para su desarrollo integral, adecuada evolución de su personalidad y atención educativa, procurando mantener la convivencia entre hermanos.

Acogimiento Residencial.

Una de las intervenciones necesarias puede ser la separación de un niño de su ambiente familiar de forma *provisional* en tanto se valoran / solucionan las circunstancias familiares y sociales o de forma *definitiva* si se determina la imposibilidad de recuperación de su núcleo familiar o como forma de prevención de la repetición de los malos tratos o la imposible o inadecuada atención por los padres o cuidadores.

Los centros de menores tenían las características de grandes centros masificados, desarraigando al niño de su medio, provocando una situación de despersonalización, con separación de niños por edades y sexos disgregando a miembros de la misma familia, régimen autoritario, relaciones centradas y cerradas al centro, alta mortalidad infantil que se mantuvo hasta finales de la década de 1950 que condicionaba la concepción sanitaria de estos centros y sin objetivos definidos.

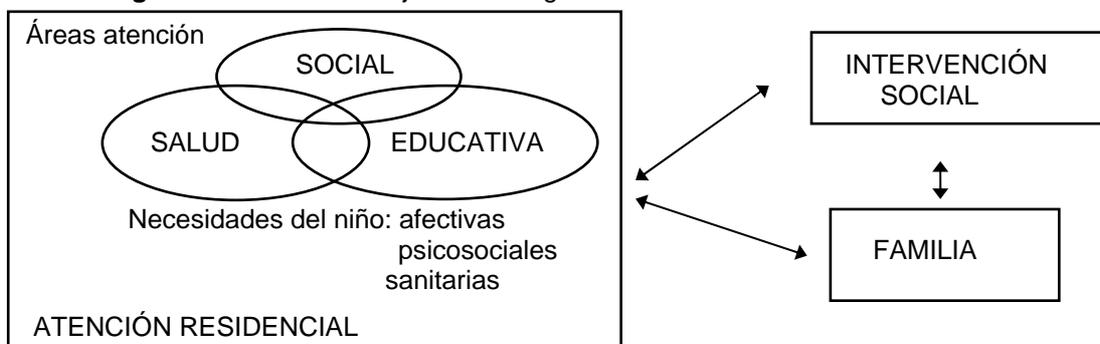
Los cambios en el sistema de atención social a la infancia afectaron también a los centros y a los niños atendidos (Tabla 4)

Tabla 4. Características de las instituciones

Antiguas	Instituciones	Actuales
Ingresos poco discriminados		Recurso social para casos necesarios
Institución grande y cerrada		Pequeños centros abiertos
Educación como instrucción		Educación integral y normalizadora
Atención benéfica y poco profesionalizada		Profesionalización (equipos, educadores)
Graves problemas de salud		Educación para la Salud

El trabajo en estos centros se desarrolla en equipo multidisciplinar en las áreas educativa (educadores, psicólogo), social (trabajador social), sanitaria (médico, ATS) y el marco (centro) en que viven, considerando y trabajando las causas que dieron origen a su ingreso en el centro mediante el trabajo con la familia y otras intervenciones que se estimen necesarias (Figura 2).

Figura 2. Áreas de trabajo en el Acogimiento Residencial



Los centros de acogimiento residencial realizan una intervención social y familiar y ofreciendo una atención al niño según sus necesidades:

- afectivas:
 - marco de vida organizado, estabilidad de las personas que le cuidan y del entorno físico
 - respeto a su historia familiar

- psicosociales: - ofrecer una alternativa de vida normalizada
 - adecuada reinserción social
- sanitarias: - atención a la salud
 - educación para la salud

En la actualidad, para que un niño sea atendido en una residencia de menores requiere que:

1. Los servicios sociales, sanitarios,..., detectan un caso de maltrato o abandono tipificados como situación de desamparo no pudiendo el niño permanecer en su familia ante el riesgo que supone.
2. La propia familia solicite su atención en un centro ante un problema que impide la correcta atención en su medio familiar.

El niño puede estar en régimen de:

- *guarda*, cuando la tutela la tienen los padres que firman un contrato en el que especifican las causas que dan lugar a su atención en la residencia y el tiempo que se establece junto con cuantas cláusulas se consideren oportunas por ambas partes.
- *tutela*, cuando la tutela la tenga la administración

Acordar una medida de internamiento debería producirse siempre que otros recursos más integradores hayan fallado, o bien ante la solicitud de quienes ostentan la potestad sobre el menor por el menor tiempo posible, justificando siempre circunstancias graves y transitorias que impiden que el menor conviva con su núcleo sociofamiliar.

El Centro no debe ser un lugar de "castigo" para los menores "cuando los padres no se han portado bien con él". El Centro debiera ser el lugar donde vive un niño mientras se trabaja con la familia o se encuentra otra alternativa más idónea para el menor (AF,...). asumiendo plenamente su carácter educativo en cuanto "intervención para favorecer el desarrollo".

Índice

- Introducción
- Papel del policía en el maltrato infantil
- Papel del agente de policía en situaciones de emergencia
- Papel del agente de policía en la prevención

Introducción

Los agentes de policía juegan un papel fundamental en el proceso de detección de casos de maltrato infantil. Los agentes de policía son:

- los profesionales o servicios de protección a la infancia más conocidos por la población general,
- fácilmente identificables,
- normalmente son al que acuden los profesionales y ciudadanos en primer lugar y
- la cobertura permanente de su servicio a disposición de los ciudadanos, pudiendo responder de manera rápida, casi inmediata, a cualquier solicitud y en todo momento.

El objetivo y la función primordial que cumple la policía es el encargarse de asegurar el bienestar de los ciudadanos defendiendo su integridad proporcionando seguridad y protección, siendo los niños el sector de población más vulnerable y desprotegido.

Papel del policía en el maltrato infantil

La intervención de las Fuerzas de Orden Público - Policía Nacional, Policía Local y Guardia Civil - se puede producir para:

- recoger testimonios y pruebas dirigidas a verificar o refutar la existencia de un delito o falta hacia un menor o falta por parte de un menor
- adoptar las medidas de protección / control / sanción y la derivación del caso al Sistema Judicial o de Protección Infantil si es pertinente
- detectar niños que viven en circunstancias familiares y sociales de riesgo
- detener a menores sin domicilio estable
- recoger notificaciones o denuncias de ciudadanos, profesionales, instituciones, padres, menores, etc., relativas a niños en situación de riesgo o desprotección
- proteger y apoyar a los técnicos de los servicios de protección a la infancia en la ejecución del procedimiento y de medidas administrativas cuando hay o se prevee oposición de los padres o, en su caso, trasladar al menor tutelado al centro de destino.

El Grupo de Menores de la Policía Judicial (GRUME) es un equipo especializado en la problemática de la infancia y la adolescencia que interviene en las siguientes áreas:

- *Protección*: intervención con menores víctimas de delitos o faltas o abandono o cualquier otra situación en la que sea necesaria una actuación de protección al menor de dieciocho años:
 - * desamparo y/o abandono
 - * malos tratos agresiones, abusos sexuales o contra la libertad sexual
 - * utilización de menores para la mendicidad
 - * control e investigación de fugas tanto del domicilio como de centros de acogimientos residencial
 - * colaboración con la Comisión de Tutela del Menor en mandamientos de entrada para hacer efectivas las tutelas asumidas por dicho organismo
- *Reforma*: intervención con menores autores de delitos o faltas tipificadas en el Código Penal hasta los dieciséis años
- *Coordinación* con Juzgados de Menores - Fiscalía de Menores - Juzgados de Instrucción y Juzgados de Primera Instancia y Familia.

Las funciones de:

- verificar si un menor ha sido víctima o no de una situación de maltrato, y
- adoptar las medidas protectoras urgentes en caso necesario,

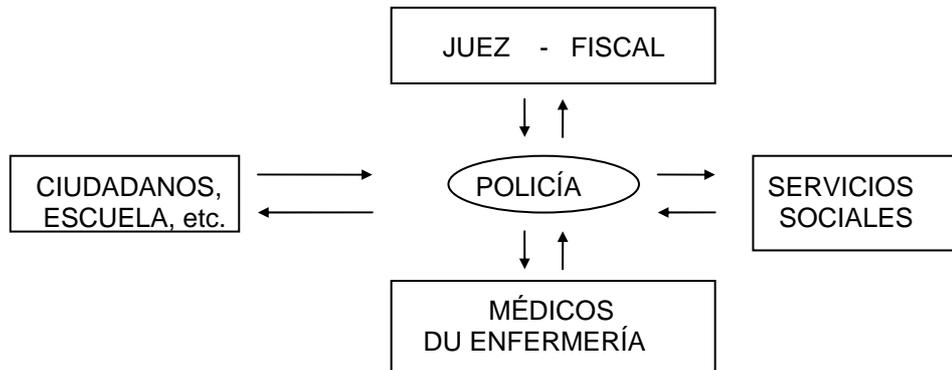
coinciden con las que corresponden a los Servicios de Protección de Menores en cuanto a objetivos de la actuación y el momento en que se llevan a cabo.

Por ello, la coordinación de las actuaciones de ambos servicios es absolutamente necesaria, así como la flexibilidad necesaria para adaptarse a las necesidades particulares de cada caso.

La actuación en casos de maltrato infantil de las Fuerzas de Orden Público en general y del GRUME se caracteriza por:

- Intervención puntual, no seguimiento de los casos cuya competencia asumen los servicios sociales.
- Atención prioritaria y permanente al menor en servicio de veinticuatro horas
- Traslado a centros sanitarios si existen lesiones
- Retirada del menor del contexto familiar e ingreso en Centro de Acogida de Protección o entrega a familiar distinto del autor de los malos tratos
- Investigación del caso de malos tratos: autor, obtención de pruebas, toma de declaración,...
- Coordinación con otros dispositivos de atención educativa, sanitaria, servicios sociales, judiciales, asociaciones y ONGs., etc.

Cuadro 1. Relaciones de la policía en casos de maltrato infantil



Debe existir una colaboración estrecha con los **servicios sociales** por:

- la finalidad de informar de un caso no es castigar al perpetrador sino proteger la niño y facilitar la actuación sobre las causas (factores de riesgo)
- es importante evitar la duplicidad entre la investigación judicial y la de los servicios sociales
- intervenciones con menores que también tiene carácter preventivo: identificando y comunicando a los servicios sociales situaciones de riesgo
- el trabajo cotidiano de muchos policías implica el contacto y la intervención directa con casos cuya problemática puede favorecer que se produzcan o puede hacer sospechar que es posible que ya se este produciendo en situaciones de marginación social como: violencia familiar, delincuencia, toxicomanías, pobreza extrema, etc.

Así mismo debe existir una colaboración con los **servicios sanitarios**:

- recogida del parte de lesiones para su remisión al Juez de Guardia, lo que implica dar a conocer la existencia de un niño con posibles lesiones producidas por maltrato infantil
- solicitud de reconocimiento médico a efecto de determinar posibles lesiones debidas a malos tratos
- dentro del proceso de investigación, dentro de los límites del secreto profesional, solicitud de información relativa a circunstancias de riesgo o de existencia de maltrato infantil.

La colaboración con el **dispositivo escolar**:

- patrullaje en zonas escolares para detectar niños que no son recogidos por sus familias, menores que en horario escolar no están en el colegio,...
- puntos de consumo de drogas, consumo y venta de alcohol a menores de 16 años, ...

La actuación con el **sistema judicial** :

- obtener la información solicitada por el Juez o el Fiscal
-

Papel del agente de policía en situaciones de emergencia

La integridad física y mental de un niños e, incluso su vida, se encuentran en grave peligro

- contactar inmediatamente con la Comisión de Tutela del Menor como servicio de protección infantil
- si existe un peligro inminente y real para la vida del niño y las condiciones no permiten ese contacto inmediato el agente de policía esta capacitado para sacar al niño de su hogar familiar aun en contra de los deseos de sus padres, debiendo acudir posteriormente al Juzgado de Guardia o al Fiscal.

La retirada de los menores, sin ser claramente una actividad policial, se puede considerar como cualquier otro servicio dentro las funciones sociales que esta Corporación realiza. Intervención que por la propia

dinámica del servicio y por el resultado traumático del hecho de separar a los hijos de sus padres puede llegar a ser extremadamente peligrosa.

Papel del agente de policía en la prevención

Las Fuerzas de Orden Público no solo intervienen cuando los hechos ya se han producido sino que tienen un importante papel en la prevención del maltrato infantil a través de:

- identificar situaciones de riesgo y comunicarlo a los servicios sociales, prestando una atención especial y continuada a dichos casos
- potenciar y participar de manera activa en actividades comunitarias dirigidas a la prevención

Indice

Introducción
 Papel del Fiscal
 El menor víctima de otro menor
 Menores agresores en el seno de la familia
 El menor en las crisis familiares
 Fiscal e intervención sanitaria
 Comunicación al Fiscal

Introducción

El Ministerio Fiscal es la Institución constitucionalmente encargada de promover la acción de la justicia, y en concreto la Institución llamada a la defensa de aquellas personas que no pueden valerse por sí mismos, como ocurre con los menores que no han alcanzado su plena capacidad de obrar. La Constitución en el artículo 124

La Ley 21/87 que modificó el código civil, la protección de menores descansa en las "entidades públicas de protección de menores" de cada Comunidad Autónoma, por traspaso del Estado de estas competencias (en Madrid, residen en la Comisión de Tutela del Menor del Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Consejería de Salud y Servicios Sociales), que las ejercen bajo la "superior vigilancia del Ministerio Fiscal" en redacción del art. 174 del código civil.

El Fiscal ocupa legislativamente una posición ciertamente privilegiada ya que está presente en los distintos ámbitos del ordenamiento jurídico que contemplan:

- la situación de menores desprotegidos, desamparados o en situación de riesgo
- en el ámbito de protección de menores al Fiscal corresponde la superior vigilancia de la actuación de la Administración Autonómica (Art. 174 del Código Civil)
- de menores víctimas de delito el Fiscal interviene en el proceso penal ejercitando la acción penal, solicitando la represión del delito y pidiendo que se adopten las medidas permitidas por nuestra legislación penal en beneficio del menor

La Ley Orgánica 1/96 de protección jurídica del Menor, abunda en esta regulación, perfilando las instituciones jurídicas ya existentes (como es el caso del acogimiento o la adopción internacional), o creando otras nuevas como la que regula la "situación de riesgo".

- Tutela: - "ex lege" por desamparo y guarda
 - ordinaria
- Acogimiento
 - a. Por el modo de constituirse: - Administrativo
 - Judicial
 - b. Por los objetivos: - Simple
 - Permanente
 - Provisional
 - Preadoptivo
- Adopción
 - Adopción internacional
- Administración de los bienes de los menores
- Declaración administrativa de riesgo

Cuadro 1. Acciones de protección civil del menor

El Fiscal según el artículo 3.7 de su Estatuto Orgánico tiene atribuida la función de "asumir o en su caso promover la representación y defensa en juicio y fuera de él de quienes por carecer de capacidad de obrar o de representación legal, no puedan actuar por sí mismos, así como promover la constitución de los organismos tutelares que las leyes civiles establezcan y formar parte de aquellos otros que tengan por objeto la promoción y defensa de menores y desvalidos".

Papel del Fiscal

El Ministerio Fiscal tiene, entre otras, atribuidas por ley la defensa de los derechos de los menores desde:

♦ La necesaria **intervención legal** de los Fiscales en los procesos penales por maltrato a menores, o en los que pueda derivarse riesgo para los menores y en los procesos civiles del derecho de familia (patria potestad, tutela, guarda, acogimiento, adopción, separación, divorcio o nulidad en la que existan niños menores ...) hacen del Fiscal que sea una pieza fundamental en la intervención contra el maltrato, pues el Fiscal puede instar ante los Órganos Judiciales que se adopten medidas de protección de los menores (art. 13 Ley de Enjuiciamiento Criminal, art. 158 del Código Civil) e incluso instar la privación de patria potestad o la extinción de la tutela o guarda del menor.

Tipos penales aplicables. Código penal LO. 10/95

Artículos	
220, 221, 222	suposición de parto, la alteración de la paternidad, estado o condición del menor
226 a 233	quebrantamiento de los deberes de custodia y la inducción al abandono del domicilio familiar, abandono de familia y niños
227	impago de pensiones a favor también de los hijos menores
231.1, 231.2	explotación y mendicidad de menores
148.3	malos tratos regulado en los artículos de las lesiones y en concreto las lesiones a menores de 12 años
153	malos tratos habituales
138, 139	delitos contra la vida o la integridad física de los menores en los tipos generales como el homicidio y asesinato
617	diversas faltas por el déficit del ejercicio de sus obligaciones por parte de padres o tutores mediante malos tratos
622	quebrantamiento de las resoluciones respecto a menores
180.3, 180.4	tipos penales que protegen la libertad sexual
181,182,183	abusos sexuales
184	acoso sexual
187,188,189	exhibicionismo y provocación sexual y relativos a la prostitución
189,191	facultan al Ministerio Fiscal para proceder en muchos de estos delitos, al tratarse de menores víctimas, para el ejercicio de la acción punitiva, y para instar la privación de la patria potestad, acogimiento o tutela.

Para el ejercicio de esta competencia el Fiscal puede ejercer delante de los tribunales civiles y penales las acciones necesarias para la protección de los menores, así como para la defensa de sus intereses. También podrá solicitar la intervención de la Comisión de Tutela del Menor y otros organismos y entidades con la finalidad de que se realicen las medidas adecuadas para la protección de los menores

♦ La Ley Orgánica 4/1992 de 5 de junio les ha atribuido también la **función de instruir** (dirigir la investigación y recogida de las fuentes de prueba) los expedientes por infracciones penales cometidas por los menores de edad comprendidos entre los 12 y los 16 años, así como la de solicitar la imposición de las medidas procedentes en cada caso, garantizando siempre el ejercicio de sus derechos por parte de los menores

♦ El Fiscal tiene entre sus **funciones de vigilancia** de los menores sujetos a medidas de protección y las de representar a los menores y desvalidos, siendo el órgano del Estado para actuar tanto en el proceso de toma de decisión para instar la actuación judicial como en la ejecución de dicha decisión en los procesos de intervención frente a situaciones de maltrato.

En el marco de esta importante función del Fiscal tiene encomendada la superior vigilancia de la tutela ejercida por la Comisión del Tutela de Menor respecto de los niños en situación de desamparo.

♦ (Hablar de la especialización de la Fiscalía de Menores del Tribunal Superior de Justicia de Madrid y la existencia de **Equipos Técnicos** de apoyo) y la coordinación con otros

♦ Se reclama desde este Programa la atribución de un **fuero especial a los menores**, al modo de lo previsto en los artículos 412 y 413 durante la instrucción y 702 y 703 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal durante la fase de juicio oral, para determinadas autoridades, de forma que los menores puedan declarar en su domicilio, o por escrito incluso efectuado por el secretario judicial que transcriba las manifestaciones del menor en su domicilio o lugar adecuado, y con el asesoramiento técnico que precise.

El menor víctima de otro menor

Cuando el agredido y el agresor son menores de edad entra en juego lo establecido por la Ley Orgánica 4/92 para la responsabilidad de menores que, en la actualidad, permite la intervención entre los 12 y los 16 años con amplias facultades al fiscal para llegar a soluciones a través de la mediación o la reparación extrajudicial

La Ley Orgánica 4/92 reguladora de la competencia y el procedimiento de los Juzgados de Menores:

- tiene como objetivo establecer un procedimiento para aquellos menores de 16 años y mayores de 12 que han infringido las leyes penales (Código Penal y Leyes Penales especiales)
- la interpretación sistemática de la ley es evidentemente educativa
- es una Ley limitativa de los derechos y libertades de los menores de edad penal que carecen de culpabilidad aunque infrigan tipos penales. No cometen delitos por lo que no se les puede imponer penas sino medidas.
- Las medidas restrictivas pueden afectar a los derechos fundamentales, artículos de la Constitución 17 (derecho a la libertad) y 18 (honor, intimidad y a la propia imagen)
- la intervención de equipos técnicos salvaguarda los principios constitucionales y asegura el interés superior del niño durante el proceso
- otorga al Ministerio Fiscal una serie de competencias que pueden calificarse como de protección de menores
- corresponde al Fiscal:
 - a. proponer la imposición de una medida como ...
 - b. encontrar soluciones con evidente valor en el ámbito educativo mediante la interrelación del derecho y las ciencias sociales fuera del ámbito procesal a través de la mediación o la reparación extrajudiciales como ...

Una cuestión que plantea amplios problemas es la que se refiere a la posición de la víctima. En ocasiones, las medidas y atenciones al agresor, como menor que precisa una actividad de protección, está suficientemente cubierta por las instituciones (servicios sociales) que regulan las leyes. Pero se observa un importante déficit de atención a la víctima, que, especialmente cuando es menor debe encontrar atención a aquellas situaciones que se han producido y cuyo resarcimiento requiere una actividad de carácter institucional y específicamente de las instituciones de protección de menores.

Menores agresores en el seno de la familia

Un problema relevante que reviste suma gravedad es el originado por las conductas de adolescentes o preadolescentes que, sin llegar a realizar conductas tipificadas en el Código Penal, mantienen comportamientos de absoluta rebeldía tanto en casa como en el colegio impidiendo de hecho el ejercicio de la patria potestad por parte de sus padres o tutores.

La respuesta institucional, vía art. 172 del Código Civil o 7 de la Ley orgánica 1/96, es prácticamente nula por ineficaz, lo que unido al insuficiente tratamiento de la salud mental de los menores por parte de los recursos públicos de salud mental, ya que muchos de estos problemas tienen su origen en problemas relacionados con salud mental que unido también a las deficiencias del sistema educativo, que detecta el problema pero, generalmente, ni lo atiende ni lo canaliza adecuadamente, coloca a estos niños, en graves situaciones de riesgo, abocándoles a comportamientos marginales y generando mucho sufrimiento dentro de la familia.

Se reclama una atención especial para estos casos, coordinando los servicios de salud mental con las instituciones de protección de menores, mediante la creación de pequeños núcleos de convivencia como pisos tutelados, a cuyo cargo deben estar profesionales debidamente formados para atender menores en esta situación.

El Juez cuenta con instrumentos legales suficientes (Como arts. 92 y 158 del Código Civil) para que con el Ministerio Fiscal que representa al menor y promueve la acción de la justicia, aplicar la medida más adecuada al interés del menor.

El menor en las crisis familiares

Los niños en los procesos de separación y divorcio, en los que los intereses de los padres no suelen ser coincidentes con los de sus hijos, que también, suelen ser moneda de cambio en otros intereses de los adultos.

En estos casos el Fiscal es parte en representación del menor y ante posibles intereses antagónicos de los padres actúa ante el Juzgado de Familia proponiendo la prueba que permita determinar cual es el interés del menor en el proceso. Y es función del Juez, proveer a estos intereses con los apoyos, en su

caso, de los equipos técnicos, para resolver no solo el pleito originado por la crisis familiar sino la situación del menor.

Es evidente que la aportación de los profesionales que conocen al niño es relevante a los efectos que se pretenden de salvaguardar el interés y la posición de los niños.

Fiscal e intervención sanitaria

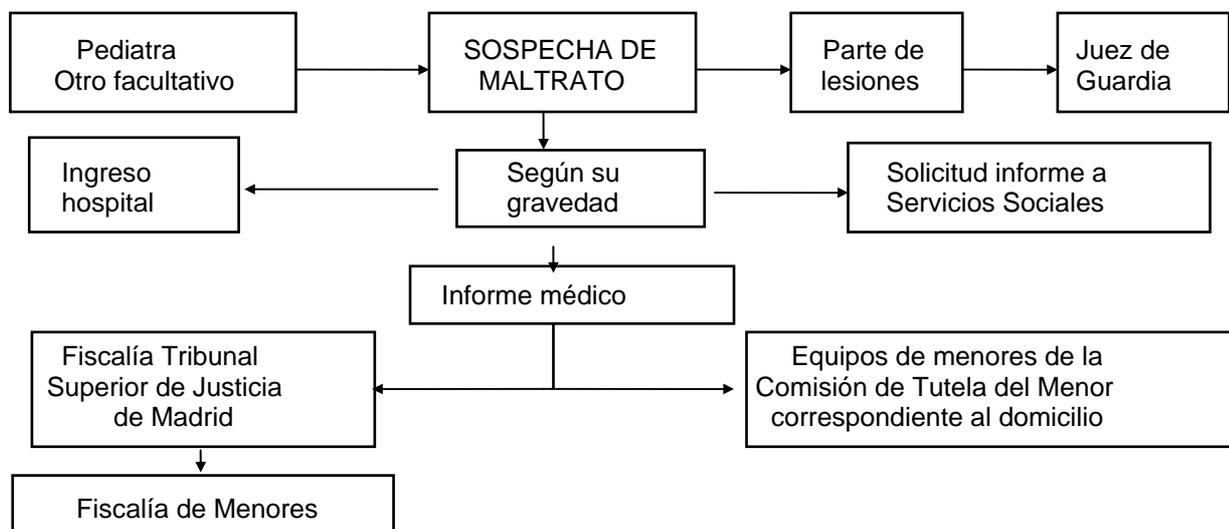
Desde el punto de vista del Ministerio Fiscal, y para el ejercicio de la acción penal por los hechos de que ha sido víctima el menor es sumamente importante, que el contacto con el profesional (sanitario, servicios sociales, educativos,...) que recibe la primera información sea lo más cuidadoso posible e dos aspectos:

1. En cuanto a referencias externas, mediante la toma de datos y observación precisa de las circunstancias del hecho, comenzando por el relato mismo que haga la víctima si la edad lo permite, ya que de este relato, inmediato o al menos próximo al momento de los hechos, se pueden extraer detalles después muy valiosos para el proceso, así como, incluso, un testimonio de referencia que se puede utilizar en el mismo
2. En la propia estimación personal y profesional del facultativo interviniente en la exploración del niño. Así, el facultativo médico puede aportar una serie de datos, precisos, que permitan una exacta determinación de las circunstancias del menor, de su situación en el momento de sufrir la agresión y de las particularidades de la misma que permitan apoyo argumental a las declaraciones del niño en el proceso

Al igual cabe decir del profesional que realiza la exploración psicológica del agredido que pondrá de manifiesto las características de la situación de aquel tras la agresión, que igualmente permitirá apoyar la descripción de los hechos del niño en el proceso

La comunicación al Fiscal de los hechos apreciados por el facultativo, permitirá elegir la opción más adecuada al interés del menor, es decir, la acción penal si se dan los requisitos para ello, o una acción de protección de derechos fundamentales, o la acción de protección, o la adopción de medidas cautelares específicas para la solución del caso planteado. Siempre desde el punto de vista jurídico, pues el asistencial compete a otras Instituciones como veremos seguidamente.

Tabla 1 .Intervención en casos de maltrato



En la apreciación de la situación de **riesgo** cuenta mucho las informaciones que los profesionales del primer nivel (servicios sociales, pediatras, centros hospitalarios, etc.), que permitan detectar la situación del menor y las posibilidades de intervención. Naturalmente, la situación de riesgo puede estar ligada a otras situaciones que requieran un tratamiento jurídico determinado, e incluso tramitarse en un proceso penal, como por ejemplo en una situación de malos tratos continuos por parte de uno de los padres, que por una parte constituyen una situación de riesgo (o incluso de desamparo), y de otra parte una situación de responsabilidad penal por parte del autor.

De tal modo, que ante posibles situaciones de riesgo, aquellos profesionales que detecten el caso, deben ponerlo en conocimiento inmediatamente de los servicios sociales o de la entidad pública de protección de menores, y del Ministerio Fiscal, para que por éste se insten las medidas civiles o penales que procedan.

Es muy importante una relación fluida entre los profesionales que atienden al menor y el Ministerio Fiscal, y en particular, una relación entre los servicios sociales, entidades públicas de protección de menores y el Ministerio Fiscal, que encuentra su base legal, en lo que establece el artículo 174 del Código Civil.

Comunicación al Fiscal

Cualquier ciudadano (mayor o menor de edad) puede dirigirse al Fiscal y presentar denuncia. En este supuesto el Fiscal tiene facultad para investigar los hechos y si como consecuencia de sus diligencias considera que existen indicios de responsabilidad penal por parte de alguna persona, demandara al juzgado que se inicie el procedimiento judicial correspondiente

Indice

Introducción
Intervención del personal sanitario
Intervención judicial

Introducción

Una nueva concepción de la minoría de edad ha venido marcando culturas y legislaciones en las últimas décadas no siendo ajeno a tal evolución nuestro ordenamiento jurídico habiéndose producido en los últimos años un importante proceso de renovación legislativo en materia de menores.

La Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor, recoge en su Exposición de Motivos perfectamente los hitos legales y la filosofía que han marcado esta evolución recordando la exposición de Motivos que la Constitución Española de 1978 al enmarcar, en el Capítulo III Título I los Principios Rectores de la Política Social y Económica, hace mención en primer lugar a la obligación de los Poderes Públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia y dentro de ésta, con carácter singular, la de los menores.

La preocupación por dotar al menor de un adecuado marco jurídico de protección trasciende también de diversos tratados internacionales ratificados en los últimos años por España y, muy especialmente, de la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas.

El proceso legislativo de renovación se inició en nuestro país con la Ley 11/1981 de 13 de mayo de Modificación de la Filiación, patria Potestad y Régimen Económico del Matrimonio que suprimió la distinción entre filiación legítima e ilegítima, equiparando al padre y a la madre a efectos del ejercicio de la patria potestad, e introdujo la investigación de paternidad.

Después llegó la Ley 13/1983 de 24 de octubre sobre Tutela; la Ley 21/1987 de 11 de noviembre por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal en materia de adopción; la Ley orgánica 5/1988 de 9 de junio sobre reforma de la Ley Reguladora de la Competencia y el Procedimiento de los Juzgados de Menores; y la Ley 25/1994 de 12 de julio, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 89/552/CEE sobre la coordinación de disposiciones legales reglamentarias y administrativas de los Estados Miembros relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión y televisivas.

La Ley 21/1987 y la Ley Orgánica 4/1992 son las que han introducido cambios más sustanciales en toda la filosofía de intervención con los menores al generalizar el interés superior del menor como principio inspirador de todas las actuaciones relacionadas con la minoría de edad, tanto administrativas como judiciales según el cual *cualquier actuación que se realice con un menor no debe interferir su vida, escolar, social o laboral*, es decir su proceso evolutivo y de integración en el mundo que le rodea, sino debe ir dirigido precisamente a promocionar a este.

Aludía también la Exposición de Motivos de la Ley Orgánica 1/1996 a que las transformaciones sociales y culturales operadas en nuestra sociedad han provocado un cambio en el status social del niño y como consecuencia de ello se ha dado un nuevo enfoque a la construcción del edificio de los derechos humanos de la infancia, reformulando este enfoque la estructura del derecho a la protección de la infancia hasta el reconocimiento pleno de la titularidad de derechos en los menores de edad y de una capacidad progresiva para ejercerlos.

Todo el desarrollo legislativo postconstitucional ha ido reflejando esta tendencia introduciendo la condición de sujeto de derecho a las personas menores de edad y el concepto de *ser escuchado si tuviera suficiente juicio* se ha ido trasladando a todo el ordenamiento jurídico en todas aquellas cuestiones que les afectan, debiendo interpretarse de forma restrictiva las limitaciones que pueden derivarse del hecho evolutivo de la minoría de edad.

Así se ha ido configurando progresivamente en todo el ordenamiento jurídico y en las leyes que afectan a la minoría de edad una concepción de las personas menores de edad como sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social, de participar en la búsqueda y satisfacción de las necesidades de los demás.

Los conocimientos científicos actuales nos permiten concluir que no existe una diferencia tajante entre las necesidades de protección y las necesidades relacionadas con la autonomía del sujeto, sino que

la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección a la infancia es promover su autonomía como sujetos. Este es el reto para cualquier ordenamiento jurídico y los dispositivos de promoción y protección de las personas menores de edad. Son por tanto las necesidades de los menores las que se convierten en eje de sus derechos y de su protección.

Así toda persona que detecte situaciones de riesgo o de desamparo de un menor tiene obligación de prestarle auxilio inmediato, de comunicar el hecho a la autoridad o a sus agentes más próximos.

Intervención del personal sanitario

El Programa que el Instituto Madrileño del Menor y la Familia ha emprendido dentro de sus actividades de sensibilización y formación esta dirigido a la atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario.

Por ello, dentro del marco general expuesto, interesa profundizar y concretar en aquellas situaciones que puedan afectar al personal sanitario en la detección e intervención de casos de maltrato infantil, al objeto de llamar la atención sobre determinados elementos a considerar en supuestos que puedan presentarse y finalmente establecer pautas de intervención dentro de la Comunidad en la que nos encontramos.

Centrándonos en el papel del personal sanitario ante situaciones de maltrato infantil es necesario que comencemos por precisar los conceptos que entran en juego en este planteamiento:

- ◆ **Infancia** es aquella etapa vital que va desde el nacimiento hasta los 18 años de edad (fijan la mayoría de edad en los 18 años el artículo 1 de la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, artículo 315 del Código Civil y, al menos formalmente, el artículo 315 del Código Penal vigente).
- ◆ **Maltrato** vamos a entender cualquier situación que pueda perturbar o comprometer física o psíquicamente el proceso evolutivo del menor
- ◆ **Personal sanitario** es el que desempeña su actividad atendiendo a la salud, como médicos, personal de enfermería y demás personal colaborador en instituciones hospitalarias, ambulatorios, centros privados o centros educativos o sociales en los que aquellos puedan participar y colaborar.

Este personal puede ser el primer receptor de la situación de maltrato o puede recibirlo por derivación de alguna otra persona, familiar del menor o trabajador social.

En aquellos casos en que recibe de primera mano al menor con indicios de maltrato, es fundamental además de su labor en lo que afecta al problema sanitario que aquel presente, la detección del origen del mismo, para ello además del parte médico que objetiva la situación clínica del paciente, pueda recabar la valoración del trabajador social del centro o de la Junta Municipal del Distrito, para completar con informes sociales los datos observados por el profesional sanitario.

Los elementos a considerar además de las lesiones y su etiología son todos aquellos que dan contenido a un anamnesis personal, es de interés igualmente aportar si el menor, si es posible por su edad, se ha presentado solo en el centro sanitario, o la persona que lo ha presentado y datos del mismo, todos aquellos relativos a su medio familiar, escolar o laboral, en su caso y finalmente, si constase, identidad del agresor o agresora, si es que ha existido.

Si la situación se presenta al personal sanitario derivada por intervención previa de un trabajador social, ya contara el profesional de la sanidad con la información social que contribuirá para lograr el mejor diagnóstico.

El conjunto de todos los datos van a proporcionar al personal sanitario información a cerca de si el menor se encuentra en:

- ◆ **situación de riesgo** se caracteriza por la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanzará la gravedad suficiente para justificar su separación del medio familiar.
- ◆ **situación de desamparo** la gravedad de los hechos aconsejaría la extracción del menor de la familia, pudiendo llegar incluso a la *suspensión de la patria potestad o de la tutela ordinaria*.
- ◆ **situación de conflicto social** es aquella en la que el menor puede también presentar trastornos de conducta con tipificación penal.

Las situaciones de:

- ◆ **riesgo** detectadas darán lugar a la **intervención administrativa**.
- ◆ **desamparo** pueden dar lugar a la **intervención administrativa** o incluso a la **intervención judicial** cuando el desamparo tenga un origen en conductas ilícitas por parte de los adultos.
- ◆ **maltrato** en que además confluya un **trastorno de conducta** por parte del menor dará lugar a la intervención judicial, en este caso de la **justicia de menores**.

Pasaremos a desarrollar cada uno de estos supuestos.

♦ **Situación de riesgo.** Como ya se ha explicado y recoge el Artículo 17 de la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del menor, son aquellas que derivando de cualquier índole perjudican el desarrollo personal y social del menor, pero no requieren la asunción de tutela por parte de los Poderes Públicos, que deben orientarse a disminuir los efectos de riesgo y dificultad social, promoviendo los factores de protección del menor y su familia, mediante los seguimientos pertinentes.

♦ **Guarda.** En caso de que el medio familiar no garantice la superación de la situación de riesgo, por parte de aquel o a sugerencia de los servicios sociales se puede solicitar a la entidad pública que asuma la guarda del menor durante el tiempo que sea necesario, según prevee el Artículo 172.2 del Código Civil.

♦ **Situación de desamparo.** Es la que se produce por el incumplimiento o inadecuado ejercicio de los deberes de protección, al quedar los menores privados de la necesaria asistencia moral o material, darán lugar a la tutela del menor por parte de la entidad pública que en cada territorio tenga encomendado la protección de menores, tal y como prevee el artículo 18 de la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del menor y el artículo 172.1 del Código Civil. La tutela lleva implícita la guarda del menor según prevee el artículo 19 de la repetida Ley Orgánica

♦ **Tutela.** La asunción de tutela por la entidad pública como consecuencia de su directa intervención lleva consigo la suspensión de la patria potestad o de la tutela ordinaria, y así se dispone en el último párrafo del artículo 172.1 del Código Civil.

Pero además el artículo 170 del mismo texto legal, prevee la privación total o parcial de la patria potestad por sentencia fundada en el incumplimiento de los deberes coherentes a la misma, dictada en causa criminal o matrimonial.

♦ **Patria potestad.** A lo que el maltrato se refiere interesan aquellas conductas delictivas que pueden ser detectadas por el personal sanitario, cometidas por adultos en los que el sujeto pasivo es un menor y que pueden llevar implícita la supresión de la patria potestad.

♦ **Abandono del menor.** A través de la detección por el personal sanitario se pueden conocer situaciones de abandono para el menor tipificados en los artículos 226 y 229 y siguientes del Código Penal, como abandono de familia y de menores. Estos delitos pueden castigarse también con inhabilitación especial para el ejercicio del derecho de patria potestad, tutela, guarda o acogimiento.

Ha desaparecido del vigente Código Penal el contenido que constituía el número 1 y 2 del artículo 584 del Código Penal de 1973, que castigaba con la entidad de falta, a los padres de familias y tutores o encargado de menores que dejaren de cumplir los deberes de guarda o asistencia inherentes a la patria potestad, guarda o tutela.

Por ello tal abandono en la actualidad sólo puede clasificarse como delito habiendo adquirido por tanto la gravedad que se corresponde para las conductas calificadas como tales.

En este sentido cabe encajarse la falta de asistencia a clase de los menores que pueda detectarse por el personal sanitario.

♦ **Delitos contra la libertad sexual.** Igualmente se pueden detectar delitos contra la libertad sexual, artículo 178 y siguientes del Código Penal, en concreto agresiones sexuales, abusos sexuales, acoso sexual, delitos relativos a la prostitución.

Los delitos de esta naturaleza, deben ponerse en conocimiento del *Ministerio Fiscal*, toda vez que el artículo 191 del Código Penal exige que para proceder por estos delitos de agresión, acoso o abusos sexuales, concurra la denuncia de la persona agraviada y en el caso de tratarse de un menor, de su representante legal o del Ministerio Fiscal.

Además los ascendentes, tutores, curadores, guardadores, maestros o cualquier otra persona encargada de hecho o de derecho del menor, que intervenga como autor o cómplice del delito le puede ser impuesta la inhabilitación especial para el ejercicio de los derechos inherentes a la patria potestad, tutela, curatela, guarda o empleo, etc.

♦ **Delitos contra la salud pública.** También en los delitos contra la salud pública, artículo 368 y 369 del Código Penal, hay que tener en cuenta que este último precepto cualifica la pena cuando las drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas se facilitan a menores en centros docentes o asistenciales.

♦ **Delitos y faltas de lesiones.** Serán sin duda los delitos y faltas de lesiones, es decir el menoscabo a su integridad corporal o salud física o mental los que más frecuentemente pueden conocer el personal sanitario. En aquellos preceptos regulados en los artículos 147 y siguientes del Código Penal y artículo 617 del mismo texto legal, la condición de hijos de los lesionados agrava la pena en el supuesto de la falta, así como en el de delito, condicionándose en este supuesto a la habitualidad, ello sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 23 del Código Penal que hace posible que la circunstancia mixta de parentesco, según la naturaleza, motivos y efectos del delito pueda agravar la pena.

◆ **Mendicidad.** El ejercicio de la mendicidad tipificada en el artículo 232 y 233 del Código Penal, en el que se utiliza a menores de edad, también es susceptible de ser detectada a través de la intervención sanitaria y da lugar si se estima oportuno por los Tribunales de Justicia de inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad, guarda, cautela, etc.

◆ **Otros delitos.** También la atención sanitaria puede contribuir en la detección de delitos **contra la libertad y seguridad en el trabajo** del artículo 316 del Código Penal y contribuir al esclarecimiento de delitos de **sustracción de menores** del artículo 165 del Texto Penal, de delito de **discriminación** del artículo 511 del repetido Código Penal, o de **inducción a menores para abandonar el domicilio familiar** de artículo 224 de la ley punitiva.

◆ **Conflicto social.** Finalmente se puede encontrar el supuesto de un menor con indicios de encontrarse en situación de maltrato se halle igualmente en situación de conflicto social, como sujeto activo de conductas tipificadas penalmente.

En estos supuestos posiblemente los indicios de malos tratos aconsejaran la intervención asistencial, pero puede darse un supuesto que alcance la entidad suficiente para poner al menor a disposición de la Justicia de Menores si bien dando cuenta de ello al Ministerio Fiscal.

Hecha por tanto la detección, la intervención del personal sanitario de conformidad a lo expuesto ha de consistir en una vez adoptadas las medidas sanitarias y recabar la asistencia necesaria del trabajador social, extender un parte médico y aportar cuanta información complementaria pueda ser de interés, dando curso a aquellos documentos remitiéndolos a la autoridad administrativa o judicial o incluso como se ha señalado a la Justicia de Menores.

Cuadro . Parte de lesiones en casos de maltrato infantil

PARTE DE LESIONES	
Centro de trabajo	
Dirección	
Teléfono	
D. _____ Colegiado Nº _____ con actividad profesional en _____ comunica a V.I. que siendo las ____ horas del día ____ mes ____ año __ ha asistido a _____ nacido el día _____, natural de _____ y vecino de _____, C/ _____ Nº _____ Piso ____ Tfno.: _____.	
Acude en compañía de _____ con domicilio en _____ con D.N.I. _____ Tfno: _____ quien dice ser su _____	
Tras el reconocimiento practicado se han apreciado las siguientes lesiones _____	
El origen de las lesiones, referido por el menor / acompañante es _____ siendo / no siendo compatible con las lesiones observadas.	
SI / NO / SE DESCONOCE la existencia de antecedentes del mismo tipo en su historial clínico	
Observaciones	
Lo que comunico a V.I.a los efectos oportunos _____ a _____ de _____ 199	
Fmdº:	
ILMO. SR. MAGISTRADO JUEZ DE INSTRUCCION DE GUARDIA	

En caso de duda y recabada la información necesaria, la remisión a la Justicia Ordinaria será la solución adecuada, toda vez que el Juez de Guardia es competente para recibir la información y darle el curso correspondiente discriminado, previa investigación en su caso, la entidad jurídica del asunto en defensa de los intereses del menor.

Sólo acudir a la tipificación penal que alcanza a la conducta del profesional que estando obligado denegare la asistencia sanitaria o no socorriera a la persona que se halla desamparado, las cuales aparecen recogidas en los artículos 195 y 196 del Código Penal.

Intervención Judicial

El Juez es la autoridad que tiene atribuidas por la Constitución las competencias de juzgar y hacer cumplir las sentencias.

La intervención judicial en las situaciones de maltrato infantil derivan de las situaciones expuestas de riesgo, desamparo o conflicto social, si bien hay que aludir al protagonismo de la instancia administrativa en las situaciones de riesgo y desamparo pudiendo ordenar el Juez a la Comisión de Tutela del Menor y otros organismos o entidades que adopten las medidas de protección oportunas.

La intervención judicial puede alcanzar el orden jurisdiccional civil, penal y a los Juzgados de Menores (Cuadro).

Cuadro . Funciones profesionales de la Justicia

Organismo	Funciones
Juzgados de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> · Investigación de hechos constitutivos de delito (Código Penal) · Enjuiciamiento y fallo de hechos constitutivos de falta (Código Penal) · Autorizar la entrada en domicilios o lugares cerrados contra el consentimiento de su Titular para la ejecución forzosa de actos de la Administración
Juzgados de 1ª Instancia o Juzgados de Familia	<ul style="list-style-type: none"> · Procesos de nulidad o divorcio · Tutela ordinaria, automática, guarda, acogimiento, adopción · Procesos relativos a patria potestad (ejercicio, privación, suspensión) · Otras de índole civil
Juzgados de Menores	<ul style="list-style-type: none"> · Enjuiciamiento y fallo de los delitos y faltas cometidos por menores entre 12 y 16 años · Enjuiciamiento y fallo de faltas cometidos por padres, tutores o guardadores
Registro Civil	<ul style="list-style-type: none"> · Inscripción de hechos relativos al estado civil de las personas: nacimiento, filiación, nombre y apellidos, emancipación y habilitación de edad, capacidad, declaraciones de fallecimiento, patria potesta, tutela,...
Fiscalía	<ul style="list-style-type: none"> · Promover la acción de la justicia en defensa de la legalidad, derechos de los ciudadanos y del interés público tutelado por la Ley, procurando ante los Tribunales la satisfacción del interés social · Asumir o promover la representación y defensa de los menores al carecer de capacidad de obrar o representación legal · Ejercer la superior vigilancia de la tutela, guarda y acogimiento de menores declarados en desamparo por la Administración · Dirigir la investigación e los delitos y faltas cometidos por menores entre 12 y 16 años competencia de los Juzgados de Menores

Fuente: Sánchez E. (Dir). Guía de Atención al maltrato infantil. Sevilla. Adima. 1993

◆ El Juzgado de Primera Instancia en el orden civil tiene competencia para resolver en primera instancia las demandas de alimentos, con amparo en el artículo 142 y siguientes del Código Civil.

En segunda instancia los recursos que se formulen contra las resoluciones administrativas que aprecien el desamparo y declaren la asunción de tutela por el ministerio de la ley según dispone el artículo 172 del Código Civil.

Además en cualquier proceso civil o en procedimiento de jurisdicción voluntaria pueden adoptarse las medidas que contemplan el artículo 172.6 del Código Civil

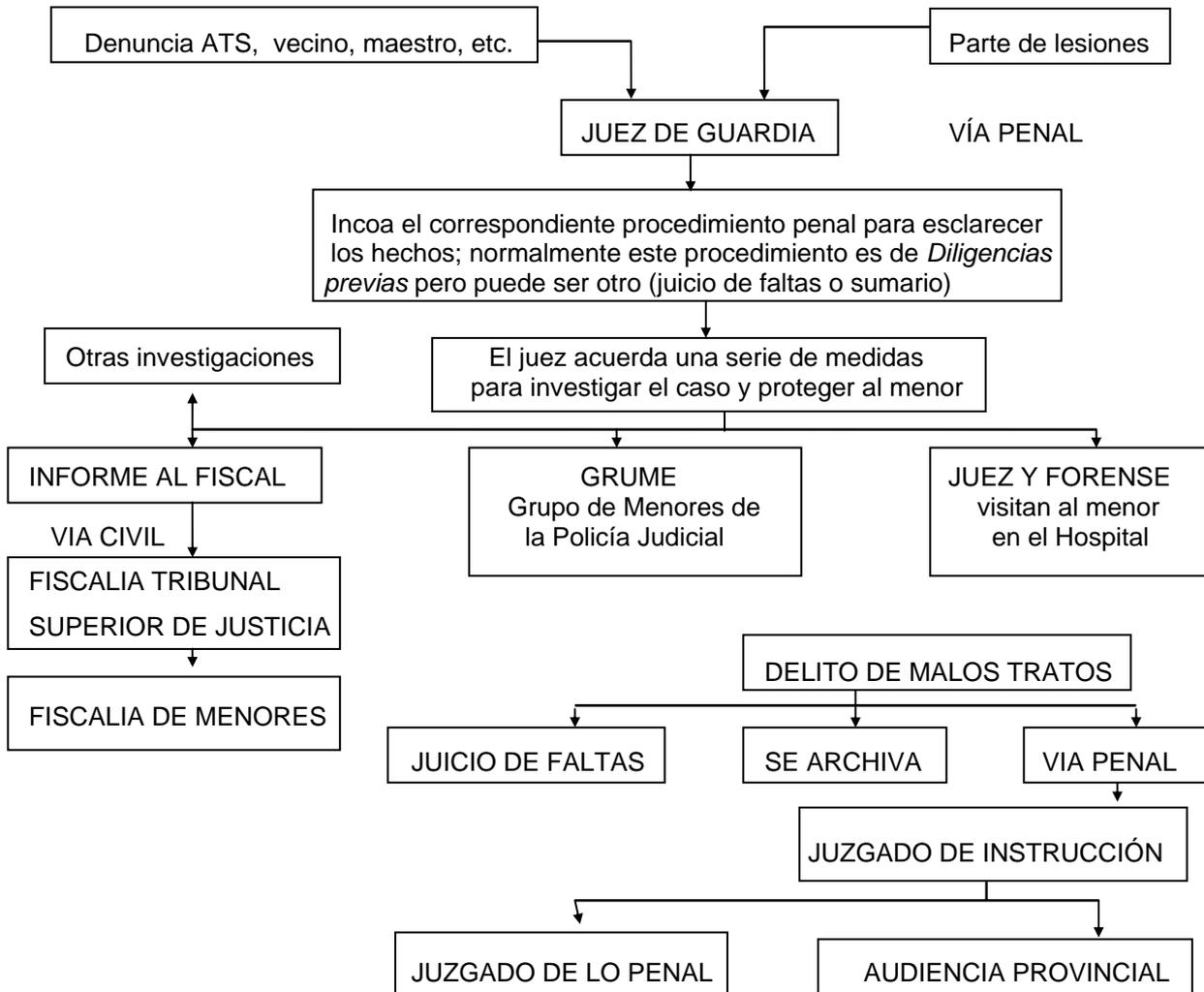
◆ El Juez de Instrucción en el orden penal puede adoptar en beneficio del menor, en la investigación de cualquier delito o falta en el que el menor sea sujeto pasivo cualquiera de las medidas contempladas en el artículo 158 del Código Civil. La cláusula general que se recoge en su número 3 es coherente con lo dispuesto también en el artículo 13 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal que ampara las actuaciones a prevención del Juez de Instrucción.

◆ El Juzgado de lo Penal o la Sala correspondiente de la Audiencia Provincial enjuiciara los hechos delictivos instruidos en la causa por el Juez de Instrucción quien remitirá las actuaciones conforme a lo dispuesto en el artículo 14 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. En estos supuestos como se ha visto el

tribunal sentenciador o juez penal puede además de la pena imponer la limitación o privación de los derechos inherentes a la patria potestad y también la inhabilitación profesional.

Solo aludir a que el artículo 158 del Código Penal, según redacción dada por la Ley Orgánica 1/96 de 15 de enero dispone el aseguramiento de los alimentos y necesidades de los hijos por incumplimiento de los padres así como la evitación de las perturbaciones dañosas a los hijos en caso de cambio de titular de la potestad de guarda. Y por último cuantas disposiciones se consideren oportunas para apartar al menor de un peligro o evitarle perjuicios.

Cuadro 1. Vía penal y civil en los casos de maltrato infantil



♦ Juzgados de Menores. Su competencia ha quedado limitada al fallo de las infracciones penales cometidas por menores al fallo de las infracciones penales cometidas por menores con edades comprendidas entre los 12 y los 16 años, correspondiéndoles también la ejecución de las resoluciones que dicten, cuyo cumplimiento compete a las entidades públicas con competencia en materia de protección de menores.

Índice

- Introducción
- Valoración del riesgo y/o maltrato desde el programa del niño sano
- Intervención desde atención primaria
- Protocolo de actuación desde atención primaria

Introducción

La atención primaria de salud (APS) definida en la conferencia de OMS - UNICEF como el primer nivel de contacto del individuo y la familia con el sistema público de salud, se caracteriza, por ofrecer una atención integral (perspectiva biopsicosocial), integrada (interrelacionando la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción), continuada y permanente (a lo largo de toda la vida del individuo y en los distintos ámbitos). Estas características, ofrecen la posibilidad de acceso privilegiado al individuo y al núcleo familiar de forma normalizada, protocolizada y periódica en los primeros años de vida. Sin embargo aun quedan áreas por desarrollar, como el maltrato infantil y su detección precoz.

El maltrato infantil es un problema fundamentalmente del contexto familiar, con una etiología multifactorial y una prevalencia desconocida. Creemos que sólo se detectan un 10 por cien de los casos, pero lo cierto es que ignorando la cifra real, debemos tomarnos los datos publicados, como una aproximación a una realidad más compleja. En este sentido, la verdadera prioridad, es potenciar el diagnóstico precoz a través de la prevención primaria y secundaria, ya que se diagnostican fundamentalmente los casos graves de maltrato físico, y pasan desapercibidos aquellos sin lesiones importantes, que ocurren en niños que probablemente vienen a la consulta por otros motivos o incluso estamos controlando a través del programa del niño sano.

La existencia de un infradiagnóstico de casos en las situaciones normalizadas de la vida de un niño (guarderías, escuelas y centros de salud), no sólo es debido a una falta de sensibilización, sino fundamentalmente a una falta de conocimientos y formación pregrado y postgrado, a una falta de protocolización de las actuaciones, *miedo a las denuncias*, desconocimiento de los recursos y escasa experiencia de trabajo interdisciplinar y coordinado con áreas como trabajo social y salud mental. Además, la falsa creencia de que para cualquier intervención debemos tener la seguridad total del maltrato, impide registrar en las historias clínicas hechos ó factores de riesgo, que podrían dar lugar a una actuación preventiva ó precoz

Nuestro papel privilegiado desde atención primaria, debe priorizar la detección de niños en situación de riesgo, ó casos sin sintomatología física de maltrato a través de:

- una anamnesis y exploración clínica dirigida a aspectos psicosociales e indicadores de maltrato
- la consulta programada, que posibilita un seguimiento exhaustivo y continuado de cada caso a través del programa del niño sano
- el trabajo en equipo con otros profesionales (enfermera, matrona, médico, pediatra, trabajador social, etc.) proporcionando un conocimiento directo del niño y su familia, desde diferentes ópticas.

En ningún caso nos parece fácil llegar a un diagnóstico a través de un algoritmo, ó de preguntas aisladas, más ó menos protocolizadas, pero proponemos adecuar la anamnesis y la exploración a través de una historia clínica dirigida a aspectos psicosociales, factores de riesgo e indicadores de maltrato cuyos datos fueran registrados (Cuadro 1) de forma breve, fácil y operativa, en las revisiones del programa del niño sano, para facilitar una detección e intervención precoz.

Valoración del riesgo y/o maltrato desde el programa del niño sano

- Control de la mujer embarazada a través de las visitas programadas del médico y la matrona, detectando factores de riesgo personales ó familiares
- Visita postnatal domiciliaria:

Existe evidencia sobre la eficacia de la visita domiciliaria en la prevención del maltrato, dependiendo fundamentalmente de que se dirija a familias de alto riesgo y con la frecuencia suficiente como para desarrollar una buena relación entre ambas partes. En condiciones ideales, se realizará de forma conjunta por matrona y ATS de pediatría, para conocer datos de vivienda, entorno psicosocial, composición del núcleo familiar, y detección de situaciones de riesgo: carencias económicas, marginación, enfermedades mentales, toxicomanías, ...

Primera revisión del recién nacido e historia :

- Recoger datos de filiación completos, del niño y los padres. Composición del grupo familiar y detección de situaciones especiales: familias monoparentales, padres adolescentes, hijos en adopción ó acogimiento familiar, abortos voluntarios repetidos, muertes súbitas ó accidentes en hermanos.... Todas las historias clínicas deben incluir la hoja de árbol genealógico, para registrar de forma gráfica la estructura familiar en donde convive el niño .
- Datos de crianza: antecedentes de institucionalización en los padres ("de pequeño estuve interno , ó viví en un colegio ..") o datos de maltrato explicitado por alguno de ellos .
- Preguntar si había planeado tener un hijo en ese momento ó no (hijo deseado ó no), y aceptación del mismo. Valorar la adaptación familiar al cambio que supone el nacimiento de un hijo y capacidad para cubrir sus necesidades básicas (alimentación , higiene , afectividad.....)
- Recoger datos socioculturales y laborales someros: nivel de instrucción y empleo actual ó paro.
- Destacar en la historia pertenencia a grupos étnicos ó inmigrantes e integración en su entorno.

Revisiones 1º - 3º mes

- Evaluar la calidad del vínculo afectivo madre - hijo: ¿"entiende" la madre al hijo en sus manifestaciones y necesidades ? (llanto, sueño , comida ...); establece rutinas de sueño , comida, higiene ...?; existe figura estable en el cuidado del niño, ó por el contrario está atendido por múltiples personas?
- Valorar la participación del padre en la crianza : preguntar la implicación en el cuidado del niño (sabe cambiar pañales , dar el biberón ...?)

Es importante conocerle en alguna revisión:

- Anotar aspecto físico y datos de higiene ó descuido.
- Preguntar en todas las visitas, sobre el seguimiento de pautas de alimentación, como prepara los biberones y profilaxis del raquitismo .

Revisiones 3º - 6º mes

- Preguntar si la madre va a reiniciar su trabajo, y quien va a cuidar al niño. Si asiste a Escuela Infantil, anotar su nombre (posibilita ponernos en contacto con los educadores).
- Valorar adecuado crecimiento y desarrollo; estudiar entorno familiar en retrasos sin causa orgánica.
- Inicio del lenguaje: vocálicos y silábicos.

Revisiones 6º - 12 mes

- Valorar desarrollo afectivo y apego a figuras parentales: reacción de extrañeza frente a desconocidos; claras preferencias por la madre que es capaz de tranquilizarle fácilmente. Si no existe ansiedad ante extraños, puede indicar que el niño carece de responsable habitual.
- Anotar síntomas que sugieran abandono ó carencia afectiva: movimientos de autoestimulación (balanceos de cuerpo, golpes con la cabeza,), escaso contacto visual (diagnóstico diferencial con déficits sensoriales), retraso de desarrollo sin causa orgánica , "pelada" occipital (pasa mucho tiempo sentado ó tumbado sólo , sin estimulación ?)
- Crecimiento y desarrollo madurativo. Lenguaje: cadenas silábicas; puede iniciar palabras.
- Controlar seguimiento de las pautas de alimentación aconsejadas.
- Establecimiento de hábitos y rutinas en sueño y alimentación .

Revisiones 12 - 24 meses

- Actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites: azotes, castigos ó correcciones verbales desproporcionados al hecho ó a la edad del niño.
- Explorar signos de raquitismo y/o malnutrición clínica ó subclínica (pelo ralo, escasa ganancia ponderal, ferropenia ...)
- Crecimiento y desarrollo. Inicio de lenguaje como herramienta; varias palabras, buen nivel comprensivo, usa el "no", jerga entonada.....
- Relaciones sociales: frecuentemente en caso de maltrato ó abandono, falta la reacción normal frente a extraños y frente a la separación y no discriminan entre personas con roles distintos.

Revisiones 3 - 6 años

- Desarrollo madurativo. Lenguaje establecido y control de esfínteres.
- Etapa de escolarización obligatoria : anotar nombre de colegio, comedor y beca (puede indicar que recibe ayuda social). Socialización: tiene amigos ?, participa en actividades propias de su edad?, juega ? que le cuenta el profesor de su hijo ?
- Conducta: los niños que viven situaciones maltratantes, pueden presentar alteraciones que van desde

la apatía y la depresión, hasta la excesiva actividad e impulsividad.

Revisiones 6 - 11 años

- Evaluar asistencia regular al colegio y rendimiento; semiabandonos caseros ó escolares; exceso de responsabilidades y aislamiento familiar. Tener presente siempre la posibilidad de abuso sexual
- ¿se queda sólo en casa?, en que circunstancias?, Va sólo al colegio?, a que distancia está?, Tiene amigos? .
- Hay algún adulto ó niño mayor que te trate ó te toque de manera que a ti no te gusta, ó te moleste? Introducir este tipo de preguntas de forma rutinaria, a partir de estas edades, para captar posibles casos de abuso sexual, al menos dar la oportunidad de iniciar una conversación. Tener presente que no hay características familiares, ni marcadores epidemiológicos capaces de identificar grupos de riesgo, y que exceptuando los casos con violencia, raramente encontraremos lesiones físicas. Generalmente, estas situaciones pasan desapercibidas durante años, y por tanto, estos niños están pasando por nuestras consultas.
- Preguntar por actividades extraescolares, tiempo libre y ocio.

Revisiones 11-14 años

Areas a revisar escolaridad, tiempo libre, y conducta. En estas edades la posibilidad de maltrato, está relacionada fundamentalmente con la falta de control parental sobre la conducta de los hijos (abandono de estudios, excesivo tiempo libre en la calle, inicio de conductas antisociales y/o toxicomanías...) y con la posibilidad de abuso sexual.

- Curso escolar, rendimiento y asistencia regular ó absentismo y desescolarización.
- Realización de tareas laborales ilegales ó impropias de su edad.
- Grupo de amigos y actividades comunes de ocio. Detectar procesos de socialización marginal
- Inicio en consumo de alcohol, tabaco y/ drogas.
- Fugas caseras y conductas antisociales (pueden ser conductas reactivas a conflictividad familiar).
- Relaciones familiares: anotar si tiene responsabilidades directas sobre hermanos menores ó trabajos caseros excesivos para su edad. Puede ocurrir la "inversión de rol ", cuidando de los padres como si fueran sus hijos (en caso de padres alcohólicos, enfermos.....)
- Ante una enfermedad de transmisión sexual ó embarazo en adolescente, pensar siempre en la posibilidad de abuso sexual.

Independientemente de la edad del niño, en *todas las revisiones*, debemos reseñar:

- Fallos a revisiones ,consultas sin cita , y urgencias poco justificadas sobre todo si son repetidas (puede ser una llamada tácita de atención social).
- Seguimiento de citas programadas y calendario vacunal.
- Accidentes en niños pequeños, sobre todo si son repetidos, injustificados, o los padres ofrecen explicaciones incoherentes ó contradictorias.
- Crisis de stress familiar : paro, separaciones, muertes, en donde el maltrato puede surgir como expresión de la carencia de recursos ó habilidades para manejar y superar situaciones de stress, en función de las interacciones entre las exigencias de una situación , y la capacidad real ó percibida de un individuo
- Exploración sistemática de genitales y zona anal.
- Crecimiento físico
- Desarrollo madurativo y emocional destacando dos aspectos :
 - * El retraso y las dificultades del lenguaje, es uno de los problemas asociados específicamente a carencia afectiva.
 - * El único común denominador de todo tipo de maltrato, son las alteraciones psicológicas.

Intervención desde atención primaria

< Nivel I: Prevención primaria

Dirigida a la población general con el objetivo de reducir la incidencia de nuevos casos a través de promover la salud y la competencia de la población general, por medio de actividades como la psicoprofilaxis obstétrica, escuelas de padres, fomento de actividades deportivas etc. En definitiva potenciando los factores de resistencia y protección, frente a los factores de riesgo.

< Nivel II: Prevención secundaria

Dirigida a la población de alto riesgo, con el objetivo de reducir la gravedad de los casos a través de una detección y tratamiento precoz. La mayoría de los casos serán familias de riesgo, situaciones de conflicto o casos leves de negligencia ó maltrato sin riesgo importante para el niño. Las medidas a tomar serán:

1. Captación precoz y derivación al trabajador social de zona en todos los casos, para estudio familiar, tramitación de ayudas ó información a la Comisión de Tutela del Menor.
2. Aumentar los controles de salud para educación sanitaria y seguimiento, a través de la consulta programada ó concertada.
3. Derivación a Salud Mental si hay problemática psicológica ó psiquiátrica
4. La derivación a otro profesional no debiera implicar la pérdida del caso ya que habrá que coordinar la información obtenida y las actuaciones que se lleven a cabo en todas las disciplinas para un adecuado seguimiento.

< Nivel III: Actuación en casos de maltrato con riesgo ó lesiones.

Vehiculizar la denuncia y/ó separación del niño de su entorno en los casos necesarios por la gravedad del riesgo ó las propias lesiones:

- *Parte de lesiones*: es preceptivo y obligado en cualquier lesión externa objetivable. Debe existir un modelo de impreso en todos los puntos de atención sanitaria, y se debe hacer constar con la mayor precisión el tipo de lesiones encontradas. Este parte va dirigido al Juez de Guardia, que será el que podrá tomar las medidas cautelares necesarias.
- *Hospitalización*: en todos los casos que clínicamente lo requieran ó como medida transitoria de separar al niño en riesgo de su familia. A través del trabajador social del hospital, se iniciarán los contactos con la Comisión de Tutela del Menor.

En casos de urgencia social, que no requieran ingreso hospitalario (abandono de un menor ...) existen los siguientes recursos:

- Notificación urgente al organismo oficial encargado de la protección del menor. En la CAM, se ocupa la Comisión de Tutela del Menor del Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF). La CTM es el órgano colegiado de la CAM, que actúa previa demanda de intervención por instituciones ó personas que tengan conocimiento de un menor en situación de desamparo. La urgencia del caso puede requerir que sea el médico quien inicie estos trámites, pero en general se inicia a través del trabajador social del hospital ó de Servicios Sociales municipales.
- Teléfono de Emergencias de la CAM: 90010033
- Aviso al grupo de menores de la policía (GRUME): teléfono 91.5613438 / 5627061

En principio, pero siempre en función del riesgo, se debe procurar la continuidad afectiva, social y espacio temporal del niño, evitando en lo posible la separación de su núcleo familiar. Debemos tener en cuenta que la alternativa de separación y protección del menor, no siempre permite satisfacer mejor las necesidades del niño, de lo que lo estaba haciendo su familia biológica.

Protocolo de actuación desde atención primaria

- FOMENTAR la sensibilización y la formación específica en maltrato infantil, de los profesionales del equipo de atención primaria.
- PRIORIZAR la prevención y detección precoz.
- DETECTAR factores de riesgo de maltrato, por medio de la anamnesis y la exploración específica
- REGISTRAR en una ficha (anexo I) incluida en la historia clínica, los datos de riesgo ó maltrato recogidos sistemáticamente, en las revisiones del protocolo del niño sano.
- INTERVENIR siempre que se detecten factores de riesgo, de forma coordinada con el resto del equipo (enfermera, matrona ...) e interdisciplinar, con Salud Mental y Servicios Sociales
- PROTEGER al menor en riesgo grave ó maltrato, y denunciar el caso a través de:
 - * parte de lesiones
 - * hospitalización
 - * notificación urgente a la Comisión de Tutela, Grupo de menores de la policía (GRUME) o Emergencias de la CAM

HOJA DE RIESGO PSICOSOCIAL

Nombre y Apell. del niño:
 Fecha de nacimiento.....:
 Núm. de historia fam.....:

Nombre de la madre:
 Nombre del padre:

Edad	0-1 mes	2-3 meses	4-6meses	7-11 meses	12-24meses
Fecha					
Hijo deseado (si / no)					
A.F riesgo(maltrato infantil, abandonos, instituciones...)					
F. riesgo pareja (adolescente, rupturas, monoparental,....)					
F. riesgo económicos					
F. riesgo culturales y/o marginación					
Toxicomanías - enfermedades mentales					
Cuidador habitual					
Escuela infantil					
Carencias o lesiones físicas					
Carencia afectiva					
Hábitos y rutinas					
Consulta habitual sin cita					
Fallo a revisiones					
Crisis familiares					
Otros					

HOJA DE RIESGO PSICOSOCIAL

Nombre y Apell. del niño:
 Fecha de nacimiento.....:
 Núm. de historia fam.....:

Nombre de la madre:
 Nombre del padre:

Edad		2 - 3 años	4 - 6 años	7 - 11 años	12 - 14 años	15 - 18 años
Fecha						
Colegio	Nombre					
	Curso					
	Rendimiento					
	Activ.extraescol.					
Disciplina - castigos						
Responsabilidades(casa, hermanos, etc...)						
Alt. conducta / psicológicas						
Sospecha de abuso sexual						
Negligencia y/o lesiones físicas						
Carencia afectiva o maltrato psicológico						
Consultas/c o urgencias						
Fallo a revisiones						
Crisis familiares						
Otros						

Índice

- Introducción
- Hospital como lugar de detección
- Hospital como lugar de confirmación de la sospecha
- Hospital como lugar de atención
- Hospital como lugar de Protección
- Hospital como lugar de Prevención
- Problemática de la atención multidisciplinar en el hospital
- El maltrato institucional en el hospital

Introducción

La hospitalización por maltrato infantil representa un 3 por mil de todos los niños hospitalizados en un área urbana (10 por cada 100.000 niños y año). El hospital, en nuestro sistema sanitario, tiene adjudicadas una serie de funciones que le dotan de unas características determinadas en la atención al maltrato desde el ámbito sanitario:

- es el centro del área sanitaria. A él llegan las patologías complejas, que requieren un diagnóstico o tratamiento especializado
- es un lugar de atención multidisciplinar, donde hay distintos profesionales con especialidades diferentes
- está funcionando de manera continua las 24 horas del día

El maltrato es una enfermedad compleja, que requiere una atención multidisciplinar y cuyo diagnóstico y tratamiento son, a veces, urgentes.

Hospital como lugar de detección

En el hospital los niños maltratados son detectados en:

- Urgencia hospitalaria.

Importante para la detección del maltrato físico. Las consultas por traumatismos de difícil explicación y las intoxicaciones agudas polimedicamentosas deben hacernos pensar en el maltrato como posible etiología. Los pediatras pueden estar más concienciados del hecho, sin embargo, otros especialistas, como traumatólogos o los residentes de otras especialidades pueden pasar por alto signos de maltrato. Así mismo la exploración física completa de un niño que consulta por otra razón (fiebre) puede revelarnos lesiones antiguas sugerentes de malos tratos.

- Hospitalización pediátrica.

Importante para la detección de malos tratos de tipo psicológico y la sospecha de abandono u omisión de cuidados. El diagnóstico de fallo del crecimiento de origen no orgánico en un niño que ingresa para estudio por retraso estaturoponderal debe hacernos pensar en omisión de cuidados o falta de estímulos.

La hospitalización del niño en compañía de los padres permite observar la relación paterno filial, el tiempo que los padres pasan con sus hijos y las habilidades y destrezas en proporcionarle cuidados.

La valoración de enfermería contempla aspectos como la alimentación, la vivienda y los hábitos higiénicos que nos proporcionan una valiosa información de la salud del niño y su entorno.

- Hospitalización neonatal.

El ingreso hospitalario del recién nacido es consecuencia de patologías congénitas o adquiridas en el parto o el periodo neonatal inmediato. La historia del embarazo debe formar parte de cualquier historia clínica de un recién nacido. Los hábitos tóxicos de la madre (alcohol, tabaco, drogas) someten al niño a riesgos añadidos. Se reconoce una forma de maltrato fetal, si ocurre durante el embarazo.

Hablaremos de maltrato neonatal cuando el recién nacido padece las consecuencias de las acciones intencionadas perjudiciales para el niño (síndrome de abstinencia en hijos de madres adictas a las drogas).

- Consulta externa.

Los ingresos múltiples, las patologías funcionales, la falta de respuesta a tratamientos conocidos y eficaces deben hacernos pensar, también en el maltrato. La no administración deliberada de un tratamiento indicado constituye una forma de maltrato.

Hospital como lugar de confirmación de la sospecha

Ante la sospecha de maltrato puede ser necesaria la observación continuada, discreta y rigurosa para poder establecer el diagnóstico. El hospital proporciona las condiciones para ello. Como sabemos, los maltratantes son personas cercanas al niño (familiares de primer grado: madre, padre o compañeros del padre o de la madre que conviven en el mismo hogar).

Cuando se ingresa un niño para confirmación de un diagnóstico, todo un equipo de profesionales que trabaja en la planta y en el centro debe estar alertados e instruidos para detectar los signos de maltrato. El síndrome de Münchhausen por poderes representa un reto diagnóstico para los pediatras, a menudo se trata de un niño que ha sufrido varias hospitalizaciones, durante las cuales, el verdadero diagnóstico pasa desapercibido.

Hospital como lugar de atención

Esta función entra dentro del ámbito de la medicina tradicional. El tratamiento del maltrato y sus causas no suele ser hospitalario, pero si, en ocasiones, el de las lesiones producidas. Un tercio de los niños ingresados por maltrato requieren cuidados intensivos y un 10 por cien de los ingresados pueden morir como consecuencia de la agresión.

La demanda de atención médica ante lesiones físicas lleva a los niños y a sus familias a los hospitales. Escaldaduras, quemaduras, fracturas, intoxicaciones,..., requieren atención médica, hospitalización y, a veces, cirugía o cuidados intensivos.

En ocasiones, la indicación del ingreso es de índole social, casos de negligencia en los cuidados, falta de asistencia a un niño que está enfermo, omisión de tratamiento prescrito, trastornos de la organización y de la estructura familiar que pueden impedir el cuidado de los niños y poner en peligro su seguridad.

Hospital como lugar de Protección

El hospital puede servir de albergue y protección para los niños que su casa representa un riesgo de sufrir maltrato. El ingreso hospitalario puede ser útil si no hay otros disponibles en la zona (Centros de acogida de urgencias) y mientras se decide el destino final, debiéndolo comunicar de forma inmediata a la Comisión de Tutela del Menor.

En los niños mayores de 12 años se puede realizar el ingreso a petición del propio niño, aunque se debe solicitar siempre que al juez una orden para que, cautelarmente, le retire la custodia a los padres o tutores del niño cuando estos son los posibles agresores.

Hospital como lugar de Prevención

A través de la relación entre los profesionales sanitarios y el paciente o su familia, se pueden identificar muchos factores o situaciones de riesgo de maltrato infantil que cuando se detectan hay que incorporar a los *trabajadores sociales* a la valoración de la familia.

En los servicios de pediatría se debe promover el establecimiento y el mantenimiento de los vínculos madre - hijo, de manera precoz al nacimiento y, posteriormente, durante las hospitalizaciones largas de recién nacidos prematuros.

En caso de identificación de factores de riesgo o situaciones predisponentes, además de implicar a los servicios sociales del hospital y, a través de éstos, a los del ámbito extrahospitalario, se debe establecer contacto con el pediatra habitual del niño en el centro de salud.

Problemática de la atención multidisciplinar en el hospital

El problema del maltrato infantil no es, evidentemente, de índole exclusivamente sanitaria, aunque requiere, en la mayoría de los casos del concurso y la buena práctica clínica de diferentes especialistas y profesionales. Los pediatras, el personal de enfermería y los trabajadores sociales suelen estar sensibilizados con el tema, aunque deberían elaborar protocolos de actuación coordinados para las distintas situaciones de maltrato.

En los hospitales pediátricos el tema es conocido y es más sencillo proporcionar los recursos para el diagnóstico, el tratamiento y la formación. Sin embargo, la mayoría de nuestros hospitales son generales, donde la pediatría representa una pequeña porción de toda la asistencia. Aquí, son pocos los especialistas con formación y conocimiento del maltrato. Médicos traumatólogos, radiólogos, ginecólogos, cirujanos y dermatólogos, pueden ser consultados por lesiones causadas por malos tratos sin ser reconocidos como provocados. Además, las implicaciones legales de una denuncia o un parte judicial, provocan retraimiento a la hora de realizar el diagnóstico etiológico: lesión por maltrato.

Las direcciones de los hospitales deberían contemplar el problema y promover la creación de comisiones o equipos de atención al maltrato infantil compuestas por: un representante de la dirección del hospital, un asesor legal, un trabajador social, una enfermera, un médico de cada especialidad más frecuentemente

implicada (al menos, ginecólogo, traumatólogo) y un pediatra que actuaría de coordinador. Estas comisiones tendrán las siguientes funciones:

- efectuar un registro y seguimiento de los casos de maltrato infantil detectados en el hospital.
- asesorar y prestar ayuda a los diferentes profesionales del hospital ante los casos de maltrato.
- elaborar y difundir protocolos conjuntos y consensuados de actuación ante las diferentes situaciones, avalados por la dirección del hospital, y en sintonía con las normas y los procedimientos de actuación de las autoridades competentes (policía judicial, grupo de menores, fiscal de menores, jueces y forenses).
- organizar actividades de información y formación sobre maltrato infantil en el ámbito hospitalario (sesiones clínicas, cursos, etc.).
- coordinar sus actividades con el ámbito extrahospitalario para no duplicar exploraciones, procedimientos, historias o registros y someter a los niños a molestias innecesarias.

Cada uno de los miembros de la comisión debe ser competente y capaz de asesorar, en un momento dado, y actuar de consultor. Un sistema rotatorio de localización personal mediante busca personas puede asegurar la cobertura todos los días del año.

El maltrato institucional en el hospital

Desde la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986, existe la carta de los derechos y deberes de los pacientes. El respeto al paciente como persona autónoma está en el espíritu y en el fondo de esta carta. Los niños, por sus peculiaridades y su variabilidad en el desarrollo, quedan, muchas veces, fuera de este ámbito de respeto y protección. La carta Europea de los derechos del Niño Hospitalizado (1986) y la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas (1989) contemplan aspectos como la educación o los vínculos afectivos que, la institución debe hacer respetar.

El *maltrato institucional* ha sido definido como: "cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional o funcionario, que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, de la seguridad, del estado emocional, del bienestar físico, de la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño o de la infancia".

El niño no debe adaptarse a la institución; es ésta la que debe responder a sus necesidades. El hospital tiene que adaptar sus estructuras y su normativa interna a las necesidades de los niños y poner los recursos para ello.

El ejercicio progresivo de una medicina defensiva somete al niño en ocasiones a procedimientos y exploraciones que no responden al mejor interés del paciente. La buena práctica clínica es una exigencia de la profesión y debe prevalecer sobre otras presiones sociales o familiares. El mejor interés del paciente, en el caso de los niños, debe ser objetivo común de los profesionales de la salud, la familia y la institución, sin olvidar, por supuesto al propio paciente, a quien nuestra legislación reconoce, a partir de los 12 años, la facultad de opinar sobre las cuestiones relativas a su propia salud.

Índice

- Introducción
- Normas básicas de programas de prevención
- Niveles de intervención
- Prevención desde los recursos de atención a la infancia
- Prevención desde el ámbito sanitario
- Prevención en el Programa de Atención al Maltrato Infantil

Introducción

Las sociedades no han evolucionado de la misma manera y rapidez sobre el concepto de niño y sus derechos, esto hace que los protocolos que podamos implantar están mediatizados por el nivel de evolución logrado por esa sociedad en la que este inmerso el niño, así como de la existencia o no de leyes sobre protección a la infancia que permitan el desarrollo de proyectos que nos hagan conseguir los objetivos propuestos.

La prevención del maltrato infantil es un esfuerzo común de toda la sociedad y los profesionales sanitarios tienen un papel fundamental.

Normas básicas de programas preventivos

Los programas preventivos del maltrato infantil desde el ámbito sanitario deberán seguir unas normas básicas que facilitaran resultados positivos:

- *Detección perinatal.* En esta etapa la familia es más susceptible de consentir una ayuda que estima como de ayuda, mientras que en otros momentos puede apreciarla como una intromisión en su vida privada que pretende juzgar sus actuaciones y controlarlas.
- *Figura puente.* Un referente personal (enfermera domiciliaria, trabajador social,...) entre la familia y los servicios sociales facilitará la relación y la asistencia para plantear sus problemas y necesidades.
- *Recursos normalizados.* Los programas deben desarrollarse dentro de un marco de normalidad (Programa de niño sano) evitando cualquier grado de discriminación por leve que nos parezca
- *Diversificar.* Debemos disponer de distintos programas que faciliten aplicar el más adecuado flexibilizando los protocolos todo lo que sea necesario.
- *Territorio.* Los centros referentes a los que deben acudir los usuarios deben estar cercanos a su lugar de residencia.

Niveles de intervención

Los programas de prevención considerando la etiología multicausal de los malos tratos deben ser diseñados para el conjunto de personas implicadas en el problema (niño, familia) y para una intervención multiprofesional trabajando en los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria (Cuadro 1).

Cuadro1. Niveles de prevención y su caracterización (Costa M, Morales JA, 1997)

	Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
Población diana	Población General	Población de Alto Riesgo	Víctimas
Objetivos	Reducir incidencia de nuevos casos	Reducir la duración y gravedad	Reducir la gravedad y las secuelas y evitar repetición
Procedimientos	Eliminación de factores de riesgo	Detección y tratamiento tempranos	Tratamiento de las víctimas y de su entorno
	Promoción de la salud y de la competencia de la población general	Promoción de la salud y de la competencia de la población de alto riesgo	Promoción de la salud y de la competencia de las víctimas y de su entorno

♦ Prevención primaria

La prevención primaria pretende disminuir el número de casos o su aparición; se refiere a métodos aplicados a la población general y actúa antes de que se presente cualquier tipo de manifestación.

La prevención primaria actuaría sobre los factores que contribuyen a la violencia social como son:

- Evitar situaciones de pobreza.

- Modificar la actitud social e individual hacia el castigo físico.
 - Favorecer la relación familiar - vínculos - apego.
 - Fomentar las relaciones sociales y la integración en la comunidad.
- ◆ Prevención secundaria

La prevención secundaria pretende detectar sujetos o grupos de individuos (familias) a través de dos medidas básicas considerando las características de estas familias: reducir el aislamiento social y adaptar forma de prestación de los servicios sociales (Cuadro 2).

Cuadro 2. Medidas para la prevención secundaria del maltrato infantil (Costa M, Morales JA, 1997)

Reducir aislamiento social	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Normalizar la red de los servicios de infancia y familia.</i> El servicio o programa de ayuda a niños maltratados o en riesgo ha de estar vinculado a una red normalizada de servicios y recursos accesibles a la población general. • <i>Redefinir el diseño y los espacios vecinales.</i> La verticalidad de la ciudad con grandes edificios sin equipamientos o espacios comunes que faciliten el encuentro entre vecinos, padres e hijos de diferentes familias, es una imagen urbana frecuente que dificulta el desarrollo de redes vecinales y sociales. • <i>Reducción de los procesos de exclusión social.</i> Pobreza, falta de equipamientos,... • <i>Fomentar el sentimiento de comunidad.</i> Implica promover la participación e incorporar a la gente en la toma de decisiones de los asuntos que les afectan.
Adaptar la forma de prestación de los servicios sociales	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cambio del estilo de prestación de servicios.</i> Un estilo pasivo, "de espera" o "de despacho" de prestación de servicios de protección y atención social a constituir un obstáculo para la prevención en general y para la prevención del maltrato y la violencia familiar en particular. • <i>Disponer de sistemas de predicción del riesgo.</i> La predicción del riesgo de recurrencia y gravedad del maltrato es posible con un grado considerable de certeza. Los recursos deben ser desarrollados para asegurar, evaluar y retener esta información. • <i>Desarrollo de procesos que mejoren la detección y atención temprana de los casos de desamparo y maltrato a la infancia.</i> En una perspectiva de prevención secundaria resulta especialmente relevante el desarrollo de procesos que mejoren la detección y atención temprana. • <i>Enfatizar en el carácter pedagógico y comunitario de los servicios.</i> Una mayor capacidad para comunicarse y resolver problemas imprevistos, respeto por los conocimientos de los no expertos y una actitud que promueva la implicación activa de los clientes y usuarios de los servicios debe orientar la actividad profesional

La prevención secundaria dentro del ámbito sanitario debería:

- Incrementar las medidas de atención hacia los niños: desarrollo del Programa del niño sano, las visitas domiciliarias de las enfermeras, creando vínculos con la familia que faciliten su asistencia a consulta, educación de padres
 - Identificar precozmente los factores de riesgo
 - Formación y sensibilización de los profesionales sanitarios y de servicios sociales, educativos,...
- ◆ Prevención terciaria

La prevención terciaria se dirige a aquellas situaciones en que los malos tratos ya se han producido y pone el énfasis en evitar su repetición y prevenir el deterioro resultante del abuso y/o las secuelas del mismo en un contexto familiar con factores de riesgo.

- Intervención desde los servicios sociales especializados y de protección infantil
- Medidas terapéuticas de soporte domiciliario.
- Ingresos hospitalarios o en centros de acogida como forma de prevención. Ante la evidencia de maltrato o factores de riesgo que suponen una situación grave para el niño deberá separarse del foco de violencia mediante su ingreso preferentemente en un centro de acogida o en un hospital si presentan lesiones y si la situación se prolonga o se prevee de larga duración proporcionarle con carácter urgente un medio familiar alternativo: familia sustituta, centro de acogida o adopción.

Prevención desde los recursos de atención a la infancia

La prevención del maltrato infantil es un problema que afecta a toda la sociedad, siendo la comunidad y sus servicios comunitarios (sociales, educativos, policiales, sanitarios) los que desarrollen las acciones para su prevención considerando su etiología multifactorial.

◆ Prevención desde los Servicios Sociales

Los servicios sociales tienen un papel fundamental en la prevención del maltrato infantil tanto desde programas generales como específicos correspondiendo a los servicios sociales comunitarios la prevención primaria y secundaria y a los especializados la terciaria (Cuadro 3).

Cuadro 3. Niveles de prevención y actuaciones de los servicios sociales

Nivel	Actividades / Programas
Primaria	Educación familiar, Educación para la salud, Dinámicas de grupo,...
Secundaria	Familias de núcleos de población marginal, Atención infantil temprana, Prevención de drogodependencias en grupos de riesgo,...
Terciaria	Grupos de: Autoayuda para padres maltratadores, Terapéuticos de niños maltratados, Familias Acogedoras,...

El Equipo de Violencia Familiar del Programa de Prevención, atención y tratamiento de situaciones de maltrato infantil del Instituto Madrileño del Menor y la Familia desarrolla múltiples actividades

El Servicio Social de Información Telefónica y Atención de Emergencia (SITADE), Ayuntamiento de Madrid - Comunidad de Madrid, servicio las 24 horas y los 365 días del año de llamada gratuita permite solicitar información sobre casos de maltrato infantil y la intervención en casos urgentes mediante la coordinación con otros servicios.

◆ Prevención desde el ámbito escolar

El maestro o educador tiene que ser capaz de detectar los malos tratos y, fundamentalmente, los factores de riesgo a través de los contactos que se establecen con las familias al momento del ingreso, en el seguimiento escolar, la no asistencia a reuniones o falta de interés por el rendimiento escolar del niño junto con otras circunstancias.

Desde la escuela deben desarrollarse actividades de promoción de la infancia y la familia que les ayuden a identificar situaciones de maltrato y la forma de abordarlas como puede ser potenciando las Escuelas de Padres.

El Programa de Apoyo Escolar para la Protección a la Infancia (Equipo 10) de la Consejería de Educación y Cultura se puso en marcha en el curso 1988-89 orientado hacia los enseñantes desarrollando acciones para facilitar una información y formación precisa de:

- Las situaciones de riesgo social que puedan vivir algunos de sus alumnos
 - El marco relativo a la protección a la infancia
 - Los recursos de atención a la infancia existentes en cada zona
- y despertar la sensibilidad suficiente para:
- Realizar acciones en el campo preventivo
 - Detectar precozmente situaciones de maltrato
 - Unir esfuerzos en la intervención inmediata

◆ Prevención desde el ámbito policial

La actuación en casos de maltrato infantil del Grupo de Menores de la Policía Judicial (GRUME) como equipo especializado en la problemática de la infancia y la adolescencia se caracteriza por:

- Intervención puntual, no seguimiento de los casos cuya competencia asumen los servicios sociales.
- Atención prioritaria y permanente al menor en servicio de veinticuatro horas
- Traslado a centros sanitarios si existen lesiones
- Retirada del menor del contexto familiar e ingreso en Centro de Acogida de Protección o entrega a familiar distinto del autor de los malos tratos
- Investigación del caso de malos tratos: autor, obtención de pruebas, toma de declaración,...

Además la policía realiza múltiples intervenciones con menores que también tiene carácter preventivo como identificando y comunicando a los servicios sociales situaciones de riesgo, patrullaje en zonas escolares para detectar niños que o son recogidos por sus familias, menores que en horario escolar no están en el colegio, puntos de consumo de drogas,...

Prevención desde el ámbito sanitario

En los tres niveles de prevención líneas de actuación en maltrato infantil pueden ser:

- ◆ Inclusión como un problema que afecta a la salud en los Programas de salud
- ◆ Organizar y participar en actividades de sensibilización y formación
- ◆ Mejorar la calidad de relación médico - paciente y sus familias
- ◆ Incrementar los controles clínicos en niños de riesgo o que han sufrido malos tratos
- ◆ Coordinación y trabajo en equipo con trabajo social y otros profesionales y servicios
- ◆ Detectar precozmente situaciones y establecer indicadores de maltrato

La detección precoz implica que el maltrato infantil se considera dentro de las posibles patologías del niño y para ello debemos establecer una serie de indicadores clínicos de maltrato infantil (Cuadro 4).

Cuadro 4. Indicadores de maltrato infantil ámbito sanitario (Díaz Huertas, J.A. 1996)

PRENATAL	MATRONA
Embarazo abocado inicialmente a interrupción voluntaria Planteamientos de ceder al niño para adopción 1ª visita médica > 20 semana de gestación Menos de 5 consultas médicas durante embarazo Parejas jóvenes con características de inmadurez Pobre autoestima, aislamiento social o depresión Crisis familiares múltiples Hijo no deseado o poca relación con los padres Enfermedad mental en los padres, toxicomanía	Madre no esta alegre con el niño Decepción por el sexo Llantos del niño no son controlados por la madre Expectativas madre muy por encima posibilidades del hijo Madre ignora las demandas niño para ser alimentado Madre siente repulsión hacia las deposiciones Falta de ilusión al ponerle el nombre Reacción negativa del padre hacia el niño
Consulta (Atención primaria, enfermería)	HOSPITAL
Incomparecencia a consultas ambulatorias Insistencia en ingresos hospitalarios Inadecuación de las dietas no justificables Inadecuación del vestuario a la climatología No seguimiento calendario vacunal, tratamientos Retrasos inexplicables crecimiento/maduración Engaños familiares en temas de salud, sociales,.. Repetición de accidentes Propios relatos del niño Actitud temerosa hacia sus padres	Familias que abandonan al niño sin justificación, se preocupan mas de la televisión o las relaciones sociales que por el cuidado del niño Padres que realizan visitas de escasa duración Falta comparecencia a hablar con los médicos No aportar de datos escritos de otros ingresos Formas corrección agresiva negligente en público Comentarios del niño de actuaciones de los padres Adaptación niño al hospital demasiado fácil o precoz Expresar deseos de no regresar a su domicilio
URGENCIAS	SALUD MENTAL
Retraso en acudir al centro sanitario Prisas atención médica por accidentes mínimos Lesiones incoherentes con el mecanismo explicado Empeoramiento enfermedades crónicas no tratadas Accidentabilidad por negligencias familiares Dificultad para sacar ropa interior del niño Acudir a distintos centros hospitalarios Manifestaciones conductuales inexplicables Actitudes de autoestimulación o autoagresivas Dificultad sociabilización en presencia de familia	Trastornos. Desarrollo: aprendizaje, habla, Emocional, retraso mental, fracaso escolar,... Psicosomáticos y funcionales: cefaleas, enuresis, encopresis, trast. Sueño, anorexia, bulimia,... Conductuales: masturbación compulsiva, juegos sexuales inapropiadas para su edad, aislamiento, retraimiento, agresividad fugas hogar, conducta antisocial, hiperactividad,... Psiquiátricos: automutilación, autolisis, psicosis Neuróticos: estructuras obsesivas, fobias, depresión, ansiedad, regresión,...

Prevención desde el Programa de Atención al Maltrato Infantil

El Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario pretende implementar a lo largo de estos cinco años (1998-2002) diferentes actuaciones preventivas del maltrato infantil, así como, ampliar la aplicación de las ya existentes.

◆ Consultas de tocología y matronas

En este periodo de contacto de la madre, de la familia, con el sistema sanitario permite detectar precozmente factores o situaciones de riesgo y facilitar información sobre las características madurativas del niño, fragilidad del niño, ventajas de la lactancia materna, recursos sanitarios y sociales del municipio y posibilidades que dispone.

Se pretende incorporar en los protocolos de atención a la embarazada la detección de riesgos psicosociales de forma sistematizada.

◆ Programa para la detección de riesgo social en neonatología

En 1990 se inició un programa con carácter experimental en colaboración del Hospital Clínico Universitario San Carlos, Hospital de Móstoles y el Instituto Madrileño del Menor y la Familia con el objetivo de detectar lo más precozmente posible familias en riesgo social en el momento de nacimiento del niño con el fin de también de forma rápida los protocolos de actuación que lograsen evitar en lo posible los malos tratos a menores.

Las áreas de Neonatología de los hospitales son lugares idóneos de observación de la adaptación de los padres a la nueva situación que supone el nacimiento de un hijo y de los posibles factores de riesgo existentes en esa familia.

La finalidad de programa es “detectar los factores de riesgo social, con el fin de facilitar la aplicación de recursos que favorezcan el desarrollo integral de los niños, procurando los cuidados básicos y previniendo situaciones que puedan afectar a su salud física o mental”.

Dentro de sus objetivos podemos destacar:

- Estimular y facilitar la relación padres e hijos con el fin de establecer una vinculación precoz y consistente con el niño.
- Detectar y registrar situaciones de riesgo social observadas en las áreas de neonatología hospitalaria.
- Derivar y garantizar el seguimiento de los niños y sus familias valoradas como de riesgo social.
- Asegurar la intervención multiprofesional en la intervención con niños de riesgo.
- Aplicar instrumentos de observación, evaluación y derivación que faciliten la labor de los diferentes profesionales.
- Ofrecer formación específica y complementaria a los profesionales implicados en el proyecto.

La intervención precoz en las áreas de neonatología tienen sentido si existe una continuidad por otros dispositivos más próximos al núcleo convivencial. Por ello se constituyeron grupos de trabajo formados por: hospital, atención primaria, servicios sociales e IMMF, que han demostrado la importancia de la coordinación, la necesidad de potenciar el vínculo madre - hijo y la necesidad de promover la especialización e incorporar trabajadores sociales y psicólogos para el área materno-infantil hospitalaria.

El *Programa para la detección de riesgo social en neonatología* se pretende implantar progresivamente en todos los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid.

◆ Programa de Atención Primaria de Salud

Los servicios sanitarios tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil al ser los únicos servicios comunitarios al que tienen acceso normalizado y generalizado toda la población infantil.

La prevención se realizará a través del seguimiento del Programa del niño sano, fundamentalmente en el periodo de edad hasta los 5 años en que el niño es especialmente vulnerable, específicamente a través de:

- Visitas domiciliarias. El Programa de visitas domiciliarias ² es un servicio que debe estar presente en los programas de prevención del maltrato infantil y ha demostrado que:
 - * Las visitas domiciliarias *instauradas de forma precoz* (incluso período prenatal) y mantenidas en el tiempo (superiores a los 2 años de vida del niño) disminuyen el maltrato y abandono infantil con una menor demanda de asistencia a los niños de los servicios de urgencia e incidencia de accidentes e intoxicaciones.
 - * Los sectores de población que viven en condiciones de alto riesgo social utilizan poco los servicios, la visita domiciliaria siendo un medio para la captación de familias.
- Hoja de riesgo social. La hoja de riesgo social se incorporará como un elemento normalizado en la historia clínica que permita detectar y hacer el seguimiento de problemas psicosociales que puedan afectar al desarrollo del niño.

² Guía para la elaboración del programa del lactante y del preescolar en Atención Primaria de Salud. Ministerio de Sanidad. 1989. pp. 54-55

◆ Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia

El concepto que la sociedad tiene de la infancia ha ido evolucionando y para atender sus derechos se han creado distintos organismos y servicios que por estar sectorizados en ocasiones no alcanzan los fines de bienestar de la infancia que se habían propuesto. Por eso es importante la creación de estructuras de coordinación entre las diferentes áreas de actuación que las hagan más efectivas y eficaces a la hora de utilizar y dimensionar los recursos existentes.

La Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid, Ley 6/1995, establece la creación de órganos colegiados de coordinación de las diferentes Redes de Servicios Públicos que se ocupan o inciden en la calidad de vida de los menores.

La futura ley que desarrolla este principio establece tres niveles territoriales de coordinación que darán lugar a:

- Consejo de la Comunidad de Madrid
- Consejos de Área
- Consejos Locales

Los Consejos como estructuras básicas de coordinación deben:

- contar con la participación activa de los menores
- propiciar el análisis, el debate y las propuestas de actuación orientadas a las mejoras permanentes de la calidad de vida de la infancia y la adolescencia
- procurar la eficiencia de los distintos servicios y la calidad de atención a los menores y sus familia
- desarrollar instrumentos de intervención y procedimientos y sistemas de información de común aplicación en la Comunidad de Madrid

La Ley de Consejos de Infancia y adolescencia debe facilitar dentro de políticas intersectoriales:

- El desarrollo de la *Red Básica de Servicios Sociales* con una red de servicios más cercana, conlleva según el compromiso que plantea La Ley 1/1996 a las administraciones públicas en relación a la detección e intervención en situaciones de riesgo, a un replanteamiento del actual equipamiento y desarrollo el sistema público de servicios sociales primarios,.
- El desarrollo de *planes y programas integrales de infancia* con acciones y medidas orientadas a la infancia en riesgo. Los servicios sanitarios, educativos y sociales deben estar adecuadamente coordinados en las *políticas intersectoriales* en las que otras políticas sectoriales (empleo, vivienda) dejen sentir su efecto. La concepción intersectorial no debería contemplarse únicamente en el momento de implantar determinados programas o servicios. Debe ser una concepción básica que abarque todo el proceso de planificación y que informe a los diferentes sectores y niveles de las necesidades y tendencias que la infancia presenta.
- El desarrollo de *indicadores territoriales de riesgo y de bienestar infantil* serán una ayuda excelente para el establecimiento de prioridades y para la evaluación de planes y programas de prevención.
- La *planificación de protocolos consensuados* y operativos en un territorio que requiere la coordinación intersectorial demanda exigencias técnicas y no solo decisiones políticas.

Los profesionales sanitarios que participen el Programa de Atención al Maltrato Infantil se incorporarán a las actividades de los Consejos de Infancia según se determine.

◆ Formación de los profesionales sanitarios

Los profesionales sanitarios requieren formación en aspectos sanitarios y no sanitarios (sociales, legales, educativos, etc.) propios de la intervención en situaciones de maltrato y abandono infantil presentando carencias de formación en estas áreas.

A través de este Programa se plantean dos objetivos de formación:

- *Directamente* mediante los cursos impartidos y su función de *formador de formadores* que desarrollen actividades de formación en sus propios centros / áreas de trabajo.
- *Indirectamente* pretendiendo incluir la formación médica en los problemas familiares y el maltrato infantil en los programas tanto de pregrado como períodos de reciclaje (formación continuada) de los profesionales sanitarios desde las Facultades de Medicina y las Escuelas Universitarias de Enfermería de la Comunidad de Madrid.

Índice

- El papel de la investigación en la atención de los niños maltratados
- Problemas en el abordaje de la investigación del maltrato infantil
- Consideraciones éticas y de participación de los sujetos en el estudio
- Conclusiones

El papel de la investigación en la atención de los niños maltratados

Los malos tratos a la infancia, aún siendo un fenómeno que se ha producido siempre en todas las sociedades y culturas, no ha tenido un reconocimiento de su existencia hasta hace muy pocas décadas, y sobre todo desde que se reconocieron los derechos de la infancia. Esto ha dado lugar a un gran desconocimiento de la realidad de este fenómeno psicosocial y de la red causal que lo desencadena, conocimiento que orientaría **al hacer** en la atención de los niños y las niñas.

A pesar de ello, muchos de los interrogantes que existían sobre el maltrato infantil han sido resueltos a la luz de las investigaciones realizadas durante los últimos años. Es necesario destacar el auge de investigaciones en el ámbito de protección a la infancia en las dos últimas décadas. Los estudios sobre la magnitud de los casos de malos tratos, factores de riesgo y consecuencias físicas y psicosociales que han sido llevados a cabo han dado lugar a datos concluyentes en diversos "eslabones de la cadena del fenómeno del maltrato infantil" permitiendo la elaboración de programas de actuación en todos los niveles de la prevención y el tratamiento.

Por otra parte, España ha realizado escasos estudios sobre esta problemática caracterizándose todos ellos por líneas separadas y puntuales de investigación que, a diferencia de los estudios realizados en el mundo anglosajón, no pueden actualmente presentar una continuidad y amplitud suficiente para considerar que conocemos la realidad del fenómeno del maltrato en nuestro país. Teniendo en cuenta los estudios más relevantes publicados nos encontramos con las siguientes líneas de investigación:

- a) estudios de prevalencia e incidencia del maltrato en algunas Comunidades Autónomas,
- b) caracterización de los casos atendidos por los servicios de protección,
- c) factores de riesgo,
- d) consecuencias de los malos tratos, y
- e) actitudes de la población hacia el maltrato.

Problemas en el abordaje de la investigación del maltrato infantil

El estudio del maltrato infantil conlleva a problemas específicos que tienen que ser resueltos tanto a nivel práctico en la planificación de la investigación como a nivel metodológico en el diseño del estudio. Estos problemas específicos, en muchos casos de difícil abordaje, son los causantes de la existencia todavía de importantes lagunas en el conocimiento del fenómeno psicosocial del maltrato a la infancia.

- Muestras estudiadas y grado de representatividad

La mayoría de las investigaciones sobre este tema han sido realizadas en muestras clínicas (p.e. del ámbito hospitalario) y/o de casos registrados por los servicios sociales de atención a la infancia. Estas fuentes de información tienen ventajas para la realización de investigaciones, pero presentan importantes sesgos de selección en los casos de maltrato al estudiar exclusivamente lo que ha sido llamado "el vértice del iceberg del maltrato", el cual de acuerdo con las características de nuestros servicios sociosanitarios representa tanto los casos de mayor severidad y gravedad como muestras de población con bajo nivel socioeconómico. Estos sesgos conllevan a la imposibilidad de poder inferir dichos resultados hacia la población general, siendo necesario la realización de más estudios dirigidos a muestras representativas a nivel comunitario.

Una de las principales cuestiones a determinar en una investigación es el grado de representatividad de sus muestras para establecer el tipo de población hacia la cual puede inferir los resultados y alertar sobre los posibles sesgos de selección mostrados en el diseño del estudio. En la investigación del maltrato infantil se han utilizado principalmente tres fuentes de selección de casos:

- a) muestras clínicas basadas en los casos detectados por diferentes ámbitos de la intervención,
- b) casos investigados por los servicios de protección infantil, y
- c) casos procedentes de la comunidad seleccionados a través de muestras poblacionales.

Cada una de estas tres fuentes ofrecen tanto ventajas como desventajas en la investigación.

Los estudio clínicos, siendo todavía los más frecuentes debido al fácil acceso y estudio de los casos, son los que permiten menor generalización de los resultados por tratarse de casos con características muy definidas, como

ya ha sido comentado. Dichas muestras son útiles para evaluar programas de intervención en casos de severidad elevada.

Las muestras procedentes de los casos registrados en los servicios de protección infantil han sido utilizadas en los últimos años para la investigación debido a la existencia de registros permanentes que pueden ser analizados con una cierta sistematización. Dichos estudios son muy útiles para la vigilancia epidemiológica de la problemática que llega al sistema sobre un conjunto de variables que son establecidas e introducidas previamente para su recogida de información, pero ofrecen también sesgos de clasificación debido a las variaciones en la definición de caso y sesgos de selección por analizar exclusivamente sujetos que están bajo la atención del sistema y localizados en poblaciones con una problemática psicosocial muy específica.

Por ello, los estudios que utilizan muestras poblacionales son los mejores para la inferencia de resultados a la población general tanto en la estimación de la magnitud del problema (prevalencia e incidencia del maltrato infantil) como de la fuerza de la asociación de factores de riesgo, pero tiene importantes problemas metodológicos en la aplicación del estudio debido fundamentalmente a la baja incidencia en la población necesitando emplear tamaños muestrales grandes para reducir los errores en la variación estadística.

- Diseño de los estudios

Otro aspecto importante a considerar es el diseño aplicado en la investigación ya que no sólo nos plantea diferentes estrategias de abordaje sino que también según el tipo de diseño podremos alcanzar unos resultados específicos en el análisis del estudio. Así nos encontramos con problemas específicos según pretendamos realizar estudios de tipo transversal de encuesta a partir de un protocolo, estudios retrospectivos de casos y controles, o estudios longitudinales de seguimiento de una población:

a) Estudios transversales de encuesta poblacional: el maltrato infantil conlleva a problemas específicos en la realización de estudios transversales dirigidos hacia la población general. En primer lugar, el propio estigma de muchas de las formas de malos tratos conlleva a un rechazo en la población a contestar cuestiones directas sobre la relación con los hijos. Esto da lugar a utilizar instrumentos e indicadores indirectos sensibles a la existencia de disfunciones parentales y que, a parte de su difícil aplicación en muestras de tipo poblacional, necesitan ser validados previamente en muestras con semejantes características sociodemográficas. En segundo lugar, la mayoría de las veces el propio niño no es la fuente adecuada de información tanto por consideraciones éticas como por las dificultades en la entrevista adaptada al desarrollo evolutivo del niño. Por otra parte, los diseños transversales de actitudes y creencias sobre el maltrato infantil tienen importantes sesgos motivados por la deseabilidad social de las preguntas que habitualmente son diseñadas.

b) Estudios retrospectivos de casos y controles: a pesar de las múltiples ventajas que ofrecen los diseños de caso-control, sus principales limitaciones están centradas alrededor de la fuente de selección de los controles y el análisis de variables de confusión, más aún cuando se aplican en la investigación del maltrato infantil. En este sentido, los grupos de sujetos con y sin maltrato deben ser similares en el grado de exposición al riesgo, y solamente deben diferir en la condición de la existencia de maltrato para poder estimar la magnitud de las potenciales diferencias en los factores de riesgo estudiados. Además los estudios caso-control deben contemplar la existencia de variables de confusión que en parte deben ser controladas en el diseño a partir del apareamiento ("matching") respecto a estas variables. Otro elemento importante a destacar son los sesgos de recuerdo existentes en la recogida de información retrospectiva al fenómeno del maltrato infantil.

c) Estudios longitudinales de seguimiento de una cohorte: los estudios de seguimiento plantean importantes problemas que afectan a su viabilidad. Las principales dificultades se encuentran en la longitud del tiempo de seguimiento del estudio, el tiempo transcurrido entre las evaluaciones a realizar, la determinación del tamaño muestral necesario según la baja incidencia del fenómeno, y la alta tasa de abandono en el seguimiento que la población expuesta puede tener. Mientras la baja incidencia del fenómeno es un hecho no controlable por el investigador, en cambio se ha recomendado la realización de estudios longitudinales en poblaciones específicas de riesgo de maltrato al igual que estrategias en la planificación de la investigación para disminuir al máximo posible la tasa de abandonos a lo largo del seguimiento del estudio prospectivo.

Cada uno de estos diseños plantea una serie de ventajas y desventajas en la planificación del estudio y en la capacidad para inferir resultados (Cuadro 1), de forma que en la investigación del maltrato infantil se ha planteado la aplicación de diseños mixtos que se combinan en diferentes fases:

- a) una primera fase transversal para la caracterización de una determinada población,
- b) una segunda fase de seguimiento de dicha cohorte para la identificación de casos incidentes, y
- c) una tercera fase de estudio de casos incidentes y controles (estudio "caso-control anidado") para el análisis de factores de riesgo y de protección, éticas y de participación de los sujetos en el estudio

Esta estrategia aunque en cierta medida presenta un importante coste temporal y económico es idónea para paliar las dificultades intrínsecas de investigación que presenta el maltrato infantil .

Cuadro 1. Principales ventajas y desventajas de los diseños epidemiológicos.

DISEÑOS	VENTAJAS	DESVENTAJAS
Transversal	Útiles en fenómenos frecuentes en la colectividad Resultados fáciles de generalizar. Menor tiempo y coste Primer diseño a realizar. Útiles en planificación sociosanitaria	Existencia de sesgos. Infringe la ley de causalidad. No analiza factores de riesgo. No analiza incidencia
Retrospectivos de casos y controles	Útiles en fenómenos crónicos y raros en la colectividad. Capacidad para generar hipótesis causales. Bajo coste temporal y económico.	Existencia de sesgos. Infringe la ley de causalidad. No establece la historia natural del fenómeno. No analiza la incidencia
Seguimiento de una cohorte	Establece la historia natural del fenómeno. Mejor control y planificación en la recogida de información. Mejor valoración de la exposición. Analiza múltiples fenómenos. Analiza incidencia y factores de riesgo y protección.	Poco útiles en fenómenos raros en la colectividad. No permite formular nuevas hipótesis etiológicas. La participación puede influir en la exposición. Gran coste temporal y económico.

- Consideraciones éticas y de participación de los sujetos en el estudio.

El reclutamiento de sujetos de la población diana es uno de los procedimientos a contemplar en la planificación de los estudios sobre el maltrato infantil. Las consideraciones éticas pertinentes en cualquier investigación nos impide en muchos casos investigar en los propios niños maltratados sobre variables intimamente relacionadas con las situaciones maltratantes, recurriendo para ello a las propias familias. La aceptación de participación de familias suele ser baja al sentirse investigadas por los servicios de protección infantil. Por ello, el mejor procedimiento para la participación de las familias es su reclutamiento a partir de los servicios comunitarios de atención a la infancia y a partir del seguimiento que se realiza a estas familias en situación de riesgo social.

Necesidades de investigación en el maltrato infantil

- Estudio de factores de riesgo y de protección más relevantes en nuestro entorno

Mientras existen importantes estudios que han orientado sobre los principales factores de riesgo que condicionan la existencia de situaciones de malos tratos hacia la infancia, en cambio son escasos aquellos que los estudian de manera integral bajo un modelo conceptual y aplicado a nivel comunitario en muestras representativas de una población determinada. Además dichos factores de riesgo deberían ser estudiados junto con los hipotéticos factores de protección que actualmente aceptamos con la finalidad de estimar las interrelaciones que existen entre estos y aquellos y ponderar el peso específico de cada uno de ellos.

El estudio de factores de protección requiere la realización de investigaciones con un diseño longitudinal donde el seguimiento de una cohorte de población a lo largo de un intervalo de tiempo permite la identificación de casos incidentes de maltrato frente a familias que bajo las mismas condiciones de exposición son resistentes a experiencias maltratantes.

Existe un importante desconocimiento sobre lo que debemos considerar situaciones de riesgo social para el seguimiento de las familias detectadas por los servicios sociales. La Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor estipula la obligación de las entidades públicas y en concreto de los servicios comunitarios del seguimiento de las familias en riesgo de malos tratos. Aunque se han elaborado diferentes procedimientos administrativos en las Comunidades Autónomas para la coordinación entre los servicios especializados y comunitarios para el seguimiento de estas familias todavía no se han realizado ningún estudio para determinar en nuestro medio qué familias y cuáles no deben ser seguidas por los servicios de atención a la infancia.

- La detección temprana de casos de malos tratos

A pesar de la dificultad de delimitar lo que debe ser considerado un maltrato a la infancia frente a situaciones de adecuado trato, se ha realizado un importante avance en el consenso de criterios operativos para el diagnóstico de sus diferentes subtipos. En España se ha hecho un importante esfuerzo para trasladar dichos criterios operativos en instrumentos estandarizados para la detección, la investigación y la evaluación de casos, pero todavía existen importantes lagunas en la elaboración de protocolos estructurados para la detección temprana no solo en población general sino incluso en poblaciones en riesgo de situaciones de malos tratos. La mayoría de ellos están basados en entrevistas semiestructuradas y/o cuestionarios que recogen datos indirectos sobre factores de riesgo asociados al maltrato infantil. Todos ellos presentan todavía escasa validez y/o fiabilidad

Cuadro 2. Elementos conceptuales y metodológicos que deben ser contemplados en la planificación y evaluación de un programa de prevención del maltrato infantil.

Elementos del programa	Descripción
A. Relativos a la formulación	
1. Justificación del programa	Determinación de la definición y magnitud del problema, de los antecedentes del programa y la formulación de la oportunidad y pertinencia en la implantación de éste.
2. Formulación de hipótesis	Exposición explícita de los modelos conceptuales teóricos en los cuales está basado el tipo de programa planificado al igual que los efectos esperados ante la intervención.
3. Planteamiento de objetivos	Determinación de la finalidad y de los objetivos propuestos ante el programa de intervención, ajustándolos a las hipótesis planteadas y los posibles beneficios en la población.
B. Relativos al diseño	
1. Características de población diana:	Descripción de las características sociodemográficas, clínicas y psicosociales de la población expuesta al programa.
2. Criterios de inclusión y de exclusión:	Determinación de los criterios de selección aplicados a los sujetos de la población diana.
3. Validez y fiabilidad diagnóstica	Exposición detallada de la capacidad discriminativa y de la precisión en el diagnóstico de los sujetos en riesgo.
4. Método de asignación muestral:	Declaración del método de asignación (randomizado o no randomizado) a los grupos de comparación del programa.
5. Comparación entre grupo experimental y de control:	Análisis de las similitudes y/o diferencias existentes entre los grupos de comparación de acuerdo con las variables.
6. Medición doble ciego	Utilización de metodología doble ciego para la observación y recogida de la información.
7. Recogida factores de confusión	Justificación de las variables recogidas en el proceso de intervención, indicando la metodología para su control.
8. Validez y fiabilidad de las medidas	Exposición detallada de la capacidad discriminativa y de la precisión de los instrumentos utilizados.
9. Definición de la intervención	Descripción de la intervención seleccionada de acuerdo el modelo teórico basado, su adaptación a las condiciones de la población y las diferentes actividades y recursos empleados..
10. Duración del seguimiento	Exposición de los criterios utilizados en la determinación del tiempo de seguimiento del programa.
11. Calidad del seguimiento:	Descripción del número de exámenes realizados a la población de estudio, exponiendo los porcentaje de participación y pérdidas desde el inicio de la intervención.
C. Relativos al análisis de los resultados	
1. Análisis estadísticos descriptivos	Discusión de los estimadores estadísticos utilizados y de las variables analizadas.
2. Análisis estadísticos comparativos	Discusión de los estimadores estadísticos utilizados y de las variables analizadas para la comparación entre los diferentes grupos de intervención.
3. Presentación de resultados	Sistematización de los análisis anteriores y elaboración de la exposición de los resultados.
4. Inferencia de los resultados	Discusión sobre la factibilidad de generalización de los resultados obtenidos en el programa
D. Relativos a la evaluación específica del programa	
1. Eficacia y efectividad	Determinación del impacto de los resultados obtenidos tanto en la población de estudio como en la población diana
2. Análisis coste-beneficios	Determinación de la eficiencia del programa en relación al balance entre los resultados obtenidos y los recursos empleados.

para ser aplicados en la población general, recomendándose exclusivamente a pesar del alto número de falsos positivos, en población de alto riesgo social. Además la única validación adecuadamente realizada en nuestro medio sobre un cuestionario estructurado para la detección de casos solamente podría ser aplicado en muestras clínicas por sus características de administración. Otros instrumentos como el utilizado en la Comunidad de

Madrid para la detección de niños en situación de riesgo social dentro del medio escolar no han sido validados adecuadamente para la estimación de su capacidad discriminativa y de fiabilidad.

- La evaluación de los programas preventivos

En la actualidad se han publicado a nivel internacional un considerable número de artículos sobre la evaluación de programas preventivos mostrada la alta eficacia para disminuir tanto la incidencia de los malos trato como las consecuencias que producen en el desarrollo integral del niño.

En la última década en España se ha realizado un importante esfuerzo para desarrollar de forma experimental diferentes programas preventivos de atención de la infancia maltratada y en riesgo social en las diferentes Comunidades Autónomas. Dichos programas son cofinanciados por la Administración Central y Autonómica para la evaluación de dos líneas principales de prevención:

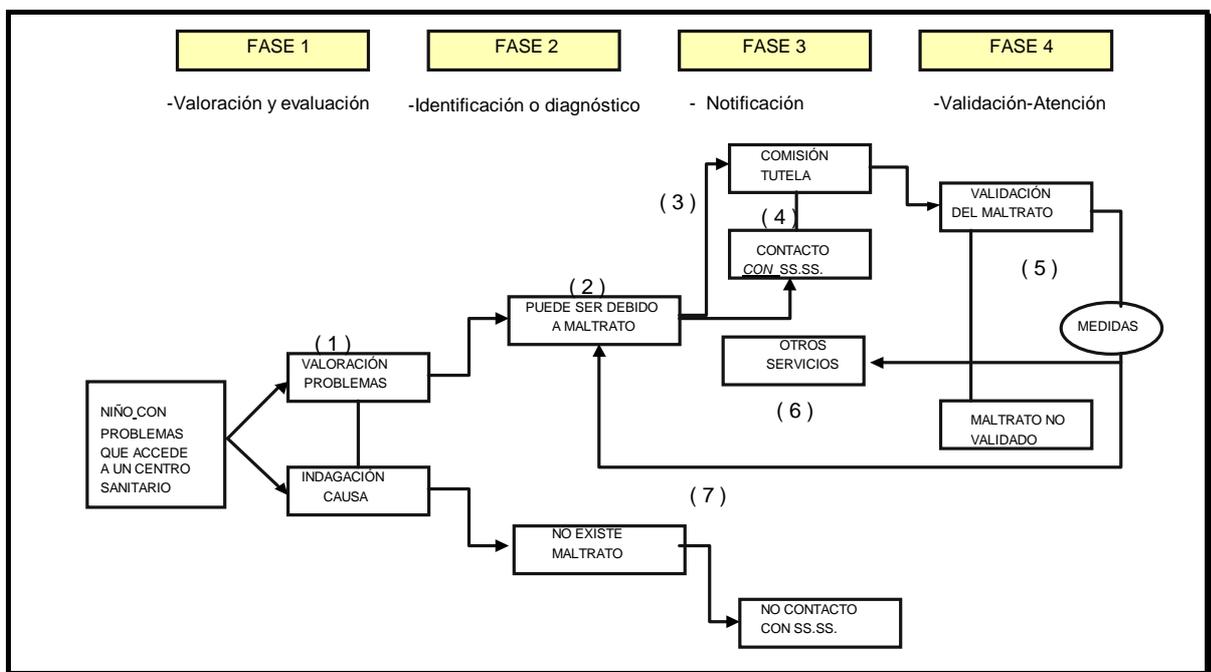
- Prevención secundaria: detección precoz desde los servicios sociales, sanitarios y educativos, y la detección y atención en situaciones de riesgo antes del nacimiento y en los primeros momentos de la vida del niño; y
- Intervención y tratamiento ante situaciones evidenciadas de malos tratos.

Debido al carácter experimental de estos programas, se debería profundizar aún más en los aspectos metodológicos necesarios para permitir una de sus finalidades: la evaluación de su eficacia, efectividad y eficiencia. Los programas de prevención aplicados a una población determinada deben contemplar en su diseño e implantación una serie de factores que permitan su posterior evaluación en relación a priorización del programa (evaluación de pertinencia), la calidad en el planteamiento metodológico (evaluación de idoneidad y adecuación) y la trascendencia de los resultados obtenidos (evaluación de impacto). Estos criterios de evaluación, los cuales tuvieron su inicio en el campo experimental, fueron incorporados al campo de la salud pública y en la presente década han siendo implantados progresivamente en el ámbito de los servicios sociales para la planificación de los programas dirigidos hacia la prevención del maltrato infantil. (Cuadro 2).

Conclusiones

El Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario que se está desarrollando desde el Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Comunidad de Madrid, es fundamental la coordinación intersectorial entre los servicios primarios de atención de la infancia. En dicho programa se plantea como estrategia básica la implicación de los servicios sanitarios en la detección de casos de maltrato infantil y el trabajo conjunto con los servicios sociales básicos y especializados para todos las fases de la intervención y seguimiento de los casos (detección, notificación, investigación y evaluación) (figura 1).

Figura 1. Representación del diseño del Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario del Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Fases en el Proceso de Atención al maltrato y puntos críticos.



A lo largo del proceso de atención diseñado en el programa podemos observar diferentes puntos críticos en los cuales la incorporación de estudios específicos permitirá tanto el conocimiento real del problema en la población infantil residente en las áreas sanitarias de Madrid como la evaluación continua del programa.

La realización de estudios e investigaciones aplicadas a la situación concreta del fenómeno psicosocial del maltrato infantil en las áreas y/o comunidades que son atendidos por los diferentes servicios de atención a la infancia permiten la objetivación de información relevante para una planificación adecuada de los recursos necesarios en la implantación de programas específicos para la atención de la infancia en riesgo de situaciones de desprotección.

La Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor determina la responsabilidad de las administraciones públicas (sobre todo las administraciones locales) del seguimiento de todos aquellos casos que sean detectados en la comunidad como situaciones de riesgo aún no existiendo manifestaciones de desprotección en general o de maltrato en particular.

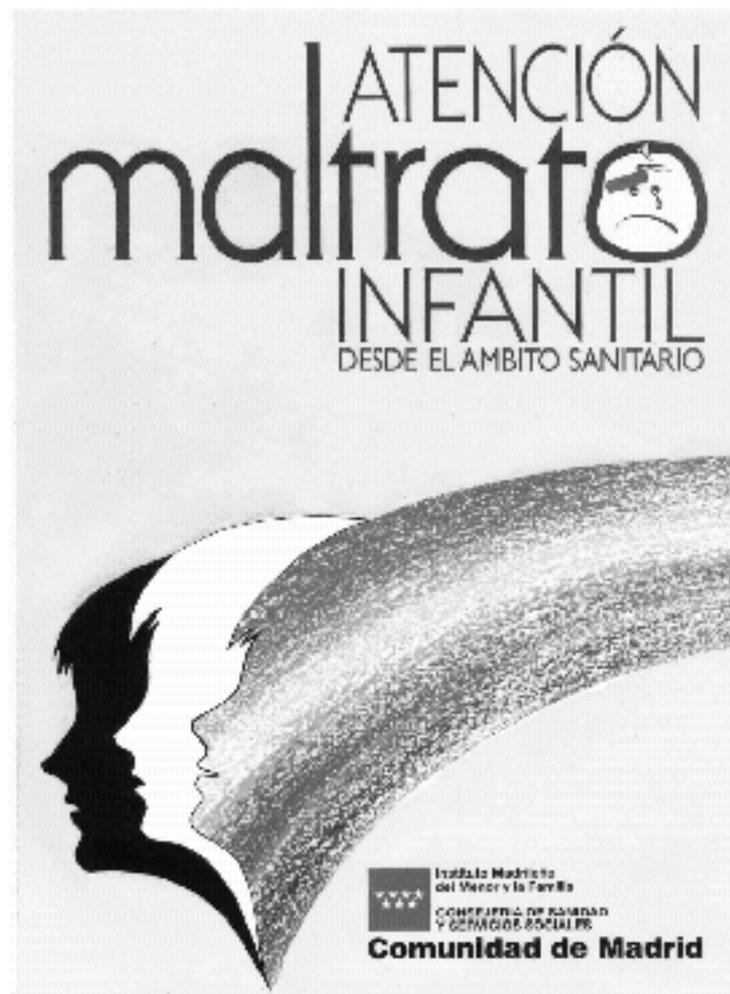
Por todo ello, es necesario el desarrollo de estudios orientados al diagnóstico de situación de la población de referencia como paso previo a la implantación de programas dirigidos a esta problemática permitiendo tanto la mejora de los sistemas de detección de casos como la obtención de un sistema de información que facilitará la evaluación del programa implantado. Además, la incorporación de una metodología de trabajo basada en la investigación-acción facilita la suficiente información técnica para la toma de decisiones en la modificación y reorientación del programa a lo largo del proceso de éste.

Bibliografía

1. Strauss MA, Gelles RJ. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the Family* 1986; 48:465-479.
2. Guyer B, Lescohier I, Gallagher SS, Hausman A, Azzara CV. Intentional injuries among children and adolescents in Massachusetts. *N Engl J Med* 1989; 321:1584-1589.
3. Finkelhor D, Hotaling GT, Lewis IA, Smith C. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics and risk factors. *Child Abuse & Neglect* 1990; 14:19-28.
4. Trocmé N, McPhee D, Tam KK. Child abuse and neglect in Ontario: incidence and characteristics. *Child Welfare* 1995; 74:563-586.
5. Altemeier WA, O'Connor S, Vietze P, Sandler H, Sherrod K. Prediction of child abuse: a prospective study of feasibility. *Child Abuse & Neglect* 1984; 8:393-400.
6. Gelles RJ. Child abuse and violence in single-parent families: parent absence and economic deprivation. *Amer J Orthopsychiat* 1989; 59:492-501.
7. Egeland B, Erickson MF, Butcher JN, Ben-Porath YS. MMPI-2 profiles of women at risk for child abuse. *J Personality Assessment* 1991; 57:254-263.
8. Connelly CD, Straus MA. Mother's age and risk for physical abuse. *Child Abuse Negl* 1992; 16:709-718.
9. Smith JAS, Adler RG. Children hospitalized with child abuse and neglect: A case-control study. *Child Abuse Negl* 1991; 15:437-445.
10. Whipple EE, Webster-Stratton C. The role of parental stress in physically abusive families. *Child Abuse Negl* 1991; 15:279-291.
11. Famularo R, Fenton T, Kinscherff R. Child maltreatment and the development of posttraumatic stress disorder. *Am J Dis Child* 1993; 147:755-760
12. Herrenkohl EC, Herrenkohl RC, Rupert LJ, Egolf BP, Lutz JG. Risk factors for behavioral dysfunction: the relative impact of maltreatment, sex, physical health problems, cognitive ability, and quality of parent-child interaction. *Child Abuse Negl* 1995; 19:191-203.
13. Riggs S, Alario AJ, McHorney C. Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. *J Pediatr* 1990; 116:815-821.
14. McMillan HL, McMillan JH, Offord DR, Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. Periodic health examination, 1993 update: 1. Primary prevention of child maltreatment. *Canadian Association Journal* 1993; 148:151-163.
15. Cox AD. Preventing child abuse: a review of community-based projects II. Issues arising from reviews and future directions. *Child Abuse Review* 1998; 7:30-43.
16. Inglès A. Origen, proceso y algunos resultados del estudio sobre los malos tratos infantiles en Cataluña. *Infancia y Aprendizaje* 1995; 71:23-32.
17. Moreno MC, Jiménez J, Oliva A, Palacios J, Saldaña D. Detección y caracterización del maltrato infantil en la Comunidad Autónoma Andaluza. *Infancia y Aprendizaje* 1995; 71:33-47.

18. De-Paúl J, Arruabarrena I, Torres B, Muñoz R. La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Gipuzkoa. *Infancia y Aprendizaje* 1995; 71:49-58.
19. Jiménez J, Oliva A, Saldaña D. Maltrato y protección a la infancia en España. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1996.
20. Zunzunegui MV, Morales JM, Martínez V. Maltrato infantil : Factores socioeconómicos y estado de salud. *Anales Españoles de Pediatría* 1997; 47:33-41.
21. De Paúl J, Arruabarrena MI. Behavior problems in school-aged physically abused and neglected children in Spain. *Child Abuse Negl* 1995; 19:409-418.
22. Díaz-Aguado MJ. El desarrollo socioemocional de los niños maltratados. Madrid : Ministerio de Asuntos Sociales, 1996.
23. Juste MG, Morales JM, Costa M. Actitudes de los españoles ante el castigo físico infantil. Resultados de la primera encuesta nacional de actitudes y opiniones de la población española hacia el maltrato infantil dentro del ámbito familiar. Madrid : Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1997.
24. Kinard EM. Methodological issues and practical problems in conducting research on maltreated children. *Child Abuse Negl* 1994; 18:645-656.
25. Milner JS. Current perspectives on physical child abuse. *Criminal Justice and Behavior* 1991; 18:4-7.
26. Starr RH, Dubowitz H, Bush BA. The epidemiology of child maltreatment. En: Ammerman RT, Hersen M, eds. *Children at risk. An evaluation of factors contributing to child abuse and neglect*. New York: Plenum Press 1990:23-54.
27. Costa M, Morales JM, Juste MG. La prevención en el maltrato infantil. *Anuario de Psicología Jurídica* 1995; 5:87-110.
28. Gelles RJ. Family violence. In: Hampton RL, Gullota TP, eds. *Family violence. Prevention and Treatment*. Newbury Park: Sage Publications, 1993:1-24.
29. Sudman S, Bradburn NM. *Asking questions*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987.
30. Leventhal JM. Risk factors for child abuse: methodologic standards in case-control studies. *Pediatrics* 1981; 68:684-690.
31. Bertolli J, Morgenstern H, Sorenson SB. Estimating the occurrence of child maltreatment and risk factor effects: Benefits of a mixed-design strategy in epidemiologic research. *Child Abuse & Neglect* 1995; 19:1007-1016.
32. Costa M, Morales JM. La prevención del maltrato infantil. En: Casado J, Díaz-Huertas JA, Martínez C., eds. *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos, 1997:325-336.
33. Morales JM, Costa M. Tendencias actuales en la investigación del maltrato infantil. En: Casado J, Díaz-Huertas JA, Martínez C., eds. *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos, 1997:309-324.
34. Morales JM, Zunzunegui V, Martínez V. Modelos conceptuales del maltrato infantil : una aproximación biopsicosocial. *Gac Sanit* 1997; 11:231-241.
35. Council on Scientific Affairs. AMA diagnostic and treatment guidelines concerning child abuse and neglect. *JAMA* 1985; 254:796-800.
36. De Paúl J. Situaciones de desprotección infantil: descripción y etiología. En: De Paúl J, Arruabarrena MI, eds. *Manual de protección infantil*. Barcelona: Masson 1996, pp 3-23
37. Arruabarrena MI, De Paúl J, Torres B. El maltrato infantil. Detección, notificación, investigación y evaluación. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.
38. De Paúl J, Arruabarrena I, Milner JS. Validación de una versión española del Child Abuse Potential Inventory para su uso en España. *Child Abuse Neglect* 1991; 15:495-504.
39. Díaz-Aguado MJ, Martínez R, Varona B, et al. Infancia en situación de riesgo social. Un instrumento para su detección a través de la escuela. Madrid: Consejería de Educación y Cultura, 1996.
40. Dersimonian, R., Charette, J., Mcpeek, B. & Mosteller, F. Reporting on methods in clinical trials. *N Engl J Med* 1982; 306:1332-1337.
41. Dever, G. *Epidemiology in health services management*. Rockville: Aspen Publishers 1984.
42. Pineault, R. y Daaveluy, C. *La planificación sanitaria. Conceptos, métodos, estrategias*. Barcelona: Masson, 1987.

43. Fink, A. y McCloskey, L. Moving child abuse and neglect prevention programs forward: improving program evaluations. *Child Abuse & Neglect* 1990; 14:187-206.
44. Helfer, R. (1991). Child abuse and neglect: assessment, treatment, and prevention, October 21, 2007. *Child Abuse & Neglect*; 15:5-15.
45. Poertner, J., Smith, P. y Fields, J. Quality control in child abuse prevention programs. *Children and Youth Services Review* ; 1991; 13:29-39.
46. MacMillan, H.L., MacMillan, J.H., Offord, D.R., Griffith, L. y MacMillan, A. (1994). Primary Prevention of Child Abuse and Neglect: a critical review. Part I. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1994; 35, 836-856.
47. Earls, F., McGuire, J. Y Shay, S. Evaluating a community intervention to reduce the risk of child abuse: methodological strategies in conducting neighborhood surveys. *Child Abuse & Neglect* 1994; 18:473-485.
48. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. B.O.E. 17/01/96.
49. Azmecua C, Jiménez A. Evaluación de programas sociales. Madrid: Díaz de Santos, 1996.
50. Costa M, Morales JM. Observaciones de la Dirección General de Acción Social, del Menor y la Familia al programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario del Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1998 (documento sin publicar).



IV. BIBLIOGRAFIA

IV. Bibliografía

- Editados por la Comunidad de Madrid (ediciones agotadas)

Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario.

Oñorbe M, García Barquero M, Díaz Huertas JA.

Consejería de Salud. 1995.

324 páginas. Formato 21 x 29 cms.

Guía para la atención del maltrato a la infancia por los profesionales de la salud.

Abad D, Albeniz C, Alzú V, Casado J, Fuentes JA, et al.

Consejería de Salud. 1993

180 páginas. Formato 17 x 24 cms.

Atención a la infancia en la Comunidad de Madrid. Repertorio legislativo.

Comisión de Tutela del Menor

Consejería de Integración Social. 1992. Actualizaciones 1992 y 1995

- Libros recomendados

Niños maltratados

Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C (dir).

Díaz de Santos. 1998. (*Derechos de autor cedidos a UNICEF*)

380 páginas. Formato 20 x 26 cms.

Libro que desarrolla desde un enfoque sanitario, todos los aspectos del maltrato infantil (físico, psicológico, sexual, negligencia); profundiza en cada uno de sus tipos, en la epidemiología, clínica, métodos diagnósticos, prevención, tratamiento y aspectos sociales y legales. Presenta una extensa bibliografía que ofrece una visión completa e integral del maltrato infantil.

Consta de prólogo y 39 capítulos escritos por 40 expertos que desarrollan su actividad profesional en 9 provincias y dos en Estados Unidos, la mayoría profesionales sanitarios, médicos especialistas en pediatría, neonatología, medicina del adolescente, traumatología infantil, radiología, medicina legal, asistencia a niños en centros de protección y reforma, otros médicos con amplia experiencia en maltrato infantil; también fiscal, psicólogos y trabajadores sociales.

Manual de Protección Infantil

Paúl J, Arruabarrena MI..

Masson. 1996.

500 páginas. Formato 16 x 24

El manual trata los aspectos esenciales de la intervención profesional en el campo de la protección infantil. Esta compuesto de cinco partes integradas a su vez por varios capítulos:

Situaciones de desprotección infantil: descripción y etiología; Marco jurídico de la protección infantil en España y en las Comunidades Autónomas, Detección, valoración, y toma de decisiones en las diferentes situaciones de desprotección infantil; Diferentes alternativas de intervención terapéutica y preventiva; y, Recursos de intervención en protección infantil

Niños maltratados

Kempe RS, Kempe CH..

Morata. 1979

230 páginas. Formato 13 x 19 cms.

El libro de indudable valor histórico, es la traducción al español del original Child abuse (Kempe RS, Kempe CH. Open Books Publising, Ltd., London. 1978) libro pionero en Estados Unidos y en todo el ámbito internacional que libro recoge la visión existente del maltrato infantil en los primeros años de su estudio y como consecuencia de la publicación del artículo *The battered child syndrome* en JAMA en 1962.

A pesar del tiempo transcurrido muchos, de los aspectos son de gran actualidad ya que muchas de las cuestiones planteadas aún no han sido superadas o resueltas.

- Otros libros:

El niño maltratado

Calvo Rosales J, Calvo Fernández JR.

Ediciones CEA. 1986

Páginas 98. Formato 14 x 21 cms.

El niño maltratado

Querol X.

Editorial Pediátrica. 1990

224 páginas. Formato 17 x 24 cms.

Los malos tratos a la infancia

Martínez Roig A, Paúl J.

Martínez Roca. 1993

páginas. Formato

Guía de atención al maltrato infantil

Sánchez E (dir)

ADIMA: Asociación Andaluza para la defensa de la Infancia y Prevención del Maltrato. 1993

351 páginas. Formato 19 x 26 cms.

El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo

Gracia Fuster E, Musitu G.

Ministerio de Asuntos Sociales. 1993

Páginas 271. Formato 17 x 24 cms.

Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores

López F.

Ministerio de Asuntos Sociales. 1994

Páginas 231. Formato 17 x 24 cms.

El maltrato infantil. Detección notificación, investigación y evaluación

Arruabarrena MI, Paúl J, Torres B.

Ministerio de Asuntos Sociales. Programa de mejora del Sistema de Atención Social a la Infancia. SASI. 1994.

5 cuadernillos. Total páginas 96. Formato 21 x 27 cms.

Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil.

Gómez de Terreros I.

Comares.1995

275 páginas. Formato 17 x 24 cms.

Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores

López F, Torres B, Fuertes J, Sánchez JM, Merino J.

Ministerio de Asuntos Sociales. Programa de mejora del Sistema de Atención Social a la Infancia. SASI. 1994.

Páginas 220. Formato 21 x 28 cms.

Maltrato en el niño. Grandes síndromes en pediatría

Delgado A..

Cátedra de Pediatría. Universidad del País Vasco. 1996

112 páginas. Formato 17 x 24 cms.

- Revistas especializadas

Child Abuse and Neglect

International Society for Prevention Child Abuse and Neglect (ISPCAN)

12 números al año. Fecha inicio publicación año 1977.

Bienestar y Protección Infantil

Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI)

3 números al año. Fecha inicio publicación año 1995.

- Revistas números monográficos sobre maltrato infantil

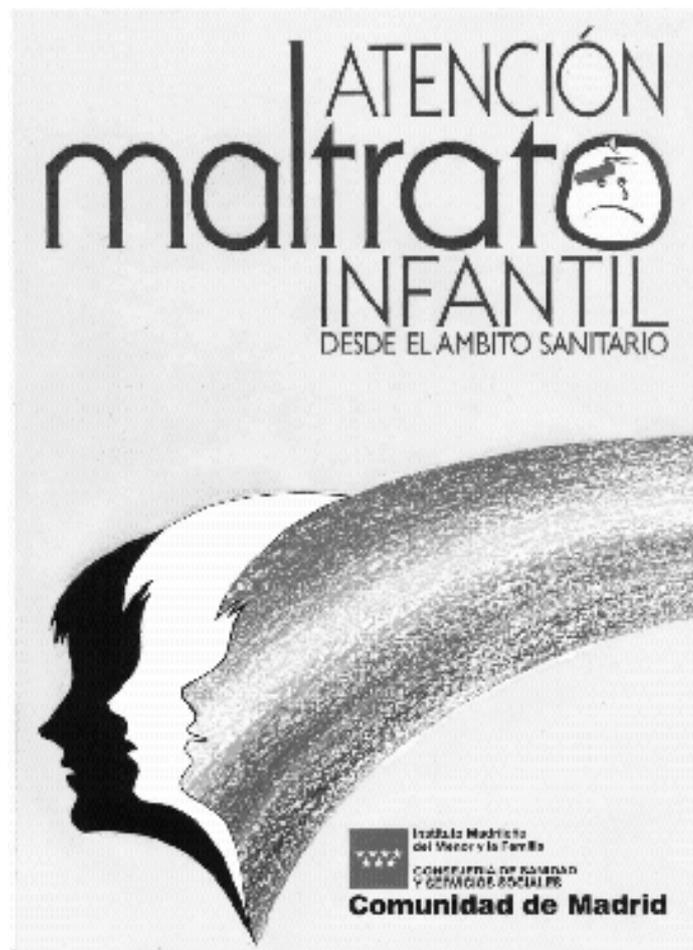
Infancia y Sociedad. Los malos tratos. Número 2. 1990

Infancia y aprendizaje. Maltrato infantil. Número 71. 1995

Clínicas Pediátricas de Norteamérica.

* Reece R (dir). El niño maltratado. 1990; 37:841-1072.

* Hennes H, Calhoun AD (dir) .Violencia contra los niños y los adolescentes. 1998; 45 :269-474.



V. DIRECCIONES DE INTERES

V. Direcciones de interés

Instituto Madrileño del Menor y la Familia

- ◆ Comisión de Tutela del Menor
c/ Gran Vía, 14
28013 - Madrid
Tfno. 91.580.38.26 /36.26 Fax.
- ◆ Equipo de Violencia Familiar
Programa de Prevención, atención y tratamiento de situaciones de maltrato infantil
c/ Gran Vía, 14
28013 - Madrid
Tfno. 91.580.38.08 / 55 Fax.
- ◆ Programa para la Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario
c/ Santa Tecla, 3
28022 - Madrid
Tfno 91.741.27.71 / 91.741.77.62 Fax. 91.320.47.19
E-mail:

Grupo de Menores de la Policía Judicial (GRUME)
c/ Hermenegilda Martínez, 10
28002 - Madrid
Tfno. 91.322.37.88

Fiscalía de Menores
Paseo General Martínez Campos, 27
28010 - Madrid
Tfno. 91.319.82.33

Servicio Social de Información Telefónica y Atención de Emergencia (SITADE)
Tfno. 900.100.333 (Servicio 24 horas, llamada gratuita)

Programa de Apoyo Escolar para la Protección a la Infancia
Consejería de Educación. Comunidad de Madrid
c/ Donoso Cortés, 26
28015 - Madrid
Tfno. 91.446.38.53

Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid
c/ Serrano, 110
28006 - Madrid
Tfno. 91.563.44.11

Teléfono del Niño y del Adolescente (Fundación ANAR)
Avda. América, 24, 1ª planta
28028 - Madrid
Tfno. 900.20.20.10 (Servicio 24 horas, llamada gratuita)

Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia
c/ Delicias, 8 entreplanta
28045 - Madrid
Tfno. 91.530.88.26

Centro de Salud Sandoval
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
c/ Sandoval, 7
28010 - Madrid
Tfno. 91.445.23.28