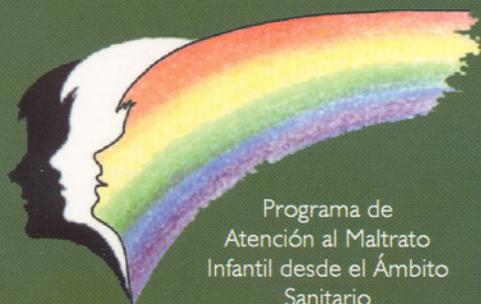
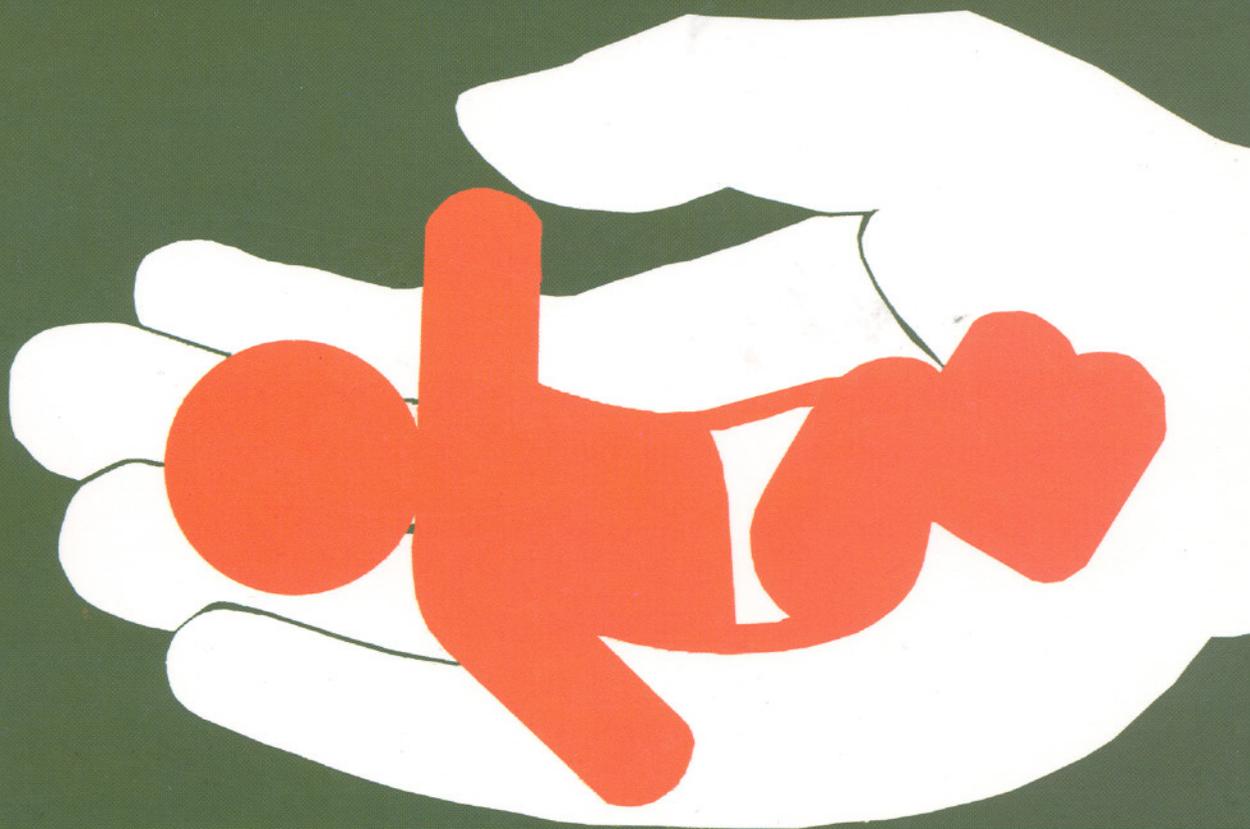


# ATENCIÓN de Enfermería al Maltrato Infantil



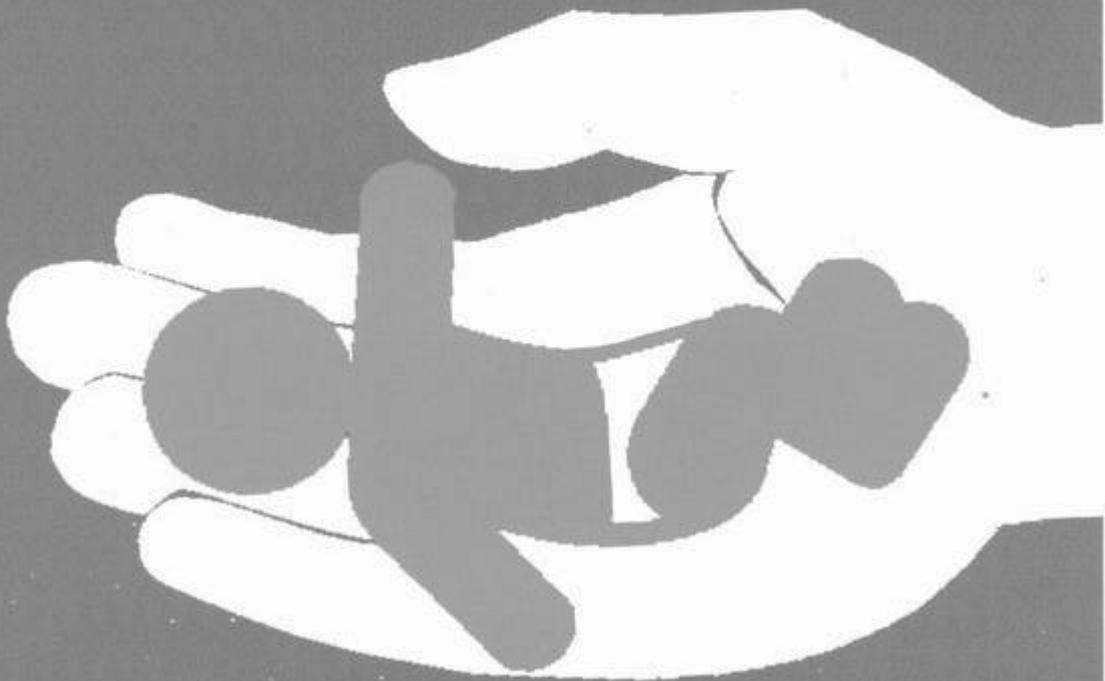
Programa de  
Atención al Maltrato  
Infantil desde el Ámbito  
Sanitario

Instituto Madrileño del Menor y la Familia  
CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES



**Comunidad de Madrid**

# ATENCIÓN de Enfermería al Maltrato Infantil



Programa de  
Atención al Maltrato  
Infantil desde el ámbito  
sanitario

Instituto Madrileño del Menor y la Familia  
CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES



**Comunidad de Madrid**



### **Atención de enfermería al maltrato infantil**

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

Edita: INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA  
Consejería de Servicios Sociales

Portada: Román Redondo

---

Tirada:  
Edición: 12/01

---

Depósito legal: M-49.835-2002  
I.S.B.N.: 84-451-2349-1

Imprime: **B.O.C.M.**

## ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL MALTRATO INFANTIL

pagina

### ÍNDICE

<b>Presentación.</b> Pilar Martínez. Consejera de Servicios Sociales .....	5
<b>Introducción.</b> Esperanza García. Directora Gerente. Instituto Madrileño del Menor y la Familia.....	7
<b>I. Programa de atención de enfermería al maltrato infantil</b> .....	9
Justificación .....	11
Marco legal .....	12
Descripción contenido del Programa .....	14
Actividades .....	14
Evaluación y seguimiento .....	17
Contenidos del Programa de formación .....	19
Equipo .....	19
<b>II. Proceso de atención de enfermería en el maltrato infantil</b> .....	23
Introducción.....	25
Proceso de atención de enfermería en el maltrato infantil.....	26
Detección – diagnóstico.....	28
Notificación.....	32
Tratamiento – intervención.....	32
Prevención.....	35
<b>III. Protocolos de atención de enfermería al maltrato infantil</b> .....	37
• Introducción. <i>Joaquín Esteban Gómez</i> .....	39
• Atención Primaria. <i>Sonia López Palacios</i> .....	41
• Atención hospitalaria. <i>Carmen Crespo Puras, Carmen Jiménez</i> .....	53
• Urgencia extrahospitalaria. <i>Rosa Suárez Bustamante</i> .....	57
• Niño de riesgo social <i>Mercedes Sánchez Díaz, Yolanda Quintero</i> .....	61
• Centros de Menores <i>Enrique J. Sánchez Zamora,</i> .....	85
• Embarazada. <i>Victoria López Pérez</i> .....	91
• Recién nacido (neonatología) <i>María Bermúdez Cañete, Benito Peinador Gregorio</i> .....	97
• Investigación en maltrato infantil <i>Pilar Serrano Gallardo, Silvia Fernández Rodríguez,</i> .....	105
• Prevención del maltrato infantil <i>José A. Díaz Huertas</i> .....	119
<b>IV. Aspectos teóricos de formación</b> .....	133
1. Maltrato infantil: historia concepto. <i>José A. Díaz Huertas</i> .....	135
2. Maltrato infantil: Epidemiología y etiopatogenia. <i>José A. Díaz Huertas</i> .....	145
3. Maltrato físico. <i>Juan Casado Flores</i> .....	153
4. Abuso sexual infantil. Aspectos clínicos. <i>Joaquín Esteban Gómez</i> .....	159
5. Maltrato emocional - psicológico. Efectos psicológicos del maltrato. <i>Consuelo Escudero</i> .....	167
6. El sistema de protección a la infancia en la Comunidad de Madrid. M <sup>a</sup> Ángeles García Llorente ..	171
7. Los servicios sociales municipales en el maltrato infantil. <i>Carmen Martínez Segovia</i> .....	175
8. Servicios sociales sanitarios y maltrato infantil <i>Concepción Baro, Raquel García</i> .....	181
9. Papel del Fiscal. <i>Antonio del Moral</i> .....	187
10. Intervención judicial. <i>Emelina Santana Páez</i> .....	193
11. Escuela y maltrato infantil Departamento de Apoyo Escolar para la Protección de la Infancia.....	207
<b>V. Bibliografía</b>	215
<b>VI. Direcciones de interés</b>	



## Presentación

Si hay una profesión que se identifique por una especial sensibilidad hacia el niño y en sus cuidados cuando sufre un problema de salud, es la *enfermería*.

La importancia de la enfermería en la atención a la infancia no sólo se deriva de los aspectos asistenciales y de la promoción de la salud.

Debemos destacar también el papel de la enfermería en el reconocimiento de los derechos de los niños. Recordemos que la primera declaración de los derechos del niño: la *Tabla de los derechos de los Niños* o *Declaración de Ginebra* aprobada en la 5ª Asamblea de la Sociedad de Naciones en 1924, tiene su origen en la elaborada por Eglantyne Jebb en 1920 para el Fondo para Salvar a los Niños, institución que creo después de su experiencia de cuidado de niños hijos de refugiados musulmanes en Monastir (Yugoslavia) en 1913 como consecuencia de la guerra.

Los profesionales de enfermería están en una *posición privilegiada* para la prevención, detección y atención de situaciones de riesgo y maltrato infantil, por ser generalmente el sanitario más próximo al niño, con frecuencia el primero en ver y atender al niño y a sus padres y proporcionarle el cuidado continuo cuando es hospitalizado.

El Proceso de atención de enfermería favorece la atención al niño desde la actual concepción de los principios de actuación ante casos de maltrato infantil que se basan en la existencia de diferentes factores de riesgo que condicionan su aparición, siendo uno de los objetivos de la intervención proporcionar la **ayuda** necesaria para superar estos conflictos.

Otro de los elementos que favorece la atención a los casos es la relación de enfermería y trabajo social, es otro elemento que hace fundamental a los profesionales de enfermería en la atención y prevención en los casos de maltrato considerando las competencias que el actual sistema de protección de menores otorga a los servicios sociales.

La relación de los servicios sociales y sanitarios se considera fundamental para una intervención adecuada que debe conllevar en muchos casos una atención por un equipo multidisciplinar (médicos, psicólogos, pedagogos, abogados, educadores, maestros,...) en que la enfermería también tiene un papel específico.

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 y de los profesionales que permita abordar las situaciones con una visión globalizadora a través de programas integrales.

La participación de los profesionales de enfermería en el *Programa de Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid* iniciado en 1998, ha sido fundamental para su diseño, impulso y desarrollo mediante su participación activa, asistencia a Cursos, ocupando en muchos casos o colaborando en las tareas correspondientes a los referentes del Programa en sus Áreas,...

El *Programa de Atención de enfermería al maltrato infantil* surge ante la demanda de los profesionales de formación, así como por la necesidad de establecer pautas de actuación y de coordinación tanto dentro de la propia institución como con otros organismos y profesionales implicados.

Los escasos protocolos y pautas de prevención, detección y atención específicas de enfermería en maltrato infantil han supuesto una dificultad en los trabajos para elaborar este Programa, y de ahí la importancia de establecer protocolos y programas específicos para este colectivo que contemplen la formación y, por ello, la puesta en marcha del *Programa de Atención de enfermería al maltrato infantil* en 2001.

Otra muestra de la preocupación de este colectivo es el Convenio de colaboración con el Colegio de Diplomados en Enfermería de Madrid que está pendiente de firma.

He de destacar, por último, que como viene sucediendo desde 1998, nuevamente en el *Día Universal de la Infancia* presentamos otro documento que recoge una nueva actividad en el campo de la prevención y atención a la infancia maltratada, lo que demuestra el interés sostenido y creciente del Instituto Madrileño del Menor y la Familia en este tema.

Madrid, 20 noviembre de 2001

Pilar Martínez López  
Consejera de Servicios Sociales



## **INTRODUCCIÓN**

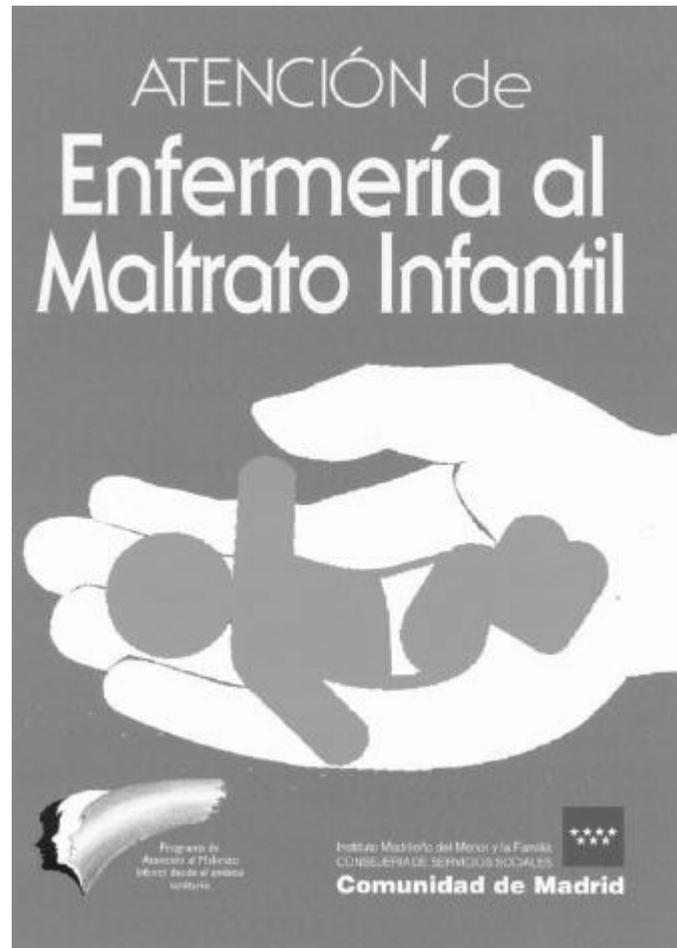
Esperanza Garcia García

Directora Gerente IMMF



## I. PROGRAMA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL MALTRATO INFANTIL

Justificación  
Marco legal  
Descripción contenido del Programa  
Actividades  
Evaluación y seguimiento  
Contenidos del Programa de formación  
Equipo





## I. Programa de atención de enfermería al maltrato infantil

### 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 en gran medida 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.

Los profesionales sanitarios ocupan una posición privilegiada en la prevención y detección e intervención en casos de maltrato infantil pero en la actualidad, ni todos los profesionales ni el propio sistema sanitario esta en condiciones de atender adecuadamente todos sus aspectos.

La enfermería tiene un papel fundamental en asegurar la atención integral del niño y su familia, en especial del niño en situación de riesgo social, en coordinación con el resto de instituciones implicadas en su cuidado y seguimiento.

Los profesionales de enfermería se enfrentan a un problema social que supera la simple atención profesional y constituye un ejemplo evidente de actuación integral, multidisciplinaria (trabajo social, justicia, policía, educación, etc.) desde los distintos ámbitos de actuación en el que se desarrolla su actividad: Atención Primaria, hospitalaria, salud mental, urgencias, atención a mujeres embarazadas, centros de acogida.

La enfermería tiene una serie de tareas específicas en el abordaje del problema del maltrato y abandono infantil, que vienen determinadas por el desarrollo de su actividad profesional. Tiene responsabilidad directa en la misma medida que en la atención a otros problemas de salud, siendo en algunos casos el único agente que interviene, por lo que le corresponde tomar decisiones como la notificación a la que están obligados aunque solo exista sospecha.

El desconocimiento del maltrato infantil y la creencia de que solo se tienen competencias relativas a la cura de lesiones sin implicarse más en el problema esta produciendo que todavía haya muchos profesionales de la salud poco implicados en este problema.

El personal de enfermería generalmente es el más próximo al niño, con frecuencia el primero en ver al niño y a sus padres y proporciona el cuidado continuo al niño cuando es hospitalizado.

Aunque la enfermería esta en una *posición privilegiada* para la prevención y detección de situaciones de maltrato infantil son pocos los protocolos y pautas de prevención, detección y atención de enfermería.

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 la atención y prevención del maltrato infantil.

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 son 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.

## 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 físico.

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 Deontológico de la Enfermería Española (18.mayo.1989) 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

### Actividades

El *Programa de Atención de Enfermería al Maltrato Infantil* se desarrollará en las áreas de actuación: formación, registro de casos, diagnóstico e intervención, prevención, y edición Guías.

#### 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.

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.

Se establecerá un Convenio con el Colegio de Enfermería de Madrid

#### Metodología

- 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 la atención de enfermería al maltrato infantil en la Comunidad de Madrid y los procedimientos que se pueden realizar en cada caso.

#### 2. Registro de casos

El Programa de Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario puso en marcha el 1 de enero de 1999 el registro de Notificación de riesgo y maltrato infantil.

#### Objetivo

El registro de casos de sospecha o 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, hospital, 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, con certeza o sospecha; de una forma cómoda, detallada y estandarizada para todos los centros. La hoja de registro pretende recoger los principales indicadores de maltrato, sea este de tipo 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 mismo.

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

El Registro comenzó el 1 de enero de 1999.

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

En la parte trasera se encuentra:

5. 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.

## Recogida de datos

La recogida de datos a los efectos epidemiológicos, copia para remitir al Instituto Madrileño del Menor

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

y la Familia, se hará mediante correo a franquear en destino.

### 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

Se establecerán unos criterios diagnósticos y protocolos de actuación desde el ámbito sanitario

#### 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.

#### Metodología.

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

#### 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 y Neonatología

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.

Por otra parte, 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.

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.

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 el IMMF 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.

En 1999 se inicio el *Programa de Detección de Riesgo social en la embarazada y prevención del maltrato infantil* con el objetivo de completar la detección del riesgo desde Atención Primaria.

Ambos Programas se han unificado en el *Programa de Detección de riesgo social en la embarazada y el recién nacido* y se ampliara a todos los hospitales / maternidades,...., de la Comunidad de Madrid

#### ◆ 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 incorporara 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.

#### 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 de enfermería en los problemas psicosociales de la infancia y la detección precoz y la prevención del maltrato infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº cursos impartidos, asistentes</li> <li>• Participación en los Consejos de Infancia</li> <li>• Elaborar, editar y distribuir los materiales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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</li> <li>• Incrementar la sensibilización y formación de los profesionales que atienden al niño y su salud</li> </ul>
2. Conocer las características epidemiológicas del maltrato infantil que puede ser detectado desde el ámbito sanitario y su morbi-mortalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recogida de datos y análisis estadístico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar frecuencia y factores asociados al maltrato infantil.</li> <li>• Conocer la situación de la infancia en situación de riesgo social / maltrato.</li> </ul>

OBJETIVO	INDICADOR	RESULTADO ESPERADO
3. Disponer de datos fiables que permitan elaborar programas destinados a la promoción de los derechos y bienestar de la infancia, y la prevención, detección y tratamiento del maltrato infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización del informe y propuestas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Publicación del informe</li> <li>• Elaborar un informe y proponer acciones para la mejora en la atención a la infancia</li> </ul>
4. Crear una red de informantes que a partir de este programa pueda continuar desarrollando esta labor de sensibilización y vigilancia epidemiológica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de centros que participen en el plan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica</li> <li>• Crear una red de vigilancia epidemiológica</li> </ul>
5. Mejorar la atención sanitaria a los niños maltratados según las particularidades de este problema, identificando y atendiendo los casos desde la situación de niños / familias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº de niños atendidos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derivar casos a recursos especializados</li> <li>• Realización de terapias</li> <li>• Mejorar la asistencia sanitaria en los casos detectados</li> </ul>
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"> <li>• Implementar la hoja de Registro de riesgo psicosocial</li> <li>• Nº de centros de salud / hospitales/maternidades participantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenir precozmente con familias</li> <li>• Detectar desde los primeros días de vida posibles situaciones de riesgo</li> <li>• Implicar a atención primaria</li> <li>• Desarrollar la prevención del maltrato infantil desde el ámbito sanitario</li> </ul>
7. Atender a los niños en acogimiento residencial o familiar según sus necesidades en salud de forma protocolizada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar el Protocolo de atención al niño en acogimiento residencial</li> <li>• Establecer el marco de trabajo entre el hospital de referencia y las residencias del IMMF</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar la coordinación entre las distintas instituciones</li> <li>• Evaluar la atención sanitaria a los niños en acogimiento residencial</li> <li>• Mejorar la asistencia sanitaria a los niños en acogimiento residencial</li> </ul>
8. Incrementar la participación activa en los programas de detección desde otros ámbitos (escuela, servicios sociales, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participación en los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implicación de dispositivos sanitarios en la red de atención a la infancia</li> <li>• Incrementar la colaboración / coordinación con otros ámbitos de atención a la infancia</li> </ul>

## Contenidos del Programa de formación

Maltrato infantil: historia concepto.	José A. Díaz Huertas
Maltrato infantil: epidemiología y etiopatogenia	José A. Díaz Huertas
Maltrato físico	Juan Casado Flores
Maltrato emocional - psicológico. Efectos psicológicos del maltrato.	Consuelo Escudero Alvaro
Abuso sexual infantil	Joaquín Esteban Gómez
El sistema de protección a la infancia en la Comunidad de Madrid	M <sup>a</sup> Ángeles García Llorente
Los servicios sociales municipales en el maltrato infantil	Carmen Martínez Segovia
Servicios sociales sanitarios y maltrato infantil	Concepción Baro, Raquel García
Papel del Fiscal	Antonio del Moral García
Intervención judicial	Emelina Santana Páez
Escuela y maltrato infantil	Dpto de Apoyo Escolar
Protocolos de Atención de Enfermería al maltrato infantil	Joaquín Esteban Gómez
• Atención Primaria	Sonia López Palacios
• Atención hospitalaria: consultas externas, hospitalización.	Carmen Jiménez, Carmen Crespo
• Urgencias extrahospitalarias	Rosa Suárez Bustamante
• Riesgo social (Centros Municipales de Salud)	Mercedes Sánchez, Yolanda Quintero
• Centros de Menores	Enrique J. Sánchez Zamora,
• Embarazada	Victoria López Pérez
• Recién nacido (neonatología)	María Bermúdez; Benito Peinador
• Investigación en maltrato infantil	Pilar Serrano, Silvia Fernández Rodríguez
• Prevención del maltrato infantil	José A. Díaz Huertas

## EQUIPO

### • DIRECCIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL

*José A. Díaz Huertas*

Médico. Coordinador de Asistencia Sanitaria. Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

Profesor. Escuela Universitaria de Enfermería Cruz Roja Española. Universidad Autónoma de Madrid

### DIRECCIÓN ADJUNTA

*Juan Casado Flores*

Pediatra. Jefe Servicio Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Universitario Niño Jesús

*Esperanza García García*

Directora Gerente. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales.

### ASESOR METODOLOGICO

*Miguel Ángel Ruiz Díaz*

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

### COORDINADOR TÉCNICO

*Joaquín Esteban Gómez*

D.U. Enfermería. Residencias Concepción Arenal y Altamira. Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

### COMITÉ TÉCNICO

*Manuela Arranz Leirado*

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

*M<sup>a</sup> Teresa Benítez Rodrigo*

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

*Jesús Báez Pérez de Tudela*

Jefe Servicio Medio Abierto. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales.

*José Luis Sánchez Suárez*

Asesor. Subdirección Provincial Atención Primaria. INSALUD. Madrid

*Carmen Puyo Martín*

Dirección General de Acción Social del Menor y la Familia

*Sara Gasco González*

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid

## **ASESORES CIENTÍFICOS**

*María Bermúdez Cañete*

Trabajadora Social. Hospital de Mostoles

*Luz Carmelo Martínez*

Enfermera Centro Municipal de Salud de Vicálvaro. Ayuntamiento de Madrid.

*Gloria Castro Castro*

Enfermera Centro Municipal de Salud de Latina. Ayuntamiento de Madrid.

*M<sup>a</sup> José de Castro del Pozo*

Enfermera de la Sección de Programas. Ayuntamiento de Madrid.

*Nuria Coll García*

Jefe de Área de Enfermería. Hospital Universitario Gregorio Marañón

*Carmen Crespo Puras*

Profesora Titular. Enfermería Materno Infantil. EUE. Complutense

*Consuelo Escudero Alvaro*

Psicóloga. Centro salud Mental Getafe. Consejería de Sanidad.

*Pilar Fanjul García*

Enfermera Centro Municipal de Salud de Vallecas. Ayuntamiento de Madrid

*Silvia Fernández Rodríguez*

DU Enfermería. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud.

*M<sup>a</sup> Ángeles García Llorente*

Abogada. Secretaria Comisión de Tutela del Menor. Instituto Madrileño del Menor y la Familia

*M<sup>a</sup> Mar Gasco González*

Abogada

*Carmen Jiménez Pérez*

DU Enfermería. Urgencias. Hospital Universitario Niño Jesús

*Sonia López Palacios*

DU Enfermería. Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria. Insalud Área 3.

*Victoria López Pérez*

Matrona. C.S. Barrio del Pilar. INSALUD

*Esther Mora Rodríguez*

Enfermera Centro Municipal de Salud de Villaverde. Ayuntamiento de Madrid.

*Antonio del Moral García*

Fiscal. Tribunal Supremo

*M<sup>a</sup> Luisa Martínez Pérez*

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

*Carmen Martínez Segovia*

Abogada. Jefe Departamento de Prevención e Infancia. Concejalía del Área de Servicios Sociales. Madrid

*Benito Peinador Gregorio*

DUE. Supervisor Neonatología. Hospital de Mostoles

*Yolanda Quintero Rodríguez*

Enfermera. Centro Municipal de Salud. Sección de Gestión de Programas. Ayuntamiento de Madrid.

*Mercedes Sánchez Díaz*

Enfermera. Centro Municipal de Salud. Ayuntamiento de Madrid.

*Enrique Juan Sánchez Zamora*

DU Enfermería. Centro de Acogida de Urgencias "Hortaleza". Instituto Madrileño del Menor y la Familia

*Pilar Serrano Gallardo*

Profesora Metodología de la Investigación y Epidemiología. EUE Puerta de Hierro

*Rosa Suárez Bustamante*

DU Enfermería. Ayuntamiento de Madrid. SAMUR.

• **Referentes Atención Primaria IMSALUD**

Área	Referente	Profesión	Centro de trabajo
1	<i>Juan Ángel Infante Rodríguez</i>	D.U. Enfermería	C.S. Federica Montseny
2	<i>Pedro Taboso Elizondo</i>	Pediatra	E.A.P. Tamames. Coslada
3	<i>Esperanza Escortell Mayor</i>	Técnico Salud Pública	Dirección Gerencia. Alcalá de Henares
4	<i>Wences Molina Ruiz</i>	Psicóloga	C.S. Doctor Cirajas
5	<i>Fernando Cortés Duran</i>	Pediatra	C.S. Marqués de Valdavia. Alcobendas
6	<i>Mª José Garrastazu Cabrera</i>	Trabajadora Social.	C.S. San Lorenzo de El Escorial
7	<i>Luis Martín Álvarez</i>	Pediatra	C.S. Extremadura
8	<i>Manuela Mateos</i>	Pediatra	Dirección Gerencia. Mostoles
9	<i>Mª José Llorens Balduciel</i>	Médico	C.S. Marie Curie. Leganes
10	<i>Carmen Martínez González</i>	Pediatra	E.A.P. San Blas. Parla
11	<i>Concepción Carrera Manchado</i>	D.U. Enfermería	Dirección de Enfermería

• **Hospitales**

Área	Hospital	Referente	
1	Gregorio Marañón	Ignacio Arana Amurrio	Servicio de Pediatría
2	Niño Jesús	Jesús García Pérez	Unidad de Pediatría Social
	Santa Cristina	Rosario Sánchez Herrero.	Unidad de Trabajo Social
3	Príncipe de Asturias.	<i>Ricardo Martino Alba</i>	Servicio de Pediatría
4	Ramón y Cajal	<i>Carlos Lozano Jiménez</i>	Servicio de Pediatría
5	La Paz	<i>Santos García García</i>	Urgencias Pediatría
6	Hospital El Escorial	<i>Pilar Robles Cascallar.</i>	Servicio de Pediatría
7	Clínico San Carlos	Valverde.	Servicio de Pediatría
	Fundación Jiménez Díaz	<i>Mercedes Ruiz Moreno.</i>	Servicio de Pediatría
8	Mostoles	Mª Jesús Ceñal	Servicio de Pediatría
9	Severo Ochoa	<i>Ángel Arregui</i>	Servicio de Pediatría
10	Universitario de Getafe	Bárbara Rubio	Servicio Pediatría
11	12 de Octubre	José Manuel Moreno	Servicio de Pediatría

• **Referentes salud mental**

Área	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>	SS.S.M de Getafe
11	<i>Ana López Fuentetaja</i>	<i>Psicóloga.</i>	SS.S.M de Villaverde

**Equipos de salud de las residencias de atención a la infancia y adolescencia. IMMF.**

Área	Residencia	Nombre	Profesión
1	Isabel de Castilla	Mercedes Crespo Fuente	DUE
2	Rosa y Encinar (Area 4) Rosa	Olivia Peña Esclarmonda Elisa Fernández del Cerro	Médico DUE
4	Hortaleza	Mercedes Zahonero Coba Enrique Sánchez Zamora Julia Contreras Narro	Medico DUE DUE
	Isabel Clara Eugenia	Fabricia Ada Prada Belver Carlos Plá Pascual Marcelina Regadera Sánchez	Médico DUE DUE
	Manzanares	M <sup>a</sup> Dolores Martín Martínez	DUE
	Encinar	Rosa Molina Jiménez	DUE
	Altamira	Fernando Caudevilla Galligo Joaquín Esteban Gómez	Médico DUE
	Concepción Arenal	José A. Díaz Huertas Joaquín Esteban Gómez	Médico DUE
5	Casa de los Niños	Angel Cortés Lozano M <sup>a</sup> Luisa Martínez Gallego Susana De Miguel Martín Miguel Angel de las Heras Cristina García Pareja José Luis González Ubeda	Pediatra DUE DUE DUE DUE DUE
	San Vicente	Asunción Romojaro Vázquez	Médico
	Picón del Jarama	Almudena Castrillon Montes	DUE
6	Ntra. Sra. de Lourdes	Esther Abad Irazusta Blanca Suarez Sánchez	Médico DUE
7	Chamberi y Vallehermoso Vallehermoso	Consuelo Rojas Marcos Nuria Molledo González Cristina Ruiz Martínez Begoña Sebastián Hidalgo	Médico DUE DUE
	Chamberi	Esther Abad Irazusta M <sup>a</sup> Teresa Ruiz Gómez M <sup>a</sup> José Chaves	Médico DUE DUE
11	El Madroño, Renasco	Fernando Cesar Garrido Morales	Médico DUE
Coordinador Asistencia Sanitaria de las Residencias del IMMF. José A. Díaz Huertas			

## II. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MALTRATO INFANTIL

Introducción

Proceso de atención de enfermería en el maltrato infantil

Detección - diagnóstico

Notificación

Tratamiento – intervención

Prevención





## II. Proceso de atención de enfermería en el maltrato infantil

### 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 de enfermería al maltrato infantil* se enmarca dentro del Plan de atención a la Infancia en la Comunidad de Madrid y del Programa de atención al maltrato infantil.

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

La 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 establece un *Proceso de atención de enfermería al maltrato infantil que orienta las actuaciones en las diferentes fases.*

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 de enfermería en el maltrato infantil

*El Programa de atención de enfermería al maltrato infantil 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 *Programa de atención de enfermería al maltrato infantil* que aquí presentamos es una propuesta de trabajo para el área sanitaria, ámbito de trabajo al que va dirigido este Programa.

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

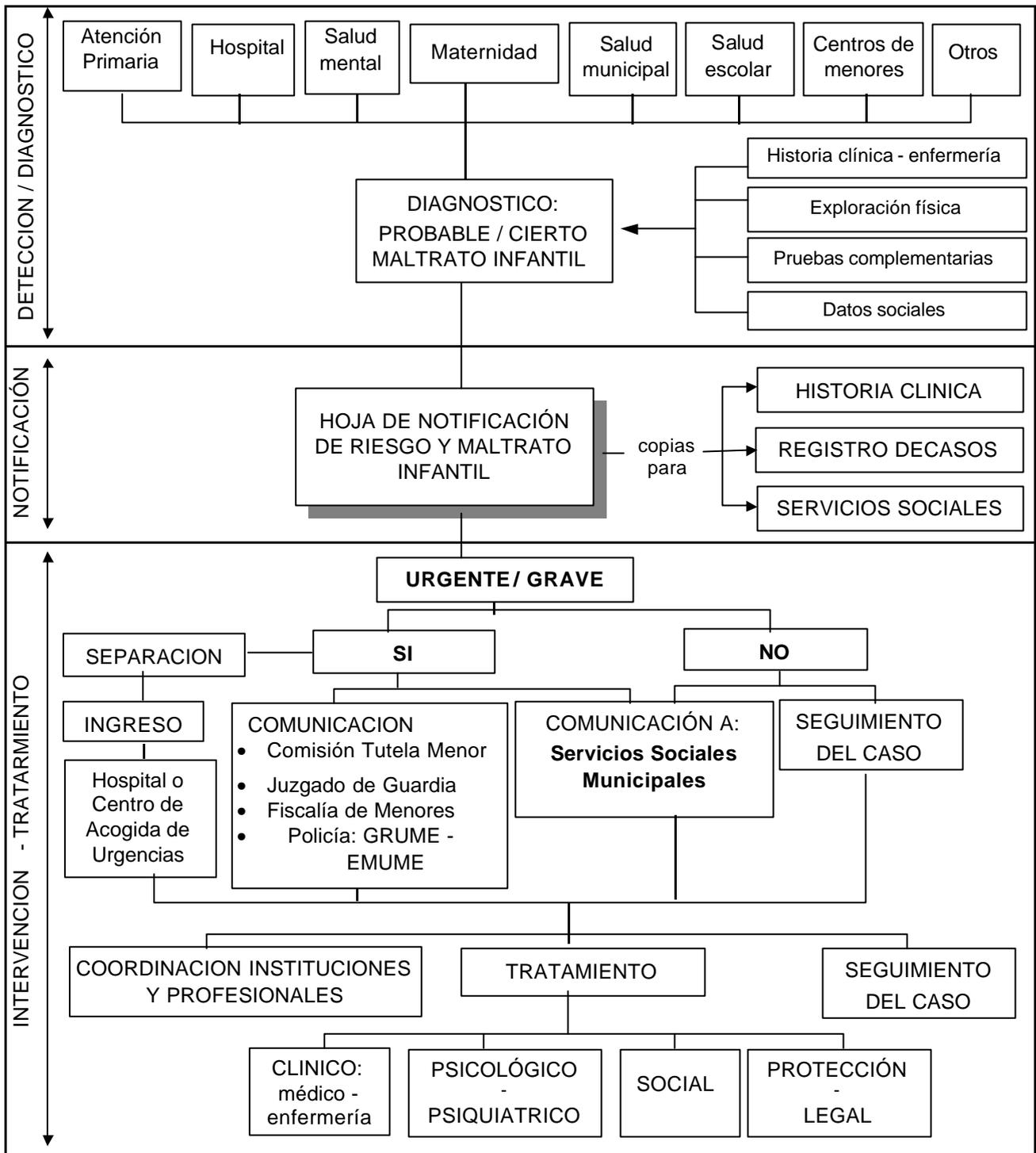
IMAIN (*) (1993)	Arruabarrena MI, Paúl J. (1994)	López F. (1995)	Costa M, Morales JM (1998)	Programa Comunidad de Madrid (1998)
Detección Valoración clínica y social	Detección	Detección	Valoración y evaluación Identificación y diagnóstico	Diagnóstico / Detección
Actuación y notificación	Notificación	Notificación o denuncia Recepción de la notificación	Notificación	Notificación
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	Tratamiento / Intervención

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

El esquema que presentamos nos ofrece una idea general de las *actuaciones* (detección, recepción, investigación, evaluación, planificación, intervención, evaluación, fin intervención) y de los *organismos / servicios* que pueden estar implicados (sanitarios, sociales, educativos, policiales, judiciales, fiscales,...) y según el actual *sistema de protección de menores* (desjudicialización, y competencias de los servicios sociales y de las Comunidades Autónomas).

El Proceso de atención al maltrato infantil 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.** Proceso de atención de al maltrato infantil desde enfermería



GRUME: Grupo de Menores de la Policía Judicial  
 EMUME: Equipo de Mujer y Menor. Guardia Civil  
 EOEP: Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica

- (\*) Siempre es obligatorio la comunicación a los servicios sociales que son los que tienen las competencias en materia de protección de menores
- (\*\*) Parte de lesiones o para la tutela de menores ante la imposibilidad de contactar con los servicios de la Comunidades Autónomas con la competencia de protección de menores.
- (\*\*\*) Cuando se requiera la intervención del Fiscal de Menores con sus funciones de defensor del menor o de la policía en las ciudades el GRUME (Grupo de Menores de la Policía Judicial) y en el ámbito rural el EMUME (Equipo de Mujer y Menor de la Guardia Civil)

## DetECCIÓN – diagnóstico

La diagnóstico de maltrato infantil consiste en reconocer o identificar una posible situación de maltrato infantil.

La detección – diagnóstico:

- 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.

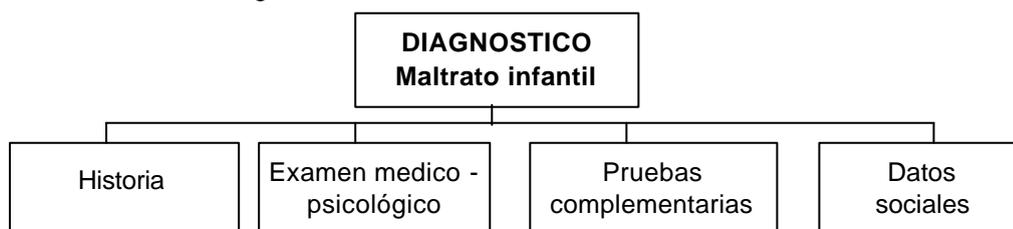
La actuación de enfermería en maltrato infantil en la fase de detección – diagnóstico consiste en:

Identificar los casos sospechosos de malos tratos	<ul style="list-style-type: none"><li>• Estar atento a signos que puedan indicar maltrato o negligencia</li><li>• Informar sobre sus sospechas a las autoridades competentes</li><li>• Llevar registros objetivos del estado físico del niño, su conducta con los padres, otras personas y el medio ambiente, y las entrevistas con los miembros de la familia</li></ul>
Evaluar la amplitud de las lesiones	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar la evaluación física</li><li>• Evaluar el estado emocional y la conducta</li><li>• Participar en las pruebas diagnósticas</li></ul>

La determinación de un caso de maltrato infantil debe realizarse en base a cuatro elementos (Cuadro 2):

- *Historia*: datos aportados por el propio niño, otros profesionales (maestro, médico, policía, trabajador social,..) y/o otras personas (vecinos, amigos, parientes,...).
- *Examen psicológico – médica*: existencia de indicadores físicos y comportamentales del niño y en la conducta del agresor / acompañante
- *Pruebas complementarias*: realización de pruebas médicas (radiología, análisis,..), psicológicas (test, entrevistas,..), .. para confirmar o realizar diagnóstico diferencial con otros procesos.
- *Datos sociales*: factores de riesgo presentes que actúan como facilitadores de la existencia del maltrato infantil, que nos van a ayudar a entender por que se produjo esta situación y a orientar en la toma de decisiones y la intervención.

**Cuadro 2.** Detección - diagnóstico de maltrato



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.

Los indicadores son aquellos datos derivados de la historia, de los exámenes médico-psicológicos y de la historia social que señalan la posible existencia de malos tratos.

Presentamos aquellos indicadores:

- físicos y comportamentales del niño y de conducta del agresor / acompañante que pueden estar presentes en las diferentes formas de maltrato infantil: físico, negligencia, emocional y abuso sexual.
- según profesiones / ámbitos de atención a la infancia: se han seleccionado indicadores fácilmente detectables desde distintos ámbitos profesionales y de atención a la infancia sin reincidir en los referentes a aspectos escolares, sanitarios, etc. recogidos en los correspondientes apartados.

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

	Físicos en el niño	Comportamentales en el niño	Conducta del cuidador
MALTRATO FISICO	<p><i>Magulladuras o hematomas:</i> en rostro, labios o boca; en diferentes fases de cicatrización; en zonas extensas del torso, espalda nalgas o muslos; con formas anormales agrupados o como señal o marca del objeto con el que ha sido ocasionado; en varias áreas diferentes indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.</p> <p><i>Quemaduras:</i> de puros o cigarros; quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (guante) o de los pies (calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en un líquido caliente: quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas: quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida: parrilla, plancha, etc.).</p> <p><i>Fracturas:</i> en el cráneo, nariz o mandíbula: fracturas en espiral en los huesos largos (brazos o piernas); en diversas fases de cicatrización; fracturas múltiples; cualquier fractura en un niño menor de dos años.</p> <p><i>Heridas o raspaduras:</i> en la boca los labios, encías y ojos: en los genitales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.</p> <p><i>Lesiones abdominales:</i> hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos constantes.</p> <p><i>Mordedura humana:</i> huella del adulto separación mayor de 3 cms. entre caninos.</p> <p><i>Intoxicaciones:</i> por ingestión de sustancias químicas (medicamentos)</p>	<p>Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos</p> <p>Se muestra cuando otros niños lloran.</p> <p>Muestra conductas extremas: agresividad, o rechazo extremos.</p> <p>Parece tener miedo de sus padres, de ir a casa, o llora cuando terminan las clases y tiene que irse a la escuela o guardería.</p> <p>Dice que su padre / madre le han causado alguna lesión.</p> <p>Va excesivamente vestido y se niega a desnudarse ante otros.</p> <p>Es retraído y no participa en actividades y juegos comunes.</p>	<p>Fue objeto de maltrato en su infancia.</p> <p>Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, falta cometida y condición del niño.</p> <p>No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño o estas son ilógicas, no convincentes o contradictorias.</p> <p>Parece no preocuparse por el niño.</p> <p>Percibe al niño de manera significativamente negativa, por ejemplo le ve como malo, perverso, un monstruo, etc.</p> <p>Psicótico o psicópata</p> <p>Abuso de alcohol u otras drogas.</p> <p>Intenta ocultar la lesión o proteger la identidad de la persona responsable de éste</p>
	<p><i>Münchhausen por poderes:</i> síntomas recurrentes, inventados, inexplicables, desaparecen al separar al niño de su familia y reaparecen al contactar de nuevo, discordancia entre la historia y la clínica y analítica</p>	<p>Ingresos múltiples , en distintos hospitales</p> <p>Hermanos con enfermedades raras, inexplicables o "nunca vistas"</p>	<p><i>Madres:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Visitan al niño con gran frecuencia,</li> <li>· Manifiestan veneración y sobreprotección hacia su hijo</li> <li>· Con estudios de medicina, enfermeras, aux. clínica,...</li> <li>· Amables, atentas, ...</li> <li>· Colaboradoras con los médicos para encontrar el falso diagnóstico</li> </ul> <p><i>Familia:</i> Conflictos de pareja violentos, tendencia a la droga y automedicación</p> <p><i>Padres:</i> antecedentes de autolisis</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Retrasos en la búsqueda de asistencia sanitaria</li> <li>– Niños generalmente lactantes o menores de 3 años</li> <li>– Historia inaceptable, discordante o contradictoria</li> <li>– Hematomas en distintas fases evolutivas. Otras lesiones asociadas.</li> <li>– Asistencia rotando por distintos centros sanitarios.</li> <li>– Signos de higiene deficiente, malnutrición, localización de lesiones en zonas no prominentes</li> <li>– Déficit psicomotor, trastornos del comportamiento. Retraso estatuoponderal.</li> </ul>		

	Físicos en el niño	Comportamentales en el niño	Conducta del cuidador
NEGLIGENCIA – ABANDONO	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Falta de higiene</li> <li>· Retraso del crecimiento</li> <li>· Infecciones leves, recurrentes o persistentes</li> <li>· Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta seguimiento médico</li> <li>· Hematomas inexplicados</li> <li>· Accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas</li> <li>· Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica</li> <li>· Ropa inadecuada para las condiciones climáticas</li> <li>· Alimentación y/o hábitos horarios inadecuados</li> <li>· Retraso en las áreas madurativas</li> <li>· Problemas de aprendizaje escolar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Comportamientos autogratificantes</li> <li>· Somnolencia, apatía, depresión</li> <li>· Hiperactividad, agresividad</li> <li>· Tendencia a la fantasía</li> <li>· Absentismo escolar</li> <li>· Se suele quedar dormido en clase</li> <li>· Llega muy temprana a la escuela y se va muy tarde</li> <li>· Dice que no hay quien le cuide</li> <li>· Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto</li> <li>· Comportamientos antisociales (ej.: vandalismo, prostitución, toxicomanías)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Vida en el hogar caótica</li> <li>· Muestra evidencias de apatía o inutilidad</li> <li>· Mentalmente enfermo o tiene bajo nivel intelectual</li> <li>· Tiene una enfermedad crónica</li> <li>· Fue objeto de negligencia en su infancia</li> </ul>
MALTRATO EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 0-2 años: Talla corta, retraso no orgánico del crecimiento, enfermedades de origen psicossomático, retraso en todas o en algunas áreas madurativas</li> <li>· 2 a 6 años: Talla corta, enfermedades de origen psicossomático, retraso del lenguaje, disminución capacidad de atención, inmadurez socioemocional.</li> <li>· 6 a 16 años: Talla corta, enfermedades de origen psicossomático</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 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</li> <li>· 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</li> <li>· 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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Culpa o desprecia al niño</li> <li>· Es frío o rechazante</li> <li>· Niega amor</li> <li>· Trata de manera desigual a los hermanos</li> <li>· Parece no preocupado por los problemas del niño</li> <li>· Exige al niño por encima de sus capacidades físicas, intelectuales, psíquicas</li> <li>· Tolerancia absolutamente todos los comportamientos del niño sin ponerle límite alguno</li> </ul>
MALTRATO - ABUSO SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Dificultad para andar y sentarse</li> <li>· Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada</li> <li>· Se queja de dolor o picor en la zona genital</li> <li>· Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal</li> <li>· Tiene una enfermedad de transmisión sexual</li> <li>· Tiene la cerviz o la vulva hinchados o rojos</li> <li>· Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa</li> <li>· Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano</li> <li>· Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia)</li> <li>· Infecciones urinarias de repetición</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conductuales: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Dice que ha sido atacado sexualmente por un padre / cuidador</li> <li>· Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados, inusuales</li> </ul> </li> <li>▪ Psicossomáticos: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Trastornos del sueño y alimentación</li> <li>· Diversos: algias abdominales, cefaleas, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, etc., que originan intenso consumo médico sin aclarar las causas</li> </ul> </li> <li>▪ Psíquicos: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Depresiones crónicas, intentos de autólisis, automutilaciones</li> <li>· Desvalorización corporal: obesidad, anorexia</li> <li>· Problemas de conducta: fugas, fracasos escolares y profesionales</li> <li>· Promiscuidad sexual, transvestismo, evolución hacia la homosexualidad, prostitución masculina o femenina</li> <li>· Criminalidad (bajo forma de abusos sexuales muchas veces). Violencia</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Extremadamente protector o celoso del niño</li> <li>· Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador</li> <li>· Sufrió abuso sexual en su infancia</li> <li>· Experimenta dificultades en su matrimonio</li> <li>· Abuso de drogas o alcohol</li> <li>· Está frecuentemente ausente del hogar</li> </ul>

Fuente: Le Boeuf, CM (ed.). The role of the educator in the prevention and treatment of child abuse and neglect. Community Council on Child Abuse & Neglect. 1982:8 (modificado)

- Indicadores según profesiones / ámbitos de atención a la infancia

Ámbito profesional	Indicadores
Tocología Matrona (riesgo)	Embarazo abocado al inicio 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
Neonatología Matrona (riesgo)	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)	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
Hospital	Familias que abandonan al niño sin justificación, mayor preocupación por 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	Retraso en acudir al centro sanitario Prisas atención médica por accidentes mínimos Lesiones incoherentes con el mecanismo explicado Empeoramiento enfermedades crónicas sin tratar 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
Salud mental	<i>Trastornos desarrollo:</i> aprendizaje, habla, emocional, retraso mental, fracaso escolar,... <i>Psicosomáticos y funcionales:</i> cefaleas, enuresis, encopresis, trastornos del sueño, anorexia, bulimia,.. <i>Conductuales:</i> masturbación compulsiva, juegos sexuales inapropiadas para su edad, aislamiento, retraimiento, agresividad, fugas hogar, conducta antisocial, hiperactividad,... <i>Psiquiátricos:</i> automutilación, autolisis, psicosis <i>Neuróticos:</i> estructuras obsesivas, fobias, depresión, ansiedad, regresión,...

## 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 actuación de enfermería en maltrato infantil en la fase de notificación incluye la comunicación *siempre* a los servicios sociales y a las instituciones que se consideren necesarias como la Comisión de Tutela del Menor (C.T.M.), el Juez de Guardia (Parte de lesiones), informe al Fiscal de Menores, Policía - Grupo de Menores de la Policía Judicial (GRUME),...o a otras (cuadro 3).

### Cuadro 3. Protocolo de actuación de enfermería en maltrato infantil: notificación

Notificar a los servicios sociales	Siempre es obligatorio la comunicación a los servicios sociales que son los que tienen las competencias en la atención al maltrato infantil
Otras notificaciones según los casos	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Protección de menores</i>: servicios con la competencia de protección de menores de la Comunidad Autónoma (Comisión de Tutela del Menor. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales)</li><li>• <i>Juez de Guardia</i>: Parte de lesiones o para la tutela de menores ante la imposibilidad de contactar con los servicios con la competencia de protección de menores de la Comunidad de Madrid</li><li>• <i>Fiscal de Menores</i>: Cuando se requiera la intervención del Fiscal de Menores por sus funciones de defensor del menor</li><li>• <i>Policía</i>: la policía en las ciudades el GRUME (Grupo de Menores de la Policía Judicial) y en el ámbito rural el EMUME (Equipo de Mujer y Menor de la Guardia Civil)</li></ul>

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* pueden 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.

El Protocolo de actuación de enfermería en maltrato infantil incluye la atención al niño maltratado y a su familia (Cuadros 4 y 5).

**Cuadro 4.** Protocolo de actuación de enfermería en maltrato infantil: atención al niño maltratado

Proteger contra la continuación del maltrato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar al niño un ambiente seguro</li> <li>• Poner en práctica las medidas protectoras indicadas para el niño hospitalizado</li> </ul>
Aliviar la ansiedad en el niño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar al niño como una persona que tiene un problema de salud específico que requiere atención sanitaria y no como una "víctima"</li> <li>• Evitar hacer demasiadas preguntas; usar el juego, dibujo, etc.</li> <li>• Fomentar aspectos saludables de la relación paternofilial, estimular al niño para hablar positivamente de sus padres, no criticar ante él las acciones de sus padres</li> </ul>
Fomentar el bienestar general del niño	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Además de las lesiones físicas relacionadas con las lesiones o negligencias, atender las necesidades psicosociales y afectivas</li> <li>• Aceptar las regresiones transitorias como un mecanismo necesario para hacer frente a la crisis actual</li> </ul>
Reducir las crisis de origen ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encauzar a los padres a organismos sociales que puedan brindar ayuda económica, vivienda, empleo, etc</li> </ul>
Fomentar un ambiente terapéutico durante la hospitalización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar de que el mismo personal atienda siempre al niño</li> <li>• Mostrar que se acepta al niño sin esperar lo mismo a cambio</li> <li>• Mostrar atención sin reforzar la conducta inapropiada</li> <li>• Planear actividades adecuadas con la enfermera, otros adultos y otros niños; utilizar el juego para establecer relaciones</li> <li>• Evitar desplazar la ira hacia el niño, como sería gritarle, para hacer frente a la propia frustración por conductas negativa del niño</li> <li>• Alabar los aspectos positivos del niño a fin de fomentar su autoestima</li> </ul>
Planificar el alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hacer los preparativos para el alta tan pronto como se tome una decisión en cuanto al destino del niño</li> <li>• Si se separa al niño de su ambiente familiar ayudar al niño para recuperarse de esta pérdida, en especial si ello lleva consigo separación de otros hermanos</li> <li>• Si se decide que el niño viva con una familia acogedora / adoptiva estimular que lo visiten antes del alta y asesorar a la familia en cuanto al niño y sus cuidados</li> <li>• Si regresa a su domicilio estimular a los padres para incrementar el vínculo y planear la supervisión y la orientación estrecha de la familia</li> </ul>

**Cuadro 5.** Protocolo de actuación de enfermería en maltrato infantil: atención a la familia

Dar apoyos efectivos a los progenitores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apoyar a los padres para que asuman la responsabilidad de crianza del hijo y se sientan capaces de su cuidado</li> <li>• Encauzar a los padres a grupos de autoayuda apropiados o servicios especiales, como teléfonos de ayuda para personas en crisis</li> <li>• Ayudar a encontrar un grupo de apoyo para los padres como la familia extensa, vecinos, y de estas personas lo importante de su función en la prevención del maltrato</li> </ul>
Instruir a los progenitores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñar cuales son la expectativas reales en cuanto a la conducta y capacidades del niño</li> <li>• Poner de relieve métodos funcionales de disciplina: recompensa, desaprobación verbal</li> <li>• Sugerir métodos para el manejo de problemas u objetivos del desarrollo, como el negativismo, control de esfínteres y la independencia.</li> <li>• Instruir mediante el ejemplo y sirviendo como modelo de conducta y no por medio de sermones; evitar una actitud autoritaria</li> </ul>
Fomentar el sentido de adecuación paterna durante la estancia del niño en el hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a los padres en cuanto a la unidad hospitalaria y hacerlos sentir bienvenidos y parte importante de la recuperación de su hijo</li> <li>• Reforzar las actividades de crianza en que muestran competencia</li> <li>• Centrarse en el maltrato como problema que requiere intervención terapéutica y no como una problema de conducta del progenitor</li> <li>• Mostrar empatía con las dificultades de la crianza de los hijos, en especial las crisis vitales, sin condenar el maltrato o la negligencia</li> </ul>

## Prevención

La prevención del maltrato infantil es la intervención mas importante que debemos contemplar al abordar este problema, tanto es su inicio como de sus secuelas y repetición, debiendo desarrollar Protocolo de actuación de enfermería de prevención del maltrato infantil (Cuadro 6).

**Cuadro 6.** Protocolo de actuación de enfermería en prevención del maltrato infantil: prevención.

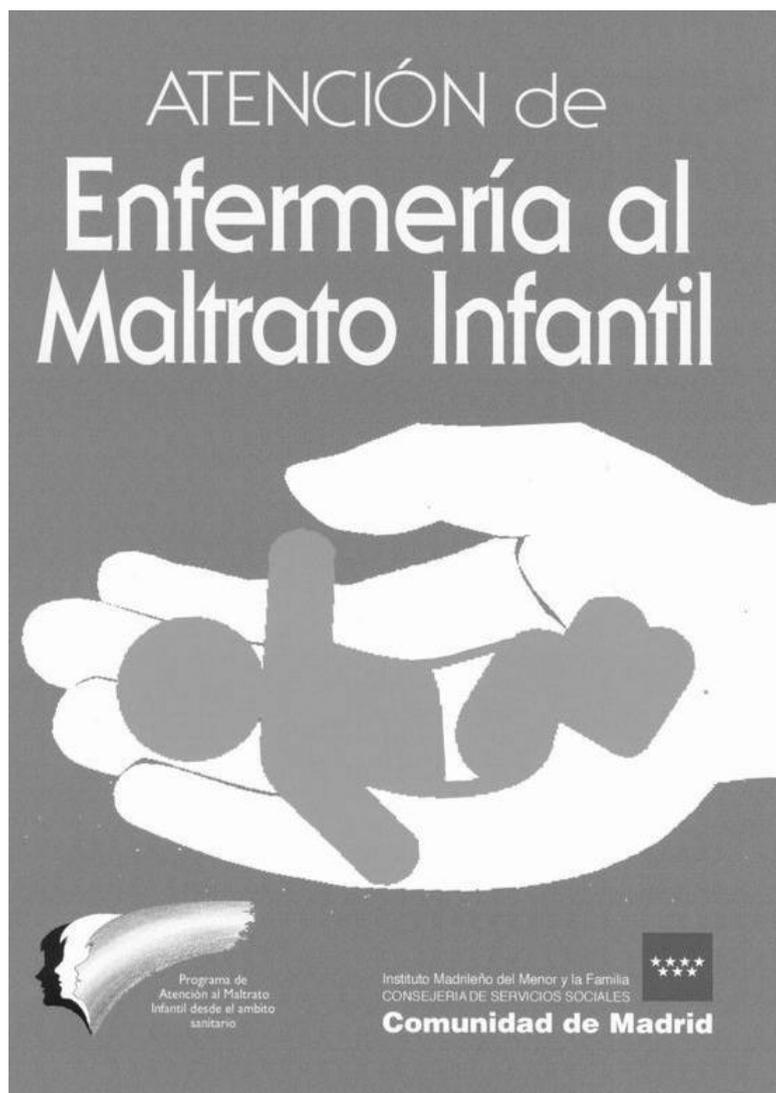
Prevenir el maltrato	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar las familias de riesgo de maltrato infantil</li><li>• Fomentar el vínculo emocional</li><li>• Hacer hincapié en las prácticas de crianza de los hijos, en especial, de los métodos de disciplina eficaces</li><li>• Fomentar el sentido de adecuación y autoestima de los padres</li><li>• Fomentar los sistemas de apoyo que reduzcan el stress y la responsabilidad total de la atención al niño para uno o ambos padres</li><li>• Estar disponible para ayudar</li></ul>
Prevenir la repetición del maltrato	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se requieren los esfuerzos conjunta de un equipo multidisciplinario para evaluar continuamente la evolución del niño y su familia</li><li>• Desde la enfermería de atención primaria, salud pública, escolar,..., buscar activamente signos sobre posible maltrato</li><li>• Ayudar a los padres en la identificación de las circunstancias que precipitan los actos de maltrato</li></ul>

No demos olvidar, siempre que se atienda al niño y su familia, que la buena practica profesional conlleva en su actuación, no solo la atención directa a los casos, sino también conlleva realizar una prevención inespecífica de mayor importancia si cabe en la prevención del maltrato infantil.



### III. PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL MALTRATO INFANTIL

1. Introducción
2. Atención Primaria
3. Atención hospitalaria
4. Urgencias extrahospitalarias
5. Riesgo social (Centros Municipales de Salud)
6. Centros de Menores
7. Embarazada
8. Recién nacido (neonatología)
9. Prevención del maltrato infantil
10. Investigación en maltrato infantil





## PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL MALTRATO INFANTIL

*Joaquín Esteban Gómez*

Para afrontar de manera adecuada el problema de los malos tratos infantiles desde enfermería, es necesaria la sistematización científica de nuestro trabajo, en el que la prevención tiene un papel fundamental y la detección y atención debe comenzar desde el momento en que observamos el problema, desde el ámbito donde estemos desarrollando nuestra labor: hospitalario, comunitario, docente o investigador.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Como método para administrar la atención de enfermería al maltrato infantil no difiere en lo referente a la atención a las lesiones, problemas clínicos y necesidades del niño, pero requiere una actuación específica referente a la problemática relacionada con el maltrato infantil.

Como sabemos "el proceso de enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Y aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen". En el caso del maltrato infantil, es muy importante que lo tengamos en cuenta, pues en muchas ocasiones no es este el motivo de consulta o de hospitalización y es mediante la observación, no solo de aspectos físicos, sino también de los aspectos de interrelación del niño-familia-entorno cuando descubrimos o sospechamos que existe algún tipo de maltrato.

**Valoración.** Es la primera fase del proceso de enfermería y consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen al niño, la familia y el entorno social, es la base para las actuaciones y decisiones posteriores. Debemos obtener y registrar los datos propios de maltrato infantil, mediante la exploración, observación y la entrevista, prestando especial atención

En el maltrato físico:

- Incompatibilidad entre la historia y las lesiones. Lo que nos cuentan no coincide con lo que estamos viendo, pues es frecuente que quien acompaña al niño nos quiera ocultar el origen de las lesiones ( se ha caído, lo ha mordido otro niño) por ello es importante que conozcamos que las lesiones físicas provocadas tienen características específicas de localización, forma y color, que las diferencia de las producidas de manera fortuita.
- Retraso en la búsqueda de asistencia sanitaria. Nos debe alertar que el retraso en acudir al centro sanitario sea significativo, así como la actitud a la defensiva del acompañante.
- Lesiones en distintas fases evolutivas. Sobre todo si se localizan en zonas tradicionales de castigo, pues nos indicaría que la agresión no ha sido un hecho puntual, sino que se viene repitiendo.
- Atención en distintos centros sanitarios. En muchas ocasiones el agresor acude a los distintos centros sanitarios con la intención de que no se le identifique.

En situaciones de negligencia y/o abandono:

- Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta seguimiento medico
- Accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas
- Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta seguimiento medico
- Ropa inadecuada para las condiciones climáticas

En el maltrato emocional a la relación con el acompañante y con el personal sanitario: disminución de la capacidad de atención, inmadurez socioemocional, hiperactividad, agresividad, escasa discriminación y pasividad en las relaciones sociales.

Y en el abuso sexual infantil, además de a los indicadores físicos fundamentalmente a indicadores comportamentales, con especial atención a los cambios de conducta.

No debemos olvidarnos de recoger todas nuestras observaciones, evitando los juicios de valor, en los registros de enfermería, pues es muy importante que transmitamos nuestras sospechas al resto del equipo para que presten especial atención a determinados aspectos que puedan confirmar o no nuestras sospechas.

**Diagnostico de Enfermería.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería. En el maltrato infantil nos encontramos ante un problema interdependiente, donde se debe remarcar la relación de colaboración de la enfermera con otros profesionales, aunque es frecuente que este acompañado de otros problemas que debemos y podemos identificar para poder hacer una adecuada planificación de cuidados.

**Planificación.** Se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la Salud.

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planificación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

**Ejecución.** Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados. El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al niño y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

Debemos profundizar en la valoración de los datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

**Evaluación.** Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos. Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

Los cuidados de enfermería relacionados con el maltrato infantil incluyen diversas áreas tanto en la prevención y detección precoz como en la atención. Una vez que se ha producido la agresión el cuidado ira encaminado al restablecimiento de las necesidades psicoafectivas y emocionales del niño.

El objetivo general de la atención de enfermería será asegurar la atención integral del niño. Los objetivos específicos serán la atención a los problemas de salud, protección frente a los malos tratos, apoyo al niño y su familia, prevenir el maltrato y la coordinación con otros servicios, especialmente con los servicios sociales.

El personal de enfermería tiene una serie de intervenciones generales independientemente del ámbito de trabajo en que desarrolle su actividad y otras más específicas. En este capítulo vamos a considerar la Atención Primaria, hospitalaria, servicios sociales de atención a la infancia y matrona.

A continuación se desarrollan los protocolos de actuación de enfermería desde los distintos ámbitos de actuación.

# ENFERMERÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y EL MALTRATO INFANTIL

Sonia López Palacios

## Índice

1. Introducción
2. Atención de Enfermería
3. Educación para la salud y participación comunitaria
4. Actividades de los profesionales de enfermería en atención primaria
5. Bibliografía

### 1. Introducción

La Atención Primaria de Salud (A.P.S) ofrece una atención al individuo y su familia integral, integrada, continuada y permanente, en el que la enfermera desarrolla un nuevo rol profesional con funciones y actividades propias, donde se incluyen la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Por todo ello, la enfermera en A.P. realiza una atención personalizada, integral y continuada a través de los cuidados directos realizados en el Centro de Salud (C.S.), en el domicilio y en la comunidad, a lo largo de todas las etapas de la vida. Debe establecer una coordinación interna con el resto de profesionales que integran el Equipo de Atención Primaria (E.A.P.) - médicos de familia, pediatras, matronas, fisioterapeutas, trabajadores sociales (T.S.),...- además, de existir una coordinación con otros niveles asistenciales (hospital), a través de la implantación y realización de informes de enfermería al alta y colaborando con otras instituciones en la elaboración de protocolos de actuación común.

El maltrato infantil, al ser un problema de índole bio-psico-social, debe ser contemplado en los programas preventivos materno infantiles. Una intervención verdaderamente eficaz pasa por su prevención y detección precoz.

Los servicios de A.P. deben destacarse fundamentalmente en la prevención del maltrato infantil al ser los únicos servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado tanto el menor, como sus padres, en un periodo de edad en el que éste es especialmente vulnerable.

Los profesionales de A.P. colaboran en la detección de niños con lesiones o en situación de riesgo, en la intervención protectora y en acciones preventivas. La enfermería se encuentra en una posición privilegiada para la detección temprana e identificación de situaciones de riesgo de estos niños y sus familias, ya que el acceso al núcleo familiar es más fácil debido al número de visitas que deben realizarse en la etapa infantil, dentro del Programa del Niño Sano que nos brinda la oportunidad para intentar prevenir y detectar maltrato.

La prevención es fundamental hasta los 5 años, ya que a partir de esa edad, al comenzar la enseñanza obligatoria, el medio escolar juega un papel primordial en la detección del maltrato infantil, aun así, en las visitas que se realizan a partir de esta edad, que en número son menor, debe continuar haciéndose actividades de prevención y detección del maltrato infantil.

En la adolescencia, etapa de evolución durante la cual se experimentan transformaciones importantes, el maltrato se asocia a la existencia de múltiples factores de riesgos interrelacionados que producen una mala adaptación entre padre e hijos.

Se da con mayor frecuencia cuando padres de alto riesgo son responsables de un joven vulnerable en situación de depresión socioeconómica y suele precipitarse en un momento de crisis familiar.

La detección precoz de deficiencias en el recién nacido y en el niño en aspectos psicosociales, y no solo físicos, representa un objetivo en A.P. y se deben desarrollar diferentes actuaciones para ello.

Detectar e intervenir en situaciones de riesgo y maltrato que puedan incidir en el desarrollo del niño / adolescente son objetivos básicos, no sólo de la enfermera de Atención Primaria, sino también del resto de profesionales socio sanitarios que trabajan en el E.A.P.

El conocimiento de los factores de riesgos nos ayudará a planificar estrategias de intervención para prevenir, detectar y tratar a estos niños y jóvenes en colaboración con el resto de profesionales del EAP y otras instituciones. La atención en estos casos debe realizarse de forma interdisciplinar e interinstitucional.

Estas situaciones deben ser registradas y monitorizadas en la Historia Clínica de Atención Primaria, en un lugar visible preferentemente en la hoja del Examen periódico de salud del niño (hoja específica de registro de actividad del Programa del Niño Sano), en el apartado de observaciones, en la Hoja de problemas individuales o en la Hoja de problemas familiares (ambas hojas son documentos existentes en la historia). Es fundamental la información recogida en la Historia Clínica, no solo por su valor como documento legal, sino como evidencia en caso de ser necesario ante los jueces.

La intervención se realiza en cualquiera de las visitas que realice el niño, visitas que pueden estar enmarcadas dentro del Programa del Niño Sano, servicio incluido en la Cartera de Servicios que Insalud

oferta a la población, o bien en aquellas visitas que se realicen para seguimiento o evaluación de un plan de cuidados.

Para conseguir erradicar el maltrato, es imprescindible fomentar una sociedad no violenta y estimular a los padres y educadores en las necesidades afectivas de los niños y adolescentes.

## 2. Atención de enfermería

La atención que la enfermera realiza en la infancia puede ser:

1. En el Centro de Salud, a través de la consulta de enfermería a demanda o programada concertada.
2. En el domicilio, a través de la visita domiciliaria, enfocada a prestar atención integral al niño y la familia.
3. Comunidad, a través de las actividades comunitarias grupales, cuyo objetivo es promover la salud, incrementando la calidad de vida y bienestar social potenciando la capacidad de las personas para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.

- Consulta a demanda

Es la consulta que se genera por iniciativa del padre, madre o tutor del niño, en ella se pueden consultar todas aquellas dudas que tengan los padres para llevar un buen seguimiento y desarrollo del niño; problemas para llevar a cabo el tratamiento prescrito por el pediatra, si desea recibir información sobre la lactancia de sus hijos o si tiene problemas para llevarla a cabo, consultas sobre la alimentación infantil...., situaciones diversas que nos pueden ayudar a detectar factores de riesgo, situaciones de negligencia y/o situaciones de malos tratos.

En esta consulta también se realizan actuaciones derivadas de otros profesionales, y se captan todos aquellos niños que no están incluidos en el Programa del Niño Sano.

- Consulta concertada / programada

Son las consultas sucesivas para la continuidad de cuidados que se generan a partir de un primer contacto en el que se detecta un problema donde la enfermera necesita hacer una valoración, establecer un plan de cuidados, su seguimiento y evaluación del mismo.

Los problemas que más se detectan en la infancia son: problemas de alimentación, enuresis, mala adhesión al tratamiento con inhaladores (niños asmáticos), y problemas de higiene.

En esta consulta se lleva a cabo el Programa del Niño Sano, donde quedan establecidos los objetivos y actividades básicas para promover la salud, prevenir la enfermedad, fomentar la detección precoz, identificar grupos de riesgo y en definitiva integrar todas estas actividades a la labor asistencial del EAP.

Contribuir a disminuir la morbimortalidad infantil es el objetivo claro del Programa del Niño Sano, haciendo especial hincapié en la detección precoz de signos de riesgo psicosocial, además de otras enfermedades o trastornos propios de la infancia.

Las actividades realizadas en cada visita en este programa son:

- Visita domiciliaria puerperal. (Visita al recién nacido)
- Consulta al recién nacido antes de los primeros 15 días
- Examen periódico de salud que incluye anamnesis, examen físico y exploraciones complementarias dependiendo de la edad del niño.
- Actividades de promoción y educación para la salud, ofreciendo información, orientación y apoyo a los padres sobre: alimentación, hábitos higiénicos, cuidados generales y prevención de accidentes.
- Actividades de prevención: calendario de vacunación, profilaxis de caries y raquitismo....
- Participación comunitaria

La intervención de los profesionales en las distintas visitas, varía con la edad del niño.

- *Consulta en domicilio*

Se aconseja visitar a la puerpera tras el parto para valorar su evolución y entorno. Es importante realizar un abordaje integral tanto al niño como a la madre que nos permita identificar, analizar y tratar necesidades y problemas de salud, proporcionando apoyo y colaboración de cara al autocuidado, contribuyendo a mejorar el bienestar del niño y de la madre.

En esta visita se realiza la valoración del estado físico y psicológico de ambos, las condiciones de la vivienda y la situación familiar, se da consejo a la madre sobre higiene, alimentación, prevención de accidentes infantiles etc.; se le informa de las visitas que debe realizar para el seguimiento periódico del niño tanto con el pediatra como con la enfermera; además de proporcionarle el apoyo y la ayuda necesaria para poder llevar a cabo todas aquellas atenciones que precisa para su propio cuidado o el de su hijo/a.

Después de esta valoración si se identifican problemas de autocuidados se debe establecer un plan de cuidados y su seguimiento, información y apoyo

Con todo ello se pretende favorecer la adaptación psicosocial no solo de la madre sin también de la pareja a la nueva situación.

En esta visita se priorizan las primíparas, las adolescentes (menores de 20 años) y mujeres con riesgo social: escasos recursos, desempleo, drogadicción, alcoholismo.....

Esta demostrada la eficacia de la visita domiciliaria en el período postnatal (entre el 7-10 día) o en determinadas enfermedades y trastornos en las cuales se requiera acudir al domicilio para contemplar la situación real de la familia y ofrecer ayudas.

### 3. Educación para la salud y participación comunitaria

Se realiza de forma individual en la consulta y/o en el domicilio en cada visita de control o seguimiento del programa.

La EPS grupal se realiza a grupos de padres y madres.

A través de las actividades comunitarias se intenta promover hábitos de vida saludables incrementando la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos por el abordaje de sus problemas, demandas y necesidades.

Escuelas de Padres / madres: espacios de encuentro y reflexión compartidos con otros padres donde se trabajan las diferentes situaciones que se plantean en la educación de los hijos; relaciones familiares, comunicación familiar, necesidades de los padres y de los hijos, roles familiares, la autoridad y sus límites....

### 4. Actividades de los profesionales de enfermería en atención primaria

#### 4.1 Prevención maltrato infantil

La búsqueda de mayor eficacia en la prevención del maltrato infantil desde el ámbito de la A.P. debe orientarse a realizar mayores esfuerzos en momentos claves, especialmente vulnerables como son la gestación, el nacimiento, la atención a la puerpera y al niño en el primer mes de vida y a lo largo de todas las visitas de seguimiento para valorar el desarrollo infantil y su grado de salud, visitas realizadas en mayor número durante los primeros años de vida. Otro periodo donde también es fundamental esta actividad, es la adolescencia.

La prevención se orienta no solo a través de la detección de situación de riesgo sino también informando, preparando y apoyando a los padres en aquello que demanden o necesitan saber.

*Factor de riesgo* es toda característica o circunstancia de una persona o grupo de personas que está asociada a la aparición de maltrato o a una evolución desfavorable del mismo, teniendo en cuenta que la presencia aislada de uno de estos factores *no es diagnóstico*. Adjuntamos una lista orientativa de datos, algunos de interpretación subjetiva (Cuadro 1). La suma de ellos se valorará de forma individual en cada caso para poder considerarlo como situación de riesgo. Los criterios de derivación al trabajador social se pueden consultar en otro anexo (Cuadro 4).

Cuadro 1. Factores de riesgo de maltrato infantil

Individuales	Familiares	Socioculturales
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prematuridad.</li> <li>- Bajo peso.</li> <li>- Cromosomopatía.</li> <li>- Retraso psicomotor.</li> <li>- Enfermedad crónica.</li> <li>- Hijo no deseado.</li> <li>- Progenitor único.</li> <li>- Fracaso escolar.</li> <li>- Edad menor 3 años.</li> <li>- Niños difíciles:</li> <li>- Hiperactivos, irritables,...</li> <li>- Sexo distinto al deseado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Embarazo no deseado.</li> <li>- Intento de aborto.</li> <li>- Gestación mal controlada.</li> <li>- Adolescente soltera.</li> <li>- Nacido tras separación de pareja.</li> <li>- Hijo de relación anterior.</li> <li>- Conflictos de pareja.</li> <li>- Familias sustitutas, numerosas, monoparentales.</li> <li>- Educación familiar severa.</li> <li>- Antecedentes de malos tratos transgeneracionales.</li> <li>- Desempleo, falta de dinero, baja autoestima.</li> <li>- Delincuencia, marginación, alcoholismo, drogadicción, prostitución.</li> <li>- Enfermedades crónicas, psiquiátricas, psicológicas.</li> <li>- Familiar institucionalizado: cárcel, psiquiátrico...</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normas sociales de violencia y poder toleradas.</li> <li>- Castigo físico Educación.</li> <li>- Emigración- inmigración</li> <li>- Viviendas deficientes.</li> <li>- Aislamiento social y familiar.</li> <li>- Inestabilidad laboral</li> </ul>

Las enfermeras pueden ayudar a los padres a adaptarse a estas nuevas situaciones y orientarles en el cuidado de sus hijos. También pueden abordar problemas que afecten tanto a la mujer como a la familia estableciendo un contacto más estrecho con ellos.

La primera visita al recién nacido y a la madre constituye un lugar y momento apropiado para observar el apego madre - hijo, la vinculación de los padres y la detección de posibles problemas sociales. En ésta se puede iniciar la labor de estimulación y debe facilitarse la relación de los padres con los hijos.

La prevención primaria debe estar dirigida a la población general a través de la promoción de la salud por medio de actividades de psicoprofilaxis obstétrica, escuela de padres y talleres de padres con hijos adolescentes para el fomento de actividades saludables. Potenciando factores de resistencia y protección frente a factores de riesgo.

La prevención secundaria abarca la población de riesgo con el fin de reducir la gravedad de los casos.

#### 4.2 Detección de situaciones de riesgo y de maltrato

Consiste en reconocer o identificar una posible situación de riesgo.

Nuestro papel en la consulta de enfermería debe ser priorizar la detección de niños en situación de riesgo, a través de una anamnesis y exploración dirigida a aspectos psicosociales, factores de riesgo e indicadores de malos tratos. En la consulta programada se llevará a cabo el seguimiento de estos casos (Cuadro 2).

**Cuadro 2.** Contenidos de cada visita para la prevención / detección.

Revisión	
Recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recoger datos de filiación completos del niño y los padres. Composición grupo familiar y detección de situaciones especiales: familias monoparentales, padres adolescentes, hijos en adopción o 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.</li> <li>• Datos de crianza: antecedentes de institucionalización en los padres (“de pequeño estuve interno, viví en un colegio ..”) o datos de maltrato explicitado por alguno de ellos.</li> <li>• Preguntar si había planeado tener un hijo en ese momento ó no (hijo deseado o no), y aceptación del mismo. Valorar la adaptación familiar el cambio que supone el nacimiento de un hijo y capacidad para cubrir sus necesidades básicas (alimentación, higiene, afectividad ...).</li> <li>• Recoger datos socioculturales y laborales someros: nivel de instrucción, empleo actual o paro.</li> <li>• Destacar en la historia pertenencia a grupos étnicos ó inmigrantes e integración en su entorno.</li> </ul>
Primer – Tercer mes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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, o por el contrario está atendido por múltiples personas?.</li> <li>• Valorar la participación del padre en la crianza: preguntar la implicación en el cuidado del niño (sabe cambiar pañales, dar el biberón...?)</li> <li>• Es importante conocerle en alguna revisión:</li> <li>• Aspecto físico y datos de higiene o descuido.</li> <li>• Preguntar en todas las visitas, sobre el seguimiento de pautas de alimentación, como prepara los biberones y profilaxis del raquitismo.</li> </ul>
Tercer – Sexto mes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preguntar a la madre si 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).</li> <li>• Valorar adecuado crecimiento y desarrollo; estudiar entorno familiar en retrasos sin causa orgánica.</li> <li>• Inicio del lenguaje: vocálico y silábicos.</li> </ul>

Revisión	
Sexto – Doceavo mes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Anotar síntomas que sugieran abandono o carencia afectiva: movimiento de autoestimulación (balanceos de cuerpo, golpes con la cabeza, .) escaso contacto visual (diagnóstico diferencial con déficits sensoriales), retraso desarrollo sin causa orgánica, “pelada” occipital (pasa mucho tiempo sentado o tumbado sólo, sin estimulación)</li> <li>• Crecimiento y desarrollo madurativo, Lenguaje; cadenas silábica; puede iniciar palabras.</li> <li>• Controlar seguimiento de las pautas de alimentación aconsejadas.</li> <li>• Establecimiento de hábitos y rutinas en sueño y alimentación.</li> </ul>
Doce – Veinticuatro meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites: azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionados al hecho o a la edad del niño.</li> <li>• Explorar signos de raquitismo y/o malnutrición clínica o subclínica (pelo ralo, escasa ganancia ponderal, ferropenia ...)</li> <li>• Crecimiento y desarrollo. Inicio de lenguaje como herramienta: varias palabras, buen nivel comprensivo, usa el “no”, jerga entonada ....</li> <li>• Relaciones sociales: frecuentemente en caso de maltrato o abandono, falta de reacción normal frente a extraños y frente a la separación y no discriminan entre personas con roles distintos.</li> </ul>
Tres – seis años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo madurativo. Lenguaje establecido y control de esfínteres.</li> <li>• 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?.</li> <li>• Conducta: los niños que viven situaciones maltratantes, pueden presentar alteraciones que van desde la apatía a la depresión, hasta la excesiva actividad e impulsividad.</li> </ul>
Seis – once años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluar asistencia regular al colegio y rendimiento: semiabandonos casero o escolares; exceso de responsabilidades y aislamiento familiar. Tener presente la posibilidad de abuso sexual.</li> <li>• ¿Se queda sólo en casa?, en que circunstancias?, va solo al colegio?, a que distancia está?, tiene amigos?</li> <li>• Hay algún adulto o niño mayor que te trate o te toque de manera que a ti no te gusta, o 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.</li> <li>• Preguntar por actividades extraescolares, tiempo libre y ocio.</li> </ul>

Revisión	
Once - catorce años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Áreas 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.</li> <li>• Curso escolar, rendimiento y asistencia regular o absentismo y desescolarización.</li> <li>• Realización de las tareas laborales ilegales o impropias de su edad</li> <li>• Grupo de amigos y actividades comunes de ocio. Detectar procesos de socialización marginal</li> <li>• Inicio en consumo de alcohol, tabaco y/o drogas.</li> <li>• Fugas caseras y conductas antisociales (pueden ser reactivas a conflictividad familiar)</li> <li>• Relaciones familiares: anotar si tiene responsabilidades directas sobre hermanos menores o 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...)</li> <li>• Ante una enfermedad de transmisión sexual o embarazo en adolescente, pensar siempre en la posibilidad de abuso sexual.</li> <li>• Independientemente de la edad del niño, en todas las revisiones debemos reseñar:</li> <li>• Fallos a revisiones, consultas sin cita, y urgencias poco justificadas sobre todo si son repetidas (puede ser una llamada tácita de atención social.</li> <li>• Seguimiento de citas programadas y calendario vacunal.</li> <li>• Accidentes en niños pequeños, sobre todo si son repetidos, injustificados, o los padres ofrecen explicaciones incoherentes o contradictorias.</li> <li>• Crisis de stress familiar: paro, separaciones, muertes,... en donde el maltrato puede surgir como expresión de la carencia de recursos o habilidades para manejar y superar situaciones de stress, en función de las interacciones entre las exigencias de una situación, y la capacidad real o percibida de un individuo.</li> <li>• Exploración sistemática de genitales y zona anal.</li> <li>• Crecimiento físico.</li> <li>• Desarrollo madurativo y emocional destacando dos aspectos:</li> <li>• El retraso y las dificultades del lenguaje, es uno de los problemas sociales específicamente a carencia afectiva.</li> <li>• El único común denominador de todo tipo de maltrato, son las alteraciones psicológicas.</li> </ul>

Coordinar este seguimiento con otros profesionales del equipo (matrona, medico de familia, pediatra, trabajador social, etc.) conlleva realizar un mejor seguimiento conjunto de los mismos y a favorecer el trabajo en equipo.

Todo ello debe quedar registrado en la historia clínica con el fin de poder realizar una actuación preventiva y precoz. La recogida de datos se hará de forma breve, fácil y operativa. Un modelo que puede ayudarnos es la Hoja de Registro Psicossocial (*Cuadro 4*).

La captación activa de todos los recién nacidos en situación de riesgo se debe hacer tanto en la consulta programada de pediatría como de enfermería. Un primer punto de contacto que nos puede aportar datos de gran interés de la familia y el entorno del niño es en la primera visita que la enfermera realiza en el domicilio, que a veces no es posible hacerla ya que la madre acude con el bebé al Centro de Salud.

Tanto si se lleva a cabo la visita en el domicilio como en el Centro de Salud, se realizará una Historia Clínica completa del niño/a en la que se valorarán los posibles factores de riesgo que a continuación se detalla en anexo. Tenemos que ser capaces de registrar en la Historia lo que vemos y sospechamos. La asociación de situaciones de riesgo, potencia el riesgo social, pero no significa que todo niño que viva en esta circunstancia vaya a sufrir maltrato, pero si, es preciso una mayor cautela y seguimiento del caso. Es necesario que se valore de forma conjunta con el resto de profesionales sociosanitarios del EAP la pertinencia de la derivación de cada caso concreto. Aun así, la existencia de una de estas situaciones familiares seria criterio posible de derivación al trabajador social (*Cuadro 4*).

**Cuadro 4.** Criterios de derivación al trabajador social

Situaciones familiares en riesgo social	SÍ	NO	Observaciones
1. Algún hijo institucionalizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Algún progenitor con enfermedad mental grave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Algún progenitor drogodependiente o hijo de alcohólico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Algún progenitor encarcelado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Un solo progenitor y dificultades económicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Familias numerosas y dificultades económicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Familias con acumulación de problemas personales de diferentes miembros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Familias bajo la responsabilidad de adultos especialmente Incapacitados para mantener una relación educativa adecuada a la edad y circunstancias del niño.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**NOTA:** La asociación de estas situaciones, potencia el riesgo social. Esto no significa que todos los niños que vivan en estas circunstancias estén necesariamente en situación de riesgo. Es necesario que el profesional sanitario valore, en conjunto, la pertinencia de la derivación en cada caso concreto. Aun así, la presencia de una de estas situaciones familiares será considerada como posible criterio de derivación al trabajador social.

Con esta intervención se pretende ofrecer a los niños y sus familias los apoyos necesarios para resolver una situación que tiene repercusión en todos los miembros de la familia.

Si se detecta un caso deberá realizarse el seguimiento de este, bien hasta su resolución, bien hasta su derivación a otro nivel.

#### **4.3 Situaciones de sospecha de maltrato infantil**

*El maltrato infantil se puede sospechar en la consultas de enfermería de A.P. por los datos registrados en la Historia, datos clínicos y sociofamiliares, así como, por los datos de la exploración clínica.*

*El motivo de consulta, las características de la demanda y los hallazgos en la exploración pueden alertar acerca de la posibilidad o probabilidad de la existencia de maltrato. Sería recomendable la presencia de otro profesional al realizar una valoración de este tipo.*

Los datos que pueden alertar esta sospecha son:

- Características y actitudes de los adultos que acompañan al niño.
- La conducta del niño / adolescente en la consulta.
- Existencia de lesiones físicas.
- Alteraciones del crecimiento y desarrollo evolutivo del niño.
- Trastornos de conducta en el niño / adolescente.

*En caso de ser una adolescente se debe realizar una entrevista en privado, intentado tranquilizarlo y animándole a que relate lo sucedido.*

*También conviene hablar con el adulto que le acompañe, evitando hacer juicios de valor, intentado darle apoyo pero advirtiéndole que tenemos la obligación de denunciar cualquier sospecha de maltrato. La*

exploración consiste en la detección de signos físicos, como de indicadores comportamentales del adolescente y el acompañante, si este se sospecha que sea el maltratador. (Cuadro 5 ).

Cuadro 5. Indicadores de maltrato infantil en el adolescente

Maltrato	Físicos en el adolescente	Comportamental adolescente	Conducta del cuidador
<b>Físico</b>	<b>Lesiones cutáneas: heridas, hematomas, quemaduras...</b> Lesiones abdominales. Fracturas óseas, traumatismos craneoencefalicos Intoxicaciones. Síndrome de Münchhausen por poderes.	Tiene miedo de sus padres, de ir a casa. Rechaza el contacto físico con adultos. Llanto y agresividad sin motivo justificado.	Parece no preocuparse por el joven. Utiliza disciplina severa. Percibe de manera negativa al adolescente. Intenta ocultar la lesión o proteger la identidad de la persona responsable.
<b>Psíquico</b>	Retraso no orgánico del crecimiento. Enfermedades psicomaticas.	Problemas de aprendizaje. Baja autoestima, inmadurez socioemocional. Relaciones sociales escasas y/o conflictivas. Problemas en el control de esfínteres.	Culpa o desprecia al niño / joven. Frialdad en el trato. Exige por encima de sus capacidades. Tolera sin poner limite todos los comportamientos
<b>Negligencia</b>	Falta de higiene, ropa inadecuada para las condiciones climáticas. Alimentación y/o horarios inadecuados. Retraso en todas las áreas madurativas. Accidentes frecuentes. Asistencia médica irregular con consulta frecuente a urgencias. Abandono.	Apatía, depresión. Hiperactividad, agresividad. Absentismo escolar. Comportamientos antisociales.	Vida en el hogar caótica. Mentalmente enfermo o con bajo nivel intelectual. Enfermedad crónica que impide la correcta atención.

Según sea la sospecha en función de la edad se derivará al pediatra o medico de familia para la realización de pruebas complementarias. El diagnóstico debe ser lo mas precoz posible para evitar la gravedad de las consecuencias e incrementar las posibilidades de éxito de la intervención, tratar las secuelas y prevenir la repetición.

*La posibilidad de que no llegaran a confirmarse las sospechas o no requieran de apoyo / ayuda no debe suponer una limitación a la hora de actuar entre casos de riesgo o de probable maltrato infantil ya que todos nuestros objetivos estarán orientados a resolver aquellos problemas detectados que requieran de la ayuda de los recursos sanitarios y no sanitarios y dar un buen trato al niño y su familia.*

Siempre es mas fácil y eficaz actuar sobre situaciones de riesgo, que sobre familias maltratantes ya desestructuradas, debe sospecharse maltrato físico cuando aparezca una lesión de forma inexplicada, incompatible con la historia dada por el niño o acompañante, o si existe retraso en buscar ayuda médica.

Es nuestra obligación ante cualquier sospecha poner el caso ante los Servicios Sociales del Área, así como de la comisión de tutela del menor o de la autoridad judicial.

#### 4.4 Intervención en situaciones de riesgo y maltrato

- a) Niños con Factores de Riesgo.
- b) Niños maltratados

El orden de las acciones a emprender variará, a criterio de los profesionales sanitarios y en función del momento y la circunstancia en que se produzca el maltrato.

Plan a seguir:

- Atender el estado de salud física del niño maltratado
- Derivación o atención conjunta con Pediatras y T.S. del Equipo.
- Comunicar el caso a Servicios Sociales del Área, los cuales tratarán el problema familiar y si no es posible gestionaran el traslado del niño a un centro de acogida.
- Emisión de parte de lesiones.
- Notificación a Instituciones de Asesoramiento y judiciales (I.M.M.F., Comisión de Tutela ...)

- Cumplimiento de la hoja de registro de la Comunidad de Madrid (Cuestionario a doble cara autocopiativo con tres ejemplares: uno para la historia clínica; otro para Servicios Sociales y el tercero para Registro de Casos de la Comunidad de Madrid).
- Si el riesgo no es inmediato (sospecha) se notificará al Trabajador Social del Centro y se realizará seguimiento en consulta (controles periódicos mas frecuentes)
- Si existe alto riesgo (lesiones graves o seguimiento familiar no garantizado, derivación a Hospital de referencia para posible ingreso), tramitación de los partes e informes necesarios, comunicación a la Comisión de Tutela del Menor y/o autoridades judiciales pertinentes.
- El tratamiento y seguimiento debe ser multidisciplinar tanto del menor como de la familia. Un % elevado de estas familias requieren un tratamiento intensivo y una monitorización continua por parte de los servicios sociales.

## 5. Bibliografía

1. Carpenito LJ. Diagnóstico de Enfermería. Interamericana. Madrid.1991.
2. Insalud. Guía del trabajo enfermero en Atención Primaria. Área 7 Insalud. Madrid. 2000.
3. El adolescente y su salud. Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid. 2001.
4. Insalud. Programa del Niño Sano. Área 3 de Atención Primaria. Insalud. Madrid.1998.
5. Díaz Huertas JA.; Casado Flores J.; García E.; Ruiz MA.; Esteban J. Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario. Instituto Madrileño del Menor y la Familia, Consejería de Servicios Sociales, Madrid 1999.
6. Insalud. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Subdirección General de Coordinación Administrativa. Insalud. Madrid. 1999.
7. Insalud. Documento Consulta a Demanda de Enfermería. Área 3 de Atención Primaria. Insalud. Madrid. 1998.
8. Evaluación de Planes de cuidados Area 3. INES
9. Insalud. Protocolo de Visita Primer Mes Postparto. Area 3 de Atención Primaria. Insalud. Madrid.1999.
10. Insalud. Protocolo de Atención al maltrato en la infancia. Area 7 de Atención Primaria. Insalud. Madrid.2000
11. Díaz Huertas JA.; Casado Flores J.; García E.; Ruiz MA.; Esteban J. Atención al niño en situación de riesgo biopsicosocial desde el ámbito Sanitario. Instituto Madrileño del Menor y la Familia, Consejería de Servicios sociales, Madrid 1999.
12. Insalud. Protocolo de Atención al Maltrato en la Infancia. Área 3 de Atención Primaria. Insalud. Madrid. 1998.

**Cuadro 3.** Hoja de riesgo psicosocial

Nombre y Apellidos del niño:

Nombre de la madre:

Fecha de nacimiento.....:

Núm. de historia familiar.....:

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 Apellidos del niño:

Nombre de la madre:

Fecha de nacimiento.....:

Número de historia familiar.....:

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						



## ÁMBITO HOSPITALARIO: ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL MALTRATO INFANTIL

Carmen Crespo Puras  
Carmen Jiménez Pérez

### Índice

Urgencias  
Consultas externas  
Hospitalización  
Tratamiento-intervención según la gravedad del caso  
Hospitalización como medida de protección  
Trabajo social

El hospital es un dispositivo de atención a la infancia fundamental en la detección del maltrato infantil en los diferentes servicios: urgencias, consultas externas y hospitalización, así como en la atención en los casos y en la coordinación de los diferentes servicios e instituciones implicadas, siendo el personal de enfermería unos profesionales claves en estos casos.

Los protocolos de actuación de enfermería hospitalaria en el maltrato infantil deben contemplar:

- Valorar la amplitud de las lesiones físicas, estado emocional y conducta, participando en la realización de las pruebas diagnósticas.
- Proteger contra la continuación del maltrato, proporcionando al niño un ambiente seguro.
- Favorecer un ambiente terapéutico: intentar que el personal que atiende al niño sea siempre el mismo, mostrar que se le acepta sin esperar lo mismo a cambio, prestar atención sin reforzar conductas inapropiadas, planear actividades adecuadas con la enfermera, otros adultos y otros niños.
- Hacer frente a la propia frustración por conductas negativas del niño y alabar los aspectos positivos a fin de fomentar su autoestima.
- Aliviar la ansiedad del niño atendiéndole como una persona que tiene un problema de salud específico que requiere hospitalización y no como una "víctima", evitando hacer demasiadas preguntas. Usar el juego y dibujo para establecer relación y fomentar aspectos saludables de la relación paternofamiliar, estimulando al niño para que hable positivamente de sus padres y no criticando ante él las acciones de sus progenitores.
- Contribuir al bienestar general del niño hospitalizado atendiendo a las necesidades psicosociales y afectivas además de las lesiones relacionadas con el maltrato infantil, aceptando las regresiones transitorias como un mecanismo necesario para hacer frente a la crisis actual.
- Fomentar durante la estancia del niño en el hospital el sentido de adecuación paterna orientando a los padres y haciéndoles sentir que son bienvenidos y parte importante de la recuperación de su hijo. Reforzando las actividades de crianza en que muestran competencia. Debemos centrarnos en el maltrato como un problema que requiere intervención terapéutica, y no una característica o deficiencia de conducta del progenitor mostrando empatía con las dificultades de la crianza de los hijos, en especial las crisis vitales, sin condenar directamente el maltrato o la negligencia.
- Planificar y hacer los preparativos para el alta. Cuando al niño se le separe de su ambiente familiar debemos ayudarlo a recuperarse de esta pérdida, en especial si ello lleva consigo la separación de otros hermanos. A la familia acogedora / adoptiva se le estimulara para que lo visiten antes del alta, asesorándoles en cuanto al niño y sus cuidados. Si regresa a su domicilio se le estimulara a los padres para incrementar el vínculo y planear la supervisión y la orientación estrecha de la familia.

### Servicio de urgencia

El Servicio de Urgencias es un lugar idóneo para la detección de casos de maltrato infantil existiendo indicadores específicos, elementos diagnósticos, de maltrato físico, negligencia, emocional, y abuso sexual (Cuadro 1).

#### **Cuadro 1 . Indicadores en el servicio de urgencias**

- Retraso en acudir al centro sanitario.
- Prisas en 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 de sociabilización en presencia de familia

El servicio de urgencias hospitalarias va a intervenir en diferentes situaciones de maltrato infantil bien a través de las consultas realizadas a demanda de los familiares por diferentes problemas de salud, o bien casos

derivados por Atención Primaria, otros servicios de urgencias extrahospitalaria (SAMUR, o61) y o la policía para su valoración y/o ingreso como medida de protección.

La gravedad en algunos casos puede exigir como primer paso garantizar la seguridad y protección del niño como puede ser la hospitalización o ingreso en un centro de acogida de urgencias.

La determinación de un caso de maltrato debe de realizarse en base a los datos aportados por el propio niño, otros profesionales (maestros, médicos,...) y/o otras personas (vecinos, amigos, parientes).

La atención al niños maltratado, realizar el diagnóstico puede requerir la realización de exámenes físicos y psicológicos, actuaciones en las que debemos ser especialmente cuidadosos ya que pueden causar reexperiencia del trauma y deben evitarse reexploraciones innecesarias, así como, prever la participación del médico forense en casos de exploración genital y anal en abusos sexuales.

### **Consultas externas**

Las características de la atención a través de las consultas externas hospitalaria de pediatría no facilita la detección de un gran numero de casos de maltrato ya que las visitas no suelen ser con una gran periodicidad y son por problemas de salud muy concretos. No obstante, en ellas se pueden apreciar determinados indicadores que nos pueden orientar hacia este diagnostico como. No mejoría en procesos crónicos, retrasos injustificados o falta a revisiones,

La labor de prevención con orientaciones y apoyos a los padres con niño con ciertos problemas de salud crónicos si pueden contribuir no solo a la mejorar la atención al niño sino a evitar ciertas conductas que pudieran se consideradas como maltrato.

### **Hospitalización**

El personal de enfermería en una planta de hospitalización referida al maltrato infantil puede en la *detección* de casos en aquellos niños ingresados con otros diagnósticos, en la *atención* a los niños ingresados por maltrato y/o como medida de protección y en la *prevención* primaria ( ) y terciaria ( ).

La hospitalización de un niño objeto de malos tratos o en situación de grave riesgo, debe realizarse como una medida encaminada a atender un problema clínico con los siguientes objetivos:

- Tratar las lesiones y atender la falta de cuidados.
- Separar y controlar al agente agresor.
- Desarrollar el trabajo social y análisis de la problemática familiar.

La labor asistencial, el horario del trabajo y la permanencia junto al niño y su familia permite a la enfermera conocer:

- La relación padres-hijos.
- Horario y duración de las visitas.
- Comportamiento global del niño durante su hospitalización.
- Grado de convivencia del niño y su familia con el resto de los internados y personal.
- Facilidad para establecer relaciones familiares.
- Hábitos, grado de higiene, tipo de ropa y costumbres alimentaria.

Los indicadores de maltrato infantil desde el ámbito hospitalario son:

- Padres que realizan visitas de escasa duración
- Falta de comparecencia a hablar con los médicos.
- No aportan datos escritos de otros ingresos.
- Adaptación del niño al hospital demasiado fácil o precoz.
- Expresan deseos de no regresar a su domicilio.
- Familias que abandonan al niño sin justificación, mayor preocupación por la televisión, relaciones sociales,... que por cuidar al niño.

Al niño maltratado o sospechoso de haber recibido malos tratos no se le debe tratar como una *víctima* sino como a cualquier otro niño enfermo atendiendo a sus necesidades físicas y ofreciendo apoyo emocional y el soporte social que precise, facilitando la relación del niño con sus padres. La enfermera debe evitar convertirse en sustituto de los padres por lo que ni los excluirá ni los culpabilizará.

Los registros de datos tiene una importancia fundamental en la evaluación y confirmación diagnóstica del caso.

**Cuadro 2** Registro observaciones / evaluación enfermería

Reacción del niño hacia:									
Madre (M) o Padre (P)			M	P	Personal	Otros pacientes			
Enojo					Correcto	Agresivo			
Temor					Solicita aprobación	Temeroso			
Desinterés					Pide atención	Zalamero			
Agrado tristeza					Desinteresado	Reservado			
Retraimiento					Temeroso	Correcto			
Sumiso					Provocador	Comunicativo			
Otros.					Retraído	Otros			
					Sumiso				
					Busca protección				
					Otros				

Interés por el niño				Actitud hacia el personal				Actitud hacia otros padres			
M		P		M		P		M		P	
Coger en brazos		Poco interesado		Ansioso				Poco			
Hablar		Irritado		Hostil				Interesado			
Baño		Hostil		Inquieto				Habla mucho			
Cambio pañales		Ocultar algo		Culpable				Correcto			
Alimentar		Culpabilizado		Correcto				Incorrecto			
Jugar		Otros		Otros				Otros			
Otros											

Características del niño									
Conducta general					Habilidades según corresponde a su edad				
Correcta					Retraso adquisición conocimientos				
Destructiva					No hábitos higiene				
Hiperactiva					No utilización cubiertos				
Pesadillas					Desarrollo lenguaje incorrecto				
Duerme poco					Vestimenta inadecuada				
Come poco					Dificultad establecer relaciones sociales				
Expresa deseo de no volver a casa					Enuresis				
Verbaliza malos tratos					Encopresis				
Otros					Otros				

Visitas	M	P	Otros	Observaciones:
Frecuencia				
Duración				

Fuente: Ayuga MD, Pérez V. Atención de enfermería y maltrato infantil. En Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez MC. Niños maltratados. Díaz de Santos. 1997:279-286

### Hospitalización como medida de protección

La hospitalización de un niño puede realizarse como una medida de protección en aquellos casos que:

- Proteger contra la continuación del maltrato
- Proporcionar al niño un ambiente seguro.
- Poner en práctica las medidas protectoras indicadas para el niño hospitalizado.

Si bien debemos considerar las características sanitarias de los hospitales y las indicaciones para ser atendidos en estos centros así como los efectos indeseables por el hecho de ser atendido en estos centros sanitarios. Por ello, la permanencia en el hospital debería ser la mínima imprescindible y considerando las particularidades de la atención al maltrato infantil.

### Tratamiento-intervención según la gravedad del caso

La actuación según la gravedad de la situación detectada

*A) Situación de riesgo alto para la salud*

Cuando se detecte una situación que suponga un riesgo alto o inmediato para la salud, integridad del niño se actuará de la siguiente manera:

- Ingreso inmediato en el centro hospitalario, ya sea por razones clínicas y/o sociales.
- Comunicación inmediata a la Comisión de Tutela del Menor o en su caso al Juez de Guardia por parte del Hospital y a través de la cumplimentación de la Hoja de Notificación.
- Mantener el ingreso hasta que se garantice la protección fuera del centro hospitalario.

En el momento del alta hospitalaria la Comisión de Tutela del Menor se hará cargo del niño en aquellos casos que la Comunidad de Madrid haya asumido la tutela del niño.

*B) Situación de riesgo no inmediato*

Si de la valoración clínica y social se desprende la existencia de una situación de maltrato que no supone un riesgo inmediato para la salud del niño, o existe una sospecha clara de contexto maltratante, se actuará.

Desde el ámbito hospitalario:

- Comunicación a los Servicios Sociales de zona, cumplimentando la hoja de notificación.
  - Citaciones periódicas si no se puede llevar a cabo este control desde la atención primaria.

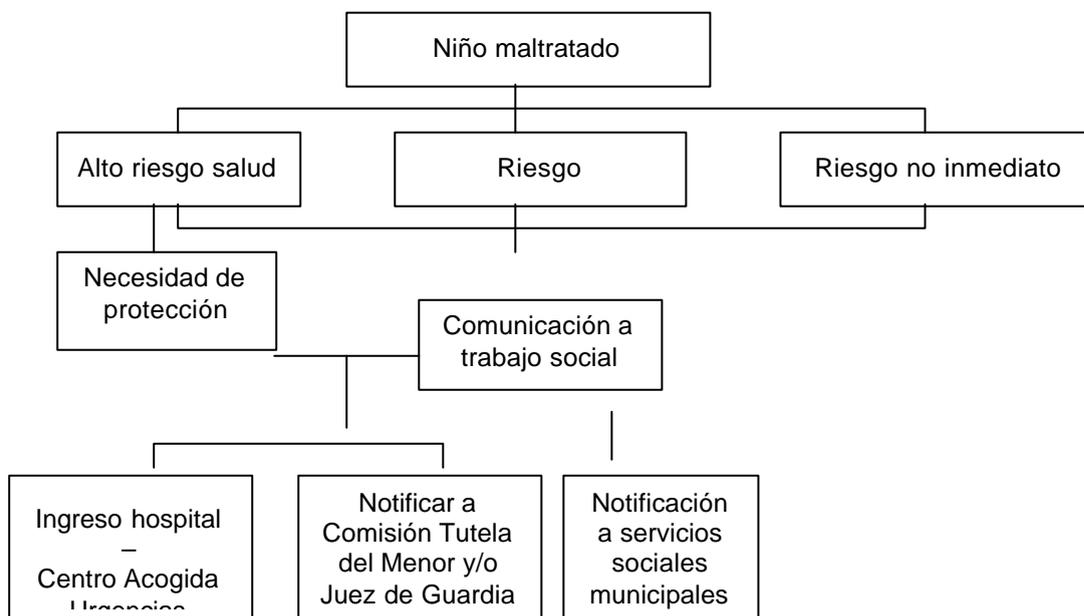
*C) Situación que predispone al maltrato*

Desde el ámbito hospitalario se debe *notificar y/o derivar a los Servicios Sociales de zona* para la valoración, intervención y seguimiento familiar conjunto, implicando al Centro de Atención Primaria de Salud de la zona.

**Trabajo social**

*Según el actual sistema de protección de menores los servicios sociales tienen la responsabilidad de intervenir en los casos, la intervención a través de los servicios sociales sanitarios será según la urgencia del caso*

**Cuadro 3 .** Intervención de Trabajo Social sanitario en caso de maltrato infantil según su gravedad.



*La solicitud de intervención de los servicios sociales puede 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.*
- *Realizar un seguimiento posterior del niño y su familia no limitándose al tratamiento de la crisis.*

# ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO EXTRAHOSPITALARIO. EXPERIENCIA DEL SERVICIO DE ATENCIÓN MUNICIPAL DE URGENCIA Y RESCATE

Rosa Suárez Bustamante

Índice

## Introducción

### Procedimientos de atención a menores del servicio de atención municipal de urgencia y rescate (Samur- protección civil)

Atención a menores con sospecha de maltrato infantil

Maltrato físico (o sospecha)

Abuso sexual (o sospecha)

Maltrato emocional (o sospecha)

Menor insuficientemente atendido

*Menor en situación de desamparo*

Menor lesionado por causas fortuitas

III. Atención a menores bajo los efectos del alcohol o drogas de abuso

La atención a niños víctimas de malos tratos requiere un desarrollo interinstitucional y multidisciplinar de programas de ayuda específicos que implican profundamente a los profesionales sanitarios, sin distinción de su área de trabajo. En los últimos años se ha impulsado la puesta en marcha de estos programas que ofrecen una extensa documentación sobre la asistencia a menores maltratados y establecen pautas orientativas para abordar este problema desde los diferentes ámbitos.

Desde estos programas se incita no sólo a los profesionales sanitarios, sino al resto de la sociedad, a tomar plena conciencia de la gravedad y complejidad de este asunto. Dentro de este contexto, algunos Servicios de Emergencia Extrahospitalarios están adoptando medidas encaminadas a paliar el desconocimiento que sobre el problema tienen la mayoría de sus integrantes, lo cual supone modificar las actitudes y actuaciones que se realizaban hasta este momento.

De este modo, entre los colectivos de médicos, enfermeros y técnicos de emergencias está muy extendida la equivocada idea de que su actuación, ante una sospecha de malos tratos a un niño, debe limitarse estrictamente a la asistencia y tratamiento de lesiones físicas, mientras que las intervenciones socio-legales pertinentes que conlleva el caso detectado correspondería a otros profesionales de los Servicios Sociales, de Cuerpos de Seguridad, Fiscalía o Judicatura.

Existe una extensa legislación que regula no sólo la actitud y posible actuación de estos profesionales, sino la de cualquier ciudadano, y que hace referencia a la ineludible obligación que tiene toda persona de notificar la sospecha de maltrato a un menor.

Ante esta perspectiva, los Servicios de Emergencia Extrahospitalarios deben paliar, en la medida de lo posible, las situaciones de aparente vacío y desconocimiento socio-legal de sus trabajadores, profundizando en el desarrollo de procedimientos o pautas de actuación de obligado cumplimiento. Dentro del ejercicio de sus funciones, puede ocurrir que un profesional aplique criterios diferentes a los reglamentados, no significando por ello que la actuación sea incorrecta, sin embargo dicha actuación debe estar adecuadamente justificada y fundamentada. Este sistema exige un riguroso seguimiento y control de calidad por parte de los responsables del servicio.

Por otro lado, no podemos olvidar que la inesperada presencia de los Servicios de Emergencia Extrahospitalarios en los medios familiares, escolares o de cualquier índole distinta a la sanitaria, ofrecen una posibilidad excepcional y privilegiada para detectar precozmente cualquier situación de riesgo. El simple hecho de realizar la notificación del caso descubierto, posibilitará la intervención inmediata que evitará un mayor daño a la víctima de malos tratos. Para los profesionales de Enfermería, la notificación de una sospecha de malos tratos, es una obligación no sólo legal, sino también ética y profesional.

Los procedimientos son guías orientativas de actuación que unifican criterios, basándose en la legislación vigente y en las recomendaciones más extendidas y actualizadas en la comunidad científica. En definitiva, estas medidas facilitan la toma de decisiones en situaciones tan complejas como la de un maltrato a un menor.

En este capítulo se presentan unos modelos de Procedimiento de Atención a Menores, vigentes en la actualidad en el Servicio de Emergencias Extrahospitalario SAMUR-Protección Civil. Estos procedimientos demuestran que la posibilidad de coordinación entre diferentes instituciones y profesionales es una realidad, y que en gran medida depende de la disposición de los responsables de los servicios

## Introducción

Se entiende por *Maltrato Infantil* toda acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño/a 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.

Basamos estos procedimientos en el artículo 13 de la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor: *“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”.*

### I.1 Maltrato físico (o sospecha)

Se entiende por maltrato físico cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo

*Se sospechará esta forma de maltrato ante los siguientes indicios:*

a) *Discrepancia* entre el trastorno o lesión observada y la historia proporcionada.

- La víctima u otras personas proporcionan historia diferente a la de los padres y es sugerente de malos tratos
- Múltiples excusas de los padres sobre los hechos.

b) *Lesión sugerente* de maltrato:

- *Lesiones sospechosas*: hematomas, desgarros y arañazos, quemaduras por cigarrillos, mordedura humana, intoxicaciones, lesiones de desigual antigüedad
- *Localización más frecuente*: glúteos, caderas, cara, extremo proximal de brazos y piernas, espalda, cuero cabelludo, manos y pies, oídos, genitales, nariz y boca. Las lesiones accidentales, no provocadas suelen aparecer en zonas prominentes (barbilla, codos, rodillas y espinilla)
- *Lesiones altamente sospechosas de maltrato*: lesiones cutáneas bilaterales y aquellas que no se corresponden con el desarrollo motor del niño.

#### • Procedimiento de actuación

a) *Valore y trate las lesiones* según procedimientos del Departamento

b) Informe a la Central de Comunicaciones de que se trata de un *Código de Incidencia 5.8*, quién lo pondrá en conocimiento del *Jefe de División de Guardia* y del *092* (Esto significa la puesta en marcha de un sistema de notificación codificado, tanto para policía, la cual no siempre intervendrá, como para el propio servicio, el cual podrá disponer de una base de datos propia para realizar seguimiento y control del adecuado diagnóstico de los casos)

c) Cumplimente *Informe Asistencial* sobre lesiones haciendo constar la siguiente información:

- Datos de *identificación del menor* (Nombre, apellidos, edad)
- Datos de *padres o tutores* (Nombre, apellidos, dirección –haciendo constar si es el domicilio del menor)
- *Descripción de la situación* en que se encuentra al menor (lugar, circunstancias, cómo se ha conocido el caso, quiénes están con el menor, que actitud tienen, etc)
- *Actuaciones* realizadas
- *Observaciones*

d) Indique “siempre” el *traslado al hospital* infantil de referencia:

d-1-Si los padres acceden, uno de ellos tiene derecho a acompañar al menor.

d-2--En caso de oposición al traslado, el jefe de División de Guardia informará del caso a *092* requiriendo su presencia en el lugar. Hasta este momento, la presencia de cuerpos de seguridad se considera innecesaria, e incluso no aconsejable.

e) Cumplimente *Hoja de notificación de maltrato físico y abandono (o sospecha)*. Esta hoja consta de tres copias:

1. El *“Ejemplar para el Trabajador Social”* se entregará en el Hospital receptor junto con la copia amarilla del informe asistencial)
2. El *“Ejemplar para la Historia Clínica”* se adjuntará al Informe Asistencial (Copia blanca
3. El *“Ejemplar para enviar al Registro”* se entregará al Jefe de División de Guardia junto con el Informe Asistencial.

*Ambos documentos se entregarán junto con el informe diario de guardia al Jefe de Sección de Operaciones, quien los hará llegar:*

- Por correo interno al Jefe del Departamento de Prevención y Familia. Concejalía del Área de Servicios Sociales.
- Por correo ordinario al Instituto Madrileño del Menor y la Familia

*La notificación se realiza por varias vías: a Servicios Sociales por duplicado (a través de la Hoja de Notificación de la Comunidad Autónoma de Madrid y a través de un correo interno municipal), a Cuerpos de Seguridad, a los pediatras del hospital y por último al registro de la Comunidad de Madrid).*

**El personal sanitario no tendrá en ningún caso la competencia para separar al menor de sus adultos responsables**

## **1.2 Abuso sexual (o sospecha)**

*Se sospechará esta forma de maltrato ante indicios como los siguientes:*

- a) *Indicadores físicos en el niño:* dificultad para andar y sentarse. Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada. Dolor o picor en la zona genital, contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal. Enfermedad de transmisión sexual. Semen en boca, genitales o ropa. Presencia de cuerpos extraños en uretra, vagina o ano. Indicios de embarazo en el inicio de la adolescencia
- b) *Conductas del niño:* dice haber sido atacado sexualmente, conocimientos sexuales inusuales para la edad.
- c) *Conductas del cuidador:* extremadamente protector, abuso de drogas o alcohol, frecuentemente ausente del hogar, experimenta dificultades en su pareja.

- Procedimiento de actuación:

proceda como en el apartado 1.1.

## **1.3 Maltrato emocional (o sospecha)**

*Se sospechará esta forma de maltrato ante indicios como los siguientes:*

- a) Los *indicadores físicos* en el niño maltratado emocionalmente son de *difícil valoración en nuestro medio* aunque deben tenerse en cuenta: talla corta enfermedades psicosomáticas y retrasos en todas o en algunas áreas madurativas.
- b) *Conductas en el niño:* excesiva ansiedad, agresividad, ausencia de respuesta a estímulos sociales, conductas compulsivas y/o de autolesión.
- c) *Conductas en el cuidador:* culpa o desprecia al niño, es frío o rechazante, parece no preocupado por los problemas del niño, exige al niño por encima de sus capacidades físicas, intelectuales y psíquicas.

- Procedimiento de actuación:

Se considera una situación de riesgo social (existe un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del medio familiar). No precisa traslado hospitalario en todos los casos.

- a) Indague acerca del estado del niño y de posibles enfermedades que lo justifiquen, *solicitando a los padres la exploración física:*

- Si los padres acceden y detecta o sospecha *signos de posible maltrato físico, proceda como en el apartado 1-1.*
- *Si no se detectan ni sospechan signos físicos de maltrato, cumplimente Informe de Asistencia* indicando los datos anteriormente reseñados, incluyendo los motivos de la sospecha de maltrato emocional.
- *Cumplimente Hoja de Notificación de Maltrato (o sospecha*

- b) Entregue toda la documentación al Jefe de División de Guardia, quién procederá como en el apartado anterior.

## **1.4 Menor insuficientemente atendido**

Esta situación se da en *menores no necesariamente maltratados de forma deliberada* (pueden intervenir causas sociales o psicológicas de los adultos responsables) pero en los que se detecta insuficiente atención, objetivándose indicios como suciedad extrema, desnutrición, hipotermia o detección de menores en condiciones de infravivienda. El niño se encontrará acompañado de sus adultos responsables, (circunstancia que lo diferencia del apartado 1-5).

- Procedimiento de actuación:

Clasifique la situación en función del estado del menor y de la gravedad social. La situación de *Riesgo social* es aquella en la que existe un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del medio familiar. Proceda como en el apartado I-3.

#### *I.5 Menor en situación de desamparo*

Esta situación se da cuando el menor se encuentra solo, bien por *abandono, fuga* o porque los *adultos a cargo del mismo quedan incapacitados* por causas médicas o psiquiátricas para custodiarle, al menos temporalmente.

- Procedimiento de actuación:

- Indique *Código de Incidencia 5.8* y solicite la presencia del *Jefe de División de Guardia y Policía Municipal*
- Informe al cuidador* (si está presente y su estado lo permite) de la necesidad de separar al menor de su lado. Indague acerca de otros adultos que puedan hacerse cargo.
- Si lo considera necesario, *reconozca clínicamente al menor*.
- Si observa o sospecha *lesiones*, traslade al *hospital* de referencia Informando previamente a Policía Municipal.
- Cumplimente *Informe de Asistencia* haciendo constar que se separa al menor del adulto a cargo, indicando los motivos de la separación.
- Si no se ha localizado a un adulto responsable, el SITADE o Policía Municipal trasladarán al menor al Centro de Acogida de Menores de Hortaleza.
- Si a petición de los responsables del SITADE o Policía Municipal traslada alguno de los efectivos de SAMUR-PC, el Jefe de División de Guardia se asegurará de que los mismos se han puesto en contacto con el/la director/a del Centro para comunicarle la llegada del la Unidad SAMUR con el menor. Entregue la copia amarilla del informe al personal que reciba al menor. Solicite sello o firma en la copia blanca del informe de asistencia que avale el ingreso del menor en el centro.

#### *II. Menor lesionado por causas fortuitas*

- Procedimiento de actuación

- Atienda según procedimientos del Departamento posibilitando que el adulto responsable ejerza su derecho de acompañar al menor.
- Ante cualquier lesión aparentemente casual de un menor, *indague acerca de un posible maltrato*. Si existiesen indicios de sospecha se procederá según los apartados anteriores.

#### **III. Menor bajo los efectos del alcohol o drogas de abuso**

- Procedimiento de actuación

- Atienda según procedimientos del Departamento
- Si no están presentes adultos responsables solicite *siempre presencia policial (092)*:

Si precisa traslado al hospital y el patrulla de 092 todavía no se ha presentado en el punto, indique a la Central que informe a Policía Municipal del hospital receptor y traslade.

Ante el alta del paciente, éste debe quedar *siempre* a cargo de uno de sus adultos responsables o de Policía Municipal en su defecto

La importancia de este trabajo no radica en su calidad, sino en su cualidad, ya que el simple hecho de su existencia ha facilitado la intervención profesional en más de 30 casos durante el último año 2000. Algunos de estos casos habrían pasado desapercibidos, mientras que en otros se habría prolongado una situación perjudicial para los niños.

Por consiguiente, gracias a este programa, se ha podido ofrecer posibilidad de solución a estos casos y mejorar de este modo la calidad de vida de muchos menores que viven inmersos en situaciones habituales de maltrato.

# PROCOLOS DE ENFERMERÍA PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A NIÑOS

Mercedes Sánchez Díaz  
Luz Carmelo Martínez  
Gloria Castro Castro  
M<sup>º</sup> José de Castro del Pozo  
Esther Mora Rodríguez  
Yolanda Quintero Rodríguez

## Índice

Objetivos generales

Calendario de visitas de seguimiento

En los últimos años se han producido avances espectaculares en los que a consideración, protección y atención de la infancia se refiere, tanto desde el punto de vista legislativo como sanitario. Por una parte, en los aspectos legislativos hay que recordar que en 1924 se establece la primera Declaración de los Derechos del Niño (Declaración de Ginebra). En 1959 la Asamblea General de las Naciones Unidas proclama la Declaración de los Derechos del Niño, en la que se contempla al niño como un *OBJETO* que hay que proteger en tanto que es un futuro adulto. Es en 1989 cuando, por primera vez, el niño pasa a ser un *SUJETO* de *DERECHO*, y no sólo un *OBJETO DE PROTECCIÓN*, formando parte de un grupo social con carácter propio y no sólo como integrante del futuro (Convención General sobre los Derechos de los Niños y las Niñas. Asamblea General de la ONU). España firmó esta Convención en 1990.

Así mismo se han producido grandes avances en el desarrollo del sistema sanitario (vacunación, terapia antiinfecciosa, medidas higiénicas...) así como de los servicios de salud con la universalización de la sanidad.

Sin embargo, a pesar de todos estos avances, en los países desarrollados existe un número cada vez mayor de personas que carecen de bienes esenciales básicos para su bienestar. Como consecuencia, se ha producido un cambio en el panorama de salud de la infancia, cuyos problemas tienen su origen, en muchos casos, en su situación social y/o económica.

El reto de la enfermería en la atención pediátrica es, por un lado, contemplar la dimensión integral de la salud (bio-psico-social) y contribuir a que todos los niños y niñas tengan las mismas garantías de acceso y utilización de los recursos sociales y sanitarios, formando parte, como disciplina muy próxima al niño y a su familia, de un equipo interdisciplinar de atención a niños y niñas en situación social de riesgo.

Consideramos, por lo anteriormente expuesto, que es necesaria la puesta en marcha de programas que nos permitan la atención específica a estos niños y niñas, pues aunque el acceso a los sistemas sociales y sanitarios es el mismo para los niños que están en una situación desfavorecida, nos encontramos en la práctica que existe una dificultad de los padres para acudir a sus citas, controles... y a las de sus hijos e hijas. Por ello las *MEDIDAS HABITUALES* sanitarias, psicológicas y de apoyo social no son eficaces y se requieren programas que apliquen medidas *NO HABITUALES* que hagan posible su integración social para que no se perpetúe su marginalidad.

Estos programas deben orientarse para prestar una atención especial a aquellos menores que, por estar viviendo en un entorno socioeconómico desfavorable, pueden sufrir alteraciones en su desarrollo físico, psíquico y/o social.

Pensamos que existen una serie de factores detectados en el medio sociofamiliar que constituyen un riesgo para el menor. Los principales factores de riesgo detectados son:

- Dependencia del alcohol y otras drogas.
- Familias monoparentales sin otros apoyos (generalmente mujeres solas).
- Conflictos en la relación de pareja (separaciones traumáticas, violencia...).
- Padres adolescentes.
- Antecedentes de malos tratos en la familia.
- Problemas de salud mental.
- Marginalidad (prostitución, mendicidad, delincuencia, inmigración...).

Ninguno de ellos por sí solo constituye una situación de riesgo, sino que habría que valorar con qué recursos, tanto personales como sociales (capacidad personal, apoyos familiares...) disponen los padres o tutores del menor.

Asimismo, hay que tener en cuenta que existen diversos niveles en la valoración de situaciones de riesgo y que la evolución del mismo no es estática, sino que puede variar, pudiendo una situación de riesgo considerado como leve pasar a una situación de riesgo severo si se da un desencadenante (ruptura familiar, desempleo, violencia...) que lo precipite. Por el contrario, una situación de riesgo severo puede evolucionar a más leve si dicha situación de crisis se soluciona, bien por la intervención de los recursos sociales disponibles o bien por los propios recursos personales.

Es obvio pues, que la valoración del riesgo llevada a cabo por el equipo no es puntual, sino que requiere de un seguimiento y de una coordinación con el resto de profesionales de la zona: Centros de Servicios Sociales, Centros de Atención a la Infancia, Equipos de Atención Primaria, CADs...) y fundamentalmente con la Maternidad de referencia, estableciendo unas vías claras de acceso que permitan activar lo antes posible los mecanismos para evitar o paliar el riesgo, que en muchos casos podría ser detectado, incluso antes del nacimiento.

La inclusión en el Programa del niño no viene determinada por un baremo preestablecido, sino por una valoración de un conjunto de factores sociosanitarios que nos acercan a la realidad del niño, siendo imprescindible que la actitud de los profesionales que van a intervenir en el seguimiento (pediatra, enfermero y Trabajador Social) sea la adecuada, ya que el rechazo que se pudiera sentir hacia los padres (por su conducta antisocial o desatención del menor) puede traer consigo actitudes de intransigencia e inflexibilidad, que tendrían como consecuencia el abandono del programa por parte de la familia. Es pues prioritario no perder de vista que *EL PACIENTE ES EL NIÑO* y que éste acudirá a las consultas sólo si logramos una buena relación con los padres.

Los objetivos que se plantee el equipo con la familia, una vez delimitados los factores de riesgo, deben partir de la realidad sociofamiliar del menor, debiendo ser consciente el equipo de sus limitaciones en la modificación de dichas realidades. Las metas, por tanto, deben ser sencillas, alcanzables y evaluables. Sólo así podremos establecer vínculos positivos con la familia y lograr pequeños cambios que, si bien no van a modificar sustancialmente las dinámicas familiares, sí van a influir en el desarrollo del menor.

Nuestro plan de actuación no puede basarse sólo en lo que nosotros entendemos como “bueno para esa familia”, sino que tendremos que lograr la implicación de la familia en la construcción de su propio proyecto, ayudándoles a tomar conciencia de sus carencias y orientándoles en los recursos, tanto personales como sociales, disponibles y necesarios para su consecución.

Este planteamiento adquiere gran importancia cuando tratamos con familias con patrones culturales distintos a los nuestros.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la atención a niños y niñas en situación social de riesgo implica para los profesionales momentos de tensión y ansiedad que pueden influir en el tipo de respuesta que se ofrezca, pudiendo llevar a los extremos que se mueven entre la sobreactuación (“me llevaría a este niño a mi casa”) o la inhibición (“ante esta situación no puedo hacer nada”).

El trabajo en equipo permite que la respuesta se elabore entre todos los profesionales del mismo y que se establezca un *PLAN DE ACTUACIÓN* que contemple objetivos de trabajo a corto, medio y largo plazo, estableciendo y valorando prioridades, situaciones de urgencia social y/o sanitaria, etc.

Con el objeto de proporcionar al profesional de enfermería un instrumento de trabajo que pueda servirle como herramienta en el desarrollo de sus actividades, se presentan los siguientes *PROTOS DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN A NIÑOS Y NIÑAS EN SITUACIÓN SOCIAL DE RIESGO*.

#### **Objetivos generales.**

Proporcionar un instrumento al profesional que le permita:

1. Identificar la situación de salud del niño en todos sus aspectos.
  2. Contribuir al mejor desarrollo físico, psíquico y social.
  3. Reforzar y aumentar las conductas generadoras de salud.
  4. Contribuir y apoyar en la modificación de hábitos no saludables.
- Ser una fuente de apoyo durante el proceso de evolución y crecimiento.

**PROCOLOS DE ENFERMERÍA  
PARA EL  
PROGRAMA DE ATENCIÓN A NIÑOS EN SITUACIÓN SOCIAL DE RIESGO.**

1ª VISITA: 15 DÍAS. CONJUNTA. ENFERMERÍA PEDIATRÍA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VALORACIÓN	ACTIVIDADES
<p>a) <b>Identificar el estado físico.</b></p>	<p>Estado físico y aspecto general.</p>	<p><b>Somatometría</b> y traslado a gráficas de percentiles.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de peso en relación con peso de nacimiento y peso al alta en la maternidad.</li> <li>- Control de talla.</li> <li>- Medida de perímetros cefálico y torácico.</li> </ul> <p><b>Cabeza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medición de fontanelas. Tensión.</li> <li>- Inspección del cuero cabelludo.</li> <li>- Aspecto general.</li> </ul> <p><b>Ojos:</b> aspecto general y drenaje. Reflejo rojo.  <b>Boca:</b> Mucosa y lengua. Alteraciones.  <b>Oído:</b> aspecto y alteraciones. Respuesta al sonido.  <b>Nariz:</b> permeabilidad.  <b>Tórax:</b> aspecto general y mamas.  <b>Abdomen:</b> aspecto general. Distensión abdominal. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ombligo: aspecto y alteraciones.</li> </ul> <p><b>Genitales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspecto general. Anomalías.</li> <li>- Descenso de testes.</li> </ul> <p><b>Extremidades:</b> aspecto general.  <b>Piel:</b> aspecto, coloración y alteraciones.  <b>S.N.C.:</b> observación de reflejos del recién nacido. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Observación del <b>tono muscular</b>. Hiper o hipotonía.</li> <li>- Realización de <b>pruebas metabólicas</b> si precisa.</li> </ul> </p></p>
	<p>Estado vacunal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Administración de <b>vacuna</b> si precisa</li> </ul>
<p>b) <b>Identificar el estado emocional</b></p>	<p><i>Estado emocional</i>  <b>Madre o cuidador estable.</b></p> <p><b>Niño/a</b></p>	<p><b>Investigar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El estado de ánimo y salud de la madre.</li> <li>- Capacidad para interpretar las necesidades del recién nacido.</li> <li>- Proximidad afectiva con el niño.</li> <li>- Apoyo de la pareja.</li> </ul> <p><b>Investigar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La presencia de un cuidador estable.</li> </ul>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VALORACIÓN	ACTIVIDADES
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patrón de sueño-vigilia.</li> <li>- Irritabilidad.</li> <li>- Patrón de alimentación.</li> <li>- Potenciar el vínculo afectivo madre-hijo.</li> </ul>
<p><b>c) Identificar la situación social.</b></p> <p><b>d) Identificar los patrones de alimentación (madre e hijo)</b></p> <p>Identificar actitud y dificultades ante la lactancia materna.</p> <p>Promover la lactancia materna.</p>	<p><i>Situación social</i></p> <p>Apoyo personal.</p> <p>Situación familiar.</p> <p>Figura paterna.</p> <p><b>Patrones de alimentación</b> (madre e hijo) teniendo en cuenta su cultura de origen.</p> <p>Dificultades de inicio y mantenimiento de la lactancia materna.</p> <p>Cólicos del lactante.</p>	<p><b>Coordinación</b> con el Trabajador Social del Centro.</p> <p><b>Derivar a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salud Mental si precisa.</li> <li>- Planificación Familiar si precisa.</li> </ul> <p><b>Informar</b> sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las ventajas de la lactancia materna y su mantenimiento.</li> <li>- Causas del cólico del lactante.</li> <li>- Dieta favorecedora de la lactancia materna y sustancias a evitar.</li> </ul> <p><b>Enseñar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica y directrices de lactancia materna.</li> <li>- Técnica y directrices de lactancia artificial.</li> <li>- Medidas facilitadoras de la eliminación de gases.</li> </ul>
<p><b>e) Identificar los patrones de sueño (madre e hijo).</b></p> <p><b>f) Identificar los conocimientos sobre higiene.</b></p> <p>Identificar las dificultades para aplicar las medidas higiénicas adecuadas.</p>	<p><b>Patrones de sueño (madre e hijo).</b></p> <p><b>Hábitos higiénicos</b> teniendo en cuenta su cultura de origen.</p> <p>Dificultades para aplicar medidas higiénicas adecuadas.</p>	<p><b>Informar</b> sobre patrones de sueño del recién nacido.</p> <p><b>Enseñar</b> medidas facilitadoras del descanso-sueño para la madre y el niño.</p> <p><b>Informar</b> sobre medidas higiénicas.</p> <p><b>Colaborar</b> en la búsqueda de herramientas y alternativas.</p>
<p>g) Identificar los conocimientos sobre seguridad y prevención de accidentes.</p> <p>Identificar dificultades para aplicar las medidas de seguridad.</p>	<p><b>Medidas de seguridad.</b></p> <p><b>Actitud negligente.</b></p>	<p><b>Informar</b> sobre medidas de seguridad y prevención de accidentes.</p> <p><b>Colaborar</b> en la búsqueda de herramientas y alternativas.</p>
<p><b>h) Identificar posibles situaciones de maltrato.</b></p>	<p><b>Actitud negligente.</b></p>	<p><b>Investigar</b> voluntariedad de la actitud negligente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolo de maltrato si se sospecha.</li> </ul>
<p><b>i) Promover la estimulación precoz del niño.</b></p>	<p><b>Conocimientos, actitudes y dificultades para estimular al niño.</b></p>	<p><b>Información</b> sobre la importancia de la estimulación sensorial y afectiva.</p> <p><b>Enseñar</b> habilidades de estimulación.</p>

- 2ª VISITA: 1 MES. CONJUNTA ENFERMERÍA-PEDIATRÍA.  
 3ª VISITA: 2 MESES. CONJUNTA ENFERMERÍA-PEDIATRÍA.  
 4ª VISITA: 3 MESES. ENFERMERÍA

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VALORACIÓN	ACTIVIDADES
a) Identificar el estado físico	Estado y desarrollo físicos. Aspecto general.	<b>Somatometría:</b> traslado a gráficas de percentiles. <b>Cabeza:</b> – Medición de perímetro cefálico. – Fontanelas. Tensión. – Inspección de cuero cabelludo. <b>Ojos:</b> Aspecto y permeabilidad del conducto lagrimal. <b>Boca:</b> Aspecto y alteraciones. <b>Oído:</b> aspecto y alteraciones. Respuesta al sonido. <b>Nariz:</b> permeabilidad. <b>Tórax:</b> aspecto general. <b>Abdomen:</b> aspecto general. Distensión abdominal. <b>Genitales:</b> aspecto general y anomalías. <b>Extremidades:</b> aspecto general. Simetría de pliegues. <b>Piel:</b> aspecto, coloración y alteraciones. – Observación del <b>tono muscular:</b> hiper o hipotonía. – Comprobar la realización de las <b>pruebas metabólicas</b> si no se hizo en visitas anteriores.
	<i>Desarrollo psicomotor</i>	– Comprobar <b>items madurativos</b> reflejados en el Test de Denver. (Entrevista a los padres o cuidador estable).
	<b>Estado vacunal.</b>	– Administración de <b>vacunas</b> según calendario vacunal.
b) Identificar el estado emocional.	<i>Estado emocional Madre o cuidador estable.</i>	<b>Investigar:</b> – Estado de salud de la madre. – Capacidad para interpretar el llanto del niño. – Capacidad para hacer frente a sus responsabilidades familiares. – Satisfacción con el cuidado del niño. – Apoyo de la pareja.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VALORACIÓN	ACTIVIDADES
	<i>Niño/a</i>	<b>Investigar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La presencia de un cuidador estable.</li> <li>- Patrón sueño-vigilia.</li> <li>- Patrón de alimentación.</li> <li>- Irritabilidad.</li> <li>- Vínculo afectivo madre-hijo.</li> <li>- Otras personas encargadas del cuidado del niño.</li> </ul>
<b>c) Identificar la situación social.</b>	<i>Situación Social</i> Apoyo personal. Situación familiar. Figura paterna.	<b>Coordinación</b> con trabajador social del centro. Derivar a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salud Mental si precisa.</li> <li>- Planificación Familiar si precisa.</li> </ul>
<b>d) Identificar los patrones de alimentación (madre e hijo).</b>	<b>Patrones de alimentación (madre e hijo)</b> teniendo en cuenta la cultura de origen. Dificultades para el mantenimiento de la lactancia materna. Cólicos del lactante.	<b>Reforzar</b> el mantenimiento de la lactancia materna. <b>Recordar</b> dieta favorecedora de la lactancia materna y sustancias a evitar. <b>Informar</b> sobre otras alternativas para el mantenimiento de la lactancia materna (refrigeración). <b>Enseñar</b> pautas de alimentación artificial si se precisa. <b>Insistir</b> en medidas facilitadoras de la eliminación de gases.
<b>e) Identificar los patrones de sueño (madre e hijo).</b>	<b>Patrones de sueño (madre e hijo).</b> Posibilidad de la madre para mantener un número de horas de descanso.	<b>Investigar</b> pausa nocturna y rutina diaria. <b>Recordar</b> medidas facilitadoras del descanso/sueño para la madre y el niño.
<b>f) Identificar las dificultades para aplicar las medidas higiénicas adecuadas.</b>	<b>Hábitos higiénicos.</b>	<b>Recordar</b> medidas higiénicas. <b>Colaborar</b> en la búsqueda de herramientas y alternativas.
<b>g) Identificar conocimientos sobre seguridad y prevención de accidentes.</b> Identificar las dificultades para aplicar las medidas de seguridad.	Medidas de seguridad. Dificultades para el establecimiento de medidas de seguridad.	<b>Proporcionar</b> información sobre medidas de seguridad. <b>Colaborar</b> en la búsqueda de herramientas y alternativas.
<b>h) Identificar situaciones de maltrato.</b>	<b>Actitud negligente.</b>	<b>Investigar</b> voluntariedad de la actitud negligente. <b>Aplicar</b> protocolo de maltrato si se sospecha.
<b>i) Promover la estimulación precoz del niño.</b>	Conocimientos, actitudes y dificultades para estimular al niño.	<b>Informar</b> sobre la importancia de la estimulación sensorial y afectiva. <b>Enseñar</b> habilidades de estimulación.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VALORACIÓN	ACTIVIDADES
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patrón de alimentación.</li> <li>- Irritabilidad.</li> <li>- Vínculo afectivo madre-hijo.</li> <li>- Otras personas encargadas del cuidado del niño.</li> </ul>
<b>c) Identificar la situación social.</b>	<b>Situación Social.</b> Apoyo personal. Situación familiar. Figura paterna.	<b>Coordinación</b> con el Trabajador Social del centro. Derivar a: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salud Mental si precisa.</li> <li>- Planificación Familiar si precisa.</li> </ul>
<b>d) Identificar los patrones de alimentación (madre e hijo).</b>	<b>Patrones de alimentación (madre e hijo)</b> teniendo en cuenta su cultura de origen. Dificultades para el mantenimiento de la lactancia materna. Introducción de la alimentación complementaria.	<b>Reforzar</b> el mantenimiento de la lactancia materna. <b>Recordar</b> dieta favorecedora de la lactancia materna y sustancias a evitar. Informar sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Alternativas para el mantenimiento de la lactancia materna (refrigeración).</li> <li>- Cómo introducir los nuevos alimentos.</li> <li>- La manera de preparar los nuevos alimentos a introducir.</li> <li>- Introducción de la cuchara.</li> <li>- Introducir pautas de alimentación artificial si se precisa.</li> </ul>
<b>e) Identificar los patrones de sueño (madre e hijo).</b>	Patrones de sueño (madre e hijo). Irritabilidad a la hora de dormir.	<b>Investigar</b> pausa nocturna y rutina diaria. <b>Recordar</b> medidas facilitadoras del descanso/sueño para la madre y el niño. <b>Informar</b> sobre la conveniencia de que el niño comience a dormir en su habitación.
<b>f) Identificar las dificultades para aplicar las medidas higiénicas adecuadas.</b>	Hábitos higiénicos. Dificultades para aplicar las medidas higiénicas adecuadas.	<b>Recordar</b> medidas higiénicas. <b>Colaborar</b> en la búsqueda de herramientas y alternativas.
<b>g) Identificar los conocimientos sobre seguridad y prevención de accidentes.</b> Identificar las dificultades para aplicar las medidas de seguridad.	<b>Medidas de seguridad.</b> Dificultades para el establecimiento de medidas de seguridad.	<b>Informar</b> sobre medidas de seguridad y prevención de accidentes. <b>Colaborar</b> en la búsqueda de herramientas y alternativas.
<b>h) Identificar posibles situaciones de maltrato.</b>	<b>Actitud negligente.</b>	<b>Investigar</b> voluntariedad de la actitud negligente. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar protocolo de maltrato si se sospecha.</li> </ul>
<b>i) Promover la estimulación precoz del niño.</b>	<b>Conocimientos, actitudes y dificultades</b> para estimular al niño.	<b>Informar</b> sobre la importancia de la estimulación sensorial y afectiva. <b>Enseñar</b> habilidades de estimulación.

8ª VISITA: 7 MESES. CONJUNTA. ENFERMERÍA-PEDIATRÍA.  
 9ª VISITA: 8 MESES. ENFERMERÍA.  
 10ª VISITA: 9 MESES. CONJUNTA. ENFERMERÍA-PEDIATRÍA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VALORACIÓN	ACTIVIDADES
a) Identificar el desarrollo físico.	Estado y desarrollo físicos. Aspecto general.	<b>Somatometría</b> y traslado a gráficas de percentiles. <b>Cabeza:</b> – Medición de perímetro craneal. – Fontanelas. – Inspección de cuero cabelludo. <b>Ojos:</b> Aspecto y permeabilidad del conducto lagrimal. Respuesta a oclusión y movimientos oculares. <b>Boca:</b> Aspecto y alteraciones. Estado de la dentición. <b>Oído:</b> Aspecto y alteraciones. Respuesta al sonido. <b>Nariz:</b> permeabilidad. <b>Tórax:</b> aspecto general. <b>Abdomen:</b> aspecto general. <b>Genitales:</b> Aspecto y alteraciones. <b>Extremidades:</b> aspecto general. Simetría de pliegues. <b>Piel:</b> aspecto, coloración y alteraciones. Observación del <b>tono muscular</b> .
	Desarrollo psicomotor.	– Comprobar <b>items madurativos</b> reflejados en el Test de Denver. (Entrevista a los padres o cuidador estable).
	Estado vacunal. Reacciones vacunales previas.	– Administración de <b>vacunas</b> según necesidades.
b) Identificar el estado emocional.	<b>Estado emocional:</b> <b>Madre o cuidador estable</b>  <i>Niño/a:</i>	<b>Investigar:</b> – La ansiedad por la separación del niño. – La capacidad para identificar las nuevas necesidades del bebé. – Capacidad para hacer frente a sus responsabilidades familiares. – Satisfacción con el cuidado del niño. <b>Investigar:</b> – La presencia de un cuidador estable. – La respuesta ante extraños. – Patrón sueño-vigilia. – Patrón de alimentación. – Irritabilidad. – Vínculos afectivos con las personas de su

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VALORACIÓN	ACTIVIDADES
		entorno.
<b>c) Identificar la situación social.</b>	<b>Situación social.</b> – Apoyo personal. – Situación familiar. – Figura paterna.	<b>Coordinación</b> con Trabajador Social. <b>Derivar a:</b> – Salud Mental si precisa. – Planificación Familiar si precisa.
<b>d) Identificar los patrones de alimentación (madre e hijo).</b>	<b>Patrones de alimentación</b> teniendo en cuenta su cultura de origen.	<b>Investigar</b> patrones de alimentación. <b>Informar</b> sobre introducción de nuevos alimentos
<b>e) Identificar los patrones de sueño del niño.</b>	<b>Patrones de sueño</b> del niño	<b>Investigar</b> patrones de sueño. <b>Informar</b> sobre: – Necesidad de hábitos regulares. – Importancia de crear un clima tranquilo y relajado antes de irse a la cama. – Importancia de dormir en su habitación.
<b>f) Identificar los patrones de higiene</b> Identificar las dificultades para aplicar las medidas higiénicas adecuadas. <b>g) Identificar los conocimientos sobre seguridad y prevención de accidentes.</b> Identificar dificultades para aplicar las medidas de seguridad. <b>h) Identificar posibles situaciones de maltrato.</b>	Dificultades para aplicar <b>medidas higiénicas</b> adecuadas.  <b>Medidas de seguridad.</b>  <b>Actitud negligente.</b>	<b>Informar</b> sobre medidas higiénicas. <b>Colaborar</b> en la búsqueda de herramientas y alternativas. <b>Informar</b> sobre: – Medidas de seguridad. – Prevención de accidentes.  <b>Investigar</b> la voluntariedad de la actitud negligente. <b>Aplicar</b> protocolo de maltrato si se sospecha.
<b>i) Promover la estimulación del niño.</b>	<b>Conocimientos, actitudes y dificultades</b> para estimular al niño.	<b>Informar</b> sobre la importancia de la estimulación sensorial y afectiva. <b>Enseñar</b> habilidades de estimulación.

11ª VISITA: 10 MESES. ENFERMERÍA.

12ª VISITA: 11 MESES. ENFERMERÍA.

13ª VISITA: 12 MESES. CONJUNTA ENFERMERÍA-PEDIATRÍA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VALORACIÓN	ACTIVIDADES
a) Identificar el estado físico.	Estado y desarrollo físicos. Aspecto general.	<b>Somatometría:</b> traslado a gráficas de percentiles. <b>Cabeza:</b> – Medición de perímetro craneal. – Fontanelas. – Inspección del cuero cabelludo. <b>Ojos:</b> – Aspecto y permeabilidad del conducto lagrimal. – Observar reflejo pupilar y movimientos oculares. <b>Boca:</b> Aspecto y alteraciones. Estado de la dentición. <b>Oído:</b> Aspecto y alteraciones <b>Nariz:</b> permeabilidad. <b>Piel:</b> coloración, aspecto y alteraciones.
	<i>Desarrollo psicomotor</i>	– Comprobar <b>items madurativos</b> reflejados en el Test de Denver. (Entrevista con los padres o cuidador estable).
	Estado vacunal. Reacciones vacunales previas.	– Administración de <b>vacunas</b> según necesidades.
b) Identificar el estado emocional.	<b>Estado emocional.</b> <b>Madre/padre o cuidador estable.</b>  <b>Niño/a.</b>	<b>Investigar:</b> – Capacidad para interpretar las necesidades del niño. – Satisfacción con el cuidado del niño. <b>Investigar:</b> – La presencia de un cuidador estable. – Vínculos afectivos con las personas de su entorno. – Adaptación a la escuela infantil (si acude) – Irritabilidad.
c) Identificar la situación social	<b>Situación social.</b> Apoyo personal. Situación familiar y laboral. Figura paterna.	<b>Coordinación</b> con Trabajador Social del Centro. <b>Derivar a:</b> – Salud Mental si precisa. – Planificación Familiar si precisa.
d) Identificar los patrones de alimentación del niño.	<b>Patrones de alimentación</b> teniendo en cuenta su cultura de origen, hábitos familiares...	<b>Investigar</b> patrones de alimentación. <b>Informar</b> sobre: – Introducción de alimentos nuevos y cambios en la dieta.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VALORACIÓN	ACTIVIDADES
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución de la ingesta. Cantidad de alimentos.</li> <li>- Menor interés por la comida.</li> <li>- Mayor autonomía.</li> <li>- Incorporación a los patrones familiares.</li> <li>- La no utilización de la comida como premio o castigo.</li> </ul>
<b>e) Identificar los patrones de sueño del niño.</b>	<b>Patrón de sueño</b> del niño.	<b>Investigar</b> patrones de sueño. <b>Informar</b> sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de hábitos regulares.</li> <li>- Importancia de crear un clima tranquilo y relajado antes de irse a la cama.</li> <li>- Importancia de que duerma en su habitación.</li> </ul>
f) Identificar los patrones de higiene. Identificar las dificultades para aplicar las medidas higiénicas adecuadas.	Dificultades para aplicar <b>medidas higiénicas</b> adecuadas.	<b>Informar</b> sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas higiénicas.</li> <li>- Higiene bucodental.</li> </ul> <b>Colaborar</b> en la búsqueda de herramientas y alternativas.
g) Identificar conocimientos sobre seguridad. Identificar dificultades para aplicar las medidas de seguridad.	<b>Medidas de seguridad.</b>	<b>Informar</b> sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas de seguridad</li> <li>- Prevención de accidentes.</li> </ul> <b>Colaborar</b> en la búsqueda de herramientas y alternativas.
<b>h) Identificar posibles situaciones de maltrato.</b>	<b>Actitud negligente.</b>	<b>Investigar</b> voluntariedad de la actitud negligente. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar protocolo de maltrato si se sospecha.</li> </ul>
<b>i) Promover la estimulación precoz del niño.</b>	<b>Conocimientos, actitudes y dificultades</b> para estimular al niño.	<b>Informar</b> sobre la importancia de la estimulación sensorial y afectiva. <b>Enseñar</b> habilidades de estimulación.

14ª VISITA: 15 MESES. CONJUNTA ENFERMERÍA-PEDIATRÍA.

15ª VISITA: 18 MESES. CONJUNTA ENFERMERÍA-PEDIATRÍA.

16ª VISITA: 21 MESES. ENFERMERÍA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VALORACIÓN	ACTIVIDADES
<p>a) Identificar el estado físico.</p>	<p><b>Estado y desarrollo físicos. Aspecto general.</b></p> <p><i>Desarrollo psicomotor</i></p> <p><b>Estado vacunal.</b> Valoración de reacciones vacunales previas.</p>	<p><b>Somatometría</b> y traslado a gráficas de percentiles.</p> <p><b>Cabeza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medición de perímetro craneal.</li> <li>- Cierre de fontanelas.</li> <li>- Inspección de cuero cabelludo (pediculosis).</li> </ul> <p><b>Ojos:</b> Observación del reflejo pupilar y movimientos oculares.</p> <p><b>Boca:</b> Aspecto y alteraciones. Estado de la dentición.</p> <p><b>Oído:</b> Aspecto y alteraciones.</p> <p><b>Nariz:</b> permeabilidad.</p> <p><b>Piel:</b> coloración, aspecto y alteraciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprobar <b>items madurativos</b> reflejados en el Test de Denver. (Entrevista con los padres o cuidador estable).</li> <li>- Administración de dosis según calendario vacunal y/o necesidades.</li> </ul>
<p>b) Identificar el estado emocional.</p>	<p>Estado emocional.</p> <p><b>Madre/padre o cuidador estable</b></p> <p><i>Niño/a</i></p>	<p><b>Investigar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacidad para comprender el comportamiento del niño.</li> <li>- Sentimiento de orgullo ante los progresos del niño.</li> <li>- Capacidad para poner límites.</li> <li>- Capacidad para mantener una rutina diaria.</li> <li>- Capacidad para fomentar la autonomía en un ambiente seguro (permissividad o sobreprotección).</li> </ul> <p><i>Investigar:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptación a la escuela infantil. (Si acude).</li> <li>- Irritabilidad, apatía y excitabilidad.</li> <li>- Relación alegre y placentera con el entorno.</li> </ul>
<p>c) Identificar la situación social</p>	<p>Situación social.</p> <p>Apoyo personal.</p> <p>Situación familiar.</p> <p>Figura paterna.</p>	<p><b>Coordinación</b> con el Trabajador Social del Centro.</p> <p><b>Derivar a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Salud Mental si precisa.</li> <li>- Planificación Familiar si precisa.</li> </ul>
<p>d) Identificar los patrones de alimentación.</p>	<p><b>Patrones de alimentación</b> teniendo en cuenta su cultura de origen, hábitos familiares...</p>	<p><b>Investigar</b> patrones de alimentación.</p> <p><b>Informar</b> sobre:</p>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VALORACIÓN	ACTIVIDADES
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introducción de alimentos nuevos y cambios en la dieta. (Variedad de alimentos).</li> <li>- Hábitos alimentarios:</li> <li>- Intenta comer solo. Favorecer la autonomía.</li> <li>- Tarda un tiempo razonable en comer.</li> <li>- No utilizar la comida como premio o castigo.</li> <li>- No prestar excesiva atención a la comida que deje.</li> <li>- Orientar sobre raciones adecuadas.</li> </ul>
<b>e) Identificar los patrones de sueño del niño.</b>	<b>Patrones de sueño</b> del niño.	<b>Investigar</b> patrones de sueño. <b>Informar</b> sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de hábitos regulares.</li> <li>- Necesidad de 10-15 horas de sueño nocturno.</li> <li>- Importancia de crear un clima tranquilo y relajado antes de irse a la cama.</li> <li>- Importancia de que duerma en su habitación.</li> <li>- Cambio en el patrón de sueño diurno (una sola siesta al día).</li> <li>- Favorecer la siesta.</li> </ul>
<b>f) Identificar patrones de higiene.</b> Identificar las dificultades para aplicar las medidas higiénicas adecuadas.	<b>Dificultades para aplicar medidas higiénicas adecuadas.</b>	<b>Recordar</b> medidas higiénicas. <b>Colaborar</b> en la búsqueda de herramientas y alternativas. <b>Informar</b> sobre higiene buco-dental (introducción del cepillo).
<b>g) Identificar conocimientos sobre seguridad y prevención de accidentes.</b> Identificar dificultades para aplicar las medidas de seguridad.	<b>Medidas de seguridad.</b>	<b>Informar</b> sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas de seguridad.</li> <li>- Prevención de accidentes.</li> </ul> <b>Favorecer</b> un ambiente seguro en relación con su autonomía.
<b>h) Identificar posibles situaciones de maltrato.</b>	<b>Actitud negligente.</b>	<b>Investigar</b> la voluntariedad de la actitud negligente. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar protocolo de maltrato si se sospecha.</li> </ul>
<b>i) Promover la estimulación precoz del niño.</b>	<b>Conocimientos, actitudes y dificultades</b> para estimular al niño.	<b>Informar</b> sobre la importancia de la estimulación sensorial y afectiva. <b>Enseñar</b> habilidades de estimulación.

17ª VISITA: 2 AÑOS: CONJUNTA ENFERMERÍA-PEDIATRÍA.

18ª VISITA: 2 AÑOS Y MEDIO. ENFERMERÍA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VALORACIÓN	ACTIVIDADES
a) Identificar el desarrollo físico.	Estado y desarrollo físicos. Aspecto general.	<b>Somatometría</b> y traslado a gráficas de percentiles. <b>Cabeza:</b> – Medición de perímetro craneal. – Inspección de cuero cabelludo. (Pediculosis). <b>Ojos:</b> Observar reflejo pupilar y movimientos oculares. <b>Boca:</b> – Aspecto y alteraciones. – Estado de la dentición. – Presencia de caries. <b>Piel:</b> coloración, aspecto y alteraciones.
	<i>Desarrollo psicomotor</i>	– Comprobar <b>items madurativos</b> reflejados en el Test de Denver. (Entrevista con los padres o cuidador estable).
	Estado vacunal. Valoración de reacciones vacunales previas.	– Administración de <b>vacunas</b> según necesidades.
b) Identificación del estado emocional.	Valoración del <b>estado emocional</b> . Madre/padre o cuidador estable.	<b>Investigar:</b> – Capacidad para comprender el comportamiento del niño. – Establecimiento de límites. – Sentimiento de orgullo ante los progresos del niño. – Capacidad para mantener una rutina diaria. – Capacidad para fomentar la autonomía en un ambiente seguro.
	Niño/a:	– Adaptación a la escuela infantil (si acude). – Irritabilidad, excitabilidad, apatía, rechazo. – Relación alegre y placentera con el entorno.
c) Identificación de la situación social	Situación social. Apoyo personal. Situación familiar. Figura paterna.	<b>Coordinación</b> con Trabajador Social del Centro. <b>Derivar a:</b> – Salud Mental si precisa. – Planificación Familiar si precisa.
d) Identificar los patrones de alimentación.	Patrones de alimentación teniendo en cuenta su cultura de origen, hábitos familiares...	<b>Investigar</b> patrones de alimentación. <b>Informar</b> sobre hábitos alimentarios: – Favorecer la autonomía. (Come solo) – Tarda un tiempo razonable en comer. – No utilizar la comida como premio o castigo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VALORACIÓN	ACTIVIDADES
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Raciones adecuadas. No prestar excesiva atención a la cantidad.</li> <li>- Respetar las preferencias del niño siempre que sean razonables.</li> </ul>
<p><b>e) Identificar los patrones de sueño.</b></p>	<p><b>Patrones de</b> sueño del niño.</p>	<p><b>Investigar</b> patrones de sueño.  <b>Informar</b> sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de hábitos regulares.</li> <li>- Necesidad de 10-15 horas de sueño nocturno.</li> <li>- Importancia de crear un clima tranquilo y relajado antes de irse a la cama.</li> <li>- Importancia de que duerma en su habitación.</li> <li>- Importancia de los objetos sustitutos (peluche, mantita...) para superar el rechazo a quedarse solo.</li> <li>- Favorecer la siesta.</li> </ul>
<p><b>f) Identificar los patrones de higiene.</b>  Identificar las dificultades para aplicar las medidas higiénicas adecuadas.</p>	<p>Valorar dificultades para aplicar <b>medidas higiénicas</b> adecuadas.  Avances en el <b>control de esfínteres</b></p>	<p><b>Recordar</b> medidas higiénicas.  <b>Colaborar</b> en la búsqueda de herramientas y alternativas.  <b>Informar</b> sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene buco-dental (importancia del cepillado de dientes).</li> <li>- La importancia de la higiene de las manos.</li> <li>- El control de esfínteres.</li> </ul>
<p><b>g) Identificar conocimientos sobre seguridad y prevención de accidentes.</b>  Identificar dificultades para aplicar las medidas de seguridad.</p>	<p><b>Medidas de seguridad.</b></p>	<p><b>Informar</b> sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas de seguridad.</li> <li>- Prevención de accidentes.</li> </ul> <p><b>Favorecer</b> un ambiente seguro en relación con su autonomía.</p>
<p><b>h) Identificar posibles situaciones de maltrato.</b></p>	<p><b>Actitud negligente.</b></p>	<p><b>Investigar</b> la voluntariedad de la actitud negligente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar protocolo de maltrato si se sospecha.</li> </ul>
<p><b>i) Promover la estimulación precoz del niño.</b></p>	<p><b>Conocimientos, actitudes y dificultades</b> para estimular al niño.</p>	<p><b>Informar</b> sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- La importancia de la estimulación sensorial y afectiva.</li> <li>- El uso de la T.V. como "canguro".</li> </ul> <p><b>Enseñar</b> habilidades de estimulación.</p>

19ª VISITA: 3 AÑOS.

21ª VISITA: 5 AÑOS.

20ª VISITA: 4 AÑOS.

22ª VISITA: 6 AÑOS

VISITAS CONJUNTAS ANUALES ENFERMERÍA-PEDIATRÍA.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VALORACION	ACTIVIDADES
a) Identificar el desarrollo físico.	Estado y desarrollo físicos. Aspecto general.	<b>Somatometría</b> y traslado a gráficas de percentiles. <b>Cabeza:</b> – Inspección del cuero cabelludo. (Pediculosis). <b>Ojos:</b> – Exploración de la agudeza visual mediante optotipos. <b>Boca:</b> – Aspecto y alteraciones. Estado de la dentición. – Presencia de caries. – Maloclusión y malposición. <b>Piel:</b> aspecto y alteraciones. <b>Aparato locomotor:</b> alteraciones. <b>Medición de T.A.</b> Traslado a gráficas.
	<i>Desarrollo psicomotor</i>	– Comprobar <b>items madurativos</b> reflejados en el Test de Denver. (Entrevista con los padres o cuidador estable).
	Estado vacunal. Reacciones vacunales previas.	– Administración de vacunas según calendario vacunal y/o necesidades.
b) Identificar el estado emocional.	Estado emocional. Madre/padre o cuidador estable.	<b>Investigar:</b> – Capacidad para comprender el comportamiento del niño. – Capacidad para escuchar, dialogar y respetar al niño. – Establecimiento de límites. – Sentimiento de orgullo ante los progresos del niño. – Capacidad para mantener una rutina diaria. – Capacidad para estimular la autonomía en un ambiente seguro. (Permisividad o sobreprotección). – Si favorecen el juego con niños de su edad.
	<i>Niño/a:</i>	<b>Investigar:</b> – Adaptación a la escuela infantil/colegio. – Irritabilidad, excitabilidad, apatía y rechazo. – Capacidad de hacer amigos y relacionarse con su entorno.
c) Identificar la situación social	<b>Situación social.</b> Apoyo personal. Situación familiar. Figura paterna. Absentismo escolar.	<b>Coordinación</b> con Trabajador Social del Centro. <b>Derivar a:</b> – Salud Mental si precisa. – Planificación Familiar si precisa.
d) Identificar los patrones de alimentación.	<b>Patrones de alimentación</b> teniendo en cuenta su cultura de origen, hábitos familiares...	<b>Investigar</b> patrones de alimentación. <b>Informar</b> sobre la importancia de:

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VALORACION	ACTIVIDADES
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover una alimentación variada con todos los grupos de alimentos.</li> <li>- Restringir el consumo de grasas saturadas, sal, dulces y chucherías.</li> <li>- Habituarse al niño a desayunar correctamente.</li> <li>- Las temporadas en las que el niño es más selectivo.</li> <li>- No ofrecerle comidas alternativas si rechaza una. No mostrar enfado ni ansiedad por ello.</li> <li>- No utilizar la comida como premio o castigo.</li> <li>- Favorecer la autonomía (come solo).</li> <li>- Respetar las preferencias cuando éstas sean razonables.</li> </ul>
e) Identificar patrones de sueño del niño.	Patrones de sueño del niño.	<b>Investigar</b> patrones de sueño. <b>Informar</b> sobre la importancia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Necesidad de hábitos regulares.</li> <li>- Necesidad de 10-12 horas de sueño nocturno.</li> <li>- Favorecer la siesta al comienzo de este período.</li> <li>- De crear un clima tranquilo y relajado antes de irse a la cama.</li> <li>- La aparición de pesadillas y terrores nocturnos.</li> <li>- Evitar la estimulación excesiva o el agotamiento.</li> </ul>
f) Identificar los patrones de higiene. Identificar las dificultades para aplicar las medidas higiénicas adecuadas.	Valorar dificultades para aplicar <b>medidas higiénicas</b> adecuadas.	<b>Informar</b> sobre la importancia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ducha diaria.</li> <li>- Aseo.</li> <li>- Lavado de manos. Higiene de las uñas.</li> <li>- Revisión de cabeza y lavado frecuente.</li> <li>- Higiene buco-dental.</li> <li>- Favorecer un hábito regular intestinal.</li> <li>- Favorecer la autonomía con la supervisión de un adulto.</li> </ul> <b>Investigar</b> control de esfínteres.
g) Identificar conocimientos sobre seguridad. Identificar dificultades para aplicar las medidas de seguridad.	Medidas de seguridad.	<b>Informar</b> sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas de seguridad y prevención de accidentes.</li> <li>- Los riesgos de ciertas conductas aprovechando los momentos de juego.</li> </ul> <b>Favorecer</b> un ambiente seguro en relación a su autonomía.
h) Identificar posibles situaciones de maltrato.	Actitud negligente.	<b>Investigar</b> la voluntariedad de la actitud negligente. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar protocolo de maltrato si se sospecha.</li> </ul>
i) Promover la estimulación del niño.	Conocimientos, actitudes y dificultades para estimular al niño.	<b>Informar</b> sobre la importancia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La estimulación sensorial y afectiva.</li> <li>- El ejercicio físico y deportes adecuados a su edad.</li> <li>- Evitar el uso de la televisión como "canguro".</li> </ul> <b>Enseñar</b> habilidades de estimulación.

23ª VISITA: 7 AÑOS.

25ª VISITA: 9 AÑOS.

24ª VISITA: 8 AÑOS.

26ª VISITA: 10 AÑOS

VISITAS CONJUNTAS ANUALES ENFERMERÍA-PEDIATRÍA.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VALORACION	ACTIVIDADES
a) Identificar el estado físico.	Estado y desarrollo físicos. Aspecto general.	<b>Somatometría</b> y traslado a gráficas de percentiles. <b>Cabeza:</b> Inspección del cuero cabelludo. (Pediculosis) <b>Ojos:</b> Agudeza visual mediante optotipos. <b>Piel:</b> aspecto y alteraciones. <b>Boca:</b> – Aspecto y alteraciones. – Estado de la dentición. – Caries, maloclusión y malposición. – Observación de caracteres sexuales al final de este período. – Informar sobre posible menarquia al finalizar el periodo. <b>Aparato locomotor:</b> alteraciones. <b>Medición T.A.</b> Traslado a gráficas.
	Estado vacunal.	– Revisar calendario y administrar <b>vacunas</b> si precisa.
b) Identificar el estado emocional.	Estado emocional. <b>Madre/padre o cuidador estable.</b>	<b>Investigar:</b> – Capacidad para comprender el comportamiento del niño. – Capacidad para escuchar, dialogar y respetar al niño. – Capacidad para establecer límites. – Sentimiento de orgullo ante los progresos. – Capacidad para consolidar hábitos regulares. – Capacidad para fomentar la autonomía y favorecer la autoestima. <b>Informar</b> sobre las características de esta etapa.
	Niño/a:	<b>Investigar:</b> – Adaptación al colegio. – Capacidad de relacionarse y de establecer un grupo de amigos. – Capacidad de aceptación de responsabilidades y límites. – Capacidad para tolerar la frustración. – Adaptación familiar.
c) Identificar la situación social	Situación social. Apoyo personal. Situación familiar y laboral. Figura paterna. Absentismo y adaptación al colegio.	<b>Coordinación</b> con el Trabajador Social del Centro. <b>Derivar a:</b> – Salud Mental si precisa – Planificación Familiar si precisa. <b>Investigar</b> absentismo escolar (contacto con el colegio si es necesario)

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VALORACION	ACTIVIDADES
d) Identificar los patrones de alimentación del niño.	Patrones de alimentación teniendo en cuenta su cultura de origen, hábitos familiares...	preciso). <b>Investigar</b> patrones de alimentación. <b>Informar</b> sobre la importancia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover una alimentación variada con todos los grupos de alimentos.</li> <li>- Restringir el uso de grasas saturadas, sal, dulces y chucherías.</li> <li>- No utilizar la comida como premio o castigo.</li> <li>- No ofrecerle comidas alternativas si rechaza una. No mostrar enfado ni ansiedad por ello.</li> <li>- Habituarse al niño a desayunar correctamente.</li> <li>- Respetar las preferencias cuando éstas sean razonables.</li> <li>- Favorecer la autonomía (utilizar correctamente los alimentos).</li> <li>- Fomentar su participación en la elaboración de los menús.</li> </ul>
e) Identificar los patrones de sueño.	Patrones de sueño del niño.	<b>Investigar</b> patrones de sueño. <b>Informar</b> sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- La necesidad de hábitos regulares.</li> <li>- La necesidad de 8-10 horas de sueño nocturno.</li> <li>- La importancia de crear un clima tranquilo y relajado.</li> <li>- La importancia de fijar la hora de irse a la cama.</li> </ul>
f) Identificar los patrones de higiene. Identificar las dificultades para aplicar las medidas higiénicas adecuadas.	Dificultades para aplicar las <b>medidas higiénicas</b> adecuadas.	<b>Recordar</b> medidas higiénicas. <b>Fomentar</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene personal.</li> <li>- Orden de su habitación.</li> </ul>
g) Identificar conocimientos sobre seguridad. Dificultades para aplicar las medidas de seguridad.	<b>Medidas de seguridad.</b>	<b>Informar</b> sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas de seguridad, dirigidas tanto a los padres/cuidadores como a los niños.</li> <li>- Prevención de accidentes.</li> </ul>
h) Identificar posibles situaciones de maltrato.	<b>Actitud negligente.</b>	<b>Investigar</b> : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitud negligente.</li> <li>- Tiempo que el niño pasa solo (niños llave).</li> <li>- Aplicar protocolo de maltrato si se sospecha.</li> </ul>
i) Promover el desarrollo psicosocial del niño.	<b>Conocimientos, actitudes y dificultades</b> para estimular al niño.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Informar</b> sobre la importancia de:</li> <li>- Limitar el uso de la T.V.</li> <li>- Estimular la lectura.</li> <li>- Promover el ejercicio físico y el juego con niños de su misma edad, la práctica de deportes...</li> <li>- Evitar la sobrecarga de actividades extraescolares.</li> <li>- Promover la participación en las tareas de la casa.</li> </ul>

27ª VISITA: 11 AÑOS.

29ª VISITA: 13 AÑOS

28ª VISITA: 12 AÑOS.

30ª VISITA: 14 AÑOS

VISITAS CONJUNTAS ANUALES ENFERMERÍA-PEDIATRÍA.

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VALORACION	ACTIVIDADES
a) Identificar el desarrollo físico.	Estado y desarrollo físicos. Aspecto general.	<b>Somatometría</b> y traslado a gráficas de percentiles. <b>Cabeza:</b> Inspección de cuero cabelludo. (Pediculosis). <b>Ojos:</b> Agudeza visual mediante optotipos. <b>Boca:</b> – Aspecto y alteraciones. – Estado de la dentición. – Caries, maloclusión y malposición. <b>Piel:</b> aspecto y alteraciones. <b>Ap. Locomotor:</b> detección precoz de alteraciones del raquis. Observación de <b>caracteres sexuales secundarios</b> . <b>Educación sexual:</b> – Menstruación – Prevención de embarazos. – Prevención de E.T.S.
	<b>Estado vacunal.</b>	Revisar calendario y administrar <b>vacunas</b> si precisa.
b) Identificar el estado emocional.	<b>Estado emocional.</b> Madre/padre o cuidador estable.	<b>Investigar:</b> – Capacidad para comprender el comportamiento del adolescente. – Capacidad para escuchar y respetar al adolescente. – Capacidad para establecer límites. <b>Informar</b> sobre las características de esta etapa y la importancia de: – Fomentar la autonomía y la participación en la toma de decisiones. – Favorecer la autoestima.
	Adolescente	<b>Investigar:</b> – Comunicación y relación con los padres y demás miembros de la familia. – Actitud rebelde y/o agresiva. – Actitud pasiva y/o sumisa. – Adaptación al colegio y fracaso escolar. – Capacidad para hacer amigos y relación con el grupo de iguales. – La presión de grupo. Hábitos tóxicos. – Concepto de su propia imagen.
c) Identificar la situación social	Situación social.	<b>Coordinación</b> con el Trabajador Social del Centro. <b>Derivar a:</b>

OBJETIVOS ESPECIFICOS	VALORACION	ACTIVIDADES
	Apoyo personal. Situación familiar y laboral. Figura paterna. Absentismo escolar. Hábitos tóxicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salud Mental si precisa.</li> <li>- Planificación Familiar.</li> </ul> <b>Investigar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hábitos tóxicos y/o ambiente favorecedor de los mismos.</li> <li>- Absentismo escolar (contacto con el colegio si es preciso).</li> </ul>
<b>d) Identificar los patrones de alimentación.</b>	<b>Patrones de alimentación</b> teniendo en cuenta su cultura de origen, hábitos familiares...	<b>Investigar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patrones de alimentación y hábitos alimentarios.</li> <li>- Anorexia y bulimia.</li> </ul> <b>Promover:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dieta variada.</li> <li>- Desayuno correcto.</li> </ul> <b>Informar sobre:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El uso y consumo de comida basura y chucherías.</li> <li>- La importancia de hacer más de tres comidas al día.</li> </ul>
<b>e) Identificar los patrones de sueño.</b>	<b>Patrones de sueño</b> del niño	<b>Investigar</b> patrones de sueño. <b>Informar</b> sobre la importancia de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hábitos regulares.</li> <li>- Necesidad de dormir 8-9 horas.</li> <li>- Crear un clima tranquilo y relajado.</li> <li>- Fijar la hora de irse a la cama.</li> </ul>
<b>f) Identificar patrones de higiene</b> Identificar las dificultades para aplicar las medidas higiénicas adecuadas.	Dificultades para aplicar <b>medidas higiénicas</b> adecuadas.	<b>Recordar</b> medidas higiénicas. <b>Fomentar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Higiene personal.</li> <li>- Orden de su habitación.</li> </ul>
g) Identificar conocimientos sobre seguridad. Identificar dificultades para aplicar las medidas de seguridad.	<b>Medidas de seguridad.</b>	<b>Informar</b> sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Medidas de seguridad y prevención de accidentes.</li> <li>- La importancia de valorar el riesgo y de utilizar las medidas de protección necesarias en aquellas actividades que puedan entrañar peligro.</li> </ul>
<b>h) Identificar posibles situaciones de maltrato.</b>	<b>Actitud negligente.</b>	<b>Investigar</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitud negligente.</li> <li>- Tiempo que el niño pasa solo (niños llave).</li> <li>- Aplicar protocolo de maltrato si se sospecha.</li> </ul>
<b>i) Promover el desarrollo psicosocial del adolescente.</b>	<b>Actitudes y dificultades</b> para el desarrollo psico social.	<b>Informar</b> sobre la necesidad de: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitar el uso de la T.V.</li> <li>- Estimular la lectura.</li> <li>- Promover el ejercicio físico, el juego con sus iguales y la práctica de deportes...</li> <li>- Promover la participación en las tareas de la casa.</li> </ul>



# ENFERMERÍA Y MALTRATO INFANTIL. ATENCIÓN RESIDENCIAL

Enrique J. Sánchez Zamora

## Índice

Introducción  
Trabajo sanitario en Centros de Menores  
Diagnósticos

## Introducción

El Centro de Primera Acogida es el lugar por donde pasan la casi totalidad de los menores en situación de desamparo en la Comunidad de Madrid, y donde se les realiza la primera valoración antes de que ingresen en otros centros residenciales. El trabajo que realizamos en el Centro de Primera Acogida de Hortaleza es fácilmente extrapolable al resto de Residencias de la red.

Una residencia es el lugar donde menores, que por las circunstancias que veremos más adelante, deben pasar parte de su vida, atendido por un equipo multidisciplinar que debe favorecer su desarrollo en todos los aspectos (biológico, psicológico y social) y su regreso, lo más rápido posible, a su entorno familiar y social. Este equipo técnico esta compuesto por:

- Equipo directivo
- Educadores
- Psicólogos
- Trabajadores sociales
- Maestros
- Equipo sanitario (diplomados en enfermería, médico y auxiliares de enfermería)

A este equipo técnico hay que añadir los trabajadores de servicios generales.

El sanitario es un aspecto importante pero no es el único ni el objetivo principal del centro, rara vez el motivo del ingreso es un problema de salud, no ingresan por estar enfermos, si pueden hacerlo porque los padres no les dan los cuidados adecuados para su enfermedad.

El Centro de primera acogida es un centro de urgencia social, que durante las 24 horas del día puede recibir el ingreso de menores provenientes de todas aquellas situaciones urgentes en las que éstos no pueden volver a su medio habitual, ingresan niños maltratados o abusados, menores inmigrantes que están solo en nuestro país, menores que han cometido un delito no considerado grave, menores que no se localiza a su familia traídos por GRUME, Servicios Sociales.....

Las causas de ingreso básicamente se refieren al cumplimiento de los deberes de guarda (art. 172 del Código Civil) a (Cuadro 1):

- *Inadecuado ejercicio*, (por causa de los padres se produce mal a los niños, este sería la principal causa de malos tratos y negligencia)
- *Imposibilidad* de quien tiene la tutela de ejercerla (cuando por causas ajenas a la voluntad de los padres, estos no pueden hacerse cargo de los hijos)
- *Incumplimiento* por negligencias extremas y abandono de los menores.
- *Conflictos familiares* son en los que el deterioro de las relaciones familiares provoca la intervención de los servicios sociales, policiales o de ambos.

Las *guardas* se refieren a cuando los tutores no pueden hacerse cargo de los menores durante un periodo limitado de tiempo, solicitando a la administración que se haga cargo de estos durante ese periodo

**Cuadro 1. Causas de ingreso en el Centro de Acogida**

I. Inadecuado ejercicio de los deberes de protección motivado por:	Drogadicción de los padres Alcoholismo de los padres Separación de los padres Mendicidad / explotación económica del menor Malos Tratos Abusos Sexuales Desescolarización Conducta asocial del menor Drogadicción del menor
II. Imposible ejercicio de los deberes de protección debido a:	Inhabitabilidad de la vivienda Carencia de recursos económicos mínimos Carencia de recursos personales de los padres Enfermedad mental de los padres Enfermedad física de los padres Deficiencia mental de los padres Privación de libertad de los padres Orfandad del menor Fuga de este / otro centro Situación ilegal en España del menor Solicitud de asilo del menor Finalización de medida judicial Traslado de expediente de otra Comunidad Autónoma Orden Judicial
III. Incumplimiento de los deberes de protección manifestado en:	Abandono materno / paterno del hogar Falta de cuidados mínimos Abandono del menor Renuncia al menor Devolución del acogimiento familiar
IV. Conflicto familiar:	Rechazo mutuo niño / familia Familia rechaza niño Niño rechaza familia Expulsión del domicilio familiar Fuga del domicilio familiar Pérdida de autoridad de los padres
V. Guardas	Guardas

El trabajo sanitario es una parte del trabajo multiprofesional, con un fin común, complementario de los que se realizan por parte de los demás profesionales en el centro. Muy pocos menores ingresan por problemas sanitarios, solo algunos casos de negligencia en diabéticos, tras intervenciones quirúrgicas o por síndromes o patologías con una escasa incidencia en la población general. Además de estos casos también tenemos una mayor intervención en los casos de malos tratos (Cuadro 2) con lesiones y en las adopciones / acogimientos.

**Cuadro 2. Malos Tratos**

<p>No tenemos un protocolo específico para los malos tratos o los abusos. Procuramos siempre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prioridad en las revisiones</li> <li>• Realizar, si se cree necesario, control de proteínas o sangre en orina</li> <li>• Realizar parte de lesiones, si no se ha realizado con anterioridad</li> <li>• Realizar la notificación al programa de Prevención del Maltrato Infantil</li> <li>• Realizar fotografías de las lesiones siempre que sea posible</li> <li>• Solicitar información complementaria</li> <li>• Dar siempre la sensación de seguridad que muchos de estos niños/as necesitan</li> <li>• No revictimizar a la persona que ha sufrido malos tratos o abusos sexuales</li> </ul>
---

*En nuestra población de niños se ven en general el mismo tipo de patologías que en el resto de la población infantil, si exceptuamos las patologías provocadas por los malos tratos y las negligencias como fracturas, quemaduras, pediculosis o escabiosis. Otro grupo de enfermedades que también vemos con mayor frecuencia, cuya causa sería por la transmisión vertical, como infecciones por HIV o Hepatitis B. Existiría otro grupo que en nuestros centros se ven más que en la población general, algunos son los*

síndromes malformativos como el Síndrome de Seckel, la Artrogriposis. Últimamente se observan muchos trastornos de conducta y salud mental.

**Trabajo sanitario en Centro de Menores**

Durante las reuniones realizadas entre los equipos de salud de los centros, se discutió en múltiples ocasiones el tema de las actividades. Siempre dando prioridad a una atención integral a los niños a los que atendemos. Pronto nos dimos cuenta de las peculiaridades de nuestro trabajo. Por un lado no es un trabajo hospitalario pero tampoco se puede definir como un trabajo en un centro de salud. Vamos a ver el desarrollo de nuestra actividad desde el ingreso. En la recepción del niño lo primero que intentamos hacer es hablar con alguien que conozca al niño y que en ese momento esté acompañándolo. Si es el caso se les pregunta por:

- Alergias posibles y otras enfermedades de la infancia
- Alimentación: que es lo que come, inclusión de alimentos, lactancia materna, etc
- Estado vacunal: Dosis puestas, PPD, etc
- Antecedentes familiares: Enfermedades familiares, embarazo, parto, hábitos tóxicos (Fumar, beber, consumos de drogas), etc
- Se les solicita que traigan cualquier información sanitaria sobre el niño (informes médico-sanitarios, cartilla de vacunación, tarjeta sanitaria, etc)

Tras esta entrevista con alguien que conozca al niño, dependiendo de la edad y de la adaptación al centro (Los bebés se suelen revisar de inmediato, a los más mayores se procura hacerlo antes de realizar las analíticas) se le puede realizar la revisión sanitaria. En esta revisión se realizan medidas antropométricas, revisión de agudeza visual, revisión por aparatos y constantes vitales. (En el caso de que el niño tenga edad suficiente para responder se le realiza una entrevista, en la que se le pregunta por su salud, urgencias, ingresos, vacunas etc. y por la causa por la que esta en el centro). Con posterioridad se realizan revisiones periódicas (Cuadro 3).

**Cuadro 3. Las revisiones se realizan**

- En el ingreso
  - Los menores de 1 año semanalmente donde se les pesa, cada dos semanas se les mide la estatura y el perímetro craneal, y se les revisan las pautas alimenticias
  - Entre 1 y 6 años cada 15 días
  - Mayores de esa edad a demanda
  - A demanda de los educadores
- Es casi seguro que por unas razones o por otras se terminan viendo a la practica totalidad de los menores semanalmente, incluyendo, por supuesto a aquellos que necesitan ser escuchados.

El modelo de Historia se ajusta a las necesidades actuales del centro (Cuadro 4, A, B y C)

The form is titled 'HISTORIA CLÍNICA' and is organized into several sections:

- PERSONAL:** Fields for name, sex, age, date of birth, and address.
- ALERGIAS:** A section for recording allergies, with checkboxes for 'ALERGIAS', 'ALERGIAS ALIMENTARIAS', and 'ALERGIAS AMBIENTALES'.
- GENERAL:** A table with columns for 'GENERAL', 'CONDUCTA', 'CUIDADO', and 'OTROS'.
- DENTALES:** A table with columns for 'DENTALES', 'SUPLENIDOS', 'DOLOR', and 'FALTA'.
- ANTROPOMETRÍA:** Includes diagrams of a child's body for measuring height, weight, and head circumference, and a diagram of a child's face for facial measurements.

**Cuadro 4 A**

Este formulario de historia clínica pediátrica incluye secciones para: antecedentes (maternal, familiar, personal), examen físico (signos vitales, estado general, cabeza, cuello, tórax, abdomen, genitales, piel, sistema nervioso), y estudios de laboratorio (hemograma, bioquímica, marcadores de hepatitis B y HIV, etc.).

Este formulario de seguimiento de crecimiento y desarrollo incluye: nombre y edad del niño, número de nacimiento y edad, y una tabla para registrar datos de información periódica (Fecha, Peso, Talla, P.C.).

FECHA	PESO	TALLA	P.C.	FECHA	PESO	TALLA	P.C.

Sección de observaciones:

FECHA	OBSERVACIONES

**Cuadro 4 B.**

**Cuadro 4 C.**

Una vez valorado por esta parte nos ponemos en contacto con los trabajadores sociales del centro por si tuviesen información complementaria y se pautan las pruebas analíticas necesarias (Cuadro 5).

**Cuadro 5. Pruebas analíticas que incluye el protocolo**

1. Estándar:
  - Hemograma con velocidad de sedimentación.
  - Bioquímica
  - Marcadores de Hepatitis B y HIV
2. Dependiendo de las circunstancias sociosanitarias del menor y de la familia: prostitución, violación o abuso sexual, procedencia de zonas endémicas de malaria, consumo de drogas, etc. se realizan otras pruebas como Hepatitis C, sífilis, gota gruesa, test de drogas en orina, análisis de orina tipo SG 10, test de embarazo, etc. También dependiendo de los resultados analíticos previos, se programa la repetición de pruebas.
3. Periódicamente realizamos pruebas de Mantoux a los niños mayores de 1 año (lectura a las 72 horas).

Los resultados se incluyen en la historia clínica que hemos visto anteriormente.

Si el niño padece alguna enfermedad específica, una de nuestras tareas es la de solicitar y coordinar las posibles consultas externas que el menor necesite y asegurar la asistencia a las mismas, ya llevándole nosotros mismos o haciendo que un educador lo haga.

Estas consultas las realizamos en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, principalmente en el Hospital Infantil, y en mucha menor medida en las consultas generales de adultos, o en los centros donde estuvieran siendo tratados previamente.

La valoración del estado vacunal de los niños se hace de forma sistemática al ingreso. Además de preguntar a la familia sobre las vacunas administradas, les pedimos siempre la cartilla de vacunaciones o un documento que las acredite. En caso de estar correctamente vacunado se le administraría las dosis correspondientes a su edad durante el periodo de estancia en el centro, en el caso contrario aplicaríamos las pautas correctoras pertinentes (Cuadro 6).

Si se desconoce totalmente las vacunas administradas (niños abandonados, por ejemplo) se realiza la pauta vacunal como no vacunado, pero no antes que lleve un mes ingresado, para evitar una posible sobrecarga por repetición de vacunas en el sistema inmunológico.

#### Cuadro 6. Vacunación

Las vacunas, aunque en la actualidad las deficiencias en la vacunación no son tan grandes como hace unos años, seguimos aplicando pautas correctoras, individualmente para cada tipo de vacuna, ya que se pueden aplicar así con más facilidad. 0 significa la 1ª vacuna, los intervalos siguientes son en meses.	
DTPa	0-1-2-14 o 0-2-4-16. Repetir a los 5 años. Válido hasta los 7 años, a partir de ahí solo tétanos (dT) con pauta 0-1-12.
Polio	0-1-2-14 o 0-2-4-16.
dT	Sustituyendo a la DTP a partir de los 6 años. Pauta: 0-1-6
Hib	Comienzo entre 1 y 4 meses: 0-2-4 Comienzo entre 5 y 9 meses: 0-2 Entre 10 meses y 5 años: 1 dosis
Triple Vírica	entre 1 y 6 años 2 dosis con intervalo mínimo de 2 meses
Hepatitis B	0-1-6
Meningococo	entre 2 y 12 meses: 0-2-4 >12 meses 1 dosis.

Los casos son discutidos en una de las reuniones del centro (Cuadro7), las comisiones de orientación. En ellas se valora la evolución del caso, situación sanitaria, adaptación al centro, nivel de colaboración de la familia, apoyos familiares, información pertinente de la red de servicios sociales, información de la red sanitaria incluida claro está la salud mental. Cuando se considera que la información es suficiente se realiza una propuesta dirigida siempre a dar la mejor solución al problema que tenga el niño, pudiendo ser atención residencial, regreso con su familia de origen, etc.

#### Cuadro 7. Reuniones

- Comisión de orientación. Se realizan tres durante la semana. Una para niños entre 0 y 6 años (aproximadamente) y dos para niños de entre 6 y 18 años.
- Reuniones de Equipo Técnico. Se realizan quincenalmente por unidades (0 a 6 y de 6 a 16) donde se discuten aspectos de coordinación, normativa, etc.
- Reuniones de coordinación con los demás centros de la red.

Con este ejemplo hemos visto una parte del trabajo que realizamos, a grandes rasgos se podría resumir en:

1. Asistencia y atención de enfermería:
  - Actividades que contribuyen al fomento, prevención y mantenimiento de la salud del niño y su entorno, conociendo su nivel de salud, vacunas... (Control alimentación y dietas, salud ambiental...)
  - Administración de cuidados de enfermería (Medicaciones parenterales, vacunas, aerosolterapia y fisioterapia respiratoria, constantes, etc.)
2. Educación para la salud:
  - Actividades con los niños (Higiene personal, alimentación, etc.)
  - Actividades con el resto de profesionales y personal. (Prevención de accidentes, intoxicaciones,...)
3. Planificación y Administración
  - Diagnósticos de enfermería
  - Planificación, organización, coordinación y control de los recursos sanitarios, priorizando la continuidad de los cuidados. (Consultas, farmacia y material, etc.)
  - Participación en la planificación general del centro y en las reuniones de coordinación con el resto de los centros de la red. (Reuniones de equipo técnico, Juntas de residencia, jornadas de programación y evaluación, etc.)
4. Investigación y docencia
  - Administración de docencia en cursos.

- Asistencia a cursos de perfeccionamiento
- Participación en todas aquellas investigaciones que resulten de utilidad para la práctica diaria

### Diagnósticos

El tema de los diagnósticos de enfermería en un centro de acogida no es nuevo pero sí muy reciente. Al revisar de forma más sistematizada los diagnósticos de enfermería que son aplicables a nuestros niños ingresados, nos dimos cuenta que de alguna manera estaban siendo aplicados en el centro, eso sí, no desde el punto de vista estrictamente físico, pues cada problema puede tener otros diagnósticos, sino desde el punto de vista de las causas por las que ingresaban, las consecuencias de su ingreso en el centro y la separación de su entorno. También nos dimos cuenta de que estos diagnósticos eran totalmente compatibles con los objetivos del centro y de los demás profesionales del equipo, trabajadores sociales, psicólogos, maestros y educadores. Lo reciente es que estamos comenzando a perfilar y ver como podemos hacer que estos diagnósticos y los planes que de ellos surjan sean aplicables y útiles para nuestra práctica diaria.

Para una mayor facilidad lo presentamos como un cuadro:

<b>Dominio</b>	<b>Diagnóstico</b>
Promoción de la salud	<i>Deterioro del mantenimiento del hogar</i> ( incapacidad para mantener un entorno seguro y promotor del desarrollo)
Actividad / reposo	<i>Deterioro del patrón del sueño</i> (problemas en la cantidad y calidad del sueño) <i>Déficit en el autocuidado:</i> baño / higiene
Percepción / cognición	<i>Deterioro de la comunicación verbal</i> ( Dificultades de comunicación entre la familia, o con terceras personas)
Autopercepción	Desesperanza (Encontrarse a la deriva y sin control real de lo que le está pasando) <i>Riesgo de soledad</i> (Aislamiento, privación afectiva) <i>Baja autoestima</i> (crónica o situacional) en respuesta a la situación de desamparo de los menores.
Rol / relaciones	<i>Cansancio en el desempeño del rol de cuidador</i> (Mal o nulo desempeño de las labores esperadas por parte de las personas cuidadas, aplicable a las familias y personal que tenga responsabilidades con los menores) <i>Deterioro parental</i> ( Muy similar al deterioro del mantenimiento del hogar, pero referido más a las consecuencias en su desarrollo) <i>Interrupción de los procesos familiares</i> (Cuando las relaciones y estructura familiar quedan tan alteradas que el niño no tiene claro cuales son los roles a los que acostumbrarse, creándose un “vacío de poder”) <i>Procesos familiares disfuncionales</i> por alcoholismo y otras drogodependencias <i>Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante / niño</i> (carencia de interacción entre los padres y su hijo) <i>Conflicto del rol parental</i> (Inseguridad de los padres y falta de recursos personales para la solución de crisis) <i>Deterioro de la interacción social</i> (Aislamiento social)
Afrontamiento / tolerancia al estrés	<i>Síndrome traumático de la violación</i> (Abusos Sexuales) <i>Síndrome postraumático</i> ( Problemas de desadaptación del niño por todo aquello que le ocurre, desde el posible maltrato a la separación de su familia y entorno) Ansiedad <i>Afrontamiento familiar comprometido y/o incapacitante</i> (La ausencia de una persona en la que la familia o un miembro de la misma depositaba su confianza provoca una desestructuración de dicha familia) <i>Negación ineficaz</i> ( Rechazo ha plantear y hablar de situaciones estresantes para la persona p.e. abusos sexuales)
Principios vitales	<i>Sufrimiento espiritual</i> (Problemas de adaptación cultural y religiosa al país de acogida)
Seguridad / protección	Riesgo de traumatismo (maltrato infantil y/o negligencia) Riesgo de violencia dirigida a otros o autodirigida
Confort	<i>Aislamiento social</i> (Sensación provocada por la separación de referentes familiares y/o sociales, y percibido en muchas ocasiones como un castigo)
Crecimiento/desarrollo	<i>Retraso en el crecimiento y desarrollo.</i>

## ATENCIÓN A LA EMBARAZADA. DETECCIÓN DE RIESGO SOCIAL

Victoria Pérez López

### Índice

- Matrona en Atención Primaria
- Educación maternal
- Actividad de control de puerperio y RN
- Matrona en hospital

Los niños han dejado de ser considerados como propiedad privada de los padres, para considerárseles como sujetos de derechos en proceso de formación (Declaración y Convención de los Derechos de los Niños, Naciones Unidas 1959 y 1989) y ha surgido una toma de conciencia social, sobre los cuidados que la sociedad debe dar a la infancia. Prevenir el maltrato y abandono infantil es uno de ellos.

La enfermería tiene un papel fundamental en asegurar la atención integral del niño y su familia, en especial del niño en situación de riesgo social, en coordinación con el resto de instituciones implicadas en su cuidado.

Los profesionales de enfermería se enfrentan a un problema social que supera la mera atención profesional y constituye un ejemplo evidente de actuación integral, multidisciplinaria (trabajo social, justicia, policía, educación, etc.) desde los distintos ámbitos de actuación en el que se desarrolla nuestra actividad: Atención Primaria, hospitalaria, salud mental, urgencias, atención a mujeres embarazadas, centros de acogida.

El personal de enfermería generalmente es el más próximo al paciente, con frecuencia el primero en atender al niño y a sus padres y proporciona el cuidado continuo cuando están hospitalizado. Aunque la enfermería esta en una *posición privilegiada* para la prevención y detección de situaciones de riesgo y maltrato infantil son pocos los protocolos y pautas de prevención, detección y atención de enfermería.

Las dificultades que la enfermera comunitaria tiene para su actuación con las familias consideradas de alto riesgo, se eliminan cuando la captación se realiza no por situaciones de riesgo social, sino dentro de otros programas (Niño Sano, Atención a la Embarazada).

El contacto estrecho durante el embarazo, parto y puerperio hace posible detectar mas fácilmente el riesgo de maltrat, o el maltrato ya existente que podría pasar desapercibido a otros profesionales sanitarios.

Los objetivos la actividad de la matrona, tanto en un Centro de Salud como Hospitalario, son:

Objetivos Generales	Conseguir que la mortalidad materna sea igual o inferior a 0.22/100.000 Disminuir la mortalidad fetal Disminuir la mortalidad infantil Disminuir las minusvalías del recién nacido
Objetivos Específicos	Disminuir la morbilidad materna Disminuir la morbilidad fetal Disminuir la morbilidad infantil y las secuelas Mejorar los conocimientos y actitudes ante el embarazo Mejorar la calidad de atención integral en el embarazo, parto y puerperio

La matrona ocupa un lugar privilegiado, tanto en la prevención del maltrato infantil como en la detección precoz de problemas, por las características propias de su actividad (contacto estrecho con la familia) como por el tiempo en el que se desarrolla, como se recoge en el siguiente esquema:

EMBARAZO										PARTO			PUERPERIO		
1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	9 <sup>a</sup>	10 <sup>a</sup>	Visita			visita puerperal	revisión puerperal	Revisión puerperal
+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+-----+										+-----+-----+			+-----+-----+-----+		
U.R. 12 16 20 24 28 32 36 38 40										40 41 42			7 <sup>o</sup> 15 <sup>o</sup> 40 <sup>o</sup> día postparto		
+-----+-----+-----+-----+-----+										+-----+-----+			+-----+-----+-----+		
EpS individual				EpS individual		Comienzo E.M.		Termina E.M.					Derivación		
o grupo													↓ Ginecología		

La actividad de la matrona tiene lugar en una etapa muy importante de la vida de la mujer y de la pareja. Existiendo un contacto muy estrecho entre ambas durante el embarazo, parto y puerperio por lo que puede detectarse fácilmente el riesgo de maltrato o el maltrato ya existente.

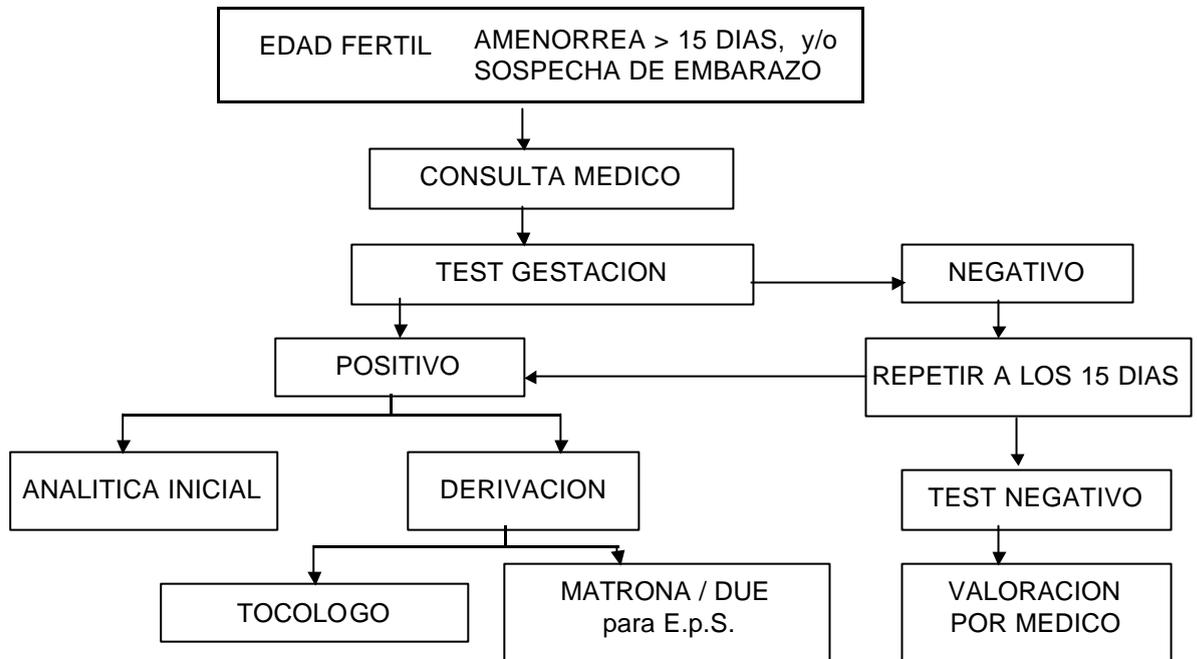
Una vez detectado alguno de estos problemas se derivará al trabajador social de zona

La matrona actúa desde Atención Primaria y el Hospital en la atención directa a la embarazada y en relación con otros servicios sanitarios (medicina familiar, pediatra, planificación familiar) y no sanitarios (servicios sociales).

**Matrona en atención primaria**

- Actividades
- Captación precoz - Diagnóstico de embarazo
  - Control y seguimiento del embarazo
  - Educación para la Salud: individual y a grupos
  - Control puerperal y del recién nacido

**Cuadro1.** Algoritmo captación - diagnostico precoz de embarazo



Una vez en la consulta de la matrona esta va a realizar dos valoraciones:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Riesgo obstétrico</b></li> </ul>	<p>edad, paridad, antecedentes obstétricos, embarazo actual (nivel social, obesidad, consumo drogas tóxicas, enfermedades venéreas,...)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Riesgo psicosocial</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- desequilibrio económico</li> <li>- problemas adaptación psicosocial del embarazo adolescente</li> <li>- rechazo social madre soltera (expulsión núcleo familiar)</li> <li>- relaciones familiares conflictivas</li> <li>- ruptura de pareja-divorcio</li> <li>- gestantes drogodependientes</li> <li>- prostitución</li> <li>- vivienda: hacinamiento, insalubridad, falta recursos básicos.</li> <li>- gestantes sin pautas educativas, marginadas</li> <li>- malos tratos infantiles</li> <li>- adopción</li> <li>- I.V.E.</li> <li>- nivel cultural bajo</li> <li>- deficiencias psíquicas (se relaciona con promiscuidad)</li> <li>- abandono laboral-escuela (maternidad temprana)</li> <li>- problemas conductuales-educativos niños</li> <li>- matrimonios "forzados" por embarazos no planificados</li> </ul>

Una vez se sospecha en esta etapa alguno de estos problemas, se derivará al departamento de trabajo social, el cual hará un diagnóstico social: estudio interpretación de datos, análisis de la situación e identificación del problema.

Realizado este diagnóstico, se marcarán objetivos y áreas de intervención, así como técnicas a utilizar.

La siguiente actividad a desarrollar será la **Educación para la Salud (Eps)** individual.

- Educación para la Salud (EpS) dirigida a todas las mujeres gestantes captadas: hábitos de vida durante el embarazo y puerperio, cuidados del recién nacido, promoción de la lactancia materna, planificación familiar futura, y psicoprofilaxis obstétrica actividad de EpS en el subprograma del embarazo a partir del 5º mes de gestación.

Uno de los objetivos de esta actividad es favorecer el desarrollo del parto y el primer contacto con el hijo momento de especial importancia para el desarrollo del vínculo y del apego afectivo y sus contenidos son: aportación de los conocimientos necesarios sobre hábitos de vida durante el embarazo y puerperio, así como de los cuidados del recién nacido, promoción de la lactancia materna, planificación familiar futura,...., según tiempo de gestación.

- Control del puerperio y del recién nacido dirigida a toda mujer perteneciente al Centro de Salud que llega a su domicilio tras el parto. Se realizarán dos controles concertados en el domicilio siendo muy importante que se establezca una relación positiva basada en el respeto y la confianza.

### **Educación maternal**

La *educación maternal (E.M.)* es una actividad de EpS en el subprograma de embarazo a partir del 5º mes de gestación y los contenidos de la actividad son:

#### 1. CAPTACION:

- A demanda de la gestante que solicita el servicio
- Derivadas por el médico de familia, tocólogo o enfermería
- Captadas directamente por la matrona
- Enviadas a través de cualquier asociación de la zona

*Esta consulta de captación de la gestante la realiza la matrona, bien a demanda o bien en consulta autoconcertada. El contenido de la misma es:*

- a) información del curso
- b) información sobre turnos, grupos y horarios
- c) recogida de los datos de la gestante y apertura de ficha para E.M.

#### 2. SEGUIMIENTO.

Se organizará una charla en grupo, aunque puede ser individual, entre las 22-24 semanas de gestación.

El resto de las charlas, en numero de 8, se empezarán entre la 26-30 semanas aproximadamente y sus contenidos serán:

- 1º. Dieta e higiene durante el embarazo
- 2º. Explicación del método utilizado
- 3º. Anatomía del aparato genital femenino y transformaciones del embarazo: físicas y psíquicas.
- 4º. Las contracciones.
- 5º y 6º. El parto
- 7ª. El puerperio
- 8º. EL RN (aspecto externo, alimentación, higiene,...)
- 9º. Métodos anticonceptivos y Planificación familiar.

Las clases del curso de E.M., están dividadas en partes:

- Teórica
- Prácticas: respiración, gimnasia, relajación

*Las clases se apoyan en métodos audiovisuales, folletos, pizarra, carteles, pósters divulgativos, ..*

### **Actividad de control del puerperio y RN**

La *Actividad de control del puerperio y RN* va dirigida a toda mujer perteneciente al Centro de Salud que llega a su domicilio tras el parto y, en ella, se realizarán dos controles antes del 7º día postparto y a los 40 días.

La eficacia de la visita domiciliaria esta demostrada en el período postnatal (entre el 7º-10 día) o en determinadas enfermedades y trastornos en las cuales se requiera acudir al domicilio para contemplar la situación real de la familia y ofrecer ayudas.

**Cuadro 2.** Actividad de control del puerperio y del recién nacido

Primera visita puerperal	Antes del séptimo día postparto	
	Valoración	Física de la madre (involución uterina, mamas, loquios, entuertos, cuidados episiotomía, prevención grietas en pezones, higiene) Estado psíquico de la madre (melancolía, depresión, psicosis puerperal) Física del recién nacido y psicosocial (adaptación familiar, sueño, pañales, ropa, habitación)
	Estimular y ayudar para que se instaure adecuadamente la lactancia materna Segunda toma para la detección precoz de metabolopatías congénitas	
	Potenciar una relación estrecha madre-hijo: el contacto temprano y prolongado en el postparto mejora la relación de la madre con su hijo y actúa como un factor de prevención de un trato inadecuado y, por tanto, de maltrato infantil	
Visita domiciliaria	En domicilio concertado por teléfono	
	Es importante establecer una relación positiva basada en el respeto y la confianza Se cumplimentarán datos obstétricos, perinatales, socioculturales y medioambientales. Se hará una valoración física del recién nacido (actitud, motilidad, piel, ombligo, fontanelas) 2ª toma para la detección precoz de metabolopatías congénitas. Se realiza EpS del RN (adaptación del RN y su familia, sueño, pañales, ropa, habitación). Se estimula y ayuda para que se instaure adecuadamente la lactancia materna, que va a potenciar una relación estrecha madre-hijo.	
Segundo control	A los 40 días después del parto	
	Anamnesis general Analítica Derivación a planificación familiar Eps individual	
	Confirmar o no nuestras sospechas de un posible maltrato o abandono.	

*Matrona en hospital*

Las personas que asistan al parto, tienen una importancia vital a la hora de detectar un riesgo de maltrato. Por lo tanto, es importante controlar las reacciones de los padres y otros familiares con respecto al RN.

También las áreas de hospitalización de los servicios de neonatología saben de momento importante que viven con las familias pudiendo detectar fácilmente riesgos de maltrato, por lo que algunos hospitales (H, Clínico San Carlos, General de Móstoles) están desarrollando programas de detección y valoración de familias con problemas sociales graves.

Actualmente se trata en los hospitales que el período de dilatación la mujer lo pueda compartir con su marido o pareja en habitación individual, de tal forma que pueda servir de apoyo a la parturienta.

Durante este tiempo el proceso de dilatación es controlado por la matrona, la cual va a poder ir apreciando:

- situación o la actitud de ellos ante la llegada del hijo
- como son sus relaciones
- si están excesivamente preocupados por el sexo, o por su desarrollo intrauterino
- si la madre experimenta un miedo que no se disipa con ninguna explicación
- si se le nota depresiva
- si se plantearon un aborto al inicio de la gestación
- si han considerado la posibilidad de abandonar al niño
- padre sin ningún interés en pasar al paritorio

**Cuadro 3.** Actividad de la matrona en el hospital

Período de dilatación	Se aconseja que la mujer permanezca con su marido o pareja en habitación individual, de tal forma que pueda servir de apoyo a la parturienta. Durante el proceso de dilatación, controlado por la matrona, esta puede investigar:
Paritorio	Madre puede manifestarse ansiosa, poco colaboradora y con escaso interés por ver al niño rápidamente
Período Sensitivo	Primera hora de vida del recién nacido es muy importante para establecer un contacto precoz entre la madre y el hijo. Se ha demostrado que este contacto, temprano y prolongado, tiene un efecto significativo para potenciar el apego madre-hijo, proceso de vinculación que disminuye directamente los casos de maltrato y abandono infantil (21).
Sala de recuperación	Madre después del parto pasa a sala de recuperación donde permanece aproximadamente 2 horas
Estancia en su habitación	Durante este tiempo podemos observar indicadores de riesgo de abandono y/o malos tratos

*Durante este tiempo también tenemos unas áreas indicativas de riesgo de abandono y/o malos tratos:*

- esta la madre alegre con el niño?
- establece la madre contacto visual directo con el niño?
- como habla la madre con el niño?
- son negativas la mayor parte de las verbalizaciones acerca del niño?
- permanece decepcionada por el sexo del niño?
- cual es el nombre del niño? como surgió? cuando le pusieron el nombre?
- las expectativas que ha desarrollado la madre están muy por encima de las capacidades del niño?
- esta la madre muy molesta por el llanto del niño? cuales son sus sentimientos acerca del llanto?
- percibe la madre al niño como muy degradante durante las comidas? ignora las demandas del niño para ser alimentado?
- siente repulsión hacia las deposiciones? cual es la reacción ante la tarea de cambiar los pañales?
- cuando el niño llora, puede ella calmarlo?
- cual es la reacción del marido y la familia ante el niño?
- qué clase de soporte esta recibiendo la madre?

El personal de enfermería tiene también aquí una importancia fundamental en la prevención del maltrato infantil especialmente en los abandonos y formas graves de maltrato. Dentro de sus funciones esta la orientación sobre la cesión del niño en adopción-acogimiento.



### Índice

1. Introducción
2. Fundamentación
3. Finalidad
4. Objetivos
5. Metodología
6. Actuación en el hospital
7. Actuación en la zona
8. Hoja de notificación de riesgo en la embarazada y el recién nacido.-
9. Normas de procedimiento para el personal del hospital
10. Evaluación

### Introducción

Hasta no hace muchos años, las Unidades de Neonatología estaban cerradas a los padres y familiares. Las visitas eran restringidas o a través de cristales.

En la actualidad para potenciar el contacto con sus hijos y habiéndose comprobado que no aumentan las infecciones se han abierto:

#### *En el paritorio:*

- Se estimula a los padres para presenciar el parto.
- Se estimula a la madre nada más nacer su hijo a que lo vea y lo toque.
- Una vez realizada la reanimación y los cuidados al recién nacido, se le coloca encima de la madre. Si ésta no se siente con fuerzas para sostenerle durante las maniobras postparto, se le coloca en una cuna a su lado.

#### *En la habitación postparto: ( recién nacido sano)*

Se lleva al hijo a la habitación de la madre y se la estimula para iniciar el contacto físico y la lactancia materna. Lo mismo se hace *en planta*.

Si el recién nacido naciera con algún problema, se explica a los padres en paritorio el por qué de su traslado a *Neonatos*, no sin antes facilitar la visión y el contacto con su hijo. Asimismo se les comenta que pueden ir a visitarle en cuanto su estado se lo permita, bien sea por sus propios medios o solicitando ayuda para su traslado a la Unidad. Es aquí donde se les incita a tocar y a hablar con su hijo para ir eliminando miedos.

El contacto físico se ha demostrado que es tan importante, que incluso, estando el recién nacido con ventilación mecánica, el contacto "piel con piel" con el padre o la madre (*método canguro*), disminuye las necesidades de oxígeno y engordan más. Hay que minimizar el tiempo de separación de la madre para evitar los trastornos de la *vinculación* porque es en la institución, no en la familia, donde se van a realizar sus primeras relaciones afectivas. De ahí la importancia de la ecología (luz, ruido, manejo, manipular lo menos posible).

Por todo ello es por lo que las áreas de NEONATOLOGÍA (Unidades de Neonatos y Nido), son un marco idóneo de actuación, ya que la permanencia continuada del recién nacido en ellas permite la observación e identificación, por los profesionales que le atienden, de aquellos factores que hacen referencia a situaciones de riesgo social objeto de intervención. Conviene resaltar que la brevedad de las estancias en nidos aconseja dotar a las actuaciones de una especial agilidad e intensidad.

### Fundamentación

Por malos tratos a la infancia entendemos en palabras de Odette Masson, "*las distintas formas de disfunciones y carencias en las relaciones entre niños y adultos que interfieren en el desarrollo físico, psicológico, afectivo y social de los menores*".

Aproximadamente el 65% de los niños que nacen en la Comunidad de Madrid, lo hacen en hospitales públicos y, por razones sociosanitarias, la gran mayoría de los de alto riesgo social.

Es frecuente que los casos de problemáticas sociales lleguen cronificados a los Servicios Sociales, lo que hace difícil, si no imposible, su resolución. Por ello, es fundamental la detección precoz de las situaciones de Riesgo Social, que faciliten una intervención pronta y permitan el análisis y planificación necesarios para ofrecer una respuesta adecuada.

### Finalidad

1. Detección de los factores de riesgo social.
  - Aplicar recursos para el desarrollo integral del niño.
  - Prevenir alteraciones de salud física o mental.
2. Generalización del proyecto.

## Objetivos

### Generales:

- Orientar a las familias con problemas sociales.
- Facilitar la detección precoz de riesgo social.
- Sistematizar la intervención en situaciones de riesgo.

### Específicos:

- Estimular y facilitar la relación padres-hijos
- Detectar y registrar situaciones de riesgo social.
- Derivar y garantizar el seguimiento de los niños.
- Asegurar la intervención multiprofesional.
- Aplicar la observación, derivación y evaluación.
- Ofrecer formación a los profesionales del proyecto.

### Profesionales

- Profesionales que atienden a los recién nacidos de la Comunidad de Madrid.
- Profesionales de salud de Atención Primaria.
- Profesionales de los servicios sociales.

### Destinatarios del programa

- Familias con riesgo social
- Todos los recién nacidos en hospitales de la Comunidad de Madrid.

### Metodología

Se realizará en las áreas de NEONATOLOGÍA, donde el trabajo interdisciplinar será el eje fundamental de su ejecución, con la participación de enfermería, médicos, trabajadores sociales y psicólogos.

### Factores de Riesgo

Son aquellas circunstancias que pueden favorecer que se produzcan agresiones sobre el niño, teniendo la mayoría un carácter predisponente y apareciendo con frecuencia asociadas.

### Tabla. Factores de Riesgo.

Factores socio-económicos.	11. Familias con problemas económicos (precariedad económica, carencia de domicilio...). 12. Aislamiento social (emigración, falta de apoyos familiares y sociales...). 13. Otros hijos con medida de protección (guarda/tutela). 14. Dificultad social (prostitución, delincuencia, narcotráfico, mendicidad, privación de libertad ..).
Factores familiares	21. Padre/madre con problemas de drogadicción, alcoholismo 22. Familias con historia de violencia (física o verbal) y/o maltrato infantil (entre adultos y adultos-niños). 23. Padres muy jóvenes, (menores de edad). 24. Situación de ruptura familiar o familias monoparentales. 25. Padre/madre con enfermedad orgánica crónica. 26. Padre/madre con minusvalía. 27. Padre/madre con historia de enfermedad mental.
Embarazos Problemáticos	31. No controlados/ocultados. 32. Preadolescentes y adolescentes, donde se ignore la identidad del padre (sospecha de abuso sexual 33. No suficientemente espaciados y/o familias con número elevado de hijos.
Relación madre (padre) - hijo/a	41. Separación de la madre en el período neonatal precoz, con imposibilidad absoluta de lactancia en la primera semana de vida. 42. Desinterés por el recién nacido (estar con él, alimentarle, vestirle...) 43. Padres con actitudes intolerantes, indiferentes o con excesiva ansiedad ante las responsabilidades de crianza de los hijos. 44. Padre/madre con comportamientos extraños (llanto, gran tristeza, excitación, continuas preguntas, incomunicación total, contradicciones, ocultamientos...). 45. Escasas visitas cuando el niño/a está ingresado o éstas son inconsistentes y con poco interés.
50. Factores Biológicos	Menores que por sus características especiales supongan un valor añadido a las dificultades de crianza, pudiendo comprometer la estabilidad familiar (gran prematuro, polimalformaciones, deficiencias...).
60. Otros	

En la relación de factores de riesgo se engloban los problemas económicos, culturales, de desestructuración familiar, conductas anómalas y otras circunstancias del entorno que pueden afectar a los cuidados y a la atención que reciben los niños.

Estimamos que el apego padres-hijos, es esencial en la prevención del maltrato y es en el momento del nacimiento y los primeros días de vida cuando se establece esta vinculación.

La incorporación de un nuevo miembro a la Unidad Familiar, conlleva una época de crisis y reestructuración, donde la mayor receptividad de la familia, facilita la intervención profesional y por tanto la posibilidad de incluir pautas preventivas.

### Actuación en el hospital

Las tareas a desarrollar en el Hospital son las siguientes

#### A) Apertura de la hoja de observación

- El Programa es de aplicación a todo niño nacido o ingresado en las Unidades de neonatología.
- El personal facultativo y/o de enfermería debe abrir la Hoja de observación (fig 1) y cumplimentar la misma, en base a los datos que se obtengan del estudio de la historia clínica y del contacto directo con el recién nacido y su familia.

**Fig 1: Hoja de Observación.**

NOMBRE:			FACTORES DE RIESGO:												FECHA INGRESO: FECHA ALTA:	
VISITAS QUE RECIBE			1 <sup>0</sup> semana			2 <sup>0</sup> semana			3 <sup>0</sup> semana			4 <sup>0</sup> semana			OBSERVACIONES (2)	
DIARIA			M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N		
FRECUENTE > 3 por semana																
OCASIONAL < 3 por semana																
HORARIO INUSUAL (Ej. horas noct)																
NO EXISTEN																
ACTITUD DE LOS PADRES (hacia el niño)															OBSERVACIONES (3)	
CARIÑOSA Y AFECTIVA																
PASIVA (no le tocan no le hablan)																
BRUSQUEDAD CONTACTO CON NIÑO																
INMADURA (respecto al aprendizaje del manejo del niño)																
ANSIOSA O ANGUSTIADA Ej. Preocupación excesiva																
ESCASO INTERES																
AGRESIVA (respecto a la pareja o hacia el personal)															OBSERVACIONES (3)	
FASE PREALTA			SI	NO	PREDICCIÓN DE LA ADAPTACION AL HOGAR											
RELAJADOS Y CONFIADOS EN SU CAPACIDAD																
APOYO MUTUO ENTRE LA PAREJA																
ANSIEDAD (persistente, excesiva)					COMPORTAMIENTO DEL NIÑO (llorón, tranquilo, irritable)											
PERSISTENTE FALTA DE INTERES																

1) En los casos de Nido rellenar solo la 1<sup>0</sup> semana 2) Indicar quien realiza la visita 3) Indicar si hay diferencias entre padre/ madre

#### B) Observación y valoración en planta

- En el momento de la identificación de algún factor de riesgo los profesionales de enfermería y los facultativos, en la dinámica habitual de trabajo de cada profesional, deben cumplimentar su parte correspondiente del *Protocolo de Detección-Derivación-Devolución*.
- A su vez, solicitarán la intervención al equipo psicosocial.
- A partir de recibir la notificación, el trabajador social y el psicólogo en su caso, mediante la solicitud de información a otros profesionales y a través de entrevistas a los progenitores y otros familiares, ampliarán la información sobre el caso, valorando definitivamente la situación.

C) **Derivación a zona**

- Una vez valorada la situación concreta, al alta del recién nacido y en todo caso dentro de los 15 días posteriores a la misma, el trabajador social del hospital a través de la cumplimentación y envío del *Protocolo autocopiativo de Detección-Derivación-Devolución*, se asegurará la derivación del caso a los recursos oportunos, según la gravedad del riesgo detectado establecida por los siguientes criterios:

1º *Se evidencia situación de riesgo. Necesidad de apoyo y seguimiento:*

- -Derivación a Servicios Sociales Comunitarios.
- -Derivación al Centro de Salud.

2º *Se evidencia situación de alto riesgo, pero existen figuras familiares que se hacen cargo del recién nacido. Necesidad de valoración y/o apoyo y seguimiento:*

- Derivación a Comisión de Tutela del Menor (C.T.M.)
- Derivación a Servicios Sociales Comunitarios.
- Derivación al Centro de Salud.

3º *Se evidencia una situación de desprotección, ante la imposibilidad de que el recién nacido permanezca con sus progenitores:*

- Derivación a C.T.M.
- Derivación a Servicios Sociales Comunitarios( excepto renuncia expresa o abandono).

**Actuación en la zona**

El hospital derivará los casos de riesgo social a los dispositivos de salud y servicios sociales de su ámbito territorial, que serán los encargados de su seguimiento.

Se realizará en los centros de Atención Primaria (Programa del Niño sano) o Centros Municipales de salud en caso de no disponer de cobertura sanitaria y de Servicios Sociales municipales o distritales.

Ambas instituciones se coordinarán a través de los mecanismos establecidos en cada municipio o distrito, priorizando los *Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia*, en el momento en que los mismos estén implantados.

En el plazo de tres meses, aproximadamente, notificarán al hospital derivante la confirmación o no de la situación de riesgo y en su caso los recursos aplicados.

**Hoja de notificación de riesgo en la embarazada y el recién nacido.-**

Además de cumplimentar el *Protocolo de Detección-Derivación-Devolución*, los profesionales deberán rellenar la **HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO EN LA EMBARAZADA Y EL RECIÉN NACIDO** (fig. 2) siempre que se den uno o varios indicadores significativos y:

- Enviar un ejemplar al Registro de casos de Maltrato Infantil del Instituto Madrileño del Menor y la familia.
- Entregar un ejemplar al Trabajador social de la Institución
- Archivar un ejemplar en la Historia Clínica del niño.

**Fig. 2 .** Hoja de Notificación de Riesgo en la Embarazada y el Recién Nacido

# PROTOCOLO DE DETECCIÓN-derivación-DEVOLUCIÓN

En el anexo figuran los ejemplares M1(fig.: 3a y 3b) y M2 (fig.: 4ª y 4b) del protocolo de Detección-Derivación-Devolución, que constituye el soporte documental básico del programa y que permite tanto la comunicación entre los distintos servicios implicados, como la recogida de datos necesaria para una explotación estadística que permita la evaluación continuada del Programa.

El ejemplar M1 es un cuadernillo compuesto por 3 hojas autocopiativas. La primera (blanca) para los servicios sociales de zona; la segunda (amarilla) para el Equipo de Atención primaria, la tercera (azul) para el Hospital.

**Fig. 3a: Ejemplar M-1**

M-1	PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN RECIÉN NACIDOS												N.P.¹			
MENOR	Apellidos:						Nombre:									
	Sexo²		F.N.³				Hospital					R.N.⁴				
MADRE	Apellidos:						Nombre:									
	E.C.⁵		F.N.³				N.I.F.									
FAMILIA	Nombre⁶	PA	EC	ED	OC	CO	Nombre	PA	EC	ED	OC	CO				
D7	C/ _____ nº _____ Población _____ C.P. _____															
	Régimen tenencia: Nj Convivientes: Teléfono: Dt( Municipal )															
A8	Centro S.S.SS.:						Profesional:									
	Equipo A.P. / Centro Municipal de Salud:						Profesional:									
<b>1. VALORACIÓN EN PLANTA</b> ⁹																
Descripción:																
Puesto												Nombre				
<b>2. VALORACIÓN PSICOSOCIAL</b> ¹⁰																
Situación socio-familiar:																
Problemas planteados/detectados:																
Valoración interdisciplinar:																
FIRMA												Nombre				

**Fig. 3b: Instrucciones M-1**

**INSTRUCCIONES (M1):**

- N¹ Protocolo. Se numerará de forma consecutiva el orden de apertura del Protocolo, reservando los dos espacios de la derecha para los dos últimos dígitos del año.
  - Sexo. Se consignará: **1** para los niños; **2** para las niñas.
  - FN: Fecha de Nacimiento. Se anotará de izquierda a derecha: año; 4 dígitos / mes; 2 dígitos / día; 2 dígitos.
    - En caso de ser desconocida, se consignará código 1111 11 11.
  - R.N. Se anotará: **1** para Recién Nacido Sano; **2** para R.N. Ingresado; **3** para Lactante.
  - EC: Estado Civil. Se consignará el estado civil y el código, de acuerdo a las siguientes categorías:
    - Soltera/o
    - Casada/o
    - Viuda/o
    - Divorciada/o
    - Separada/o
    - Unión de hecho
    - Otros (especificar)
  - Núcleo familiar y convivencial en relación al recién nacido. Se indicarán los apellidos y nombre de cada miembro de la *unidad familiar* (padre y hermanos) o de *convivencia* (excluida la madre), señalando el código correspondiente a cada una de las columnas, de acuerdo con las siguientes categorías:
 

**PA** (parentesco): **1** para padre; **2** para hermano/a; **3** para abuelo/a; **4** para tío/a; **9** para otros.

**EC** (estado civil): se codificará igual que en el apartado 6.

**ED** (edad): se indicará el valor en años.

**OC** (ocupación):

    - Ocupado estable.
    - Ama de Casa.
    - Ocupado inestable.
    - Parado con subsidio.
    - Parado sin subsidio.
    - Jubilado.
    - No procede.

**CO** (conviviente):

**1** si se prevé su convivencia al alta con el recién nacido **9** si no se posee información suficiente **0** si no se prevé su convivencia
  - Domicilio. Se consignarán los datos referidos al domicilio en el que vaya a residir el menor.
  - Derivación al Alta Hospitalaria. Se señalarán los servicios y profesionales a los que se envía el Protocolo.
  - A cumplimentar por el personal de planta.
- A cumplimentar por el trabajador/a social y/o psicólogo/a del hospital.

El ejemplar M2 es un cuadernillo compuesto por 3 hojas autocopiativas. La primera (azul) para el hospital; la segunda (amarilla) para el IMMF ; la tercera (blanca) para los servicios sociales de zona.

Fig. 4a: Ejemplar M-2

PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN RECIÉN NACIDOS															M-2	
N <sup>1</sup> PROT		C.I.P. <sup>2</sup>														
MENOR		F.N. <sup>3</sup>			Sexo <sup>4</sup>			Partos Múltiples <sup>5</sup>			R. <sup>6</sup>					
MADRE		F.N. <sup>3</sup>			E.C. <sup>7</sup>			Hospital <sup>8</sup>								
Domicilio		Población			C.P.			C.R. <sup>2</sup>								
Dirección completa:																
1. F. Detección <sup>10</sup>					F.R. <sup>16</sup>			1								
2. F. Derivación <sup>11</sup>					F.R. <sup>16</sup>			1								
3. F. Devolución <sup>12/13</sup>					F.R. <sup>16</sup>			1								
<b>3. VALORACIÓN EN ZONA<sup>13</sup></b>																
Núcleo Convivencial <sup>14</sup>		Coordinación establecida <sup>15</sup>														
Valoración Interdisciplinar:																
Recursos y/o prestaciones a emplear:																
Recursos necesarios no disponibles:																
FIRMA																
Puesto		Nombre														

Fig. 4b: Instrucciones M-2

INSTRUCCIONES (M2):

- N<sup>1</sup> Protocolo.  
Se numerará de forma consecutiva el orden de apertura del Protocolo, reservando los dos espacios de la derecha para los dos últimos dígitos del año.
  - A cumplimentar por el IMMF.
  - Fecha de Nacimiento  
Se anotará de izquierda a derecha: año; 4 dígitos / mes; 2 dígitos / día; 2 dígitos. En caso de ser desconocida 1111 11 11.
  - El sexo del menor.  
Se consignará: **1** para los niños; **2** para las niñas.
  - Partos Múltiples:  
Se anotará de izquierda a derecha el número de nacidos vivos y el orden que ocupa entre éstos. En partos únicos codificar 1 1.
  - R.N.  
Se anotará: **1** para Recién Nacido Sano; **2** para R.N. Ingresado; **3** para Lactante.
  - EC: Estado Civil.  
Se consignará el estado civil y el código, de acuerdo a las siguientes categorías:  
**1.** Soltera/o **2.** Casada/o **3.** Viuda/o **4.** Divorciada/o **5.** Separada/o **6.** Unión de hecho **9.** Otros.
  - Hospital.  
Se anotará su código correspondiente, de acuerdo con la catalogación nacional de hospitales del M1 de Sanidad y Consumo.
  - Domicilio.  
Se consignarán los datos referidos al domicilio en el que vaya a residir el menor.
  - 10 - 11 - 12. Fecha de Detección/Derivación/Devolución.  
Se anotará de izquierda a derecha: año; 4 dígitos / mes; 2 dígitos / día; 2 dígitos, y respectivamente: **(10)** la fecha de petición de interconsulta para valoración psic-social; **(11)** la fecha de derivación del hospital a la zona, o en caso de que no proceda, al IMMF con código 1111 11 11; **(12)** a fecha de devolución del Protocolo de la zona al hospital.
  - A cumplimentar por el trabajador/a social de los SS.SS. de la zona, que devolverá las dos primeras hojas (ejemplares para el hospital y para el IMMF) al hospital.
  - A cumplimentar por:
    - El trabajador/a social de los Servicios Sociales de la zona, indicando el tipo de núcleo de convivencia del menor en el momento de cumplimentar el protocolo.
    - El trabajador/a social del Hospital, si no procede la derivación a zona.  
En ambos casos, según los siguientes códigos: **1** Padres; **2** Familia Extensa; **3** Padres y Familia Extensa; **4** Centro de Acogida; **5** Adopción; **6** Otros.
  - Se indicará comenzando por la primera casilla de la izquierda:
    - Casilla 1: Coordinación con Equipo Atención Primaria. Indicar código 1.
    - Casilla 2: Coordinación con Centro Municipal de Salud. Indicar código 2.
    - Casilla 3: Coordinación con SS.SS. especializados. Indicar código 3.
    - Casilla 4: Otros. Indicar código 4. (especificar en el espacio reservado a la izquierda).
- Indicar código 9 en las casillas correspondientes que no se halla establecido coordinación. La coordinación puede haberse establecido con uno o más de los recursos señalados.
16. FR: Factores de Riesgo.  
Se anotarán los factores de riesgo observados, en orden de importancia desde el 11, hasta un máximo de 6.

## Normas de procedimiento para el personal del hospital

El personal del Hospital deberá realizar acciones en relación al Protocolo, en dos momentos distintos:

### 1º Remisión de las Hojas de los modelos M-1 y M-2

- El modelo M-1 una vez cumplimentado en su totalidad, incluyendo las valoraciones realizadas por el personal de planta y especializado (trabajador/a social y psicólogo/a en su caso) del centro hospitalario, se separará en las tres hojas que lo componen.

En el caso de que el personal especializado estime que no existe el riesgo social detectado por el personal de planta, remitirá cumplimentada al IMMF, la hoja amarilla del modelo M-2 para su inclusión en la base de datos, dando por finalizadas las actuaciones.

En el caso contrario, se actuará como sigue:

- La hoja azul, EJEMPLAR PARA EL HOSPITAL, permanecerá en el centro hospitalario.
- La hoja amarilla, EJEMPLAR PARA EL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA, se remitirá al pediatra y Trabajador/a Social del Centro que proceda.
- La hoja blanca, EJEMPLAR PARA LOS SERVICIOS SOCIALES DE ZONA, se remitirá a dichos servicios junto con las tres hojas del modelo M-2, del que se deberán completar los apartados específicos señalados hasta el *número de llamada* 13.

*La remisión de la hoja, supone la notificación de un presunto caso de riesgo social que debe ser confirmado o desestimado por los Servicios Sociales Municipales.*

### 2º Recepción de las Hojas del modelo M-2.

Los Servicios Sociales deberán devolver las hojas azules, EJEMPLAR PARA EL HOSPITAL y amarilla EJEMPLAR PARA EL IMMF del modelo M-2, en un plazo no superior a tres meses desde su envío por el Hospital.

## Evaluación

El proceso de evaluación se lleva a cabo:

- *Trimestralmente*, se envían los informes de derivación de los Servicios Sociales al Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
- *Anualmente*, se hace una explotación estadística de los resultados para adjuntar a la memoria de actividad del Servicio.

## Logros

- La puesta en marcha del Programa aumenta la detección e intervención precoz, favoreciendo, estimulando y sensibilizando a los profesionales de los diferentes sectores, acercándonos para el desarrollo de una tarea común, donde los protagonistas son el recién nacido y su familia.
- Facilita y aumenta la coordinación intra y extrahospitalaria, especialmente con los servicios sociales y atención primaria de salud, favoreciendo el seguimiento desde los dos niveles de atención.
- Unifica criterios y optimiza recursos.
- La aplicación de instrumentos de evaluación y derivación, posibilita el trabajo de los diferentes profesionales e incrementa la fiabilidad de los diagnósticos, al tener en cuenta otras valoraciones, introduciendo criterios de calidad.
- Propicia estudios retrospectivos para evaluar los resultados obtenidos.
- Al intentar ofrecer una asistencia de calidad, se ha puesto de relieve una recomendación de los profesionales hospitalarios: la necesidad de potenciar la **relación madre-hijo**. Para ello ha de crearse un entorno de confianza y **espacios adecuados**, donde puedan permanecer los padres el mayor tiempo posible, sobretudo en situaciones de hospitalización prolongada dada la existencia de un riesgo biológico añadido.

## Dificultades

- Hay familias que rechazan la ayuda institucional lo cual dificulta el seguimiento.
- La puesta en marcha del programa supone un esfuerzo adicional en la actividad laboral que no siempre se ve compensada con recursos materiales y/o humanos.
- No contesta el 100% de los profesionales.
- A la hora de valorar los supuestos de riesgo social moderado, los profesionales mantienen criterios dispares.

## Propuestas

- Se debe apostar por políticas preventivas más que asistenciales, para evitar situaciones de cronicidad y dependencia en los usuarios, lo que implica mayor inversión en los presupuestos de la Administración dedicados a promover el bienestar social.
- Se debe seguir potenciando el trabajo por programas y en equipos multidisciplinares, porque se demuestra su rentabilidad y eficacia.



# INVESTIGACIÓN EN MALTRATO INFANTIL

Pilar Serrano Gallardo  
Silvia Fernández Rodríguez

## Índice

1. Introducción
2. Estado actual de la investigación en los malos tratos infantiles
  - 2.1. Situación Internacional
  - 2.2. Situación Nacional
  - 2.3. Situación Regional.
3. Requisitos conceptuales y metodológicos para investigar en el tema de los malos tratos infantiles
  - 3.1 Fundamentación del problema a investigar:
  - 3.2 Marco teórico y contextualización sobre el problema que se estudia:
  - 3.3 Delimitación del problema objeto de estudio
  - 3.4..2 Población y muestra
  - 3.4..3 Variables e indicadores
  - 3.4..4 Descripción de herramientas dirigidas a garantizar la fiabilidad y validez de los datos:
4. Consideraciones finales acerca de la investigación en el tema de los malos tratos infantiles
5. Bibliografía

## 1. Introducción

El desarrollo de la Enfermería como disciplina exige el compromiso de sus profesionales en la tarea investigadora. En los últimos años, la preocupación de los enfermeros por hacerse patentes en los foros científicos es cada vez más significativa.

La escasa tradición investigadora sobre Maltrato Infantil dificulta la existencia de criterios homogéneos tanto en la definición del mismo, como en la identificación de sus factores de riesgo o predictores, así como en su caracterización una vez que ha sido detectado. La dificultad en la conceptualización de este problema, radica en la heterogeneidad del Maltrato en sí, en cuanto a los criterios de clasificación, los diferentes enfoques profesionales ante una misma situación, las causas y las consecuencias del Maltrato.

El Derecho a la Protección a la Infancia, junto con la necesidad del desarrollo de la labor investigadora en todo lo referente al mismo, se contempla de manera implícita en diversos textos legislativos de carácter internacional y nacional. (Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas de 1989 (1), Carta Europea de los Derechos del Niño (2), Constitución Española (3), Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor (4), etc.)

Desde la OMS, las directrices propuestas para avanzar en el conocimiento y vigilancia epidemiológica del Maltrato en la Infancia, pasan por desarrollar estudios de investigación *ad hoc* que, utilizando tanto metodología prospectiva como retrospectiva, permitan estimar la magnitud real del problema. Algunas de las áreas de conocimiento a desarrollar son: el impacto que el Maltrato Infantil tiene como problema de salud pública, los recursos invertidos tanto en la prevención, como en la resolución de los problemas y sus consecuencias, en aras de poder también estimar indicadores de carga económica. Propone así mismo, estudiar el seno familiar y resto de factores asociados como predictores del Maltrato. Para la OMS, la investigación contribuirá al desarrollo científico en la prevención de este problema, permitiendo actuaciones basadas en la evidencia con criterios de efectividad y eficiencia así como éticamente aceptables. De igual forma, establece la necesidad de incluir en los diferentes currículums de los profesionales sanitarios, formación actualizada sobre este problema de la infancia (5).

En nuestro país, la Comisión Permanente del Observatorio de la Infancia plantea, como uno de los requisitos mínimos para la actuación en el Maltrato Infantil, el desarrollo de un trabajo coordinado, en equipo y con bases científicas, y no desde el voluntarismo (6).

La naturaleza privada del fenómeno del Maltrato, hace que sea un problema de delicado reconocimiento y con un componente altamente sensitivo. Las dificultades añadidas en el diagnóstico en cuanto al peso que ejercen los factores sociales, culturales, e incluso religiosos, sobre el trato a los niños, condicionan el poder concretar “los límites entre lo socialmente aceptable, y lo potencialmente denunciabile”. De igual forma, existen dificultades a la hora de poder diferenciar de una manera objetiva, entre los diferentes tipos de Maltrato; de manera especial en lo relacionado con el Maltrato Emocional y la Negligencia. Sin embargo, es necesario la existencia de indicadores claros, con independencia de los condicionantes culturales y sociales. Como en muchos otros problemas de salud, los signos detectados o casos de Maltrato Infantil notificados, son sólo “la punta del iceberg”, de ahí la necesidad de profundizar en el conocimiento del mismo (7).

Por otro lado, la omisión por parte de los profesionales sanitarios de la comunicación de los casos, impide la cuantificación del problema, así como la toma de las medidas de prevención y control pertinentes en cada una de las circunstancias. Si bien es cierto que la implementación de registros fiables desarrollada en los últimos años, junto con el desarrollo de la legislación al respecto (obligando a notificar incluso aquellas situaciones en las que existe un riesgo potencial), están contribuyendo a la aproximación real del problema en cuanto a conocer la dimensión del mismo. La Ley de Protección Jurídica del Menor (Ley 1/96) (4), obliga a los profesionales a notificar también las situaciones de riesgo y sospecha, a los servicios con competencia en materia de protección de menores. De igual forma, el propio Código Deontológico de la Enfermería Española, en su Capítulo VII artículo 39, establece la obligatoriedad de la denuncia y protección a los niños que estén sometidos a cualquier tipo de abuso (8).

Dentro del Plan de Atención a la Infancia de la Comunidad de Madrid, la investigación para mejorar la actuación sobre la detección de los problemas y sus causas, es una de las herramientas metodológicas junto con la formación permanente, para la mejora de la calidad de la atención (9).

Las instituciones sanitarias, sociales, educativas y del orden público, puesto que están presentes en todas las fases de socialización del individuo y en la salvaguarda de los Derechos del Niño, deben participar en los estudios de investigación de manera conjunta. Sólo un enfoque multidisciplinar y multiinstitucional, facilitador del análisis necesario para encarar la problemática del niño sometido a maltrato, permitirá unas líneas de investigación coordinadas y objetivas. El ámbito sanitario, y por extensión el profesional de Enfermería, se haya en situación privilegiada para la detección de situaciones de riesgo para el niño, desde cualquiera de los niveles desde donde desarrolle su trabajo (asistencial, docente, investigadora).

De lo anteriormente expuesto, se deduce que la enfermera ha de reunir los conocimientos y habilidades necesarios para ofrecer unos cuidados integrales tanto al niño sometido a cualquier tipo de abuso, como a todas aquellas personas (padres, tutores, profesores, etc) responsables de esta acción sobre el menor. Así mismo, la enfermera debe desarrollar un papel importante y activo en las investigaciones relacionadas con este tema, dirigido tanto a dar luz sobre el problema, como proponer medidas de prevención y control para estos niños. Por lo tanto, investigación y formación son un binomio que no deben separarse.

## **2. Estado actual de la investigación en los malos tratos infantiles**

La metodología de la investigación, desde el momento en que se ha reconocido la dimensión biopsicosocial de los problemas de salud, tiene dos vertientes claramente diferenciadas: por un lado estaría la perspectiva claramente cuantitativa que busca la constatación empírica y la medición objetiva de los sucesos, siendo siempre un enfoque más matemático y estadístico ; y por otro lado la vertiente cualitativa, que destaca la importancia del discurso y del lenguaje, así como la interpretación de éstos dentro de un contexto. En este sentido deja de tener importancia la persecución de lo "significativo" que busca la investigación cuantitativa, para entregársela "al significado de la palabra" (10). En cualquier caso, y desde diferentes enfoques o paradigmas, la investigación siempre ha de contar con objetivos encaminados a la acción; es decir, que no sólo contribuyan a un aumento del conocimiento, sino también a la toma de decisiones: "Investigación para la Acción".

### **2.1 Situación Internacional**

Con el fin de identificar cuáles son las líneas de investigación en torno al Maltrato Infantil, desarrolladas desde cualquier ámbito de las ciencias sociales y sanitarias, se procedió a realizar una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de reconocimiento internacional en el campo de las ciencias de la salud (CINAHL, MEDLINE), así como de la producción enfermera en nuestro país (CUIDEN) (tabla 1). La razón de no delimitar las investigaciones a aquellas que corresponderían puramente al campo de la Enfermería, se debe a la escasez de trabajos publicados desde el mismo, y a conocer, en cierto modo, la contribución específica de la Enfermería.

**Tabla 1.** Resultados de la búsqueda bibliográfica.

Base de datos	Palabras Clave	Límites	Artículos resultantes	Originales / investigaciones	Investigaciones realizadas por Enfermeras
MEDLINE	Mistreatment & Minor	Fecha de Publicación entre 1990 y 2001	33	9	2
	Infant Abuse & Nursing	Fecha de Publicación en los últimos 10 años. LA=English. Sólo items con abstracts	121	12	12
CINAHL	Child Mistreatment	Limits:1999-2001/07 & (LA=Nursing) & (DT=research) & (LA=English) or (LA=Spanih)	8	8	8
CINAHL	Child Maltreatment	Limits:1999-2001/07 & (LA=Nursing) & (DT=research) & (LA=English) or (LA=Spanih)	6	6	5
CUIDEN	Maltrato Infantil	_____	10	2	0
Total			170	39	27

La producción científica en torno al Maltrato o Abuso en la Infancia, se ve limitada por todas las dificultades comentadas al inicio de este capítulo, escaseando los artículos originales con planteamientos rigurosos. A menudo se utilizan como muestra de población a estudiar, niños que se encuentran en los registros de los servicios de protección a la infancia, pretendiendo poder extrapolar los resultados obtenidos a la población general, y olvidando que este colectivo representa las situaciones más graves que son detectadas, investigadas y controladas (“la punta del iceberg”).

A la luz de estos resultados obtenidos de la búsqueda bibliográfica, y revisando los artículos originales obtenidos en cada una de las bases de datos, se pueden establecer cuáles son *los temas principales de investigación* que se contemplan en dichos estudios (tabla 2) (11-46). En líneas generales predominan los trabajos que hablan de factores de riesgo y/o asociados al Maltrato Infantil, y de forma diferenciada aquellos que contemplan circunstancias como el estrés, la ansiedad, la depresión en las madres, como predictores de cualquier tipo de Abuso en los niños. Son diversas las publicaciones que muestran en sus resultados la disminución o mejora en los casos de Maltrato a niños, sobre todo cuando las madres son incluidas en programas de educación sanitaria donde la enfermera participa como modificadora del nivel de estrés, ansiedad y depresión que se genera en las madres cuyos hijos tienen un riesgo de sufrir abuso, principalmente si son primíparas, y acentuado cuando existen factores sociales de riesgo (abuso de drogas, falta de apoyo social, ausencia de pareja, etc). Por el contrario, es reducido el número de estudios donde se evalúen las consecuencias del Maltrato, o la actitud de los profesionales sanitarios tanto para identificar los signos y síntomas del mismo en el niño, como para su denuncia y/o notificación.

**Tabla 2.** Características de los estudios sobre Malos Tratos Infantiles hallados en las bases de datos MEDLINE, CINAHL y CUIDEN (1990-2001)

Tema principal que abordan	Diseños utilizados						
	Descriptivo	Analítico (casos y controles)	Analítico (cohorte)	Analítico (transversal)	Experimental Ensayo Clínico Controlado	Cuasi-experimental	Metodología Cualitativa
Magnitud del problema y/o tipos de malos tratos infantiles	Osuna E. et al. (1995) (34) Fryer GE. et al. (1994) (38) Murphy JM. et al. (1992) (40)						
Fiabilidad y validez en el diagnóstico y/o en factores asociados	Hornor G. et al. (2000)* (16) Kuyvenhoven et al. (1998) (28) Felsten G. et al. (1999) (20) Shugerman Richard P. et al(1996)(32) Biehler JL. et al. (1994)* (36) Pillitteri A. et al. (1992)* (42) Fedman Kenneth W. et al. (1992) (41)						Fagan D (1998)* (27)
Factores y marcadores de riesgo	Lutenbacher M. (2000)* (13) Butz AM: et al. (1998)* (25) Higgings P. et al. (1996)* (30) Egami Y. et al. (1996) (31) Higgings P. et al. (1995)* (33) Osuna E. et al. (1995) (34) Fryer GE. et al. (1994) (38) Ney PG. et al. (1994) (39) Murphy JM. et al. (1992) (40) Scott d. (1992)* (43) Hong GK. et al. (1991) (45) Murphy JM. et al. (1991) (44)	Sachs B. et al. (1991)* (46)	Renker PR. (1999)* (17)	Kelley SJ. (1998)* (26)			Garvey CA. et al. (2000)* (15) Killion CM. (1998)* (24)
Factores protectores	Pridham KF. el al. (1999) (18)						
Efectividad de medidas para la prevención					Eckenrode J. et al. (2000)* (12) Olds D. et al. (1998)* (22) Taylor JA. (1997)* (29) Olds D. et al. (1995)*(35)	Rittner B. et al. (2000) (11) Gorzka PA. et al. (1999)* (19) Cowen PS. (1998)* (21) Reifsnider E. (1998)* (23) Vines SW. (1994)* (37)	
Consecuencias del maltrato	Ney PG. et al. (1994) (39)						

- Estudios realizados por enfermeras

Por otro lado, si tenemos en cuenta la categorización que establece la Comisión Permanente del Observatorio de la Infancia con relación a la tipología de Maltrato según se trate de un acto de acción u omisión (6), son muy pocos los estudios que se centran en un tipo concreto de Maltrato, y muchos están más dirigidos a las características de los maltratadores que de los maltratados, si bien es cierto que son varias las investigaciones que abordan el consumo de sustancias (drogas) en las madres como Maltrato Prenatal Activo y signo precursor del desarrollo de conductas de agresión o negligencia de estas madres hacia sus hijos. (tabla 3)

Atendiendo al *ámbito geográfico* de cada uno de estos estudios, se puede decir que en su gran mayoría son estadounidenses, siendo la presencia española muy limitada (tan sólo se encontró un artículo de investigación español: Osuna et al. (34)

**Tabla 3.** Investigaciones\*\* según Tipología de Maltrato Infantil

Tipo		Acción	Omisión	
PRENATAL		Kelley SJ (1998)* (26) Higgings P. Et al (1995)* (33) Higgings P. Et al (1996)* (30) Murphy JM et al (1991) (44)		
	POSTNATAL	Físico	Negligencia	Garvey CA et al (2000)* (15)
				Olds D et al. (1998)* (22)
				Renker PR (1999)* (17)
Olds D et al (1995)* (35)				
Osuna E et al (1995) (34)				
Fagan D (1998)* (27)				
Biehler JL et al (1994)* (36)				
Egami Y et al (1996) (31)				
Shugerman Richard P. et al. (1996) (32)				
Ney PG. et al. (1994) (39)				
Fedman Kenneth W. et al. (1992) (41)				
Ney PG. et al. (1994) (39)				
Emocional		Osuna E et al (1995) (34) Ney PG. et al. (1994) (39)		
	Sexual	Hornor G. Et al. (2000)* (16) Ney PG. et al. (1994) (39)		

\* Estudios realizados por enfermeras

\*\* Procedentes de la búsqueda bibliográfica realizada

## 2.2.- Situación Nacional

En España son varios los estudios llevados a cabo en el último decenio, tomando como unidad de análisis los expedientes de los servicios de protección a la infancia tanto autonómicos como nacionales, y con el fin de determinar la frecuencia de los diferentes tipos de Maltrato en la población menor de 18 años. Un estudio realizado entre 1991 y 1992 sobre 8.565 menores maltratados, valoraba la cifra media anual de menores maltratados detectados a través de los servicios de protección, en 0,44 por mil. La modalidad de maltrato que afectaba a un mayor número de niños era la negligencia (79,1%), seguido del maltrato emocional (42,5%), y el maltrato físico (30,1%) Los autores llamaban la atención sobre la infradetección de los abusos sexuales a menores, al menos en el ámbito familiar.(47)

Diferenciando por Comunidades Autónomas, destacan los estudios realizados en Cataluña donde se pone de manifiesto el predominio de la negligencia con un 50,4% de los casos de maltrato en el año 2000, frente a un 78,5% registrado en 1991. Andalucía sobresale por recoger las cifras más elevadas de maltrato físico, siendo un 30,1% de ellos negligencias (año 1995), y Castilla y León con una proporción de 92% de negligencia para el año 1993. (47)

Todos estos estudios deben ser valorados con prudencia y cautela, dado que esconden diferencias que dificultan la comparación de estas cifras, tanto por la población objeto de estudio que se ha tomado, como por la diversidad de metodologías empleadas en cada uno de ellos. Sólo a partir de la unificación de los sistemas de registro en torno al maltrato infantil para todas las Comunidades Autónomas, propuesto por la Comisión Permanente del Observatorio de la Infancia en septiembre de 2001 (6), es posible identificar la magnitud real de este problema en cuanto a casos que requieren una intervención desde los servicios de protección a la infancia, así como la comparación de las cifras de incidencia y prevalencia entre Comunidades.

Por lo que respecta a la mortalidad, las muertes ocurridas a consecuencia de cualquier tipo de Abuso en los niños son subnotificadas e infraestimadas, ya que en la mayoría de las ocasiones aparecen registrados en los boletines de defunción como muerte natural. Kuyvenhoven et al (28) detectaron en 1996 que, mientras se había recogido como causa de muerte en menores alguna forma de Maltrato en 6 sujetos, cuando se preguntaba al médico por la sospecha de que cualquier forma de abuso fuese una causa interviniente en el proceso que condujo al fallecimiento de estos niños, declararon haber sospechado en 33 ocasiones. No es desestimable el elevado riesgo de mortalidad asociada al Maltrato Infantil; un estudio llevado a cabo en Washintong entre 1973 a 1986 y citado por Morales et al. (48), puso de manifiesto que los niños de los servicios de protección infantil tenían 2,9 veces más riesgo de morir que una muestra apareada por edad, sexo y distrito de nacimiento. En España, hasta la actualidad, no se conoce ninguna investigación que relacione el maltrato en la infancia con la mortalidad. Sería necesario un enfoque desde una evaluación por "causas múltiples" (49,50); es decir, teniendo en cuenta no sólo la causa inmediata que aparece recogida en los boletines estadísticos de defunción, sino también aquellas condiciones recogidas entre las causas antecedentes (intermedia, inicial o fundamental).

### **2.3.- Situación Regional.**

Centrándose en el ámbito territorial de nuestra Comunidad y en los trabajos de investigación realizados en ella, encontramos que en octubre de 1998, un estudio realizado por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (51) con el objetivo de analizar la población infantil incluida en el sistema de protección jurídica y social, y cuya tutela o guarda tenía en aquellos momentos la Comunidad de Madrid, puso en evidencia la necesidad de investigar en mayor profundidad el ámbito de convivencia del menor, analizando las dinámicas inherentes al mismo. Este estudio permitiría obtener predictores del Maltrato así como determinar las variables dentro del entorno familiar relacionadas con la aparición de conductas inadecuadas por parte de los padres. Así mismo, se dedujo la necesidad de obtener indicadores de prevención y avanzar en el ámbito de la detección. Se entendía así el compromiso, entre otras, de instrumentar las políticas más adecuadas que debieran apoyarse en estudios e investigaciones convenientemente orientados.

Ante estos resultados, se llevó a cabo un segundo estudio (52) con el fin de proponer una lista única de indicadores sociales de riesgo y protección en la infancia, útil y aplicable en el contexto de la Comunidad de Madrid. Se realizó combinando dos técnicas de investigación cualitativa: los grupos de discusión y la técnica Delphi en una segunda fase. Fruto de esta investigación, se obtuvo una lista de factores de riesgo y protección social, categorizados en características personales del niño, de los progenitores (tutores); de relación entre los padres y de éstos con el niño; así como de la estructura familiar, relativos a la escolarización, a las redes de apoyo social, etc .

### **3.- Requisitos conceptuales y metodológicos para investigar en el tema de los malos tratos infantiles**

Si bien la labor investigadora está sujeta a unas directrices y recomendaciones generales, especialmente desde un paradigma positivista, para cualquier tema que se aborde relacionado, con las diferentes disciplinas (cuadro 1), existen elementos muy ligados al problema de estudio, los cuales van a determinar sustancialmente las estrategias para investigarlo. En el presente apartado se pretenden exponer aquellas especificidades que marca el tema de los Malos Tratos Infantiles en algunos de los pasos o elementos de un proyecto de investigación.

**Cuadro 1:** Recomendaciones generales para la realización de un proyecto de investigación.

Introducción	La introducción debería responder a las siguientes preguntas: ¿Qué se sabe del problema que se quiere investigar? (Marco Teórico y Contextualización). ¿Para qué se quiere estudiar el problema?, ¿por qué se estudia?, ¿qué aplicabilidad tendrán los resultados obtenidos? (Fundamentación). ¿Qué se quiere saber sobre el problema?, ¿qué interrogantes pretende responder la investigación? (Delimitación del problema). En este apartado se deben ir intercalando referencias bibliográficas, acotadas en el texto, que ayuden a conceptualizar, contextualizar y fundamentar el problema.
Objetivos	No es imprescindible que se enuncien objetivos si en el apartado de la introducción ha quedado suficientemente delimitado el problema. En el caso de que se enuncien no deberían implicar acciones metodológicas.
Material y método	Debe contener: Diseño del estudio. Definición de la población en la que se llevó a cabo el estudio. Descripción del tipo y técnica de muestreo que se ha utilizado, así como justificación del tamaño muestral. Variables e indicadores utilizados en el estudio. Instrumentos usados para la recogida de los datos. Descripción de los métodos utilizados para garantizar la fiabilidad y la validez de los datos. Métodos para el análisis de la información obtenida: tratamiento estadístico de los datos, paquetes informáticos. A veces es necesario incluir un apartado de limitaciones al estudio.
Cronograma y recursos necesarios	La descripción de las tareas a realizar en un eje de tiempo, así como los recursos (humanos, materiales y económicos) que se van a precisar para llevar a cabo el estudio.
Bibliografía	Debe ser actualizada, estar acotada en el texto y proceder de fuentes primarias. Ha de ser referenciable (trabajos publicados o que estén accesibles para los lectores). Pueden citarse trabajos aceptados para publicar. Existen varios estilos para referenciar la literatura. Uno de los estilos más conocidos y utilizados es el que se recomienda en las Normas de Vancouver (actualmente en vigor la 5ª edición de 1997, revisada en mayo de 2000).
Anexos	Se reservan para mostrar clasificaciones, taxonomías, instrumentos utilizados en la investigación, etc..

### 3.1- Fundamentación del problema a investigar:

La justificación para estudiar el problema de los Malos Tratos Infantiles es clara y contundente, tanto por su elevado impacto sociosanitario (gran magnitud, repercusiones y secuelas que ocasiona), como por la escasa producción científica al respecto. La importancia del tema ha llevado a que, desde diferentes esferas administrativas (nivel internacional, nacional y autonómico), se recomiende investigar sobre ello (1,53,54). Sin duda, desde la óptica enfermera está más claramente fundamentado el abordaje de los Malos Tratos Infantiles, dado que es este profesional el que, en muchas ocasiones, capta, atiende, deriva o realiza el seguimiento del sujeto maltratado o del maltratador; no en vano, la legislación en materia sanitaria promueve y recomienda el abordaje multiprofesional para la investigación del problema de los Malos Tratos en la Infancia.(53,54)

No obstante, el hecho de que las unidades de análisis sean mayoritariamente niños (en cualquier edad y a veces en situaciones sociales particulares como puede ser el que vivan en casas de acogidas, residencias, etc.), sumado a la naturaleza sensitiva del tema, introduce rasgos muy peculiares a la hora de investigar, y que tienen mucho que ver con consideraciones éticas; por ejemplo es complejo e incluso imposible pedir la colaboración de los sujetos participantes en el estudio, o hacerles entender conceptos como la confiabilidad, el anonimato, etc.. Esta realidad conlleva limitaciones de peso para investigar acerca del tema.

### 3.2.- Marco Teórico y Contextualización sobre el problema que se estudia:

El marco teórico sobre cierta cuestión es imprescindible tanto para ayudar a clarificar el objeto de estudio (delimitar la pregunta que se pretende responder en una investigación), como para interpretar los hallazgos de un estudio y encajarlos en el cuerpo de conocimientos o “estado de la cuestión” sobre cierto asunto. En

la revisión de la literatura realizada (tabla 1), fueron encontrados 37 artículos (27 de ellos realizados por enfermeras) que respondían a las características de un trabajo de investigación relacionado con los Malos Tratos Infantiles, estando muchos de ellos destinados a determinar la fiabilidad y validez del diagnóstico (maltrato), así como los factores asociados al problema, y siendo por lo tanto básicamente de corte descriptivo (tabla 2). Este hecho compromete la existencia de ese marco teórico necesario para guiar y dar coherencia a la investigación en cualquier campo. El trabajo de revisión sobre Modelos Conceptuales del Maltrato Infantil de Morales y cols. (48), pone de manifiesto que, si bien se ha teorizado sobre diversos enfoques para comprender el fenómeno de los Malos tratos infantiles (Modelo Ecológico del maltrato infantil, Modelo transaccional del maltrato infantil, Modelo Integral del maltrato infantil), todavía son pocos los trabajos de investigación que contemplan la multicausalidad de este fenómeno y que utilicen los diseños apropiados para adentrarse en la complejidad de este problema.

Por otra parte, el reducido número de estudios publicados sobre el tema que nos ocupa, limita su contextualización, necesaria en cualquier investigación, dado que contribuye en si mismo tanto a fundamentar el problema, como a construir el marco teórico.

### **3.3.- Delimitación del problema objeto de estudio:**

No se puede iniciar ninguna investigación sin tener cubierto este paso metodológico, del cual además depende de una forma clave el resto del protocolo de investigación, y por lo tanto el éxito de la tarea investigadora. Si no está claro *qué se quiere indagar, qué preguntas o cuestiones* han de quedar respondidas, difícilmente se va a poder diseñar el cómo hacerlo. El riesgo de no tener objetivos claros, es que se puede acabar en cualquier sitio; no sería razonable iniciar un estudio en el cual se indagara sobre un nutrido paquete de variables (no justificadas desde un marco teórico), *para ver qué sale*. A este respecto, y vinculado a las asociaciones a establecer entre variables para generar o consolidar hipótesis, Silva comenta: *...esta generación nunca podrá ser tarea de una computadora porque para ello es imprescindible el concurso de la sensibilidad y la creatividad humana.* (55)

Esclarecer el problema objeto de estudio se hace especialmente relevante en el campo de los Malos Tratos Infantiles, tanto por lo delicado y sensitivo del tema, como por la joven trayectoria de la investigación en esta área, que pone de manifiesto, por ejemplo, la dificultad para contar con una definición consensuada y clara de la entidad a investigar: malos tratos, riesgo de malos tratos, factores de riesgo que se contemplan actualmente. Sin lugar a dudas, la claridad intelectual de los investigadores es crítica en esta etapa, pero la revisión minuciosa y exhaustiva de la literatura científica al respecto ocupa un lugar estratégico porque permite la contrastación de diferentes autores, con diferentes enfoques y lo que cada uno de ellos aporta al estado de la cuestión; este conocimiento va a permitir centrar el objetivo que se pretende alcanzar, es decir, profundizar en aquello que se conoce superficialmente, aumentar aquello que se conoce insuficientemente, o descubrir aquello que aún no se conoce.

Según el documento "Unificación de hojas de detección, notificación y registro de casos de riesgo y maltrato infantil" del Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil del Observatorio de la Infancia (6), se establece la definición de Malos Tratos 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"*.

Ante una definición tan extensa, se hace aún más imprescindible la necesidad de delimitar aquello que va a constituir el objeto de estudio en una investigación centrada en los Malos Tratos Infantiles.

### **3.4.- Algunas estrategias metodológicas para abordar el problema objeto de estudio:**

#### **3.4.1.- Diseño:**

Los interrogante planteados, bien en la delimitación del problema o a través del enunciado de objetivos, van a determinar qué tipo de diseño será el más apropiado para ser respondidos. Aquellas investigaciones cuya pretensión máxima sea:

conocer la magnitud de los Malos Tratos en la Infancia, identificar las características (factores de riesgo o de protección) relacionadas con el maltrato, determinar criterios de fiabilidad y validez para el diagnóstico de las distintas situaciones (maltrato, riesgo de maltrato, factores de riesgo o de protección), conocer la opinión de los profesionales sociosanitarios y de la población, tanto acerca del maltrato como de la estrategias de intervención que se lleven a cabo, serán susceptibles de ser encaradas a través de *diseños descriptivos*, tanto transversales como longitudinales. Este tipo de diseños, considerados en algunos foros como de segunda clase, arrojan un conocimiento imprescindible para la gestión sanitaria, y permiten la generación de hipótesis de índole etiológica (ej. Aquellos progenitores que no tuvieron una interacción significativa con sus padres en la etapa infantil, maltratan más a sus hijos), candidatas o ser investigadas a través de estudios analíticos (experimentales y observacionales), los cuales, sin lugar a

duda, requieren de mayor pericia por parte del investigador, pero también permiten un conocimiento más profundo del fenómeno que se estudia.

Los *diseños analíticos de corte experimental* están considerados como los ideales para demostrar causalidad (entendiendo “causa” como *cualquier factor, condición o característica, cuya supresión elimina la posibilidad de que se produzca el efecto*, según Silva) (55), pero tienen muchas dificultades para ser llevados a cabo, sobre todo vinculadas a consideraciones éticas. Por otra parte, en los *estudios analíticos observacionales* (transversales, prospectivos o retrospectivos), si bien no cuentan con las limitaciones de tipo ético de los experimentos, hay que cuidar celosamente elementos de diseño y de análisis de los datos para no cometer sesgos o dar lugar a que ocurra un fenómeno de confusión, lo cual abocaría a un conocimiento engañoso.

Como ya se ha indicado anteriormente, la mayor parte de los estudios realizados en el tema de los Malos Tratos Infantiles (tabla 2) han utilizado un diseño descriptivo, lo cual traduce que el conocimiento obtenido de ellos no permite concluir, en rigor, sobre los factores desencadenantes o protectores de los malos tratos. Cabe comentar, que en un buen número de investigaciones (10 de las 37 localizadas), todas ellas realizadas por enfermeras, se ha llevado a cabo un diseño de tipo experimental, y en las cuales se ha tratado de demostrar la efectividad de medidas (programas, terapias, etc.) en la reducción de malos tratos infantiles o en la adquisición de habilidades consideradas como factores protectores en los malos tratos infantiles.

Otro tipo de diseños, en los que merece la pena detenerse son los llamados *estudios ecológicos*, ya que, a pesar de cierto desmerecido desprestigio, pueden ayudar, a veces con mayor claridad que las investigaciones con base individual, a determinar factores causales de aquellos procesos que comprometen la salud de la población (55); este hecho queda reflejado de manera transparente en el artículo de Carol Buck: *Después de Lalonde: hacia la generación de salud* (56), así como en el libro de Evans RG. et al.: *¿Por qué alguna gente está sana y otra no?* (57). Sin duda, los estudios ecológicos podrían aportar luz al problema de los Malos Tratos Infantiles, el cual tiene claramente componentes de índole social, cultural y económica en su génesis.

Finalmente en lo relativo al diseño, también es importante resaltar los *abordajes constructivistas* o centrados en metodologías cualitativas, los cuales, partiendo de otras asunciones científicas no presentes en el positivismo, consiguen obtener un conocimiento sólido, profundo y de mayor carácter explicativo, ofreciendo también, bajo los enfoques de Investigación-Acción, la posibilidad de modificar la realidad a la vez que se obtiene conocimiento (58-60). De los trabajos revisados, sólo tres respondían a este tipo de diseños (tabla 2), uno de ellos centrado en los factores relacionados con la fiabilidad y la validez a la hora de detectar una situación de maltrato infantil, y los otros dos en factores de riesgo. Cabe señalar, con relación este tipo de investigaciones, que, desde las instituciones sociosanitarias, se están llevando a cabo estudios muy interesantes que abren otra parte para la comprensión del complejo problema de los Malos Tratos; en esa línea están los trabajos de Martínez M. (61) y de Casas F. et al (52).

#### **3.4.2.- Población y muestra:**

Si bien para determinar la población objeto de estudio se ha de tener presente el objetivo de la investigación, para seleccionar la muestra es imprescindible partir del tipo de diseño elegido. En buena práctica, en los estudios descriptivos debería optarse por la realización de una técnica probabilística para la elección de la muestra, mientras que en los estudios analíticos se deben tener en cuenta otras consideraciones, distintas a las contempladas en la teoría formal del muestreo, a la hora de seleccionar los sujetos que van a participar en el estudio. (62). En lo que respecta a los malos tratos infantiles, la naturaleza sensitiva y delicada del fenómeno (tanto el problema en sí mismo como los factores asociados), compromete claramente este paso metodológico ya que no existe un marco muestral delimitado, ni por supuesto listados u ordenamientos que satisfagan o no la condición que se investiga (maltrato, riesgo de maltrato y factores de riesgo o protectores). En ninguno de los estudios, con un diseño descriptivo, revisados se ha utilizado un muestreo probabilístico, tratándose en la mayoría de las investigaciones de cohortes de casos (sujetos víctimas de malos tratos o sujetos con perfil de maltratador) acumulados y que han sido captados en instituciones sociosanitarias; este hecho impide conocer con fiabilidad y validez la magnitud y características del fenómeno de los Malos Tratos, ya que sólo se ha sido estudiado desde los casos captados por el sistema, los cuales representan las situaciones más extremas y que han sido denunciadas.

#### **3.4.3.- Variables e indicadores:**

La delimitación realizada del problema objeto de estudio ha de ser descompuesta en aquellas variables que por su sensibilidad y especificidad sean válidas para medir lo que se pretende medir, es decir, por aquellas variables capaces de representar el problema que se investiga. Posteriormente, el equipo investigador deberá consensuar una definición conceptual de la variables seleccionadas y a través de qué indicadores se van a medir (definición operativa u operacionalización) (63). Si bien este es un ejercicio complejo en

cualquier situación investigativa, en lo que respecta al tema de los Malos Tratos Infantiles se muestra especialmente complejo por diversos factores:

Las variables utilizadas para describir una situación de maltrato han sido obtenidas de los casos captados, pero tal y como se ha reflejado anteriormente, existen muchos casos no captados ni conocidos por el sistema (fenómeno del iceberg epidemiológico), los cuales podrían modificar el conocimiento que se tiene actualmente.

El hecho, ya comentado, de la escasa investigación analítica realizada en el tema, compromete el que se contemplen y, por lo tanto se indaguen, un conjunto de variables que se hayan demostrado, con el suficiente rigor metodológico, como asociadas, desencadenantes, precursoras o predictivas de los malos tratos.

Tanto la situación de maltrato, como los factores asociados a éste, responden a definiciones conceptuales complejas, e incluso confusas, lo cual dificulta enormemente que se pueda construir una definición operativa, susceptible de medición; sin duda, es complicado determinar cómo se van a medir conceptos como: "interacción significativa madre-hijo", "estado de salud mental de los cuidadores", "recursos sociosanitarios del entorno", "maltrato emocional", etc.

#### **3.4.4.- Descripción de herramientas dirigidas a garantizar la fiabilidad y validez de los datos:**

El hecho de haber elaborado una definición conceptual y operativa de las variables implicadas en el estudio, garantiza claramente la fiabilidad y validez de los datos que se van a recoger, pero no es esta cuestión la única a tener en cuenta.

En lo respecta a la *validez* de la información, es importante comentar que la selección del instrumento para la recogida de los datos juega un papel clave, y no tanto porque se trate de una herramienta "validada" (hace alusión a que ya ha sido utilizado en otras investigaciones para medir cierto fenómeno o concepto, y en cierto modo se ha demostrado eficaz para ello), sino porque dicho instrumento ha de recorrer, desde la lógica y el conocimiento profundo de lo que se pretende medir (validez de aspecto y de contenido) (55), todos los aspectos relevantes de dicho fenómeno. Desde ahí puede ser irrelevante incluir ciertos signos y síntomas para la detección de un caso de malos tratos, y de crucial importancia la inclusión de otras, las cuales han demostrado estar siempre correlacionadas con una situación de maltrato; la investigación de Shugerman Richard P. (32) refleja la situación descrita.

Por otra parte, no podrá existir validez si los datos obtenidos o los instrumentos utilizados no son fiables. La *fiabilidad*, como término aplicado a la estabilidad o consistencia de la información, alude a la obtención de resultados similares cuando se realizan dos o más mediciones. Esta cuestión es quizá la de mayor trascendencia a la hora de encarar una investigación sobre los Malos Tratos en general y centrados en el niño en particular, dado que por la ya comentada naturaleza sensitiva del tema, es más probable que se cometan sesgos de información relacionados con la veracidad de las declaraciones (tanto del sujeto maltratado como del maltratador) y con la búsqueda objetiva de los datos por parte del investigador (sesgo del observador). Por otra parte, la recogida de la información requiere, más en esta situación que en otras, el entrenamiento de los recolectores; no todas las enfermeras están formadas en el tema de los Malos Tratos Infantiles, y en el caso de estarlo, no todas están preparadas para obtener una información de forma rigurosa. Este hecho se pone de manifiesto en diversas investigaciones como las llevadas a cabo por Hornor G. et al. (16), Biehler J.L. et al. (36), Pillitteri A. et al. (42) y Fagan D. (27). La falta o escasa fiabilidad de los datos recogidos o de los instrumentos utilizados para recolectar la información, no sólo va a comprometer que sea verdad lo que se está obteniendo, sino que puede distorsionar la magnitud de lo que se está midiendo; posiblemente en el caso de los Malos Tratos Infantiles básicamente se va a cometer un sesgo de infraestimación, tanto porque se tiene miedo y/o vergüenza a declarar desde quien sufre o comete la agresión, como por el desconocimiento, falta de criterios unificados y/o temor de los profesionales que tienen que declarar los casos.

#### **4. Consideraciones finales acerca de la investigación en el tema de los malos tratos infantiles**

La necesidad de investigar en el tema de los Maltrato Infantil viene justificada tanto desde la escasez de estudios al respecto, como por tratarse de un problema de gran impacto y repercusiones en Salud Pública. Sin lugar a dudas, un conocimiento mayor y más profundo del tema proporcionaría la base para una intervención, de carácter preventivo o rehabilitador, eficiente, dado que los niños tienen por delante muchos años por vivir y además han de estar sanos para contribuir a una sociedad saludable.

El marco teórico a utilizar en la investigación sobre Malos Tratos Infantiles debe estar impregnado de una visión holística del fenómeno, lo que permitirá capturar al menos parte de su complejidad.

Desde un punto de vista metodológico, hay una importante carencia de diseños analíticos y ecológicos, así como los ubicados en un paradigma cualitativista. El desarrollo de investigaciones centradas en estos diseños posibilitará un conocimiento más real y más profundo sobre el problema. Por otra parte, es

necesaria la utilización de muestras probabilísticas que permitan indagar, desde el rigor, acerca de la magnitud real del problema de los Malos Tratos Infantiles en la población. En esta pretensión se requeriría también del uso de definiciones operacionalizadas y consensuadas sobre los diferentes tipos de malos tratos y sobre sus factores de riesgo; cabe comentar que el citado documento "Unificación de hojas de detección, notificación y registro de casos de riesgo y maltrato infantil" (6) puede constituir una herramienta imprescindible para este fin, dado que plantea los indicadores a utilizar en los diferentes ámbitos de atención y según los diferentes profesionales, así como aquellos a emplear en los niños y en sus agresores.

Por último, como se expresó al inicio de este capítulo, investigación y formación han de caminar de la mano. La capacitación y el entrenamiento de los profesionales constituye una estrategia clave, tanto porque contribuye a una investigación rigurosa sobre el problema, como porque aporta los conocimientos, actitudes y habilidades necesarias para intervenir sobre él.

## 5. Bibliografía

1. Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas de 1989. Artículo 19. B.O.E. num. 313 (31 de diciembre de 1990).
2. Carta Europea de los Derechos del Niño. Resolución A3-0172/92 del Parlamento Europeo sobre una Carta Europea de Derechos del Niño.
3. Constitución Española de 6 de diciembre de 1978.
4. Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor de 1996. BOE num. 15 (17 de enero 1996).
5. World Health Organization. Child Abuse Prevention Report. WHO/HSC/PVI/99.1
6. Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil. Observatorio de la Infancia. Unificación de Hojas de Detección, Notificación y Registro de Casos de Riesgo y Maltrato Infantil. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Acción Social, del Menor y de la Familia; 2001.
7. Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González MC. Niños Maltratados. Díaz de Santos, Madrid, 1997.
8. Organización Colegial de Enfermería. Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España. Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid: Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería de España; 1989.
9. Instituto del Menor y la Familia. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario. Madrid, 1999.
10. Gramide I. De la fascinación del número. Acerca de la necesaria flexibilidad metodología en la investigación en salud. Atención Primaria 1994; 14: 67-71.
11. Rittner B., Dozier CD. Effect of court-ordered substance abuse treatment in child protective services cases. Social Work 2000; 45 (2): 131-40.
12. Eckenrode J., Ganzel B., Henderson CR. Jr., Smith E., Olds DL., Powers J. et al. Preventing Child abuse and neglect with a program of nurse home visitation: the limiting effects of domestic violence. JAMA 2000; 284 (11): 1385-91.
13. Lutenbacher M. Perceptions of health status and the relationship with abuse history and mental health in low-income single mothers. Journal of Family Nursing 2000; 6 (4): 320-40.
14. Gagan MJ. Using vignettes to study nurse practitioners' performance in suspected domestic violence situations. Journal of Nursing Measurement 2000; 8 (1): 7-22.
15. Garvey CA., Gross D., Delaney K., Fogg L. Discipline across generations. Nurse Practitioner Forum 2000; 11 (2): 132-40.
16. Hornor G., McCleery J. Do pediatric nurse practitioners recognize sexual abuse?. Journal of Pediatric Health Care 2000; 14 (2): 45-9.
17. Renker PR. Physical abuse, social support, self-care, and pregnancy outcomes of older adolescents. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 1999; 28(4): 377-88.
18. Pridham KF, Pascoe J. The quality of mothers' solutions to child-rearing problems: what difference does setting internal or external to the family make?. Journal of Advance Nursing 1999; 30 (1): 211-9.
19. Gorzka PA. Homeless parents: parenting education to prevent abusive behaviours. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing 1999; 12 (3): 101-9.
20. Felsten G. et als. Aggression Questionnaire hostility scale predicts anger in response to mistreatment. Behav Res Ther. 1999; 37 (1): 87-97.
21. Cowen PS. Crisis child care: an intervention for at risk families. Issues Compr Pediatr Nurs 1998; 21 (3): 147-58.
22. Olds D., Henderson CR. Jr., Cole R., Kitzman H., Luckey D., Pettitt L. et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behaviour: 15 years follow-up of a randomized controlled trial. JAMA 1998; 280(14): 1238-44.
23. Reifsnider E. Reversing growth deficiency in children: the effect of a community-based intervention. Journal of Pediatric Health Care 1998; 12 (6 part 1): 305-12
24. Killion CM. Poverty and procreation among women: an anthropologic study with implications for health care providers. Journal of Nurse Midwifery 1998; 43 (4): 273-9.
25. Butz AM, Redman BK, Fry ST, Kolodner K. Ethical conflicts experienced by certified nurse practitioner in ambulatory setting. Journal of Pediatric health Care 1998; 12 (4): 183-90.

26. Kelley SJ. Stress and coping behaviours of substance-abusing mothers. *Journal of the Society of Pediatric Nurses* 1998; 3 (3): 103-10.
27. Fagan D. Children. Child abuse and neglect: the knowledge and practice of the Accident and Emergency Department. *Accident and Emergency Nursing* 1998; 6 (1): 30-5.
28. Kuyvenhoven MM., Hekkink CF., Voorn TB. Deaths due to abuse for the age group 0-18 years; an estimate of 40 cases in 1996 based on a survey of family practitioners and pediatricians. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142 (846): 2515-8.
29. Taylor JA., Davis RL., Kemper KJ. A randomized controlled trial of group versus individual well child care for high-risk children: maternal-child interaction and developmental outcomes. *Pediatrics* 1997; 99(6): E9.
30. Higgins P., Clough DH. and Wallerstedt C. Chemically dependent women's reactions to pregnancy. *Journal of Perinatal Education* 1996; 5 (3): 37-43.
31. Egami Y. et als. Psychiatric profile and sociodemographics characteristics of adults who report physically abusing or neglecting children. *Am J Psychiatry* 1996; 153 (7): 921-8.
32. Shugerman Richard P., Paéz A., Grossman D., Fedman Kenneth W., Grady MSean. Hemorragia epidural: ¿consecuencia de los malos tratos?. *Pediatrics* 1996; 41 (5): 315-319.
33. Higgins P., Clough DH. and Wallerstedt C. Self-esteem of pregnant substance abusers. *Maternal Child Nursing Journal* 1995; 23 (3): 75-81.
34. Osuna E. et als. Violence in the family setting: an analysis of mistreatment of minors and women. *Med Law* 1995; 14 (1-2): 117-22.
35. Olds D., Henderson CR. Jr., Kitzman H., Cole R. Effects of prenatal and infancy nurse home visitation on surveillance of child maltreatment. *Pediatrics* 1995; 95(3): 365-72.
36. Biehler JL., Sieck C., Bonner B., Steumky JH. A survey of health care and child protective services provider knowledge regarding the toe tourniquete syndrome. *Child Abuse Negl* 1994; 18(11): 987-93.
37. Vines SW., Williams-Burgess C. Effects of a community health nursing parent-baby (ad)venture program on depression and other selected maternal-child health outcomes. *Public Health Nurs* 1994; 11(3): 188-94.
38. Fryer GE et als. A survival analysis of revictimization in children: the case of Colorado. *Child Abuse Negl.* 1994; 18 (12): 1063-71.
39. Ney PG. et als. The worst combinations of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 1994; 18 (9): 705-14.
40. Murphy JM. et als. What happens after the care and protection petition?. Reabuse in a court sample. *Child Abuse Negl.* 1992; 16 (4): 485-93.
41. Fedman Kenneth W. Hematomas de las nalgas y las orejas debido a los malos tratos. *Pediatrics* 1992; 34 (4): 223-226.
42. Pillitteri A., Seidl A., Smith C., Stanton M. parent gender, victim gender, and family socioeconomic level influences o the potential reporting by nurses of physical child abuse. *Issues Compr Pediatr Nurs* 1992; 15(4): 239-47.
43. Scott D. Early identification of maternal depression as strategy in the prevention of child abuse. *Child Abuse Negl* 1992; 16(3): 345-58.
44. Murphy JM. et als. Substance abuse and serious child mistreatment: prevalence, risk, and outcome in a court sample. *Child Abuse Negl.* 1991; 15 (3): 197-211.
45. Hong GK., Hong LK. Comparative perspective on child abuse and neglected: Chinese versus Hispanics and whites. *Child Welfare* 1991; 70 (4): 463-75.
46. Sachs B., Hall LA. Maladaptive mother-child relationships: a pilot study. *Public Health Nurs* 1991; 8(4): 226-33.
47. Jiménez J., Oliva A., Saldaña D. *El Maltrato y Protección a la Infancia en España*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1996.
48. Morales JM et al. Modelos Conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. *Gac. Sanit.* 1997; 11 (5): 231-41
49. García Benavides F, Godoy C, Pérez S, Bolumar F. Codificación Múltiple de las Causas de Muerte: De morir "por" a morir "con". *Gac Sanit* 1992; 6: 53-57.
50. García Tardón A, Zaplana Piñero J, Hernández Mejías R, Cueto Espinar A. Estudio de las Causas Múltiples en Asturias, 1988. *Gac Sanit* 1993; 7: 78-85.
51. Simón C, López JL, Linaza JL. *La Población Infantil en Situación de Desamparo en la Comunidad de Madrid*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 1998.
52. Casas F., Gonzalez M., Calafat C., Fornells M. Riesgo y protección en la población infantil: factores sociales influyentes según los profesionales de la Comunidad de Madrid. Madrid: Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid; 2000.
53. Ley General de Sanidad (14/1986) de 1996. Artículo 8.1. B.O.E. num. 102 (29 de abril de 1986).
54. Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid (6/1995) de 1995. Capítulo III. B.O.C.M. num. 83 ( 7 de abril de 1995).
55. Silva AyÇaguer LC. *Cultura estadística e investigación científica en el campo de la salud: una mirada crítica*. Madrid: Díaz de Santos; 1997
56. Buck C. Beyond Lalonde: Creating Health. *Canadian Journal of Public Health* 1985; 76 (supplement 1): 19-24.
57. Evans RG., Borre ML., Marmor TR. ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?. Madrid: Díaz de Santos; 1996.
58. Polit DF., Hungler BP. Diseño y métodos de la investigación cualitativa. En: Polit DF., Hungler BP. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. Sexta Edición. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 231-248.

59. Murillo de la Vega S. Introducción a las Técnicas Cualitativas en un marco sanitario. En: Sánchez Moreno A., Aparicio Ramón V., Germán Bes C., Mazarrasa Alvear L., Merelles Tormo A., Sánchez García A. Enfermería Comunitaria 2. Epidemiología y enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 137-147.
60. De la Cuesta Benjumea C. Investigación Cualitativa en el campo de la salud. Rol de Enfermería 1997; (232): 13-16.
61. Martínez M. Representaciones Sociales de los adolescentes sobre la violencia. Madrid: Plataforma de Organizaciones de Infancia; 2000.
62. Silva AyÇaguer LC. Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 2000.
63. Abramson JH. Métodos de estudio en Medicina Comunitaria. Una introducción a los estudios epidemiológicos y de investigación. Madrid: Díaz de Santos; 1990.



# PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

José A. Díaz Huertas

## Índice

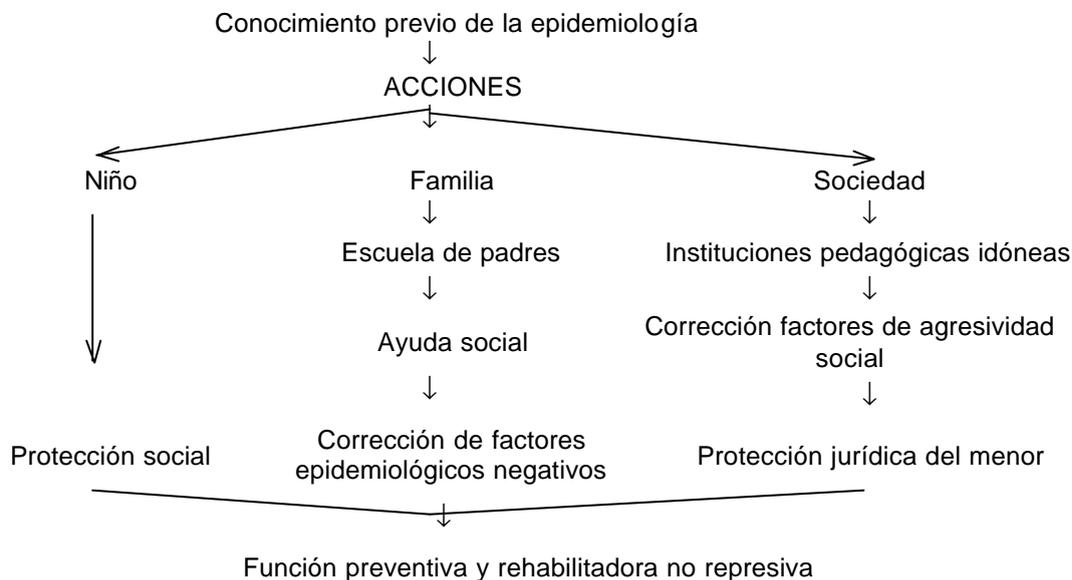
- Introducción
- Factores de protección o resiliencia
- Programa de Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario
- Violencia entre iguales
- Abusos sexuales
- Asociaciones para la prevención del maltrato infantil

## Introducción

La prevención del maltrato y abandono infantil, tanto de su perpetración como su repetición y secuelas, es una de las intervenciones más importantes que desde todos los ámbitos profesionales y ciudadanos se puede y debe realizar.

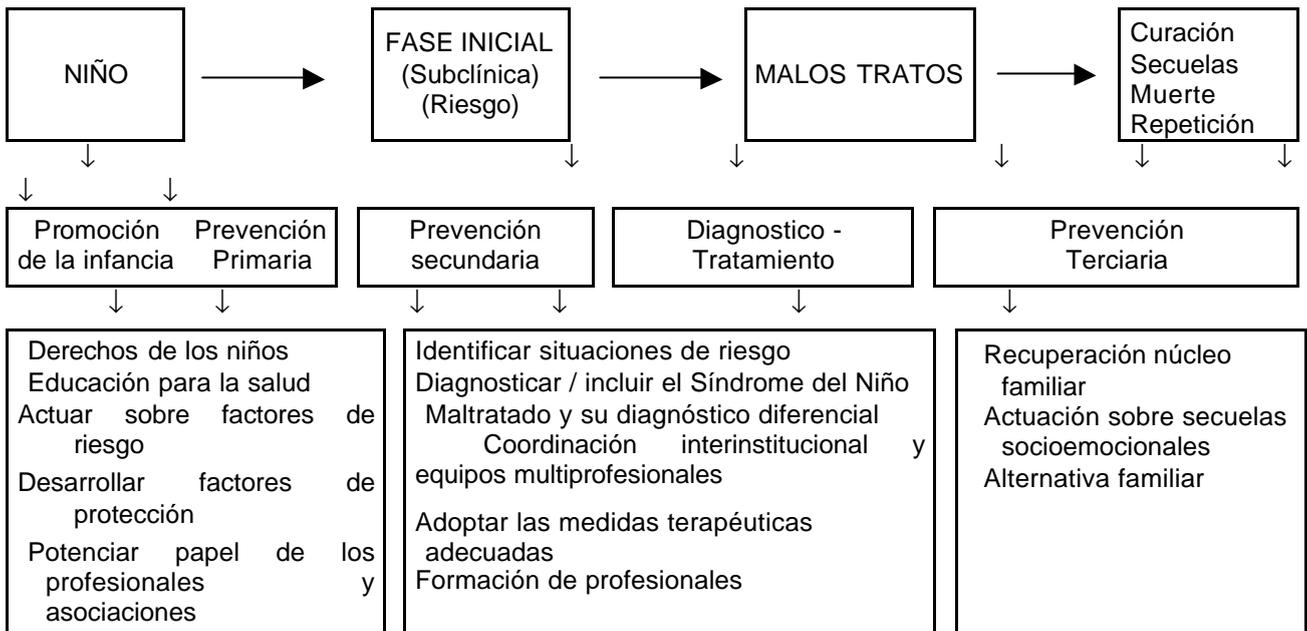
En una de las primeras monografías editadas en España en la década de 1980 sobre el maltrato infantil considera, en el capítulo referente a la prevención, que la epidemiología constituye un trabajo básico a la hora de acometer las diversas acciones preventivas, terapéuticas y rehabilitadoras que esta patología, problema sanitario-social-educativo-legal, demanda (Cuadro 1).

**Cuadro 1.** Prevención – tratamiento – rehabilitación del maltrato infantil (Labor de equipo)



La prevención del maltrato infantil podemos abordarla desde el concepto de maltrato infantil como un proceso dinámico, que incluye en su evolución una serie de circunstancias predisponentes, a menudo una etapa de carácter silencioso (riesgo), posteriormente se manifiesta clínicamente y socialmente, y finalmente, puede resolverse de una manera favorable dejando secuelas, producir la muerte y/ o repetirse, en que se puede actuar en los casos en diferentes niveles (Cuadro 2).

**Cuadro 2.** Maltrato infantil y niveles de prevención.



Los programas de prevención del maltrato infantil deben considerar ciertas premisas, como:

1. *Incidencia - prevalencia del problema.* La incidencia - prevalencia real del problema es difícil o imposible de conocer. A través de la existencia de factores de riesgo y de los casos detectados en la comunidad podremos realizar una estimación de la importancia del problema.

Para la prevención del maltrato infantil es necesario conocer la epidemiología, su incidencia y prevalencia, así como todos aquellos factores responsables de que el fenómeno tenga efecto.

2. *Evaluables.* Los programas de prevención del maltrato infantil deben establecer criterios de evaluación, estableciendo objetivos, cronogramas para las distintas actividades, indicadores, resultados esperados y criterios de valoración

Para la realización de estos programas se requiere la asignación de *recursos*. Debe establecerse los recursos humanos y dotaciones materiales - económicas que se destinan y cuales son sus objetivos - funciones y modo de acceder a ellos, y que recursos se disponen y cuales serían necesarios.

3. *Programas generales.* La prevención debe englobarse dentro de otros programas y servicios de promoción y protección de la salud, evitando marcar o estigmatizar a las personas atendidas, facilitando su acceso y confidencialidad.

El maltrato infantil, sus factores de riesgo y complicaciones, características de la población,..., obliga, por la amplitud del tema, a *establecer prioridades* en la intervención, fijando objetivos, generales y específicos, cronogramas y criterios de evaluación.

Los integrantes de la comunidad y sus asociaciones deben participar en la planificación y desarrollo de las acciones, organizarse y ayudar a buscar soluciones entre las que están la búsqueda de recursos para estos fines (*Participación Comunitaria*).

Los programas deben contemplar la *globalidad del problema*, desde la promoción de la infancia a la prevención (primaria, secundaria, terciaria), así como la detección y tratamiento multidisciplinar de los casos (Cuadro 3).

**Cuadro 3.** Maltrato infantil: niveles de prevención y su caracterización.

Prevención	Primaria	Secundaria	Terciaria
Población diana	General	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 Promoción de la salud y de la competencia de la población general	Detección y tratamiento tempranos Promoción de la salud y de la competencia de la población de alto riesgo	Tratamiento de las víctimas y de su entorno Promoción de la salud y de la competencia de las víctimas y de su entorno

4. *Equipos multiprofesionales y coordinación interinstitucional.* El abordaje de los malos tratos en la infancia requiere la actuación de un equipo multidisciplinar con formación en estrategias y recursos específicos en este área. Los diferentes equipos y servicios que intervienen (salud, sociales, educación, policía, justicia,..., asociaciones ciudadanas) obligan a que exista una coordinación en sus programas evitando la duplicidad en prestaciones y la ineficacia derivada de la interferencia entre dispositivos.

5. *Maltrato institucional.* El sistema de atención sanitaria, protocolos de trabajo, falta de formación, programas no dirigidos según el interés superior del niño, estudios médicos no justificados, ..., pueden constituir un maltrato denominado *maltrato institucional*.

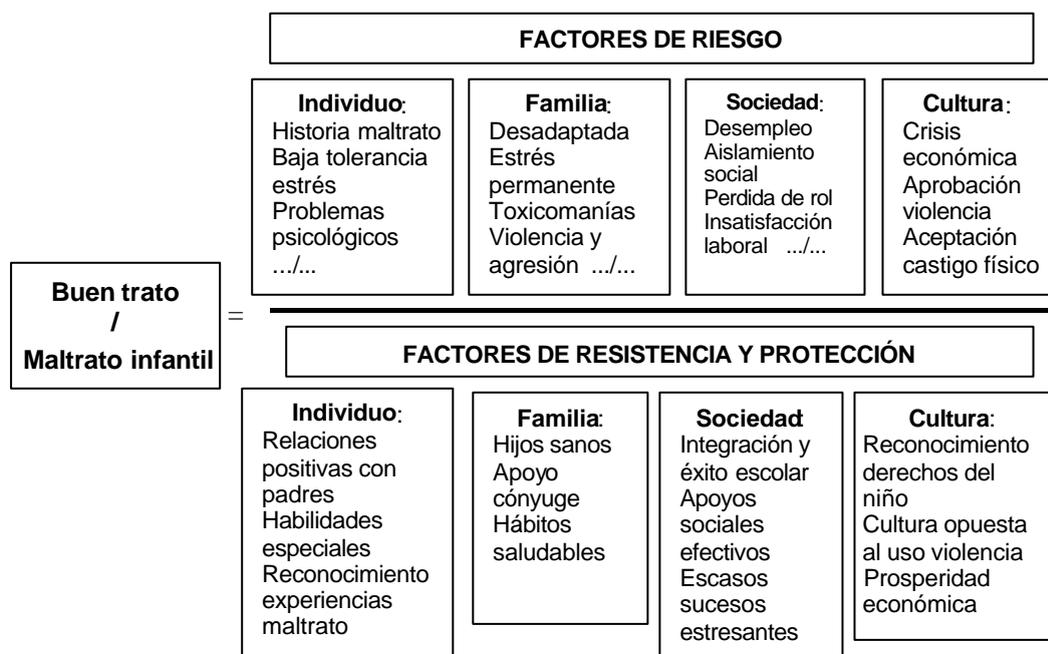
### Factores de protección o resiliencia

La *resiliencia* - resistencia o factores de protección - es aquella habilidad que muestran los individuos para hacer frente a adversidades y riesgos sociales, como los malos tratos en la infancia, para adaptarse y sobrevivir.

La resiliencia no implica invulnerabilidad sino una relativa inmunidad contra los acontecimientos de presión o factores de protección del individuo (recursos personales) y del entorno social (recursos sociales) desarrollando aquello que los individuos hacen bien y las características que les han permitido sobreponerse a la adversidad y sobrevivir al estrés y a las desigualdades existiendo distintas investigaciones a este respecto.

La existencia de un buen trato o de maltrato infantil estaría determinada por un equilibrio o desequilibrio entre los factores de riesgo y los factores de protección (Figura 1).

**Figura 1.** Modelo de prevención del maltrato infantil.



Es inusual en los programas de prevención del maltrato infantil considerar los factores o circunstancias que proveen de apoyo, protección o alivio y resistencia para los niños y jóvenes criados en privación o en condiciones de alto riesgo social.

La prevención debe implicar tanto la actuación ante los factores de riesgo como el desarrollo de factores de protección, resistencia o resiliencia.

## **Prevención desde el Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario**

La prevención del maltrato infantil desde el ámbito sanitario debe abarcar los tres niveles de prevención (primaria, secundaria, terciaria) y las líneas de actuación 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
- ◆ Estudios y análisis epidemiológicos

La Consejería de Sanidad y Servicios Sociales viene desarrollando desde 1992 diferentes actividades que dieron lugar a cursos de formación y a la edición de la *Guía para la atención al maltrato a la infancia por los profesionales de la salud* y al libro *Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario*.

El *Instituto Madrileño del Menor y la Familia* dentro de sus actividades de mejora en la atención a la infancia esta desarrollando el *Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario*, iniciado en el año 1998 se desarrollara a lo largo de 5 años.

El Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario pretende dar respuesta a las necesidades de la infancia en situación de maltrato o riesgo de ser maltratados; también a las demandas de los sanitarios en la mejora de su formación profesional en este campo, ya que en la actualidad no todos los profesionales ni el propio sistema sanitario están en condiciones de atender adecuadamente todos los aspectos relacionados con los malos tratos.

Toda la red sanitaria (atención primaria, hospitales, salud mental, centros municipales de salud, centros de menores, etc.) esta implicada en este programa, que ha de ser capaz de detectar porcentajes muy elevados de malos tratos considerando que la población infantil en edades y situaciones de riesgo de ser maltratada acude a las consulta médicas con gran periodicidad, a través del Programa del Niño Sano y de consultas de urgencia, cuya cobertura es gratuita y universal.

Los estudios epidemiológicos en maltrato infantil, como en cualquier problema de salud, son imprescindibles por lo que el programa contempla la implantación de un *registro de casos* que además de su valor epidemiológico cumpla con lo establecido por la ley asegurando la atención al niño. Los casos comunicados al sistema acumulativo de casos, permitirán realizar una estimación de la incidencia, estudio de los perfiles y tipologías de maltrato predominantes.

A través de este Registro todos los profesionales sanitarios están obligados a declarar todos los casos de maltrato o sospecha según contempla la legislación vigente, siendo este el primer registro de casos que se establece en España.

La detección de casos conllevará la actuación, tanto del profesional sanitario de forma directa como de los trabajadores sociales.

Al ámbito sanitario le compete la detección y tratamiento de las lesiones y asegurar la atención a los niños desde el área de trabajo social. Por ello, el Programa establece que siempre debe realizarse la notificación de los casos a los servicios sociales, independientemente de otras notificaciones necesarias según la gravedad (Parte de lesiones al Juzgado, intervención de la Policía,...).

La hoja de notificación en papel autocopiativo incluye una de sus tres hojas para remitir a los servicios sociales del ámbito de trabajo del profesional que hace la notificación, asegurando así la intervención del *área de trabajo social* fundamental en estos casos.

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 para la detección como son el periodo de gestación; el nacimiento y su atención en la maternidad y neonatología; así como en los primeros años de vida que requieren un mayor seguimiento del desarrollo y de la salud del niño.

### **• Detección de riesgo psicosocial en la embarazada y el recién nacido**

El embarazo es un periodo de contacto entre la madre y la familia con el sistema sanitario, lo que puede servir para detectar precozmente factores o situaciones de riesgo, facilita información sobre la fragilidad y las características madurativas del niño, y permite divulgar las ventajas de la lactancia materna, recursos sanitarios y sociales del municipio.

Se pretende incorporar a través de las consultas de obstetricia y matronas, en los protocolos de atención a la embarazada, la detección de riesgos psicosociales de forma sistematizada lo que permitirá la intervención desde los servicios sociales en aquellos casos en los que sea necesario (Cuadro 2).

La *atención a la mujer embarazada* contempla la valoración del riesgo obstétrico (edad, antecedentes, embarazo actual, obesidad, consumo de drogas, enfermedades,..) y el *riesgo psicosocial* (gestantes sin pautas educativas, malos tratos infantiles, ruptura de la pareja, drogodependencias, ...) que permiten la detección precoz de problemas. A través de la *Educación Maternal*, que es una actividad de educación para la salud que se realiza a partir de 5º mes de gestación, se realizan actividades de promoción de la salud y prevención del maltrato infantil.

- **Visitas domiciliarias**

El Programa de visitas domiciliarias / ayuda a domicilio suele estar presente en los programas que se han destacado por ser eficaces en la prevención del maltrato.

Las visitas domiciliarias *instauradas de forma precoz* (incluso en el período prenatal) y mantenidas en el tiempo (superiores a los 2 años de vida del niño) disminuyen tanto el maltrato y abandono infantil, como la demanda de asistencia en los servicios de urgencia y especialmente la incidencia de accidentes e intoxicaciones.

Los servicios de visita domiciliaria deberían establecerse de una *manera temprana, estable y continuada* para reconocer precozmente los problemas y necesidades de la familia, proporcionar los servicios necesarios y, sobre todo, para ganarse la confianza de la familia de manera que no existieran obstáculos para entrar en el domicilio.

La visita domiciliaria se considera prioritaria en:

1. Recién nacido
2. Niños con problemas (accidentes domésticos, infecciones de repetición, desnutrición,...) y riesgo psicosocial (retraso psicomotor, subnormalidad, padres con bajo nivel socioeconómico y/o de instrucción).

- **Visita al recién nacido**

La efectúa la matrona dentro de los 10 primeros días siguientes al parto, tanto para control de la puerpera como del niño y permite orientar a la madre (higiene, alimentación, evolución y desarrollo del niño, .etc.) y captar niños de riesgo psicosocial (valoración de indicadores de riesgo social en la madre, en el niño y en la vivienda) (Cuadro 4).

**Cuadro 4.** Indicadores de riesgo social en la visita domiciliaria

Madre	Niño	Vivienda
Estrés intenso	Malformaciones	Nivel de habitabilidad deficiente
Depresión postparto	Prematuridad	Hacinamiento
Soltera / padre desconocido	Bajo peso al nacer	Falta de equipamientos culturales, sociales y recreativos
Violencia familiar	Enfermedades neurológicas	Adaptación de la vivienda al niño
Toxicomanías	Enfermedades congénitas o adquiridas	
Enfermedades infecciosas	Deficiencia mental	
Sectas y creencias	Trastornos del ritmo sueño / vigilia	
Aislamiento social		
Dificultades para establecer el vínculo madre-hijo		
Imposibilidad de lactancia en la primera semana de vida		
Separación de madre en el periodo neonatal precoz		

La actividad del control del puerperio y del recién nacido contempla un último control a los 40 días después del parto en donde la matrona puede confirmar o no las sospechas de un posible abandono o maltrato infantil.

El pediatra y la enfermera de atención primaria pueden realizar la visita domiciliaria dentro de las actividades del Programa del Niño Sano.

- **Atención domiciliaria**

Los objetivos de la atención domiciliaria son proporcionar apoyo a las familias en el propio hogar, reducir el estrés familiar, modelar y enseñar habilidades y conocimientos del desarrollo evolutivo a los padres, proporcionarles apoyo emocional, ayudarles a desarrollar habilidades para ser autosuficientes, y reforzar por parte de los padres la utilización de recursos comunitarios.

En cualquier caso, si la disfunción familiar es extrema podría no estar indicada la ayuda a domicilio y sí separar al niño de su familia (Cuadro 5).

**Cuadro 5.** Indicada / recomendada visita domiciliaria según las características de las familias y.

Aceptan la intervención Social y psicológicamente aisladas Padres emocionalmente inmaduros, con baja autoestima Crisis temporal que ha provocado el maltrato Negligencia crónica resultado de una carencia de recursos o conocimientos sobre pautas adecuadas de crianza y cuidado del niño
---

• **Programa para la detección de riesgo social en neonatología**

El Instituto Madrileño del Menor y la Familia también desarrolla desde 1993 el *Programa de Detección precoz de riesgo social en neonatología*. Aquellos recién nacidos ingresados en unidades de neonatología en que se aprecian situaciones de riesgo de maltrato infantil son protocolizados y se pone en conocimiento del pediatra y de los servicios sociales de la zona de residencia de la familia para su atención y seguimiento después del alta hospitalaria.

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. El Instituto Madrileño del Menor y la Familia inicio en 1990 un programa con carácter experimental en dos hospitales públicos de Madrid (Clínico Universitario San Carlos y Móstoles) con el objetivo de detectar, lo más precozmente posible, familias en riesgo social en el momento de nacimiento al objeto de aplicar medidas preventivas específicas.

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”.

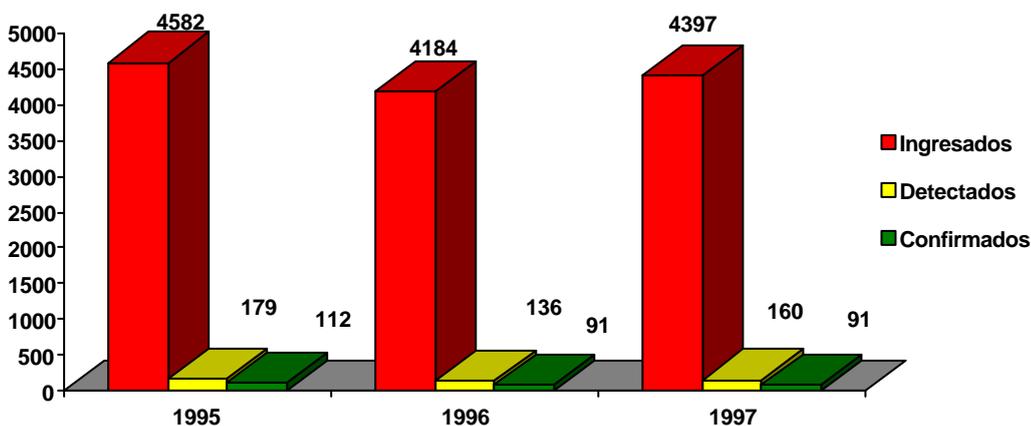
Dentro de sus objetivos podemos destacar:

- 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 (hospital, atención primaria, servicios sociales y el Instituto Madrileño del Menor y la Familia) que han demostrado la importancia de la coordinación, la necesidad de potenciar el vínculo madre - hijo, así como la necesidad de promover la especialización incorporando trabajadores sociales y psicólogos para el área materno - infantil hospitalaria.

El personal sanitario del área de neonatología detecta aquellos casos en los que se aprecia riesgo social siendo derivados para su conformación por los equipos psicosociales del hospital. Estas situaciones de riesgo social han supuesto en el periodo 1995-97 el 2 por cien de los ingresados (Cuadro 4).

**Cuadro 4.** Riesgo social en neonatología.



- **Programa de Atención Primaria de Salud**

Los servicios sanitarios en Atención Primaria de Salud tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil al ser los únicos servicios comunitarios al que tienen acceso gratuito, normalizado y generalizado toda la población infantil madrileña.

La prevención se realizara a través del seguimiento de la salud y desarrollo del niño que se lleva a cabo a través del Programa del niño sano. Este programa no solo incluye desarrollo físico, estatura-ponderal y madurativo, también aspectos psicosociales, especialmente en los primeros los 5 primeros años de vida.

La *Hoja de riesgo social* se ha incorporado como un elemento normalizado en la historia clínica que permite detectar y hacer el seguimiento de problemas psicosociales que puedan afectar al desarrollo del niño.

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.

### **Violencia entre iguales**

El *bullying* es el término por el que en los países anglosajones se refieren a los malos tratos, la intimidación y la violencia entre iguales, y que tiene difícil traducción al español. Esta violencia escolar puede comprender llevar y usar armas, navajas e incluso armas de fuego.

Los escolares toman como objeto de su actuación agresiva a otro compañero al que someten por tiempo prolongado a insultos, burlas, amenazas, hostigamiento, agresiones físicas, aislamiento, etc., aprovechándose de su inseguridad, miedo y dificultades personales para pedir ayuda o defenderse.

Las relación de las víctimas con el agresor no es puntual, es prolongada, lo que como consecuencia del tiempo durante el cual el niño esta sometido a ella, puede provocar efectos muy dañinos en la personalidad de la víctima y tanto en el agresor como en el agredido y trastornos psiquiátricos.

La prevención de la violencia y la resolución de conflictos debe hacerse a través del desarrollo de habilidades socio-personales, educación en valores y la atención individualizada a los agentes en conflicto.

### **Prevención del abuso sexual infantil**

El abuso sexual se reconoce recientemente como un problema importante en nuestra sociedad. Sin caer en el alarmismo, en el estudio realizado por Félix López en 1994 los datos referentes a nuestro país indican que el 23% de las mujeres y el 15 de los varones habrían sufrido abusos sexuales en su infancia, siendo un problema que afecta a todas las clases sociales.

La prevención del maltrato y abandono infantil, tanto de su perpetración como de su repetición y secuelas, es una de las intervenciones más importantes que desde todos los ámbitos profesionales y ciudadanos se puede y debe realizar.

La prevención del abuso sexual infantil debe incluir aspectos generales (prevención inespecífica, promoción de la infancia), sobre prevención del maltrato infantil y específicos sobre la prevención del abuso sexual.

La epidemiología constituye un trabajo básico a la hora de acometer las diversas acciones preventivas, terapéuticas y rehabilitadoras que esta patología demanda.

La prevención del abuso sexual infantil comienza fundamentalmente en Estados Unidos de Norteamérica en la década de 1980 por lo que es un campo de estudio relativamente novedoso y el material elaborado es muy reciente.

Los programas de atención y prevención del abuso sexual deben contemplar:

- Información y formación sobre abuso sexual dirigidos a: niños, profesionales y la sociedad en general.
- Registro de casos – estudios epidemiológicos
- Intervención con familias especialmente vulnerables o en situación de riesgo.
- Programas de detección y evaluación de abusos.
- Tratamiento de víctimas, familiares y abusadores.
- Prevención
- Edición de manuales

La prevención del abuso sexual infantil debe enfocarse:

- a corto y largo plazo
- sobre los menores y la sociedad en general.
- mediante la educación en la igualdad el respeto a los demás y el fomento de valores solidarios.

- una educación sexual adecuada desterrando mitos e ideas erróneas.
- considerando el abuso como un delito y no como una conducta sexual inapropiada.

Un problema de las características de los abusos sexuales a menores es un tema muy complejo que plantea numerosas dificultades e interrogantes como su efectividad respecto de la prevención, impacto de los casos de abusos sexuales, efectos en la sexualidad, ..., y debe incluir materiales e información para padres, profesores, profesionales en relación con la infancia y niños.

Algunas pautas generales de prevención referentes a los niños:

- Es importante romper el silencio, hablar de la existencia de los abusos sexuales y de cómo y porqué se producen.
- Explicar a los niños que tiene derecho a la privacidad de sus cuerpos. Nadie puede tocarlo o mirarlo de una forma que no le agrada, pueden negarse a ello aunque sea un adulto el que lo haga.
- Enseñar a vivir la sexualidad de una forma sana, gratificante e igualitaria, diferenciando las actitudes positivas de los contactos físicos no deseados.
- Fomentar a los niños la autoestima, la asertividad y la confianza en uno mismo y en los demás. Es importante aprender a decir NO.
- Explicarles cómo los agresores tratan de intimidar a las víctimas para que guarden el secreto.
- Enseñarles a no guardar este tipo de secretos aunque se lo pidan o amenacen.

Los adultos:

- Deben estar alerta de las señales que les indican que sus hijos están en peligro o que el adulto de confianza esta poniendo al niño en una situación difícil.
- Pueden ayudar a los niños a desarrollar actitudes positivas con respecto a sus cuerpos y sentimientos, ya que los sentimientos de autoprotección derivan de los sentimientos de autoconfianza

Los profesionales deben:

- Abordar en el desarrollo de su actividad profesional con el menor aspectos sobre la sexualidad que afecten al menor, incluyendo, especialmente, la educación sanitaria.
- Contemplar el diagnóstico / diagnóstico diferencial del abuso sexual dentro de las posibles causas de determinados problemas que presente el menor
- Notificar los casos de que se tengan conocimiento

La prevención de los abusos sexuales debe contemplar la prevención primaria, secundaria y terciaria (Cuadro 6).

**Cuadro 6.** Abuso sexual infantil: niveles de prevención y su caracterización.

Prevención	Primaria	Secundaria	Terciaria
Población diana	Niños en general y víctimas potenciales Adultos y adolescentes	Grupos con riesgo de cometer actos sexuales con niños y niños con riesgo de sufrirlos	Agresores sexuales Niños víctimas de agresiones sexuales
Objetivos	Reducir incidencia de nuevos casos de abusos sexuales	Intervenir antes de que ocurra el problema	Evitar la repetición de los abusos sexuales Paliar los efectos del abuso en las víctimas
Procedimientos	Enseñar a los niños como evitar el abuso y medidas ante situaciones <i>potencialmente</i> peligrosas	Detección y tratamiento precoz	Tratamiento o intervención a individuos involucrados o afectados por el problema Tratar las secuelas en las víctimas

### **Prevención primaria**

Los programas de prevención primaria deben incluirse dentro de los específicos de educación sexual y de educación para la salud adaptados a las edades de los niños y a padres/madres y educadores.

La importancia de la prevención primaria se debe a las elevadas cifras de incidencia y prevalencia encontradas, a las graves consecuencias a corto y largo plazo del abuso sexual en las víctimas, a los datos de los estudios indicando que cuando las víctimas se resisten o gritan la mayoría de los agresores se retienen y buscan a otras víctimas más pasivas y, al hecho de que son muchos los niños que no revelan los abusos de que fueron objeto.

Los programas de prevención primaria son educativos, dirigidos a la población infantil escolar en general y especialmente a niños de 12 años o menos como víctimas típicamente potenciales. Esta demostrada la efectividad a corto plazo de estos programas, en donde se enseña a los niños conceptos de abusos sexual, técnicas de autoprotección, propiedad del propio cuerpo y derecho a controlar el acceso a él, discriminar entre las diferentes formas de ser *acariciado / tocado*, *diferencias* entre secreto apropiado y no apropiado y sobre la conveniencia o no de mantener un secreto, confiar en su propia intuición referente a situaciones o personas peligrosas, enseñar a decir **NO** (asertividad) ante cuestiones percibidas como desagradables o amenazantes por el niño.

### ***Prevención secundaria***

Los programas de prevención secundaria deben orientarse a los grupos específicos que están en riesgo de cometer abusos sexuales a menores y a los niños en riesgo de sufrirlos con el objetivo de actuar antes de que ocurran, detectando y tratando precozmente a los niños víctimas.

La prevención del abuso sexual puede orientarse según el modelo etiológico ecológico intentando actuar sobre los factores de riesgo y promoviendo los factores de protección considerando las interacciones entre el niño-agresor (microsistema), la familia (mesosistema) y las redes de apoyo social y cultural (macrosistema) (Cuadro 7).

**Cuadro 7.** Prevención del abuso sexual infantil según el Modelo etiológico ecológico.

		Factores de riesgo	Factores de protección
<b>MICROSISTEMA</b>	Posible agresor	Ser varón Sentir atracción sexual por los niños Carecer de empatía positiva hacia los niños Fantasías sobre relaciones sexuales con niños Poca capacidad de control Identificación narcisista con los niños Uso de alcohol o drogas para desinhibirse Sentimientos de baja autoestima, soledad, vulnerabilidad, dependencia Pocas habilidades interpersonales, especialmente con el otro sexo Alto estrés (desempleo, etc.) Necesidad de sentimiento de poder y control Haber sufrido abusos sexuales cuando era pequeño Tener problemas de pareja o familiares	No haber sido objeto de abusos Si se han sufrido abusos tener conciencia de ello y de lo que supone para el agresor y la víctima Buena historia familiar con buen modelo de padre Altas habilidades interprofesionales Valores de respeto a la infancia Ser empático Buenas habilidades para tomar decisiones Alta autoestima Red de apoyo social Habilidades para las relaciones de pareja
	Posible víctima	Carecer de conocimiento sobre lo que es apropiado o no en las actividades sexuales Necesidad alta de atención o afecto Baja autoestima y autoconfianza en sí mismo Abandono emocional Pasivo o no asertivo Sumiso u obediente  Baja capacidad para tomar de decisiones y resolver problemas Excesivamente confiado	Conocimientos sobre lo que son las conductas apropiadas e inapropiadas en sexualidad Asertivo Alta autoestima y sentimiento de autoeficacia Red de apoyo social Buena capacidad para resolver problemas y toma de decisiones
<b>MACROSISTEMA</b>	Red de apoyo social y cultural	Visión de los niños como propiedad de los adultos Aceptación cultural de los abusos Fácil acceso a las víctimas Fácil acceso a la pornografía infantil Presentar en los medios de comunicación a los niños con claros significados sexuales Resistencia del sistema legal a castigar a los agresores Cultura que reprime la sexualidad Falta de redes de apoyo para las familias Machismo: fomento de la idea de poder y dominación Subcultura patriarcal Creer que los chicos siempre deben obedecer a los adultos Poca relación afectiva entre los hombres y los niños durante la crianza Falta de educación sexual Desvalorización de la infancia Negación de la existencia de los abusos sexuales	<i>Oposición al uso de niños como fuente de satisfacción sexual</i> Rápida y consistente persecución de los agresores por el sistema legal Énfasis en la igualdad entre el hombre y la mujer Educación sexual durante la infancia Red de apoyo social para la familia Valoración alta de los niños Baja tolerancia con las conductas sexuales coercitivas Conciencia social del problema de los abusos y desarrollo de esfuerzos para evitarlos Investigación sobre este campo

Los varones en general son el sector de la población con mayor riesgo de cometer abusos sexuales a menores; también los adolescentes y adultos que han sufrido abandono, maltrato físico o abuso sexual infantil. En la actualidad los programas de prevención secundaria dirigidos a los grupos poblacionales que están en riesgo de cometer abusos son prácticamente inexistentes.

Son población de riesgo de sufrir abusos sexuales las niñas en general, niños no suficientemente atendidos o faltos de afectividad o que por sus características corren riesgo especial de ser abusado (niños con discapacidades).

### **Prevención terciaria**

El objetivo de la prevención terciaria es evitar la repetición de los abusos sexuales y paliar los efectos de los abusos en las víctimas, proporcionando tratamiento o intervención a los individuos involucrados o afectados por el problema y tratando los efectos y posibles secuelas en las víctimas.

El tratamiento debe contemplar por una parte a la víctima, a la familia y al agresor y, por otra respuestas preventivas, protectoras y terapéuticas (Cuadro 8).

**Cuadro 8.** Respuestas preventivas, protectoras y terapéuticas a la víctima, a la familia y al agresor.

Preventivas	Mejorar la calidad de la vida familiar y cambio del estilo en las familias abusivas Desarrollo de servicios y apoyos sociales Incrementar redes de apoyo informal que alivien el aislamiento Desarrollo de la conciencia comunitaria, responsabilidad mutua, soporte comunitario protección y guía Centros de cuidado y atención de día Actitud ante la mujer y el niño Política que asegure la igualdad y defensa de los derechos del niño Desarrollo de habilidades parentales (jóvenes y futuros padres) Formación de niños en asertividad (decir NO y autodefensa) Identificación de familias con riesgo (visitadoras de salud, profesionales, etc.).
Protectoras	Denuncia e investigación de casos (educación y sensibilización de los profesionales, compromiso y deber de denunciar) Necesidad de adecuar la estructura de las agencias para poder investigar casos detectados Coordinación multidisciplinaria de organismos Creación de grupos o coordinadoras intersectoriales (policía, servicios sociales, salud,...) Responsables de casos Persecución criminal  Compensación a las víctimas Situación al niño en lugar seguro
Terapéuticas	Contexto terapéutico, enfoque multidisciplinario Tratamiento de víctimas Tratamiento a las familias Tratamiento de los perpetradores

El tratamiento al agresor, cuyo primer objetivo es reducir el riesgo de reincidencia, especialmente en el caso de violaciones, se realiza mediante técnicas de modificación del comportamiento, grupos de autoayuda, tratamientos psicoterapéuticos individuales o en grupo, farmacoterapia o la cirugía.

La efectividad del tratamiento a los agresores sexuales está cuestionada en general, aunque tiene mayor eficacia en algunos grupos tales como los abusos sexuales intrafamiliares.

### **Prevención del abuso sexual desde la educación para la salud**

La educación para la salud tiene un papel fundamental en la prevención del abuso sexual desde la promoción de la salud y de sexualidad sana desde el concepto de salud como bienestar personal y social; programas de salud comunitaria; y desde cambios en la sociedad

#### **1. Concepto de salud o bienestar personal y social**

La sexualidad se incluye dentro del concepto de salud entendida como estado de bienestar físico, psíquico y social y la educación para la salud en el abuso sexual debe realizarse desde la prevención primaria, secundaria y terciaria.

La fuerte connotación emocional que tiene el tema del abuso sexual infantil puede hacer difícil la aceptación y puesta en práctica de programas en algunas comunidades.

#### **A. Prevención primaria**

La Educación para la salud es una estrategia fundamental en la prevención primaria del abuso sexual. La sexualidad es una parte de la salud que debe estar contemplada dentro de Programas generales de Educación para la salud que incluyan salud ambiental, para el consumo, vial, para la paz, sexual, no sexista,..

## B. Prevención secundaria

La prevención secundaria se orienta hacia los factores de riesgo de abuso sexual.

- Conductas de riesgo / Programas de prevención de riesgos

Las conductas de riesgo no son específicamente para un problema concreto (alcoholismo, tabaquismo, embarazos, accidentes de tráfico,...) sino que están relacionados de forma que la probabilidad de sufrir uno se acompaña de la de sufrir otros. De ahí que los programas de prevención de riesgos deban hacerlo de forma global sobre las conductas de riesgo.

- Adquisición de competencias sociales o estilo de vida saludable

La promoción de los diferentes aspectos del bienestar personal y social y la evitación de situaciones y conductas de riesgo supone el desarrollo de un conjunto de habilidades sociales que permitan a los individuos establecer lazos afectivos y relaciones sociales eficaces con la familia, con los iguales y con los profesionales encargados de su educación y de favorecer su crecimiento y desarrollo (profesores, sanitarios,...) que faciliten un estilo de vida saludable.

- Prevención de riesgos dentro de programas de promoción de la salud

La promoción de la salud y la prevención de riesgos debe realizarse desde aspectos positivos y la idea de ganancia y no desde las consecuencias negativas de determinados acontecimientos / conductas.

- Prevención específicamente del abuso sexual infantil

La prevención del abuso sexual debe realizarse desde una visión positiva de la sexualidad incluyendo los aspectos de prevención de los diferentes riesgos asociados a la actividad sexual: abuso sexual, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual,..., y que facilite reconocer situaciones de riesgo de abuso.

- Habilidades de afrontamiento

No basta con que el menor sea capaz de reconocer una situación de abuso, sino que es necesario que este preparado para saber defenderse y evitarla, y en caso de que ocurra comunicarlo.

## 2. Prevención comunitaria.

La prevención del abuso sexual como toda actividad preventiva debe implicar a toda la sociedad (*Prevenir es un esfuerzo común*). La prevención del abuso sexual no es solo un problema de padres y/o la escuela, el conjunto de la sociedad (servicios sanitarios, sociales, medios de comunicación social, asociaciones,...) tiene la obligación proteger y socializar al niño.

## 3. Cambios sociales

Los programas no pueden focalizarse solo en los cambios / desarrollo de habilidades en el individuo, sino también en los cambios en las instituciones, en el medio en que vive el menor, especialmente en aspectos que mejoren las relaciones interpersonales en la familia, colegio, con los iguales, servicios sanitarios, servicios sociales, etc.

## Conclusión

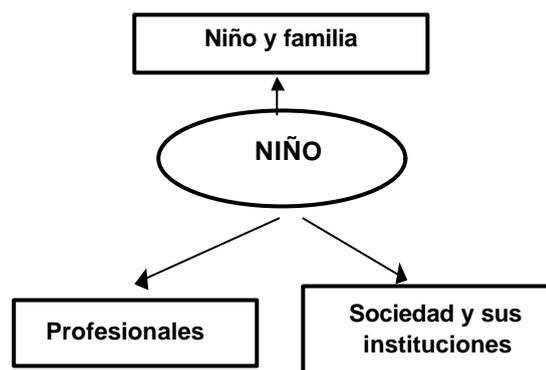
En definitiva, la prevención del abuso sexual debe incluir programas generales y específicos para niños, padres, educadores, profesionales, instituciones y la sociedad que deben ser evaluados para medir lo que los niños aprenden verdaderamente, en que medida se han alcanzado los objetivos previstos, y los efectos sobre los comportamientos y aptitudes de los niños.

### Asociaciones para la prevención del maltrato infantil

Las Asociaciones para la Prevención del maltrato infantil surgen en España en 1988 ante la preocupación de grupos de profesionales por la importancia de los malos tratos en la infancia, en defensa de los derechos del niño y con el objetivo de favorecer y trabajar por una mejor calidad de vida y bienestar social de la población infantil, considerando esta la mejor forma de intervención y *prevención* de los malos tratos a los niños.

Las líneas generales de trabajo están orientadas en tres grandes áreas: El niño y la familia, los profesionales y la sociedad y sus instituciones (Figura 4).

**Figura 4.** Asociaciones para la prevención del maltrato infantil: áreas de actuación.



Las asociaciones tienen como fines:

1. La *sensibilización social* acerca de la necesidad de prevenir las situaciones de malos tratos en la infancia.
2. La *formación de profesionales* que intervienen en este campo.
3. La *investigación y documentación* sobre los malos tratos infantiles así como de las causas, magnitud o gravedad del problema.
4. La *coordinación* con otras asociaciones o entidades sociales.
5. La *promoción de programas* en defensa de la infancia.

Dentro de las actividades de la Federación y sus Asociaciones destacamos la celebración de cinco Congresos Estatales sobre Infancia Maltratada, celebrándose el primero de ellos en Barcelona en 1989, el VI Congreso Europeo sobre Infancia Maltratada en 1997, y se celebrara en Murcia en 2002 el VI Congreso Estatal.

### **Conclusiones**

En resumen, el maltrato infantil es un hecho real en nuestra sociedad y su prevención debe estar incluida en los programas y protocolos de atención al niño y su familia.

El interés superior del niño según la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas de 1989 y la atención según sus necesidades bio-psico-sociales deberá ser la norma en la actuación en casos de maltrato infantil.

La coordinación con otros dispositivos sanitarios (salud mental, ...) y no sanitarios (escuela, servicios sociales, justicia, ...) es necesaria tanto para la prevención como para el tratamiento.

La prevención del maltrato infantil es un esfuerzo común de toda la sociedad y los profesionales sanitarios tienen un papel fundamental.



#### IV. Aspectos teóricos de formación

1. Maltrato infantil: historia concepto.
2. Maltrato infantil: Epidemiología y etiopatogenia.
3. Maltrato físico.
4. Abuso sexual. Aspectos clínicos.
5. Maltrato emocional - psicológico.
6. El sistema de protección a la infancia en la Comunidad de Madrid.
7. Los servicios sociales municipales en el maltrato infantil.
8. Servicios sociales sanitarios y maltrato infantil
9. Papel del Fiscal.
10. Intervención judicial.
11. Escuela y maltrato infantil

*José A. Díaz Huertas  
José A. Díaz Huertas  
Juan Casado Flores.  
Joaquín Esteban Gómez  
Consuelo Escudero  
M<sup>ra</sup> Ángeles García Llorente  
Carmen Martínez Segovia  
Concepción Baro, Raquel Garcia  
Antonio del Moral  
Emelina Santana Páez  
Victoria Fresnedillo*





## Índice

Derechos de la infancia y concepto de maltrato infantil en la historia desde una perspectiva sanitaria

Concepto

Tipologías

- Maltrato físico
- Negligencia
- Emocional
- Abuso sexual
- Buen trato
- Riesgo social
- Maltrato institucional

El maltrato infantil y la Organización Mundial de la Salud

El trato que se ha dispensado a los menores no ha sido uniforme ni en todas las épocas ni en toda las culturas, entre otras razones porque tampoco ha sido uniforme la posición otorgada explícita o implícitamente a los niños, ni tampoco ha sido similar la duración de la niñez. Obsérvese, por ejemplo, que en tiempos no muy lejanos la niñez se concebía sólo como una etapa previa a la vida adulta, cuyo sentido consistía exclusivamente en ser una preparación o una propedéutica para la vida propia de los mayores. Había que utilizar y aprovechar la infancia para “convertirse en hombres de provecho”. Tampoco están demasiado lejos los tiempos en los que se consideraba que a los 12 años los humanos estaban suficientemente preparados para incorporarse a la vida laboral.

No obstante, con el transcurso de los siglos, y como resultado de una evolución lenta y progresiva de los valores acerca de lo que *es* y *debe ser* un niño, hoy se ha llegado al concepto de *infancia* como un período sustantivo, distinto cualitativamente de los otros momentos de la vida.

Sin embargo, sean cuales sean los usos y las costumbres de las distintas culturas, en todas ellas suelen aparecer modos de tratar a los menores que exceden los márgenes socialmente admitidos. Si esa manera de comportarse con los menores se llama *maltrato*, podemos afirmar que el maltrato infantil es una *constante histórica*. Incluso podemos decir con DeMause que, "*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*".

### Derechos de la infancia y concepto de maltrato infantil en la historia desde una perspectiva sanitaria

*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 sanitarios. El desarrollo de la pediatría, la puericultura y de campañas médicosociales de protección a la infancia ya desde la 2ª mitad del siglo XIX suponen el comienzo del reconocimiento del maltrato infantil como una entidad clínica.

Las primeras publicaciones sobre niños que presentaban golpes, quemaduras, fracturas múltiples,..., sin una causa evidente Francia (Ambrosio Tardeu, 1.860), Inglaterra (Athol Johnson, 1860), ... y también sobre el abuso sexual (Freud, 1892), pero sin llegar a utilizar el término maltrato infantil. En Estados Unidos de América Abraham Jaccobi (1882) presidente de la Asociación Americana de Pediatría formo un comité para colaborar con la Sociedad para la Prevención de la Crueldad con los Niños.

El comienzo y desarrollo de las *Escuelas de Enfermeras* en España en la 2ª década del siglo XX supone también un impulso en la atención sanitaria al niño y la familia.

Los avances de la medicina y, concretamente, la atención medica a la infancia fueron muy importantes en esta época. Pero referente al maltrato infantil los profesionales sanitarios no consideraban que les concernía salvo para la atención a las lesiones. La misión era tratar exclusivamente la enfermedad, sin atender los problemas sociales.

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, crea el Consejo Superior de Protección a la Infancia.

Surgen los *Consultorios para lactantes* o *Gotas de Leche* que pretendían establecer una crianza reglada de los recién nacidos mediante un consejo médico continuado en las poblaciones marginadas.

*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,..., problema que la legislación no contemplaba, por lo que no pudieron intervenir las autoridades (policía, abogado, Beneficencia). El proceso judicial se gana 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.*

La I Guerra Mundial tiene una repercusión decisiva por sus efectos sobre la población civil y la infancia *Eglantyne 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* que es recogida en sus legislaciones por diferentes países como la Constitución de la II República Española de 1931.

*Eglantyne Jebb* (Ellesmere, 1876 – Ginebra 1928) conocida como la “*Llama blanca*”, a principios de 1913 estuvo en Macedonia administrando los auxilios destinados a las víctimas de las guerras balcánicas. En Monastir (Yugoslavia) atendió a muchos niños, hijos de los refugiados musulmanes. Vuelta a Inglaterra comenzó su campaña para establecer el *Fondo para Salvar a los Niños*.

El bloqueo establecido por los aliados a los vencidos fue el origen del juicio que el tribunal de Manion House de Londres, celebró contra *Eglantyne Jebb*. Está publico sin permiso del censor e hizo distribuir una octavilla con la fotografía de un niño austriaco extenuado. Como este morían de hambre en Europa a consecuencia del bloqueo, mas de cuatro millones de niños. Los informes de la Cruz Roja y de la prensa europea desvelaron el horror de las madres vienesas que preferían dar muerte a sus hijos a verse en la imposibilidad de poderles alimentar. El tribunal declaró culpable a la acusada y la multo con cinco libras. Pero el juicio fue la mejor publicidad de un “*Fondo para Salvar a los Niños*”. Antes de dos años *Eglantyne* y su hermana *Dorothea* habían recaudado unos 140 millones de pesetas y el 6 de enero de 1920, estableció en Ginebra, amparada por el Comité Internacional de la Cruz Roja que dirigía Gustavo Adler; la Unión Internacional para Salvar a 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 haciendo referencia al mecanismo no accidental de las lesiones sin identificar como hechos con implicaciones sociales y legales.*

El desarrollo de la *radiología* supone un paso importante describiéndose en niños con hematoma subdural fracturas de huesos largos sin que en ningún caso existieran otros problemas de salud que predispusieran a las fracturas, que las atribuye a traumatismos no accidentales por negligencia o agresiones deliberadas de los padres (Caffey, 1946; Silverman, 1953).

*Las sociedades occidentales experimentan importantes cambios que afectan a la infancia:*

- Reconocimiento de los Derechos de los Niños.
- Caídas de las tasas de natalidad.
- Progresiva participación de las instituciones en el cuidado y educación de los niños.
- Incorporación social de la mujer.
- Redefinición de las relaciones padres-hijos.
- Influencia de los medios de comunicación y las nuevas tecnologías.

Las consecuencias de la II Guerra Mundial impulsan 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 era 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, por lo que, se planteaba la necesidad de elaborar otro instrumento que les vinculara.

## 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 Münchausen por poderes, maltrato emocional, etc.

La identificación del abuso sexual como forma de maltrato coincide con el maltrato físico. Kinsey en los años 1950 estima que 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, desarrollándose investigaciones y legislaciones como la Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados (1986).

En España *Oscar Valtueña* publica en 1973 en el Boletín de la Sociedad de Pediatría de Madrid que podemos considerar como el primer y extenso artículo sobre maltrato infantil realizado en nuestro país.

#### 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.

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

La *Convención de los Derechos del Niño* 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, han 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.

En España se celebra el Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada(1989) del que el año 2002 celebrará la VI edición en Murcia, y surgen las asociaciones para la prevención del maltrato infantil.

### Concepto

Definir los malos tratos a la Infancia parece sencillo, sin embargo, en la práctica 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 artículo 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.*

Las causas por las que cabría la intervención de los servicios de protección infantil se recogen de forma esquemática en el siguiente cuadro:

Causas	Cumplimiento deberes guarda
Orfandad Prisión de los padres Enfermedad o ingreso hospitalario	Imposible
Abandono total Abandono de madre No reconocimiento de los padres	Incumplimiento
Maltrato y abandono físico Maltrato y abandono emocional Abuso y explotación laboral Mendicidad Incapacidad para el control	Inadecuado

A partir de estos conceptos se establecen 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 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).

### Tipología del maltrato

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 niño pero no debemos olvidar la existencia de una multicausalidad (contextos maltratantes).

El maltrato puede clasificarse desde diversos puntos de vista. Estas perspectivas son las siguientes:

- Según el momento en el que se produce el maltrato
- Según los autores del maltrato
- Según el las acciones concretas que constituyen el maltrato infligido.

La tipología de maltrato resultante puede ser según:

<i>el momento en el que se produce</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Prenatal</i>, cuando el maltrato se produce antes del nacimiento del niño.</li> <li>▪ <i>Postnatal</i> cuando el maltrato se produce durante su vida extrauterina</li> </ul>
<i>los autores</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Familiar</i>, cuando los autores del maltrato son familiares del menor, principalmente familiares en primer grado (padres, biológicos o no, abuelos, hermanos, tíos, etc.)</li> <li>▪ <i>Extrafamiliar</i>, cuando los autores del maltrato no son familiares del menor, o el grado de parentesco es muy lejano (familiares en segundo grado) y no tienen relaciones familiares.</li> <li>▪ <i>Institucional</i>, es el maltrato provocado por las instituciones públicas, bien sean sanitarias, educativas, etc.</li> <li>▪ <i>Social</i>, cuando no hay un sujeto concreto responsable del maltrato, pero hay una serie de circunstancias externas en la vida de los progenitores y del menor que imposibilitan una atención o un cuidado adecuado del niño.</li> </ul>
<i>la acción o la omisión concreta que se está produciendo</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Maltrato físico</i>: toda acción de carácter físico voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones físicas en el menor.</li> <li>▪ <i>Negligencia</i>: dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.</li> <li>▪ <i>Maltrato emocional</i>: toda acción, normalmente de carácter verbal, o toda actitud hacia un menor que provoquen, o puedan provocar en él, daños psicológicos.</li> <li>▪ <i>Abuso sexual</i>: cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto u otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual.</li> </ul>

Los *malos tratos prenatales* serían aquellas circunstancias de vida de la madre, siempre que exista voluntad o negligencia, que influyan negativa y patológicamente en el embarazo y teniendo repercusiones en el feto. La idea de que antes del nacimiento existen determinados factores biológicos y sociales que pueden afectar al desarrollo intrauterino y posterior del niño y la necesidad de prevención, no culpabilizando a la madre sino actuando sobre estas circunstancias, sería un tercer momento en este proceso.

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. Son las circunstancias durante la vida del niño que constituyan riesgo o perjuicio para el niño según la definición de maltrato infantil.

**Cuadro 1.** Tipologías del maltrato infantil

TIPO	ACCIÓN	OMISIÓN	
PRENATAL	<p>Circunstancias de vida de la madre en las que exista voluntad que influyan negativa o patológicamente en el embarazo y repercutan en el feto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formas: Hábitos tóxicos de la madre: alcoholismo (síndrome alcohólico fetal) toxicomanías (síndrome de abstinencia neonatal)</li> </ul>	<p>No atención a las necesidades y cuidados propios del embarazo que tienen repercusiones en el feto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formas: Embarazos sin seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal</li> </ul>	
POSTNATAL	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> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formas: lesiones cutáneas (equimosis, heridas, hematomas, escoriaciones, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, zarandeado asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones, síndrome de Münchausen por poderes.</li> </ul>	<p>NEGLIGENCIA</p> <p>Desatender las necesidades del niño y los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>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).</li> </ul>
	EMOCIONAL	<p>Acción capaz de originar cuadros psicológico - psiquiátricos por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formas: rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper o implicar a un niño en actividades antisociales</li> </ul>	<p>Omisión o negligencia en la atención a las necesidades emocionales del niño</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formas: privación afectiva, no atender las necesidades afectivas del niño (cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, rol en la familia, autoestima, etc.), abuso pedagógico</li> </ul>
	SEXUAL	<p>Abuso sexual: implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formas: <ul style="list-style-type: none"> <li>· <i>Con contacto física</i>: violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, sodomía, tocamientos, estimulación sexual</li> <li>· <i>Sin contacto física</i>: 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</li> </ul> </li> </ul>	<p>No atender a las necesidades del niño y a su protección en el área de la sexualidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formas: No dar credibilidad al niño, desatender demanda de ayuda, no educar en la asertividad, madre que prefiere "no verlo" - consentimiento pasivo en el incesto, falta de formación / información, falta de protección,...</li> </ul>

#### Maltrato físico

El *maltrato físico* significó el primer momento en el reconocimiento de este síndrome, *Niño Apaleado*.

El *maltrato físico 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 Münchhausen por poderes.

El maltrato físico se presenta de distintas formas como el *Síndrome de Münchhausen por Poderes* que consiste en provocar o inventar síntomas en los niños que inducen a someterlos a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios.

### **Negligencia**

La *negligencia* como forma de maltrato infantil 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).

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.

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

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.

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.

**Cuadro 2.** Tipologías de maltrato laboral

TIPO	ACCIÓN	OMISIÓN
LABORAL	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 Formas: mendicidad, trabajo profesional, venta ambulante con desatención al niño,...	No atender las necesidades educativas del niño y de formación para la vida laboral  Formas: falta de preparación laboral, no escolarización,

### **Maltrato emocional – psicológico**

Las dificultades diagnósticas en el maltrato emocional y en el abandono/negligencia son mayores que en otras formas de maltrato infantil como los abusos sexuales o el maltrato físico. El maltrato emocional es difícil de definir y detectar, debido a las dificultades que existen entre lo que podemos considerar maltrato y los conflictos y/o trastornos derivados del vínculo padre/hijo. Las perturbaciones de la conducta y del funcionamiento mental producto de las situaciones maltratantes no son específicas, pudiéndose dar en cualquier otro tipo de patología psíquica.

El maltrato emocional es inherente a todas las formas de maltrato infantil, siendo los principales efectos negativos del maltrato infantil de naturaleza psicológica. El maltrato emocional también es un elemento central en cualquier tipo de maltrato infantil.

El maltrato físico, la negligencia – el abandono y el abuso sexual implica la existencia de maltrato emocional. Esto implica que las consecuencias socioemocionales en el individuo a lo largo de toda su vida posterior son elementos diagnosticables.

Al bordar el concepto de maltrato emocional en la infancia debemos considerar:

- No confundir las causas con los efectos en el maltrato emocional.
- No todas las alteraciones emocionales y/o conductuales de la infancia son causa/efecto de malos tratos.
- No confundir pobreza e incultura con malos tratos a la infancia.
- Los factores de riesgo son datos a confirmar en cada caso y en cada contexto.
- No confundir maltrato infantil con síntomas de otras alteraciones mentales de las figuras parentales.

La *intencionalidad* es otro elemento importante al considerar el maltrato emocional siendo difícil de delimitar al pertenecer los hechos a la esfera psíquica, mientras que puede ser relativamente fácil en casos de abuso sexual y maltrato físico.

Los casos en que la intencionalidad aparece de forma explícita son los menos, siendo los más comunes situaciones que entrañan confusión, ambigüedad y la *creencia* por parte de los adultos de que su conducta está justificada y ajustada a las conductas del niño.

El *maltrato emocional* serían aquellas:

*situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvaloración, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidos amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua.*

El maltrato emocional se producen en situaciones en que los adultos de los que depende el niño (padres, tutores, responsables de su educación, 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 funcionamiento psíquico equilibrado, incluyendo toda acción, omisión o negligencia capaz de originar cuadros psicológicos - psiquiátricos, por afectar a las necesidades psicosociales del niño según los diferentes estados evolutivos y sus características.

**Cuadro 3.** Definición y manifestaciones de las distintas formas de maltrato emocional

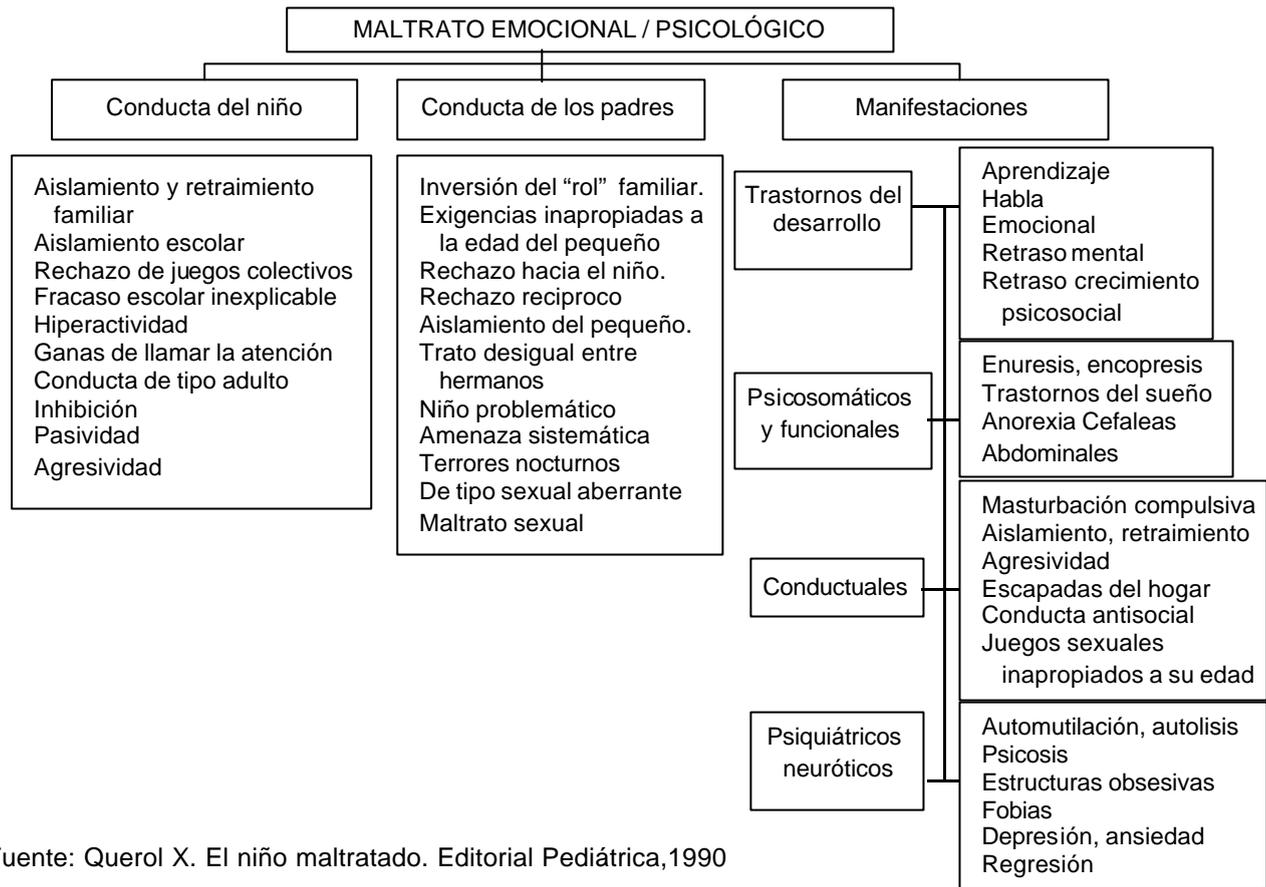
Forma		Definición	Manifestaciones
ACTIVA	Rechazar	Negarse a admitir la legitimidad e importancia de las necesidades del niño	Rechazar las iniciativas de apego del niño Excluir activamente al niño de las actividades familiares Realizar valoraciones negativas constantes
	Aterrorizar	Amenazar al niño de forma siniestra, haciéndole creer que el mundo es caprichoso y hostil	Utilización del miedo como disciplina Amenazas a la sensación de seguridad del niño Amenazas dramáticas, misteriosas
	Corromper	Favorecer conductas que impiden la normal integración del niño en la sociedad, reforzar pautas de conducta antisocial	Alentar a cometer conductas delictivas Exponer al niño a pornografía Premiar conductas agresivas
PASIVA	Ignorar	Privar al niño de la estimulación necesaria, limitando su crecimiento emocional y su desarrollo intelectual	Falta de atención al niño Friedad y falta de afecto Falta de protección ante demandas de ayuda
	Aislar	Privar al niño de oportunidades para entablar relaciones sociales	Negar la interacción con compañeros y adultos Impedir relaciones sociales

El *abandono emocional* ocurre en circunstancias en que los adultos significativos son incapaces de proporcionar el cariño, estimulación, apoyo y protección necesarios para el niño en sus diferentes estadios de desarrollo y que inhiben su funcionamiento óptimo.

El maltrato emocional adquiere múltiples formas de presentación como la *sobreprotección* consistente en privar al niño del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, juego, actividades escolares), el crecimiento del niño en un contexto maltratante, de violencia, las situaciones de separación y divorcio en que los niños son utilizados, etc.

También podemos considerar el maltrato emocional desde los indicadores comportamentales del niño y de los padres / tutores y de sintomatología clínica en el niño (Cuadro ).

**Cuadro 4.** Conducta del niño, de los padres y manifestaciones en el *maltrato emocional - psicológico*



Fuente: Querol X. El niño maltratado. Editorial Pediátrica,1990

La mayor parte de los casos que se trabajan en los Servicios de Salud Mental, ya han sido detectados los malos tratos a través de otros servicios de primera línea y son derivados como casos de abusos sexuales o casos de maltrato físico evidentes.

**Abuso sexual**

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 (Cuadro 1).

Las conductas abusivas pueden implicar contacto físico o no. El contacto físico incluye toda conducta en la que el agresor toque zonas de claro significado sexual (caricias de pechos o genitales, coito vaginal, anal u oral, etc.). Otras conductas, aunque no incluyen contacto físico, pueden también tener carácter abusivo, como el exhibicionismo, la petición expresa de realizar actividades sexuales, etc.

El tipo de conducta abusiva puede cruzarse con el grado de relación entre el autor de del abuso y la víctima. De esta forma se puede distinguir fácilmente entre los abusos *intrafamiliares* (calificados de incestuosos) y los *extrafamiliares* (próximos a la víctima o desconocidos).

El *incesto* es el contacto físico sexual o relación sexual por un pariente de consanguineidad lineal (padre/ madre, abuelo/a, hermano/a, tío/a, sobrino/a). Se incluye también el contacto sexual con figuras adultas que estén cubriendo de manera estable el papel de figuras parentales (padres adoptivos, padrastros, parejas estables,...).

En la actualidad esta emergiendo una serie de casos nuevos de abuso sexual, que se empezaron a detectar en países anglosajones, como casos de abuso en procedimientos de custodia y divorcio, de rituales satánicos, niños en acogimiento familiar o adopción, atendidos en instituciones y niños con discapacidades.

**Cuadro 5.** Tipos de abusos sexuales a menores

Conductas físicas	Con contacto físico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Violación</i>: penetración en la vagina, ano o boca, con cualquier objeto (sin el consentimiento de la persona)</li> <li>2. <i>Penetración digital</i>: inserción de un dedo en la vagina o en el ano</li> <li>3. <i>Penetración vaginal o anal con el pene</i></li> <li>4. <i>Penetración vaginal o anal con un objeto</i></li> <li>5. <i>Caricias</i>: tocar o acariciar los genitales de otro; incluyendo el forzar a masturbar para cualquier contacto sexual, menos la penetración</li> <li>6. <i>Sodomía</i> o conductas sexuales con personas del mismo sexo</li> <li>7. <i>Contacto genital oral</i></li> <li>8. Involucrar al niño en <i>contactos sexuales con animales</i></li> </ol>
	Sin contacto físico	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Propuestas verbales</i> de actividad sexual explícita</li> <li>2. <i>Exhibicionismo</i>: mostrar los órganos sexuales de una manera inapropiada</li> <li>3. Obligar a los niños a ver <i>actividades sexuales de otras personas</i>. Por ejemplo: padres u otras personas que impliquen a los niños en la observación de coito, ver pornografía</li> <li>4. <i>Falsas alegaciones</i></li> </ol>
Explotación sexual	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Implicar a menores de edad en conductas o actividades relacionadas con la producción de <i>pornografía</i></li> <li>2. Promover la <i>prostitución infantil</i></li> <li>3. <i>Turismo sexual</i></li> </ol>	
Culturales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Ablación quirúrgica</i> del clítoris</li> <li>2. <i>Casamiento de niños</i> sin su consentimiento</li> </ol>	
Omisión	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <i>Consentimiento pasivo</i></li> <li>2. <i>No atender a las necesidades del niño</i> y a su protección en el área de la sexualidad</li> </ol>	

#### *Riesgo social*

El *riesgo social* se presenta en aquellas situaciones de cualquier índole que perjudiquen *el desarrollo personal o social del menor*, que *no requieran la asunción de la tutela* por ministerio de la Ley

*El riesgo social de maltrato es el cúmulo de circunstancias que favorecen la aparición del maltrato infantil, y también habremos de considerar las situaciones que suponen un perjuicio para el niño y la no atención a sus necesidades personales y familiares*

La Ley 1/96 de Protección jurídica del menor establece el riesgo en su artículo 17 como:

Las situaciones de riesgo de cualquier índole que perjudiquen *el desarrollo personal o social del menor*, que *no requieran la asunción de la tutela* por ministerio de la Ley, la actuación de los poderes públicos deberá garantizar en todo caso los derechos que le asisten y se orientará a disminuir los factores de riesgo y dificultad social que incidan en la situación personal y social en que se encuentra y a promover los factores de protección del menor y su familia.

La situación de riesgo requiere de los servicios sociales, antes de que llegue a una situación de desamparo y la separación de la convivencia habitual con la familia.

#### **Buen trato**

Frente al maltrato hablamos de facilitar un buen trato. Sería maltrato todo aquello que no sea un buen trato o atender al niño según sus necesidades y derechos, no desde prestaciones de beneficencia o de culpabilización o etiquetaje o considerando solo circunstancias de marginalidad.

El buen trato estaría determinado por la atención al niño según sus necesidades y derechos. Este concepto implica un avance la atención al niño según sus derechos. Este concepto implica un avance importante la atención a la infancia al superar el concepto de maltrato infantil y plantear establecer y atender según criterios de buena práctica y estándares de calidad.

#### **Maltrato institucional**

Dentro de las tipologías del maltrato infantil está 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.

El *maltrato Institucional* 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. El *maltrato institucional* tiene características específicas puede existir contacto directo con el niño o no, presentan una sintomatología propia, están causados por organismos y pueden producirse en todos los campos de atención a la infancia.

TIPO	ACCIÓN	OMISIÓN
INSTITUCIONAL	<p>Cualquier legislación, programa, procedimiento, o actuación de los poderes públicos o derivada de la actuación individual profesional que comporte abuso, detrimento de la salud, seguridad, estado emocional, bienestar físico, correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o de la infancia</p> <p>Formas: burocracia excesiva, realizar exploraciones médicas innecesarias o repetidas, no respetar los derechos del niño,...</p>	<p>Omisión o negligencia de los poderes públicos o derivada de la actuación individual profesional que comporte abuso, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o de la infancia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas: falta de agilidad en la toma de medidas de protección, en la coordinación, en los equipamientos, ...</li> </ul>

### **El maltrato infantil y la Organización Mundial de la Salud**

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) reconoce el maltrato como un problema de salud con su correspondiente código T74, y específicamente sus formas: negligencia y abandono (T74.0), el maltrato físico (T74.1), el abuso sexual (T74.2) y el maltrato emocional (T74.3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha abordado en diversas ocasiones el maltrato infantil y a promovido un estudio sobre el maltrato físico <sup>1</sup>. Además, organizados por la OMS se celebró la Primera Reunión en estrategias para la protección infantil (Padua, Italia 1998) <sup>2</sup> y la Consulta sobre prevención del maltrato infantil (Ginebra, Suiza 1999) <sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Child Health and Development, Division of Family Health, Injury Prevention Programme, Division of Emergency and Humanitarian Action and Division of Mental Health. Protocol for the study of interpersonal physical abuse of children. WHO/FHE/CHD/94.1 Switzerland, World Health Organization. 1994

<sup>2</sup> WHO. First Meeting on Strategies for Child Protection EUR/ICP/FMLY/ 01.03.01 Padua, Italia 1998

<sup>3</sup> WHO Regional Office for Europe. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention WHO/HSC/PVI/99.1 Ginebra, Suiza 1999

## Índice

Introducción
Etiología
Modelos explicativos
Epidemiología
Introducción
Maltrato infantil en España

**Introducción**

Al abordar el problema del maltrato infantil se plantean inicialmente dos preguntas: ¿por qué se maltrata?; los malos tratos a la infancia ¿son muy frecuentes?.

*Como cuestión previa a la respuesta a ambos problemas debemos considerar la existencia de una serie de mitos y falsas creencias sobre el maltrato infantil que influyen negativamente tanto en el desconocimiento de las magnitudes reales de este problema como en su atención. Entre ellos podemos considerar (Gutiérrez P, 1997):*

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"> <li>- Baja tolerancia a la frustración y expresiones inapropiadas de ira</li> <li>- Aislamiento social</li> <li>- Falta de habilidades parentales</li> <li>- Sentimientos de incapacidad ó incompetencia como padres</li> <li>- Expectativas no realistas con los hijos</li> <li>- Percepción de la conducta de sus hijos como estresante</li> </ul>
Noción de "transmisión generacional del maltrato"	Fórmula dogmática que mantiene erróneamente, que todos los hijos 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 <i>todas</i> 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

## ETIOLOGÍA DEL MALTRATO A LA INFANCIA

El maltrato infantil es un problema complejo, en cuya etiología se han identificado diversos factores tanto personales como familiares, sociales y culturales que se encuentran con mayor frecuencia relacionados con los malos tratos a los niños.

La violencia intrafamiliar traduce una disfunción importante del sistema familiar en el cual se produce, así como de los sistemas institucionales y sociales que lo rodea. Los gestos de violencia expresan una situación de abuso de poder, pero también en el abusado, en los abusadores y en aquellas personas que les son más cercanos (Barudy, 1999).

La comprensión del maltrato infantil requiere un enfoque multidimensional que tenga en cuenta el contexto en que se desarrolla el niño: el propio niño y sus circunstancias familiares y socioculturales. 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 son muchos 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 (cuadro 1).

**Cuadro 1.** Modelos explicativos del maltrato infantil

Psicopatológico Sociológico Sociointeraccional Centrados en la vulnerabilidad del niño Ecológicos	El <i>modelo psicopatológico</i> se centraba en las características psicopatológicas de los padres y fue la primera línea teórica que se siguió para explicar el problema del maltrato. Consideraba que los rasgos de la personalidad y los desordenes psicopatológicos de los padres son 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 2).

**Cuadro 2.** 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 sí 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.

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.

El modelo centrado en la *vulnerabilidad del niño* considera 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 3):

- *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: 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 3.** Factores de riesgo de maltrato infantil (Bronfenbrenner, 1977; Belsky, 1980; Kaufman, Zigler, 1989)

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

El maltrato se produce en todas las clases sociales, aunque las manifestaciones, la detección y los factores e 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.

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 4), 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 4.** Factores de compensación

Desarrollo ontogénico	Microsistema	Exosistema	Macrosistema
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	Hijos físicamente sanos Apoyo del cónyuge o pareja Seguridad económica	Apoyos sociales efectivos Escasos sucesos vitales estresantes Afiliación religiosa fuerte Buenas experiencias escolares y relaciones con los iguales Intervenciones terapéuticas	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.

El maltrato infantil también se asocia con factores socioculturales y socioeconómicos que facilitan la violencia relacionados con la organización social que caracteriza la época contemporánea, periodo considerado de gran avance y desarrollo humano, pero en el que se produciría una transformación destructiva de la humanidad en nuestra sociedad. Sería el proceso cultural y social de las sociedades industrializadas basadas en un máximo rendimiento económico en que existen situaciones de violencia latente y desigualdades socioeconómicas que están en interrelación con la familia y qu eestarian en la genesis del maltrato infantil (Cuadro 5).

**Cuadro 5 .** Ecología de los niños maltratados (Barudy, 1998)



**La detección del maltrato infantil presenta una serie de dificultades**

Inherentes a la problemática	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Las conductas maltratantes se producen normalmente en el ámbito de lo privado, el domicilio familiar, lo que dificulta la observación del mismo por personas ajenas a éste.</li> <li>- Las personas que maltratan al menor son aquellas que tienen mayor accesibilidad al niño y que están encargadas de su protección, los padres y tutores, y las autodenuncias son extremadamente raras.</li> </ul>
Debidas al sistema de valores o elementos socioculturales de la comunidad de origen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Valores como "la privacidad de los hijos".</li> <li>- La aceptación del castigo corporal como una técnica disciplinaria válida en la educación de los menores.</li> </ul>
Relacionadas con la población en general y a los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muchas tipologías de maltrato son más difíciles de detectar por la inexistencia de indicadores físicos.</li> <li>- Falta de indicadores suficientes o evidentes (inseguridad en la denuncia).</li> <li>- Creer tener los suficientes recursos y habilidades como para enfrentarse al caso sin la ayuda de los profesionales en protección infantil.</li> <li>- El establecimiento de canales de comunicación entre diferentes profesionales es una tarea muy difícil: maestros, servicios sociales, policía, ...</li> </ul>

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.

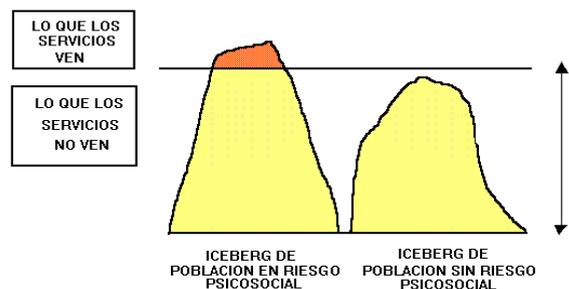
Los datos que se conocen son solo una pequeña parte de los que realmente ocurren; y esto es así por las características propias del maltrato a los niños:

- 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.

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).

A pesar de la intensificación de investigaciones para lograr un mejor conocimiento del fenómeno del maltrato infantil, de la puesta en marcha de programas experimentales (sobre prevención y tratamiento) y de los esfuerzos invertidos en las últimas décadas por todos los agentes intervinientes en esta problemática, aún no hemos conseguido el objetivo básico de poner a disposición de los profesionales un sistema unificado de detección, notificación y registro de casos, que facilite la cuantificación y permita conocer la dimensión real del problema.

**Figura 1. Los icebergs del maltrato**



Morales JM, Costa M. 1997

Los datos que conocemos hacen referencia fundamentalmente a los datos de los expedientes existentes en los servicios de protección a la infancia de las Consejerías de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas.

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.

En los últimos años se han realizado diferentes estudios para determinar la frecuencia de los malos tratos en nuestro país. De ellos son de destacar los publicados en Cataluña <sup>1,2</sup>, Andalucía <sup>3</sup>, Madrid <sup>4</sup>, Guipúzcoa <sup>5</sup>, Castilla y León <sup>6</sup> y Valencia <sup>7</sup> que analizan los porcentajes de detección por tipología e incidencia estimada en los estudios realizados (Tabla 1).

**Tabla 1.** Porcentajes de detección por tipología e incidencia estimada en estudios realizados en España

	Cataluña		Andalucía	Madrid	Guipúzcoa	Castilla–León	Valencia
	1991 1	2000 2	1995 3	1995 4 (a)	1995 5 (b)	1993 6 (c)	2000 7 (e)
Negligencia	78,5 %	50,4%	72,2 %	47,5 %	49,4 %	92 %	89,4 %
Maltrato emocional	43,6 %	26,5%	45,4 %	9,1 %	17,4 %	82-65 %	12,8 %
Maltrato físico	27 %	10,5%	22 %	18,5 %	8,1 %	31 %	19,6 %
Explotación laboral	9,3 %	1,7%	9,4 %	1,3 %	0,5 %	4,0 %	-
Mendicidad	-	--	14,3 %	-	1,2 %	-	-
Corrupción	-	1,2%	16 %	-	1,5 %	-	-
<b>Abuso sexual</b>	2,8 %	6,6%	3,6 %	0,5 %	1,8 %	-	4,9 %
Maltrato prenatal	3,1 %	2,8%	-	1,6 %	-	-	-
Tasa de incidencia	5 ‰	18,04 ‰	15 ‰	3,5 ‰	15 ‰	11,5 ‰ <sup>d</sup>	0,86 ‰
Numero de casos	7.590	6.524	4.714	3.888	189	848	1.379
Numero expedientes	-	-	-	4.916	-	-	3.565

<sup>a</sup> Expedientes de protección al menor

<sup>b</sup> Demanda potencial calculada a través de diferentes profesionales.

<sup>c</sup> Se investigan aquí menores minusválidos a partir de los archivos de protección de menores.

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

<sup>d</sup> El 11 por cien representa la prevalencia del maltrato infantil en la población minusválida tutelada en Castilla y León.

<sup>e</sup> Expedientes de protección al menor incoados en la Comunidad Valenciana los años 1997-98 (Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, 2000)

A nivel estatal existen dos estudios sobre los expedientes de menores <sup>8,9</sup>. En el estudio más reciente los casos de mendicidad y explotación laboral se incluyen en el ámbito de la negligencia; los casos de corrupción en abuso sexual o en maltrato emocional; y, no incluye los casos de maltrato prenatal (Tabla 2).

**Tabla 2.** Porcentajes de maltrato a nivel de España según los expedientes de protección de menores.

	1991 – 92 8	1997-98 9
Negligencia	79,1 %	86,7 %
Maltrato emocional	42,5 %	35,4 %
Maltrato físico	30,1 %	19,9 %
Explotación laboral	4,2 %	----
Mendicidad	9,3 %	----
Corrupción	4,2 %	----
<b>Abuso sexual</b>	4,2 %	3,5 %
Maltrato prenatal	5,0 %	----
Tasa incidencia por ‰	4,6 ‰	7,16 ‰
Numero expedientes	32.483	32.741
Numero de niños maltratados	8.565	11.148

1 Ingles A (dir). Els maltractaments infantils a Catalunya. Estudi actual y balance de la seva situació actual. 1991

2 Ingles A (dir). Els maltractaments infantils a Catalunya. Quants, Com, Per qué. Centre d'Estudis Jurídics. Generalitat de Catalunya. 2000

3 Jiménez J, Moreno MC, Oliva A, Palacios J, Saldana D. El maltrato infantil en Andalucía. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. 1995

4 Simón C, López JL, Linaza JL. La población infantil en situación de desamparo en la Comunidad de Madrid. Consejería de Servicios Sociales. 1998

5 Paúl J, Arruabarrena Mi, Torres B. La prevalencia del maltrato infantil en la provincia de Guipúzcoa. Infancia y aprendizaje. 1995; 71:49-58

6 Verdugo MA, Gutiérrez B, Fuertes J, Elices JA. Maltrato y minusvalía. Ministerio de Asuntos Sociales. 1993.

7 Requena E (dir). Maltrato infantil en la familia. Comunidad Valenciana (1997-1998). Valencia: Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia. 2001

8 Jiménez Morago, Oliva . Maltrato y protección a la infancia en España. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. 1996

9 Requena E. Maltrato infantil en la familia. España 1997/98. Valencia, Centro Reina Sofía para el Estudio de la violencia. 2002

*La conclusión de estos dos estudios, utilizando criterios semejantes, sería que el porcentaje total de negligencia y abuso sexual son similares en ambos estudios, si bien se incrementa el número total de víctimas (prevalencia).*

A la vista de estos datos se observa una dispersión de resultados debido, entre otras cosas, a la utilización de conceptos y sistemas de registros diferentes.

Por otra parte, los datos son de niños con expediente abierto en el sistema de protección, lo que da un sesgo importante a estos datos, no disponiendo de datos de las fuentes de detección.

No obstante esta dispersión de resultados, en los estudios españoles se da una cierta concordancia en una serie de conclusiones sobre las características personales y familiares y sobre las situaciones sociales que rodean a los casos de maltrato, concordancia en ocasiones extensible a los datos que se hallan en otras publicaciones internacionales. Estos puntos de acuerdo son los siguientes:

- El maltrato es algo más frecuente entre los chicos que entre las chicas.
- Se ha confirmado que muchos de los menores maltratados han sufrido más de un tipo de maltrato.
- 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 como son los escasos recursos de apoyo; se aducen también factores como el ser niño prematuro, padecer enfermedades frecuentes o ser hiperactivo; y sobre todo situaciones socio-familiares como el desempleo, la desestructuración familiar, ambientes carentes de afecto, el alcoholismo y la drogadicción, o una vivienda inadecuada.

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.

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.

Con respecto al *abuso sexual*, en España contamos con el estudio retrospectivo realizado por Félix 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 la 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.

## **Bibliografía**

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

Díaz Huertas JA. Epidemiología. En Casado Flores, J., Díaz Huertas, J., Martínez González, C. Niños Maltratados. Díaz de Santos 1997:15-2532

Gómez de Terreros I. Etiopatogenia. En Casado Flores, J., Díaz Huertas, J., Martínez González, C. Niños Maltratados. Díaz de Santos 1997:27-

Gracia E, Musitu G. El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1993

Garbarino J, Eckenrode J. Porque las familias abusan de sus hijos. Granica. 1999

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

Milner J. Factores de riesgo. En Sanmartín J (ed) Violencia contra los niños. Ariel. 1999:39-78

Paul J. Explicaciones etiológicas de las diferentes situaciones de maltrato y abandono infantil. En Paúl J, Arruabarrena MI. Manual de protección infantil. Masson. 1995. 25- 62



## Índice

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

En muchos países 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 graves problemas físicos, psíquicos, enfermedades e incluso la muerte, especialmente 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 craneales provocados la causa más frecuente de muerte. Otras formas graves de malos tratos son las lesiones abdominales de vísceras, 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. Las personas relacionadas con los niños, trabajadores sociales, maestros, cuidadores, deben estar familiarizados con las lesiones no casuales, lo que facilitará su detección.

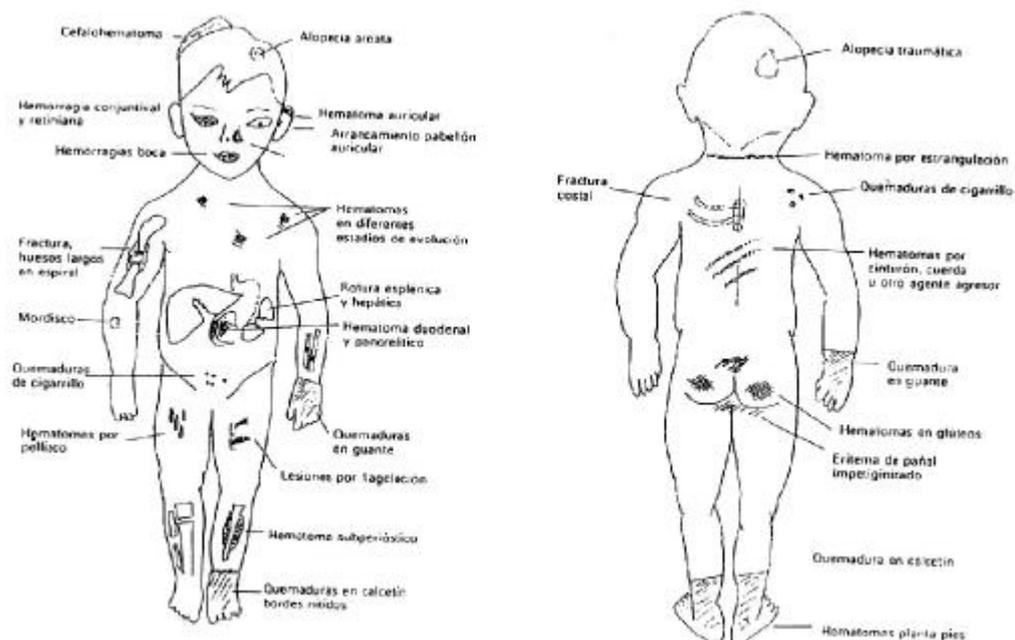
**Tipos de lesiones de piel y mucosas**

Varían según la edad y la raza, no según el sexo. Las lesiones cutáneas más frecuentes son: hematomas (40%), desgarros y arañazos (20%), otros traumatismos cutáneos (20%) y quemaduras.

Las lesiones cutáneomucosas provocadas por malos tratos pueden ser producto de: 1) golpes o lanzamientos contra objetos duros, lo que provoca hematomas, equímosis, 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. (Fig 1)** 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 la tabla I, 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, por ejemplo quemaduras de boca, cara o cuello en niños sin autonomía para provocarse fortuitamente la lesión o fracturas óseas en lactantes que por su edad no andan ni gatean.

**Fig 1:** Lesiones físicas mas frecuentes, modificada de Margallo et al. 1981



**Tabla I . Diferencia entre lesiones cutáneas provocadas y accidentales**

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

**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 profesionales que trabajan con niños deben estar familiarizados con los cambios de coloración de los hematomas (Tabla II), al objeto de poder detectar la contradicción entre la fecha estimada por la exploración física del niño, la obtenida en el interrogatorio a los padres, anamnesis ; cuando esta contradicción es evidente se produce, el diagnóstico de maltrato es altamente sugestivo.

**Tabla II .- Color de la piel después de la lesión**

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

### **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 causa. 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 más superficiales; para que se produzcan quemaduras profundas, 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 fortuitas por las características de forma, profundidad, delimitación de bordes, simetría y localización, búsqueda inmediata o diferida de asistencia médica (Tabla III), así como por la existencia o no de factores predisponentes al maltrato físico.

**Tabla III. - Diferencias entre quemaduras provocadas y fortuitas.**

Quemaduras		Provocada	No provocada
Escaldadura	Bordes	Nítidos, precisos	Difusos, irregulares
	Salpicaduras	Ausentes	Presentes
	Forma	Guante, calcetín Glúteos en casquete	No definidos
	Profundidad	Homogénea	No homogénea
	Grado	Superficial	Profunda
	Simetría	Frecuente bilateral	Unilateral
<b>Seca por contacto</b>	Forma	Plancha, radiador, tenedor, cigarrillo	No visible. No precisa
	Bordes	Nítidos, precisos	Difusos
<b>Localización</b>		Zonas de castigo :	Zonas descubiertas de la piel :
		orejas, mejillas	frente, mentón
		hombros	cuello, zona corbata
		brazos	antebrazo
		palma mano, pie	planta mano, pie
		glúteos, genitales	
<b>DEMANDA DE AYUDA</b>		Diferida	Inmediata

#### *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, inflamación, áreas sin pelos, hematoma de cuero cabelludo 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 graves lesiones dentro del cráneo, tales como edema, inflamación y hemorragias dentro del cráneo, dentro o fuera del cerebro. 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 hemorragia intracraneal sin lesión externa aparente. Estas hemorragias son muy características del maltrato pudiendo ser diagnosticadas por TAC craneal.

Las hemorragias de la retina, visibles en el fondo del ojo, pueden aparecer en el niño violentamente sacudido que desarrolla hemorragia intracraneal; 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 (combustión incompleta de estufas, intoxicación por humo, etc.) y la falta de oxígeno tras parada cardiorrespiratoria producen también hemorragias retinianas.

Los síntomas de las lesiones intracraneales no se diferencian de las producidas por otras causa son: 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 de la médula espinal.*

Debe derivarse a un hospital para hacer TAC craneal a los niños maltratados, cuando se sospeche clínicamente daño intracraneal o existan lesiones externas en cara y cráneo indicadores del maltrato.

### **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 dice que los huesos de los niños pequeños cuentan lo que su boca no puede hablar.

Se sospechará fractura de hueso provocada en las siguientes situaciones:

- Historia de caída o traumatismo menor acompañada de lesiones mayores de lo esperado.
- Fracturas en espiral de los huesos largos, especialmente en niños menores de 3 años.
- Fracturas de costillas uni o bilateral, provocadas por la compresión brusca del tórax entre ambas manos o por la sacudida contra un objeto duro.
- Fracturas óseas múltiples en distintos estadios de consolidación (reparación).

En ocasiones, las lesiones óseas no son visibles radiográficamente, por ser pequeñas o ser muy recientes. La repetición del estudio radiográfico óseo dos semanas después, objetivará las lesiones anteriormente no visibles.

### **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 del peso y talla, 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 enfermedad 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 de los trabajadores sociales y de los médicos no es solo la curación de las lesiones físicas, también 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 (sanitario, trabajadores sociales), 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.

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 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.

#### Lecturas recomendadas

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

Querol X. El niño Maltratado. Barcelona: Ed. Pediatrica 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. Imagenes radiográficas de lesión intencional en el Síndrome del niño maltratado. Clin Ped Nort Am 1999 ; 4 :865-88.



## Índice

Introducción  
 Definición  
 Epidemiología  
 Etiología  
 Diagnóstico y detección  
 Atención al abuso sexual infantil

**Introducción**

*El abuso sexual ha existido desde siempre, en todas las culturas, durante mucho tiempo y aun hoy es negado. En España con el estudio de Félix López en los años noventa es cuando empezamos a conocer la magnitud del problema y hacer una aproximación a sus causas.*

Los abusos sexuales adquieren formas en las que no existe contacto físico, además de formas como la explotación sexual, el turismo sexual con menores, la pornografía infantil y tampoco podemos ignorar la utilización perversa por parte de padres del abuso sexual con alegaciones falsas en casos de separación y divorcio.

En el abuso sexual nos encontramos con múltiples tipos de agresores y víctimas así como de contextos maltratantes.

Cualquier niño de cualquier edad y clase social puede ser víctima de abusos sexuales que en la mayoría de los casos no se va a tratar de actos físicamente violentos, ya que el agresor, se sirve de promesas o amenazas para implicar a la víctima.

En torno al abuso sexual existen falsas creencias que contribuyen a ocultar el problema y tranquilizar a quienes no desean afrontarlo. (Tabla 1)

Tabla 1. **Falsas creencias en torno al Abuso Sexual**

FALSO	VERDADERO
Los abusos sexuales son infrecuentes.	En torno a un 23% de niñas y un 15% de niños son víctimas de abusos.
Se dan en niñas, pero no en niños.	Afectan más a las niñas, pero los niños también los sufren.
Hoy se dan más abusos que antes.	Han existido en todas las épocas. Hoy sí existe una mayor conciencia y sensibilización al respecto.
Los agresores son normalmente enfermos psiquiátricos o viejos verdes.	La mayoría de los abusos los cometen sujetos aparentemente normales, aunque no poseen valores sociales o no saben controlar sus impulsos.
Sólo ocurren en ambientes especiales (pobreza, baja cultura) y situaciones especiales (callejones oscuros y por la noche).	Están presentes en todas las clases sociales y ambientes, aunque sí son más probables en situaciones de hacinamiento o si existe un clima de violencia familiar. Pueden ocurrir en cualquier lugar y momento.
Los niños no dicen la verdad cuando cuentan que han sufrido abuso sexual.	Los niños casi nunca mienten cuando dicen haber sufrido abusos.
Las víctimas son normalmente chicas jóvenes que visten seductoramente o niñas que se lo buscan.	El abuso sexual puede ocurrirle a cualquiera, independientemente de la edad, sexo o forma de vestir.
Si los abusos ocurrieran en nuestro entorno, nos enteraríamos.	Muchas veces, las personas que sufren abusos tienden a ocultarlo por vergüenza o miedo.
Los abusos sexuales van casi siempre asociados a la violencia física.	El agresor no emplea siempre la violencia. En muchos casos utiliza la persuasión o el engaño.
Si la madre de un niño se entera de que éste es objeto de abusos sexuales, no lo permitirá y lo denunciará.	No es infrecuente que las madres reaccionen ocultando los hechos, sobre todo si el agresor es un familiar.
Los menores pueden evitarlo.	Esto es verdad en algunos casos, pero en otros muchos les coge por sorpresa, no saben lo que está pasando, les engañan o les amenazan.
Los efectos son casi siempre muy graves.	No siempre es así.

## Definición

Existen muchas definiciones de abuso sexual, entre ellas destacamos tres:

- *Los contactos sexuales e interacciones entre un niño y un adulto, cuando el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente el mismo o a otra persona. El abuso sexual puede también ser cometido por una persona menor de 18 años, cuando esta es significativamente mayor que el niño (la víctima) o cuando está (el agresor) en una posición de poder o control sobre otro menor. (National Center of Child Abuse and Neglect, 1978).*
- *La utilización del niño por parte de un adulto con vistas a la obtención de placer o beneficios económicos (Council of Scientific Affairs of AMA. AMA diagnostic and treatment guidelines concerning child abuse and neglect. JAMA, 1985; 254:796-800)*
- *La participación de niños y/o adolescentes, dependientes e inmaduros, en actividades sexuales que no están en condiciones de comprender, que son inapropiadas a su edad y a su desarrollo psicosexual, para las cuales son incapaces de dar un consentimiento informado, o que han sufrido presionados por violencia, seducción, amenazas o engaños, o que transgrede los tabúes y las reglas familiares y sociales (Kempe H, Helfer RE, 1978)*

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  $\geq 5$  años mayor que la víctima que es  $<$  de 13 años, o si el agresor es  $\geq 10$  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 tres criterios fundamentales:

- Coerción
- Asimetría de edad
- Tipos de conducta de abuso sexual

Las conductas que conllevan abuso sexual son múltiples, pero es conveniente conocerlas para que la aproximación diagnóstica se realice de la forma más precisa.

Los tipos de abuso sexual infantil, no se limitan a conductas en que exista contacto físico entre el agresor y la víctima, sino que el concepto emplea múltiples conductas por parte del agresor. (Tabla 2)

**Tabla 2.** Tipos de conducta de abuso sexual

Conductas físicas	Con Contacto	Violación Penetración (vaginal, anal, bucal) Tocamientos Actos sexuales con animales
	Sin Contacto	Propuestas verbales Obligar a ver actos sexuales Exhibicionismo Falsas alegaciones
Explotación sexual	Implicar a menores en pornografía Promover la prostitución Infantil Turismo Sexual	
Culturales	Mutilación Genital Femenina Casamiento de niños	
Omisión	Consentimiento Pasivo No atender las necesidades de protección	

## Diagnostico y detección

En la detección del abuso sexual, es muy importante que conozcamos aquellos signos o síntomas, físicos y comportamentales, que nos van a indicar que se esta llevando a cabo algún tipo de abuso y nos permita actuar lo antes posible (Tabla 3).

**Tabla 3.** Indicadores de abuso sexual

Físicos	Traumas físicos	Dificultad para caminar o sentarse Irritación en área ano-genital: dolores, picazón, hemorragias, magulladuras esgarros, hinchazón...	
	Infecciones	Zona genital Tracto urinario Enfermedades venéreas	
	Presencia de esperma Embarazo Dificultades manifiestas en defecación Enuresis o encopresis		
Comportamentales	Sexuales	Conductas sexuales	Masturbación excesiva Interacción sexual con iguales Agresiones sexuales a otros niños más pequeños Conductas sexuales con adultos Conductas seductivas repetidas Promiscuidad
		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 psicossomáticos 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

Quando un niño es víctima de abuso sexual lo puede comunicar con palabras, pero también puede expresarlo con cambios en su conducta o actitud, siendo necesario en ambos casos creer al niño, hacerle ver que el único responsable es el agresor y hacerle sentir seguro y protegido frente al agresor y la repetición de los abusos.

Es importante que tengamos en cuenta los factores de riesgo de los niños, para poder trabajar en la prevención del abuso (tabla 4).

**Tabla 4.** Factores de riesgo que hacen a los niños más vulnerables

<b>Factores de riesgo que hacen a los niños más vulnerables</b>	
Género	Las niñas tienden a ser más vulnerables que los niños. Puede que el abuso de niños se denuncie menos por la implicación de la homosexualidad, normas culturales que encuentran el sexo entre niño/mujer adulta como normal y la tendencia de los hombres a no explicar <i>problemas personales</i>
Edad	Las edades entre 8 y 12 años parecen tener más riesgo. Puede ser porque han desarrollado suficientemente para permitir la penetración y son lo suficientemente conscientes para persuadirlos a participar - mientras las más jóvenes son más vulnerables a la coerción. Sin embargo, el abuso sexual ha sido identificado en casos de bebés de seis meses
Clase social	En el pasado se mantenía que el abuso sexual era más común en familias pobres y de clases socioeconómicas bajas que sería el simple resultado de la vigilancia a las <i>familias con problemas</i> Los datos recientes no demuestran diferencias significativas atribuibles a la clase social
Grupos étnicos	No se ha encontrado relación entre el riesgo de abuso sexual y grupo étnico. Debemos tener en cuenta las cuestiones del imperialismo y la explotación de los países del tercer mundo. En los países del Pacífico y en Sudamérica el comercio de prostitución infantil que florece hace especialmente vulnerable a los menores. También existe preocupación sobre las comunidades étnicas muy patriarcales y exclusivas, en que es difícil buscar ayuda para un niño abusado
Aislamiento social	El aislamiento social pone en riesgo a los niños por dos razones principales. 1. Las familias, instituciones y comunidades que mantienen un nivel alto de separación o exclusión dan más oportunidades de abuso, ya que reducen la posibilidad de que la actividad sexual sea observada. 2. Reduce las oportunidades para que el niño u otros miembros de la familia/comunidad busquen ayuda, porque les falta contacto con el mundo y por las fuertes sanciones que mantienen contra la deslealtad
Ausencia o falta de disponibilidad de los padres	Incluye situaciones en que un padre (normalmente una madre) está ausente (p.e. trabajando) o no está disponible (p.e. enfermedad o alcoholismo). Esto da más oportunidades para el abuso y reduce las posibilidades de la criatura para pedir ayuda
Relación pobre entre padres e hijos	El padre que tiene una relación pobre con el niño, esto le hace vulnerable por las razones descritas anteriormente. En los casos de abuso extrafamiliar, los niños son más vulnerables si buscan afecto y atención de forasteros, porque no lo reciben en casa
Conflicto entre los padres	Los padres que tienen conflictos, los niños pueden ser más vulnerables porque esta dinámica disfuncional puede servir de <i>gatillo</i> y reducir la posibilidad de que busque ayuda. La separación de los padres también ofrece la oportunidad de abuso durante las visitas
Padrastrros	Los tabúes usuales se aplican igual en el caso de padrastrros. Se ha teorizado que los padrastrros tienen menos inhibiciones contra el contacto incestuoso porque no han tenido el lazo que surge cuando el niño es pequeño
Abuso sexual previo	Los niños que ya han sido abusado sexualmente aprenden a comportarse de una forma <i>sexualizada</i> que los que abusan interpretan como una invitación
Familias represivas o valores subculturales	Las familias y subculturas que tienen puntos de vista represivos sobre la sexualidad - en que no se habla del sexo y a los niños los mantienen ignorantes - crean un riesgo ya que les faltan los conocimientos para reconocer de que están siendo abusados y les faltan medios para pedir ayuda. Además, los hombres en estas situaciones pueden creer que es mejor satisfacer sus necesidades sexuales dentro de la familia o comunidad que ser <i>infiel</i>

## **Epidemiología**

Es importante que todo profesional sepa que según las últimas investigaciones:

- 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.
- Que el 50% de los abusadores sexuales mayores han llevado a cabo sus primeras conductas cuando tenían menos de 16 años.
- Los agresores suelen estar casados y habitualmente son *familiares* (padres, hermanos mayores, tíos, etc.) o *allegados* (profesores, tutores, vecinos, etc.) de la víctima, lo que les permite un fácil acceso al niño, con quien suelen tener una relación de confianza anterior al incidente sexual. En estos casos, las situaciones de abuso son más duraderas en el tiempo, no llega a darse la penetración y no suelen plantearse conductas de violencia física ni amenazas de ejercerla.
- El incesto padre-hija es el más traumático por lo que supone de disolución de los vínculos familiares más básicos.
- Sólo en una pequeña parte (del 15% al 35% del total) el agresor es un completo *desconocido* para la víctima. En este tipo de casos, el abuso se da en ocasiones aisladas y puede estar ligado a conductas violentas o amenazas de ellas, al menos en un 10%-15% de los casos.
- No llega a darse habitualmente la violencia física ya que los factores que más frecuentemente suelen ponerla en marcha -la resistencia física y la capacidad de identificación del agresor por parte de la víctima- no suelen estar presentes a causa de la edad del menor.
- Aproximadamente 20 chicas de cada cien y 10 chicos de cada cien sufren algún tipo de abuso sexual antes de los 17 años.
- Casi la mitad de las personas que sufren abusos les ocurre más de una vez. En bastantes casos varias veces.
- No existen indicios de que la prevalencia del abuso sexual esté aumentando, si bien puede que la incidencia sea mayor derivada del incremento de factores de riesgo: divorcios, padres adoptivos-padrastrós, trabajo de la madre fuera del hogar, "canguros", etc.
- En España, la única investigación existente sobre datos de prevalencia encontró un 19 por cien de la población adulta con antecedentes de haber sufrido abusos sexuales en la infancia (15 por cien de los varones, 22 por cien mujeres), siendo las niñas entre los 11 y 12 años la población de mayor riesgo.
- El registro de casos del ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid ha recibido desde el 1 de enero de 1999 a 31 de diciembre de 2001, 1014 notificaciones, de las que 275 corresponden a abuso sexual.
- Los datos epidemiológicos indican que no existen características familiares y demográficas que puedan ser excluidas para la identificación del abuso sexual, si bien existen factores de riesgo como niñas más que niños, edad preadolescentes y adolescentes de pocos años, tener padrastro, no vivir con los padres biológicos, madre con problemas psicológicos, crianza inadecuada, presenciar conflictos familiares, circunstancias que deben considerarse en el diagnóstico.
- Otra forma de abuso sexual es el turismo sexual. Adultos de países desarrollados, con leyes y costumbres sociales no permisivas para las relaciones sexuales con niños, se trasladan a otros países en los que la pobreza obliga a comercializar a los niños con sus cuerpos.

## **Etiología**

*Los abusadores son personas con apariencia normal, de estilo convencional, de inteligencia media y no psicóticos. La aparente normalidad es la característica más señalada, si bien suelen presentar rasgos marcados de neuroticismo e introversión, así como de inmadurez (en forma de infantilismo, por ejemplo). No obstante, la pedofilia puede aparecer junto con otra parafilia -el exhibicionismo, por ejemplo- y estar asociada a otros trastornos, como el alcoholismo o la personalidad antisocial. No es infrecuente una relación entre la pedofilia y la personalidad obsesiva. Desde una perspectiva psicopatológica, en uno y otro caso los pensamientos intrusivos -acompañados de un fuerte impulso a la acción- son causantes de malestar, que puede eliminarse o reducirse mediante la conducta compulsiva.*

Los abusadores son fundamentalmente de dos tipos:

### **a) Primarios**

Se trata de sujetos con una orientación sexual dirigida primariamente a niños, sin apenas interés por los adultos, y con conductas compulsivas no mediatizadas por situaciones de estrés. Generalmente poseen un campo limitado de intereses y actividades, lo cual les lleva a menudo a una existencia solitaria. A veces cuentan con ciertas estrategias de atracción (simpatía personal, comportamientos infantiles, sintonía con los intereses de los niños, entrega de regalos, etc.)

Desde una perspectiva cognitiva, los pedófilos consideran sus conductas sexuales apropiadas y las planifican con antelación. No son infrecuentes en estos casos algunas distorsiones cognitivas, como atribuir la conducta a la seducción de los menores o considerar que este tipo de comportamientos son una forma de educación sexual adecuada para los niños. Por ello, no presentan sentimientos reales de culpa o vergüenza por sus actividades pedofílicas.

Los pedófilos primarios pueden mostrar una fobia o rechazo al sexo en las relaciones con mujeres e incluso una cierta aversión a las características sexuales secundarias de las mujeres adultas, como el desarrollo de los senos, el vello en el pubis, etc. Los niños, al no “exigir” condiciones completas de virilidad y potencia en la relación, “permiten” al pedófilo realizar un tipo de acto sexual pobre e incompleto. Estos elementos autoafirman al agresor en una supuesta hipersexualidad, que, sin embargo, es primaria y regresiva.

El origen de esta tendencia anómala puede estar relacionado con el aprendizaje de actitudes extremas negativas hacia la sexualidad o con el abuso sexual sufrido en la infancia, así como con sentimientos de inferioridad o con la incapacidad para establecer relaciones sociales y heterosexuales normales. A su vez, la repetición reiterada de masturbaciones acompañadas de fantasías pedofílicas tiende a mantener este trastorno.

#### b) Secundarios o situacionales

Son personas que tienen contactos sexuales aislados con niños, y éstos son reflejo de una situación de soledad o estrés. Las conductas habituales de estos sujetos son relaciones sexuales con adultos, normalmente heterosexuales, aunque suelen aparecer alteraciones en el curso de éstas, como impotencia ocasional, falta de deseo y algún tipo de tensión o conflicto con sus parejas.

A nivel cognitivo, suelen percibir este tipo de conductas como anómalas y las ejecutan de forma episódica e impulsiva más que de un modo premeditado y persistente. No es por ello infrecuente la aparición posterior de intensos sentimientos de culpa y vergüenza.

Las conductas de abuso pueden ser un medio de compensar la autoestima deficiente del sujeto o de dar rienda suelta a una hostilidad que no puede liberarse por otras vías. Las situaciones de estrés, así como el consumo excesivo de alcohol o drogas, pueden intensificar, a modo de desencadenantes, este tipo de conductas. En la tabla 5 podemos ver un resumen de los motivos que pueden llevar a un adulto a abusar de un niño según las distintas teorías explicativas

**Tabla 5.** Por qué los adultos abusan de los niños

<b>Por qué los adultos abusan de los niños</b>	
Predisposiciones emocionales y psicológicas	Los abusadores encuentran a los niños atractivos por su falta de poder, inmadurez y sumisión Los abusadores repiten el abuso que sufrieron para recuperar su autoestima, se identifican con el agresor y consiguen recompensa por actuar como ellos Socialización de los hombres para dominar
Excitación sexual con los menores	Algunos individuos desarrollan excitación sexual con menores, a través del condicionamiento cuando son pequeños, modelos de sus primeras experiencias, anormalidades hormonales, mala atribución de la excitación o sociabilización a través de pornografía infantil o anuncios
Factores que inhiben la relación sexual de adulto a adulto	Los abusadores tienen dificultad en relacionarse sexualmente con adultos Los abusadores tienen una habilidad social poco adecuada y por eso tiene dificultad en encontrar una pareja adulta La ansiedad sexual de capacidad los lleva a buscar una criatura sumisa, que no les juzgue, y no pondrá en peligro su amor propio El que abusa tiene una fijación de Edipo sin resolver Falta de acceso normal (p.e. el embarazo de su pareja) Normas represivas sobre la conducta sexual
Desinhibición	Impulso desorden Senilidad Dificultad para aprender (deficientes mentales) Alcohol o drogas Estrés situacional Tolerancia cultural y normas patriarcales
Motivaciones específicas	Los que abusan pueden estar motivados por beneficios, como en la pornografía Se ha sugerido que algunos individuos y grupos utilizan el abuso sexual infantil en actividades rituales (p.e. satanismo) aunque faltan pruebas para demostrarlo

## Contexto

Por el contexto donde se produce el abuso sexual infantil lo podemos clasificar en dos grupos: 1. *Extrafamiliar* y 2. *Incesto - intrafamiliar*

### 1. Extrafamiliar

Tiene lugar alrededor del contexto familiar por cuidadores, vecinos, amigos íntimos, aprovechando su confianza y fácil acceso al núcleo familiar. También puede producirse en colectividades como colegios, internados, asociaciones, donde el adulto aprovecha su autoridad para presionar a los pequeños. *El abuso sexual es infrecuente entre niños y adultos desconocidos.*

### 2. Incesto - intrafamiliar

Consiste en relaciones sexuales entre miembros de la misma familia. Los distintos tipos de incesto incluyen relaciones padre-hija, madre-hijo, padre hijo, madre-hija, hermanos y otras variables (padrastrós, tíos, abuelos, primos). El más frecuente se da entre padre-hija, seguido de padrastro-hijastra y con menor frecuencia madre-hijo. La relación padre-hijo es muy rara.

Según Nakashima, existen dos modelos de familias incestuosas:

- Familia incestuosa estable, sin alteraciones entre los miembros, de larga duración, con muchos hijos, sin relaciones extramatrimoniales por parte de los padres y escasas relaciones sociales, aislamiento social, con un control riguroso de las actividades sexuales de las hijas.
- Familia con múltiples problemas, antecedente de delincuencia paterna, drogadicción, alcoholismo, exhibicionismo, pedofilia.

*En ambos tipos hay alteraciones sexuales de los padres con escasas o nulas relaciones conyugales, la madre puede ser la inductora a la vez que protectora de las relaciones padre-hija. La permisividad, sumisión y la falta de afecto sitúan a la hija como figura central del núcleo familiar, actuando de pequeñas madres en todas sus funciones.*

la ontogenia del abuso sexual nos ayudará para entender el proceso familiar del incesto (tabla 6).

**Tabla 6.** Ontogenia del abuso sexual.

Sistema familiar en equilibrio			Crisis familiar y/o del entorno social	
I. Fase de seducción	II. Fase interacción sexual abusiva	III. Los secretos	IV. Divulgación	V. Fase represiva
Manipulación de la dependencia y la confianza de la niña/o Incitación a la participación de la niña/o (juego, regalos). Preparación del lugar y momento del abuso	Proceso gradual y progresivo. Comportamientos exhibicionistas y <i>voyeurismo</i> . Caricias con intenciones eróticas, masturbación, felación, penetración digital y/o penetración seca, coito.	El abusador impone la ley del silencio. La niña/o tiene otra alternativa que adaptarse a la situación. La madre y/o los hermanos ausentes o cómplices.	Accidental Premeditada: a causa del dolor (niños pequeños), conflicto de autonomía (adolescentes).	La familia busca desesperadamente su reequilibrio para mantener a cualquier precio la cohesión familiar

### Atención al abuso sexual infantil

*En caso de que un niño manifieste o sepamos que haya sufrido abusos sexuales, la atención presenta una características particulares (tabla 7)*

**Tabla 7.** Atención al niño abusado

Asegurarse que no tiene heridas	Buscar profesional para que examine al niño
Proteger a la víctima	Vamos a decir a alguien lo que ha sucedido para que no vuelva a pasar. Comunicarlo a las autoridades. Impedir que el agresor pueda acceder al niño
Mostrarle satisfacción por haberlo comunicado	Estoy muy orgulloso de ti por habérmelo comunicado Has hecho lo correcto diciéndome esto
Aceptar sentimientos del niño	Siente...ahora. Te ayudaré a sentirte mejor después. Parece que sientes...hacia el agresor Animarle a hablar del abuso. Reconocer los sentimientos del niño
Expresarle afecto	Te quiero como antes y te seguiré queriendo, esto no cambia nada. Darle muestras de afecto como lo hacemos cuando queremos consolarle. Dejar que el niño controle el tipo y frecuencia del contacto afectivo

Uno de los factores que determinan los efectos secundarios del abuso sexual infantil, es la reacción del entorno del niño, cuando tiene conocimiento del hecho, es por ello que debemos conocer las respuestas adecuadas y sobre todo las inadecuadas para poder minimizar estos efectos (tabla 8 y 9).

**Tabla 8.** Respuestas adecuadas ante abusos sexuales

Crear al niño	Siento que esto te haya sucedido. Gracias por decirme la verdad sobre lo que te ha sucedido. Hacer referencia a los profesionales que refuercen la idea de que se cree a la víctima
El responsable es el adulto o persona de mas edad	El o ella sabia que estaba haciendo algo inadecuado No es tu culpa. Tu no has hecho nada malo
Mantener la calma	Continuar con las rutinas de la vida diaria; buscar ayuda para sí mismo si lo necesita
Mantener el acento en que saldrá adelante	Has sido tan valiente al decírmelo. Una vez que me los has dicho, podemos conseguir que no vuelva a suceder. Hay normas de seguridad que podemos aprender para que no vuelva a suceder.
Asegúrese de que no ha sufrido heridas	Tus heridas o tus sentimientos heridos desaparecerán pronto Buscar profesional para que examine al niño
Proteger a la víctima	Vamos a decir a alguien lo que ha sucedido para que no se repita. Comunicarlo a las autoridades. Impedir que el agresor pueda acceder al niño
Sentir orgullo por haberlo comunicado	Estoy muy orgulloso de ti por habérmelo comunicado Has hecho lo correcto diciéndome esto
Aceptar sentimientos del niño	Siente ... ahora. te ayudaré a sentirte mejor después. Parece que sientes ... hacia el agresor Animarle a hablar del abuso. Reconocer los sentimientos del niño
Expresarle afecto	Te quiero como antes y te seguiré queriendo. Esto no cambia nada. Darle muestras de afecto. Dejar que el niño controle el tipo y frecuencia del contacto afectivo

**Tabla 9.** Respuestas inadecuadas ante abusos sexuales

Negar que el abuso ha ocurrido	No es verdad. ¿Estás seguro? Debe ser un malentendido. No inventes estas historias
Culpar al niño del abuso	¿Por qué le dejaste hacerlo? ¿Porqué no me lo dijiste antes? ¿Cómo dejaste que ocurriera? ¿Porqué no dijiste "no", huiste, luchaste?. Que asco que haya hecho estas cosas, reñir o castigar al niño
Reacción de alarma	Nunca volverás a ser el mismo. Desde ahora eres un desgraciado. Expresar angustia por el niño o por el agresor
Poner el acento en el nuevo status del niño	Referirse al él como la víctima Evitar tocarle o acariciarle
Sobreprotección	Restringirle actividades habituales

Como consideraciones finales, debemos tener en cuenta que nos enfrentamos a un problema complejo, cuyo abordaje requiere de una intervención multidisciplinar e intersectorial y de la cooperación necesaria de todos los profesionales implicados (servicios sociales, salud, salud mental, educación, policía, justicia,...)

El tratamiento y trabajo en equipo entre profesionales de diferentes disciplinas es esencial cuando se trata de abordar el problema del abuso sexual infantil y sobre todo para evitar la revictimización del niño en los diferentes procesos, evitando repetir exploraciones y entrevistas que hagan revivir al niño el trauma sufrido.

## Índice

- Definición
- Clasificación
- Factores de riesgo
- Síntomas y trastornos en los niños y adolescentes
- El desarrollo normalizado
- Formas que adquiere el maltrato psicológico
- Diagnostico e intervención

**Definición**

El maltrato emocional o psicológico se da en aquellas situaciones en las que los adultos significativos de los que depende el niño, los padres fundamentalmente, aunque también otros adultos como 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.

Esto no significa que los padres tengan que ser perfectos, o que no puedan cometer equivocaciones en sus relaciones con los hijos, se trata sencillamente de tener una actitud que se ajusta a lo que Winnicott denomina la madre (o padre) suficientemente buena. Es decir receptiva y abierta, capaz de descifrar las necesidades físicas y psíquicas del niño. Condiciones que normalmente reúnen la mayoría de las madres.

El maltrato el psicológico es el más difícil de definir y detectar por varias razones. La primera de ellas es que 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, es decir pueden tener otra etiología diferente. Hay importantes dificultades para discriminar entre lo que podemos considerar como las consecuencias del maltrato y las alteraciones o trastornos derivados de otras patologías.

El segundo aspecto que dificulta su delimitación es el tema de la "intencionalidad". En otros tipos de maltrato, como los abusos sexuales o los malos tratos físicos, es relativamente fácil delimitar la intención del adulto de causar daño, 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. Los padres interpretan su conducta como desobediencia o rebeldía voluntaria, e incluso como falta de cariño, asignándoles una intención hostil y actuando con ellos de forma excesivamente coercitiva o punitiva.

Esto no se puede considerar un eximente para calificar la situación de maltratante, pero si plantea dificultades adicionales. Los responsables de la situación siempre son los adultos y no los niños.

El tercer aspecto es la dificultad de discriminar las situaciones cotidianas, que se producen en todo desarrollo normalizado, en las que los padres deben imponer normas y limites por el propio bienestar del niño, aun en contra de su voluntad; de lo que podría llegar a ser una situación maltratante. Cualquier niño al que los padres frustran en sus deseos se siente en cierta forma maltratado y no querido y así lo expresará en el caso de que se le pregunte. Por lo tanto lo que los padres o el propio niño pueden manifestar siempre hay que situarlo en el contexto concreto y necesita de mayor investigación.

Por todas estas razones es necesario considerar una determinada constelación de factores, para detectar y diagnosticar el maltrato emocional.

**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. El maltrato psicológico esta siempre presente cuando se producen otros tipos de malos tratos (abuso sexual, maltrato físico, etc.), sin embargo puede darse maltrato psicológico sin que se produzca necesariamente maltrato físico. Por lo tanto a pesar de la dificultad de detección y diagnostico el maltrato psicológico es el mas frecuente.(Cuadro 1)*

**Cuadro 1.** Clasificación de malos tratos psicológicos

Pasivos	Abandono emocional	Ausencia permanente de respuestas a las señales de interacción afectiva del niño
	Negligencia	Ausencia parcial y/o respuestas incongruentes a las señales de interacción afectiva del niño Descuido de las necesidades afectivas de apoyo y protección necesarias para el desarrollo
Activos	Relación donde predomina la violentación del adulto sobre el niño, expresada en forma verbal o mediante la conducta, con amenazas, críticas, culpabilización, castigos, aislamiento, etc.	

El abandono emocional es poco frecuente. Se puede dar en bebés institucionalizados desde el nacimiento. Spitz definió este cuadro como marasmo emocional. Es muy grave e incluso puede producir la muerte por ausencia de vínculos afectivos que sostenga el deseo de vivir del bebé.

Las negligencias y el maltrato activo son los tipos de maltrato más frecuentes. Dentro de las negligencias suelen ser más perturbadoras las respuestas incongruentes, tanto más cuanto más pequeño es el niño. Ya que ante una misma actitud afectiva, sea positiva o negativa, del niño hacia los padres, estos pueden responder de forma contradictoria, produciendo una confusión importante en las relaciones y en el establecimiento del vínculo afectivo entre padres e hijos. Hay que considerar que este vínculo se construye precisamente a partir de las interacciones entre el niño y los padres desde el nacimiento e incluso antes, debido a los deseos anticipatorios de los padres sobre el futuro bebé.

### **Factores de riesgo**

Todos los estudios realizados hasta la fecha confirman que el maltrato psicológico se puede producir en cualquier nivel social y económico. La única diferencia es que las familias con más nivel económico, tienen mayores recursos y no acuden por lo general a los servicios públicos, por lo que pasan más desapercibidas, siendo en estos casos más difícil la detección y la intervención.

Durante mucho tiempo se ha tratado de encontrar un perfil psicopatológico de los padres maltratantes, con la intención de poder detectar de forma preventiva las situaciones de maltrato. Los resultados de las investigaciones han demostrado que no existe tal perfil. Sin embargo, si se han encontrado características comunes, tanto en los padres como en los hijos, en los casos de las familias maltratantes, que se consideran como factores de riesgo y que pueden orientar el diagnóstico y la detección.

### **Cuadro 2. Factores de riesgo**

Elevado número 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
Minusvalías, enfermedades crónicas, o dificultades evolutivas en los niños
Conflictos crónicos y repetidos en los padres, con un clima de tensión y violencia permanente
Antecedentes de maltrato en los padres, produciendo un modelo de identificación distorsionado
Ruptura familiar, o familias monoparentales por separaciones conflictivas, muertes, o accidentes graves
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
Toxicomanías
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, es necesario considerar además otras circunstancias y características complementarias en cada caso concreto.

### **Síntomas y trastornos en los niños y adolescentes**

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

### **Cuadro 3. Síntomas y trastornos**

Detención o retraso en el crecimiento sin causa orgánica
Trastornos o enfermedades psicosomáticas a repetición, bronquitis, dolores abdominales, cefaleas, etc.
Accidentes frecuentes, caídas, golpes, fracturas, ingestión de productos para la limpieza, etc.
Dificultades y/o retraso en cualquier área del desarrollo evolutivo, psicomotricidad, inteligencia, lenguaje, socialización, etc.
Labilidad afectiva y trastornos del comportamiento. Alternancia entre agresividad-pasividad, dificultades en la esfera del control de impulsos, inhibición, desafectivización, etc.
Trastornos del sueño y de la alimentación
Trastornos en el control de esfínteres
Psicopatías y conductas delictivas
Depresión e intentos de suicidio
Psicosis

Los tres últimos trastornos son los mas graves, aunque afortunadamente no son los mas frecuentes. En la clínica lo más común es encontrar asociados varios de ellos.

### **El desarrollo normalizado**

El maltrato psicológico esta directamente relacionado con la cualidad del vínculo afectivo entre padres e hijos. A menudo la necesidad de una intervención rápida para proteger al menor y el rechazo desde el punto de vista ético de las 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.

El vínculo que les une es de una cualidad mortífera y esta profundamente 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 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 durante bastante tiempo 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 interdependencia.

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

Las principales características de estas funciones las podemos resumir en el Cuadro 4.

#### **Cuadro 4. Características de las funciones paterno - maternas**

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

Cuando estas funciones están perturbadas o distorsionadas, se puede producir el maltrato psíquico, el desarrollo psicoafectivo y evolutivo 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. La fantasía de retaliación se actúa en la realidad, los padres proyectan su propia agresión hacia el hijo. Esta situación no se puede modificar sin una ayuda exterior.

## **Forma que adquiere el maltrato psicológico**

Las formas más frecuentes que adquieren los malos tratos psicológicos son:

- 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, quejas o confidencias en situaciones de separación, haciéndole depositario de descalificaciones mutuas, e ignorando su propio sufrimiento
- Depositación sobre el niño de responsabilidades excesivas para su edad. Puede consistir en el cuidado permanente de un hermano más pequeño o de su propio autocuidado en edad muy temprana, lo que produce una situación de desprotección psíquica. O bien responsabilizarle del cuidado a uno de los padres que puede padecer algún tipo de enfermedad, generalmente psíquica
- Aislamiento del niño por traslados frecuentes, dificultándole las relaciones con los iguales
- 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, así como los factores de riesgo y la cualidad de las perturbaciones en el vínculo afectivo entre padres e hijos. En base a este diagnostico se decidirá la intervención más adecuada. Bien tratamiento psicoterapéutico del niño y trabajo de apoyo con los padres, bien tratamiento psicoterapéutico de todo el grupo familiar.

En cualquier caso hay que tener en cuenta que las consecuencias del maltrato psicológico suelen ser duraderas y graves. Sobre todo si los maltratadores han sido los padres y cuanto más pequeño sea el niño. Ya que en la primera infancia todavía no se han desarrollado los mecanismos psíquicos que pueden actuar como defensa y no hay contextos alternativos, el colegio, los iguales, etc., que puedan compensar tales situaciones.

En ocasiones además del tratamiento psicoterapéutico es necesario otro tipo de intervenciones en coordinación con otros servicios socio-comunitarios. 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 con los Servicios Sociales de los organismos de protección a la infancia, Comisión de Tutela, Fiscalía del Menor, etc.

M<sup>a</sup> Ángeles García Llorente  
 M<sup>a</sup> José Lucas Postigo  
 Pilar Cayuela Urizar-Aldacar

## Índice

Introducción  
 Competencias de la Comisión de Tutela  
 Principios de actuación de la Comisión de Tutela  
 Riesgo, Desamparo y Maltrato

## 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.

La Constitución Española de 1.978, vino a sentar las bases de lo que podemos definir como *‘el derecho de los menores’*, cuando en el Artículo 39.4 recoge la declaración de que *Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.*

En este texto se hace un reconocimiento explícito de lo que entonces era una laguna existente en dicha materia en las normas de derecho interno, al mismo tiempo que se confirmaba la necesidad de cambiar la idea filosófica sobre el término *menor*, y lo que es más importante, establecer las bases que lo orientaran y desarrollaran desde una nueva perspectiva.

La situación descrita desembocó en un nuevo planteamiento legal del tema del menor, conduciendo a una nueva concepción del Estado en relación con sus miembros; esta concepción es la de un Estado de Bienestar Social, en donde los nuevos planteamientos y actitudes puedan tener su realización.

En los años 80 se inicia un proceso de renovación legal para la adecuación del ordenamiento jurídico al nuevo orden constitucional y a los principios que lo inspiraron. La ratificación por el Estado Español de la Convención de Derechos del Niño supuso la modificación de legislaciones en distintas áreas de la vida de la infancia.

La Convención sobre los Derechos del Niño señala un amplio ámbito de protección para los menores como sujetos de derechos, derechos que deben ser reconocidos, practicados y defendidos por todos y, especialmente por sus progenitores y por los organismos responsables de su materialización.

Este nuevo planteamiento obligó a reorganizar toda la estructura existente y habilitar recursos nuevos por parte de todas las Comunidades Autónomas. De este modo el Gobierno de la Comunidad de Madrid creó un órgano colegiado, la *Comisión de Tutela del Menor*, para que ejerciera las funciones derivadas de la competencia asumida.

La Comisión de Tutela del Menor se creó en 1.988, como órgano colegiado que se sitúa en el vértice del Dispositivo Tutelar, y que instrumentaliza el ejercicio de la acción tutelar, consecuencia de la *desjudicialización del proceso de acción tutelar*, al pasar la competencia a organismos administrativos, y a la *descentralización*, al crearse órganos en cada una de las diferentes Comunidades Autónomas del Estado.

### **Competencias de la Comisión de Tutela**

Las competencias que en materia de protección de menores corresponden a la Comunidad de Madrid, son desarrolladas por la Comisión de Tutela del Menor, que tiene atribuidas las siguientes facultades legales:

- ! Declarar la situación de desamparo de los menores
- ! Asumir por ministerio de la Ley, la tutela de los menores desamparados
- ! Asumir la guarda temporal de aquellos menores que no puedan ser atendidos por quienes tiene la potestad para ello, previa solicitud y justificación o por acuerdo judicial
- ! Prestar el consentimiento y formalizar por escrito los acogimientos familiares voluntarios
- ! Promover el acogimiento judicial de menores en caso de oposición o no comparecencia de los padres o tutores
- ! Formular las propuestas de adopción de menores, a los juzgados competentes
- ! Promover el nombramiento judicial de tutor del menor
- ! Tantas cuantas medidas sean necesarias para asegurar la cobertura de las necesidades subjetivas de los menores y su plena asistencia moral y material.

### **Principios de Actuación de la Comisión de Tutela**

Los principios de actuación que ordenan la acción tutelar y que ya se indicaban en la Ley 21/87, en nuestra Comunidad quedaron reflejados en el Decreto 121/88 de 23 de Noviembre, regulador del procedimiento de constitución y ejercicio de la tutela y la guarda del menor, y fueron ampliados posteriormente en la Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid, de 7 de abril de 1.995.

Actualmente estos principios se han visto reforzados, a nivel estatal por la Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor.

Podemos realizar un enunciado de dichos principios como sigue:

1. Se potenciarán los tratamientos preventivos, actuándose sobre las causas que puedan originar la desestructuración familiar y el desamparo de los menores.
2. Se propiciará la integración y normalización de la vida del menor en su medio social.
3. Se procurará limitar temporalmente la intervención administrativa.
4. 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, procurándose mantener la convivencia entre hermanos.

A través de estos principios se reconoce y se da prioridad al derecho de los niños a una protección que garantice su desarrollo integral en su propio entorno sociofamiliar, en primer lugar en compañía de sus progenitores y en su defecto con su familia extensa. Solo como medida extrema cuando lo anterior no sea posible se recurrirá al alejamiento del niño de su medio ambiente de procedencia, de forma temporal o definitiva.

Igualmente se considera de forma implícita el derecho de los niños a que las instituciones ofrezcan apoyo y orientación a sus padres, y a que en caso de separación se reconozca su derecho a retornar con ellos lo antes posible.

### **Riesgo, Desamparo y Maltrato**

Las instituciones fijan las pautas de educación y socialización infantil adecuadas, definen las necesidades del niño y las convierten en norma a través de la legislación y de la propia intervención social. Consecuencia de lo anterior es que una adecuada conceptualización y clasificación de las situaciones de riesgo, desamparo y maltrato infantil, junto al conocimiento de los efectos que éstas pueden producir en el niño y su entorno, es un requisito previo al análisis de cualquier intervención en este tipo de problemática.

A la hora de contemplar los indicadores de riesgo, y por tanto las situaciones de riesgo, asociadas en último extremo a las situaciones de desamparo, es necesario en un primer momento delimitar el alcance de cada uno de estos conceptos desde el marco legal establecido en nuestro país.

La Ley Orgánica 1/96 de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, establece ya en su Exposición de Motivos, la diferencia entre lo que puede entenderse como situaciones de riesgo o de desamparo. En las

situaciones de riesgo, caracterizadas por la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar, la intervención tiene que limitarse a intentar eliminar dentro de la institución familiar, los indicadores de riesgo.

Sin embargo en las situaciones de desamparo, donde la gravedad de los hechos aconseja la extracción del menor de la familia, la intervención institucional se concreta en la asunción por la Entidad Pública de la tutela del menor y de la consiguiente suspensión de la patria potestad o de la tutela ordinaria.

Siguiendo las pautas anteriores, podemos ver que la separación del menor de su entorno se perfila como una de las cuestiones que determinan el tipo de intervención institucional, la responsabilidad de la administración en la aplicación de medidas jurídicas y sociales y, en definitiva la clave que permite diferenciar situaciones de riesgo de situaciones de desamparo.

El concepto de **desamparo** vamos a utilizarlo como término que engloba las distintas situaciones de maltrato, trato negligente o abandono, que provoca la falta de atención grave de las necesidades del niño, o la lesión de sus derechos esenciales, por quienes tienen obligación de procurársela en el primero de los supuestos, y de respetarlos en el segundo.

### **Actuaciones Preventivas**

En el ámbito del Dispositivo Tutelar cabe contemplar dos tipos fundamentales de intervención: la intervención preventiva con la que se pretende anticipar soluciones a probables situaciones de desamparo, y la acción tutelar que se ejerce por la Comisión de Tutela cuando se han producido esas situaciones de desamparo infantil.

Una eficaz política de protección no debe ser solamente defensiva, actuando cuando ha existido desprotección, sino que tiene que ser a la vez ofensiva, adelantándose a la aparición de hechos que comportan costes personales elevados y exigen medidas mas traumáticas.

Por ello, el sistema de protección de menores no puede limitarse a actuar ante la evidencia de una situación de desamparo, sino que debe conceder mayor importancia a las acciones preventivas proyectadas hacia el medio social en el que se desenvuelve la vida de los niños.

Estas acciones preventivas se concretan fundamentalmente en la sensibilidad general hacia sus problemas y necesidades de desarrollo y en la actuación temprana de los dispositivos de atención, para evitar la aparición de riesgos y para que éstos no se consoliden en desprotección.



## Índice

- I. Concepto
- II. Competencias de los Servicios Sociales en la acción protectora frente al maltrato infantil
- III Organización de los Servicios Sociales Municipales del Ayuntamiento de Madrid para la atención al maltrato infantil
  - La Red Pública de Protección Social a la Infancia
  - Los Equipos de Trabajo con Menores y Familias
- IV. El Programa de Atención a Menores y Familias en los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid

### I. Concepto

El término maltrato infantil es un concepto amplio e indeterminado que incluye, tanto las situaciones de riesgo social, como las de desamparo. En la práctica, la diferencia entre ambas situaciones es, generalmente, 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 el ámbito de 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 de casos 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. Conseguir que esto no sea así es uno de los objetivos fundamentales de los Servicios Sociales Municipales en la atención al maltrato infantil.

### II. Competencias de los Servicios Sociales en la acción protectora frente al maltrato infantil

El artículo 50 de la Ley 6/1995 de Garantías de los Derechos de la Infancia y Adolescencia en la Comunidad de Madrid de 28 de marzo, atribuye la protección social de los menores, que se encuentran en situación de riesgo social, 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, estableciéndose asimismo en el apartado 2 de dicho artículo que, las Administraciones Municipales en función de las necesidades detectadas entre su población crearán Servicios Sociales Especializados de atención a la infancia, que refuercen y den cobertura a los Servicios Sociales Generales.

Este artículo viene a recoger, junto con otros muchos [por ej.: todo el articulado de la Ley 18/1999, de 29 de abril, más recientes en el tiempo, Reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid], el importante papel de los Servicios Sociales como eje de la intervención en las situaciones de maltrato infantil.

#### III. Organización de los Servicios Sociales Municipales del Ayuntamiento de Madrid para la atención al maltrato infantil

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.

Los Centros de Atención a la Infancia -CAI's- son los Servicios Sociales Especializados en la atención a menores en riesgo o desamparo, y sus familias, con que cuenta el Ayuntamiento de Madrid. 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, conforme a la distribución siguiente:

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. En relación con lo antes mencionado 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 de los CAI's son monoparentales o bien 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.

En el capítulo correspondiente a los Centros de Atención a la Infancia de este manual se desarrollarán más ampliamente las funciones que se realizan desde los citados Centros.

#### *La Red Pública de Protección Social a la Infancia*

Si hasta el momento hemos venido analizando las competencias y recursos que tienen los Servicios Sociales Municipales, en y para la protección de los menores maltratados, 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 ya anteriormente mencionado artículo 13 de la Ley Orgánica 1/96 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor, modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, 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 6795 de 28 de marzo 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".

La normativa legal nos obliga a todos a proteger a la infancia, y es cierto 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. Sin embargo 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 (ETMF)**

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.

En la actualidad existe un Equipo de Trabajo con Menores y Familias en cada uno de los Centros de Servicios Sociales, en el que 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, siendo ésta de la mayor importancia. La participación en el ETMF de estos otros recursos puede ser, bien a iniciativa de los Servicios Sociales Municipales o a demanda propia, pudiéndose afirmar que conseguir la participación de estos otros recursos en la atención a los menores en riesgo ha sido uno de los objetivos básicos a alcanzar con la creación de los ETMF.

Estos Equipos surgieron por la sentida necesidad 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 siguientes objetivos: 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 que debe realizar, y seguimiento de la evolución de los casos.

Aunque los ETMF son 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 están facilitando que otros recursos, además de los Servicios Sociales Municipales, se impliquen en este trabajo, consiguiéndose intervenciones más globales y eficaces.

Sin embargo, la implicación y asunción de responsabilidades por parte de los otros recursos no es todavía la deseable, de una forma homogénea, ya que varía mucho según los recursos y los distritos, siendo necesario que dicha implicación fuese mayor, y no dependa de la voluntariedad de cada profesional, como no depende en el caso de los Servicios Sociales Municipales, ni de los técnicos de Comisión de Tutela del Menor, cuya participación en los ETMF ya señalábamos que es obligatoria; sino que se institucionalizase.

Es de esperar que la futura Ley de Coordinadoras 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.

La participación de otros recursos, además de los que ya lo vienen haciendo con carácter de obligatoriedad, en los ETMF, cuando sea necesario, nos parece un paso importante para la potenciación efectiva de la red de protección a los menores. Además 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.

Si mejoramos el funcionamiento de los ETMF conseguiremos 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.

#### **IV. Programa de Atención a Menores y Familias en los Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid**

Con el fin de dar respuesta a distintas necesidades sociales que presentan los menores del municipio de Madrid, y en cumplimiento de las competencias atribuidas a los Servicios Sociales Municipales para la protección social de los menores que se encuentran en situación de riesgo social, desde los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid se ha desarrollado el programa de Atención a Menores y Familias. Dicho programa se plantea los siguientes objetivos generales:

- I) Prevenir los riesgos sociales que comprometen el desarrollo integral de los menores.
- II) Prestar atención y apoyo a menores y sus familias en situación de dificultad y/o riesgo social.
- III) Coordinar actuaciones con instituciones y recursos de atención a menores.

IV) Apoyar a la iniciativa social en proyectos de prevención e inserción social de menores y sus familias.

Para la consecución de estos objetivos se han puesto en funcionamiento una serie de actividades y recursos que, de forma esquemática y según sus Objetivos Generales, se relacionan a continuación:

I. Prevenir los riesgos sociales que comprometen el desarrollo integral de los menores.	
Objetivos Específicos	Recursos (*)
1. Apoyar el proceso de socialización y el desarrollo integral de los menores	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicio de Educación Social.</li> <li>▪ Espacios socioeducativos para menores:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ludotecas</li> <li>○ Espacio Joven</li> <li>○ Centro abierto para menores de 3 a 17 años</li> </ul> </li> <li>▪ Centros de Día para menores.</li> </ul>
2. Apoyar a las familias en el adecuado ejercicio de sus funciones.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Servicio de Educación Social.</li> <li>▪ Escuelas de Padres.</li> </ul>
3. Apoyar a las familias en situación de especial necesidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ayudas económicas.</li> <li>▪ Servicio de ayuda a domicilio.</li> <li>▪ Ingreso Madrileño de Integración.</li> <li>▪ Servicio de Orientación Jurídica.</li> </ul>
II. Prestar atención y apoyo a menores y sus familias en situación de dificultad y/o riesgo social.	
1. Proporcionar atención psicosocial especializada a menores en situación de riesgo social o desamparo y a sus familias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 5 Centros de Atención a la Infancia.</li> </ul>
2. Proporcionar alojamiento y atención psicosocial a mujeres solas y/o familias monoparentales en dificultad social con hijos menores a su cargo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 7 Pisos Tutelados para mujeres con hijos</li> <li>▪ 14 apartamentos para familias monoparentales</li> <li>▪ 20 plazas para mujeres con hijos</li> <li>▪ 5 plazas para alojamiento y manutención de mujeres y sus hijos en fin de semana.</li> <li>▪ 12 plazas para mujeres en tratamiento de drogodependencia con hijos.</li> </ul>
3. Favorecer formas alternativas de encuentro y/o convivencia ante la desestructuración del núcleo familiar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programa de Acogimiento Familiar: Familia Extensa y Comunitario Remunerado</li> <li>▪ Punto de encuentro familiar.</li> </ul>
III. Coordinar actuaciones con instituciones y recursos de atención a menores.	
1. Impulsar y apoyar técnicamente la coordinación de la atención a menores a través de los ETMF (Equipos de Trabajo con Menores y Familias) y de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 25 Equipos de Trabajo con Menores y Familias.</li> <li>▪ Convenio de colaboración con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia.</li> </ul>
2. Realizar encuentros técnicos entre los profesionales de los Servicios Sociales Municipales de atención a menores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Responsables y técnicos de los Servicios Sociales Municipales.</li> </ul>
3. Mantener la coordinación y colaboración con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia para la prevención y atención a menores y familias en situación de riesgo social y/o presunto desamparo de Madrid (municipio).	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Responsables y técnicos de los Servicios Sociales Municipales y del IMMF.</li> <li>▪ Convenio de colaboración con el IMMF.</li> </ul>
4. Participar en programas preventivos interáreas e interinstitucionales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programas específicos: prevención y control del absentismo escolar, menor en situación de riesgo social, etc...</li> <li>▪ Responsables y técnicos de distintas áreas municipales y de otras instituciones autonómicas y estatales.</li> </ul>

IV. Apoyar a la iniciativa social en proyectos de prevención e inserción social de menores y sus familias	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Apoyar técnica y económicamente a las entidades solicitantes de subvenciones al Área de Servicios Sociales.</li> <li>2. Valoración técnica y seguimiento de proyectos presentados al programa de cooperación al desarrollo (0,7)</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Técnicos del Departamento de Prevención y Familia.</li> <li>▪ Técnicos de distintas áreas municipales.</li> </ul>

<sup>(\*)</sup> Recursos promovidos desde el Área de Servicios Sociales. Cada distrito cuenta además con proyectos propios que promueven en función de las necesidades

#### Conclusión

Como síntesis de la atención al maltrato infantil desde los Servicios Sociales Municipales, hay que destacar dos conceptos claves en esta atención: La prevención y la coordinación.

El primero implica la necesidad de invertir los mayores esfuerzos, tanto humanos como económicos, en apoyar a las familias antes de que las situaciones de maltrato emerjan o se cronifiquen. De ahí la importancia de ofertarles un acompañamiento social muy personalizado, constante en el tiempo y sustentado en el desarrollo de la comunidad.

El segundo supone el reconocimiento de que el maltrato infantil es multicausal y por ello debe hacerse frente desde todos los sistemas que inciden en el bienestar del menor, potenciando y facilitando el trabajo en red.

*Los Servicios Sociales Municipales son los principales dinamizadores de este trabajo en coordinación y colaboración para la atención a los menores en situación de riesgo social, tal y como viene a reconocer la Ley 18/1999 de 29 de abril Reguladora de los Consejos de los Consejos de Atención a la Infancia y a la Adolescencia de la Comunidad de Madrid, y como ellos mismos pusieron de manifiesto con la creación en mayo de 1996 de los Equipos de Trabajo con Menores y Familias en todos los Centros de Servicios Sociales, como estructuras estables de coordinación, donde valorar interdisciplinar e interinstitucionalmente las situaciones de riesgo social o presunto desamparo en que se encuentran los menores y realizar el seguimiento de dichas situaciones de riesgo social o presunto desamparo en que se encuentran los menores, y realizar el seguimiento de dichas situaciones. No obstante, los Servicios Sociales Municipales no son los únicos responsables de la atención y protección social de los menores, sino que, como nuestro ordenamiento jurídico permanentemente nos recuerda, la detección, la denuncia y la atención a los menores en situación de maltrato es competencia de todos: ciudadanos, poderes públicos y sociedad civil.*



Raquel García López  
Concha Baro Santamarta

LA CASA DE BERNARDA ALBA (Federico García Lorca)  
(III ACTO) BERNARDA: "Una hija que desobedece deja de ser hija  
para convertirse en una enemiga"

### Índice

Introducción

Legislación vigente en materia de menores

Relación maltrato infantil –Trabajo social

La intervención del trabajador social:

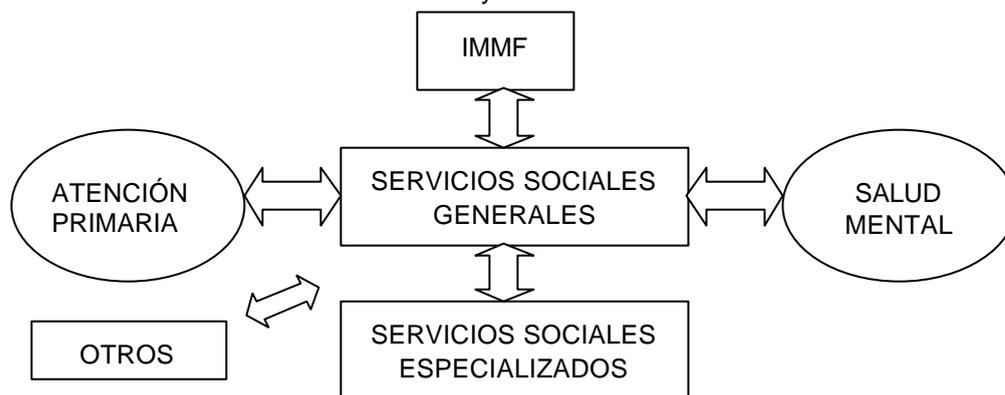
- En la Atención Ambulatoria
- En la Coordinación Institucional

### Introducción

Partimos de la base que la atención en las situaciones de maltrato no es exclusivo de los profesionales de la Salud. Existe una red de atención establecida por la Comunidad de Madrid, en la que la Consejería de Servicios Sociales y en especial el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (I.M.MF), tienen las competencias, junto con los Servicios Sociales Municipales en lo referente a menores.

Por tanto queremos explicar el papel que el trabajo social desempeña en el campo sanitario, dentro del rompecabezas de actuaciones ante situaciones de maltrato infantil.

**Grafico 1.** Servicios sociales en la atención a la infancia y adolescencia.



No hablaremos de servicios sociales, ni de recursos sociales. Tan solo queremos exponer nuestra experiencia laboral en el campo de la Salud como profesionales del Trabajo Social.

### Legislación vigente en materia de menores

El Marco Legal que encuadra toda actuación en materia de maltrato es:

- Constitución Española: Artículo 39 "Establecer la protección a la familia y a la infancia..."
- Código Civil
- Código Penal: Abandono de familia y de menores, art. 226, 227, etc.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del código civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Reforma las tradicionales instituciones de protección del menor reguladas en el Código Civil, constituyendo un amplio marco jurídico de protección que vincula a todos los poderes publico, instituciones, familias y ciudadanos.
- Ley Orgánica 5/2000, del 12 de Enero, Reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores

Además de la legislación nacional sobre infancia, la intervención con menores viene asentada y determinada por otras leyes de carácter Autonómico de la Comunidad de Madrid:

- Ley 11/1984, de 6 de junio de Servicios Sociales.
- Ley 6/1995 de 28 de marzo, de Garantías de los derechos de la infancia y la adolescencia en la Comunidad e Madrid. Se refiere al ámbito de las competencias de la Comunidad de Madrid y regula la atención e integración social de todos los menores, considerando como tales a las personas entre 0 y

18 años, también la actuación de las diversas instituciones plasmar legalmente una filosofía y líneas de trabajo.

- Ley 2 /1996, de 24 de junio de Creación del Organismo Autónomo del Instituto Madrileño de Menor y la Familia. Se crea con la finalidad de promover políticas integrales para la infancia en la Comunidad de Madrid, coordinar las actuaciones sectoriales, impulsar el bienestar de la infancia creando recursos que den respuesta a las necesidades sociales y promover la protección a la infancia.
- Ley 5/1996 de 8 de julio del Defensor del menor en la Comunidad de Madrid. Es un alto Comisionado de la Asamblea de Madrid

Relación maltrato infantil-trabajo social

**El maltrato infantil en el ámbito sanitario, no era algo en lo que los profesionales se sintieran implicados (aunque se pudiera tener conocimiento del mismo). Sin embargo, en el trabajo social esta implicación se produce desde los inicios del trabajo social como disciplina .Como es sabido hasta el año 1962 clínicamente no se describe el Síndrome del Niño Apaleado (Henry Kempe). Los profesionales de la salud no tenían en cuenta que detrás de las lesiones o enfermedades se daban unos factores sociales que había que atender.**

El Trabajo Social, desde su conceptualización por Mary Richmond (finales Siglo XIX) aporta ideas que van a contribuir a que el trabajador social sea un profesional de características peculiares a la hora de abordar situaciones y contextos en donde se den situaciones de maltrato infantil.

M. Richmond, nos dice que *“El Trabajo Social debe investigar, denunciar, crear opinión pública y favorecer los avances sociales”*. Fue también una activista reconocida en la lucha para la prohibición del trabajo de menores en Estados Unidos a principio del siglo XX. Nos aportó también al Trabajo Social la idea de que para comprender a los individuos y a las familias debemos hacerlo en su historia y no en el aquí y ahora. Otra aportación importante es que el Trabajo Social es más que el mero trámite de prestaciones y recurso (los trabajadores sociales no somos ficheros humanos).

Siguiendo a la misma autora, con relación al trabajo social y salud, ya hablaba de la implicación entre ambas disciplinas: *“ La importancia de semejante colaboración debe resultar evidente... un buen diagnóstico depende en gran parte del contexto social, y el tratamiento subsiguiente suele consistir fundamentalmente en lograr una mayor adaptación con el medio”*.

Por tanto, los trabajadores sociales por tradición, por formación, por la facilidad de acceso a las familias, a los domicilios, al entorno social, a otros profesionales, recursos y por la posición que tenemos en los propios equipos de salud, así como, por la visión que aporta el trabajo social, debemos ser profesionales necesarios e imprescindibles a la hora de abordar situaciones de maltrato infantil en el campo de la salud.

*Dificultades*

Antes de pasar a hablar de la intervención del trabajador social de salud en casos de maltrato infantil, reflexionaremos sobre las dificultades con las que nos encontramos y que podrían ser extensivas a todos los profesionales sanitarios:

- Escasa formación especializada en maltrato por parte de los profesionales de salud
- Sobrecarga de los equipos de Atención Primaria y en ocasiones falta de personal.
- En gran parte de los Equipos no hay un trabajador social o es compartido por varios centros
- Desde el campo sanitario, en ocasiones resulta difícil asumir la intervención de varios profesionales en el mismo caso.
- El no tener una visión global del problema y quedarse únicamente con lo que se ve en el contexto de la consulta.
- *Es frecuente un modelo de organización médico, mas que interdisciplinario.*
- *La forma de atención está mas centrada en lo biológico que en lo biopsicosocial*
- *Poca participación de la comunidad en el tema de maltrato*

El trabajador social en salud

Los trabajadores sociales nos planteamos una práctica profesional no limitada a la reparación de los daños sufridos, sino a denunciar las situaciones que lo provocan y a capacitar a los sujetos, grupos e instituciones a hacer frente a los problemas. El modo adecuado de actuación de los trabajadores sociales es el estar insertos en la comunidad, como espacio geográfico, psicosocial y lugar incuestionable de la práctica profesional.

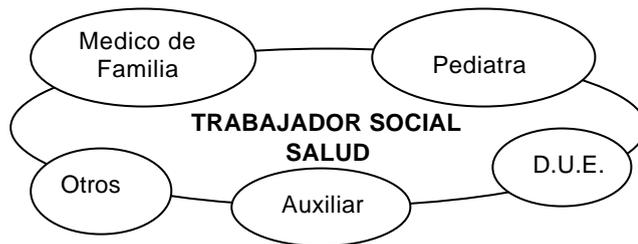
Definimos el espacio comunitario como “ese lugar normal del vivir, de los intercambios, de los amores y desamores, de los vínculos, de agresión, del dolor y la alegría, de la esperanza y la pena, de la vida en suma. (J. Leal).

El trabajo comunitario implica una atención global a toda la población, tanto individual como en grupo, desde una vertiente educativa, preventiva y asistencial, fomentando la participación de las personas y grupos sociales en la solución de sus problemas y en la promoción de recursos que permita conseguir mejores niveles de bienestar.

El equipo interdisciplinar es el modo adecuado de organizar los recursos profesionales y la coordinación interinstitucional. Entendemos lo interdisciplinar como una composición dinámica de intercambios creativos, con el objetivo de llegar a un conocimiento compartido que nos permite operar como una unidad organizada y coherente.

El trabajador social está en coordinación con el resto de profesionales que integran los equipos de salud, de tal manera que hay espacios comunes, donde la intervención con los pacientes y familias ha de compartirse.

**Gráfico 2.** Trabajador social y Equipos de Salud.



**Pero no sólo va a estar en coordinación con los distintos profesionales del equipo de salud, en su tarea, está desarrollando toda una serie de actividades fuera del mismo y del Centro, en las que va a estar en contacto con instituciones y profesionales de distintas disciplinas.**



**Gráfico 3. Trabajador social y relación con instituciones de atención al niño y familia**

En la atención ambulatoria

**a) En la prevención**

La prevención se realiza tanto desde la consulta de adultos como desde la consulta de pediatría.

Adultos:

- Valorando el riesgo de las familias con menores donde uno de sus miembros sufre patologías graves (alcoholismo, toxicomanías, enfermedades mentales graves) o de carácter crónico.
- En las consultas de seguimiento tanto del médico como de enfermería donde con frecuencia se escuchan quejas sobre las relaciones familiares
- En los programas de preparación al parto y seguimiento de embarazos
- En los Programas de Educación para la Salud

En los Equipos de Salud se tiene que entender que frente al maltrato infantil todos los profesionales tienen responsabilidad en su detección y prevención, incluso los profesionales de la salud de adultos. Por ello el trabajador social en la coordinación con los distintos profesionales de los equipos ha de articular la forma para que desde las consultas de adultos se le informe sobre aquellos casos en que puede haber un riesgo para un menor.

El seguimiento a realizar por parte del trabajador social quedará determinado en la valoración que se haga en la entrevista social pertinente y de forma consensuada con el clínico que trata al adulto.

Recordemos que estamos hablando desde la Prevención Primaria en Salud donde el objetivo es evitar situaciones de riesgo para menores que por la enfermedad grave de alguno de los miembros de su familia pueden ser más vulnerables, aunque no queremos decir con esto que la enfermedad grave o crónica en sí misma genere mayores riesgos de maltrato infantil.

### **Pediatría**

- **Desde los Programas del niño sano ( calendario de vacunaciones etc...)**
- En las consultas de seguimiento no protocolizadas
- En el seguimiento de enfermedades graves o crónicas de los menores

El trabajador social hará una entrevista social como parte de la evaluación en la consulta pediátrica, con el objetivo de poder valorar situaciones en las que si no se hace una intervención temprana podría llegar a producirse situaciones de riesgo. Esta entrevista de valoración socio-familiar por parte del trabajador social se realizará en aquellos casos que el profesional que hace la primera intervención ( en las consultas pediátricas) observe situaciones que podrían llegar a ser de riesgo, como por ejemplo gran ansiedad de una madre en la consulta del niño, incumplimiento del Programa del niño sano etc. Para ello la coordinación entre los diferentes miembros del Equipo de Salud ha de ser fluida y consensuada.

El trabajador social puede aportar un tiempo y forma de “escucha” diferente para las familias, a la que puede ofrecer la consulta pediátrica.

### **b) En la intervención**

En los Equipos de Salud se plantea con frecuencia el problema de que hacer cuando se **sospecha** la existencia de maltrato a un menor, pero sin signos determinantes. No es raro escuchar a muchos profesionales decir (posiblemente mas en atención especializada) que no les corresponde investigar si ha habido abuso o no a un menor y en todo caso que sea el trabajador social del equipo quien lo investigue, mientras que él autoexcluye.

### **Ante la sospecha**

Ante la sospecha no se debe negar o banalizar el posible maltrato. Para ello es necesario actuar siempre en día el trabajador social y el profesional que ha detectado la posible situación de maltrato para poder llegar a validar esa situación.

Una vez que se ha podido confirmar la situación de maltrato, recurriendo a distintos indicadores, se deberá expresar la validación del mismo notificándose lo que implica el trasladar el problema que afecta al menor del dominio privado al dominio social.

La validación del maltrato se deberá expresar con firmeza y respeto en el ámbito de la consulta, realizándose esta conjuntamente el profesional de la salud y el trabajador social ya que el resultado de la validación dará lugar a la forma de actuación según la gravedad y urgencia ( ingreso en hospital como primera medida de atención y protección, posibilidad de ingreso en centro de acogida, comunicación a los servicios sociales de zona etc.)

El proceso de validación consiste en establecer un procedimiento destinado a confirmar e informar del contenido de un señalamiento de maltrato. Salvo en el maltrato físico, donde las marcas son evidentes, es imposible “objetivar” la existencia de malos tratos. Por tanto la validación es un procedimiento destinado a afirmar la existencia de malos tratos y características de los mismos con indicadores directos o indirectos y así poder determinar la gravedad y urgencia de los mismos.

### **En el seguimiento**

La labor del trabajador social de salud esta fase seria la de realizar entrevistas y visitas de seguimiento, coordinación con otras instituciones, orientación sobre los recursos mas adecuados, utilización de la red psicoafectiva del menor y la familia.

#### *En la coordinación*

*La Coordinación supone una conciencia de inter- dependencia profesional, es una responsabilidad compartida, sin posibilidades de huida afrontando con valentía el problema, con el código de comunicación fresco, aunando esfuerzos en una escalada común de prioridades sin apartarnos de las metas con coherencia en los resultados ( I. PRIETO, Monografico de Trabajo Social y Salud Mental, Colegio Profesional de TT.SS. y AA.SS. de Madrid).*

La coordinación también puede ser definida como un proceso de creación o utilización de reglas de decisión por el que dos o más actores se ocupan colectivamente de un entorno de trabajo compartido, es decir es la creación de **un contexto de colaboración**, donde no debemos entrar a confrontar visiones

antitéticas. Por definición la relación entre profesionales e instituciones son relaciones simétricas en las que se reconoce idéntica capacidad y donde no podemos ser meros ejecutores de las definiciones de otros operadores, especialmente en el tema del maltrato infantil.

El contexto de colaboración debe de construirse como un espacio horizontal de intercambios, para poner en común los distintos saberes, creando un dialogo, una conversación donde puedan aparecer visiones nuevas.

Destacamos y resaltamos los atributos de una buena coordinación: fiabilidad, capacidad de respuesta, competencia, accesibilidad, cortesía, comunicación comprensible, credibilidad, seguridad, comprensión, soporte físico.

La condición básica para una buena coordinación es la confianza entre los equipos, la seguridad de que el trabajo conjunto va a ser enriquecedor a pesar de lo incomodo que puede ser salir de los esquemas habituales propios.

La coordinación la podemos determinar en diferentes etapas:

- Fase de información e intercambio. Tiene que existir previamente un conocimiento reciproco de las funciones que cada Institución realiza en un determinado territorio, asumiendo los comunes.
- Identificación dentro del diagnóstico y análisis de la demanda
- Seguimiento de una hipótesis.
- Planificación basada en la participación activa con unos objetivos consensuados inter-equipo.

Además de observar la calidad y los principios de la comunicación, debemos tener presente la metodología de nuestra formación teórico- profesional, que nos sirva de guía y tener la flexibilidad necesaria que exige la adaptación que hace que cada coordinación sea diferente y única por la variedad, diversidad de instituciones y profesionales.

En cada momento del proceso de coordinación hay unas tareas específicas pero puede ocurrir que “enferme” en alguna de las etapas y se produzcan disfunciones que se deslizan a los extremos, caracterizados por el exceso o el defecto en el cumplimiento de la tarea.

Los problemas o dificultades que encontramos en los dos extremos serían:

<i>Por exceso</i>	<i>Por defecto</i>
Rivalidad entre los equipos	Deposición en el otro
Fiscalización del otro equipo	Aislamiento de cada equipo
Burocratización.	Abandono
Creación dependencia patológica	

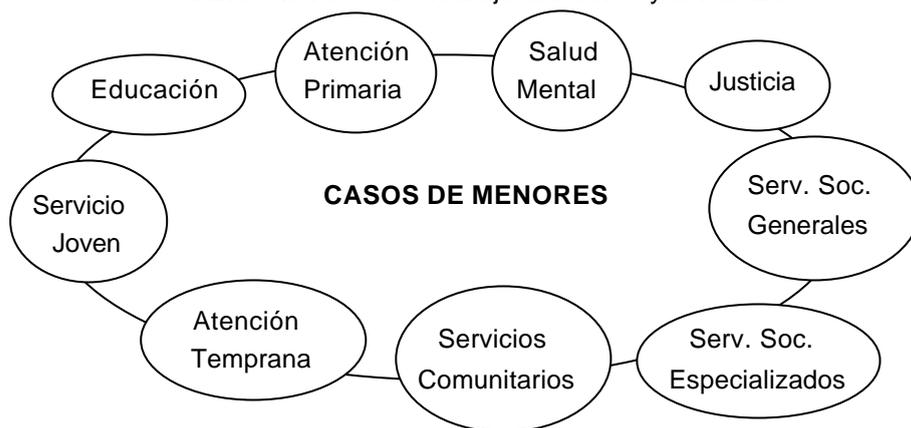
La coordinación entre equipos no implica una posición jerárquicamente diferente, pero se tiende a considerar, implícitamente, que es más prestigioso el equipo mas especializado. Estas jerarquizaciones encubiertas son las causas de muchas desavenencias que surgen en el trabajo cotidiano.

Desde el desarrollo de la Red Pública de Servicios Sociales y de la implantación por distritos sanitarios de los Servicios de Salud, podríamos afirmar que ha existido un interés común respecto a los menores, principalmente en riesgo, cuyo objetivo es el de detectar las necesidades de la zona geográfica de intervención e intentar abordarlas de una forma global.

Lo que en un principio surgió como una relación entre distintos profesionales con inquietudes y preocupación compartidas en materia de menores, se fue convirtiendo en una coordinación entre equipos, hasta cristalizarse e institucionalizarse con la Ley de Garantías de Derechos de la Infancia y Adolescencia (ley 6/1995 de 28 de marzo. Artc. 86) : “*Creación de las Coordinadoras como órganos colegiados para organizar las diferentes Redes de Servicios Públicos que se ocupan o inciden en la calidad de vida de los menores de edad que residen en la Comunidad de Madrid*”.

En la mayoría de distritos sanitarios y de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, existen las Mesas de Trabajo del Menor y la Familia, cuyo objetivo es abordar la problemática de los menores en riesgo de una forma integral, así como la de realizar y consensuar el diseño de la intervención y compartir responsabilidades. Estas mesas están formadas por diferentes profesionales de los Servicios Sociales Generales y Especializados, Sanitarios, Salud Mental, Educativos, etc., y se reúnen de forma periódica.

**Gráfico 4. Mesas de Trabajo del Menor y la Familia**



Por tanto, nuestra labor como trabajadores sociales en salud en el ámbito de la coordinación, es hacer de nexo entre nuestro propio equipo y los demás que participan en la atención de los menores. Que las relaciones inter-equipos sean rápidas y fluidas, va a facilitar dar una respuesta integral y efectiva ante las situaciones de maltrato.

### **Conclusiones**

- En lo que se refiere a la asistencia a los menores víctimas de maltrato, el desafío es facilitar dinámicas sociales participativas en las que cada cual, conforme a su nivel y competencia, puede crear con los menores y sus familias condiciones y respuestas para prevenir y tratar el maltrato.
- Una posible alternativa para una buena coordinación "inter e intra" equipos, pasaría por un programa de formación continuada de profesionales. Esto añadiría a la formación académica un modelo continuado, basado en la experiencia bidireccional y sensibilizador y una supervisión de la tarea como parte de apoyo.

Índice.

1. Panorámica general de las competencias en materia de menores.
2. El papel del Fiscal.
3. El sentido de la intervención del Fiscal.
4. Las Secciones de Menores de las Fiscalías.
5. Denuncias y comunicaciones al Ministerio Fiscal.
6. Infracciones penales relevantes en relación con menores.
7. El menor como testigo.

### 1. Panorámica general de las competencias en materia de menores.

*El amplio abanico de problemas relativos a la protección de los menores en sus más amplios términos no había sido contemplado por el legislador de una forma global, como se ha venido reclamando con frecuencia, sino de manera fragmentaria. Tanto desde el punto de vista de la legislación, como si se atiende a los distintos organismos públicos con competencias y atribuciones en esta materia. La respuesta dada a esta materia, tan esencial, ha sido tradicionalmente dispersa.*

A nivel legislativo La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor y de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil representó un indudable paso adelante en ese deseo de abordar estos temas con una perspectiva global y coherente en su conjunto que responda a una misma filosofía. Algunas de las incongruencias que se detectaban en la legislación civil y procesal han sido corregidas mediante la citada Ley.

Otro trascendental hito legislativo está constituido por la Ley Orgánica 5/2000 de Responsabilidad Penal del Menor que aborda la reacción institucional ante los supuestos de menores que infringen las leyes penales (campo tradicionalmente denominado "reforma" de menores). La naturaleza de la ley es sancionadora, aunque se ha intentado resaltar una finalidad educativa y no meramente represiva. Ambas materias -protección y reforma- no deben ser compartimentos estancos sin vías de conexión e interrelación.

En relación a los organismos competentes en esta materia, como es bien sabido, a partir de 1987 todas las competencias en materia de protección de menores se han residenciado en primera instancia en la Administración Autonómica, desgajándolas de los Juzgados de Menores. Estos órganos judiciales han perdido sus atribuciones relativas a protección. Y la competencia para controlar judicialmente la actuación de la Administración en materia de protección de menores se ubicó en los Juzgados de Primera Instancia.

De esa forma en la actualidad, dejando a un lado al Fiscal, las competencias se reparten de la siguiente forma:

- La Administración, normalmente la autonómica, tiene el grueso de las atribuciones para intervenir en todos los supuestos de desprotección. Los arts. 12 y 16 a 18 de la Ley Orgánica 1/1996 recuerdan esas competencias y obligaciones. La Ley 11/1987 desjudicializó en gran medida la materia de protección de menores que corresponde desde entonces en lo que es la intervención primaria a las Entidades Públicas que en cada territorio tengan atribuida esa competencia. La Entidad Pública asume por ministerio de la ley la tutela de los menores desamparados (art. 172 del Código Civil modificado por la disposición final 5ª de la Ley Orgánica 1/1996).
- Los Juzgados de Primera Instancia conocen de los recursos y quejas contra la actuación de la Administración. La jurisdicción civil, y no la de menores como sucedía anteriormente, controla la actuación administrativa a través de las quejas que puedan formularse ante ella por parte de los particulares interesados o del Fiscal. Su intervención, además, es siempre necesaria para la constitución de algunas instituciones de protección: singularmente, la adopción o el acogimiento cuando no existe consentimiento de los padres. Por otra parte también pueden actuar directamente a través del mecanismo previsto en el art. 158 del Código Civil, convenientemente remodelado en la última reforma, a través de lo que podemos denominar competencias residuales. El citado art. 158 permite a los Jueces adoptar a instancia del menor, de un pariente, del Ministerio Fiscal o por propia iniciativa medidas encaminadas a asegurar la prestación de alimentos a los menores, y a evitar perturbaciones en casos de cambio de titular de guarda o cualquier otro tipo de perjuicios.
- Los Juzgados de Menores conocen de los supuestos de hechos constitutivos de delito o falta perpetrados por menores.
- Por fin, los Jueces y Tribunales Penales conocen de todos los delitos en que la víctima es un menor. Se destinará más adelante un epígrafe específico a enunciar las figuras delictivas que pueden tener más

relevancia en este campo. El nuevo Código Penal es ya congruente con la legislación civil en sus referencias a las medidas de protección que habrán de articularse en muchos de estos casos. Una referencia general a esos necesarios mecanismos de coordinación se puede encontrar en la disposición adicional 2ª del nuevo Código Penal que previene la comunicación a la Entidad Pública encargada de la protección de menores y al Ministerio Fiscal a los efectos oportunos de la detección de una situación de prostitución de un menor, o los casos en que en el proceso penal se haya acordado la privación de la patria potestad, acogimiento o tutela. Además, en el curso de un proceso penal son también utilizables las medidas que prevé el art. 158 del Código Civil tal y como reza acertadamente su párrafo final según la reforma operada en virtud de la citada Ley Orgánica 1/1996.

Queda así establecido el cuadro de la pluralidad de instituciones que de una forma directa intervienen en materia de menores, dejando de momento a un lado la figura del Fiscal. La eventual dispersión no merecería reproche alguno si entre las distintas instancias y organismos existiesen los adecuados mecanismos de coordinación que permitan unas relaciones ágiles y fluidas. Pero eso no es siempre posible y compatible con la función jurisdiccional.

## **2. El papel del Fiscal.**

En ese panorama con ciertas dosis de dispersión el Fiscal ocupa legislativamente una posición ciertamente privilegiada. De una u otra forma está presente en los distintos ámbitos del ordenamiento jurídico que, desde una u otra perspectiva, contemplan la situación de menores desprotegidos, desamparados o en situación de riesgo.

Así cuando se trata de menores víctimas de delito, el Fiscal interviene en el proceso penal ejercitando la acción penal, solicitando la represión del delito y procurando que se adopten las medidas previstas en nuestra legislación en beneficio del menor. El nuevo Código Penal asigna al Fiscal específicamente esa preocupación en algunas infracciones contra menores. Así el párrafo 3º de su art. 233 recuerda al Fiscal la necesidad de instar las medidas de protección del menor de las Autoridades competentes ante la comisión de determinados delitos contra menores. Una prescripción semejante se contiene en el art. 189.5 en relación con la prostitución de menores.

Del mismo modo se faculta al Ministerio Fiscal a poner en marcha el procedimiento mediante denuncia o querrela cuando se trata de infracción solo perseguible a instancia de parte y la víctima es un menor (por ejemplo, arts. 191 -delitos sexuales-, 201 -descubrimiento de secretos-, 287 -delitos contra los consumidores y otros semejantes- o 296 -delitos societarios- del nuevo Código Penal). Y en idéntica línea la eficacia del perdón en las infracciones que lo permiten se condiciona en los casos de menores a la aprobación del Tribunal que previamente ha de oír al Fiscal. En caso de rechazo, será éste quien prosiga con el ejercicio de la acción en defensa del menor (art. 130.4º).

En el campo de reforma de menores, la nueva legislación otorga al Fiscal gran protagonismo. Así se desprende de forma clara de todo el articulado de la Ley Orgánica 5/2000 y en particular de su art. 6 que con afán condensador describe su función con las siguientes palabras: "Corresponde al Ministerio Fiscal la defensa de los derechos que a los menores reconocen las leyes, así como la vigilancia de la actuaciones que deban efectuarse en su interés y la observancia de las garantías del procedimiento, para lo cual dirigirá personalmente la investigación de los hechos y ordenará que la policía judicial practique las actuaciones necesarias para la comprobación del menor en los mismos, impulsando el procedimiento".

En el ámbito de la actividad de la Administración competente en materia de protección de menores corresponde al Fiscal su superior vigilancia según la fórmula utilizada por el art. 174 del Código Civil. La función de superior vigilancia no significa que el Fiscal tenga una posición jerárquica superior frente a las Administraciones Públicas, ni que se le concedan facultades decisorias a las que hayan de ajustarse éstas. Las discrepancias del Fiscal con actuaciones o medidas concretas de la Administración en el ejercicio de la tutela por ministerio de la Ley darán lugar al ejercicio por parte del Fiscal de las correspondientes acciones ante la jurisdicción civil a través de los cauces procesales previstos en la legislación y que en esta materia han sido acertadamente flexibilizados por la reforma de 1996 para propiciar una respuesta judicial más ágil, sin merma de las irrenunciables garantías (disposiciones adicionales 1ª y 3ª y disposición final 20ª).

Igualmente en todos aquellos asuntos que se ventilan ante la jurisdicción civil y en que aparecen en juego los intereses de un menor de edad interviene el Fiscal que ha de asumir la defensa de esos intereses. Asimismo la legislación le concede legitimación para instar ante los Tribunales civiles actuaciones y medidas de protección del menor. En este sentido el art. 749 de la Ley de Enjuiciamiento Civil de 2000 prescribe la intervención del Fiscal en los procesos de filiación, así como en todos aquellos referidos a capacidad, matrimonio y menores, siempre que "alguno de los interesados en el procedimiento sea menor".

Esta presencia del Fiscal en todos los ámbitos en que se dilucidan las medidas convenientes para la protección de un menor le confieren una posición ideal para actuar como elemento de cohesión y de

coordinación entre las distintas instituciones. Creo que felizmente el legislador ha sido consciente de ello en las últimas reformas profundizando en una línea que se inició en 1987. Pero antes de seguir avanzando conviene detenerse en las razones institucionales que inspiran y justifican ese papel protagonista del Fiscal en estos temas.

### **3. El sentido de la intervención del Fiscal.**

La presencia del Fiscal siempre que existen intereses de un menor en juego no constituye un capricho del legislador que podía haber acudido a cualquier otra institución o algo extravagante dentro de la concepción habitual del Fiscal. Se trata de una concreción de las misiones que atribuye al Ministerio Fiscal con grandilocuencia el art. 124 de la Constitución: promover la acción de la justicia en defensa de la legalidad, de los derechos de los ciudadanos, del interés público y social.

El Fiscal queda diseñado así, en el nuevo modelo constitucional, como un órgano que ha de representar a la Sociedad ante los Tribunales: es un auténtico abogado, no del Estado, sino de la Sociedad. El Fiscal, por mandato constitucional, ha de asumir ante los Jueces y Tribunales la representación y defensa de esos intereses sociales que, de un lado, normalmente no pueden residenciarse en una persona en concreto; y que, de otro lado, sí que afectan a toda la sociedad como tal. Desde esta perspectiva se explican de una forma integrada todas las funciones que el ordenamiento atribuye al Fiscal.

Así, cuando el Fiscal está ejercitando la acción penal, solicitando el castigo de quien ha cometido un delito, está asumiendo ese interés en que al autor de un delito se le imponga una pena; interés que no es sólo de la víctima del delito, sino también de toda la Sociedad. Del mismo modo, cuando el Fiscal solicita la absolución de una persona acusada sin base suficiente, también asume ese interés de toda la Sociedad en que un inocente no sea castigado.

Y en materia de protección de menores no sólo están en juego intereses particulares, sino también un interés de toda la Sociedad que no es ajena a la formación, cuidado y desarrollo de cualquier menor y que no puede permanecer insensible ante cualquier situación que pueda perjudicarlo. De ahí las facultades que se conceden en esta temática al Ministerio Público.

Un razonamiento similar justifica la actuación activa y beligerante del Fiscal en el campo de los derechos fundamentales y libertades públicas. El interés social por la exquisita tutela de tales derechos es de primer orden, aunque se trate de derechos individuales, y exige la presencia del Fiscal apoyando la posición del ciudadano afectado en uno de esos derechos: su importancia en un Estado Democrático de Derecho hacen que no se trate ya de un tema meramente individual.

Por eso el Fiscal no ha de cambiar su mentalidad para intervenir en materias tan aparentemente dispares, pues todas tienen una abrazadera común. Sus atribuciones en materia de menores no son un apéndice extraño y ajeno a sus tradicionales misiones: en todas el Fiscal ha de actuar guiado por la defensa apasionada de los intereses sociales tal y como quedan dibujados en la legislación.

Esta visión integrada e integradora de las funciones del Fiscal excluye esa imagen deformada del Ministerio Público como órgano exclusivamente encargado de instar la represión de los delincuentes. Y desde esa plataforma se entiende igualmente que el Fiscal no se convierta en un órgano esquizofrénico que ahora actúa como acusador implacable; y, momentos después, como protector y representante de las personas desvalidas. Al desempeñar cada uno de sus cometidos el Fiscal siempre tiene el mismo norte: la defensa de lo que en cada caso resulta ser el interés asumido por la Sociedad y plasmado en las leyes.

La legislación de los últimos años en materia de menores al destacar el papel del Fiscal otorgándole ese destacado protagonismo es por tanto coherente con la visión constitucional de esa Institución. La Ley Orgánica 1/1996 ha avanzado todavía más en esa línea incrementando las facultades del Fiscal y haciendo continuas llamadas a su intervención. No se hace más que profundizar en una tarea que ya aparece recogida en el art. 3.7 de su Estatuto Orgánico que atribuye al Fiscal 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 protección y defensa de menores y desvalidos".

### **4. Las Secciones de Menores de las Fiscalías.**

El progresivo incremento de funciones en esta materia hacía deseable un cierto grado de especialización en los Fiscales dedicados profesionalmente a ella y así se ha venido haciendo. Esa necesidad ha plasmado ya legalmente en la Ley Orgánica 5/2000 que en su disposición final 4ª propugna esa especialización y da pie a la creación de las Secciones de Menores en las Fiscalías con la correspondiente dotación de personal. Aunque en la legislación esas secciones piensan básicamente en la materia de reforma, está bastante extendida y alentada por la Fiscalía General del Estado la asunción por las mismas también de las atribuciones en materia de protección. No así el despacho de las causas penales

en que aparezcan como víctimas menores, sin perjuicio de los mecanismos de coordinación internos de la Fiscalía.

Por tanto el canal ordinario de comunicación con la Fiscalía para poner en su conocimiento cuestiones relacionadas con menores será la Sección de Menores.

## 5. Denuncias y comunicaciones al Ministerio Fiscal.

*Concebida así la institución del Ministerio Fiscal como un puente entre la Sociedad y los Tribunales, de forma que los intereses de aquélla -en este caso, el interés en la protección de los menores- puedan ser hechos valer ante la Administración de Justicia, se comprende como el Fiscal ha de constituirse en un referente básico -aunque no exclusivo ni excluyente- para todos cuantos por su labor profesional o social entran en contacto con la realidad del menor y pueden detectar supuestos que hagan precisa la intervención de los Tribunales para activar los mecanismos de protección del menor.*

En concreto, es preciso dirigirse al Fiscal en los siguientes supuestos:

- Cuando se tenga noticia de menores que han sido o son objeto de infracciones penales. Tal denuncia puede hacerse igualmente ante la Policía o al Juzgado de Guardia. Pero tratándose de delitos únicamente perseguibles en virtud de denuncia, será el Fiscal, en defecto de los representantes legales, quien podrá activar el procedimiento.
- Cuanto se detecte una eventual situación de desamparo del menor en los términos definidos por la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor. "Toda persona o autoridad -dice el art. 13 de la Ley- 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". La situación de desamparo o riesgo debe dar lugar a la acción protectora (mecanismos de protección y, en su caso, asunción de la tutela por la entidad pública) que puede ser instada por el Fiscal quien, en todo caso, ha de realizar una labor de vigilancia del desarrollo de esa función por la entidad pública encargada en cada territorio de esa competencia. A esos fines eventuales quejas sobre la actuación de la Administración en este campo pueden dirigirse al Fiscal para que ejerza esa función de control y superior vigilancia.
- La comisión por menores de infracciones penales ha de ser puesta en conocimiento del Fiscal a quien corresponde la incoación e instrucción del expediente (art. 16 de la Ley Orgánica 5/2000).
- Igualmente el Fiscal puede ser receptor de cualquier género de comunicación de la que se desprenda la necesidad de instar ante los Tribunales Civiles de alguna actuación en protección de menores.

## 6. Infracciones penales relevantes en relación con menores.

*¿Qué conductas que tengan una especial incidencia en los menores, por aparecer éstos como víctimas, contempla el Código Penal? Puede ofrecerse el siguiente cuadro sintético:*

- La muerte dolosa de un menor siempre se considera alevosa y por tanto será constitutiva de asesinato (art. 139.1ª).
- Los arts. 144 y 145 contemplan los delitos de aborto.
- Las lesiones serán constitutivas de delito si su sanidad requiere objetivamente además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico, debiendo tenerse en cuenta que la simple vigilancia o seguimiento facultativo de la lesión no se considera tratamiento médico (art. 147). En otro caso estaremos ante una falta de lesiones (art. 617). Las lesiones a menores de doce años merecen una pena agravada (art. 148.3).
- El maltrato habitual o reiterado dentro del ámbito familiar es considerado delito en el art. 153. Se castigan las violencias reiteradas tanto físicas como psíquicas.
- El art. 157 establece pena para las lesiones causadas al feto.
- El art. 173 castiga al que inflija a otra persona "un trato degradante, menoscabando gravemente su integridad moral".
- Los arts. 178 y siguientes contemplan las agresiones y abusos sexuales. En gruesos trazos, puede resumirse esa regulación en relación con menores en estas premisas:
  - a) Cuando la víctima es menor de trece años se establecen penas agravadas.
  - b) Por debajo de esa edad se considera que no hay consentimiento válido para las relaciones sexuales y éstas son consideradas delito.
  - c) Hasta los dieciséis años se castigan las relaciones sexuales en que media engaño.
  - d) Cuando el consentimiento está viciado por existir abuso de una situación de superioridad (que puede venir determinado por la diferencia de edad) se considera que hay abuso sexual.

- e) Se castigan igualmente los actos de exhibición obscena ante menores, o la venta, difusión o exhibición de material pornográfico entre menores.
- f) La prostitución o corrupción de menores de edad se considera delictiva.
- g) También se establecen penas para la utilización de menores para fines de exhibición o pornográficos, para la difusión de material de ese tipo en que aparezcan menores, para la acción de hacer participar a un menor en comportamientos seculares que perjudiquen su formación o para los encargados de un menor que se abstienen de poner los medios para separarle de la situación de corrupción o prostitución en que pueda encontrarse.
- Dentro de los delitos contra las relaciones familiares hay que destacar el art. 221 -venta de menores para la adopción-; los delitos de abandono de menores (223 o 229 y ss); o la inducción a un menor a abandonar el domicilio familiar.
  - Los arts. 226 y 227 del Código Penal regulan respectivamente el genérico abandono de familia y el específico consistente en el impago de pensiones fijadas judicialmente. En el art. 228, disposición común, se expresa la necesidad de denuncia para la persecución de esas infracciones.
  - La práctica de la mendicidad valiéndose de menores es objeto también de represión penal en el art. 232.
  - La conducta de quienes pudiendo impedir un delito contra la vida, integridad física, salud, libertad y libertad sexual con su intervención o mediante el requerimiento a agentes se abstenga de hacerlo, está tipificada en el art. 450.
  - Dentro de las faltas se contemplan las lesiones no delictivas y el maltrato de obra (art. 617), así como las amenazas, coacciones e injurias o vejación injusta (art. 620).
  - El incumplimiento de resoluciones judiciales o administrativas relativas a menores se castiga solo en ciertos casos en el art. 622.

## 7. El menor como testigo.

Parecía oportuno, por fin, detenerse brevemente en el **status** del menor víctima de un delito en el proceso penal. En general en relación con todas las víctimas de delitos el Fiscal ha de cuidar para preservarla de toda publicidad no deseada (art. 15 de la Ley de Ayudas y Asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual).

En cuanto a los menores, recientes resoluciones del Tribunal Supremo (sentencia de 23 de junio de 1999) insisten en la necesidad de que su declaración se lleve a cabo en presencia del representante legal del menor o del Ministerio Fiscal.

La valoración del testimonio del menor presenta ciertas peculiaridades respecto de otro tipo de testimonios. Los estudios psicológicos sobre la materia arrojan unas conclusiones y unos cánones y criterios de valoración que no pueden ser despreciados: debe propiciarse la entrada de esos elementos periciales de valoración de la credibilidad del testimonio de menores, mediante peritajes de psicólogos que, sin suplantar la función judicial, coadyuven con la misma.

Esa colaboración de psicólogos sirve igualmente para asesorar y lograr así que los efectos de la victimización secundaria en los menores (el maltrato institucional derivado de su paso por el Juzgado) se minimicen.

La Ley 14/1999, de 9 de junio ha introducido en la Ley de Enjuiciamiento Criminal unas modificaciones que intentan salir al paso de la supuesta necesidad de enfrentar a la víctima menor de edad con el autor del delito. A los careos con menores se les otorga un marcado carácter excepcional. Para que pueda llevarse a cabo será necesario que concurren dos presupuestos: Su indispensabilidad, a juicio del juez y la no lesividad para el interés del menor, a cuyo fin deberá reclamarse un informe pericial.

En lo atinente a la forma de las declaraciones de menores se introduce una previsión tendente a evitar la confrontación visual con el inculpado, utilizando cualquier tipo de técnica (no solo las audiovisuales especialmente mencionadas, sino también algunas otras muy sencillas y muy frecuentes como la retirada a un lugar no visible del inculpado durante la declaración). Pero esa medida exige dos condiciones: una resolución judicial motivada y un informe pericial (arts. 448 y 707). Hubiese sido más plausible la incorporación de algunas previsiones del Derecho Comparado más valientes y que para nada se ha considerado que puedan afectar al derecho de defensa. Entre ellas pueden destacarse aquellos ordenamientos donde se regula la sustitución de la declaración directa por la grabación videográfica una sola vez.



## Índice

- Intervención judicial en el ámbito penal
- Delito de lesiones
- Delitos contra la vida
- Lesiones al feto o maltrato prenatal
- Delito de violencia habitual
- ¿Que puede hacer el Juez de Instrucción ante la noticia de un caso de maltrato a un niño ?
- El maltrato infantil en la Jurisdicción Civil
- Cumplimiento del régimen de visitas en casos acreditados de malos tratos

La Constitución Española de 1978 al enumerar, en el capítulo III del 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.

*Esta 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 Derechos del Niño, de Naciones Unidas, de 20 de noviembre de 1989, ratificada por España el 30 de noviembre de 1990, que marca el inicio de una nueva filosofía en relación con el menor, basada en un mayor reconocimiento del papel que éste desempeña en la sociedad y en la exigencia de un mayor protagonismo para el mismo.*

El preámbulo de la Ley de Protección Jurídica del Menor señala 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.”

El respeto a los derechos de los menores exige un esfuerzo para intentar erradicar toda clase de maltrato infantil, entendido como toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación del niño por parte de sus padres, tutores, guardadores, o de cualquier persona o entidad que lo tenga a su cargo, e incluso el maltrato de la propia sociedad. Afortunadamente, cada vez nos alejamos más del pensamiento de Aristóteles cuando decía “Un hijo y un esclavo son propiedad de los padres y nada de lo que se haga con lo que es propiedad es injusto, no puede haber injusticia en la propiedad de uno”, si bien aún quedan personas que de conocerlo, suscribirían dicho aserto. Por ello, para poder apreciar o diagnosticar, en el caso de facultativos, personal sanitario ....., una situación de maltrato, es preciso pensar en él, sospechar de su existencia y en este caso, extremar la diligencia para descartarlo o en su caso, confirmarlo.

Desde el ámbito judicial, la respuesta a estas situaciones puede tener dos vertientes en función de la jurisdicción que se enfrente al problema:

- la jurisdicción penal, y
- La jurisdicción civil.

Quizá, la más conocida es la *jurisdicción penal*, cuyo objeto son los actos humanos sobre los que se ejerce la pretensión punitiva del Estado, mientras que la *jurisdicción civil* tiene por objeto el enjuiciamiento de todas las controversias surgidas en las relaciones jurídicas entre particulares, y especialmente, en relación con este tema, abarca cuestiones relativas al estado civil de las personas, comprendiendo filiación, incapacidad, tutela y nulidad del matrimonio separación y divorcio, protección de derechos fundamentales frente a agresiones de particulares que no sean constitutivas de delito, especialmente las cuestiones relativas a la protección del honor y la intimidad; responsabilidad, entre otros.

### **Intervención judicial en el ámbito penal**

La realidad social y la estadística criminal están ahí, es una realidad incuestionable y desde muchos ámbitos se viene reclamando la necesidad de ofrecer una mayor protección a la víctima, así como una mayor y más contundente respuesta penal a los agresores, hasta el punto de que en ocasiones, se reclama una cada vez mayor intervención del Derecho Penal.

Atendiendo a tal demanda, la Ley Orgánica 14/1999 de 9 de junio de modificación del C. Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal ha supuesto un avance en esta materia. Esta reforma intenta dar respuesta a esa demanda de mayor protección para las víctimas de la llamada violencia de género, o violencia doméstica. No obstante, no

debemos olvidar que el maltrato infantil no puede ser considerado aisladamente sino que debe encuadrarse dentro de las situaciones de violencia familiar.

Las conductas violentas pueden tener una amplia gama de posibilidades que no se excluyen entre sí y que van desde la agresión física directa (síndrome del niño zarandeado, caídas, roturas óseas, fracturas de cráneo, lesiones por armas disuasorias, etc....) hasta la violencia psíquica pasando por abusos sexuales, o la administración de sustancias sedantes para mantener tranquilos a miembros potencialmente "molestos" como enfermos o deficientes mentales, o el Münchhausen por poderes, al provocar o inventar síntomas en los niños que induzcan a someterlos a tratamientos o ingresos hospitalarios innecesarios. No hay que olvidar tampoco la ausencia de cuidados o las actitudes imprudentes o negligentes que conducen a resultados no deseados directamente pero que pudieron ser evitados (ej. el caso cada día más frecuente en los medios de comunicación de ingesta de sustancias estupefacientes que estaban al alcance de los niños o en su caso, administrados por los propios padres por error) A ello hay que añadir el maltrato prenatal consistente en falta de cuidado, por acción u omisión, del cuerpo de la futura madre, o auto administración de sustancias o drogas que, de una manera consciente o inconsciente, perjudica al feto del que es portadora. Este consumo puede provocar que el bebé nazca con crecimiento anormal, patrones neurológicos anómalos o con síntomas de dependencia física de aquellas.

Cuando las víctimas de malos tratos son los menores de edad, no debemos olvidar que tienen el riesgo añadido de que aunque sólo sean testigos de estas vivencias, pueden llegar a convertirse en padres que maltratan que el resto de los menores que han crecido en un ambiente no violento. Si no rompemos esa cadena, estamos consolidando una espiral de violencia que se ejerce siempre sobre personas sin capacidad alguna de defenderse. En el caso de además de violencia ejercida sobre los menores, existe un agravante añadido al resto de los casos de violencia familiar y es que en estos casos, los agresores son los dos progenitores, o al menos uno el ejecutor material y el otro, coautor y por tanto, coresponsable o encubridor. No conviene olvidar que los padres asumimos la posición de garantes de nuestros hijos y el mero hecho de no hacer nada para evitar la agresión inferida a los hijos por el otro progenitor, sería suficiente para que el resultado le fuese imputado a título de comisión por omisión pues el no intervenir estando obligado/a a evitar equivale a la ratificación del mismo.

No hay que olvidar que la violencia en el ámbito familiar conlleva un importante riesgo de traumas psíquicos en los menores tanto si son las víctimas directas de la agresión como si presencia y viven ese ambiente de violencia, en cuyo caso la exteriorización de la imagen de la violencia sea paterna o materna resulta extremadamente pernicioso en su proceso de desarrollo, ya que el factor de riesgo más importante es haber sido testigo o víctima de violencia por parte de los padres en la infancia o adolescencia.

En las situaciones de malos tratos a menores, a diferencia de los supuestos de violencia en la pareja, es importante destacar que de los informes médico-forenses se desprende que normalmente no aparecen lesiones de defensa y sí lesiones que indican gran pasividad de la víctima, en este caso, el niño, como quemaduras múltiples por cigarrillos, pinchazos leves repetidos en una misma zona del cuerpo, consecuencia lógica de la nula capacidad de reacción que tiene un menor frente a la agresión de un mayor de edad, máxime si es su padre o madre, fundamentalmente teniendo en cuenta que esas agresiones no suelen ser aisladas, sino reiteradas en el tiempo, lo que provoca en el niño una victimización evidente, hasta el punto de llegar a justificar la actitud de los padres hacia ellos, pues acaban creyéndose culpables de lo que les pasa ya que necesitan confiar en alguien y en quien mejor que en sus padres, lo que les aboca a creer que son ellos los malos y los golpes, el castigo merecido a su comportamiento incorrecto. Ello conduce a que crecerán con esa idea y de mayores, serán hombres o mujeres maltratadoras.

Además de las anteriores, están las lesiones psíquicas que se derivan de una situación de maltrato, y que pueden ser agudas o inmediatas a la agresión, o lesiones psicológicas a largo plazo y que incluyen temor, ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, dolores inespecíficos, etc.....

*Dicho esto, debe señalarse que las formas en que pueden manifestarse los malos tratos y los tipos delictivos en que pueden encuadrarse permiten hacer un repaso al Código Penal :*

- faltas de lesiones o de malos tratos sin lesión (art. 617)
- delitos de lesiones (arts. 147 y ss.)
- delitos de malos tratos habituales bien sea mediante violencia física o psíquica (art. 153)
- delitos contra la vida : homicidio (art. 138 a 140).
- delitos de lesiones al feto o maltrato prenatal (arts 157 y 158)
- delitos contra la libertad e indemnidad sexual :
  1. *Agresiones sexuales* (arts. 178 a 180) y en el que se sancionan penalmente las conductas más graves y reprochables que se producen con violencia o intimidación.
  2. *Abusos sexuales* (arts. 181 a 183) que sanciona los actos sexuales no violentos pero no consentidos o con consentimiento viciado.

3. *Acoso sexual* (art. 184) que sanciona la solicitud de favores sexuales por quien tiene una posición preeminente respecto de la víctima.
4. *Exhibicionismo y provocación sexual* (arts. 185 y 186)
5. *Delitos relativos a la prostitución y corrupción de menores* (arts. 187 a 190).

### **Delito de lesiones**

Debe destacarse que el concepto jurídico de lesión no es equivalente al concepto médico, ya que si médicamente lesión es todo daño a la integridad de la persona, desde la óptica del Derecho Penal sólo interesan aquellas lesiones causadas en la salud física o psíquica de una persona causadas dolosamente (esto es, intencionadamente) o de forma imprudente. Dentro de las lesiones, los criterios de asistencia facultativa y tratamiento médico o quirúrgico son los que determinan la existencia y diferenciación entre el delito y la falta de lesiones cuando son causadas intencionalmente.

De este forma, el art. 617 del C. Penal tipifica como falta el causar a otro, por cualquier medio o procedimiento, una lesión no definida como delito, considerándose como delito, según el artículo 147, el causar a otro, por cualquier medio o procedimiento, una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico.

El Tribunal Supremo, en orden a la distinción entre delito y falta señala que por tratamiento médico debemos entender la planificación de un sistema de curación o de un esquema médico prescrito por un titulado en medicina con finalidad curativa, mientras que tratamiento quirúrgico significa cualquier acto de tal naturaleza, cirugía mayor o menor, que fuere necesario para curar en su más amplio sentido, bien entendido que la curación, si se realiza con *lex artis*, requiere distintas actuaciones -diagnóstico, asistencia preparatoria *ex ante*, exploración quirúrgica, recuperación *ex post*, etc.-, inmersas todas en las consecuencias penales del acto lesivo, lo que la jurisprudencia denomina «tratamiento reparador del cuerpo» (Cfr. TS 2.ª S 28 Feb. 1992).

Dentro del tratamiento médico o de la actuación quirúrgica se incluye, en tesis sustentada por la jurisprudencia, la costura con que se reúnen los labios de una herida, porque es precisa para restaurar el tejido dañado. La sutura de la herida, los puntos que se aplican a la misma y su posterior restauración dan lugar al delito de lesiones, pues siempre que sea necesario reparar el cuerpo humano, restaurar o corregir cualquier alteración funcional u orgánica producida por las lesiones, se estará en presencia del tratamiento quirúrgico”

Es criticable a mi juicio, que en estos casos, el resultado lesivo se convierta en elemento configurador del tipo penal, en definitiva, que el resultado lesivo sirva para calificar la agresión, como delito o falta ya que agresiones muy violentas pueden quedar en una simple falta con escasa penalidad, con lo que el agresor se ve crecido en su postura de fuerza frente a la víctima. Al contrario, agresiones de escasa entidad pueden dar lugar a un resultado grave constitutivo de delito.

### **Delitos contra la vida**

Por lo que respecta a los DELITOS CONTRA LA VIDA el art. Artículo 138. castiga a *“El que matare a otro, como reo de homicidio, con la pena fijando una pena de prisión de diez a quince años, que se eleva hasta veinte en el caso de concurra alguna de las circunstancias siguientes:*

- 1.ª *Con alevosía.*
- 2.ª *Por precio, recompensa o promesa.*
- 3.ª *Con ensañamiento, aumentandodeliberada e inhumanamente el dolor del ofendido.*

Y hasta veinticinco si concurren más de una de las circunstancias citadas (arts. 139 y 140 C. Penal)

En los delitos contra la vida, cuando el delito contra la vida se consuma, jurídicamente no existe problema pero cuando no es así, se produce el problema de diferenciar entre si nos encontramos ante un homicidio frustrado o un delito de lesiones.

Desde un punto de vista externo y puramente objetivo, el delito de lesiones y el homicidio o asesinato en grado de tentativa son totalmente semejantes. La única y sola diferencia radica en el ánimo del sujeto, que en uno tiene tan sólo una intención de lesionar y en el otro una voluntad de matar. Es el elemento subjetivo, personal e interno lo que diferencia que unos hechos aparentemente idénticos puedan juzgarse como lesiones, por concurrir en ellos el *animus laedendi*, o como homicidio, por existir *animus necandi* o voluntad de matar. Pero tal elemento interno, salvo que el propio acusado lo reconozca, debe inferirse por el juzgador de una pluralidad de datos, suficientemente acreditados con la prueba, que hagan aflorar y salir a la superficie ese elemento subjetivo escondido en el interior del sujeto.

*Son criterios de inferencia para calificar una determinada conducta como homicidio frustrado o delito de lesiones los siguientes:*

- a) la dirección, el número y la violencia de los golpes (Cfr. TS 2.<sup>a</sup> S 30 Oct. 1995);
- b) las condiciones de espacio y tiempo (Cfr. TS 2.<sup>a</sup> S 14 Dic. 1994);
- c) las circunstancias conexas con la acción (Cfr. TS 2.<sup>a</sup> S 14 Ene. 1994);
- d) las manifestaciones del propio culpable, las palabras precedentes y acompañantes a la agresión y la actividad anterior y posterior al delito (Cfr. TS 2.<sup>a</sup> S 21 Feb. 1994);
- e) las relaciones entre el autor y la víctima (Cfr. TS 2.<sup>a</sup> S 8 May. 1987), y
- f) la misma causa del delito.

Pero tales criterios, que se han descrito de forma ejemplificativa, no son únicos y no constituyen, por ende, un mundo cerrado o numerus clausus, ya que cada uno de ellos no presenta carácter excluyente, sino meramente complementario y acumulativo en la carga indiciaria y en la dirección convergente, desenmascaradora de la oculta intención.

Cuando el menor fallece, la dirección, el número y la violencia de los golpes se va a determinar en la autopsia, pero cuando el óbito no se produce es realmente esencial que en el parte de lesiones se fije exhaustivamente, incluso con un dibujo anatómico que permita señalar aproximadamente las zonas en que existen lesiones o con fotografías de las lesiones.

### **Lesiones al feto o maltrato prenatal**

Por lo que respecta a las LESIONES AL FETO o MALTRATO PRENATAL, es preciso señalar que el contenido de los art. 157 y 158 del C. Penal constituye una de las novedades del C. Penal de 1.995, ya que en el C. Penal de 1.973 tales comportamientos eran atípicos, si bien con anterioridad el Tribunal Supremo en la sentencia de fecha 5 de abril de 1.995 (Sala 2<sup>a</sup>) ya defendía la tipicidad de la imprudencia temeraria con resultado de lesiones en un feto. En ese caso, la acusada era una matrona y los hechos enjuiciados las deficiencias y errores con que fue atendido el parto que tuvieron como secuela el nacimiento de un niño con parálisis cerebral y necesidad de asistencia continuada durante toda su vida. El Tribunal Supremo cita numerosas Sentencias como ejemplos en los que ya implícitamente se habría reconocido la realidad penal del delito de lesiones al feto a través de la violencia ejercida sobre la madre embarazada. Aparte de que el propio Código Civil tiene por persona al concebido a todos los efectos favorables (arts. 29 y 30 del Código Civil), la condición humana del feto, diferenciado de su progenitora, estaría fuera de duda y en tal sentido se ha orientado en vigente C. Penal.

El artículo 157 del C. Penal castiga al *“que, por cualquier medio o procedimiento, causare en un feto una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo, o provoque en el mismo una grave tara física o psíquica, será castigado con pena de prisión de uno a cuatro años e inhabilitación especial para ejercer cualquier profesión sanitaria, o para prestar servicios de toda índole en clínicas, establecimientos, consultorios ginecológicos, públicos o privados, por tiempo de dos a ocho años.”*

Por su parte, el artículo 158 castiga al *“que, por imprudencia grave, cometiere los hechos descritos en el artículo anterior, será castigado con la pena de arresto de siete a veinticuatro fines de semana”*.

*Cuando los hechos descritos en el artículo anterior fueren cometidos por imprudencia profesional se impondrá asimismo la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un período de seis meses a dos años.*

*La embarazada no será penada a tenor de este precepto.*

Ha sido un paso importante que el nuevo C. Penal de 1.995 tipifique los ataques a la integridad en estos supuestos de vida dependiente.

Existen escasas sentencias que apliquen estos preceptos y todas ellas se refieren a supuestos que no ofrecen dudas: lesiones causadas al feto por un tercero que no es la madre embarazada, ya sea el padre o compañero de la madre, o algún profesional sanitario. El tipo penal está pensando exclusivamente en ese tipo de comportamientos, ya que la madre gestante únicamente respondería de las lesiones causadas al feto cuando éstas fueren ocasionadas dolosamente, ya que el art. 158 expresamente excluye de responsabilidad penal a la embarazada que por imprudencia grave causare en su hijo aún no nacido una lesión o enfermedad que perjudique gravemente su normal desarrollo, o provoque en el mismo una grave tara física o psíquica, al igual que tampoco responde penalmente la mujer que por imprudencia grave se ocasionare un aborto (art. 146 C. Penal). En consecuencia, los casos en que es la propia madre gestante la que pone en peligro la futura vida independiente del hijo fundamentalmente, en casos de que la misma tenga una dependencia al alcohol o a sustancias estupefacientes, cuya ingesta está provocando o existe riesgo de que provoque al feto malformaciones son atípicas, salvo que se considerase que concurre en ella

un dolo eventual, que es difícil de apreciar precisamente en estos casos en que su voluntad está condicionada por su situación de toxicomanía.

En ambos supuestos se exige que el perjuicio lesivo sea grave, lo que deberá ser valorado por el Juzgador sobre la base de los informes periciales.

Que no exista respuesta penal no es óbice para que exista un evidente factor de riesgo, que puede ser detectado durante la gestación y que debería poner en marcha en el mismo momento del nacimiento todos los mecanismos de intervención en aras a la protección de ese menor que va a nacer.

### **Delito de violencia habitual**

Mención especial debe hacerse a la figura delictiva del art. 153 del C. Penal, modificado por la Ley anteriormente mencionada. Dicho precepto castiga a *El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él de forma estable por análoga relación de afectividad, o sobre los hijos propios o del cónyuge o conviviente, pupilos, ascendientes o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho de uno u otro, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica.*

Para apreciar la habitualidad a que se refiere el párrafo anterior, se atenderá al número de actos de violencia que resulten acreditados, así como a la proximidad temporal de los mismos, con independencia de que dicha violencia se haya ejercido sobre la misma o diferentes víctimas de las comprendidas en este artículo, y de que los actos violentos hayan sido o no objeto de enjuiciamiento en procesos anteriores.

La doctrina dominante en España ha entendido que este delito es una figura agravada de la falta de malos tratos. En realidad, se dice que se trata de una sucesión de faltas de malos tratos que se eleva al rango de delito en relación con la habitualidad y de las relaciones personales familiares o cuasi familiares entre el autor y la víctima.

Este delito no requiere la producción de ningún resultado material de menoscabo de la integridad o de la salud personal. La conducta típica consiste en el ejercicio de violencia física o psíquica con habitualidad sin que haya base para requerir la producción de un resultado material concreto. Se da una definición legal de la habitualidad que descansa en cuatro datos :

- pluralidad de actos
- proximidad temporal
- pluralidad de sujeto pasivo siempre que sea uno de los integrantes de la unidad familiar, y finalmente,
- independencia de que tales actos hayan sido o no objeto de enjuiciamiento anterior.

La habitualidad es pues un elemento definidor del tipo y aparece definido por la concurrencia de esos requisitos que deben ser tenidos en cuenta por el Juez para alcanzar el juicio de certeza en cada caso sobre su concurrencia o no, lo que exige lógicamente una interpretación judicial individualizada.

La *sentencia del Tribunal Supremo de 24 de junio de 2000* señala : "lo relevante es constatar si en el factum se describe una conducta atribuida al imputado que atente contra la paz familiar y se demuestre en agresiones que dibujen ese ambiente de dominación y temor sufrido por los miembros de la familia, abstracción hecha de que las agresiones haya sido o no denunciadas o enjuiciadas y que permitan la obtención del juicio de certeza sobre la nota de la habitualidad que junto con el ataque a la paz familiar constituyen las dos coordenadas sobre las que se vertebra el tipo penal."

Igualmente la *sentencia del Tribunal Supremo de fecha 7 de septiembre de 2000* señala que " la reiteración de conductas de violencia física y psíquica, en estos casos, constituyen esta figura delictiva aún cuando aisladamente consideradas serían constitutivas de faltas, en cuanto vienen a crear, por su repetición, una atmósfera irrespirable o un clima de sistemático maltrato, no sólo por lo que comporta de ataque a la incolumidad física o psíquica de las víctimas, sino esencialmente, por lo que implica de vulneración de los deberes esenciales de respeto de las personas unidas por estos vínculos y por la nefasta incidencia en el desarrollo de los menores que están formándose creciendo en ese ámbito familiar. Se trata de valores constitucionales que giran entorno a la necesidad de tutelar la dignidad de las personas y la protección a la familia.

Esta modificación supone un indudable avance en la lucha contra los malos tratos familiares, pero debe tenerse en cuenta que el Código Penal, por muy fuerte que fuere la represión penal fijada para estos casos, no puede ser el único ni siquiera el principal instrumento para acabar con esta lacra social. Muchas veces se ha dicho que la lucha contra la violencia doméstica no es solo labor a posteriori ni es únicamente labor del Código Penal. Es verdad que el Derecho Penal puede decirse que tiene dos caras : una represiva y sancionadora, respecto del delincuente y otra, de prevención general y especial, siendo cada vez más

reclamada la de protección de las víctimas del delito. Teniendo esto en cuenta, es cierto que algunas de las medidas legislativas incorporadas al sistema penal por la Ley son positivas y ayudarán a disminuir los efectos negativos de la violencia doméstica, aunque no podrán erradicarla porque carecen de virtualidad alguna sobre la etiología o raíz de la misma.

A este respecto debe señalarse que concretamente el art. 13 de la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor establece que 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. Dicha obligación se extiende incluso a poner en conocimiento de la autoridad la existencia de un menor que no esté escolarizado o no asista al centro escolar de forma habitual y sin justificación. Debe tenerse siempre en cuenta, que la autoridades o personas que por su profesión o función conozcan el caso actuarán con la debida reserva, evitando que cualquier actuación con un menor pueda interferir innecesariamente en su vida.

Todos los profesionales que por su trabajo puedan detectar esa situación de riesgo o maltrato real en un menor deben comprometerse no sólo a denunciar ya que la denuncia es una *OBLIGACIÓN LEGAL*. No debe existir miedo a posibles represalias en caso de que las diligencias penales no prosperen porque el hecho de presentar una denuncia cuya única finalidad es evitar un daño a un menor, nunca puede ser constitutivo de un delito de denuncia falsa y por el contrario, el no socorrer a una persona desamparada pudiendo hacerlo sin riesgo propio ni de terceros, podría ser constitutivo de un delito de omisión del deber de socorro.

De ahí la importancia que tiene la forma en que se ponga en conocimiento de la autoridad judicial los hechos que puedan ser constitutivos de delito o falta, esto es, de aquellos hechos que sean susceptibles de generar una respuesta penal, puesto que aquellos hechos que simplemente supongan una situación de riesgo para el menor, sin incidencia penal deben encauzarse directamente a través de la Comisión de Tutela del Menor o del Ministerio Fiscal, sin perjuicio de que posteriormente y dependiendo de la gravedad de la situación, pueda éste último iniciar actuaciones judiciales penales o incluso civiles, para la privación de la patria potestad.

La confirmación por parte del trabajador social de una situación de maltrato o de riesgo o desamparo de un menor implica la adopción inmediata de las siguientes medidas (o alguna de ellas según el caso concreto) además, lógicamente, de las asistenciales:

1. comunicarlo lo más urgentemente posible al Ministerio Fiscal o al Juzgado de Guardia .
2. dar cuenta de tales hechos a la Comisión de Tutela del Menor y a la Fiscalía de Menores, en el caso de que se aprecie una situación de riesgo y/o desamparo del niño.

Una vez que se pone en conocimiento del Juez de Instrucción la existencia de un hecho que pudiera ser constitutivo de delito o falta, se pueden incoar diversos procedimientos en función de la gravedad de los hechos: juicios de faltas, diligencias previas, sumarios y procedimiento para ante la Ley del Jurado. Todos ellos son los procedimientos que se incoan una vez que se recibe, lo que en el argot judicial, se denomina "notitia criminis".

- **JUICIOS DE FALTAS.** Se incoa cuando los hechos son de escasa entidad y los juicios se celebran ante el propio Juez de Instrucción. En lo que se refiere a malos tratos, estaríamos hablando de faltas de lesiones o malos tratos sin lesión (art. 617), amenazas leves, injurias o vejaciones injustas (art. 620), muerte causada por imprudencia leve o lesiones causadas por imprudencia leve (art. 621). La competencia para celebrar el juicio de faltas es del Juez de Instrucción. En estos casos, al tratarse de lesiones de poco tiempo de curación, cuando el Médico Forense reconoce al niño, éste ya ha curado de las lesiones. Por lo tanto, el único dato objetivo de que dispone para la valoración médico-legal es el parte médico originario que ha motivado la denuncia. Si en este informe no están perfectamente descritas las lesiones, la valoración a posteriori, se verá notablemente dificultada.
- **DILIGENCIAS PREVIAS.** Se incoan cuando los hechos revisten caracteres de delito que lleve aparejada pena privativa de libertad no superior a nueve años o bien con cualesquiera otras penas de distinta naturaleza bien sean únicas, conjuntas o alternativas, cualquiera que sea su cuantía o duración : lesiones (arts. 147 y SS del C. Penal, excepto las previstas en el art. 149, esto es, causar a otro pérdida o inutilidad de un órgano o miembro principal o de un sentido, impotencia, esterilidad, una grave deformidad o una grave enfermedad somática o psíquica, que por la pena daría lugar a la incoación de un sumario), lesiones al feto (arts. 157 y 158 del C. Penal). Es el procedimiento más generalizado en materia de lesiones. Se suele incoar en primer lugar, este tipo de procedimiento y sólo cuando el médico forense dictamina el alcance de las lesiones se incoa el oportuno juicio de faltas. En estos casos, el Juez de Instrucción únicamente instruye la causa y el juicio se celebra posteriormente ante el Juez de lo Penal o ante la Audiencia Provincial, en función de la pena que el delito tenga asignada.

- **SUMARIO.** Se incoa este tipo de procedimiento para aquellos hechos delictivos que llevan aparejada una pena superior a nueve años (violaciones, tentativa de homicidio.....) En este caso, el Juez de Instrucción únicamente instruye la causa y el juicio se celebra posteriormente ante la Audiencia Provincial.
- **PROCEDIMIENTO PARA ANTE LA LEY DEL JURADO.** En lo que aquí nos afecta, únicamente sería competente para conocer del delito de homicidio o asesinato (arts 138 a 140 del C. Penal) y omisión del deber de socorro (art. 195 y 196 del C.P) En estos casos, igualmente es el Juez de Instrucción el que instruye la causa, y adopta medidas cautelares y es en el ámbito de la Audiencia Provincial donde se celebra el juicio. El Tribunal del Jurado se compone de nueve jurados y un Magistrado integrante de la Audiencia Provincial. Sólo se enjuician por este procedimiento los delitos consumados.

### **¿Que puede hacer el Juez de Instrucción ante la noticia de un caso de maltrato a un niño ?**

El art. 13 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, modificado por Ley Orgánica 14/1999 de 9 de junio (BOE de 10 de junio de 1.999), considera como primeras diligencias a practicar la de consignar las pruebas del delito que puedan desaparecer, la de recoger y poner en custodia cuanto conduzca a su comprobación y a la identificación del delincuente, la detener, en su caso, a los presuntos responsables del delito y la de proteger a los ofendidos o perjudicados por el mismo, pudiendo adoptarse a tal efecto las medidas cautelares a las que se refiere el art. 544 bis de la citada Ley.

Puede ordenar la detención de los presuntos responsables del hecho delictivo y si concurren los requisitos previstos en los arts. 503 y 504 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal para decretar su prisión, deberá NECESARIAMENTE convocar a una comparecencia que prevé el art. 504 bis de la Ley citada al Ministerio Fiscal (que ejerce la acusación pública), a las acusaciones personadas y al imputado que deberá estar asistido de Letrado por él elegido o designado de oficio para resolver sobre la procedencia o no de la prisión. Si en tal audiencia alguna parte lo interesase, oídas las alegaciones de todas las que concurren, el Juez resolverá sobre la procedencia o no de la prisión o libertad provisionales. *Si ninguna de las partes lo instase, el Juez necesariamente acordará la cesación de la detención e inmediata puesta en libertad del imputado.*

Puede adoptar alguna de las medidas cautelares a que se refiere el art. 544 bis de la Ley de Enjuiciamiento Criminal : En los casos en los que se investigue un delito de los mencionados en el artículo 57 del Código Penal, el Juez o Tribunal podrá, de forma motivada y cuando resulte estrictamente necesario al fin de protección de la víctima, imponer cautelarmente al inculpado la prohibición de residir en un determinado lugar, barrio, municipio, provincia u otra entidad local, o Comunidad Autónoma.

En las mismas condiciones podrá imponerle cautelarmente la prohibición de acudir a determinados lugares, barrios, municipios, provincias u otras entidades locales, o Comunidades Autónomas, o de aproximarse o comunicarse, con la graduación que sea precisa, a determinadas personas.

Para la adopción de estas medidas se tendrá en cuenta la situación económica del inculpado y los requerimientos de su salud, situación familiar y actividad laboral. Se atenderá especialmente a la posibilidad de continuidad de esta última, tanto durante la vigencia de la medida como tras su finalización.

El incumplimiento por parte del inculpado de la medida acordada por el Juez o Tribunal podrá dar lugar, teniendo en cuenta la incidencia del incumplimiento, sus motivos, gravedad y circunstancias, a la adopción de nuevas medidas cautelares que impliquen una mayor limitación de su libertad personal, sin perjuicio de las responsabilidades que del incumplimiento pudieran resultar. Esta posibilidad de adoptar estas medidas ha sido añadida a la Ley de Enjuiciamiento Criminal por el art. 3º 8 de la Ley Orgánica 14/1999 de 9 junio.

*Existe otro precepto, esta vez del Código Civil, el art. 158, que prevé que en beneficio del menor, El Juez, de oficio o a instancia del propio hijo, de cualquier pariente o del Ministerio Fiscal, dictará:*

- 1º. Las medidas convenientes para asegurar la prestación de alimentos y proveer a las futuras necesidades del hijo, en caso de incumplimiento de este deber, por sus padres.
- 2º. Las disposiciones apropiadas a fin de evitar a los hijos perturbaciones dañosas en los casos de cambio de titular de la potestad de guarda.
- 3º. En general, las demás disposiciones que considere oportunas, a fin de apartar al menor de un peligro o de evitarle perjuicios.

Todas estas medidas podrán adoptarse dentro de cualquier proceso civil o penal o bien en un procedimiento de jurisdicción voluntaria.

### **El maltrato infantil en la Jurisdicción Civil**

La gravedad de las conductas de maltrato que se producen en el seno familiar hace indudable la necesidad de una eficaz y firme respuesta del Derecho penal. Ahora bien, conviene examinar que

posibilidades de respuesta ofrece el proceso de familia, dado que la ruptura familiar se produce en ocasiones por la existencia de esa situación de maltrato, bien porque sea y se explicita en el inicio del procedimiento como causa en la que se basa la pretensión de separación o divorcio, bien porque surja o se detecte a lo largo del procedimiento, lo que suele resultar frecuente en el caso de maltrato a los hijos.

Del elenco de causas de separación que contiene el art. 82 del C. civil, son varias las que podrían incardinarse dentro del término de “malos tratos”, esto es :

1º. El abandono injustificado del hogar, .... la conducta injuriosa o vejatoria y cualquier otra violación grave o reiterada de los deberes conyugales.

2º. Cualquier violación grave o reiterada de los deberes respecto de los hijos comunes o respecto de los de cualquiera de los cónyuges que convivan en el hogar familiar.

.....  
4º. El alcoholismo, la toxicomanía o las perturbaciones mentales, siempre que el interés del otro cónyuge o el de la familia exijan la suspensión de la convivencia y que con frecuencia son causa de malos tratos. Igualmente constituye, según el Artículo 86, causas de divorcio:

.....  
5º. La condena en sentencia firme por atentado contra la vida del cónyuge, sus ascendientes o descendientes.

La práctica demuestra que con independencia de las denuncias penales, durante la sustanciación de ciertos procedimientos civiles, el Juez puede apreciar la existencia de una situación de maltrato de un menor o cualquier situación que exponga al menor a un riesgo o desamparo, donde el maltrato físico o psíquico no sólo hacia uno de los cónyuges sino hacia los menores suele ser el origen del procedimiento de separación o en ocasiones la consecuencia de una ruptura no consolidada en la que los menores suelen convertirse en moneda de cambio entre los padres que implican al menor de tal manera en su dinámica de pareja que perjudican notablemente el desarrollo emocional de los hijos. Incluso cuando la ruptura ya está consolidada, no es infrecuente la aparición de malos tratos a los menores por la nueva pareja del progenitor custodio.

En el caso de que el maltrato sea el origen o causa de iniciar el procedimiento de separación, el interesado puede optar entre presentar directamente la demanda de separación o instar la solicitud de medidas previas a la demanda. Sin profundizar en ese tema, que excede del contenido de este trabajo, entiendo que los profesionales a los que va dirigido deben conocer la posibilidad de solicitar una medida urgente, cuando el caso así lo requiera. Concretamente, el artículo 771.2. de la Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000 prevé la posibilidad de solicitar la adopción de medidas previas, esto es, anteriores a la demanda de separación o divorcio y el párrafo 2.2º de dicho precepto establece que en la misma resolución en que se admita a trámite la solicitud de medidas previas podrá el tribunal acordar *de inmediato*, si la urgencia del caso lo aconsejare los efectos a que se refiere el art. 102 del C.C., y lo que considere procedente en relación con la custodia de los hijos y uso de la vivienda o ajuar familiar.

*Esta posibilidad debe interpretarse restrictivamente, ya que son medidas que se adoptan sin audiencia de la otra parte, por lo que deben limitarse a aquellos casos en los que se presente prueba suficiente de que existe un peligro real e inminente para la integridad física del cónyuge y/o los hijos.*

No obstante, debe recordarse que conforme al art. 105 del Código Civil no se considera que incumple el deber de convivencia el cónyuge que sale del domicilio conyugal por una causa razonable y en el plazo de 30 días presenta la demanda o la solicitud de medidas.

Lo normal es que en casos de gravedad, la respuesta esté o deba estar en las diligencias penales que se incoen por los hechos delictivos que se hayan cometido, y en definitiva, en el Juez de Guardia, quien en el seno del procedimiento penal puede acordar la prisión del imputado o en su defecto, imponerle una orden de alejamiento.

El precepto sólo contempla la posibilidad de acordar las medidas previstas en el art. 102 del Código Civil, y lo que considere procedente en relación con la custodia de los hijos y el uso de la vivienda y ajuar familiares. No dice nada el precepto sobre la posibilidad de acordar un régimen de visitas. Algunos jueces entienden que el concepto de guarda incluye la posibilidad de acordar visitas. Sin embargo, es probable que la omisión de la Ley sea deliberada ya que estas medidas deben quedar limitadas a casos graves de malos tratos, abusos sexuales, riesgo de sustracción de menores, en cuyos supuestos no parece aconsejable acordar un régimen de visitas. Este último supuesto, el de posibilidad de sustracción internacional de menores, es quizá el que a mi juicio, puede tener más fácil encaje en este supuesto.

La vigencia de estas medidas es limitada ya que en los 10 días siguientes a la admisión de la solicitud debiera celebrarse la comparecencia. Teniendo en cuenta que existe un plazo de 10 días más para practicar prueba, y el Juzgado debe resolver en el plazo de tres días, la vigencia teórica de esas medidas, cumpliendo todos los plazos legales, debiera ser de 23 días. Ahora bien, esos plazos parecen

difíciles de cumplir, no sólo por dificultades de agenda de los Juzgados, sino porque el demandado puede solicitar abogado y procurador del turno de oficio y motivar la suspensión de dicha comparecencia o incluso porque la diligencia de citación del demandado resulte negativa, más si tenemos en cuenta que en este caso, se le ha expulsado de la casa, con lo que puede que esté ilocalizado y dificultar la citación.

En los procedimientos de familia el Juez debe acordar necesariamente las siguientes medidas en relación a los hijos:

1. en defecto de acuerdo entre los cónyuges o cuando este acuerdo no sea aprobado, por no considerarlo beneficioso para el menor, determinar el progenitor que va a ostentar la guarda y custodia del menor.
2. el régimen de visitas mas adecuado a favor del progenitor no custodio; régimen de visitas que puede limitarse o suspenderse cuando el Juez crea que las circunstancias así lo aconsejan en beneficio o interés del menor o cuando se incumplan grave o reiteradamente los deberes impuestos por la resolución judicial.
3. puede incluso acordar la privación de la patria potestad. El artículo 170 del Código Civil establece que el padre o la madre podrán ser privados total o parcialmente de su potestad por Sentencia judicial fundada en el incumplimiento de los deberes inherentes a la misma o dictada en causa criminal o matrimonial.

*Según interpretación doctrinal y jurisprudencial, la privación de la patria potestad prevista en el Art. 170 del Código Civil, por su gravedad, ha de aplicarse únicamente en casos extremos y cuando así lo exija el beneficio del menor. Para adoptar esta medida no basta el incumplimiento del progenitor, sino que es también preciso que resulte actualmente conveniente a los intereses del menor, es decir, que concurra una razonable necesidad, oportunidad y conveniencia de su actual adopción para la adecuada salvaguarda de la persona e intereses del menor.*

Cuando uno de los progenitores sea privado de la patria potestad, el otro asume la titularidad o ejercicio único, con todas sus funciones y facultades; si ambos progenitores son privados de la patria potestad sobre el hijo, será necesario constituir la tutela.

En todo caso, las medidas acordadas en la sentencia de separación, nulidad o divorcio, no son necesariamente inamovibles e inmodificables. Por el contrario, a tenor de lo dispuesto en el Art. 90.3 y Art. 91 del Código Civil y el art. 775 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, dichas medidas podrán ser posteriormente modificadas siempre y cuando se haya producido una alteración sustancial de las circunstancias que determinaron su adopción. El Tribunal Supremo, Sala 1ª, en la sentencia de fecha 22/05/93 pone de relieve el carácter eventual de las medidas relativas a los hijos menores, al señalar que su acuerdo "suele hacerse sin carácter definitivo, de manera eventual, precisamente para poder modificarlas según las circunstancias y el modo y manera en que vayan evolucionando las relaciones".

Además, por lo que se refiere en concreto a las medidas que afecten a la patria potestad, el propio Art. 170.2 CC dispone que los Tribunales podrán, en beneficio e interés del hijo, acordar la *recuperación de la patria potestad* cuando hubiere cesado la causa que motivó tal privación. Entre las causas que jurisprudencialmente se han considerado como posibles incumplimientos que pueden dar lugar a la privación de la patria potestad están:

- la drogodependencia y/o el alcoholismo, o la actividad delictiva del progenitor siempre que se acredite su incidencia en las relaciones paterno-filiales.
- las perturbaciones mentales, siempre que sean de tal entidad que impidan al perturbado, que llega a carecer de facultades cognoscitivas y de entendimiento, ejercer los deberes inherentes a la patria potestad lo que aconsejaría no sólo que se le atribuyera la guarda y custodia al otro progenitor sino incluso, y cuando la gravedad de la enfermedad lo requiera, la privación de la patria potestad al afectado.
- malos tratos.
- absoluta dejación de los deberes de atención personal y pecuniaria siempre que la medida venga aconsejada por la primacía del interés del menor
- Condena penal, fundamentalmente si el delito por el que se condena a su progenitor está relacionado con algún ataque directo contra la integridad física o moral del hijo o del otro progenitor, vejaciones, malos tratos, abuso sexual y otros que conllevan de manera inmediata no sólo la correspondiente pena sino también el alejamiento y privación de la patria potestad del progenitor condenado. El ejemplo paradigmático y por desgracia, real, es el de muerte de uno de los progenitores imputable al otro.

En cualquier caso, el principio normativo rector a tener en cuenta en cualquier decisión judicial que afecta a los menores, es el beneficio e interés de los mismos, conforme exige la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor 1/1996, en orden a la satisfacción de sus derechos legalmente reconocidos, debiendo

acordarse la privación de la patria potestad siempre con criterios relativos de concreta oportunidad y nunca objetivos, abstractos o genéricos, sólo cuando se revele causa para ello y así convenga a los hijos.

4. Puede encomendar la tutela del menor a una entidad pública de conformidad con lo dispuesto en el artículo 172 del C. Civil, en este caso, a la Comisión de Tutela del Menor, sin perjuicio de que el Juzgado adopte las medidas de protección que considere necesarias en ese momento inicial o simplemente comunicar la situación de riesgo a la Fiscalía de Menores o la Comisión de Tutela del Menor para que adopte las medidas tendentes a erradicarlo.

Mientras en las situaciones de riesgo, caracterizadas por la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar, la citada intervención se limita a intentar eliminar, dentro de la institución familiar, los factores de riesgo, en las situaciones de desamparo, donde la gravedad de los hechos aconseja la salida del menor de la familia de origen, aquélla se concreta en la asunción por la entidad pública de la tutela del menor y la consiguiente suspensión de la patria potestad o tutela ordinaria. (art. 172 CC).

*No todas las situaciones de desprotección social tendrán la misma gravedad. La Ley Orgánica 1/1996 introduce la distinción entre las situaciones de riesgo y de desamparo de los menores. De conformidad con lo dispuesto en el Código Civil y la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor:*

- En situaciones de *riesgo* de cualquier índole que perjudiquen el desarrollo personal o social del menor, que no requieran la asunción de la tutela por ministerio de la Ley, la actuación de los poderes públicos deberá garantizar en todo caso los derechos que le asisten y se orientará a disminuir los factores de riesgo y dificultad social que incidan en la situación personal y social en que se encuentra y a promover los factores de protección del menor y su familia.

Una vez apreciada la situación de riesgo, la entidad pública competente en materia de protección de menores pondrá en marcha las actuaciones pertinentes para reducirla y realizará el seguimiento de la evolución del menor en la familia.

- Se considera como situación de *desamparo* la 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.

La asunción de la tutela atribuida a la entidad pública lleva consigo la suspensión de la patria potestad o de la tutela ordinaria.

Son dos, pues, los requisitos que exige la declaración de desamparo:

1º : Una omisión o ejercicio inadecuado por parte de los padres o tutores de sus deberes de protección.

2º : Un resultado: que el menor quede privado de la necesaria asistencia moral o material.

*La asistencia material hay que ponerla en relación con los deberes de la patria potestad del Art. 154.1 del Código Civil que incluyen el deber de tener al hijo en su compañía, de alimentarlo y educarlo. De acuerdo con el Art. 142 del Código Civil, el deber de alimento comprende "todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica".*

La asistencia moral es un concepto mucho más impreciso, que debemos poner en relación con otros deberes de la patria potestad, según el Art. 154.1 del Código Civil: el deber de velar por el hijo, y especialmente con el deber de "procurarle una formación integral", en definitiva, el deber de todo padre de fomentar el desarrollo del menor en todos los órdenes "mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad", así como el derecho al "pleno y armonioso desarrollo de su personalidad".

*Es importante precisar que el desamparo no tiene lugar por un hecho puntual o situación ocasional, debida a caso fortuito o fuerza mayor, sino que requiere una cierta permanencia en el tiempo. Sin perjuicio de que ante dicha situación ocasional, el organismo competente pueda efectuar las indagaciones pertinentes que demuestren una situación de desamparo. En dichos casos, los poderes públicos deben de tomar todas las medidas para garantizar el bienestar del menor, sin que ello suponga la declaración de desamparo y la asunción automática de la tutela por parte de la administración competente.*

En las legislaciones autonómicas en materia de protección de menores se ejemplifican situaciones de desamparo, como por ejemplo, ausencia de escolarización habitual del menor; abandono voluntario por su familia; existencia de malos tratos físicos o psíquicos; inducción a la mendicidad, delincuencia o prostitución o cualquier otra explotación de los menores de análoga naturaleza; drogadicción o alcoholismo habitual del menor con consentimiento o tolerancia de los padres; trastorno mental grave de los padres o guardadores; drogadicción habitual en las personas que integran la unidad familiar; convivencia en un entorno familiar que deteriore gravemente la integridad moral del menor; falta de personas a las cuales les corresponda ejercer

las funciones de guarda del menor o cuando estas estén imposibilitadas para ejercerlas o en situación de ejercerlas con peligro grave para el menor.

Además de la guarda de los menores tutelados por encontrarse en situación de desamparo, la entidad pública podrá asumir la guarda en los términos previstos en el art. 172 del Código Civil, cuando los padres o tutores no puedan cuidar de un menor o cuando así lo acuerde el Juez en los casos en que legalmente proceda. Dicho artículo contempla un caso de fuerza mayor, esto es, la guarda a solicitud de los padres o tutores "que por circunstancias graves, no puedan cuidar al menor". En este supuesto no se produce declaración de desamparo, ni suspensión de la patria potestad, sin perjuicio de que las circunstancias graves de carácter transitorio, se mantengan en el tiempo, en cuyo caso el organismo competente si podría instar la declaración de desamparo, y la asunción de la tutela por ministerio de la Ley.

La declaración de desamparo debe ser notificada de forma inmediata al Ministerio Fiscal según el Art. 174.2 y 3 del Código Civil, con remisión de copia de la resolución administrativa, y debe ser igualmente notificada en legal forma a los padres, tutores o guardadores, en un plazo de cuarenta y ocho horas, informando "de forma presencial y de modo claro y comprensible de las causas que dieron lugar a la intervención de la administración y de los posibles efectos de la decisión adoptada", según el párrafo primero del Art. 172.1 del Código Civil. La notificación efectuada a los padres deberá de informar de los recursos que se puedan interponer contra ella.

Por otro lado, las resoluciones administrativas que se dicten por la Comisión de Tutela del menor en materia de protección de menores son susceptibles de ser impugnadas por los perjudicados, normalmente los padres, ante el Juzgado de Familia, de conformidad con lo dispuesto en el art. 748 de la LEC 1/2000.

Quien pretenda oponerse a una resolución administrativa en materia de protección de menores presentará un *escrito inicial* en el que sucintamente expresará su pretensión y la resolución a que se opone.

Este escrito sucinto se limita, como dice el citado Artículo, a expresar la pretensión y la resolución a que se opone, no teniendo porque entrar en mayores explicaciones, en tanto y cuanto la administración competente no remita el expediente administrativo.

El tribunal reclamará a la entidad administrativa un testimonio completo del expediente, que deberá ser aportado en el plazo de veinte días.

En el procedimiento que se siga al formular los padres o tutores su oposición a la declaración de desamparo, será preceptiva la intervención del Ministerio Fiscal. En este sentido el Art. 749.2 L 1/2000 establece que "En los demás procesos a que se refiere este título será preceptiva la intervención del MF, siempre que alguno de los interesados en el procedimiento sea menor, incapacitado o esté en situación de ausencia legal".

Recibido el testimonio del expediente administrativo, se emplazará al actor por veinte días para que presente la demanda, que se tramitará con arreglo a lo previsto en el art. 753. (juicio verbal matrimonial).

### **Cumplimiento del régimen de visitas en casos acreditados de malos tratos**

El incumplimiento del régimen de visitas es quizá uno de los problemas de más clara impotencia procesal para cumplir lo ejecutoriado, esto es que el menor pueda relacionarse satisfactoriamente con el progenitor no custodio. El primer problema que se plantea es de carácter probatorio ¿existe incumplimiento real? ¿cómo y por qué incumple? ¿y quien incumple? Esta última pregunta es una de las más importantes, pues normalmente al Juez se le ofrecen dos versiones totalmente contradictorias sobre el conflicto, ya que el incumplimiento puede proceder del progenitor no custodio y muy frecuentemente del progenitor custodio, que hace lo posible para evitar ese régimen de visitas padre-hijo, alegando frecuentemente que es el menor quien no quiere ver al otro progenitor, llegando incluso al extremo, en ocasiones, de simular o inventar, situaciones de abuso sexual o maltrato, a fin de conseguir como sea, a cualquier precio, la suspensión o supresión del régimen de visitas e incluso la privación de la patria potestad.

No se fija en la Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000, las medidas a adoptar para dar cumplimiento al régimen de visitas y estancias acordado en la resolución judicial. El art. 776.2 de la Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000 permite imponer multas coercitivas mensuales que podrán mantenerse todo el tiempo que sea. Por lo tanto, la posibilidad que ofrece la Ley ante un incumplimiento del régimen de visitas es imponer una multa, lo que resulta poco eficaz en la mayoría de los supuestos ya que todos sabemos que el incumplimiento puede deberse a muy distintos factores: la conducta de los progenitores, tanto el custodio como el no custodio y la actitud de los hijos ante las visitas. Es más, cuando el incumplidor tenga medios económicos suficientes, quizá prefiera pagar la multa que entregar a los niños, y en estos casos, el transcurso del tiempo acaba enfriando la relación paterno-filial, con lo que al final habrá conseguido su propósito.

El párrafo 3º de dicho precepto señala que "El incumplimiento reiterado de las obligaciones derivadas del régimen de visitas, tanto por parte del progenitor guardador como del no guardador podrá dar lugar a la

modificación del régimen de guarda y visitas.” Las consecuencias del incumplimiento, pues, afectan a ambos progenitores :

- para el progenitor custodio en cuanto puede provocar un cambio de custodia.
- para el progenitor no custodio en una limitación o suspensión del régimen de visitas.

Al margen de lo anterior, cuando el cumplimiento del régimen de visitas supone para uno de los progenitores un riesgo para su propia integridad, porque la separación estuviese motivada por la existencia de violencia conyugal, su fijación debe realizarse con cautela. La solución a este problema puede venir en gran medida por la *creación de Puntos de Encuentro Familiar* (en adelante PEF), experiencia consolidada en muchos países y ya existente en algunas ciudades españolas que ofrece solución a muchos de los problemas expuestos. El art. 94 del C. Civil faculta al Juez para determinar el tiempo, modo y concretamente, el lugar de ejercicio de tal derecho. De ahí que el Juez, si le consta la existencia de malos tratos a la pareja, que no justifiquen la supresión del régimen de visitas con los hijos, pueda derivar el cumplimiento de tales visitas en el Punto de Encuentro Familiar, debiendo motivar la causa por la que se adopta tal medida y describir concretamente el tipo de intervención que se pide al PEF, especificando si el menor puede salir o no del centro, si la visita ha de ser o no tutelada, así como establecer la necesidad de que por parte de profesionales de dicho PEF se procediera a la recogida y entrega del menor para evitar el contacto entre agresor y víctima. La facultad de derivación por el Juez de las visitas al PEF ha tenido ya un primer reconocimiento jurisprudencial mediante sentencia de la Audiencia Provincial de Barcelona Sección 12ª de fecha 7 de marzo de 2000. En la Comunidad de Madrid acaba de ponerse en funcionamiento un Punto de Encuentro, cuya experiencia aún no puede ser valorada, debido a su reciente creación.

Quiero concluir este trabajo, que no tiene pretensión alguna de exhaustividad con la exposición de un caso real contemplado por la sentencia del Tribunal Supremo, Sala 2ª de fecha 4 de febrero de 1999, en cuyo relato de «hechos probados» se describe una conducta de los acusados en relación con su hija X -de aproximadamente 50 días de edad, a la sazón—, desconocedora de los más elementales deberes de cuidado y atención que los padres tienen para con sus hijos menores.

La primera vez que la niña fue ingresada en el Hospital Comarcal de X presentaba «evidentes síntomas de falta de una adecuada atención y cuidados oportunos a su estado». El médico que la atendió en aquella ocasión —controlados los problemas físicos de la niña— a petición de la madre, la dio de alta «con la prevención a sus progenitores de que deberían observar el régimen de suministro de alimentos que le fue prescrito a la niña». Días después, se produjo el segundo ingreso en el Centro de referencia, «en el mismo estado de falta de atención y cuidados, completamente deshidratada, habiendo perdido mucho peso y presentando además hipotermia debido a la falta de alimentación». Recuperada nuevamente la niña, el Médico que la atendió —el mismo de la vez precedente—, al darle el alta, «hizo saber a los progenitores que la menor había llegado a ese estado por falta de alimentación», llegando a advertirles que «de no observar el régimen alimenticio que le fue nuevamente prescrito procedería a denunciarles». En el tercer ingreso —el veinte de agosto del mismo año— la niña presentaba «un cuadro de desnutrición grave, deshidratación, acidosis metabólica, hiponatremia, anemia y oliguria, con evidentes síntomas de estado de abandono». Dada la gravedad de su estado, fue trasladada al Hospital Materno Infantil de Málaga, con «insuficiencia renal aguda», falleciendo el día seis de septiembre del mismo año por «infarto renal bilateral masivo». El Tribunal afirma que el estado físico que determinó los sucesivos internamientos hospitalarios de la niña fue debido a que sus padres no le prodigaron adecuadamente — pese a las advertencias que les fueron hechas— «las atenciones, cuidados higiénicos y régimen de alimentación adecuados al estado de la menor».

Se ha producido, por tanto, la muerte de una persona (una niña de unos dos meses de edad). *La causa última del estado de la misma—determinante de su fallecimiento— no fue otra que la omisión por parte de sus padres de los cuidados más elementales de higiene y alimentación para con su hija*, sobre lo cual fueron reiteradamente advertidos. La obligación de cuidar y alimentar a los hijos constituye, sin la menor duda, una ineludible exigencia de la naturaleza (los animales dan ejemplo en este aspecto a los humanos), y, con independencia de ello, viene impuesta por el ordenamiento jurídico (art. 154 CC). Se trata, en último término, de la omisión reiterada por parte de los acusados, en cuanto padres de la niña fallecida, de los más elementales cuidados exigibles a los padres respecto de sus hijos, especialmente cuando son de tan corta edad. Las consecuencias de tal conducta eran perfectamente previsibles para los acusados, en cuya mano estaba el haberlas evitado, bien directamente, bien acudiendo a las instituciones públicas correspondientes, acerca de las cuales hubieran podido obtener la adecuada información de haber actuado con una mínima diligencia, como las circunstancias demandaban.

Dice la sentencia que los Médicos que le atendieron hicieron lo que estaba en su mano para restablecer la salud de la niña tantas veces como la misma fue ingresada en el hospital. No es función propia de los centros sanatoriales hacerse cargo de las personas abandonadas, sino la de curar a los enfermos. La sociedad tiene otros centros e instituciones a los que los padres pueden acudir en demanda

de auxilio cuando por las especiales circunstancias en que se encuentren no puedan cumplir sus más elementales deberes inherentes a la paternidad. Pueden acudir, incluso, al instituto de la adopción, de propia iniciativa o previa demanda de consejo o auxilio. Todo, menos tener a sus hijos en la situación que se describe en el factum de la sentencia recurrida, en el más completo abandono con omisión de las más elementales exigencias de la vida de los mismos.

Por ello, fueron condenados como autores responsables, de un delito de imprudencia temeraria del art. 565, en relación con el art. 407 CP."

*He querido terminar con esta sentencia para que todos los presentes, potenciales intervinientes en cualquier caso que, con características similares, pueda afectarnos alguna vez, nos preguntemos ¿Pudo hacerse algo más para evitar la muerte de esa niña ?. Quizá una conciencia colectiva, una mayor sensibilización con este grave problema y una mayor coordinación entre todas las instituciones podría haber evitado el sufrimiento y la muerte de esa niña o de cualquier otro en cualquier lugar y momento.*



**Índice**

- Papel de la escuela
- Actuaciones preventivas en educación
- Procedimiento de detección y derivación

**Papel de la escuela**

La Ley Orgánica del Derecho a la Educación y la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo, desarrollando el compromiso establecido en la Constitución, reconocen el derecho de todos los ciudadanos a una educación que asegure el pleno desarrollo de su personalidad y promueva el principio de igualdad de oportunidades, sin ningún tipo de discriminación.

La educación ha de tener como objetivo el desarrollo global del niño, propiciando la adquisición de valores democráticos, incorporando al proceso de enseñanza - aprendizaje las situaciones cotidianas (personales y familiares) mediante metodologías activas, participativas y colaborativas.

Desde los principios educativos de trabajo en equipo del profesorado, de la función tutorial, la colaboración con las familias y con el entorno sociocultural, se lleva a cabo una labor de prevención que promueve el bienestar de la infancia.

A través de estos principios, la escuela es en sí misma compensadora de desigualdades, lo que ya supone un primer nivel preventivo de situaciones de desventajas y desajustes sociales.

La mayoría de los niños encuentran en su entorno familiar y en el contexto escolar las condiciones de protección y los modelos que necesitan para desarrollarse. Sin embargo, en algunos casos no reciben la atención necesaria por parte de las personas encargadas de su cuidado. En estas situaciones el desarrollo evolutivo no se produce adecuadamente, afectando esto tanto a su competencia y adaptación social como a los aprendizajes escolares.

En este sentido, la escuela es un lugar idóneo para la detección de situaciones de riesgo o de maltrato, al ser un contexto de relaciones sociales en el que se puede observar el comportamiento del niño en la interacción con los iguales y con los adultos en diferentes situaciones ( aula, recreo, excursiones, etc).

El profesorado, y especialmente el tutor, se encuentra en una posición privilegiada para detectar dichas situaciones por:

- el tiempo de que dispone para conocer y observar a sus alumnos en las relaciones que establece con ellos
- su conocimiento de las características evolutivas y la posibilidad de comparar las conductas de niños y niñas de la misma edad
- su conocimientos del entorno familiar, tanto a través de los propios niños como de las relaciones que establece con las familias

Cuando un profesor detecta alguna conducta o dato que le hace pensar que un niño necesita protección:

- observa de forma más sistemática sus conductas
- se entrevista con la familia para contrastar y completar la información
- acuerda, si es posible, algunas actuaciones conjuntas que puedan llevar a mejorar la situación del alumno
- informa al equipo directivo del centro
- si lo considera necesario, acude a servicios de apoyo especializados (Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica o Departamento de Orientación), que pueden realizar una valoración mas exhaustiva y ayudarán a marcar un plan de actuación conjunta con el tutor
- si fuese necesario intervenir en el ámbito familiar, se notificará a los Servicios Sociales

Si bien todo lo anterior apoya la idea de que la escuela es un espacio privilegiado, tanto para realizar una prevención como para una detección precoz de alumnos en riesgo, aún quedan algunos aspectos a mejorar.

*Por un lado, es necesario un mayor esfuerzo para sensibilizar al profesorado de la obligación de poner en conocimiento de la institución competente aquellas situaciones que puedan suponer la existencia de*

---

\* Aurora Fernández-Peinado Fernández ; M<sup>a</sup> Victoria Fresnillo Pozas Josefa Gil De Gómez Rubio; Victoria Muñoz Garrido; Estrella Puerta Climent ; M<sup>a</sup> Rosario Rodríguez Rubio; Julia Sánchez Muñoz; Laura Sequera Molina

*riesgo social o desprotección de la infancia, como se recoge en la Ley 1/96 de Protección Jurídica del Menor, el R.D. 732/95 de 5 de mayo sobre derechos y deberes de los alumnos y la Ley 6/95 de 28 de mayo de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid.*

*Para cumplir con esa obligación, los profesionales de la educación deben tener conocimiento de las competencias de las distintas instituciones responsables del bienestar de la infancia.*

Por otro lado, parece probado que a los profesionales de la educación les es más fácil detectar las situaciones de maltrato más evidentes, generalmente asociadas a situaciones socio - familiares desfavorables. Sin embargo, algunas tipologías de maltrato (negligencia, abandono o abusos) que pueden darse en entornos familiares “normalizados” y donde los indicadores que observamos se circunscriben a problemas de conducta pueden pasar desapercibidos para el profesorado.

Actualmente la escuela demanda mayor formación para aumentar su competencia tanto para la prevención y la detección como para dar respuesta a las necesidades de estos alumnos.

El esfuerzo ha de encaminarse, y así lo ha entendido la Consejería de Educación a través del Área de Formación del Profesorado, a cubrir una necesidad de formación específica en el campo del riesgo social, para prevenir y compensar carencias asociadas a la infancia en situación de riesgo así como a una formación que permita identificar aquellas situaciones que de otra manera podrían quedar ocultas bajo otros diagnósticos.

Para desarrollar esta tarea formativa se ha creado el Departamento de Apoyo Escolar para la Protección de la Infancia en el Centro Regional de Apoyo a la Formación de la Infancia “El Valle” ( Decreto 4/2001 de 18 de enero, y Orden 2105/2001 de 30 de mayo) con las siguientes funciones:

- Sensibilización sobre el papel de la escuela en las situaciones de riesgo social de la infancia y la adolescencia.
- Información a los profesionales de la educación sobre recursos institucionales de la Comunidad de Madrid en materia de protección de la infancia.
- Formación específica en el ámbito de la protección a la infancia:
  - conceptualización y tipologías del maltrato y el riesgo social
  - marco legal en materia de protección a la infancia
  - programas de prevención en la escuela
  - estrategias e instrumentos detección
  - canales de derivación
  - programas de intervención orientados a ofrecer respuestas educativas a los alumnos en riesgo social, incrementando su competencia curricular y su desarrollo socioemocional mediante la mejora de habilidades sociales y autoestima, mejora de la competencia educativa de las familias y coordinación con otros servicios de protección a la infancia.
- La participación en la investigación en materia de protección de la infancia y en la promoción de proyectos de innovación en la prevención, detección e intervención en poblaciones en riesgo social en el ámbito escolar.
- Creación de un fondo de documentación, que pueda servir como centro de recursos para los profesionales.

### **Actuación preventiva en educación**

El desarrollo integral del niño en los aspectos físico, psicológico, afectivo y social, en ocasiones, se ve en peligro por distintas formas de disfunciones y carencias en sus relaciones con los adultos. Por ello la escuela como contexto protector debe poner en práctica acciones encaminadas a la prevención.

Las investigaciones, más actuales en el tema, indican que para que un programa de prevención tenga una cierta eficacia debe adoptar un enfoque “*proactivo-evolutivo-ecológico*” basado en los siguientes principios:

Proactivo	<i>Anticipación al problema:</i> prevenir su aparición y no esperar a que se produzca el problema. <i>Estrategias protectoras:</i> La prevención debe centrarse en el desarrollo de capacidades, tanto en la familia como en el niño.
Evolutivo	<i>Pautas Evolutivas:</i> acciones estarán orientadas por la evolución psicológica, con especial atención a aquellos momentos del desarrollo en los que es previsible que puedan aparecer más conflictos.
Ecológico	<i>Perspectiva global y sistémica:</i> La prevención debe tener en cuenta todos los entornos y contextos en los que participa el niño: la familia, la escuela, la red sanitaria, la red social, etc

La escuela desarrolla un papel preventivo para evitar la aparición de situaciones nocivas o negativas, o bien, una vez que estas se han producido, las trata de corregir o mejorar.

Según el momento de la intervención, la prevención se contempla desde tres niveles:

Prevención	Finalidades
Primaria	Encaminada al establecimiento de medidas protectoras que eviten la aparición del problema.
Secundaria	Con un triple fin: <i>abordar</i> el problema tan pronto como aparezca, <i>mitigar</i> las manifestaciones del mismo y <i>evitar la consolidación y cronicidad</i> de la problemática planteada.
Terciaria	Con la finalidad de paliar las consecuencias negativas del problema que ya se ha dado y asegurar que dicho problema no se vuelva a producir.

El riesgo social acometido desde la prevención primaria casi siempre evita llegar a situaciones de conflicto social. Cuando ha faltado la prevención primaria o no ha sido efectiva es necesario intervenir a nivel de prevención secundaria para atajar el problema, mitigar las consecuencias y evitar que se consolide la problemática presentada. Cuando no han existido o han fracasado los niveles de prevención anteriores y se detectan situaciones de maltrato es imprescindible y con carácter de extrema gravedad y urgencia trabajar en prevención terciaria para asegurar la erradicación del problema y que este no se repita y paliar las consecuencias del mismo.

La *prevención primaria* debe llevarse a cabo desde los distintos contextos en los que se desarrollan los niños, para lo que es necesario una adecuada formación en este campo de los profesionales que están directamente relacionados con la infancia.

La escuela, como marco privilegiado para compensar desigualdades y prevenir desajustes personales y sociales, debe encaminar este tipo de prevención a conseguir los objetivos siguientes:

- Eliminar o reducir las circunstancias ambientales y sociales que, en términos generales, aumentan el riesgo de que se produzcan malos tratos.
- Incrementar las habilidades personales en la resolución de conflictos para aprender a solucionarlos.
- Sensibilizar a la población acerca de lo que es y lo que supone el maltrato infantil.
- Formar a los profesionales para que dispongan de los conocimientos y de los recursos adecuados para detectar las situaciones de riesgo.

Para conseguir estos objetivos, es necesario un trabajo multidisciplinar bien coordinado entre la escuela, la familia y los diferentes profesionales que atienden a los niños desde otros ámbitos (personal sanitario, de servicios sociales, etc.)

La escuela, desde sus primeras etapas, tiene un papel fundamental en la prevención de los malos tratos a la infancia. Se trata de un contexto excelente para proporcionar información y formación, en una serie de contenidos y habilidades al profesorado, educadores y familia para el desarrollo de factores protectores en los niños con la finalidad de facilitar su propio bienestar y para quienes en un futuro van a ser, en la mayoría de los casos, padres y madres.

Mediante los programas preventivos se promueven actitudes positivas hacia la infancia, así como se enseñan y aprenden estrategias y habilidades que reducen la probabilidad de que se puedan producir malos tratos; ejemplo: habilidades de resolución de conflictos, de negociación, programas de educación para la salud, solidaridad, igualdad de oportunidades, etc..

También es importante enseñar a los niños y adolescentes a desarrollar conocimientos y destrezas que les permitan distinguir las situaciones de maltrato y abuso y hacer frente a ellas. El contenido de este tipo de programas debe incluir aspectos como: identificación de señales de peligro de maltrato y abuso, búsqueda de apoyo en los adultos y conocimiento del propio cuerpo. Si en la escuela se procede de este modo, estaremos asegurando que se dota a los individuos de actitudes y conductas que van a favorecer la autonomía, la tolerancia y el respeto por los demás, lo que sin lugar a dudas va a contribuir a prevenir los malos tratos en la infancia..

Así mismo desde la escuela se favorece la capacitación de las familias para que sepan afrontar los problemas y conflictos en la relación con sus hijos, mediante distintas modalidades de intercambio y formación (reuniones con padres, charlas orientativas, programas específicos y/o escuelas de padres).

En este sentido, los profesionales del ámbito educativo deben buscar el bienestar de la infancia, asumir el papel de protectores de los derechos que tienen los niños y conocer cual es la realidad del problema de los malos tratos en su medio.

Dentro del Programa de Formación Permanente del Profesorado se contempla la actualización de los conocimientos en materia de prevención del riesgo social.

La *prevención secundaria* va dirigida a la detección, recogida de información y conocimiento de los canales de derivación, así como a diseñar programas de intervención eficaces para niños y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo.

En general, se consideran familias en situación de riesgo, aquellos que por encontrarse desestructuradas, ser inestables o no disponer de las estrategias suficientes para la resolución de las tensiones y los conflictos que surgen dentro de la dinámica familiar no pueden asegurar que se satisfagan las necesidades físicas, psicológicas y/o sociales de los niños que viven en ellas.

La formación de los profesionales tanto en prevención primaria como en prevención secundaria incluye, entre otros, los siguientes aspectos: indicadores del maltrato infantil, factores de protección y factores de riesgo.

Si los profesionales que trabajan con la infancia tienen una sólida formación teórica, estarán en disposición detectar y recoger información de las situaciones de riesgo y desamparo, así como para desarrollar programas de intervención eficaces.

Además, no podemos olvidar que, desde el modelo ecológico y contextual que se propone, resulta necesario hablar de factores protectores y factores de riesgo. Ello implica que el diseño de programas de prevención secundaria debe ir dirigido a potenciar los factores protectores que se encuentren en cada situación concreta. Por lo que la escuela a través del desarrollo del currículo, de la formación en valores y/o del establecimiento y desarrollo de Programas de Intervención específicos, debe favorecer la potenciación en los niños de factores de protección (autonomía-responsabilidad, asunción de derechos y deberes, desarrollo de la afectividad, establecimiento de vínculos afectivos, individuación, interacción con adultos, interacción con iguales, actitud asertiva, constructiva y/o crítica, etc.)

La *prevención terciaria*, finalmente, trata de asegurar que el problema no vuelva a producirse y de reducir la duración y gravedad de las consecuencias del mismo. Se puede identificar con lo que entendemos por rehabilitación o curación de las secuelas físicas, psíquicas y sociales. En la medida en que un niño maltratado deje de serlo y aprenda otras formas de relación y resolución de los conflictos se están evitando las consecuencias negativas del problema.

Uno de los objetivos prioritarios de la intervención en protección infantil se centra en poder garantizar la seguridad e integridad física y psíquica del niño, una vez que ha sido detectada la situación de maltrato.

El Departamento de Apoyo Escolar para la Protección de la Infancia de la Consejería de Educación desarrolla acciones dirigidas a los profesionales del ámbito educativo para facilitar una información y formación de:

- Las situaciones de riesgo social que puedan vivir algunos de los alumnos.
- El marco legal relativo a la protección a la infancia.
- Los recursos de atención a la infancia existentes en el entorno cercano.
- La sensibilización para:
  - Realizar acciones en el campo preventivo.
  - Detectar precozmente situaciones de riesgo y/o maltrato.
  - Derivar y canalizar las situaciones detectadas.
  - Adecuar la respuesta educativa a las necesidades de los alumnos en situación de riesgo.

Las actuaciones que desde la escuela y desde la formación para el apoyo escolar y protección de la infancia se realizan en relación a los niveles de prevención:

Prevención	Actuaciones en el ámbito educativo
Primaria	Sensibilización de los profesionales de la educación acerca de lo que es y lo que supone el riesgo social y el maltrato en la infancia y la adolescencia. Formación en conocimientos y recursos adecuados para detectar las situaciones de riesgo Participación en las comisiones interinstitucionales de atención a la infancia. Promoción en los centros de la planificación y el desarrollo de actuaciones encaminadas a la prevención a través del currículo dando mayor relevancia a los contenidos transversales. Desarrollo de proyectos de innovación en factores de protección a la Infancia.
Secundaria	Detección y valoración de las situaciones de riesgo y/o sospecha de maltrato. Utilización de los procedimientos de los canales de derivación Diseño de programas de intervención. Profundización en formación de contenidos específicos Formación a los diferentes colectivos según sus necesidades.
Terciaria	Detección y valoración de secuelas - consecuencias por maltrato, abandono o abuso. Utilización de los procedimientos de los canales de derivación Programas de intervención orientados a ofrecer respuestas educativas al alumno maltratado. Formación específica en actividades de compensación del riesgo social, del maltrato en sus diferentes tipologías.

### Procedimiento de detección y derivación

La Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor establece en su Artículo 13 que:

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.
2. Cualquier persona o autoridad que tenga conocimiento de que un menor no está escolarizado o no asiste al centro escolar de forma habitual y sin justificación, durante el período obligatorio, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades públicas competentes, que adoptarán las medidas necesarias para su escolarización.
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.*

Esta obligación de comunicarlo a la autoridad o a sus agentes más próximos puede hacerse a:

- Servicios sociales de infancia de la Comunidad Autónoma y municipios
- Policía
- Juzgado de guardia.

En el Artículo 14 de la citada Ley, se establece que:

*Las autoridades y servicios públicos tienen obligación de prestar la atención inmediata que precise cualquier menor, de actuar si corresponde a su ámbito de competencias o de dar traslado en otro caso al órgano competente y de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales del menor, o cuando sea necesario, del Ministerio Fiscal.*

Para que se ponga en marcha el mecanismo de protección de un menor es necesaria la detección de su situación de desamparo. Este momento inicial es tal vez el aspecto en el que debe hacerse mayor esfuerzo por parte de todos. En ocasiones existen dificultades para detectar situaciones de desprotección, que debemos ir eliminando: el desconocimiento de indicadores claros o visibles a terceros para algunos tipos de maltrato, el desconocimiento de las diferentes tipologías de maltrato y/o de sus indicadores o la falta de sensibilización hacia la detección de malos tratos en determinados ámbitos sociales.

Cuando la detección de un caso se realiza precozmente aumenta la probabilidad de que la intervención que se haga con la familia y el menor sea eficaz, ya que la identificación del problema en la fase inicial de su aparición, constituye un factor de ayuda evitando la cronicidad y gravedad del maltrato.

Como ya se ha dicho anteriormente, la escuela y el profesorado se encuentran en una situación privilegiada para la detección de algunos problemas a través de la observación, la empatía y escucha que el educador establece con sus alumnos y que le lleva a detectar y reconocer situaciones de riesgo que sin necesidad de palabras los niños expresan.

El maltrato tiene graves consecuencias sobre el desarrollo evolutivo y determina el éxito o fracaso en el ámbito del aprendizaje y de la competencia social. De ahí la importancia de la formación de los profesionales en: la desmitificación de conceptos, tipologías, indicadores de riesgo y maltrato, procesos de notificación, responsabilidades sociales en cuanto a su denuncia etc. Esta formación ayudará a detectar los casos rápidamente, conocer las estrategias de intervención relacionadas con el aprendizaje y las habilidades sociales que eviten los riesgos y favorezcan los factores compensadores; qué hacer ante el niño, como desarrollar la entrevista con la familia, así como conocer todos los recursos en caso de ser necesaria la intervención de agentes especializados.

Para facilitar la valoración de las situaciones detectadas se emplean instrumentos, que sirven en ocasiones de filtro permitiendo discriminar mejor los casos que requieren la atención especializada. El Departamento de Apoyo Escolar para la Protección de la Infancia asesora en la utilización de los mismos a los diferentes profesionales de la educación.

La escuela como lugar idóneo para la prevención y detección de las situaciones de riesgo social y maltrato debe facilitar la canalización de la información recogida a las instituciones competentes en el seguimiento de los casos susceptibles de atención.

La detección y notificación son tareas diferentes, pero se encuentran relacionadas, ambas conforman el primer requisito para que se produzca la intervención de los Servicios Sociales. La detección constituye una condición previa para la notificación pero sería inútil fomentar la detección sin ofertar un servicio de atención que actúe sobre las causas que producen la situación de riesgo.

Las situaciones de maltrato son sistémicas y si perdemos esa realidad no podemos adecuar las acciones a las realidades incidentes. El modelo planteado por Belsky (1980) como marco de referencia es aplicable a la detección y su posterior intervención, que debe conocer los contextos de cada caso y las relaciones entre los sistemas para hacer que las acciones compensadoras puedan superar las de riesgo.

Cuando un profesor o educador sospecha que puede darse una situación de algún riesgo o maltrato infantil, y el menor no se encuentra en peligro inminente debería de:

- Recabar la mayor información posible
- Observar de forma sistemática las conductas del niño, el estado físico, el contexto próximo.
- Entrevista con la familia para conocer las actitudes y estilo educativo de la familia, para acordar actuaciones conjuntas que puedan llevar a la mejora de la situación del alumno.
- Informar al equipo directivo.
- Valoración conjunta del caso y establecimiento del plan de actuación
- La Dirección del centro solicitará, si el caso lo requiere, estudio y valoración a los servicios de apoyo especializados ( Equipo de Orientación Educativa y Psicopedagógica o Departamento de Orientación), que pueden realizar una valoración más exhaustiva y que junto con el tutor y el equipo directivo tomarán las decisiones oportunas de derivación e intervención educativa.
- Se notificará el caso a los servicios sociales de la zona para intervenir en el ámbito familiar
- Actuaciones coordinadas con otras instituciones

Cuando desde el ámbito educativo se llega a la conclusión de que existen indicios razonables que llevan a sospechar una situación de riesgo o maltrato desde el Centro se debe notificar a los Servicios competentes en materia de Protección de la Infancia.

La notificación, es una obligación legal y profesional y una condición necesaria para posibilitar la intervención en casos de maltrato infantil

No solamente se deben notificar los casos más graves y evidentes, también deben ser notificados los casos aparentemente leves y/o las situaciones de riesgo. Sus respuestas serán diferentes en cada caso.

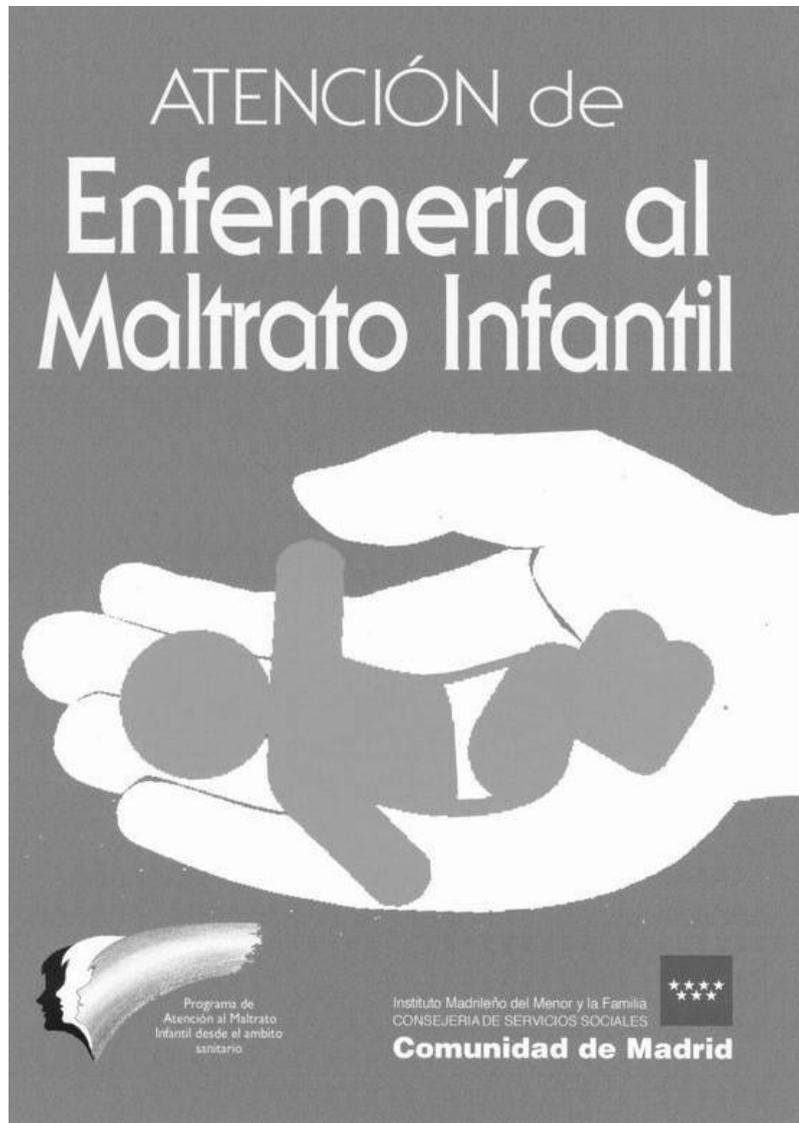
La coordinación es imprescindible para la intervención y tratamiento en los casos de maltrato infantil, correspondiendo a cada ámbito profesional asumir las tareas propias de su actividad, con un seguimiento posterior del niño y su familia.

**Cuadro 1.** Actuación en casos de maltrato infantil desde el ámbito educativo.





## V. BIBLIOGRAFÍA





## V. Bibliografía

- Programa de Atención al maltrato infantil en la Comunidad de Madrid

### **Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario**

Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J.

Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 1998

197 paginas. Formato 21 x 29 cms. (ISBN 84-411-525) / (ISBN 84-451-1609-6)

Documento que recoge los contenidos del Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario

El primer capítulo , 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 con las direcciones y teléfonos de contacto.

### **Detección de riesgo social en la embarazada. Prevención del maltrato infantil**

Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 1999

156 paginas. Formato 21 x 29 cms. (ISBN 84-451-1693-2)

En 1994 se había iniciado el *Programa de detección de riesgo social en neonatología* orientado a la detección en las unidades de neonatología hospitalarias de aquellas circunstancias que deben implicar un seguimiento social y sanitario.

En 1999 se presentó el *Programa de detección de riesgo social en la embarazada y prevención del maltrato infantil* con objetivos similares pero orientado al ámbito de atención primaria (matronas, visita domiciliaria,...)

Ambos programas se fusionaron en 2001 en el *Programa de detección de riesgo social en la embarazada y el recién nacido*.

El Programa establece una hoja de detección y un sistema notificación similar a lo establecido para el maltrato infantil, papel autocopiativo con copias para historia clínica, registro de casos a los efectos epidemiológicos y para el trabajador, siendo esta última la que se considera la más importante al ser la que posibilita la necesaria atención social.

El programa contempla la formación de los profesionales

### **Atención al maltrato infantil desde salud mental**

Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J.

Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 2000

paginas. Formato 21 x 29 cms. (ISBN 84-451-2041-7)

En 1999 comenzó el *Programa de atención al maltrato infantil desde salud mental* celebrándose el primer curso específico para los profesionales de este ámbito y los trabajos que dieron lugar en el año 2000 a la edición de una monografía que recoge los objetivos, el proceso de atención a los casos, contenidos del programa de formación

En la práctica se plantea la dificultad de intervención desde salud mental, la necesaria coordinación, falta de materiales – protocolos específicos, ...

No se puede psiquiatrizarse el problema del maltrato infantil ni obviar que existen casos en que va a resultar necesaria la intervención desde salud mental.

El Programa pretende abordar el problema del maltrato infantil considerando estas dificultades y continuar con actividades de formación de estos profesionales de forma similar a los otros Programas.

### **Atención al abuso sexual infantil**

Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J.  
Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 2000  
187 paginas. Formato 21 x 29 cms. (ISBN 84-451-2012-3)

El abuso sexual infantil es un tema que se aborda en todos los programas, pero que se observaba la conveniencia de realizar un programa específico dadas las características de este problema.

En 1998 comenzó un Grupo de Trabajo con participación del ámbito de la justicia (judicatura, policía, fiscalía de menores), servicios sociales y de protección a la infancia, sanitario, asociaciones,..., para consensuar el procedimiento de atención a los casos de abusos sexuales a menores.

El *Programa de atención al abuso sexual* es una iniciativa para desarrollar las líneas generales, el marco de actuación, que desde sectores sanitarios, judiciales-legales-policiales, servicios sociales, de protección a la infancia, ..., se estiman como los requisitos mínimos para una atención adecuada al niño según las características concretas de este problema.

De acuerdo al *Protocolo de Atención al Abuso sexual infantil en la Comunidad de Madrid* se establece como criterio general:

- ante casos probables o ciertos de abuso sexual con contacto físico que requieren atención urgente médico-legal (haber transcurrido menos de 72 horas desde que ocurrieron los hechos o por circunstancias clínicas) se establece que el menor sea atendido, según su domicilio y Áreas del Insalud, en su Hospital de referencia quien comunicara telefónicamente al GRUME (Grupo de Menores de la Policía Judicial) que realizara las gestiones ante el Juzgado de Guardia para que se persone en el citado centro sanitario a la mayor brevedad posible el personal del Juzgado que se estime necesario para la atención del caso y para facilitar la toma de muestras forenses y en evitación de repetición de pruebas y declaraciones.
- en el resto de los casos, aquellos en que no exista urgencia, se procederá según establece el Programa de Atención al Abuso Sexual Infantil y el procedimiento (Clínica Médico forense).

El Programa contempla la formación de profesionales, habiéndose celebrado tres cursos.

### **Atención al maltrato infantil desde los servicios sociales**

Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J. .  
Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 2001  
249 paginas. Formato 21 x 29 cms. (ISBN 84-451-2255-X)

El actual sistema de protección de menores está desjudicializado y son los servicios sociales los que por ley tienen las competencias en materia de protección de menores bien a través de los servicios sociales municipales y/o de los correspondientes de las Comunidad de Madrid.

La necesidad de protocolizar el trabajo, establecer criterios comunes de intervención, sistemas de registro y programas de formación se recoge en el *Programa de atención al maltrato infantil desde los servicios sociales* que se ha elaborado en el año 2001.

- 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.

### **Maltrato infantil: Detección, notificación y registro de casos**

Díaz Huertas JA, Esteban J, Romeu FJ, Puyo C *et al.* .  
Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2001

El *Observatorio de la Infancia* del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través del Grupo de trabajo sobre maltrato infantil, encargo en 2000 al Instituto Madrileño del Menor y la Familia, en base a la experiencia del Programa, la dirección de un grupo para la elaboración de un sistema unificado para el conjunto del Estado español de hojas de detección y notificación para los ámbitos de:

- servicios sociales,
- sanitarios,
- educación,
- policía, y
- detección de riesgo social en la embarazada y el recién nacido

Los criterios y hojas de notificación quedaron establecidos a finales de 2001 y la Comunidad de Madrid esta adaptando a este sistema su sistemática de trabajo y atención al niño.

- 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 Pediatría. 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. Formado 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.

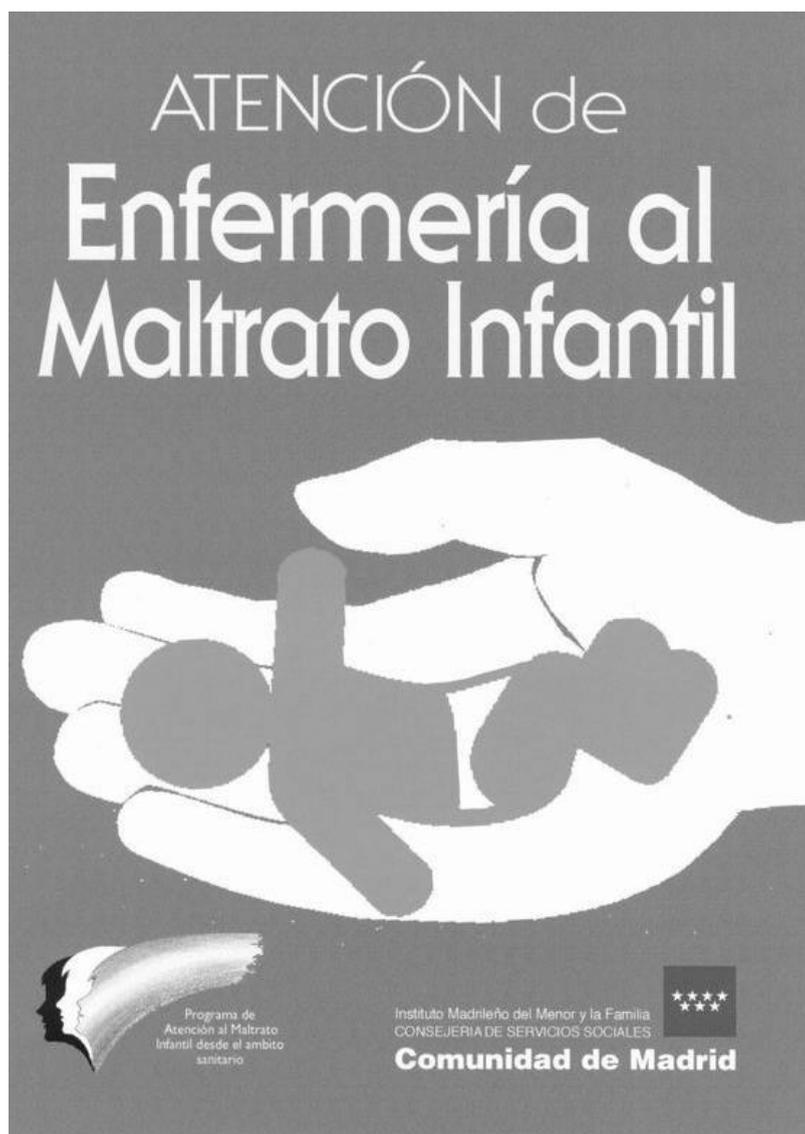
\* Hennes H, Calhoun AD (dir) .Violencia contra los niños y los adolescentes. 1998; 45 :269-474.

## Artículos específicos enfermería

- Ayuga D, López Pérez V. Atención de enfermería y maltrato infantil. En Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C (dir). Niños Maltratados. Díaz de Santos. 1997 :279-278
- Bonnet C. Adoption at birth: Prevention against abandonment or neonaticide. *Child Abuse Negl.* 1993;4:501-513
- Díaz Gómez M. Maltrato Infantil En *Cuidados de Enfermería Pediátrica*. Madrid. Síntesis 1995:.431-456
- Díaz Gómez MC y cols.. Maltrato infantil. En *Cuidados de enfermería pediátrica*. Madrid. Síntesis. 1994:431-456.
- Díaz Huertas JA, Casado Flores J. Programas de prevención del maltrato infantil. En Loredó A (dir) *Maltrato en el niño*. México: McGraw -Hill Interamericana. 2001:99-115
- Díaz Huertas JA. Enfermería: formación en patología social de la infancia. *An Esp Pediatr*, 1995;:109 (supl):15
- Díaz Huertas JA., Esteban J. Servicios de protección a la infancia. Papel de los profesionales sanitarios. En Oñorbe M, García Barquero M, Díaz Huertas JA (dir), *Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario*. Madrid. Consejería de Salud.1995: 185-188
- Dickcason EJ. *Enfermería materno-infantil*. Madrid. Mosby-Doyma 1995: 10, 638.
- Esteban Gómez J. Díaz Huertas JA. Sánchez Zamora EJ. Atención sanitaria en centros de menores. IV Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia 2000: 161
- Esteban Gómez J. Díaz Huertas JA. Casado Flores J. García García E. Ruiz Díaz M. Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid. IV Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia 2000: 162
- Gómez C. Valoración sobre los malos tratos en la infancia por enfermería. En I Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Barcelona. Asociación Catalana per la Infancia Maltratada. 1989:149-160
- Gordon M. *Nursing diagnosis: process and application*. New York, MC.Graw Hill Co 1982
- Insalud. Guía para la detección de las deficiencias del recién y del niño en atención primaria. Madrid. 1991
- Jurgrau A. Como reconocer los malos tratos en la infancia. *RN* (ed. española). 1992;3:17-22
- López Pérez V. Matrona: Papel de los profesionales sanitarios Oñorbe M, García Barquero M, Díaz Huertas, JA (dir). *Maltrato y abandono infantil: prevención diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.1995: 178-184
- Martínez Roig A., Arruabarena MI., De Paúl J. Papel del personal sanitario en el abordaje del problema del maltrato y abandono infantil. Vitoria. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1988.
- Monforte MP., Serrano F. Síndrome del niño maltratado y cuidados de enfermería. En *Jornadas ante el maltrato a la infancia*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990;149-160
- Morales IM *et al.* Necesidad de seguridad y protección al medio en la infancia. *Maltrato infantil* En Gómez García MC *et al* *Enfermería pediátrica*. Barcelona. Masson. 1995:157-171.
- Morales IM y cols. Necesidad de seguridad y protección al medio en la infancia. *Malos tratos*. En Gómez, C. y cols. *Enfermería pediátrica*. Barcelona. Masson. 1994:157-171
- O'Connor S., Vietza P., Sherrod K., Sandler, Altemer W. Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics*. 1980;66:176-182
- Olds DL., Henderson CR., Chamberlain R., Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: A randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics*. 1986;78:65-78
- Sánchez E. Enfermería. Papel de los profesionales sanitarios. En Oñorbe M, García Barquero M, Díaz Huertas JA (dir), *Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario*. Madrid. Consejería de Salud.1995: 178-184.
- Santiago M. y Blanco MI. La enfermería y el maltrato infantil. *Tribuna Sanitaria*. 1994;64:10-14
- Steinschneider R. Protección a la infancia En *Pediatría. Cuadernos de Enfermería*. Barcelona. Toray-Masson. 1980: 257-259
- Voirrey Broe y Departamento de Enfermería del Hospital For Sick Children, Toronto, Canada Niños con sospecha de malos tratos: Protocolo de actuación. *Manual de enfermería pediátrica*. Ed. Paradigma 1993: 110-113
- Whaley LF, Wong DL. *Maltrato infantil Enfermería Pediátrica*. Mosby/Doyma.1995: 378-391



## VI. DIRECCIONES DE INTERÉS



## **VI. 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
- ◆ 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: maltratoinfantil@madrid.org

Grupo de Menores de la Policía Judicial (GRUME)  
Comisaría de policía Villa de Vallecas  
Plaza de las regiones s/n  
Madrid 28018  
Tfno. 91. 915079445

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/ Ventura Rodríguez 7  
28008 - Madrid  
Tfno. 917562171

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,  
280 - Madrid  
Tfno. 91.445.2328

**Colegio oficial de Enfermería de Madrid**

C/ Menéndez Pelayo, 93  
28007 Madrid  
Tfno.: 900 700 799



**Comunidad de Madrid**

CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES  
Instituto Madrileño del Menor y la Familia