

Aproximación al MANEJO del MALTRATO INFANTIL en la Urgencia



GRUPO DE TRABAJO DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Coordinador

Dr. A. Gancedo Baranda

Finis coronat opus

Aproximación
al **MANEJO** del
MALTRATO INFANTIL
en la Urgencia

**GRUPO DE TRABAJO DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA**

Coordinador

Dr. A. Gancedo Baranda

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2015 ERGON
C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

ISBN: 978-84-16270-13-2
Depósito Legal: M-34786-2014

Coordinadores

Gancedo Baranda, Antonio

Coordinador del Grupo de Trabajo de Maltrato Infantil de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP). Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid

Ruiz Jiménez, Julia

Centro de Salud Sedavi. Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Cózar Olmo, Juan

Director UGC Pediatría "Norte de Jaén". Hospital Universitario San Agustín. Linares (Jaén)

Díez Sáez, María Carmen

Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Trenchs Sainz de la Maza, Victoria

Servicio de Urgencias. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Autores

Barrios Tascón, Ana

Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid

Castuera Jurado, Enriqueta

Sección de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Materno-Infantil Reina Sofía. Córdoba

Cuevas Cervera, José Luis

Facultativo Especialista Pediatría. Hospital Universitario San Agustín. Linares (Jaén)

Curcoy Barcenilla, Ana Isabel

Servicio de Urgencias. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

Espinel Padrón, Zelidety

Unidad de Urgencias Pediátricas. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil. Gran Canaria. Islas Canarias

Estopiñá Ferrer, Gloria

Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona

Fábregas Martorí, Anna

Hospital Universitario Materno-Infantil Vall D'Hebron. Barcelona

Ferrés i Serrat, Francesc

Coordinador de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

Gómez Gómez, Lourdes

Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

Herreros Fernández, Marisa

Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes (Madrid)

Ibars Valverde, Zaira

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Lobeiras Tuñón, Ana

Hospital Universitario Cruces. Barakaldo. Bilbao

López Contreras, Isabel María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Complejo Hospitalario. Granada

Marañón Pardillo, Rafael

Sección de Urgencias Pediátricas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Marín Ferrer, Milagros

Unidad de Urgencia Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

Rimblas Roure, María

Hospital Universitario Sant Joan. Reus (Tarragona)

Samson, Frederic

Hospital Universitario Basurto. Bilbao

Simarro Bravo, María Dolores

Sección de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Materno-Infantil Reina Sofía. Córdoba

Suárez Otero, Gerardo

Hospital Xeral-Cies. Vigo

Vallmanya Cucurull, Teresa

Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

Presentación

El maltrato infantil es, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, un grave problema de salud de permanente actualidad. Un tema difícil y duro por muchos motivos; uno de esos que ponen a prueba nuestra responsabilidad, nuestra estabilidad emocional, y nuestra profesionalidad.

La problemática derivada del maltrato en sus diversas formas exige de nosotros conocimientos clínicos de muy diversa complejidad y de otros campos, como el jurídico, que tenemos que poner al servicio de pacientes, familias y comunidad en un momento de alta tensión emocional.

Aunque no es el ámbito sanitario el único implicado, sí es uno de los más importantes porque nuestra actuación no se ha de limitar al diagnóstico y tratamiento agudo de las lesiones, a la intervención en crisis, sino que tenemos un muy importante papel preventivo.

No disponemos de cifras reales que cuantifiquen el maltrato, pero se intuye que solamente se detecta un pequeño porcentaje de casos. La identificación, cuanto más precoz mejor, es otra de nuestras opciones de mejora, y con altísima repercusión dado que, si no es atajado, sus importantes secuelas afectarán tanto al desarrollo individual como colectivo.

El equipo de autores, excelentes profesionales coordinados desde el Grupo de Trabajo de Maltrato y Situaciones de Riesgo de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría, nos ayudan a enfrentarnos a este grave problema y nos enseñan cómo ayudar mejor a nuestros pacientes.

“Aproximación al manejo del Maltrato Infantil en la Urgencia” es un manual amplio pero conciso y, sobre todo, práctico y clarificador por lo que a buen seguro se convertirá en referencia obligada en nuestros Servicios de Urgencias.

Enhorabuena a todo el equipo y muchas gracias en nombre de quienes nos vamos a beneficiar del magnífico trabajo realizado: todos.

Antón Castaño Rivero

Presidente de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Alcance de la presente obra

Pacientes y escenarios clínicos a los que se refiere

Niñas, niños y adolescentes hasta los 18 años, que son víctimas de maltrato por parte de sus progenitores, cuidadores u otro familiar que tenga una relación de convivencia cotidiana, atendidos en los centros de salud de Atención Primaria y en los servicios de Urgencia Hospitalaria.

Usuarios

Profesionales sanitarios: Médicos, Enfermería, Matronas, Trabajo Social, Psicólogos y Técnicos paramédicos que en su quehacer diario atienden a niñas, niños y adolescentes.

Objetivo general

Facilitar en los distintos niveles de atención sanitaria a la infancia y a los distintos profesionales que trabajan en ellos, las habilidades necesarias para dar respuesta a los pacientes pediátricos que son víctimas de Maltrato Infantil (MTI), o que viven en riesgo de padecerlo.

Objetivos específicos

1. Entregar elementos teóricos, prácticos y legales para la comprensión integral del MTI, así como los elementos que permitan la detección temprana del maltrato, su cese y la protección de las víctimas.
2. Facilitar el aprovechamiento de las estructuras y programas de intervención para la atención precoz y coordinada del menor maltratado o en situación de riesgo, valorando la importancia del trabajo multidisciplinar.

Utilización del lenguaje escrito en esta obra

En la historia y mantenimiento del MTI, es significativo el predominio de las víctimas pertenecientes al género femenino. La discriminación sexista es un elemento que perpetúa el maltrato. Por ello hemos intentado, a lo largo de este libro, utilizar un lenguaje no sexista, básico para conseguir la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Pedimos disculpas por anticipado si en algún párrafo de esta obra no hemos conseguido alcanzar dicho lenguaje no sexista.

Conflicto de intereses

No hay conflictos de interés de parte de las y los profesionales que participan en la elaboración de esta guía.

BIBLIOGRAFÍA

- Detección y notificación ante situaciones de desamparo y de riesgo en la infancia. Guía 1. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León. 1998.
- Pou I Fernández J, Maltrato infantil. Actuación en urgencias. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de la Asociación Española de Pediatría (Urgencias). [Consultado 20/4/2008] Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/urgencias/index.ht>
- ONU. Convención sobre los derechos del niño. Septiembre 1990. [Consultado 20/4/2008]. Disponible en: www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm

Prólogo

El maltrato infantil es, por encima de todo y antes que nada, un problema de salud en el sentido más amplio del concepto de salud. Si nos fijamos en la definición de salud que hace la OMS, que la define como un completo bienestar físico, psíquico y social y no solo como ausencia de enfermedad, podemos entender que el maltrato infantil es un problema de salud. Pocas patologías son capaces de afectar como lo hace esta a los tres aspectos importantes de la salud. Pero no solo a esto nos referimos cuando aseguramos que el maltrato es un problema de salud, sino también al hecho de que, sin diagnóstico, sin detección, realizado la mayor parte de las veces por el equipo de salud, el maltrato no existe, o parece no existir. Es evidente que de este diagnóstico se derivan una serie de consecuencias legales que obligan a la intervención de las autoridades sociales y legales pero, para que esto ocurra, es imprescindible que un profesional de la salud lo haya certificado y haya dado parte, generalmente por escrito, de que este maltrato realmente existe con los peligros que ello conlleva. La OMS dice que en el año 2000 hubo 57.000 defunciones infantiles atribuidas a malos tratos. Los niños de menor edad, por debajo de dos años, son los que motivan con mayor frecuencia, según nuestra experiencia, el ingreso hospitalario.

Cuando hablamos de equipo de salud nos referimos, básicamente, al o la pediatra, la enfermera o enfermero, el o la psicóloga y el o la trabajadora social. Todos ellos trabajan conjuntamente y uno de ellos, dependiendo en cada caso del tipo de maltrato al que nos enfrentemos, asumirá la responsabilidad, tirará del carro y hará el diagnóstico que permitirá, mediante la comunicación, poner en marcha los mecanismos de protección y el inicio del proceso legal. En determinadas situaciones puede ser otro médico diferente al pediatra quien sospeche o haga el diagnóstico (neurocirujano, cirujano, traumatólogo, etc.) y quien se responsabilice del proceso, pero, en cualquier caso, será un

profesional de la salud, más o menos arropado por un equipo experto, quien destape la situación. El diagnóstico, hecho siempre tras la intervención del equipo de salud es, pues, el inicio de todo. Por esto podemos asegurar que se trata, sobre todo, de un problema de salud.

El pediatra, como médico del niño es, entre otras cosas, el encargado de la salud del pequeño y, por tanto, debe estar comprometido con esta patología. Todos sabemos que la prevención es una de las labores más importantes en nuestra labor cotidiana. En el tema que nos ocupa, la detección y la protección del menor representan la manera de hacer prevención secundaria, es decir, de evitar que el maltrato vuelva a producirse. De ahí la gran importancia de nuestro trabajo, que consiste en: sospecharlo, diagnosticarlo, hacer el diagnóstico diferencial, tratarlo, asegurar la protección del menor y, finalmente, comunicarlo a la Autoridad judicial.

En este tema, como en otros tantos de la pediatría, la formación de los profesionales es muy importante ya que sabemos que "solo se ve lo que se conoce". Los pediatras han de saber todos aquellos aspectos del maltrato que corresponden a su área de trabajo y de ahí la importancia de que existan guías y protocolos que les ayuden en su labor.

El Servicio de Urgencias, por el volumen de niños que atiende y por la frecuencia en que las manifestaciones agudas son la forma de presentación de muchos de estos casos, tiene, en el aspecto asistencial, una gran importancia. Es, sin duda alguna, una de las más importantes fuentes de detección. El actuar correctamente en el Servicio de Urgencias es, en casi todos los casos, de vital importancia. A lo largo de mi experiencia personal en el tema he vivido muchas ocasiones en las que el maltrato no ha podido ser demostrado frente a un juez por no haberse realizado, en un primer momento, las exploraciones necesarias. La existencia de guías y protocolos puede ayudar a evitar situaciones de este tipo.

El primer punto de nuestra labor es, como he dicho anteriormente, sospecharlo para evitar que se nos "escapen" niños maltratados. Para ello hay que plantearse esta posibilidad e incluir este diagnóstico, en el diagnóstico diferencial de una gran cantidad de patologías agudas, sobre todo las traumáticas, que son atendidas en urgencias. Luego, como en cualquier otra patología, seguirá la anamnesis, la exploración y las exploraciones complementarias que, evidentemente, deben estar seleccionadas y dirigidas a corroborar o descartar el diagnóstico. Sin conocer las manifestaciones clínicas de esta patología, difícil será actuar con corrección y llegar a conclusiones ciertas. No debemos olvidar que posteriormente, cuando hagamos nuestro informe y este sea leído en foros diferentes o por otros profesionales no médicos,

nuestra labor será analizada, valorada, desmenuzada, inspeccionada por otras personas. Es necesario, pues, que el trabajo esté bien hecho. También en este sentido, las guías y protocolos son de gran utilidad.

Las consecuencias que se derivan del diagnóstico son múltiples y casi siempre alejadas de los conocimientos y la labor habitual del pediatra. Es por ello que es motivo de angustia en muchos casos para el profesional que debe acudir a los juzgados. Conocer cómo funciona y qué pasará una vez haya terminado nuestra intervención sanitaria nos pueden tranquilizar mucho. Es recomendable que los profesionales conozcan a lo que se van a enfrentar y cómo deben abordar esta función. Tengamos muy presente que, de nuestra intervención ante el juez, pueden derivarse decisiones de gran interés para el futuro del niño, sobre todo las relacionadas con su protección. Las guías y protocolos que aborden estos aspectos menos asistenciales del proceso y que orienten al pediatra serán también, en este sentido, de gran utilidad. Además, no debemos olvidar que los protocolos, cuando existen, y su seguimiento por parte del médico, especialmente si es joven y aún inexperto, pueden evitar conflictos con la justicia y pueden evitar situaciones comprometidas derivadas de su actuación.

El Servicio de Urgencias tiene, además de su relevante función asistencial, una gran labor docente. El volumen de casos que allí son atendidos, la experiencia de los profesionales que allí trabajan son un activo de incalculable valor para todos aquellos que están en periodo de formación o reciclaje. Muchos son los que pueden aprovecharse de este hecho ya que muchos y diversos son los profesionales que allí trabajan: pediatras en formación o en formación continuada, enfermeras, alumnos de pregrado de medicina o enfermería, trabajadores sociales, especialistas médicos no pediatras (traumatólogos, neurocirujanos...), etc. Para la realización de esta labor docente, y también para los propios alumnos, la existencia de guías y protocolos será de gran utilidad.

En las letras que preceden a estas pienso que ha quedado debidamente justificada, por un lado la importancia que tiene esta patología y su correcto abordaje, y por otro la que tiene el disponer de documentos en forma de guías o protocolos que ayuden a realizarla. En las que siguen, quiero poner de relieve el valor excepcional que tiene el hecho de que estos documentos hayan sido elaborados, en este caso, por los propios expertos que trabajan en urgencias. Si a los conocimientos teóricos que, sin ninguna duda, poseen todos aquellos que trabajan habitualmente en el Servicio de Urgencia, añadimos su experiencia, hecho de valor incalculable, el resultado ha de ser una guía imprescindible en cualquier servicio de urgencias e insustituible

en cualquier Centro que tenga actividad sanitaria en la que se atiendan niños.

Todos, médicos, enfermeras, otros profesionales de la salud, los niños, las familias y la sociedad en general, vamos a beneficiarnos del trabajo que están realizando los miembros de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Mi más sincera enhorabuena por la iniciativa y mi más sincera felicitación por el trabajo realizado.

Dr. Jordi Pou Fernández

Profesor Titular de la Universitat de Barcelona

Coordinador Hospital-Atención Primaria

Hospital Universitario Sant Joan de Déu

Socio de Honor de la SEUP

Abreviaturas

AP: antero posterior
ASI: abuso sexual infantil
BOE: Boletín Oficial del Estado
CC.AA: Comunidades Autónomas
d.u.: dosis única
ETS: enfermedades de transmisión sexual
FR: factores de riesgo
HBIG: inmunoglobulina frente a la hepatitis B
i.m.: intramuscular
L: lateral
MF: médico forense
MGF: mutilación genital femenina
MTI: maltrato infantil
MTS: maltrato psicológico
NGC: negligencia
OMS: Organización Mundial de la Salud
Serv. Soc.: servicios sociales
SMP: síndrome de Munchausen por poderes
SNV: síndrome del niño vulnerable
TAC: tomografía axial computerizada
TCE: traumatismo craneoencefálico
TDAH: trastorno déficit de atención e hiperactividad
UPED: urgencia pediátrica
v.o.: vía oral
VCMP: violencia contra la mujer en la pareja
VF: violencia familiar
VG: violencia de género
VPH/HPV: virus del papiloma humano

Sumario

- 1. Generalidades. Aspectos conceptuales** 1
C. Díez Sáez, A. Fábregas Martori, G. Suárez Otero
- 2. Factores de riesgo y de protección** 7
C. Díez Sáez, F. Samson, G. Suárez Otero
- 3. Entrevista clínica del maltrato infantil** 11
J.A. Cózar Olmo, R. Marañón Pardillo, L. Gómez Gómez
- 4. Maltrato físico** 17
J. Ruiz Jiménez, Z. Espinel Padrón, A. Lobeiras
- 5. Abuso sexual infantil** 27
*G. Estopiñá Ferrer, A. Gancedo Baranda, E. Castuera Jurado,
M.D. Simarro Bravo*
- 6. Maltrato psicológico** 37
J. Ruiz Jiménez, I. López Contreras, M. Marín Ferrer
- 7. Negligencia** 45
F. Ferres Serrat, A. Fábregas Martori, C. Díez Sáez
- 8. Síndrome de Munchausen por poderes** 51
M.D. Simarro Bravo, Z. Espinel Padrón, J.A. Cózar Olmo
- 9. Violencia contra la mujer en la pareja y maltrato infantil** 57
*A. Gancedo Baranda, A. Barrios Tascón,
M. Herreros Fernández*

10. Mutilación genital femenina	63
<i>A. Barrios Tascón, M.L. Herreros Fernández, A. Gancedo Baranda</i>	
11. Informes	69
<i>V. Trenchs Sainz de la Maza, A.I. Curcoy Barcenilla, M. Rimblas Roure</i>	
12. Comunicación	73
<i>V. Trenchs Sainz de la Maza, A.I. Curcoy Barcenilla, F. Samson</i>	
13. Registro del maltrato infantil	77
<i>V. Trenchs Sainz de la Maza, Z. Ibars Valverde, T. Vallmanyà Cucurull</i>	
14. El menor como sujeto de derechos	81
<i>C. Díez Sáez, M. Marín Ferrer</i>	
15. Prevención del maltrato infantil desde las urgencias pediátricas	85
<i>Z. Ibars Valverde, T. Vallmanyà Cucurull, J.A. Cózar Olmo</i>	
16. Autocuidado del profesional que atiende al menor en situación de maltrato	91
<i>J.L. Cuevas Cervera, I. López Contreras, J.A. Cózar Olmo</i>	
17. Algoritmos	99
18. Directorio	109
<i>J. Ruiz Jiménez, E. Castuera Jurado, M. Rimblas Roure</i>	
Índice de términos	117
<i>J. Ruiz Jiménez. A. Lobeiras Tuñón</i>	

1. Generalidades. Aspectos conceptuales

C. Díez Sáez, A. Fábregas Martori, G. Suárez Otero

Existen gran cantidad de definiciones de maltrato que intentan sintetizar lo que el concepto representa, lo cual es difícil por los diferentes aspectos que engloba.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) expresa que “los menores víctimas de maltrato y abandono son aquel segmento de la población conformado por niños, niñas y adolescentes hasta los 18 años que sufren, ocasional o habitualmente, actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o trasgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial”.

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que “el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

La Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas, en su Artículo 19, se refiere al maltrato infantil (MTI) 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 los padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo”.

El Centro Internacional de la Infancia de París dice que maltrato es “la acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y de su bienestar, que amenace o interfiera su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”.

Esta definición de MTI 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).

TIPOS DE MALTRATO

De forma sencilla y práctica se aceptan cuatro categorías básicas de maltrato con el fin de facilitar la notificación y comunicación entre profesionales. Estas categorías son:

Maltrato físico

Se define como el uso de la fuerza física contra un niño, niña o adolescente que ocasione perjuicios para su salud, supervivencia y desarrollo integral. Se incluyen en este concepto desde lanzar objetos, tirones de pelo, tirones de oreja, golpes, patadas, zarandeo, palizas, mordiscos, estrangulamientos, quemaduras, envenenamientos, síndrome de Münchhausen por poderes, asfixia y hasta la muerte.

Maltrato psicológico

Se trata del hostigamiento verbal por medio de insultos, desacreditaciones, ridiculizaciones, así como la indiferencia y el rechazo explícito o implícito hacia niños, niñas y adolescentes.

Se contemplan los actos de aterrorizar, ignorar, aislar, corromper y ser testigos de violencia en el interior de las familias, como también el encierro, el menosprecio continuo, la culpabilización, las amenazas, gritos, las descalificaciones, la discriminación y el trato hostil.

Negligencia

Se define como la desatención y abandono por parte de un progenitor u otro miembro de la familia que está en condiciones de proveer salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, vivienda y condiciones de vida seguras y protegidas para contribuir al desarrollo y bienestar del niño, niña o adolescente.

Abuso sexual

Ocurre cuando una niña, niño o adolescente se ve involucrado en actividades sexuales no acordes al nivel evolutivo, cognitivo o social esperado para la edad de la víctima.

EPIDEMIOLOGÍA

El MTI es muy complejo, su estudio y abordaje resultan difíciles. Las estimaciones actuales son muy variables, dependiendo del país y del método de investigación utilizado, así como la población estudiada, ya que en numerosos estudios son recogidos los datos de menores que están acogidos a programas de protección institucional. Es importante utilizar la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) para facilitar la investigación y la prevención. En esta clasificación se codifican los casos como casos confirmados o como sospechosos de maltrato. Además, se recogen subcategorías según quién es el perpetrador. De manera sucinta, la codificación del MTI es:

- Caso sospechoso de MTI: T 76
- Caso confirmado de MTI: T 74
- Abuso físico: T 74.1
- Negligencia o abandono: T 74.0
- Abuso sexual infantil: T 74.2
- Abuso psicológico: T 74.3
- Trastorno facticio no especificado: 300.19

Como promedio, 6 de cada 10 niños del mundo (unos 1.000 millones) de 2 a 14 años de edad sufren de manera periódica castigos físicos (corporales) a manos de sus cuidadores.

La mortalidad por 100.000 menores se calcula en Europa del 0,07 al 1,36 y, en EE.UU., del 2,10. En España, en el 2013, se establece dicha mortalidad en el 0,18. Se calcula que cada año mueren por homicidio 34.000 menores de 15 años. Esta cifra subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes debidas al MTI se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas.

Con respecto a la prevalencia en porcentajes, se adjunta la tabla 1.

Por grupos de edad, lactantes y menores de cinco años con tasas de abuso que equivalen a más del doble de las observadas en los niños y niñas de 5 a 14 años.

TABLA 1.

<i>Prevalencia</i>	<i>Europa (OMS, 2013)</i>	<i>EE.UU. (CWIG, 2011)</i>
M. psicológico	29,1	9
Negligencia	16,3	78,5
M. físico	22,9	17,6
Abuso sexual	9,6. Niñas: 13,4; niños: 5,7	9,1

Respecto al ASI, se han realizado estudios en población universitaria, inquiriendo sobre si habían sido abusados sexualmente en la infancia y revelando que aproximadamente un 20% de las mujeres y de un 5 a 10% de los hombres manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia, mientras que un 23% de las personas de ambos sexos refieren maltratos físicos cuando eran niños.

En los homicidios que ocurren durante la primera infancia, existe igual probabilidad de ser perpetrados por la madre o por el padre. Sin embargo, cuando las víctimas son mayores, los agresores suelen ser hombres.

ETIOLOGÍA

La búsqueda de la etiología del MTI ha motivado considerables estudios e investigaciones. Inicialmente, con los modelos tradicionales se achacaba su génesis a disturbios psiquiátricos del agresor, o a las características del menor o a la presión del entorno social. Más tarde, con las investigaciones centradas en la interacción social, surgieron los modelos explicativos de Belsky, Cichetti y Rizley, Vasta y Wolfe. Por último, han surgido las teorías del procesamiento de la información de Milner y la del estrés y afrontamiento de Hillson y Kuper. Sin duda su estudio puede aportar a nuestra actividad profesional un abordaje más completo al MTI.

CONSECUENCIAS

Son aquellas alteraciones de las distintas áreas del desarrollo, a niveles biológico, cognitivo, emocional, conductual, social y psicosexual, que se presentan en niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato. La severidad de estas consecuencias depende de:

- Intensidad del maltrato.
- Prolongación y cronicidad.
- Características del niño, niña o adolescente que sufre el maltrato, principalmente edad y sexo.
- El uso o no de violencia física.
- La relación entre el niño o niña y la persona maltratadora, siendo mucho mayores las secuelas en todas las esferas, cuanto más relación familiar tenga la víctima respecto del maltratador.
- Apoyo o no de la familia a la víctima.
- La respuesta del entorno, incluidas otras personas que tienen conocimiento de la situación de maltrato que afecta al niño, niña o adolescente.

Las consecuencias más importantes impactan, no solo en la salud física, sino que tienen importantes consecuencias psicológicas y

psiquiátricas, que pueden ser de carácter agudo o tener importantes efectos duraderos sobre el desarrollo neurológico, cognitivo y emocional y en la salud general.

Los menores maltratados tienden a mostrar más signos de malestar interno, como la vergüenza y/o culpa, siendo más agresivos física y verbalmente.

Los niños y niñas que han sido expuestos a conductas negligentes tienen más problemas emocionales y sociales que aquellos que no lo han sido.

Del mismo modo, en el largo plazo, el haber estado expuesto a maltrato físico incrementa el riesgo de conductas violentas, comportamientos antisociales e intentos de suicidio, desórdenes depresivos y consumo problemático de alcohol. Además, puede provocar aislamiento social, conductas agresivas y diagnósticos de trastornos de ansiedad generalizada.

La exposición a diversos tipos y episodios repetidos de maltrato se asocia con un aumento del riesgo de malos tratos graves y de mayores consecuencias psicológicas. Del mismo modo, el haber sido víctima de maltrato en la infancia favorece una mayor vulnerabilidad a ser víctima de otras formas de maltrato y a vivir situaciones de violencia en la edad adulta.

CONCLUSIÓN

Valorados los aspectos previos del MTI claramente se identifica como un serio problema de salud. Afecta a todos los aspectos que la definen y, si no es evitado ni tratado, genera en los niños afectados secuelas significativas que repercutirán de manera muy negativa, en la creación de una sociedad más justa y solidaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Butchart A, Kahane T. Prevención del maltrato infantil: qué hacer y cómo obtener evidencias. Francia: Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y el Abandono de los Niños; 2009. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/child_maltreatment/es/
- Feng JY. What's new in ICD-10-CM in classifying child maltreatment? Child Abuse & Neglect. 2011; 35: 655-7.
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Ocultos bajo la luz. Nueva York: UNICEF; 2014. Disponible en: <http://www.unicef.es/actualidad-documentacion/publicaciones/ocultos-plena-luz-un-analisis-estadistico-de-la-violencia>
- Guía Clínica. Detección y primera respuesta a niños, niñas y adolescentes víctimas de maltrato por parte de familiares o cuidadores. Santiago: Mi-

nisterio de Salud de Chile, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, UNICEF; 2013.

- Maltrato infantil. Centro de prensa de la OMS. Nota descriptiva N.º 150. 2014. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>

Páginas web de interés

- <http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/resource/child-maltreatment-2011>
- http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf

2. Factores de riesgo y de protección

C. Díez Sáez, F. Samson, G. Suárez Otero

Las circunstancias, tanto personales, familiares como sociales, en las que se desarrolla el menor y que puedan desencadenar situaciones en las que se pueda producir algún tipo de violencia son conocidas como factores de riesgo (FR). No todos los niños expuestos a FR van a sufrir maltrato. Ni un único FR predice el desarrollo de esta situación. Pero cuantos más FR se asocien alrededor del niño, más alta la probabilidad del maltrato.

La importancia de conocerlos y de detectarlos, es que nos pueden permitir corregirlos, modificarlos, de manera que lleguemos a evitar la aparición de un verdadero maltrato.

Existe una serie de factores de orden individual que puede afectar negativamente a algunas personas en su calidad de padre o cuidador. Además, cuando se habla de factores individuales de riesgo es necesario también considerar al niño. Algunas características de los menores pueden ser percibidas por sus cuidadores como estresores y, por tanto, se hallan asociadas a la aparición de maltrato, aunque los FR relacionados con el niño tienen menos importancia en la determinación del riesgo. En la revisión sistemática y meta-análisis de Stith et al., centrándose en los FR de los padres y de los niños, se identifican 20 factores individuales con asociaciones significativas con el maltrato físico infantil y negligencia. De estos, solo tres eran relacionados con el niño y con un impacto leve o moderado.

Algunos FR están relacionados con la interacción que tiene lugar entre los padres o cuidadores y los niños y con las características de la familia. Además, hay que tener en cuenta ciertas características de la comunidad que pueden considerarse FR (Tabla 1).

FACTORES PROTECTORES DE MALTRATO INFANTIL

Así como hay ciertos factores que incrementan la susceptibilidad del niño y de la familia al maltrato infantil, otros están asociados con

TABLA 1. Factores de riesgo de maltrato***Factores asociados al niño***

- Nacimiento prematuro, malformaciones, enfermedades congénitas
- Situaciones desfavorables en la relación de apego afectivo madre/padre-recién nacido
- Características temperamentales difíciles del niño: irritabilidad importante, irregularidades en hábitos alimenticios, sueño, reacciones excesivas a los estímulos
- Niño con discapacidad física o mental
- Niños con enfermedad grave, enfermedad crónica, retrasos en el desarrollo
- Problemas de conducta (oposicionista-desafiante, hiperactividad, absentismo escolar)

Factores familiares de riesgo

- Situaciones de violencia familiar
- Padre o madre han sido objeto de abuso o negligencia en su infancia
- Padre o madre con problemas de alcoholismo, drogadicción
- Familia con muy bajo nivel de instrucción, siempre que influya en su capacidad o habilidad para afrontar y resolver los problemas de cuidados al niño
- Padre o madre presenta algún tipo de enfermedad que pueda conllevar la ausencia de cuidados al niño (enfermedades mentales, discapacidades, enfermedades crónicas)
- Embarazo no aceptado, accidental o traumatizante (violación)
- Padres muy jóvenes
- Familias monoparentales
- Desestructuración familiar. Ruptura familiar o situaciones críticas
- Antecedentes de retiro de tutela, guardia o custodia de otros hijos
- Estilo de disciplina utilizado por los padres excesivamente laxo o excesivamente punitivo, dificultades para controlar la conducta de sus hijos

Factores socio-culturales de riesgo

- Estatus socioeconómico muy desfavorable
- Deficiencias en la vivienda, carencia de higiene y falta de adaptación a las necesidades del niño
- Falta de apoyos familiares y sociales
- Dificultad social (prostitución, delincuencia, narcotráfico, mendicidad, etc.)
- Domicilio en barrios donde las condiciones de vida dominantes son la pobreza, la marginación y la violencia
- Valores y actitudes negativos hacia la mujer, la infancia y la paternidad

TABLA 2. Factores que pueden disminuir el riesgo de maltrato***Factores protectores***

- Ausencia de tensiones y afrontamiento adecuado al estrés cotidiano y de crianza de los padres, madres y cuidadores
- Seguridad en el estilo de apego
- Conocimiento de los padres sobre la crianza y desarrollo infantiles
- Apoyo de las redes familiares y sociales y la pertenencia a grupos comunitarios
- Mayor nivel educacional de los padres y madres
- Utilización de técnicas disciplinarias positivas sin castigo físico
- Accesibilidad de las familias al sistema sanitario y a los apoyos sociales y comunitarios

TABLA 3. Factores de prevención del maltrato

- La ausencia de tensiones y afrontamiento adecuado al estrés cotidiano y de crianza de los padres, madres y cuidadores
- La seguridad en el estilo de apego
- El apoyo de las redes familiares y sociales y la pertenencia a grupos comunitarios es un factor protector del maltrato y la violencia de género
- La resiliencia parental, consiste en la capacidad de los padres y madres de sobreponerse a la adversidad
- Un alto conocimiento de los padres sobre la crianza y desarrollo infantiles, así como un mayor nivel educacional de los padres y madres, son factores protectores contra el maltrato, porque fomentan una mejor comprensión del mundo interno del niño y la niña, permitiendo mejores técnicas de resolución de conflictos
- La promoción de relaciones igualitarias de género
- El acceso a la atención de salud oportuna y eficiente de todo el grupo familiar

disminución del riesgo. Se entienden por factores protectores aquellas condiciones o entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y que pueden reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Cuando estos factores están presentes en las familias y las comunidades, aumentan la salud, el bienestar y el grado de protección

de los niños, niñas y adolescentes. Fomentar estos factores protectores, particularmente en familias vulnerables, es una parte fundamental en la prevención del maltrato infantil (véase Tabla 3 de la página anterior).

BIBLIOGRAFÍA

- Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. European report on preventing child maltreatment. World Health Organization 2013. Disponible en http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf?ua=1
- Stith SM, Liu T, Davies C, et al. Risk factors in child maltreatment: a meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*. 2009; 14: 13-29.

3. Entrevista clínica del maltrato infantil

J.A. Cózar Olmo, R. Marañón Pardillo,
L. Gómez Gómez

INTRODUCCIÓN

El objetivo de la entrevista es obtener la máxima información de un menor sobre el hecho ocurrido, interfiriendo lo mínimo posible en su estado de salud, facilitando una atmósfera de seguridad y evitando una victimización secundaria, para que sea veraz y pueda ser útil en la toma de decisiones posteriores, siempre teniendo como objetivo el bienestar del niño. Quizás en un lugar como son las Urgencias de Pediatría (UPED), se tendrá que realizar una primera entrevista muy somera y remitir al niño a organismos o estructuras con personal experto en el manejo del maltrato infantil. En casos de necesidad de protección urgente del menor, y si su estado físico y psíquico lo permite, tal vez sea precisa una entrevista más completa, pero siempre con la idea de preservar el interés superior del menor.

Con la entrevista se intenta averiguar el tipo de maltrato, su duración, el tiempo de abuso, las secuelas psíquicas en el paciente y, si es posible, el agresor.

FASES

Con respecto al menor

Proceso previo

Datos de filiación y antecedentes personales

- A. Datos de identificación.
- B. Situación sanitaria actual.
- C. Antecedentes sanitarios.
- D. Situación socio-familiar actual:
 - Miembros de la familia.
 - Personas que conviven con la niño/a en el mismo domicilio.

- Acuerdos de custodia, si los hay.
- Colegio al que acude.

Elección del lugar, entrevistador, sistemas de grabación, etc.

- El niño puede ser entrevistado solo, previo consentimiento de los progenitores, bien por escrito o reflejado de manera clara en la historia clínica. También puede valorarse el que esté acompañado por un adulto conocido, siempre que no se le deje intervenir durante la entrevista para que no influya en las respuestas del menor. Se debe dejar constancia en la historia clínica de cómo ha sido recogida la información: “el niño está solo durante la entrevista o acompañado de ... a quien no se le permite intervenir durante la entrevista”. La entrevista en menores de 3 años no es valorable.
- Elección del lugar de la entrevista: lugar reservado, de ambiente confortable, no transitado, libre de ruido e interrupciones.
- Elección del entrevistado: el más experto. En agresiones sexuales a niñas y mujeres adolescentes, valorar el sexo del entrevistador.
- Número de entrevistadores: nunca realizar la entrevista a solas con el menor. Siempre requerir a un sanitario para estar acompañado. Si hubiera dos entrevistadores, uno sería el entrevistador principal y el segundo se dedicaría a tomar notas, sentándose fuera del campo de visión del menor para hacer que la entrevista sea menos confrontadora.
- Métodos de grabación y de filmación durante la entrevista. Se realizará cuando exista un protocolo específico para su manejo y custodia. Si es así, puede realizarse la grabación de la entrevista pero, posteriormente, se deberá transcribir textualmente, para incorporarla a la historia clínica como una parte más de ella. También puede realizarse, por imperativo legal, en la UPED.
- Tiempo no predeterminado. Su duración variará en función de la capacidad de expresión del menor, de su estado anímico y fatiga física, de la capacidad que tenga de recordar el episodio, y de las habilidades del entrevistador.
- Hay que intentar evitar el repetir la entrevista. Su repetición favorece la victimización secundaria. Si se precisa la presencia del Médico Forense se debe esperar su llegada para la realización de la entrevista conjuntamente. Previo a su inicio, ponerse de acuerdo en quién la dirigirá.

Entrevista

Presenta las siguientes fases:

- Fase I. Informar al niño de la entrevista:

- Presentarse al niño/a por su nombre y ocupación, haciendo hincapié en como alguien que puede ayudarlo.
- Explicar el rol del entrevistador.
- Crear un clima de confianza.
- Fase II. Evaluar la competencia del niño/a:
 - Evaluar la capacidad para recordar y explicar un suceso pasado (por ejemplo, el último cumpleaños).
 - Evaluar la capacidad de diferenciar la verdad/mentira (por ejemplo, “si alguien te dijera que esto (libro) es un boli, ¿qué le dirías?”).
- Fase III. Su objetivo es evitar el sesgo en las respuestas del menor. Debemos intentar obtener una narración libre de lo sucedido, que el niño lo cuente con sus propias palabras y lo transcribiremos literalmente entre comillas.
 - Crear un clima de confianza
 - Siempre dependerá de cómo se encuentra el niño/a de afectado en ese momento.
 - Podemos preguntar si ya ha estado alguna vez en el hospital por estar resfriado o por haberse dado un golpe, porque en el hospital los médicos quieren ayudar y curar a los niños. “Cuéntame algo de tu familia”, más que realizar preguntas directas como “¿tienes hermanos?, ¿qué hace tu padre?”.
 - Hablar de temas neutros, cosas que le gusta hacer “cuéntame qué es lo que más te gusta hacer”.
- Características de la entrevista:

Qué hacer

- Comenzar estimulando el recuerdo libre de los hechos: “¿sabes por qué has venido a verme hoy?, por favor, cuéntame todo lo que pasó lo mejor que recuerdes.
En los mayores de 6 años intentar que hablen espontáneamente de su situación de maltrato a través de preguntas sobre sus miedos, preocupaciones y hechos positivos y negativos que hayan pasado recientemente. Por ejemplo, pedir tres deseos, tres cosas que les hagan sentirse bien o mal.
- Hacer preguntas abiertas, no de respuestas sí/no.
- Formular preguntas de una en una.
- Darle tiempo para que conteste. En las pausas de conversación es adecuado no mirar fijamente al niño para evitar intimidarle y darle tiempo para que continúe hablando. Le podemos ayudar a seguir de forma no sugerente: repetir las últimas palabras del niño, “y entonces...”, “así que...”, “¿qué pasó entonces?...”.

- Si hay dificultad para entender lo que dice hay que pedirle que repita el comentario con frases “no he podido oír eso, ¿puedes repetirlo?” en lugar de hacer conjeturas: “¿has dicho...?”.
- Intentar eliminar el sentimiento de culpa.

Qué no hacer

- Llamarle por un nombre equivocado.
- Repetir preguntas.
- Tocar continuamente al niño.
- Mirar fijamente al menor o sentarse cerca de él, ya que puede apreciarlo como una situación de intimidación.
- Inducir respuestas con nuestras preguntas.
- Manifestar horror, susto o desaprobación ante lo que nos está contando.
- Usar en las preguntas “finge” o “imagina” u otras palabras, como “engaño”, “trampa” “fantasía”, “invento”, que pueden quebrar la confianza que el menor pone en el facultativo que le está atendiendo.
- Poner en duda lo que el niño dice, nuestra actitud debe ser neutral pero de aceptación. La atmósfera no debe ser acusatoria, ni intimidatoria ni condescendiente sino positiva y se deben evitar juicios de valor.

Cierre de la entrevista

- Se recapitula sobre las partes más relevantes del relato utilizando el lenguaje del niño.
- Se le agradece su colaboración y se le da un refuerzo positivo, “has sido muy valiente”.
- Se vuelve a hablar de temas neutros.
- A final de la entrevista le explicaremos que debemos hacerle una exploración física y cómo la vamos a realizar.
- Se debe evitar utilizar la fuerza para realizar dicha exploración. Si fuese necesario, se procederá a valorar la posibilidad de sedación del menor para explorarlo, en centros adecuados.

Con respecto a los progenitores o acompañantes

- Presentarse e indicando cuál es el motivo de la entrevista y asegurarse de que los padres entienden el motivo.
- Intentar aclarar dudas sobre los hechos y no acusarlos a lo largo de la entrevista.
- Aceptar inicialmente las explicaciones de los familiares y evitar la confrontación dialéctica.

- Considerar la discrepancia entre lo que manifiestan el menor y los padres.
- Destacar el papel del médico como fuente de ayuda para el menor y los padres.
- Permitir a los padres admitir, explicar o negar sus alegaciones y dejarles proporcionar la información que consideren conveniente.
- Controlar los posibles sentimientos negativos que nos pueden surgir, al entrar en contacto con progenitores que hayan podido ser los posibles agresores.

CONCLUSIÓN

La entrevista clínica es un elemento fundamental en el manejo de las situaciones de violencia contra el menor ya que, en numerosas ocasiones, el testimonio de este será la única prueba de que se dispondrá para iniciar la protección del menor.

BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Pediatrics. Committee on child Abuse and neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005; 116: 506-12.
- Juárez López JR, Sala Berga E. Entrevistando a niños preescolares víctimas de abuso sexual y/o maltrato familiar. Departamento de Justicia. Generalidad de Cataluña. 2001.
- Pou i Fernández J. Abuso sexual. Protocolo de actuación. En: Casado Flores J, Serrano A. Urgencias y tratamiento del niño grave. 2º ed. Madrid: Ergon; 2007. p. 852-6.

4. Maltrato físico

J. Ruiz Jiménez, Z. Espinel Padrón, A. Lobeiras

CONCEPTO

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”.

El **maltrato físico por omisión** (negligencia), se produce cuando se desatienden las necesidades básicas de alimentación, vestido, asistencia médica, seguridad y educación. Se desarrolla en capítulo aparte.

EPIDEMIOLOGÍA

El maltrato físico es más frecuente en niños, en edades de 2 a 4 años, y constituye la segunda causa de mortalidad en menores de 5 años (exceptuando el periodo neonatal).

FACTORES DE RIESGO

Hay ciertos factores de riesgo, que predisponen al maltrato y que deben ser valorados a la hora de evaluar a estos pacientes (Tabla 1). Los niños son las víctimas y nunca se les podrá culpar del maltrato.

CLÍNICA

Los pacientes se pueden incluir en dos grandes grupos, aquellos en los que la familia nos refiere que el menor puede estar siendo sometido a un maltrato físico y aquellas en las que vemos lesiones sugestivas de abuso.

La entrevista clínica debe realizarse y estructurarse como en el resto de tipologías de maltrato, siendo fundamental en la detección de casos de maltrato.

En el caso de aquellos pacientes que acuden, por una lesión sin referir que sea debida a abuso, podemos encontrar una serie de datos en la anamnesis que nos hagan sospechar un origen intencional de la lesión como son:

TABLA 1. Factores de riesgo

Factores del niño	Factores de la familia y/o cuidadores	Factores sociales y comunitarios
<p>Los niños son las víctimas y nunca se les podrá culpar del maltrato. Sin embargo, hay una serie de características del niño que pueden aumentar la probabilidad de que sea maltratado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad inferior a 4 años y la adolescencia • El hecho de no ser deseado o de no cumplir las expectativas de los padres • Tener necesidades especiales o tener rasgos físicos anormales: deficiencias físicas o psíquicas, dependencia biológica y social, niño hiperactivo, prematuros, discapacitados 	<p>Hay varias características de la familia y el entorno que pueden incrementar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familias monoparentales • Embarazo no deseado • Padres adolescentes • Padre o madre no biológico • Abuso de drogas o alcohol • Historia de violencia en la familia • Bajo control de impulsos • Trastorno psiquiátrico en los padres • Deficiencia mental • Prostitución • Separación en el periodo neonatal precoz • Abandono fallecimiento de uno de los cónyuges • Antecedente de maltrato familiar 	<p>Hay diversas características de las comunidades y las sociedades que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las desigualdades sociales y de género • La falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y a las instituciones • Los niveles elevados de desempleo o pobreza • La disponibilidad fácil del alcohol y las drogas • Las políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, la pornografía, la prostitución y el trabajo infantiles • Las normas sociales y culturales que debilitan el estatus del niño en las relaciones con sus padres o fomentan la violencia hacia los demás, los castigos físicos o la rigidez de los papeles asignados a cada sexo • Las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida o inestabilidad o desigualdades socioeconómicas

- Retraso en la solicitud de asistencia.
- Nulas o vagas explicaciones sobre la etiología de la lesión.
- Explicación no acorde con la lesión o el desarrollo del menor.
- Distintas versiones de la historia y/o accidentes repetidos.

Las lesiones que nos podemos encontrar en los casos de maltrato físico son muy variables y a veces difíciles de distinguir de aquellas de origen no intencional.

A continuación se exponen las lesiones más frecuentes y las características propias de una etiología no intencional:

- **Lesiones cutáneo-mucosas** (hematomas, contusiones, equimosis, erosiones, heridas inciso-contusas, pinchazos, cicatrices):
 - Localización*: zonas no habituales de traumatismo y no prominentes (“zonas de castigo”, figura 1); fundamentalmente en tórax, orejas y cuello (área peribucal y periocular), área genital, nalgas o muslos. Lesiones múltiples. Pueden estar en distinto estadio evolutivo y en los lactantes suelen desaparecer más precozmente las lesiones. El color de la lesión puede variar desde rojo o azulado violáceo, en las primeras 72 h, tras producirse la lesión. Entre el 3º y 7º días de evolución, oscila de verde a amarillo verdoso. Por último, desde la primera semana hasta la cuarta, las lesiones adoptan un color entre amarillo a amarillo-marrón.

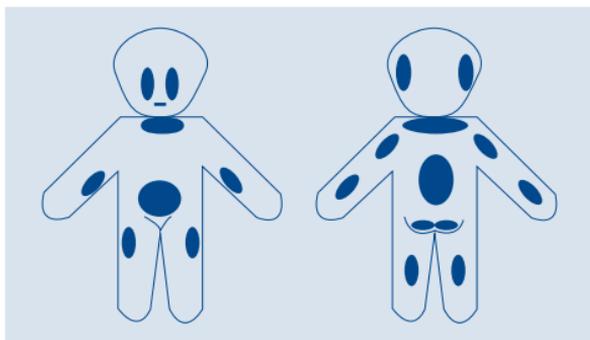


FIGURA 1. Zonas de castigo.

- Morfología*: que reproduzcan la forma de algún objeto (cinturón, hebilla, regla) asociación de petequias perilesionales y lesiones en distintos estadios evolutivos y/o cicatrización.
- Edad*: cualquier hematoma en un menor de 4 meses. “Ojo con las manchas mongólicas.”
- **Quemaduras/escaldaduras**:
 - Localización*: zonas cubiertas o zonas de castigo.
 - Morfología*: bordes nítidos, no presenta lesiones de salpicadura, profundidad homogénea, generalmente quemaduras de 2º-3º grado, forma de guante/calzetín o casquete o circulares (ciga-

rrillos) o que reproduzca objetos. Al igual que en las lesiones cutáneo-mucosas, pueden estar en periodos diferentes.

- **Mordeduras:** características de las que pueden ser sospechas de maltrato:

–Reproducen la arcada dentaria humana en forma ovoide.

–Recurrentes (aisladas o múltiples).

Diagnóstico diferencial con: mordedura de un perro (suelen presentar marcas punzantes o desgarros del tejido), autolesiones (trastorno psíquico, metabopatías), mordedura de otro niño, cuya distancia intercanina suele medir menos de 2,5-3 cm.

- **Lesiones osteoarticulares:** los factores de riesgo que debemos evaluar son la **edad** del niño, principalmente en los menores de 2 años; la **localización** de la fractura y el **número** de fracturas. Es fundamental indagar el mecanismo de la lesión y quién era la persona que estaba cuidando al menor.

Existen varios tipos de fractura que se han relacionado con una probabilidad mayor de que la etiología sea intencional:

–*Fracturas costales:* más en los arcos posteriores o laterales.

–*Traumatismo en las metáfisis debido a golpes violentos, estiramientos y desplazamientos epifisarios.*

–*Fracturas de huesos largos:* predominan las fracturas espiroideas u oblicuas, siendo características las que afectan las metáfisis, en asa de cubo o en las esquinas. Las fracturas de fémur suelen ser más características de los menores de un año; las de húmero en menores de 3 años.

–*Fracturas vertebrales:* por mecanismos de hiperextensión o hiperflexión forzadas, o por impacto directo.

- **Traumatismo craneoencefálico:**

–*Fracturas craneales:* las asociadas a mecanismo no intencional suelen ser lineales y parietales. Son sugestivas de maltrato las que son bilaterales, de trayecto anfractuoso, deprimidas o que atraviesan suturas. Si la energía del impacto es muy elevada, se asocian a hematomas subdurales. Es característico el “síndrome del niño sacudido”, el cual puede estar producido por traumatismo directo de la cabeza contra un objeto, o por movimientos de sacudida del cuerpo del niño, de manera brusca y enérgica. En este tipo de acciones se producen desgarros de los puentes venosos entre la corteza cerebral y los senos duros. Estas lesiones suelen encontrarse en las zonas parietal, frontal y temporal.

–*Hemorragia intracraneal:* hematoma subdural es el tipo más común en el maltrato, aunque puede visualizarse cualquier tipo de sangrado.

En caso de sospechar un origen intencional de las lesiones, se debe explorar el fondo de ojo buscando hemorragias retinianas, ya que estas son muy específicas de abuso, persisten hasta 3 a 4 semanas tras la agresión. Suelen ser bilaterales.

- **Lesiones viscerales:** contusión y hematoma pulmonar; contusiones esplénica y renal; neumotórax; desgarros mesentérico y hepático, etc.

Síntomas: hinchazón y dolor abdominal, dificultad respiratoria, vómitos y/o hemorragias.

- **Otras lesiones:**

–*Lesiones abdominales:* habitualmente las lesiones intraabdominales no asocian hematomas cutáneos. A diferencia de los traumatismos no intencionales a este nivel, las lesiones más frecuentes son las de víscera hueca.

–*Lesiones mucosas:* principalmente la rotura del frenillo labial, sospechar que el origen es el abuso si se trata de un niño menor de 2 años sin una explicación clara.

–*Alopecia:* sospechar si presenta combinación de zonas de pelo sano con zonas de arrancamiento, localización occipital u occipito-parietal y/o diferentes estadios de evolución, sin que siga una distribución determinada. Es característica la presencia de un hematoma por debajo de la zona lesionada.

DIAGNÓSTICO

Siempre que se evalúe a un paciente se debe ser minucioso, más cuando valoramos a un paciente que consulta por una lesión que podría ser de origen intencional, por lo que la historia clínica y la exploración física serán detalladas, buscando hallazgos compatibles con maltrato.

Reconocer e identificar

Una posible situación de maltrato físico debe ser lo más precozmente posible reconocida e identificada para evitar la gravedad de las consecuencias en el niño.

El diagnóstico de un caso de maltrato infantil debe realizarse en base a cuatro elementos:

- *Historia:* datos aportados por el propio niño, otros profesionales (maestro, médico, policía, trabajador social...) y/u otras personas (vecinos, amigos, parientes...).
- *Examen psicológico-médico:* 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.

Para establecer el diagnóstico, también nos pueden ayudar unos *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.

Los **indicadores físicos** son los recogidos en la clínica.

Indicadores comportamentales en la víctima

- Parece tener miedo a sus padres o cuidadores.
- Cuenta que alguno de sus padres le pega normalmente.
- Se muestra receloso(a) en cuanto al contacto físico con los adultos.
- Se adapta fácilmente con adultos desconocidos.
- Se adapta fácilmente cuando le ingresan en el hospital.
- Demuestra pasividad y comportamiento retraído, tímido, asustadizo; tendencia a la soledad y aislamiento.
- Muestra una actitud de auto culpa y aceptación de los castigos.
- Presenta sentimiento de tristeza y depresión.
- Presenta abuso de drogas y alcohol desde edades tempranas.
- Siente inquietud desmedida por el llanto de otros niños.

Indicadores comportamentales en los padres/madres

- Utilizan una disciplina severa, impropia para la edad del niño.
- No dan ninguna explicación con respecto a la lesión, o esta es ilógica, no convincente o contradictoria.
- Parecen no preocuparse por su hijo.
- Perciben al niño de manera negativa.
- Abusan del alcohol u otras drogas.
- Intentan ocultar la lesión o proteger la identidad de la persona responsable de esta.
- Culpabilizan al cónyuge como causante del maltrato.
- Se contradicen mutuamente ante la causa de la lesión.
- Existe un retraso indebido o sin explicación en buscar y proporcionar atención médica al niño.

Tras la evaluación inicial puede estar indicada la realización de pruebas complementarias según los hallazgos observados:

- *Hematimetría con recuento de plaquetas y coagulación*: cuando observamos lesiones hemorrágicas en la piel de etiología dudosa. En los pacientes con una hemorragia intracraneal, salvo que exista un traumatismo verificable (intencional o no intencional) o en aquellos que presenten otros hallazgos compatibles con maltrato (fracturas, quemaduras, lesión intraabdominal).

- *Bioquímica*: ionograma, pruebas hepáticas, creatininfosfoquinasa (CPK), metabolismo férrico (ante sospecha de traumatismo abdominal se obtendrá de urgencia, si no las pruebas se pueden diferir).
- *Orina y sedimento*: si traumatismo abdominal, deshidratación o fallo renal agudo, para objetivar la presencia de hematuria. En caso de hemorragia subdural realizaremos ácidos orgánicos en orina.
- *Detección de tóxicos y medicamentos en sangre y/u orina*: si hay alteraciones del nivel de conciencia o se sospecha la ingesta.
- *Fondo de ojo*: debe ser realizado por el oftalmólogo. Lo solicitaremos ante toda sospecha de maltrato en menores de 2 años.
- *Radiología*
 - Radiología específica: área en que se sospeche lesión aguda o crónica.
 - Serie ósea: consiste en radiografía de cráneo anteroposterior y lateral, columna lumbosacra y cervical (lateral), extremidades superiores e inferiores (anteroposterior), tórax (anteroposterior y lateral) y pelvis. La solicitaremos en los menores de 2 años con sospecha de maltrato, en cualquier niño con fracturas severas o extensas o en los convivientes menores de 2 años de los casos que sufren maltrato.
 - Gammagrafía ósea: es útil en la detección precoz de lesiones esqueléticas de localización poco frecuente, y también cuando la radiología convencional no es concluyente. Muy útil en las fracturas de pelvis y lesiones de partes blandas, no tanto en las fracturas craneales y metafisarias.
La solicitaremos en los menores de 2 años con sospecha de maltrato, en cualquier niño con fracturas severas o extensas o en los convivientes menores de 2 años de los casos que sufren maltrato.
 - TAC craneal sin contraste: las indicaciones de realizarlo en los casos de traumatismo craneoencefálico varían en función de la edad.
 - Mayores de 24 meses: sospecha TCE intencionado con presencia de síntomas o signos neurológicos o convulsiones, con o sin otros hallazgos físicos.
 - Menores de 24 meses: sospecha de TCE intencionado con o sin clínica neurológica asociada; paciente de “alto riesgo” (fracturas costales, fracturas múltiples, lesiones faciales o menores de 6 meses); lesiones torácicas y/o abdómino-pélvica inconsistente con la historia.
 - Tomografía axial computarizada (TAC) y ecografía abdominal: si se sospecha lesión visceral.

Ante un caso de sospecha de maltrato es importante conocer si existen más niños en el hogar, y evaluarlos a ellos también en las siguientes 24 horas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No todas las lesiones que parecen provocadas lo son; algunas corresponden a síntomas y signos de enfermedades **hematológicas** (trastornos de la coagulación, hemopatías malignas., vasculitis postinfecciosa, púrpura trombocitopénica idiopática, prácticas culturales para el tratamiento de algunas patologías), **dermatológicas** (mancha parda, mancha mongólica...), **metabólicas** (raquitismo, escorbuto...), **congénitas** (osteogénesis imperfecta, síndrome de Ehler-Danlos...), **hemorragia intracraneal**: déficit de vitamina K, aciduria glutárica, diátesis hemorrágica, traumatismo en canal del parto.

Notificación

Imprescindible para poner en marcha todos los mecanismos de protección. Su desarrollo se explica en otro capítulo de esta obra.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser abordado simultáneamente por un equipo multidisciplinario, que englobe los aspectos médicos, sociales y legales.

- **Atención médica:** no solo implica el tratamiento de las lesiones, que no difiere del tratamiento de las mismas producidas por otra causa, además, tenemos que prevenir, tanto detectando el caso como las situaciones de riesgo; por ello, en ocasiones la hospitalización tiene por objeto, no solo el tratamiento de las lesiones, sino también la de separar a la víctima del ambiente agresor, hasta que los sistemas de protección intervengan y garanticen la integridad del niño.
- **Atención psiquiátrica o psicológica del niño y del agresor.**
- **Orientación familiar.**
- **Separación del niño/a del medio de peligro.**
- **Medidas de prevención:** tras llevar a cabo todo el proceso diagnóstico es muy importante la comunicación a otros servicios y la protección del menor. Tendremos, fundamentalmente, dos supuestos:
 - Caso de maltrato evidente o muy sospechoso:* se debe garantizar la seguridad del menor. Realizaremos las pruebas complementarias oportunas para confirmar o completar el diagnóstico y se establecerá el tratamiento médico/quirúrgico oportuno.Se debe comunicar el caso de manera urgente a los Servicios Sociales del centro y a la autoridad judicial (telefónicamente y por escrito). Se contactará con el pediatra de Atención Primaria. Valorar Ingreso Hospitalario.

TABLA 2. Criterios de gravedad

<i>Actuación</i>	<i>Caso de maltrato evidente o muy sospechoso (caso grave)</i>	<i>Caso no grave, dudoso o sospechoso</i>
Destino	Hospital vs. centro de acogida (CA)	Domicilio vs. hospital/CA
Comunicación servicios sociales	Urgente	Sí
Comunicación juzgado	Urgente	Diferida según seguimiento
Comunicación atención primaria	Sí	Sí

–Caso no grave, dudoso o sospechoso: si el niño no tiene lesiones físicas importantes y se garantiza su seguridad se puede enviar al domicilio. Si tenemos dudas sobre la seguridad del niño estaría indicado el ingreso hospitalario o enviarlo a un centro de acogida. Se debe comunicar el caso a Servicios Sociales y contactar con pediatra de Atención Primaria. Se puede diferir la notificación judicial, hasta realizar un adecuado seguimiento (Tabla 2).

CRITERIOS DE GRAVEDAD

Valorados según la guía VALÓRAME:

- **Gravedad muy elevada:** utilización excesiva de la fuerza física que provoca una lesión muy grave, es decir, el niño requiere atención médica urgente (p. ej., fracturas de huesos largos, lesiones internas, quemaduras de tercer grado). Se considera “fuerza excesiva” que la intensidad de la agresión física provoca un daño físico considerable al niño, niña o adolescente, es claramente desproporcionada en relación a su corpulencia o condiciones físicas, o se prolonga indebidamente.
- **Gravedad elevada:** utilización excesiva de la fuerza física que provoca una lesión grave. Una lesión grave no pone en riesgo la vida y no es probable que provoque ninguna incapacidad, incluso si no se proporciona atención médica (por ejemplo, torceduras, conmociones leves, dientes rotos, quemaduras de primero y segundo grados, cortes que necesitan puntos de sutura, fracturas no de hueso largos, etc.).
- **Gravedad moderada:** incluye a aquellos casos donde se utilice habitual o frecuentemente la fuerza física de forma excesiva, pro-

duciendo lesiones superficiales o no causando lesiones. Las lesiones superficiales están localizadas en una o dos áreas e implican rozaduras y enrojecimientos de la piel.

- **Riesgo leve:** utilización habitual o frecuente de la fuerza física aunque no de forma excesiva, no habiendo provocado lesiones o únicamente enrojecimientos que desaparecen rápidamente.
- **No presente:** utilización ocasional de la fuerza física aunque no de forma excesiva, no habiendo provocado lesiones o únicamente enrojecimientos que desaparecen rápidamente. El tipo de castigo es inapropiado en cuanto al tipo (por ejemplo, cachetes con la mano abierta o estirones de orejas), aunque no se emplea fuerza física excesiva. Normalmente se utilizan estrategias disciplinarias no físicas ni violentas.

BIBLIOGRAFÍA

- Anderst JD, Carpenter SL. Evaluation for Bleeding Disorders in Suspected Child Abuse. *Pediatrics*. 2013; 131: e1314-22.
- Berciano MJ, Arruabarrena I, et al. BALORA: Instrumento para la valoración de gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia en la Comunidad Autónoma Vasca. 1ª ed. Gobierno Vasco, departamento de Empleo y Asuntos Sociales; 2011 [acceso 30 de Junio de 2014]. Disponible en http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45-contss/es/contenidos/informacion/balora/es_doc/balora.html
- Flaherty EG, Pérez-Rossello JM, Levine MA, Henrikus WL. Evaluating Children With Fractures for Child Physical Abuse. *Pediatrics*. 2014; 133: e477-89.
- Kellogg ND. Evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*. 2007; 119: 1232-41.
- Leetch AN, Woolridge D. Emergency Department Evaluation of Child Abuse. *Emerg Med Clin North Am*. 2013; 31: 853-73.
- Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? *Arch Dis Child Educ Pract*. 2010; 95: 170-7.
- Maguire SA, Upadhyaya M, Evans A, Mann MK, Haroon MM, Tempest V, Lumb RC, Kemp AM. A systematic review of abusive visceral injuries in childhood--their range and recognition. *Child Abuse Negl*. 2013; 37: 430-45.
- Selassie AW, Borg K, Busch C, Rusell WS. Abusive Head Trauma in Young Children. *Pediatr Emer Care*. 2013; 29: 283-91.
- Boss SC, Endom EE. Physical abuse in children: Diagnostic evaluation and management. In: UpToDate, Rose BD, ed. UpToDate, Waltham, MA, 2013.
- Teeuw AH, Derkx BH, Koster WA. Detection of child abuse and neglect at the emergency room. *Eur J Pediatr*. 2012; 171: 877-85.

5. Abuso sexual infantil

*G. Estopiñá Ferrer, A. Gancedo Baranda,
E. Castuera Jurado, M.D. Simarro Bravo*

CONCEPTO

Se entiende por **abuso sexual infantil** (ASI) aquellas actuaciones realizadas a un menor de 18 años, con asimetría de poder (edad, jerarquía, profesión, violencia...) bajo coacción, agresión, engaño o seducción, con el fin de obtener una satisfacción sexual, sea al propio abusador, a la víctima o a otra persona.

Cuando el perpetrador del abuso es otro menor, se acepta que existe asimetría de poder y, por lo tanto, ASI cuando la edad del abusador supera en 4-6 años la edad de la víctima.

Según el código penal vigente (10/1995), se consideran los 13 años la edad mínima para considerar tener relaciones sexuales consentidas, aunque está pendiente su posible modificación para elevar la edad.

TIPOLOGÍA

Según el acto que se realiza

- Ausencia de contacto:
 - Pedirle al niño que se desnude.
 - Mostrarle los órganos sexuales, mostrarle pornografía.
 - Diálogos sexuales, seducción verbal explícita.
 - Realizar el acto sexual o masturbarse intencionadamente, en la presencia de un menor con el objeto de buscar la gratificación sexual.
- Contacto sin penetración:
 - Tocamientos (agresor-víctima, víctima-agresor). Tipología más frecuente.
 - Masturbación del agresor a la víctima o viceversa.
- Penetración: vaginal, anal, incluyendo la introducción forzada de objetos. Oral.

Según donde se producen

- Intrafamiliar: el agresor vive bajo el mismo techo que la víctima. Miembro de la familia inmediata.
- Extrafamiliar: familia extensa o en el círculo social del menor.

JUEGOS SEXUALES INAPROPIADOS

En ocasiones, se pueden producir consultas con relación a situaciones que pueden conducir a errores, en cuanto a la consideración de encontrarnos ante un posible ASI. Los juegos sexuales infantiles cumplen funciones en el desarrollo infantil de satisfacer la curiosidad por su cuerpo del menor, aprender las diferencias sexuales, favorecer el adecuado desarrollo socio-emocional, así como el aprendizaje de comportamientos. Resultan inapropiados cuando presentan alguna de las siguientes características:

- No existe similitud ni en edad ni en tamaño de los menores.
- No existe relación de afecto entre ellos.
- Existe imposición y la exploración no es mutua.
- Es vivida por los menores con tristeza, miedos, angustia, etc.
- Menor de 10 años, con masturbaciones muy frecuentes al día, en la que se daña y con posible introducción de objetos en vagina o ano.

MANEJO

El manejo del ASI es uno de los mayores desafíos a los que se puede presentar el personal sanitario. Debe prevalecer en todo momento el concepto del interés superior del menor.

Se asume por la práctica que debe considerarse al ASI, como una urgencia médica, cuando cumple alguno de los siguientes datos:

- Agresión esporádica reciente (<72 h).
- Abuso sexual crónico, con la última agresión inmediata.
- Síntomas recientes que hagan sospechar abuso.
- Riesgo de pérdida de pruebas.
- Necesidad de protección urgente de la víctima y de instaurar tratamiento.

A continuación describiremos, los pasos a realizar para una atención al menor que ha sido víctima de ASI.

Consideraciones iniciales

- No causar sufrimiento adicional. Nuestra actitud, gestos, exploración pueden ser valorados por la víctima como una agresión más.
- No prolongar el interrogatorio más de lo necesario.
- **Nunca** realizar la atención al menor solo. Siempre acompañado por otro profesional sanitario.

Indicadores de sospecha de ASI

- **Verbales:** relato detallado por parte del menor de un encuentro sexual. Varía con la edad y el desarrollo.
- **Conductuales:** miedos, fugas, agresividad, fracaso escolar, tendencia suicida; anorexia, abdominalgias, cefaleas inespecíficas; regresión; encopresis o enuresis *de novo*; conductas y/o conocimientos sexuales inadecuados para la edad, sexualización precoz, acercamiento singular a las figuras adultas; comportamientos extremos: conductas suicidas, fugas, conductas negativistas, desafiantes, retraimiento, temores; negativas para ir a un determinado lugar o con determinada persona, no querer participar en actividades físicas ni cambiarse de ropa para hacer gimnasia.
- **Sociales:** conductas delictivas, consumo de tóxicos, aislamiento social, abuso de otros menores, sexualización de las relaciones, reserva, desconfianza.
- **Físicos:** sugilaciones (“chupetones”) en cuello o mamas; lesiones intraorales; dificultad para andar y sentarse; ropa interior rasgada o manchada; excoriaciones, hematomas en áreas próximas a genitales, brazos, muslos; lesiones genitales o anales sin justificación, rectorragias o metrorragias; cuerpo extraño en vagina, ano; infecciones vaginales o rectales sugestivas; enfermedades de transmisión sexual (ETS); presencia de semen o pelo púbico en boca, ano, genitales, ropa; embarazo.

Historia clínica

En la mayoría de los casos, es la parte más importante de la evaluación en el ASI.

- **Historia clínica recogida de los cuidadores del niño/a.** Entrevista inicial con los acompañantes del niño/a. En este momento inicial, el menor no debe estar presente, ya que oír el supuesto relato de los hechos por parte de los acompañantes puede contaminar su relato. Preguntar por los indicadores de sospecha de ASI. Con esta información y con la simple sospecha razonada, se notificará al Juzgado de Guardia.
- **Historia clínica recogida del menor.** En caso de que acuda el médico forense, se esperará a él para realizarla conjuntamente.
- **Elementos que deben constar en la historia clínica.**
 - Identificar al acompañante del niño al servicio de urgencias y establecer la relación entre este y el menor (nombre y apellidos, teléfono...).
 - Antecedentes patológicos: antecedentes personales (alergias, vacunación, tratamientos). Historia ginecológica si es adolescen-

te (menarquia, fecha última menstruación, relaciones sexuales). Hábitos tóxicos.

- Historia de la agresión: cuándo ha ocurrido, lugar, tipo de violencia sexual, si se ha duchado. Identificar al posible agresor.
- Historia social: miembros que conviven en el domicilio y parentesco, centro escolar del menor.

Exploración física

Debe ser realizada por el facultativo más experto en ASI, siendo el pediatra la persona de referencia del equipo y siempre acompañado por otro sanitario. Se debe explicar al menor en un lenguaje adecuado porque se debe realizar la exploración. No utilizar métodos de contención ni utilizar la violencia para sujetar al menor, siendo preciso en ocasiones la sedación del menor. En la mayoría de las ocasiones, en torno al 95%, la exploración será normal.

En la medida de lo posible, debemos procurar preservar el pudor del menor. Una medida que favorece una más adecuada exploración es que el menor permanezca en el regazo de la madre. Al menor se le debe desnudar por completo, y esto lo hará sobre una superficie blanca ya que, de esta manera, si se desprenden muestras biológicas pueden ser recogidas.

La exploración debe ser completa, pero breve, sin brusquedades e intentar que sea única y realizada conjuntamente con todos los profesionales implicados: pediatra/forense/ginecólogo/cirujano pediátrico. Es importante valorar el estado emocional del menor.

Exploración general completa

- Iniciar cabeza, boca, toda la piel, último el examen genital y el anal. Valorar hematomas retroauriculares por sujeción forzada de la cabeza del paciente. Lesiones bucales sugestivas de ASI, tales como el desgarramiento del frenillo lingual. Describir si existen otras lesiones, dibujo o foto.
- Describir el desarrollo puberal: estadios de Tanner.

Exploración ginecológica/genital

- En función de la edad, en brazos de la madre. Posición de la rana. No utilizar perneras. La inspección visual se realizará con espéculo solo si hay sangrado, dolor abdominal o fiebre.
- Lesiones en la zona genital relacionadas con ASI:
 - Hallazgos no específicos*: inflamación, excoriación. Secuelas de una mala higiene o infección inespecífica. Enrojecimiento o eritema

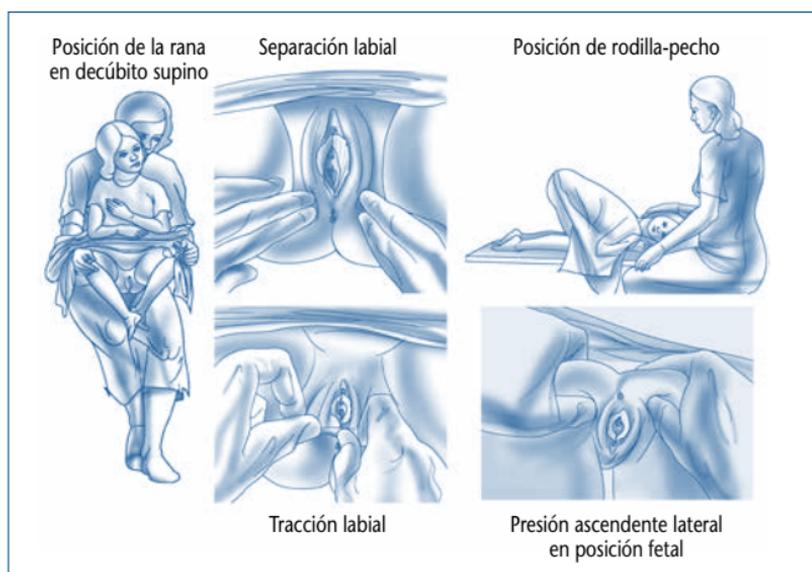


FIGURA 1.

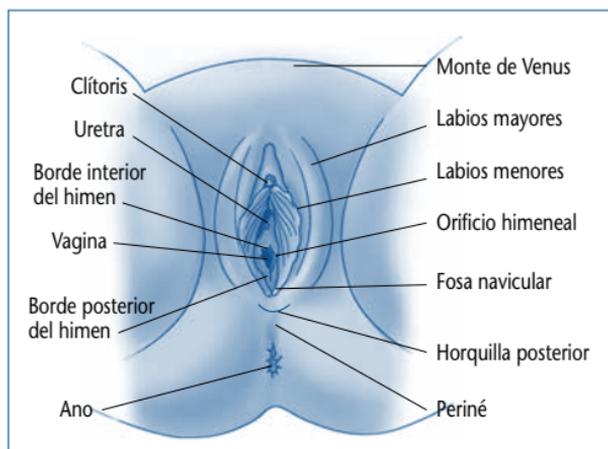


FIGURA 2.

vulvar. Aumento del flujo vaginal. Pequeñas fisuras o laceraciones cutáneas. Aglutinación de labios menores.

–*Hallazgos sugestivos*: laceraciones recientes o cicatrizadas del himen, himen con escotaduras, en forma de u o v; engrosamientos o irregularidades; lesiones en la horquilla posterior, entre las 3 y las 9, siendo típico a las 6; indentaciones en la piel que sugieren marcas dentales; otros: hendiduras completas en el borde posterior del himen, ausencia de himen, carúnculas mirtiformes.

–*Hallazgos definitivos de abuso sexual*: presencia de esperma. Restos de objetos. ETS. Gestación de la víctima.

- En genitales masculinos, pocos datos, siendo preciso especificar el estadio de Tanner correspondiente, existencia o no de lesiones en glándula, base del pene, meato uretral, zonas escrotal y perineal.
- La exploración de la zona anal se hará con el paciente en posición de decúbito lateral y piernas flexionadas. Son lesiones anales sospechosas de ASI, pero no definitivas la pérdida de pliegues y engrosamiento de márgenes perianales; fisuras múltiples y profundas; pérdida del tono esfinteriano; el llamado signo de la O y que es la dilatación anal refleja >15 mm, al separar los glúteos; congestión venosa perianal; cambios de coloración en la piel, predominando la hiperpigmentación; hematomas en cara interior de muslos, región perineal o nalgas. Es típico de penetración anal el signo de Wilson-Johnston, y que es un desgarro de la mucosa rectal en la línea media, cerca del rafe y de conformación triangular.

Con respecto a los condilomas, en épocas anteriores se consideraron patognomónicas de ASI. Actualmente solo en virus del papiloma humano (HPV) 6-11 y, con edades entre 8 a 12 años, habrá que valorarlos como posible signo de ASI.

Diagnóstico diferencial

- Accidentes: caídas a horcajadas.
- Infecciones: vulvovaginitis inespecífica, dermatitis del pañal, perianitis estreptocócica.
- Malformaciones congénitas: sinequias vulvares.
- Cuerpos extraños.
- Afecciones dermatológicas: dermatitis inespecífica, liquen escleroso, oxiuros, úlcera de Lipschütz.
- Digestivos: enfermedad de Crohn, estreñimiento.
- Urológicos: prolapso uretral, sarcoma botrioides.

Exploraciones complementarias

Si el ASI ha sido hace menos de 72 h, y ha habido contacto de la piel del agresor con la piel de la víctima, contacto con secreciones, o han sido múltiples agresores, se realizará toma de muestras bajo las indicaciones del MF. Las muestras se deben recoger de acuerdo al BOE nº 122, del 19 de mayo del 2010. En función del tipo de agresión, se recogerán las siguientes muestras:

- Tóxicos en sangre/orina si se sospecha de sumisión química.
- Recogida de la ropa de la víctima y guarda en bolsas individualizadas.

- Penetración bucal: dos hisopos en zona yugal y dos peridentales. Después enjuague bucal.
- Si el agresor ha besado o ha rozado con su piel a la víctima, recogida de muestras con un hisopo de las zonas afectadas.
- Uñas: restos en zona subungueal y corte de uñas.
- Penetración vaginal: dos hisopos de zona vulvar, dos en vagina, dos en fondo de saco, dos en cuello uterino. Posteriormente, lavado vaginal.
- Penetración anal: dos hisopos en zona perianal y dos en zona anal.
- Respecto a la detección de ETS, serán indicaciones de recogida:
 - Contacto sexual genital-anal, no digital.
 - Perpetrador del abuso con historia conocida de ETS o múltiples parejas.
 - Comunidad con elevada prevalencia de ETS.
 - Hallazgos clínicos: signos y síntomas de ETS, penetración traumática, historia familiar de ETS.
 - Pacientes que soliciten estudio o preocupación por ETS.

Respecto a la probabilidad de que una ETS, pueda ser debida a ASI; es segura ante la presencia de gonorrea o sífilis. Muy sospechosa en el caso de tricomonas, VIH, VHB, herpes y clamidias. Siendo posible el origen en un ASI el caso de *Gardnerella vaginalis*, condilomas y escabiosis.

Si el ASI ha ocurrido hace más de 72 h, se realizarán cultivos para la detección de ETS, junto con un análisis de sangre que incluya:

- Analítica sanguínea (serologías):
 - VHB: HBsAg y anti-HBc.
 - VHC: anti-VHC.
 - VIH: anti-VIH (6, 12, 24 semanas).
 - Sífilis: VDRL y FTA-ABS (6, 12, 24 semanas).
 - Virus del herpes simple tipo II y HPV.
- Test de embarazo en adolescentes.

Tratamiento

En función del tipo de agresión, edad, desarrollo psico-emocional del paciente y urgencia de la situación, hay que valorar la necesidad de evaluación urgente por psiquiatría/psicología.

El tratamiento médico irá encaminado inicialmente a la profilaxis infecciosa:

- Gonococo: ceftriaxona (125 mg i.m., dosis única en <45 kg, si >45 kg: 250 mg i.m.) o cefixima (8 mg/kg, v.o., d.u.).
- Sífilis: penicilina benzatina: 2.400.000 UI, d.u., i.m.
- *Chlamydia trachomatis*: azitromicina: (20 mg/kg, v.o., d.u., dosis máxima: 1 g).

- *Trichomonas vaginalis* y vaginosis: metronidazol: 15 mg/kg/d, en tres dosis, máximo 2 g v.o., 7 d. Adolescentes: 2 g, v.o., d.u.

Respecto a la profilaxis del VIH, se debe realizar conjuntamente con infectólogos. Se deberá iniciar cuando la agresión ha sido hace menos de 72 horas y tras relación sexual desprotegida, por vía anal, vaginal o sexo oral, con eyaculación o exposición a sangre con un agresor VIH positivo o desconocido. Será necesario realizar hemograma y pruebas de función renal y hepática basales. Duración será de 28 días, con la utilización de zidovudina, amivudina (o emtricitabina) y lopinavir/ritonavir.

Frente a la posibilidad de contagio de la hepatitis B, si no está vacunada la víctima, se administrará: HBIG + vacuna.

En función de la edad de la paciente habrá que considerar la contracepción de emergencia, siendo diferente el fármaco en función del tiempo transcurrido desde la agresión:

- Menos de 72 h: levonorgestrel (1,5 mg d.u., v.o.).
- Entre las 72 h hasta los 5 d: acetato de ulipristal (30 mg, v.o., d.u.).

NOTIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO

Contactaremos con las autoridades para notificar las acciones a iniciar. Normalmente se realizará a través del Juzgado de Guardia.

- Respecto a la notificación, véase capítulo específico y algoritmo.
- Establecer la necesaria coordinación con los profesionales de los Servicios Sociales y con los de Atención Primaria de Salud.
- En los hospitales donde se disponga, seguimiento en la consulta de Pediatría Social. Si no es así, en consulta de Pediatría General para seguimiento clínico, de cultivos y serologías y tratamiento.

CONCLUSIONES

- En la mayoría de los casos de ASI no existen signos físicos, por lo que es fundamental el relato de los hechos por parte del menor.
- No dar el alta, ni enviar a casa, si la protección del menor no está asegurada.
- Es necesario evitar la revictimización al menor con nuestra actuación, intentar una única recogida de información y de exploración.
- Abordaje multiprofesional aunque la persona de referencia deberá ser el pediatra.

BIBLIOGRAFÍA

- Adams JA, Kaplan RA, Starling SP, Mehta NH, Finkel MA, Botash AS et al. Guidelines for medical care of children who may have been sexually abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007; 20: 163-72.

- Bernard D, Peters M, Mokořoff K. The evaluation of suspected pediatric sexual abuse. *Clin Ped Emerg Med.* 2006; 7: 161-9.
- Fortin K, Jenny C. Sexual abuse. *Pediatr Rev.* 2012; 33: 19-32.
- Gil J, Ostos R, Largo E, Acosta L, Caballero MA. Valoración médica en la sospecha de abuso sexual en personas menores de edad. A propósito del estudio de tres casos. *Cuad Med Forense.* 2006; 12: 57-74.
- Hershkowitz I, Lanes O, Lamb ME. Exploring the disclosure of child abuse with alleged victims and their parents. *Child Abuse Negl.* 2007; 31: 111-23.
- Leserman J. Sexual Abuse History: Prevalence, Health Effects, Mediators, and Psychological Treatment. *Psychosom Med.* 2005; 67: 906-15.
- Muram D. The Medical Evaluation in Cases of Child Sexual Abuse. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2001; 14: 55-64.
- Pereda N, Abad J. Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual infantil. *Rev Esp Med Legal.* 2013; 39: 19-25.
- Pou i Fernández J. Abuso sexual. Protocolo de actuación. En: Casado Flores J, Serrano A. Urgencias y tratamiento del niño grave. 2º ed. Madrid: Ergon; 2007. p. 852.
- Rodríguez-Almada H. Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil. Revisión y actualización. *Cuad Med Forense.* 2010; 16: 99-108.
- Salud y buen trato a la infancia y adolescencia en Andalucía. Anexo IV. Indicadores tomado de Maltrato infantil: Detección, notificación y registro de casos. Observatorio de la Infancia Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2008. p. 125-41.
- Sam S, Gayón E, García CA. Estudio clínico ginecológico en niñas y adolescentes que sufrieron abuso sexual. *Ginecol Obstet Mex.* 2008; 76: 404-16.
- Una experiencia de buena práctica en intervención sobre el abuso sexual infantil. Advocacy, construcción de redes y formación. Informe sobre el Programa de sensibilización y Prevención del abuso sexual infantil (1998-2004) de Save the Children España.

6. Maltrato psicológico

J. Ruiz Jiménez, I. López Contreras, M. Marín Ferrer

CONCEPTO

Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles, desde la evitación hasta el encierro o confinamiento, por parte de las personas responsables del cuidado del niño o la niña. De esta manera no se satisfacen las necesidades básicas y universales de la infancia.

Descripción de las posibles acciones que presenta el maltrato emocional:

- **Rechazar:** el adulto se niega a reconocer el valor del niño o la niña y la legitimidad de sus necesidades.
- **Aislar:** el adulto separa al niño o a la niña de las experiencias sociales normales, les impide tener amigos y amigas y les hace creer que están solos en el mundo.
- **Ignorar:** el adulto resulta psicológicamente inaccesible para el niño o la niña, no responde a su necesidad de interactuar.
- **Aterrorizar:** el adulto agrede verbalmente al niño o la niña, crea un clima de miedo, intimida y asusta, les hace creer que el mundo es hostil.
- **Corromper:** se le estimula a realizar actos delictivos.
- **Explotación:** se le encargan tareas que las debería realizar un adulto.

Clásicamente se han establecido dos subcategorías, dentro del maltrato psicológico (MPS).

Abuso emocional

Los progenitores realizan una acción que se perpetúa en el tiempo, y de esa manera realizan, rechazan, aíslan, aterrorizan al menor y que causan o pueden causar serios deterioros en el desarrollo emocional, social e intelectual del niño. Además, en general, se puede decir que

se está abusando emocionalmente del niño siempre que se produzcan situaciones de otro tipo de maltrato: físico, sexual, violencia contra la mujer en la pareja, etc.

Negligencia emocional

Se caracteriza por la omisión o bloqueo de las conductas estimulantes en el niño. Existe una falta persistente de respuesta por padres, tutores, o figura adulta estable, a ciertas señales o expresiones emocionales del niño/a (llanto, sonrisa), o a los intentos de aproximación, interacción o contacto hacia dichos adultos. También se evita la supervisión de los comportamientos de un adolescente, junto con la desatención de las dificultades de carácter emocional que puedan presentarse.

OBJETIVOS A TENER EN CUENTA EN EL ABORDAJE DEL MPS

- **Diagnóstico:** evaluación psicopatológica y relacional de la familia y del proceso de desarrollo del niño.
- **Tratamiento:** priorizar la orientación terapéutica a la familia, o al niño, según lo que se detecte, idealmente favoreciendo el abordaje desde figuras parentales desde la priorización.
- **Intervención:** coordinación con los servicios sociales y de protección infantil proporcionando la información, participando en la formulación de objetivos y en la toma de decisiones, e implicándose activamente en la consecución de los objetivos que le competan.
- **Prevención:** capacitar a los padres con características de riesgo para atender correctamente al niño según sus necesidades en sus diferentes etapas evolutivas; enseñar a los niños recursos y actitudes necesarias para detectar y defenderse de agresiones por parte de los adultos; y creando en los niños recursos y actitudes necesarias para un ejercicio posterior del rol parental (prevención).

CLÍNICA

La identificación de síntomas producidos por maltrato psicológico es más difícil de reconocer que los otros tipos de maltrato, puesto que muchos de los síntomas son similares a los que se pueden presentar en otras etiologías. Además, el maltrato psicológico suele producirse junto a otros tipos de maltrato. Una forma para determinar si los síntomas se deben a un maltrato consiste en estudiar el entorno relacional más inmediato del menor y el tipo de reacciones que manifiestan los padres o cuidadores con respecto al niño (Tabla 1).

TABLA 1. Manifestaciones comportamentales

<i>En el niño</i>	<i>En los padres y/o cuidadores</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Muestra desconfianza hacia el adulto en sus promesas o actitudes positivas • Es apático en las relaciones con los progenitores • Paradójica reacción de fácil adaptación a los desconocidos. • Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente • Busca contactos físicos inapropiados • Exhibe una ausencia de respuesta ante los estímulos sociales. Se inhibe en el juego con otros niños • Muestra conductas extremadamente adaptativas, que son demasiado “de adultos” (hacer el papel de padre de otros niños) o demasiado infantiles (mecerse constantemente, chuparse el pulgar, enuresis) indicando una inmadurez socioemocional • Tiene dificultad de adaptación a situaciones cotidianas y escasa habilidad en situaciones conflictivas • Presenta un carácter asustadizo, tímido, pasivo o, por el contrario, comportamientos de más mayor • Tiene dificultad de adaptación a situaciones cotidianas y escasa habilidad en situaciones conflictivas • Presenta un carácter asustadizo, tímido, pasivo o, por el contrario, comportamientos compulsivos, negativistas o agresivos • Presenta disminución de la capacidad de atención, trastornos del aprendizaje, retraso en el lenguaje y/o fracaso escolar • Presenta trastornos en las funciones relacionadas con la alimentación (anorexia, bulimia) o relacionadas con el sueño (insomnio, terror nocturno) o con el control de esfínteres (enuresis, encopresis) 	<ul style="list-style-type: none"> • Exhibe frialdad y falta de afecto en el trato del niño • No calma el llanto del niño • Facilita u obliga permanencias prolongadas en la cuna/cama • Rechaza verbalmente, insulta, menosprecia y desvaloriza al niño • Basa sus relaciones con el niño en el temor o en una disciplina excesiva • Trata de manera desigual a los hermanos • Mantiene unas exigencias superiores a las propias del momento evolutivo del niño o de sus características individuales • Obliga a practicar convicciones y creencias extremas (nutricionales, religiosas, culturales) • Parece no preocuparse por los problemas del niño • Tolerancia todos los comportamientos del niño sin poner límite alguno • No acepta la iniciativa del niño; impide al niño una mayor autonomía • Aparta al niño de las interacciones sociales • Cambios frecuentes de las funciones parentales; renuncia de su función parental • Es inaccesible o poco disponible para el niño • No participa en las actividades diarias del niño

TABLA 1. Manifestaciones comportamentales (continuación)

<i>En el niño</i>	<i>En los padres y/o cuidadores</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Presenta trastornos neuróticos o de relación (estructuras obsesivas, fobias, ansiedad, regresión) • Exterioriza trastornos psicósomáticos (cefaleas, abdominalgias) o fingimiento de síntomas • Tiene baja autoestima y una visión negativa del mundo y de los progenitores. Está deprimido. Exhibe conductas de autolesión, ideación o intentos de suicidio • Tiene comportamientos antisociales (vandalismo, hurtos, violencia, agresividad, fugas del hogar), participa en actividades delictivas y/o practica conductas de riesgo para la salud (uso y/o abuso de tabaco, drogas, alcohol; actividad sexual temprana y sin medidas anticonceptivas; promiscuidad sexual, prostitución) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene un exceso de vida social o laboral • Alienta a cometer conductas delictivas; expone al niño a pornografía; premia conductas agresivas

DIAGNÓSTICO

Indicadores de sospecha

Cambio notable del comportamiento o del estado emocional que suponga una desviación de lo que sería esperable para su edad y fase de desarrollo (Tabla 2).

Si un niño tiene, de forma regular, responsabilidades que interfieran con las actividades normales fundamentales, para su edad. Si un niño responde en una revisión o evaluación médica de modo poco común, en términos de desarrollo, tales como pasividad, rechazo o resistencias extremas.

Anomalías en las interacciones entre los padres y el niño: castigo por enuresis, se niegan a permitir que el niño hable a solas con un profesional de la salud, etc.

Diagnóstico diferencial

Descartar siempre otras causas médicas del comportamiento del niño, trastornos del neurodesarrollo: trastorno por déficit de aten-

TABLA 2. Indicadores de maltrato psicológico

<i>En el menor</i>	<i>En los cuidadores</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Retraso en el crecimiento y desarrollo físico • Alteraciones en el desarrollo motor y retraso en el desarrollo del lenguaje y el desarrollo intelectual • Trastornos del desarrollo emocional • Problemas en el control de esfínteres • Trastornos de la alimentación y del sueño • Trastornos psicósomáticos • Trastornos de conducta. Comportamientos negativistas o agresivos. Hiperactividad o déficit de atención • Reacciones de ansiedad, temor o de miedo ante estímulos sociales • Relaciones sociales escasas y/o conflictivas y falta de respuesta ante estímulos sociales • Actitud silenciosa y tristeza sin motivo aparente. Baja autoestima • Apatía, inhibición en el juego. • Apariencia excesivamente complaciente, pasiva, o extremadamente agresiva y exigente • Conductas de riesgo o antisociales • Conductas compulsivas y/o autolesiva. Intentos de suicidio. • Conductas extremadamente adaptativas o bien demasiado adultas o infantiles • Escasez de habilidades de resolución de conflictos • Problemas de aprendizaje. Cambios bruscos en el rendimiento escolar y/o conducta 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo verbal y/o no verbal hacia el menor. Sin respuesta a sus iniciativas de contacto • Culpabilización continua o manifestaciones de desprecio • Utilización frecuente del castigo y la intimidación con pautas educativas y disciplinarias incongruentes y no estables • Amenazas con castigos extremos y lo enfrentan a situaciones violentas o peligrosas, para crearle un miedo intenso • Actitud fría y falta de cariño • Le transmiten una desvalorización constante de sí mismos, con críticas continuas y manifestación de desprecio por sus logros • Dificultan la interacción y comunicación del menor con otros niños o adultos • Violencia doméstica física o verbal extrema y/o crónica, entre los padres o cuidadores, en presencia del menor • Falta de interés por sus necesidades y despreocupación por sus problemas. No le ayudan cuando la necesitan • Desinterés por su evolución o por las actividades que realizan. • Respuesta de manera extrema e imprevisible ante conductas normales de niños • Exigen al menor por encima de sus capacidades físicas o psicológicas • Trato desigual respecto a los hermanos

ción con hiperactividad, trastorno de espectro autista (TDAH, TEA), trastornos bipolares o los actos deliberados de evitar la interacción.

CRITERIOS DE GRAVEDAD

- **Leve:** las conductas de maltrato no son frecuentes y no tienen la intensidad suficiente como para afectar a las interacciones sociales del menor u otra área de su desarrollo.
- **Moderado:** el rechazo al menor o las amenazas son frecuentes o se realizan esfuerzos activos para evitar sus relaciones sociales. Hay evidencias de afectación emocional y dificultades para el desempeño de las actividades normales para la edad. **Sin embargo, aún se mantienen aspectos positivos en el cuidado y las relaciones afectivas paterno-filiales.**
- **Grave:** cuando se produce una de estas situaciones:
 - Rechazo categórico, total y constante, hacia el menor.
 - Las amenazas son extremas.
 - Se impiden totalmente las interacciones del menor.Este grado de maltrato puede provocar un daño emocional importante. Es urgente la intervención por parte de personal especializado.

TRATAMIENTO

El marco del tratamiento del maltrato no corresponde en la urgencia, ni en atención primaria ni hospitalaria sino que, desde estos recursos, el mejor tratamiento del maltrato es la prevención, detección, notificación y adecuada derivación.

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

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

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

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

BIBLIOGRAFÍA

- Arruabarrena MI, de Paúl J. Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide; 1994.
- Botello Díaz B, Díaz Oliver B. Prevención y Detección precoz del Maltrato Infantil: revisión de estrategias e intervenciones desde los servicios sanitarios. Sevilla. Consejería de Igualdad, Salud y Bienestar Social. 2001. (Serie Salud y Buen Trato a la Infancia y Adolescencia en Andalucía) (Cuadernos de trabajo; 3). [acceso el 9 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.redsabria.org/file.php?file=/1/Prevencionmaltrato.pdf>
- Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez MC. Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos; 1997.
- Garbarino J, Guttman E, Seeley JW. The psychologically battered child. Strategies for identification, assessment and intervention. 4ª ed. San Francisco: Jossey-Bass Inc., Publishers; 1989.
- Gómez de Terreros Guardiola M. Maltrato psicológico. Cuad Med Forense. 2006; 12: 103-16.
- Kieran PO. Emotional and psychological abuse: Problems of definition. Child Abuse Negl. 1995; 19: 446-61.
- Kokotos F. The Vulnerable Child Syndrome. Pediatr Rev. 2009; 30: 193-4.
- Morris G. Vulnerable Child Syndrome and its Variants. Pediatr Rev. 1986; 8: 75-80.
- NICE. (Elaborated by the National Collaborating Centre for Woman's and Children's Health; commissioned by the National Institute for Health and Clinical Excellence). When to suspect child maltreatment). London. 2009 [acceso el 9 de septiembre de 2014] Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG89/chapter/introduction>
- Pearson SR, Boyce WT. Consultation with the Specialist: The Vulnerable Child Syndrome. Pediatr Rev. 2004; 25: 345-9.
- Rodríguez Rodríguez M, Garrido Porras A. Cuadernos sobre Salud y Buen Trato a la Infancia y Adolescencia en Andalucía. Sevilla. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2010. (Cuadernos de Trabajo; 1 y 2).
- Santana-Tovira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. Maltrato Infantil. Un problema mundial. Salud Pública Mex. 1998; 40. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/S0036-36341998000100009>

7. Negligencia

F. Ferres Serrat, A. Fábregas Martori, C. Díez Sáez

INTRODUCCIÓN

El maltrato por negligencia es la forma más frecuente de maltrato infantil, representando más de la mitad de los casos notificados, tanto en España como en otros países.

DEFINICIÓN

Situación en la que las necesidades básicas del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro adulto del grupo que convive con el niño, pese a que los responsables de su cuidado tienen los medios, el conocimiento y acceso a los servicios básicos.

TABLA 1. Áreas a las que hacen referencia las necesidades básicas

Alimentación	Vigilancia
Vestido	Atención médica
Higiene	Educación
Seguridad	Emocional

TIPOS DE NEGLIGENCIA

- **Negligencia física:** no proporcionar adecuada alimentación, vestido e higiene; no garantizar la realización de actividades seguras o no utilizar dispositivos de seguridad adecuados; no proporcionar una adecuada vigilancia para evitar daños o lesiones.
- **Negligencia médica:** negativa o demora en buscar atención médica que haya causado o podido causar daño; mal cumplimiento de las indicaciones médicas; problemas físicos o necesidades médicas no cubiertas.
- **Negligencia educativa:** no inscribir al niño en la escuela o asegurar la asistencia escolar; incapacidad para abordar las necesidades educativas específicas (Tabla 2).

TABLA 2. Indicadores de negligencia física, médica y educativa

<i>Físicos en el niño</i>	<i>Comportamentales</i>	<i>Conducta del cuidador</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Falta de higiene • Ropa inadecuada para las condiciones climáticas • Alimentación y/o hábitos horarios inadecuados • Retraso del crecimiento de causa no orgánica • Infecciones leves recurrentes o persistentes • Hematomas inexplicados • Accidentes frecuentes por falta de supervisión • Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta de seguimiento médico • Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica • Ausencia de cuidados médicos rutinarios • Retraso en las áreas madurativas • Problemas de aprendizaje escolar 	<ul style="list-style-type: none"> • Comportamientos autogratificantes • Somnolencia, apatía, depresión • Hiperactividad, agresividad • Tendencia a la fantasía • No va a la escuela o falta con frecuencia y sin justificar • Se suele quedar dormido en clase • Llega muy temprano a la escuela y se va muy tarde • Dice que no hay quien le cuide • Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto • Comportamientos antisociales (vandalismo, prostitución, toxicomanías) • Conductas o actividades peligrosas • Pide ropa o comida 	<ul style="list-style-type: none"> • Vida caótica en el hogar • Muestra evidencias de apatía o inutilidad • Mentalmente enfermo o tiene bajo nivel intelectual • Tiene una enfermedad crónica • Fue objeto de negligencia en su infancia • No satisface las necesidades básicas del niño o lo hacen mal

- **Negligencia emocional:** no responder a las expresiones emocionales del niño; no proporcionar amor, afecto y apoyo emocional; no proporcionar atención psicológica cuando sea necesario; maltratar al cónyuge en presencia del niño (Tabla 3).

TABLA 3. Indicadores de negligencia emocional

<i>Comportamentales en el niño</i>	<i>Conducta del cuidador</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Desconfianza hacia el adulto, en sus promesas o actitudes positivas • Paradójica reacción de adaptación a personas desconocidas • Excesivamente complaciente, pasivo o no exigente • Extremadamente agresivo • Inhibición del juego 	<ul style="list-style-type: none"> • Renuncia a su rol parental • No disponibilidad de los padres para el niño • Padres inaccesibles • Incapacidad para responder a cualquier conducta de los niños • Falta de supervisión parental • Tolerancia todos los comportamientos del niño sin ponerle ningún límite

INDICADORES DE NEGLIGENCIA

El criterio para establecer la existencia de negligencia viene determinado generalmente por la presencia en el niño de uno o diversos indicadores identificados de forma reiterada o continua.

NIVELES DE GRAVEDAD

Leve

- Hay conducta negligente, pero el niño no sufre ninguna consecuencia negativa en el desarrollo físico o cognitivo, en sus relaciones sociales o en su situación emocional.

Moderado

- La negligencia en la conducta parental determina que el niño presente retrasos no importantes en el desarrollo físico, cognitivo, emocional o social.
- Las conductas de negligencia emocional son frecuentes, provocan un daño emocional significativo, pero hay aspectos positivos en la atención emocional que los padres proporcionan al niño.

Grave

- El niño ha sufrido de forma repetida lesiones o daño físico, como consecuencia directa de la conducta negligente de sus padres que han requerido atención médica.

- La negligencia en la conducta parental ha determinado que el niño presente retrasos importantes en el desarrollo físico, cognitivo, emocional o social.
- Las conductas de negligencia emocional son constantes y su intensidad elevada, provocando un daño emocional severo.

MANEJO DESDE URGENCIAS

Sospechar y reconocer la negligencia

A pesar de ser el maltrato más frecuente, su expresividad es, generalmente, menos llamativa, por lo que para su correcta identificación deberemos tenerlo siempre bien presente y conocer bien los indicadores de negligencia. Cuando se sospeche deberemos hacer una historia dirigida detallada, una exploración física completa y observar cuidadosamente la interacción padres-hijo.

Abordaje multidisciplinar

Es preciso que el facultativo responsable del caso, debe contactar con los profesionales de trabajo Social de su Centro. Si el hecho es atendido en un centro hospitalario, se debe contactar con el Centro de Atención Primaria del menor y exponérselo tanto a su Pediatra, como a Trabajo Social, de cara a un adecuado seguimiento y una correcta intervención. Se valorará el contactar con el Centro Educativo del paciente.

Establecer diagnóstico de negligencia probable o evidente

Una vez evaluados todos los indicadores y de hacer las consultas descritas, deberemos confirmar o no la sospecha fundada o evidencia de maltrato por negligencia.

En determinadas situaciones no graves de difícil valoración, y en las que no ha sido posible consultar con profesionales experto en gestión de situaciones de maltrato, puede optarse por citar al paciente a estos profesionales a través de los circuitos establecidos en cada centro y posponer la evaluación diagnóstica definitiva.

Evaluar el nivel de gravedad de la negligencia

Especialmente debe valorarse si se trata de una negligencia grave que requiera ingreso hospitalario o intervención urgente de Protección de Menores o de las fuerzas de seguridad.

Notificar la sospecha o evidencia de negligencia

- Si la gravedad de la negligencia se considera leve o moderada se notificará a los servicios sociales de Atención Primaria y a Fiscalía de

Menores. Siempre se informará al pediatra del niño y al profesional de Trabajo Social del centro de salud.

- Si negligencia grave se comunicará siempre al organismo local de Protección de Menores y se hará parte de lesiones.
- Siempre debe cumplimentarse el formulario/hoja de notificación del Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI).
- Si hay negligencia leve o sospecha poco clara de negligencia leve-moderada se puede optar por solo contactar con el pediatra del niño y el profesional de Trabajo Social del centro de salud, sin notificación a la Fiscalía de Menores y RUMI.

Informar a los padres

Siempre que se realice una notificación de sospecha o evidencia de negligencia se debe informar a los padres y evaluar su reacción.

Valorar la necesidad de intervención urgente de Protección de Menores o de las fuerzas de seguridad

- Cuando el grado de negligencia se considere grave y el niño no precise cuidados médicos que justifiquen un ingreso se debe contactar con Protección de Menores para que haga una evaluación urgente del caso de cara a considerar una retirada cautelar de la tutela a los padres.
- También se contactará con Protección de Menores en el caso de niños abandonados que no precisen ingreso hospitalario y que, por carecer de figura paternal o maternal protectora requieran ser ingresados en un centro de acogida. Se considerará llamar a las fuerzas de seguridad para trasladar al niño.

Valorar la necesidad de ingreso hospitalario. Criterios de hospitalización

- Necesidad de intervención urgente de Protección de Menores, que no se puede gestionar de forma ambulatoria.
- En todos los casos de negligencia grave, excepto si el menor se ingresa en un centro de acogida o si ya ha podido ser valorado por Protección de Menores y no precisa cuidados hospitalarios.
- Abandono con repercusión física importante o repercusión emocional severa.
- Retraso del crecimiento de causa no orgánica en los primeros 6 meses de vida.
- Incapacidad manifiesta de los padres en asumir el cuidado médico de la enfermedad aguda de su hijo o sus necesidades básicas.

Cumplimentar y documentar adecuadamente los documentos legales: informe médico de alta o ingreso y el parte judicial si procede

Tanto en el informe de alta o ingreso, como en el parte judicial, si procede, debe figurar de manera inequívoca el diagnóstico de sospecha o evidencia de negligencia. No será necesario en los casos muy dudosos de negligencia leve o moderada o en los casos de negligencia leve en los que no se considere necesaria la notificación de maltrato.

Asegurar y organizar el seguimiento si hay alta

En los casos de negligencia leve-moderada, conjuntamente con el profesional de Trabajo Social del hospital si es posible, se explicará a la familia cómo debe contactar con los servicios sociales de Atención Primaria, ya sean los servicios sociales municipales o el profesional de Trabajo Social de su centro de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Endom, EE. Child neglect and emotional abuse. [Monografía on line]. En: UpToDate, 2014. Disponible en: http://www.uptodate.com/contents/child-neglect-and-emotional-abuse?source=search_result&search=negligencia+infantil&selectedTitle=1~26
- Guía para la notificación y detección del maltrato infantil. Actuaciones ante el maltrato desde el ámbito sanitario. Direcció General de Menors i Família del Govern de les Illes Balears. 2010. Disponible en: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST1685Z1104863&id=104863>
- Leeb RT, Paulozzi L, Melanson C, Simon T, Arias I. Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2008. Disponible en: http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/cm_surveillance-a.pdf
- Maltrato y desprotección en la infancia y la adolescencia. Atención a las situaciones de riesgo. Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. 2000. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r8520319/es/contenidos/informacion/maltrato_domestico/es_maltrato/adjuntos/maltrato-DesproteccionInfanciaAdolescencia.pdf
- Protocol d'actuació clínicoasistencial de maltractaments aguts a la infancia. Departaments de Salut i d'Acció Social i Ciutadana de la Generalitat de Catalunya. 2008. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/07Infanciaiadolescencia/Recursos_professionals/Pdf/Protocol_clinicoasistencial.pdf
- Sánchez J. El niño maltratado. En: Benito J, Luaces C, Mintegi S, Pou J, eds. Tratado de Urgencias en Pediatría. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2011. p. 820-8.
- Wood JN, Ludwig S. Child abuse. En: Fleisher GR, Ludwig S, eds. Textbook of Pediatric Emergency Medicine. 6th. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 1656-75.

8. Síndrome de Munchausen por poderes

*M.D. Simarro Bravo, Z. Espinel Padrón,
J.A. Cózar Olmo*

DEFINICIÓN

El **síndrome de Munchausen por poderes (SMP)** es un trastorno caracterizado por la simulación o producción intencionada de síntomas de alguna enfermedad orgánica o psíquica, siendo el sujeto de la enfermedad el niño y el agente productor de los síntomas uno de sus padres.

No existe una presentación clínica típica de este síndrome; puede fluctuar desde la invención, exageración de los síntomas del niño, hasta la inducción de los signos y síntomas de la enfermedad.

EPIDEMIOLOGÍA

La prevalencia de SMP es desconocida, afectando sobre todo a niños <4 años, sin predilección por sexos. La incidencia anual se sitúa en torno al 0,5-2/100.000.

El tiempo trascurrido desde el comienzo de la sintomatología hasta su diagnóstico es de 15-21 meses. La madre, en la mayoría de los casos, es la perpetradora. En torno al 10% de los pacientes, tenían hermanos que habían muerto en condiciones extrañas.

CLÍNICA

Cualquier sistema puede encontrarse comprometido (respiratorio, gastrointestinal, cardiovascular...) e incluso, en ocasiones, pueden presentarse distintas enfermedades en diferentes momentos en el mismo paciente.

Debemos pensar en este diagnóstico, en niños previamente sanos que debutan con un cuadro neurológico o metabólico grave inexplicable.

Hay unos **indicadores físicos**, que pueden presentarse en el niño con SMP, que nos servirán de ayuda:

- Habitualmente niños <5 años y, con frecuencia, lactantes.

- Es llevado por su cuidador, generalmente la madre, a diferentes centros sanitarios de forma reiterada.
- Describe o exhibe la presencia de manifestaciones clínicas, en ocasiones graves y de comienzo agudo, que suelen corresponder a procesos de urgencia orgánica.
- Estas manifestaciones son persistentes o recidivantes, abigarradas e inhabituales, y difícilmente se pueden encasillar en un cuadro clínico específico.
- Todo ello da lugar a que el niño sufra múltiples ingresos hospitalarios, con estudios y exámenes complementarios para su diagnóstico y tratamiento.
- Los síntomas y/o signos que relatan o que presenta el niño discrepan de la historia clínica, el examen físico y los resultados de la pruebas completarias.
- El estado de salud del paciente suele mejorar en cuanto el niño ingresa en el hospital, y se mantiene controlado por el personal sanitario. Los síntomas y/o signos clínicos aparecen solo en presencia del cuidador y no aparecen cuando está ausente; la prueba de la separación lo confirma.
- En otras ocasiones se confirma una enfermedad o se produce la muerte, cuya causa es inexplicable.
- Los tratamientos habituales y apropiados son ineficaces o no tolerados.

Hay **indicadores comportamentales** que se pueden observar en estos pacientes, que pueden servir de ayuda:

- Los niños mayores víctimas de este síndrome frecuentemente toleran y cooperan con el perpetrador, tanto por miedo o por persuasión. Así, ellos mismos simulan o fabrican sus enfermedades.
- Algunos de estos niños creen que están enfermos.
- En otras ocasiones el niño es consciente de que la explicación del perpetrador no es cierta, pero no lo contradice por miedo.
- El impacto de este síndrome, a nivel mental, puede ocasionar desórdenes psicológicos, emocionales, comportamentales y conductuales.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de SMP debe sospecharse en todo niño que:

- Ha sufrido múltiples visitas, estudios e ingresos hospitalarios, con diagnósticos poco precisos.
- Presenta una patología abigarrada e inhabitual, que recidiva y responda mal al tratamiento.

Para establecer el diagnóstico de esta forma de malos tratos infantiles, son necesarias dos circunstancias:

- Diagnóstico en el menor, el cual es sometido a afectos lesivos o potencialmente lesivos en relación con la asistencia médica.
- Diagnóstico en cuidador, que es responsable de simular, falsificar o provocar los síntomas y/o signos en el niño para generar la asistencia médica.

Cuando un médico sospeche que se encuentra ante un posible SMP debe:

- Reunir información de todos los profesionales implicados (médicos de Atención Primaria, especialistas varios, dietistas, fisioterapeutas, asistente social, psicólogos, etc.).
- Informar a los otros profesionales de su sospecha.

Diagnóstico diferencial

La complejidad del SMP obliga en numerosas ocasiones a hacer diagnósticos diferenciales, no solo con enfermedades reales, sino con otras situaciones en las que la motivación del adulto genera situaciones que repercuten negativamente en la salud del menor. De esta manera describimos los siguientes procesos que, en determinadas ocasiones, pueden quedar englobados en el denominado síndrome de falsificación de un proceso pediátrico (FPP):

- **Negligencia clásica:** ya descrita en el capítulo correspondiente.
- **Enfermedad crónica del menor:** la asunción por parte de los progenitores de un menor con enfermedad crónica es un proceso muy complejo y hay madres y padres que no realizan una asimilación adecuada.
- **Enfermedad real,** aún no diagnosticada, por haber presentado una sintomatología inhabitual.
- **Falsas alegaciones** en un contexto de disputa legal por la custodia de los hijos, en los cuales estos son utilizados por parte de los progenitores, bien para conseguir la custodia o para vengarse de su expareja.
- **Maternidad hasta la muerte (*mothering to death*):** las madres tratan a sus hijos como enfermos o discapacitados. Evitan que estos sean valorados por los servicios sanitarios o sociales, adoptando ellas un papel de cuidadora poco menos que continuo.
- **Padres desbordados o con procesos psicopatológicos:** los cuales, o no pueden asumir la educación ni el cuidado de sus hijos, o la psicopatología que padecen se lo impide.
- **Simulación de un progenitor con interés económico:** el progenitor o progenitora utiliza al menor para obtener un beneficio económico.

- **Síndrome de la máscara:** los progenitores inventan enfermedades de su hijo para impedir que haga sus actividades habituales. El objetivo de los cuidadores es mantener la dependencia del menor respecto a ellos.
- **Síndrome de Munchausen en adolescentes:** el propio adolescente es el que se genera la patología.
- **Síndrome de niño vulnerable:** fue descrito en 1964 por Green y Solnit. Es un proceso que se ve con relativa frecuencia en la UPED. Se trata de niños sanos que acuden a Urgencias, de manera repetida y debido a los temores de sus padres a que mueran tempranamente por sus supuestas enfermedades. Los motivos de consulta suelen ser: dolor abdominal, rabieta, dificultades para el sueño, cefaleas y problemas escolares. Como antecedentes personales destacan: ingresos hospitalarios durante el primer año de vida, prematuridad, bajo peso. Factores de riesgo para que los hijos desarrollen un SNV en las madres: problemas de fertilidad, bajo nivel de apoyo social, alteraciones psicopatológicas como ansiedad, somatizaciones, etc. En el desarrollo del menor, este puede presentar mayores problemas de escolarización y socialización, junto con el empleo de violencia hacia sus progenitores. Básica para su prevención es la adecuada comunicación del facultativo que atiende al menor de riesgo y a su familia.

TRATAMIENTO

El manejo de este síndrome lo debe hacer un equipo multidisciplinario, que estará formado por: pediatra de Atención Primaria, los distintos médicos especialistas implicados, personal de enfermería, equipo de trabajo social y equipo de Salud Mental,

La misión del equipo será la de elaborar una estrategia común en el manejo y seguimiento del menor, como la de sus hermanos, si los hubiera, y es:

- Contrastar la información aportada por el perpetrador en los diferentes momentos, ya que es frecuente la discordancia.
- Establecer una puerta de entrada hospitalaria alternativa al servicio de urgencias; las visitas a un servicio de urgencia hospitalario suele concluir con el ingreso del niño, dados los antecedentes de una historia abigarrada y la presentación o exageración de los síntomas que puede presentar el menor.
- Establecer un médico y enfermero de referencia hospitalaria; serán los encargados de valorar al niño como alternativa al Servicio de Urgencias y decidirán si precisa ingreso hospitalario. Además, coordinarán la actuación de los diferentes especialistas implicados.

- Planificar actuaciones del equipo médico, de salud mental y trabajo social.

Adopción de medidas legales

Al tratarse de un maltrato infantil tenemos que:

- Garantizar que el niño esté protegido.
- Garantizar que en el futuro no corre riesgos.
- Permitir que el tratamiento tenga lugar en el ambiente menos restrictivo.

En estos casos está indicada la realización del Parte al Juzgado de Guardia, valoraremos el nivel de gravedad en función de la historia médica previa de ingresos hospitalarios y de la severidad de los daños sufridos por el menor como consecuencia de los distintos episodios provocados.

Si la valoración ha sido de leve o moderada lo derivaremos a los Servicios Sociales Comunitarios, para promover la intervención social en el entorno familiar y, en el caso de valoración grave, se derivará al Servicio de Protección de Menores.

Están establecidas unas *situaciones de riesgo* que harán de la valoración una **situación Urgente** en el SMP, que son:

- Intento de asfixia y/o administración de tóxicos.
- Edad <5 años.
- Existencia de alguna muerte inexplicada en la familia (muerte súbita del lactante).
- Madre con síndrome de Munchausen propio o antecedentes de haberlo padecido.
- Factores sociales adversos (drogadicción, alcoholismo...).
- Invención de enfermedades persistentes, incluso tras previa confrontación.
- No respuesta al tratamiento.
- SMP materializado mediante la producción de síntomas físicos.
- Situaciones en las que no se puede asegurar un correcto seguimiento del menor.

En estos caso está indicada la **comunicación inmediata** al organismo legal competente (Servicio de Protección al Menor, Fiscalía de Menores, Juzgado de Guardia), ante la sospecha fundada de SMP, aunque no se tenga la certeza absoluta, ya que resulta prioritario establecer medidas de protección para asegurar el bienestar del menor, que generalmente requerirán la separación de la figura maltratadora y, en caso de no reconocerse entorno seguro para el niño, se procederá a **mantener al menor ingresado** en el hospital de forma cautelar hasta que dicho Servicio adopte las medidas legales para garantizar el bienestar del menor.

BIBLIOGRAFÍA

- De la Cerda F, Goñi T, Gómez de Terreros I. Síndrome de Münchausen por poderes. *Cuad Med Forense*. 2006; 12: 47-55.
- Chambers PL, Mahabee-Gittens E, Leonard AC. Vulnerable child syndrome, parental perception of child vulnerability, and emergency department usage. *Pediatr Emerg Care*. 2011; 27: 1009-13.
- Criddle L. Monsters in the closet: Münchausen syndrome by proxy. *Crit Care Nurse*. 2010; 30: 46-55.
- Cujíño MF, Dávila A, Sarmiento M, Villarreal MI, Chaskel R. Síndrome de Münchausen por poderes. *Rev Latinoam Psiquiatría*. 2012; 11: 60-5.
- Brink FM, Thackeray JD. Factitious illness - Red flags for the pediatric emergency medicine physician. *Clin Ped Emerg Med*. 2012; 13: 213-20.
- Squires JE, Squires RH. Review of Münchausen syndrome by proxy. *Pediatr Ann*. 2013; 42: 67-71.
- Kokotos F. The Vulnerable Child Syndrome. *Pediatr Rev* 2009; 30: 193-4.
- Meadow R. Mothering to death. *Arch Disc Child*. 1999; 80: 359-62.
- Morris G. Vulnerable child syndrome and its variants. *Pediatr Rev*. 1986; 8: 75-80.
- Pearson SR, Boyce WT. Consultation with the specialist: the vulnerable child syndrome. *Pediatr Rev*. 2004; 25: 345-9.
- Rahman F, Young D, White J. Mothering to death. *Arch Dis Child*. 1999; 81; 372.
- Stinling J. Más allá del Síndrome de Münchausen por poderes: Identificación y tratamiento de los malos tratos infantiles en el ámbito médico. *Pediatrics (ed esp)*. 2007; 63: 321-5.

9. Violencia contra la mujer en la pareja y maltrato infantil

A. Gancedo Baranda, A. Barrios Tascón,
M. Herreros Fernández

INTRODUCCIÓN

La Asociación Americana de Pediatría, en 1998, indicaba que el maltrato hacia las mujeres es un problema pediátrico. La presencia de violencia en el entorno familiar del menor supone una seria amenaza para su adecuado desarrollo y crecimiento.

Existen multitud de conceptos sobre los tipos de violencia en el entorno familiar y en relación con el género. Para una mejor comprensión, definimos:

- **Violencia de género (VG):** violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas por sus agresores carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión, y que tiene como resultado un daño físico, sexual o psicológico.
- **Violencia familiar (VF):** situaciones de violencia que se producen entre los miembros de una familia.
- **Violencia contra la mujer en la pareja (VCMP):** aquella que genera un varón sobre la mujer, con la cual tiene o ha tenido una relación íntima de pareja. Incluye el maltrato físico, el psicológico, sexual, aislamiento social, y la privación económica. Su fin es el sometimiento integral de la mujer al agresor.

La asociación entre VCMP y maltrato infantil (MTI), se produce entre el 30 al 60% de las familias afectas. Si los menores se encuentran en casa de acogida dicho porcentaje se eleva al 70%.

EFFECTOS SOBRE EL MENOR

En un inicio, se creyó que los menores con respecto a la VCMP eran meros espectadores de la situación negativa que existía entre sus progenitores. En el momento actual se acepta que el menor en dicha situación se encuentra viviendo una auténtica violencia que le afecta de forma directa (Tabla 1):

TABLA 1.

<i>Tipo y/o momento de la exposición</i>	<i>Acción</i>	<i>Tipología MTI</i>
Perinatal	Ocurrida durante la gestación	Maltrato prenatal
Intervención directa	Intentan proteger a la víctima	M. psicológico/físico
Victimización	Sufre los efectos directos de la agresión	M. físico
Participación	Obedece al agresor, vigilando, insultando a la madre, etc.	M. psicológico. Negligencia
Testigo de la agresión	Visualización directa de los hechos	M. psicológico
Oyente del episodio agudo	Escucha los golpes y gritos	M. psicológico
Observador de los efectos del ataque	Lesiones, destrucción de enseres, presencia de extraños (policías, sanitarios, etc.), reacción emocional de los adultos	M. psicológico
Sufre secuelas	Derivadas de la afectación emocional o física de la madre	M. psicológico
Escucha lo ocurrido	Oye conversaciones de adultos	M. psicológico

Los menores expuestos a VCMP gozan de peor salud física, presentan mayores problemas y alteraciones del desarrollo junto con mayores desajustes sociales que sus coetáneos que viven en familias donde no existe dicha violencia (Tabla 2).

El MI aparece a edad más temprana en los niños cuyas madres sufren VCMP.

Todo ello sin olvidar el riesgo de ser asesinados por los agresores de sus madres o quedar huérfanos por la muerte de su progenitora.

En los menores que vivieron en familias con VCMP, al llegar a la edad adulta se han apreciado mayores probabilidades de:

- Sufrir distintos tipos de maltrato en sus relaciones de pareja, medio laboral o social.
- Problemas de socialización, baja autoestima, depresión, conductas violentas hacia menores, intentos autolíticos, etc.
- Obesidad, hábito tabáquico, migrañas, fibromialgia, etc.

TABLA 2. Consecuencias en la salud de los hijos de madres con VCMP

- Afectación neonatal: crecimiento intrauterino retardado, bajo peso al nacimiento, prematuridad, aumento de lesiones craneales, alteración neurogénesis, etc.
- Alteración del apego, depresión, ansiedad, ira, baja autoestima, síndrome de estrés postraumático
- Lesiones físicas derivadas del maltrato físico, retraso del crecimiento, alteraciones en la alimentación
- Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras, fugas del hogar, intentos autolíticos. Maltrato a sus mascotas
- Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas: alteraciones en el ritmo y calidad del sueño, cefaleas, dolor abdominal, etc.
- Dificultades en el aprendizaje: Trastorno de déficit de atención, retraso en el desarrollo cognitivo, bajo rendimiento escolar, alteraciones en la adquisición del lenguaje
- Escasas habilidades sociales, conductas sociales transgresoras, abuso de tóxicos, conductas sexuales de riesgo

DETECCIÓN

Los facultativos que atendemos a niños y adolescentes, estamos en una posición privilegiada para la detección precoz de violencia en la familia, y ser un elemento más en el complejo abordaje interdisciplinario de tal situación: médico de familia, trabajo social, centro de salud mental, educadores, etc.

En la atención aguda al MTI, la valoración de la existencia o no de VCMP es complicada, pero debe formar parte de la anamnesis, y así favorecer una atención más completa al menor maltratado y a su entorno. Por otra parte, la detección sistemática en la consulta pediátrica ayuda a la prevención y tratamiento de situaciones de violencia familiar.

Los abusadores acuden de manera más frecuente a las UPED, confiados en las características singulares de la asistencia urgente. Entre el 20 al 30% de las mujeres que acompañan a su hijo a la UPED han sufrido VCMP.

Existen distintas herramientas para la detección de la VCMP. Destaca el acrónimo HITS, por su fiabilidad y sencillez en su manejo en la UPED (Tabla 3):

TABLA 3.

HITS	¿Con que frecuencia su pareja?	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy frecuente
Hurt	¿Le golpea?	1	2	3	4	5 puntos
Insulted	¿Le insulta?	1	2	3	4	5
Threatened with harm	¿Le amenaza con hacerle daño?	1	2	3	4	5
Screamed	¿Le grita?	1	2	3	4	5

La puntuación va de 4 a 20, siendo positivo con valores iguales o superiores a 10.

No necesariamente el motivo de consulta tiene que coincidir con una situación de MTI, pero sí se debe valorar la posible existencia de violencia en el entorno familiar de cualquier signo sospechoso.

La entrevista se debe realizar, preferiblemente, a solas con la madre, sobre todo si el hijo tiene más de 3 años. Nunca realizarla con el supuesto agresor presente. La transcripción a la historia clínica del menor debe ser realizada siguiendo los criterios de preservar la salud, autonomía y seguridad del paciente y su madre. Entre otros motivos, por el derecho que puede tener el padre al acceso a la historia clínica y tener conocimiento de la situación de violencia.

MANEJO

Los profesionales sanitarios que saben de la relación ente VCMP y MTI y trabajan en la Urgencia Pediátrica (UPED), están en una posición ideal de identificar a la población vulnerable y como consecuencia el disminuir sensiblemente la morbimortalidad asociada.

Para una correcta atención del menor con una posible situación de violencia, debemos considerar los siguientes apartados (Tabla 4):

CONCLUSIONES

Es necesario que los profesionales que trabajamos en la urgencia, reconozcamos la existencia de la VCMP como un elemento significativo en el origen y mantenimiento del MTI.

Por ello, debemos asumir las siguientes competencias en su abordaje:

TABLA 4.

Antecedentes

- Conocer el entorno del niño
- Magnitud del maltrato

Conocimientos

- Sensibilizar a todo el personal de la UPED, que atiende al menor, en la detección y el manejo del maltrato

Detección

- Herramientas para detección de la VCMP: HITS, otros: RADAR, CTS, cuestionario de Escribano y Bair-Merritt

Seguridad

- Reconocer daños potenciales para la madre y su hijo
- Proporcionar planes y consejos de seguridad
- En lenguaje adecuado, enseñar a los menores a pedir ayuda
- Involucrar a la red familiar positiva

Medidas administrativas y legales

- Favorecer el conocimiento interdisciplinar de la situación de violencia
- Recursos y medidas para un adecuado seguimiento
- Comunicación a instancias judiciales

Recursos

- Lista de los recursos comunitarios y entregar a los pacientes
- Involucrar a la comunidad y educar a las familias

Seguimiento

- Relación con Atención Primaria: pediatra y médico de familia
- Establecer un seguimiento en domicilio

Modificado de Schilling, Snyder y Escribano.

- Identificar y documentar el MTI y la VCMP.
- Conocer los mecanismos para preservar la seguridad de las potenciales o reales víctimas, y su adecuada atención.
- Reconocer los valores culturales y morales, y el nivel socio-económico, como factores que intervienen en la situación de violencia.
- Conocer y aplicar a nuestra actividad diaria la legislación referente al MTI y VCMP.
- Prevención de la violencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Atenciano B. Menores expuestos a violencia contra la pareja: Notas para una práctica clínica basada en la evidencia. *Clínica y Salud*. 2009; 20: 261-72.

- Berkowitz C D. Violencia Conyugal: Una preocupación pediátrica. *Pediatr Rev* (en español). 2005; 26: 66-71.
- Cahill L, Sherman P. Child abuse and domestic violence. *Pediatr Rev*. 2006; 27: 339-45.
- Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas. Buscador de documentos sobre Violencia contra las Mujeres [accedido en 15 de julio del 2014]. Disponible en: <http://www.separadasydivorciadas.org/>
- Schilling S, Snyder A, Scribano PV. Intimate partner Violence-Pediatric risks of "Not Asking-Not Telling". *Clin Pediatr Emerg Med*. 2012; 13: 229-38.

10. Mutilación genital femenina

A. Barrios Tascón, M.L. Herreros Fernández,
A. Gancedo Baranda

CONCEPTO

El término mutilación genital femenina (MGF) incluye todas las prácticas tradicionales que perjudican la salud de mujeres y niñas, y que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones a estos órganos, ya sea por motivos culturales, religiosos u otra razón no terapéutica (Organización Mundial de la Salud).

Se suele practicar entre los 4 y 12 años. Provoca lesiones agudas y complicaciones físicas, psíquicas y sexuales, y es un sistema de control y dominio de la mujer y su sexualidad.

TIPOS DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (Figura 1)

- Tipo I o clitoridectomía: escisión del prepucio, con o sin escisión parcial o total del clítoris.
- Tipo II o excisión/ablación: escisión del clítoris con escisión total o parcial de los labios menores. Estos dos tipos constituyen del 80 al 85%.
- Tipo III o infibulación: escisión total o parcial de los genitales externos y sutura o estrechamiento de la apertura vaginal. 15% de estas prácticas.

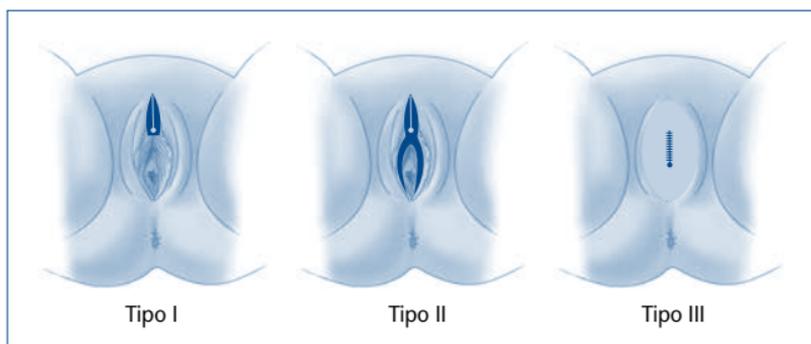


FIGURA 1. Tipos de mutilación genital femenina.

COMPLICACIONES

Físicas

- Inmediatas:
 - Hemorragia.
 - Dolor intenso.
 - Infecciones: locales, sepsis, tétanos.
 - Retención urinaria.
- En el tiempo:
 - Transmisión de enfermedades infecciosas: SIDA, hepatitis.
 - Lesión de órganos y estructuras anatómicas.
 - Afectación sistema urinario: infecciones urinarias recidivantes.
 - Afectación ginecológica y obstétrica:
 - Dismenorrea, hematocolpos, esterilidad.
 - Alteración de la mecánica del parto: desgarros, fístulas, sufrimiento fetal.
 - Anemia crónica.

Psíquicas

- Depresión.
- Enfermedades psicósomáticas.
- Baja autoestima.
- Fobias, trastornos del sueño y de la alimentación.

Sexuales

- Frigidez.
- Dispareunia.
- Alteraciones de la identidad sexual.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

La MGF se lleva a cabo de forma bastante generalizada en África Subsahariana (28 países), aunque no en todos, siendo común en Oriente Medio (Egipto, Omán, Yemen, Emiratos Árabes) y en comunidades musulmanas de Sri Lanka, Indonesia, Malasia y la secta Daudi Bohra de la India. Las CC.AA. en las que viven más mujeres subsaharianas, son: Cataluña, Madrid, Andalucía y Canarias.

La MGF practicada depende del país. Los tipos I y II predominan en área subsahariana occidental y el tipo III en Sudán, Somalia, Yibuti, Yemen y Omán (Figura 2).

Etnias practicantes: Sarajole, Fulbé, Soninke, Mandinga, Bámbara, Dongón, Edos, Awusa, Fante. Etnias no practicantes: Wolof, Djola, Serer, Ndiago.

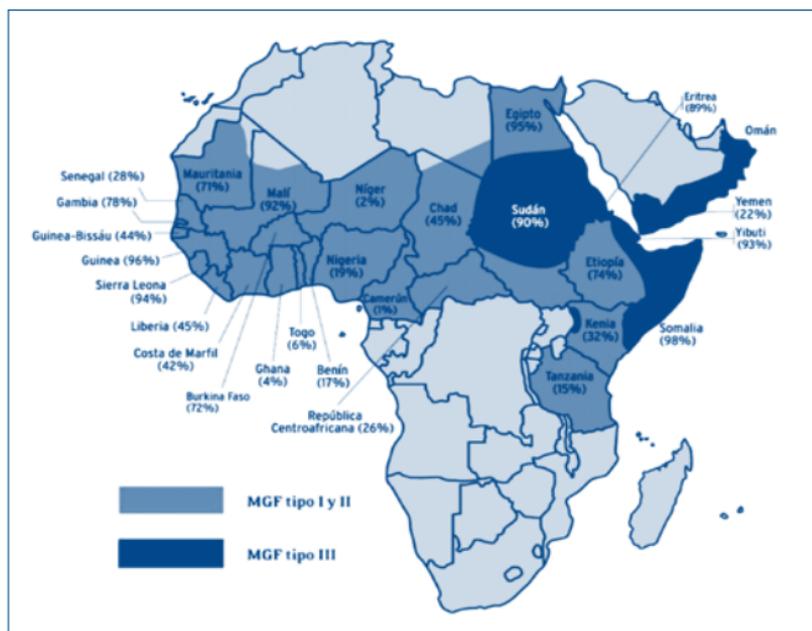


FIGURA 2. Países de África en los que se practica la mutilación genital femenina. Fuente: A. Kaplan, A. López. Mapa de la mutilación genital femenina en España 2012. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2013. p. 9.

MARCO JURÍDICO Y LEGAL

En la atención de la MGF, se confrontan dos aspectos:

- Cultural, en el que los padres y familiares que la practican y promueven creen que ésta tiene efectos beneficiosos para la niña.
- Mecanismos legales de protección a los menores. Destacan:
 - **Convención de Derechos del Niño (1989)**: el artículo 19 obliga a los Estados Parte a adoptar las medidas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de 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 representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo. En relación con la materia que nos ocupa, el artículo 24.3 establece que: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños”.
 - **Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor** en los Artículos 13 y 14 obliga a toda persona a comunicar a las auto-

ridades situaciones de riesgo de menores, así como su atención inmediata por los servicios públicos.

- Código Penal Español:** la Ley Orgánica 11/2003: Artículo 149.2 tipifica como delito de lesiones la MGF, con penas de seis a doce años de prisión. Si la víctima es menor o incapaz, puede ir acompañada de penas de inhabilitación especial de hasta diez años para el ejercicio de la patria potestad, la tutela, la curatela, la guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a diez años, si el juez lo estima adecuado en interés del menor o incapaz. Los artículos 17 y 151: prevén las llamadas resoluciones manifiestas (actos preparatorios consistentes en la manifestación externa de la voluntad de delinquir), así como la conspiración y la proposición de cometer delito de lesiones, ambos aplicables a la MGF.
- Ley Orgánica 3/2005 de 8 de julio**, que modifica la 6/1985 LOPJ, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina añade un nuevo apartado g) al artículo 23.4 de la LOPJ: “Los relativos a la mutilación genital femenina, siempre que los responsables se encuentren en España”. Su objetivo es evitar la impunidad de tales hechos cuando se realizan en los países de origen de las niñas y sus familias, a los países de origen, aprovechando un viaje de vacaciones.

MOMENTOS QUE DEFINEN LA INTERVENCIÓN

Indicadores de riesgo

- Ser niña o adolescente que pertenece a una etnia y/o país en que es admitida la práctica de la MGF.
- Pertener a una familia en la que alguna mujer haya sufrido MGF.

Riesgo inminente. Factores precipitantes

- La organización inmediata de un viaje al país de origen.
- La niña informa de las previsiones de la familia sobre la práctica de la MGF.

MGF practicada

- Situaciones en las que detectemos/sospechemos posibles supuestos/casos, tanto de mujeres menores como adultas con la MGF ya practicada.

ACTITUD EN LA URGENCIA

En la UPED, la intervención se adaptará al riesgo de la menor de sufrir la MGF (nivel 1) o de la MGF ya practicada (nivel 2).

Nivel 1. Riesgo

Mediante la anamnesis, conoceremos el país de procedencia de la menor o de los padres y la etnia de los mismos. Si pertenecen a etnia practicante de MGF, tiene una edad entre los **4 a 12 años de edad**, o ante una duda razonable, se pondrá en conocimiento de Servicios Sociales y se citará en consulta de Pediatría Social o, en su defecto, en Consultas Externas, para valorar el posicionamiento familiar así como la existencia de mujeres a las que ya se ha practicado la MGF en el núcleo familiar. Se informará acerca de las secuelas físicas y psíquicas de la misma, y de las implicaciones legales de esta práctica en nuestro país. Todo ello quedará recogido en la Historia Clínica. El seguimiento debe ser coordinado con el equipo de Atención Primaria que atiende a la menor. Es fundamental no generar en el entorno familiar sentimientos de culpabilidad. Preferiblemente, en estas situaciones la exploración deberá ser realizada por personal facultativo femenino.

Si existe la posibilidad de viaje inminente de la menor al país de origen, o ella comenta verbalmente que le van a practicar la MGF, lo importante es conocer el posicionamiento familiar al respecto, tal y como se explica en el punto anterior, y tomar las medidas necesarias para la adecuada protección de la menor. Tras la educación e información a la familia se procederá a la **firma del compromiso preventivo** como documento que confirme que han entendido las complicaciones e implicaciones legales de la MGF y que, en ocasiones, servirá como documento protector de los padres de cara a las presiones familiares partidarias de MGF. Este documento se ofrecerá tras el proceso preventivo educacional, nunca como inicio de la conversación. Si la familia no lo firma se comunicará de manera Urgente a Servicios Sociales para su intervención. Tras el retorno del país de origen deben ser de nuevo citadas en los dispositivos previamente descritos, para su seguimiento y atención. Si no acuden a dicha cita o se objetiva práctica de MGF se pondrá en conocimiento de Fiscalía/Juzgado.

Nivel 2. Afectación

Son indicadores de sospecha en una niña de haber sufrido MGF, el presentar cambios significativos de comportamiento, disminución del rendimiento escolar y/o aumento del absentismo escolar, junto con la posible presencia de secuelas.

Nuestra actuación en función del momento de apreciar MGF, variará si es:

- Reciente: comunicación a Fiscalía/Juzgado y Servicios Sociales.

- No reciente: comunicación a Servicios Sociales, que iniciarán investigación acerca de la temporalidad de la lesión y situación en el momento del daño de la familia.

COMPROMISO PREVENTIVO

Se trata de la firma de un documento por parte de los progenitores, por el cual se comprometen a evitar la mutilación a sus hijas, y descargarles de las presiones del entorno familiar en los países de origen. Su aceptación debe ser voluntaria y de común acuerdo entre las partes implicadas.

Se realizaran dos copias, una para los padres o tutores de la menor, y ellos deciden el uso que han de hacer de él. La otra copia del compromiso preventivo será custodiada por el/la profesional responsable de la atención a la niña.

La obtención del compromiso preventivo no excluye ni sustituye las demás medidas judiciales a adoptar en caso de existir una situación de elevado riesgo, con un posicionamiento firme de la familia para que se realice la MGF a sus hijas.

Véanse los capítulos 11 y 17.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirregomezkorta Ibarluzea R, Fuertes Cabrera I. La ablación o mutilación genital femenina. Guía práctica. 1ª ed. Paz y Desarrollo ONGD, editor. 2011.
- Generalitat de Catalunya. Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina. 2ª ed. Barcelona: Generalitat de Catalunya: Departamento de Acción Social y Ciudadanía, Educación, Salud, Interior. Relaciones institucionales y Participación. Secretaría para la Inmigración; 2007.
- Gobierno de Aragón. Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina. Aragón: Gobierno de Aragón, Departamento de salud y Consumo, Departamento de Educación, Cultura y Deporte, Departamento de Servicios Sociales y Familia; 2004.
- Gobierno de Navarra. Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra. Pamplona: Gobierno de Navarra, Grupo Técnico de Prevención, Investigación y Formación, Grupo Técnico de Atención e Intervención y Grupo técnico de Protección; 2013.
- Kaplan A, Torán P, Bermúdez K, Castany J. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales. Las mutilaciones genitales en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de Asistencia Primaria, la Educación y los Servicios Sociales. Migraciones. 2006; 19: 187-217.

11. Informes

*V. Trenchs Sainz de la Maza, A.I. Curcoy Barcenilla,
M. Rimblas Roure*

INFORME MÉDICO

- Es de gran importancia porque es el documento que, en cualquier caso, va a poner en marcha la protección del menor y, en caso necesario, el proceso judicial.
- Se recomienda letra clara e inteligible (mejor mecanografiada) y evitar el uso de abreviaturas, signos o acrónimos.
- Debe incluir:
 - Filiación del paciente:
 - Fecha de nacimiento.
 - Nombre completo.
 - Domicilio.
 - Nombre completo de los padres o tutores legales.
 - Características del episodio:
 - Fecha y hora de la consulta.
 - Motivo de consulta.
 - Lugar donde se supone que han sucedido los hechos (es importante porque marcará el juzgado encargado de las diligencias) y tiempo transcurrido desde los mismos.
 - Persona o Institución que remiten al paciente.
 - Acompañantes del menor.
 - Descripción de los hechos:
 - Antecedentes personales (incidir en antecedentes sociales).
 - Exploración física (descripción detallada de las lesiones que se observen). Estado anímico del paciente: miedo, ansiedad, etc. Relación con el acompañante.
 - Exploraciones complementarias.
 - Comentarios de evolución (descripción de todas las incidencias que puedan producirse durante la asistencia del paciente, especialmente hacer constar si se contacta con médico forense, juzgado y/o trabajador social).

- Orientación diagnóstica (solo de las lesiones objetivadas, SIN interpretaciones subjetivas acerca del posible origen o causa de las mismas).
- Tratamiento.
- Destino del paciente (hacer constar bajo la responsabilidad de quién queda la protección del menor).
- Fecha y hora del alta de Urgencias.
- Firma del médico que le ha asistido, con número de colegiado y, preferiblemente, con el sello sobre la firma.

PARTE DE LESIONES O COMUNICADO JUDICIAL

- También conocido como Parte Judicial. Es un documento médico-legal. Se debe realizar siempre que exista sospecha de maltrato. Se debe señalar lo referido como referido. Aparte de las lesiones físicas descritas, también señalar en el parte, el estado emocional del menor.
- No requiere consentimiento del paciente al realizarse por imperativo legal en base a los artículos 262 y 355 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- Una copia se remitirá al juzgado de guardia en un plazo de 24 horas desde que se realiza la asistencia facultativa y la otra quedará registrada dentro de la historia clínica del paciente.
- El formato del documento es indiferente, pero los datos mínimos que deben constar son los siguientes:
 - Identificación del centro sanitario desde donde se emite.
 - Identificación del paciente.
 - Diagnóstico.
 - Mecanismo de producción de las lesiones manifestado por el paciente (o, en su defecto, si la edad o el estado del paciente lo impiden, hacer constar quién explica los hechos).
 - Tratamiento realizado.
 - Lugar y fecha.

COMPROMISO INFORMADO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

- Debe realizarse en la visita previa a la proximidad de vacaciones al país de origen de cualquier niña con familia procedente de un país donde se practique la mutilación genital femenina.
- Es un compromiso por escrito del padre y de la madre conforme no se mutilará a la niña e incluye los siguientes datos:
 - Filiación de la niña.
 - Filiación de la persona responsable de la niña.

- Identificación del médico que da la información.
- Descripción del marco legal de la mutilación genital femenina en el Estado español.
- Certificación del médico conforme ha comprobado la integridad de los genitales de la niña.
- Declaración del médico en cuanto ha dado información a la persona responsable de la niña acerca del marco legal de la mutilación genital femenina en el Estado Español, medidas preventivas y compromiso de visita para una revisión general de salud de la niña al regreso del viaje.
- Declaración de la persona responsable de la niña conforme de haber entendido toda la información.
- Firma de la persona responsable de la niña y del médico que la atiende.
- Lugar y fecha.
- Una copia se guardará en la historia clínica de la niña y otra se entregará al responsable de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

- Aisa E, de la Fuente A, Gárate J, García T, González J, Labayru M, et al. Maltrato y desprotección en la infancia y adolescencia. Atención a las situaciones de riesgo. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. 2000. [acceso el 6 de Agosto de 2014]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r8520319/es/contenidos/informacion/maltrato_domestico/es_maltrato/adjuntos/maltratoDesproteccionInfanciaAdolescencia.pdf
- Mollen CJ, Goyal MK, Frioux SM. Acute Sexual Assault: A Review. *Pediatr Emerg Care*. 2012; 28: 584-90.
- Pou J, Comas L, Ruiz A, Arimany J. Abús sexual: procediment assistencial i medico-legal al servei d'urgències. *Pediatr Catalana*. 2000; 60: 33-40.
- Protocolo de Actuación en Abusos Sexuales y otros Malos Tratos a la Infancia en el Partido Judicial de Móstoles. 2013. [acceso el 6 de Agosto de 2014]. Disponible en: http://www.madrid.org/dat_oeste/descargas/13_14/Protocolo_Abuso_y_Maltrato_Infantil_Mostoles_2013.pdf
- Quaderns de la bona praxi. Núm. 23: Orientacions medicolegals de l'atenció al serveis d'urgències. [acceso el 12 de Junio de 2014]. Disponible en: <http://www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/bonapraxi/praxi23.pdf>
- Trenchs V, Curcoy AI, Ortiz J, Macías C, Comas LL, Luaces C, et al. Abuso sexual infantil. Características de las consultas y manejo desde el servicio de urgencias. *Emergencias*. 2008; 20: 173-8.

12. Comunicación

*V. Trenchs Sainz de la Maza, A.I. Curcoy Barcenilla,
F. Samson*

En función de la situación a la que se enfrente el facultativo, este tendrá que comunicarse con distintos estamentos y/o profesionales. Ante un hecho que puede suponer una situación real o sospechosa de maltrato, las intervenciones tienen que centrarse en tres aspectos: tratamiento de posibles lesiones, protección efectiva de la víctima y posibilitar la actuación judicial. Para un adecuado cumplimiento de estos dos últimos, es precisa la comunicación con los estamentos adecuados.

Es necesario conocer a quien debemos notificar y cuáles son las funciones de las instituciones relacionadas con la protección a la infancia. Así, la comunicación será con:

Servicios Sociales

- La misión principal de los Servicios Sociales, en el tema que nos ocupa, es la prevención, detección y atención a los menores.
- Siempre es obligatorio comunicar con ellos ante cualquier situación sospechosa o confirmada de maltrato infantil.
- Posteriormente se decidirá si el abordaje se realizará desde los Servicios Sociales de Base o será derivado el caso al Servicio Especializado de Menores.
- Se les debe notificar todos los casos, incluidos los de sospechas leves o incluso solamente situaciones de riesgo, para que, posteriormente, ellos encaucen el seguimiento.

Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado

- Tienen unidades especializadas, en la atención al menor y su entorno familiar. Así:
 - Cuerpo Nacional de Policía: ámbito urbano.
 - GRUME: Grupo de Menores.
 - SAF: Servicio de Atención a la Familia.

–Guardia Civil: ámbito rural. EMUME: equipo Mujer-Menor.

- Policías Locales: equipos específicos.

- Ante una situación posible o real de maltrato infantil y desconocer la manera de establecer contacto con el Juzgado de Guardia, se debe recurrir a ellos, para que faciliten el contacto con el citado Juzgado.
- En el caso de un presunto delito o una situación de riesgo o desamparo inminente para la integridad del menor, se requerirá su presencia en la UPED. A su llegada, analizarán la situación, establecerán sus protocolos de actuación en relación con el maltrato, y velarán por la seguridad del menor.

Sistema Judicial

- El Juzgado de Guardia tiene como función principal el dar respuesta urgente a la solicitud de tutela judicial inmediata en la preservación de los derechos de los ciudadanos. Se le debe comunicar cualquier sospecha o certeza de maltrato o agresión sexual aguda mediante el correspondiente parte de lesiones.
- La Fiscalía de Menores abarca dos aspectos fundamentales con respecto a la infancia:
 - Protección de Menores: realiza el seguimiento y vigilancia de las situaciones de guarda, protección y tutela de los menores que estén en una situación de riesgo o desamparo.
 - Reforma de menores: se encarga de los procedimientos que valoren la participación de hechos que puedan ser tipificados como delitos y faltas en el Código Penal, y que sean cometidos por mayores de 14 años y menores de 18 (Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores).

Médico forense

- Su objetivo es la búsqueda y custodia de las posibles pruebas de la agresión sufrida por el menor.
- Su presencia en la UPED vendrá determinada por las indicaciones dictadas por el Juez de Guardia, del cual depende jerárquicamente. En la Tabla 1 indicamos sus funciones.
- Se debe explorar al paciente conjuntamente con el médico forense, ya que de esa manera se evita la revictimización secundaria del menor, y la posible pérdida de pruebas judiciales.
- Las muestras deben quedar bajo la custodia del MF, y es él el que debe trasladarlas a los laboratorios judiciales pertinentes.
- El médico forense realizará el informe médico-pericial, con el registro de las lesiones y posibles secuelas.

TABLA 1.

- La emisión de informes y dictámenes médico-legales que les sean solicitados a través de los Institutos de Medicina Legal por los Juzgados, Tribunales, Fiscalías, Oficinas del Registro Civil y otros órganos de la Administración de Justicia
- La realización de las investigaciones en el campo de la Patología Forense y de las prácticas tanatológicas que les sean requeridas a través de los Institutos de Medicina Legal, por los Juzgados, Tribunales y Fiscalías, y que se deriven necesariamente de su propia función en el marco del proceso judicial
- El control periódico de los lesionados y la valoración de los daños corporales que sean objeto de actuaciones procesales, así como la asistencia o vigilancia facultativa a los detenidos que se encuentren a disposición judicial, y cuantas otras funciones establezca la legislación aplicable
- La asistencia técnica que les sea requerida a través de los Institutos de Medicina Legal por Juzgados, Tribunales, Fiscalías y Oficinas del Registro Civil y demás órganos de la Administración de Justicia del ámbito territorial en el que estén destinados, en las materias de su disciplina profesional y con sujeción a lo establecido en las leyes procesales
- La emisión de informes que les sean encomendados por el Director del Departamento del Instituto de Toxicología en el que estén destinados, así como la atención a la demanda de información toxicológica
- La emisión de dictamen sobre la causa de la muerte, en los supuestos establecidos en el artículo 85 de la Ley de Registro Civil de 8 de junio de 1957, redactado conforme a la Ley Orgánica 7/1992, de 20 de noviembre
- Cualesquiera otras funciones de colaboración e investigación, propias de su función, con el Ministerio de Justicia e Interior o, en su caso, con las Comunidades Autónomas que hayan recibido los traspasos de medios personales para el funcionamiento de la Administración de Justicia, así como con otros órganos de las Administraciones públicas, derivadas de convenios o acuerdos adoptados al efecto

BIBLIOGRAFÍA

- Aisa E, de la Fuente A, Gárate J, García T, González J, Labayru M, et al. Maltrato y desprotección en la infancia y adolescencia. Atención a las situaciones de riesgo. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. 2000. [acceso el 6 de Agosto de 2014]. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r8520319/es/contenidos/informacion/maltrato_domestico/es_maltrato/adjuntos/maltratoDesproteccionInfanciaAdolescencia.pdf

- Protocolo de Actuación en Abusos Sexuales y otros Malos Tratos a la Infancia en el Partido Judicial de Móstoles. 2013. [Acceso el 6 de Agosto de 2014]. Disponible en: http://www.madrid.org/dat_oeste/descargas/13_14/Protocolo_Abuso_y_Maltrato_Infantil_Mostoles_2013.pdf

Páginas web de interés

- http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/rd296-1996.html
- <http://www.boe.es/boe/dias/2010/05/19/pdfs/BOE-A-2010-8030.pdf>

13. Registro del maltrato infantil

*V. Trenchs Sainz de la Maza, Z. Ibars Valverde,
T. Vallmanya Cucurull*

Numerosos estudios y leyes internacionales no vinculantes recomiendan, como buenas prácticas, disponer de sistemas de recogida de datos y seguimiento del maltrato infantil. Estos registros constituyen importantes puntos de referencia para los gobiernos y han influido en las estrategias nacionales e internacionales sobre el maltrato infantil. De esta manera, el registro sistematizado y homogeneizado en las diferentes comunidades autónomas permite centralizar y explotar datos, para así evitar que un menor maltratado atendido en ciudades distintas sea diagnosticado tardíamente.

No es lo mismo notificar que registrar. Así que, ante un maltrato, se deben realizar ambos pasos.

NOTIFICAR

Notificar, o sea, transmitir o trasladar información sobre el supuesto caso de riesgo o maltrato infantil, su familia y sobre el propio informante a las entidades pertinentes. Es una condición necesaria para posibilitar la intervención y una obligación legal y profesional.

La notificación se debe realizar a través de las denominadas “Hojas de Notificación de riesgo y maltrato infantil” específicas de cada Comunidad Autónoma, y dirigida para cada uno de los ámbitos de aplicación (servicios sociales, sanidad, educación y policía). Esta notificación puede ir acompañada o precedida de otros cauces de información cuando se estime oportuno (teléfono, fax, etc.). El uso de hojas de notificación promueve la coordinación interinstitucional, la recogida sistemática de la información y aumenta la eficacia en la toma de decisiones.

Debe incluirse una copia de la hoja de notificación en:

- El expediente del menor del ámbito específico del que se trate.
- La intervención (dirigida a los servicios sociales municipales en el procedimiento de actuación ordinario y a la entidad competente

en materia de protección de menores en el procedimiento de actuación urgente).

- El centro de registro de datos de maltrato infantil de la Comunidad Autónoma (Registro Unificado de Maltrato Infantil o RUMI).

REGISTRAR

El RUMI de cada Comunidad Autónoma es un registro unificado que garantiza la confidencialidad de la identidad del menor. La utilidad de la recogida de datos redonda en el control de las tendencias nacionales y locales, en los indicadores de políticas y procedimientos y para el correcto funcionamiento y planificación de las estrategias de intervención. La descentralización competencial existente en el territorio español hace que se ofrezca a las diferentes comunidades autónomas la posibilidad de desarrollar su propio registro dentro del RUMI.

DEFINICIÓN DE RUMI

Base de datos estadísticos “online de todo el territorio nacional” impulsada por la Comisión Interautonómica de Directores Generales de Infancia sobre notificaciones de casos de maltrato infantil, que tienen lugar en el ámbito de cada Comunidad Autónoma.

Registra las siguientes variables: Comunidad Autónoma y provincia donde se ha detectado el hecho; tipo de maltrato infantil (físico, emocional, negligencia y abuso sexual); sexo; nivel de gravedad (leve, moderado y grave); ámbito de procedencia (sanitario, educativo, servicios sociales y policial); y un número de orden para evitar duplicidades.

Sus objetivos generales son:

1. Llegar a un consenso sobre el concepto de maltrato y tipología.
2. Implicar y sensibilizar directamente a los profesionales de distintos ámbitos.
3. Incrementar las fuentes de notificación.
4. Facilitar la notificación de profesionales sin formación inicial.
5. Unificar el material de notificación.
6. Integrar las distintas fuentes de notificación en un sistema de registro.

En definitiva, la responsabilidad de los profesionales, no solo es notificar los casos de riesgo o maltrato infantil, sino también registrarlos debidamente por todo lo anteriormente expuesto; y el RUMI constituye en España la herramienta más útil en estos momentos.

BIBLIOGRAFÍA

- II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II PENIA). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Acceso el 10

de Agosto de 2014]. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA_2013-2016.pdf

- Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. TEXTO CONSOLIDADO. Última modificación: 25 de julio de 2014. BOE-A-1882-6036. [Acceso el 30 de Julio de 2014]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1882/BOE-A-1882-6036-consolidad>
- Sociedad Española de Pediatría Social. Cuadernos de Pediatría Social. Maltrato infantil. [Acceso el 20 de Junio de 2014]. Disponible en: <http://www.pediatriasocial.com/Revista/Cuadernos16.pdf>

Páginas web de interés

- http://iass.aragon.es/adjuntos/menores/4_1.pdf
- http://www.congresofapmi.es/imagenes/auxiliar/Actas_FS_12_3_Registro_MARuiz.pdf
- http://www.juntadeandalucia.es/averroes/convivenciaeigualdad/hoja_maltrato_infantil.pdf
- <http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>

14. El menor como sujeto de derechos

C. Díez Sáez, M. Marín Ferrer

La historia de la protección a la infancia cambia a partir del siglo pasado. Hito previo fundamental, fueron las descripciones de maltrato infantil realizadas por A. Tardieu, en su clásico libro *“Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs”* (1857). Posteriormente, a partir de la segunda mitad del siglo XX, personalidades como Kempe, Silverman, Caffey, establecen el diagnóstico y tratamiento del MTI. Pero no es hasta 1989 cuando se aprueba la Convención de Derechos del Niño, y de manera definitiva y a nivel mundial se establece al menor como auténtico sujeto de derecho. En España, el Parlamento ratificó la convención el 6 de diciembre de 1990 y de esa manera asumió que su articulado fuese adaptado y asumido por la legislación española. Esa ratificación también supone el presentar periódicamente informes a las Naciones Unidas de su cumplimiento y las medidas legales que se van adoptando. Así, la protección a la infancia se encuentra regulada a nivel internacional, nacional y autonómico. Señalamos a continuación las principales leyes sobre las que se sustentan sus derechos:

Medio internacional

- Declaración de los Derechos del Niño de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, año 1959.
- **Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño de 1989.** Establece en su artículo 1 el concepto de niño que incluye a todo ser humano desde su nacimiento hasta los 18 años de edad, salvo que haya alcanzado antes la mayoría de edad. Se basa en cuatro principios fundamentales, que son:
 - La no discriminación del menor.
 - El interés superior del menor.
 - El derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo.
 - Participación infantil.

Reconoce como derechos humanos básicos, y que todos los niños deben tener en todo el mundo:

- El derecho a sobrevivir.
- A desarrollarse por completo.
- A la protección de toda influencia nociva, abuso y explotación.
- A la participación en la vida familiar, cultural y social.
- El respeto a las opiniones del niño.

Marco europeo

- Carta Europea de los Derechos del Niño. Resolución A3-172/92 establece en su apartado 8.19: *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 sus familias o personas encargadas de su cuidado.*
- Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Niños Contra la Explotación y el Abuso Sexual (Lanzarote, 25 de octubre de 2007). Instrumento de ratificación publicado en BOE núm. 274 de 12 de noviembre de 2010.
- Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo 2010/0064 (COD) relativa a la lucha contra los abusos sexuales, la explotación sexual de los niños y la pornografía infantil.
- Declaración común del Parlamento Europeo y del Consejo sobre el Embarcamiento de menores con fines sexuales (Diario Oficial de la Comunidad Europea de 27 de octubre 2011).
- Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2012, por la que se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de los delitos.

Marco nacional

- Constitución Española, 1978. Art. 39. En el punto 2 establece que *Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.*
- La ley del Menor 21/87 de 10 de noviembre modifica algunos artículos del Código Civil y extiende la competencia de retirar la patria potestad a los Servicios Sociales, a través de los servicios de protección al menor, anteriormente exclusiva del poder judicial.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Real Decreto de 14 de septiembre de 1882, aprobatorio de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- Real Decreto 732/95 de 5 de mayo, marca las obligaciones de profesores y centros escolares, en su Título 2, artículo 18, esta-

blece que: *...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.*

- Ley Orgánica 1/96 del 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- El Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II PENIA): en el cual se definen las grandes líneas estratégicas del desarrollo de políticas de infancia, de acuerdo a la CDN.

Marco autonómico

A partir del proceso de transferencia de competencias en materia de asistencia social (artículo 148.1 20 de nuestra Constitución) a las Comunidades Autónomas, estas han elaborado sus propias leyes y normas, entre ellas, las Leyes de protección de la infancia cuyo fin sigue siendo la salvaguarda de los derechos de la infancia y la promoción de su bienestar social.

OBLIGACIONES ÉTICAS, LEGALES Y PROFESIONALES DEL MÉDICO

Los preceptos legales que regulan nuestro ejercicio profesional y las normas deontológicas que rigen nuestra conducta profesional, nos obligan a intervenir en los casos de malos tratos y en las situaciones de riesgo o de posible desamparo de un menor.

La notificación, además de ser una obligación legal y profesional, es condición necesaria para posibilitar la intervención en los casos de sospecha de maltrato infantil. No solo los casos detectados más graves y evidentes deben ser notificados, también los aparentemente leves y las situaciones de riesgo existe obligación legal de notificarlas.

El Código de Deontología y Ética Médica establece en su artículo 30.2: *El médico que conociere que cualquier persona y más aún siendo menor o discapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos, deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad correspondiente.*

También el Código Deontológico de la Enfermería Española, en su capítulo VII, artículo 39, indica lo siguiente: *La enfermera denunciará y*

protegerá a los niños de cualquier abuso y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.

Asimismo, el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal establece que: *Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante.* Por lo tanto, todos aquellos profesionales sanitarios, que observen en sus consultas u hospitales lesiones sospechosas de maltrato infantil, deben describir minuciosamente las mismas, reflejando en los partes judiciales las versiones literales de los hechos.

Según el artículo 13.1 de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor (LO 1/96), *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 a los agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.*

En resumen, los sanitarios que atendemos a menores debemos luchar porque prevalezcan sus derechos, debiendo ser elementos de referencia en su atención, protección e impulsar su participación en la vida familiar, cultural y social.

BIBLIOGRAFÍA

- Carretero Sánchez A. Aspectos penales del Maltrato Infantil. Disponible en: <http://www.cita.es/maltrato>
- Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez MC. Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos; 1997.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Maltrato infantil en la familia en España. Informe del Centro Reina Sofía. Informes, Estudios e Investigación 2011. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.mssi.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf

Páginas web de interés

- <http://www.unicef.es/infancia/derechos-del-nino>
- <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST97ZI36262&id=36262>
- <https://www.boe.es/boe/dias/1990/12/31/pdfs/A38897-38904.pdf>

15. Prevención del maltrato infantil desde las urgencias pediátricas

Z. Ibars Valverde, T. Vallmanya Cucurull,
J.A. Cózar Olmo

INTRODUCCIÓN

En una guía de maltrato infantil no podía faltar un capítulo dedicado al buen trato infantil puesto que, cuando llega un niño maltratado a un Centro Sanitario, tanto la sociedad como nosotros, los profesionales, “hemos llegado tarde”.

Este capítulo intenta resumir cómo en la consulta de urgencias pediátricas, sea hospitalaria, primaria o rural, nuestra actitud como profesionales puede producir algún cambio de rumbo en familias con factores de riesgo de maltrato (véase el capítulo correspondiente). Dando algunas indicaciones que permitan intervenir de forma positiva con los progenitores y sus hijos, incrementando sus conocimientos, proporcionando pautas de relación positiva que potencien el establecimiento de unas buenas relaciones afectivas para fomentar un **buen apego**, favoreciendo el buen trato infantil y realizando así la prevención del maltrato infantil.

Las intervenciones de prevención del maltrato infantil se clasifican en tres niveles:

- **Prevención primaria:** son servicios universales dirigidos a toda la población, con el objetivo de evitar la presencia de factores de riesgo y potenciar los factores protectores.
- **Prevención secundaria:** servicios dirigidos a las familias con factores de riesgo identificados, con el objetivo de reducir daños, potenciando los factores protectores.
- **Prevención terciaria:** son servicios especializados que se ofrecen una vez que se ha detectado el maltrato infantil, para prevenir la revictimización.

Desde nuestra actividad en los Servicios de Urgencias Pediátricas, será la Prevención Secundaria la que tendremos que valorar y trabajar en cada contacto con el niño y su familia.

Para llevar a cabo esta prevención, necesitaremos varios pasos:

TABLA 1. Prevención secundaria. Acciones en Urgencias Pediátricas

1. Reconocimiento de situaciones de abandono o trato negligente en el niño
2. Identificación de situaciones de violencia de género
3. Derivación del grupo familiar a terapia psicológica para educar en el manejo de emociones como la ira
4. Reconocer las conductas paternas de disciplina inapropiada. Ofrecer métodos alternativos
5. Ofrecimiento a las familias que lo precisen de todos los recursos comunitarios de ayuda psicológica a adultos y niños, social, laboral o económica. Tener esa información a disposición
6. Remitir a centros de Salud Mental a padres con adicción al alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos, incluidos trastornos de ansiedad o depresivos
7. Invitar a las familias a incrementar las visitas dentro del programa de salud infantil de su Centro de Salud, que aumenten la capacidad y habilidad para cuidar a su hijo
8. Colaboración con el trabajador social del Hospital/Zona, en la definición de objetivos, planes y estrategias de Prevención desde el Área de Urgencias

OBSERVAR

La actitud de los profesionales puede influir de forma positiva en el establecimiento de buenos vínculos. El personal de urgencias, tanto auxiliares, celadores, enfermería y pediatras podemos reconocer cuándo unos padres tienen vínculo seguro con sus hijos o cuándo no.

La observación de la interacción de los cuidadores con los niños nos permite valorar indicadores que orientan hacia un:

- **Vínculo seguro:** el cuidador es sensible y atento a las demandas del niño/a, mostrándose accesible cuando le necesita.
- **Vínculo inseguro:** el cuidador es poco sensible a los requerimientos del niño/a, mostrándose estos inseguros y, a veces, preocupados por la proximidad del mismo.

El vínculo seguro garantiza unas relaciones afectivas positivas, estimula la autonomía del niño o la niña y fomenta una visión positiva de sí mismo y de los demás.

QUÉ OBSERVAR Y CON QUÉ FINALIDAD

La observación debe efectuarse durante todo el acto asistencial y debería estar integrado dentro de la práctica habitual del personal sanitario. Habitualmente se realiza de manera inconsciente, pero al

hacerlo de forma activa el resultado será más eficaz. Debemos observar la actitud del niño y la calidad de la relación con sus cuidadores: respeto, reconocimiento y aceptación de sentimientos, afectividad... Debemos observar también la actitud de los cuidadores puesto que, si es de confianza hacia nosotros, el niño/a mostrará también confianza hacia el profesional, resultando de ello una reducción del nivel de estrés durante la exploración. Una actitud empática del cuidador hacia el niño mientras realizamos la exploración física y las exploraciones complementarias mejorará la aceptación y tolerancia de dichas intervenciones.

Todo ello ayuda a valorar la calidad de la relación y permite intervenir positivamente en el reconocimiento y la aceptación de los sentimientos y la autodefensa.

INCIDIR EN LA ACTUACIÓN DE LOS CUIDADORES

También en una visita de urgencias pediátricas es posible incidir positivamente en las relaciones parentales que secundariamente ayudarán o reforzarán el establecimiento de un buen apego.

Una asistencia médica urgente puede originar una situación de estrés y, a su vez, poner de manifiesto una deficiente sintonía emocional entre padres/cuidadores y niño, permitiendo reflexionar sobre ello e incidir de forma positiva en el reconocimiento del estado mental del niño, mejorando la empatía.

Es bueno recomendar a los padres/cuidadores:

- Observar, escuchar y empatizar con su hijo/a en esta situación de estrés.
- Transmitir tranquilidad y confianza lo que, de forma positiva, influirá en la tranquilidad y confianza del niño.
- Expresar afecto con gestos y/o palabras durante la asistencia médica sin que ello entorpezca la actuación sanitaria.
- Establecer límites, sobre todo en niños más mayores, ayudándoles a entender los motivos de la atención médica y sus beneficios, induciendo confianza en los profesionales. Si ven confianza, los niños aprenderán a confiar.
- Escuchar y dialogar con él según la edad, ayudándole a afrontar el miedo y las dificultades, evitando que se sienta solo.

Todas estas actitudes contribuyen a que el niño/a tenga una base segura. Esta tranquilidad le permite relajarse y afrontar las dificultades con normalidad, mejorando su autoestima y confianza.

INCIDIR EN LA ACTUACIÓN DEL PROFESIONAL

La actitud de los profesionales puede influir en favorecer buenos lazos afectivos. Los profesionales sanitarios debemos ser conscientes

de nuestra actuación, nuestros comentarios, nuestros gestos... dado que están siendo realizados en una situación de estrés, tanto para los cuidadores como para los niños. Si todo ello es positivo, puede ayudar a un mejor reconocimiento entre padres e hijos.

Así, también si nuestra actuación es desafortunada, puede provocar un resultado negativo, tanto en la propia relación asistencial como en las relaciones parentales, generando una baja autoestima de los cuidadores/niños y/o potenciar su inseguridad.

Siempre que reconozcamos una acción o **actitud positiva de los cuidadores** hacia los niños debemos hacerlo consciente para que puedan darse cuenta de lo bien que lo hacen, **fortaleciendo y reforzando** así su conducta.

Por otro lado, reconocer una acción o actitud negativa de los cuidadores hacia los niños requiere gran sensibilidad para realizar cualquier tipo de intervención. No se trata de generar inseguridad sino de analizar y mejorar las relaciones parentales en beneficio final del niño.

COMENTARIOS

En nuestra práctica habitual como profesionales de la sanidad deberíamos incorporar con normalidad estos aspectos relacionales/emocionales dada su trascendencia en la salud mental y el buen desarrollo de los niños. Es nuestra responsabilidad realizar una **prevención primaria** y establecer medidas de prevención secundaria en la Consulta, promoviendo el buen trato.

Desde la **parentalidad positiva** se pueden conseguir los mejores resultados. Es una inversión de futuro indiscutible para todos los niños.

BIBLIOGRAFÍA

- Ainsworth BL, Apego SM, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. En: Delval J (Comp.). Lecturas de psicología del niño, Vol. 1. Madrid: Alianza; 1978.
- Barudy J, Dantagnan M. Los buenos tratos en la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa; 2005.
- Consejo de Europa, Recomendación Rec (2006) 19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo al ejercicio positivo de la parentalidad. <http://www.msps.es/politicaSocial/familiasInfancia/docs/recomendacion.pdf>
- Gámez-Guadix M, Murray AS, Carrobes J.A., Marina J, Almendros C. Corporal punishment and long-term behavior problems: The moderating role of positive parenting and psychological aggression. *Psicothema*. 2010; 22: 529-36.
- González R, Horno P, Amaya R, Orjuela L Creciendo como padres y madres. Save the children. Disponible en: <http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/191/guia-padres-2009.pdf>

- González R, Román Y. ¿Quién te quiere a ti? Guía para padres y madres. Save the Children 2012. Disponible en: http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/523/SC_PARENTALIDAD_Guia QUIEN TE QUIERE A TI vOK.pdf
- Isaza Merchán L. Sin golpes, ni gritos. Descubriendo la crianza positiva. Manual para agentes educativos para trabajar con padres y madres. Bogotá: Save the Children; 2006.
- Orjuela L, Perdices AJ, Plaza M, Tovar M. Manual de atención para los niños y niñas de mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Save the Children. 2008. Disponible en: <http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/157/Manual%20Atencion%20Castellano%20final.pdf>
- Tello C, Batalla I, Castillo A, Domingo F, Esquerda M, Pera V, Vallmanya T. Vinculación afectiva, conductas agresivas y malos tratos en la infancia. Colección Profesionalidad núm. 2. Ediciones San Juan de Dios-Campus Docent, 2014. En prensa.

16. Autocuidado del profesional que atiende al menor en situación de maltrato

*J.L. Cuevas Cervera, I. López Contreras,
J.A. Cózar Olmo*

Todos los profesionales de la salud implicados en la atención a víctimas de maltrato infantil se convierten en depositarios de historias dolorosas y crueles de malos tratos y abuso, en testigos de situaciones violentas y hasta en mediadores de conflictos familiares. En ocasiones, pueden ser objeto de violencia verbal o física por parte de los familiares, o incluso de dura crítica por parte de la opinión pública y medios de comunicación. Estas experiencias pueden repercutir negativamente en la salud psíquica y física del profesional, de forma severa. El temor a estas consecuencias no debería suponer una barrera a la hora de denunciar una posible situación de maltrato infantil.

En este contexto, la incorporación a la práctica de **estrategias de autocuidado** es una necesidad prioritaria para preservar la salud y bienestar de los que prestan la atención a los menores lo que, paralelamente, beneficiará al niño en situación de riesgo.

CONCEPTO DE AUTOCUIDADO

Llamamos **autocuidado** al conjunto de estrategias de afrontamiento que el propio individuo (en este caso, profesional sanitario) puede implementar para prevenir experiencias negativas y propiciar o fortalecer su bienestar integral, tanto en el área psíquica como física. El autocuidado como práctica debe ser interiorizado por la persona desde la propia convicción de requerir darse a sí mismo cuidados adecuados y acorde con sus necesidades. Implica, por tanto, una toma de consciencia acerca de sus carencias, puntos vulnerables y expectativas, así como de sus fortalezas y recursos personales, cuya identificación se hace indispensable. A partir de ello, el profesional podrá elaborar un planteamiento inicial de acciones o **estrategias de autocuidado** –individuales o colectivas– orientadas a su propia protección y a la recuperación de su bienestar.

Desde un punto de vista práctico, abordaremos las estrategias de autocuidado según sean:

- Estrategias de autocuidado psíquico del profesional.
- Estrategias de autocuidado físico del profesional.

ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO PSÍQUICO DEL PROFESIONAL

Conceptos

La atención a víctimas de maltrato infantil en cualquiera de sus formas puede incidir de varias maneras en la esfera psíquica del profesional. Se identifican varias maneras de afectación, que pueden darse de manera independiente o desencadenarse paralelamente:

- **Estrés:** situación en la que las demandas son concebidas por el individuo como superiores a sus posibilidades, por su alto impacto emocional o carácter extraordinario, sintiendo que sus recursos o estrategias de afrontamiento son ineficaces para la resolución del problema.
- **Burnout (síndrome del desgaste laboral, síndrome del quemado):** síndrome de estrés **crónico** que se produce en aquellos profesionales que atienden de manera intensa y prolongada a personas en situación de necesidad o dependencia. Es característico de profesiones vocacionales, y se produce **paulatinamente** por la falta de cumplimiento de las expectativas creadas. Las consecuencias en la salud pueden ser variadas: depresión, alteraciones del sueño, cefaleas, trastornos gastrointestinales, etc.
- **Estrés postraumático:** reacción que se desarrolla ante un suceso traumático o una situación de amenaza excepcional o de naturaleza catastrófica. Los sujetos que lo sufren tienen síntomas re-experimentados del suceso traumático de modo muy vívido y perturbador. Esto incluye *flashbacks*, pesadillas, imágenes perturbadoras, etc.
- **Traumatización vicaria:** presentación de síntomas relacionados con estrés postraumático **en quienes apoyan a personas afectadas** por una experiencia traumática, como en casos de malos tratos, violencia intrafamiliar o abuso sexual. Se desarrolla como resultado de la exposición, breve o prolongada, a los traumas de la otra persona, combinada con la empatía que el trabajador siente hacia esta persona y con sus propias experiencias dolorosas aún no integradas en su vida. Sus consecuencias, además de un estado de alerta incrementado, pueden ser sensación de frustración, impotencia, depresión o deterioro de las relaciones interpersonales.

TABLA 1. Factores de riesgo para la salud psíquica del profesional implicado en la atención al maltrato infantil

Factores de riesgo internos (dependen del profesional)

- Características de personalidad: labilidad emocional, alto grado de empatía, identificación con el agredido
- Dudas respecto al protocolo de actuación
- Poca experiencia en la atención a situaciones de maltrato
- Haber sido víctima de una situación de maltrato. Tener un familiar en situación de maltrato, similar a la que atiende
- No poder compartir la experiencia por la confidencialidad exigida
- Temor a que algo parecido le ocurra a sus seres queridos
- Temor a una agresión física o verbal por el entorno del agredido
- Problemas personales extralaborales. Falta de apoyo familiar y social extralaboral
- Descontento con la situación laboral previa, falta de incentivos, escasa motivación

Factores de riesgo externos (dependen de la situación)

- Tener que escuchar constantemente la historia de violencia, de forma repetida
- Haber sido testigo directo de una situación de violencia física o verbal
- Identificar situaciones de riesgo para las víctimas que no puede evitar
- Observar cómo los sistemas de justicia y protección de menores pueden re-victimizar y estigmatizar a las víctimas
- Observar cómo los diferentes servicios implicados pueden entorpecer o enlentecer el proceso
- Constatar cómo no se concreta la atención apropiada por factores ajenos al profesional

- **Movilización de las propias experiencias de violencia:** enfrentar de forma cotidiana el dolor ajeno implica estar en riesgo de revivir o reactivar las propias vulnerabilidades (sufrimientos, temores, culpas, frustraciones) referidas a eventos violentos y de abuso vividos previamente por el profesional.

Factores de riesgo

Se describen una serie de factores de riesgo para el desarrollo de estas situaciones, que quedan resumidos en la Tabla 1.

Estrategias de autocuidado

Las estrategias propuestas para afrontar estas situaciones y prevenir sus posibles consecuencias serían:

- Conocer cuáles son los **factores de riesgo personales y situacionales** que pueden atentar sobre la salud psíquica del profesional,

en especial aquellos de carácter interno que lo pueden hacer más vulnerable ante situaciones estresantes.

- Conocer las posibles **formas** en que el profesional puede verse afectado: reacción de estrés, *burnout*, estrés postraumático, traumatización vicaria, etc. Conocer la variada sintomatología con la que se pueden presentar para identificarlas de forma precoz.
- **Autoevaluarse** periódicamente tras periodos de tensión surgidos en el entorno laboral, teniendo en cuenta:
 - Valorar que se ejerce una adecuada **práctica profesional**: rendimiento, capacidad de trabajo, afrontamiento de dificultades, relaciones con los compañeros, satisfacción laboral.
 - Valorar **repercusión en otros ámbitos de la vida**: salud física, emocional, relación de pareja, sexualidad, relaciones sociales, etc. Es importante también identificar aumento de consumo de alcohol, tabaco, ansiolíticos.
- **Solicitar ayuda profesional** (equipos de Salud Mental). Evitar la automedicación.
- **Compartir las preocupaciones y la responsabilidad**, actuando con los diversos compañeros implicados en la atención al maltrato como un “**equipo de tareas**”, multidisciplinario, de modo que la máxima responsabilidad no recaiga sobre un único profesional.
- Procurar mantener **límites** bien definidos entre la actividad laboral y la vida personal.
- Paralelamente, incorporar **otras estrategias elementales** como: hábito de sueño regular, alimentación adecuada, fomentar el ejercicio físico, mantener el sentido del humor, buscar en espacios para el ocio y actividades recreativas.

ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO FÍSICO DEL PROFESIONAL

Conceptos

Es un hecho que las agresiones a los profesionales sanitarios, tanto verbales como físicas, son cada vez más frecuentes. Están especialmente expuestos aquellos que tratan situaciones especialmente sensibles, como en las que se atienden a un menor en situación de maltrato, abuso o negligencia, por la repercusión emocional, en los familiares y posibles consecuencias legales que conlleva.

Se denomina **incidente violento en el lugar de trabajo** a cualquier acto que conlleve abuso verbal, físico, amenazas o cualquier otro comportamiento intimidatorio cometidos por un paciente, su familiar o acompañante, contra un profesional médico en el ejercicio de su función y causando un daño físico o psicológico.

TABLA 2. Factores de riesgo para que se produzca una agresión al profesional implicado en la atención al maltrato infantil

Factores de riesgo internos (dependen del profesional)

- Características del profesional:
 - Falta de autoridad
 - Carácter temperamental: responde, desafía o se encara al agresor
 - Sexo masculino (para la agresión física)
- Dudas respecto al protocolo de actuación
- Poca experiencia en la atención a situaciones de maltrato
- Mala relación inicial médico-paciente o médico-familiares
- Pocos recursos en el abordaje de situaciones conflictivas (baja empatía, baja asertividad).
- Infravalorar la agresividad verbal y amenazas previas del entorno

Factores de riesgo externos (dependen de la situación)

- Situaciones especialmente sensibles (sospecha de abuso sexual)
- Disfunción familiar severa. En especial en disputas legales por la custodia
- Familiares presentes con antecedentes de agresiones. Familiares presentes ebrios o bajo efecto de drogas
- Soledad del sanitario en la consulta. Falta de testigos
- Ausencia de personal de seguridad. No existencia de sistemas de alarma ni teléfono
- Dificultad para la huida del contexto si es necesaria
- Ausencia de respuesta contundente de la Administración y Dirección ante agresiones anteriores en el mismo centro
- Horario de noche

Factores de riesgo

Al igual que en el apartado anterior, se describen una serie de factores de riesgo para que se produzca una agresión a un profesional sanitario que quedan reflejados en la Tabla 2.

Estrategias de autocuidado

Se proponen diversas estrategias desde la Organización Médica Colegial, Colegios de Médicos y Sindicatos Sanitarios para prevenir el desarrollo de estas situaciones:

- Identificar situaciones de riesgo en base a los **factores de riesgo** señalados, sin infravalorar situaciones de agresividad verbal y hostilidad. Política de “**tolerancia cero**” ante la mínima agresión.
- Conocer los **protocolos de actuación** ante la sospecha de maltrato y actuar con diligencia, sin dudas, explicando a la familia de forma franca los pasos a seguir.

- Desarrollar **estrategias de comunicación** con el paciente o familiares mediante *formación* específica de los profesionales: comunicación en situaciones difíciles, asertividad, escucha activa, comunicación no verbal, habilidades de negociación, manejo del estrés y técnicas de autocontrol.
- Informar a la familia y explorar a los pacientes siempre bajo la supervisión de un **testigo**, compañero de trabajo (médico, enfermero, auxiliar).
- Establecer una adecuada **distancia de seguridad**, situándose a ser posible en el umbral de la puerta, siempre de cara al potencial agresor.
- **Exigir** la existencia de **sistemas de alarma y personal de seguridad** cuando sea posible, más ante situaciones de posible agresión y en **horario de noche**.
- Avisar al **personal de seguridad y/o Policía**.
- En caso de agresión, **interrumpir la actividad asistencial** (salvo urgencia vital) hasta que el agresor haya sido reducido o haya abandonado el centro.

Lo que NO hay que hacer

- Responder a las agresiones verbales, insultar, encararse con el agresor.
- Quedarse frente al agresor y plantarle cara, no emprendiendo la huida si es posible.
- Responder a la agresión de forma no-proporcionada, que sobrepase el objetivo que debe ser neutralizar la agresión.

Medidas ulteriores

- Autoevaluar la integridad física y psíquica tras la agresión, poniéndose en manos *de otro facultativo* cuando sea necesario.
- Comunicar a la Fiscalía/Juzgado de Guardia la agresión.
- Comunicar a la Dirección del centro la agresión.
- Comunicar al Colegio de Médicos la agresión.
- Denunciar en caso necesario.

BIBLIOGRAFÍA

- Bennet S, Plint A, Clifford TJ. Burnout, psychological morbidity, job satisfaction and stress: a survey of Canadian hospital based child protection professionals. Arch Dis Child. 2005; 90: 1112-6.
- Flaherty EG, Schwartz K, Jones RD, Sege RD. Child abuse physicians: coping with challenges. Eval Health Prof. 2013; 36: 163-73.
- Flaherty EG, Sege RD. Barriers to physician identification and reporting child abuse. Pediatr Ann. 2005, 34: 349-56.

- Garrido Fernández M, de Moral Arroyo G, González Ramírez E, López Jiménez AM. Estudio del burnout entre los profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar en la atención a las familias en riesgo psicosocial. *Apuntes de Psicología*. 2009; 27: 517-37.
- Garrido Fernández M, Del Moral Arroyo G, González Ramírez E, López Jiménez AM. Estudio de burnout entre los profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar en la atención a las familias en riesgo psicosocial. *Apuntes de Psicología*. 2009; Vol.27, No 2-3, p. 517-37. [Acceso el 9 de septiembre de 20014]. Disponible en: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/272>
- Gil-Monte PR, Peiró JM. Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: Editorial Síntesis; 1997.
- Gil-Monte PR, Peiró JM. Validez factorial de maslach burnout inventory en una muestra multiocupacional. *Psicothema*. 1999; 11: 679-89.
- González-García N, Suárez-Rodríguez K, Loredó-Abdalá A. Síndrome del desgaste laboral (burnout). ¿Un riesgo para profesionales que atienden el problema del maltrato infantil? *Acta Pediatr Méx*. 2011; 32: 33-7.
- Hall MB. Is protecting children bad for your health? *Arch Dis Child*. 2005; 90: 1105-6.
- Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Plan de prevención y atención de agresiones para los profesionales del sistema sanitario público de Andalucía. [Acceso el de 3 de Julio de 2014]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_guia_atagresiones
- Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annl Rev Psychol*. 2001; 52: 397-422.
- Ojeda TE. El autocuidado de los profesionales de la salud que atienden a víctimas de violencia sexual. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2006; 52: 21-7.
- Oltra S. El autocuidado, una responsabilidad ética. *Rev GPU*. 2013; 9: 85-90.
- Orellana Bahamondes F, Paredes Toledo M. Autocuidado de Equipo: Aprendizajes de una práctica. Lom Ediciones, Santiago de Chile; 2006 (Instituto Humaniza. Formación Clínica y Psicosocial). [Acceso el 9 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.humanizasantiago.cl/wp-content/uploads/2014/07/Libro-Autocuidado-de-equipo.-Aprendizajes-de-una-pr%C3%A1ctica.pdf>
- Organización Médica Colegial (OMC). Documento sobre las agresiones médicas. [acceso el de 3 de julio de 2014]. Disponible en: http://www.cgcom.es/sites/default/files/Documento%20agresiones_0.pdf
- Santana AI, Farkas C. Estrategias de autocuidado en Equipos profesionales que trabajan en Maltrato Infantil. *Psykhe*. 2007; 16: 77-89.
- Way I, Van Deusen K, Cottrell T. Vicarious trauma: predictors of clinician's disrupted cognitions about self-esteem and self-intimacy. *J Child Abuse*. 2007; 16: 81-98.

17. Algoritmos

- Maltrato físico (Figura 1)
- Abuso sexual (Figura 2)
- Maltrato psicológico (Figura 3)
- Negligencia (Figura 4)
- Mutilación genital femenina (MGF) (Figura 5)
- Guía rápida ante una agresión (Figura 6)

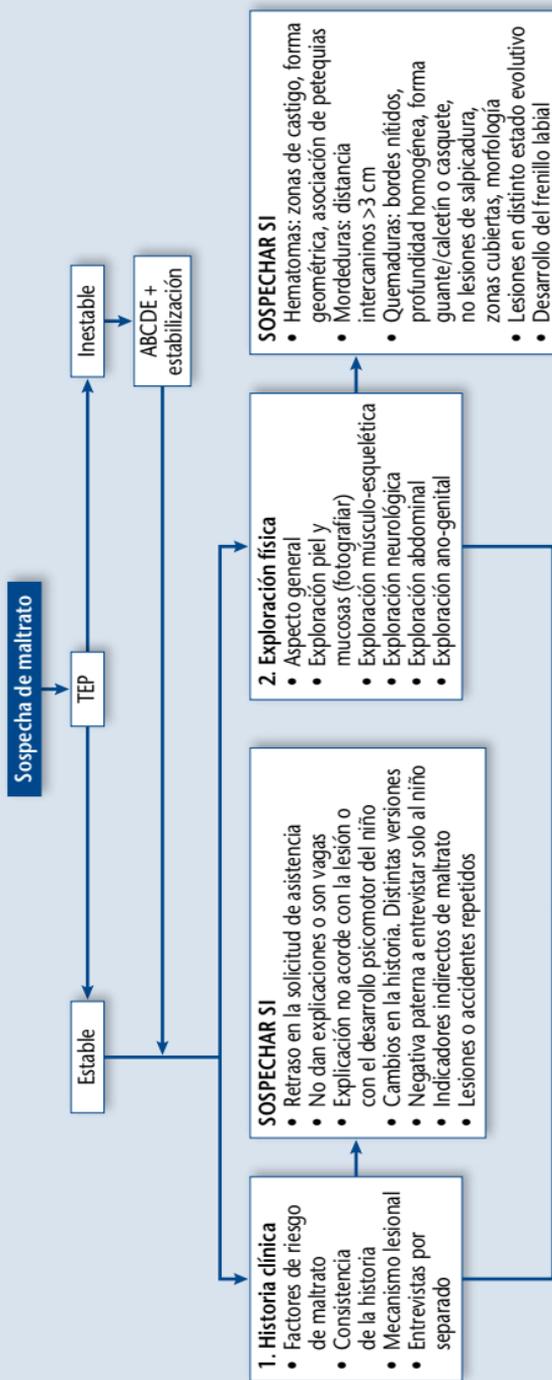


FIGURA 1. Maltrato físico

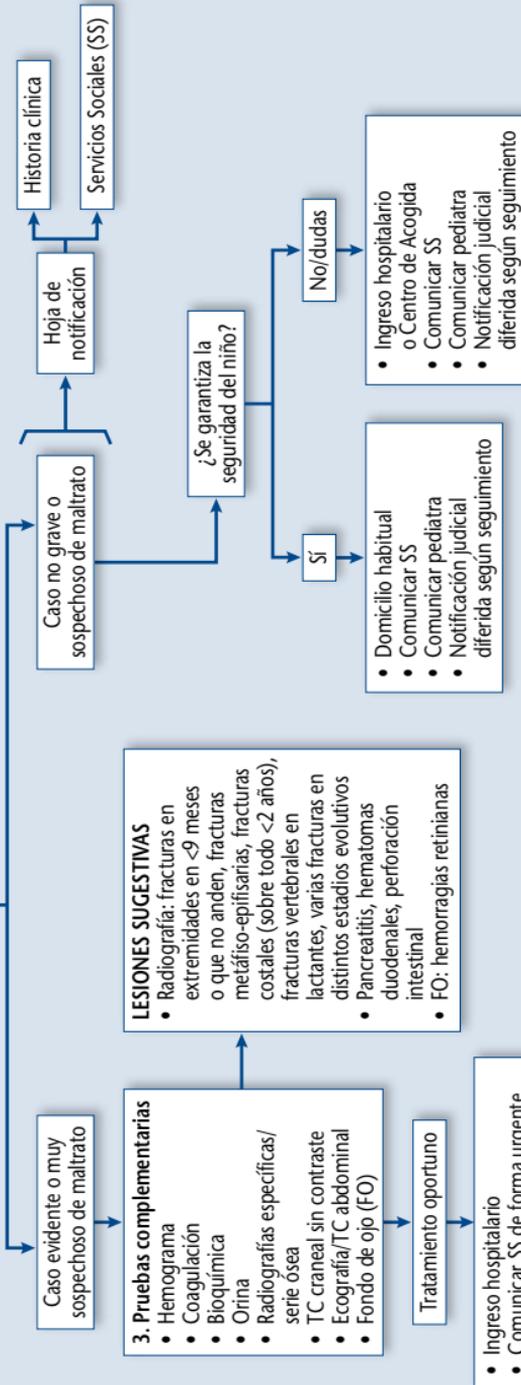


FIGURA 1. Maltrato físico (continuación).

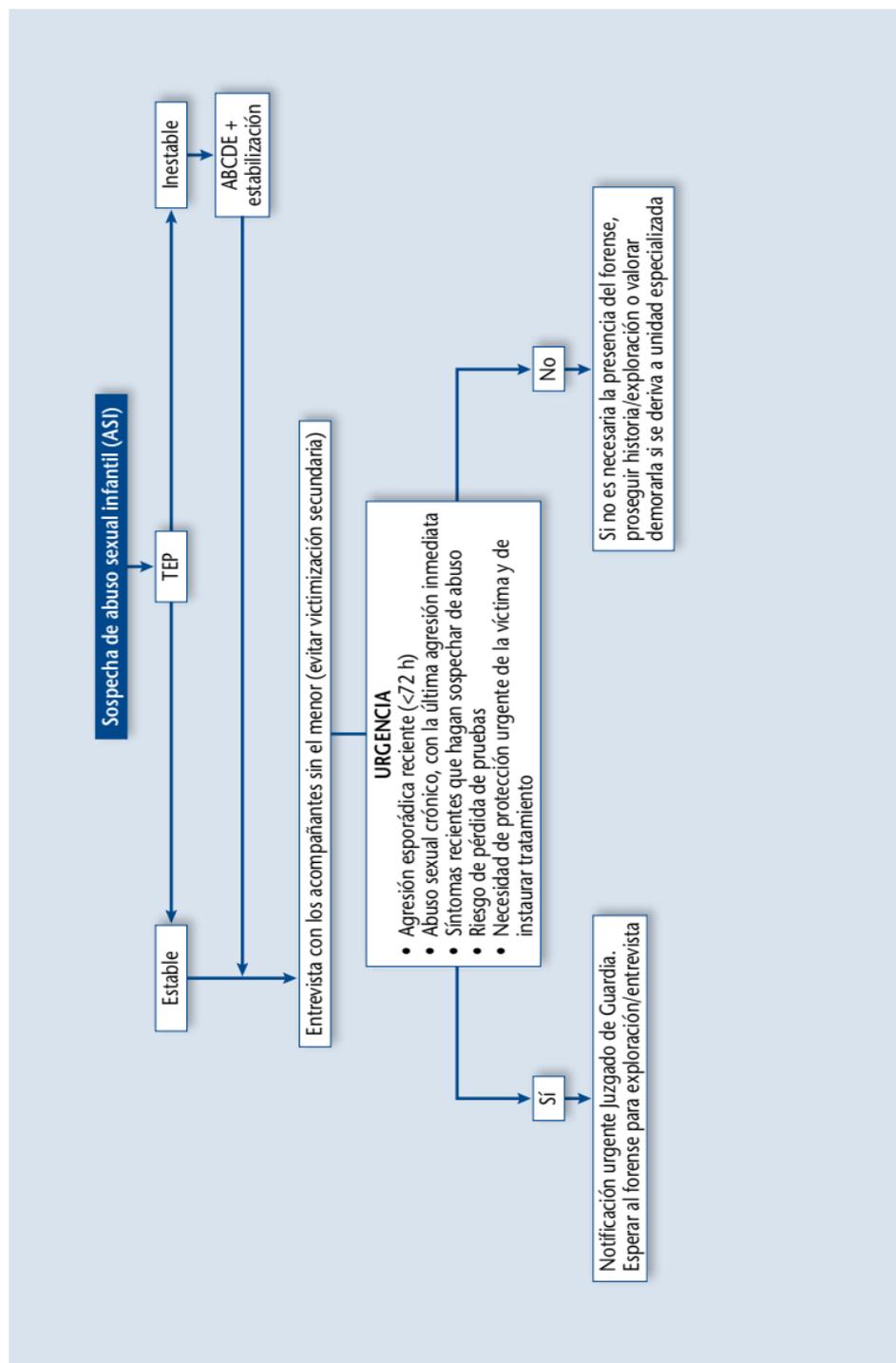


FIGURA 2. Abuso sexual.

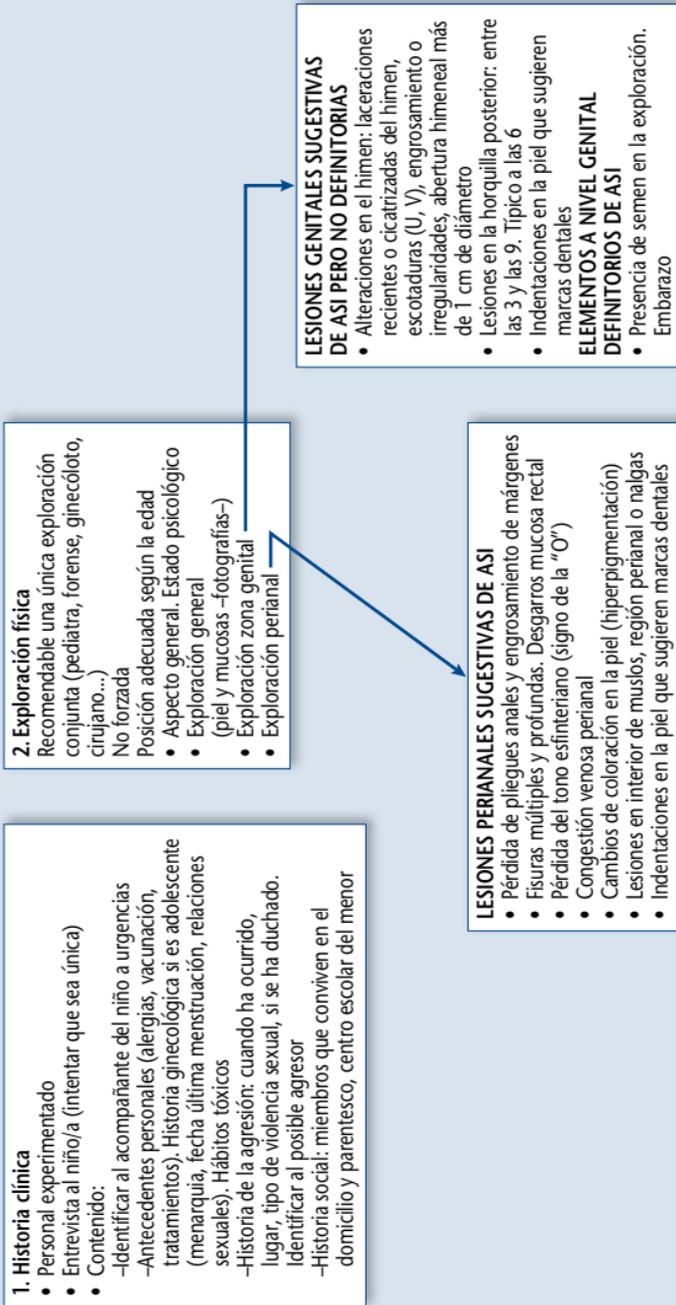


FIGURA 2. Abuso sexual (continuación).

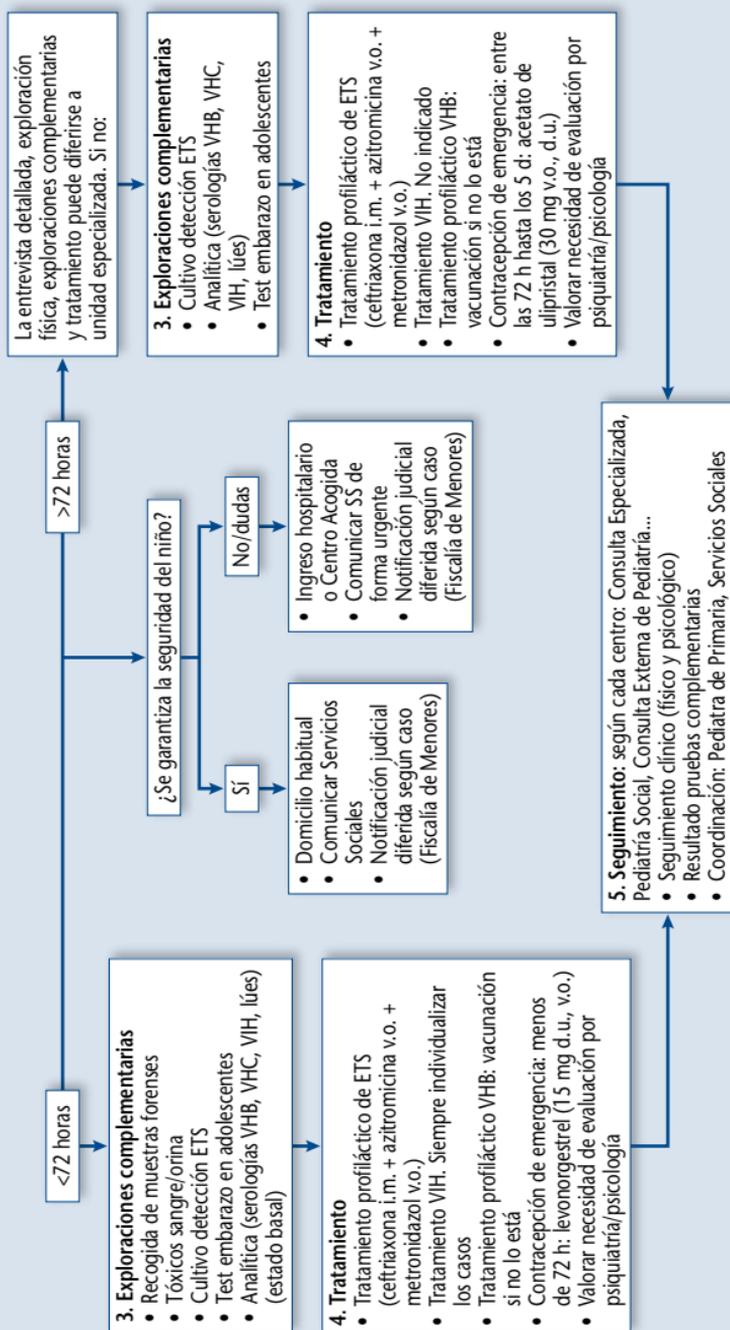


FIGURA 2. Abuso sexual (continuación).

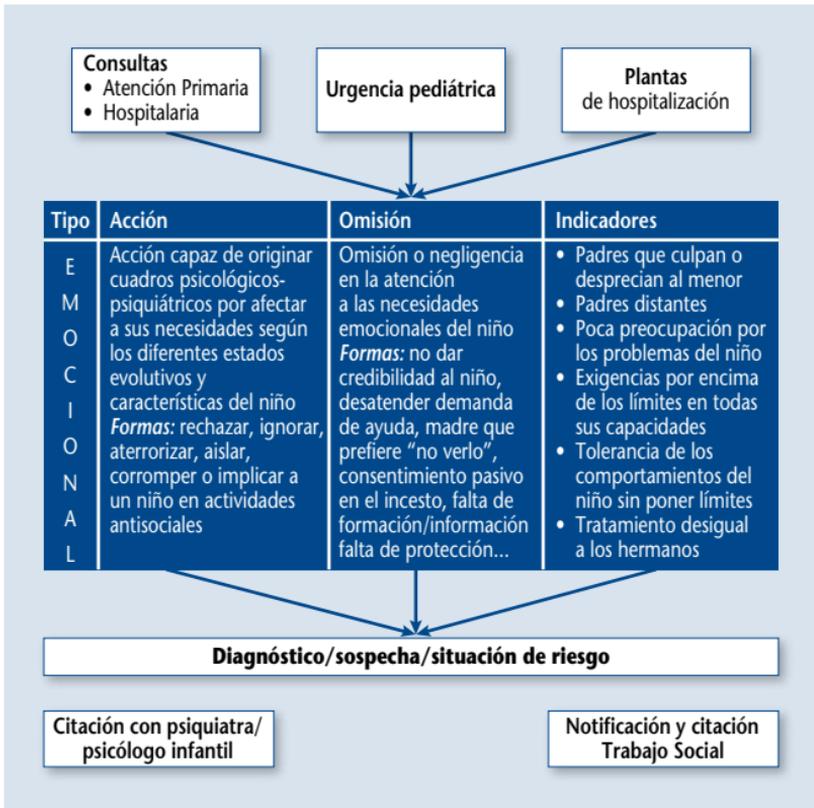


FIGURA 3. Maltrato psicológico.

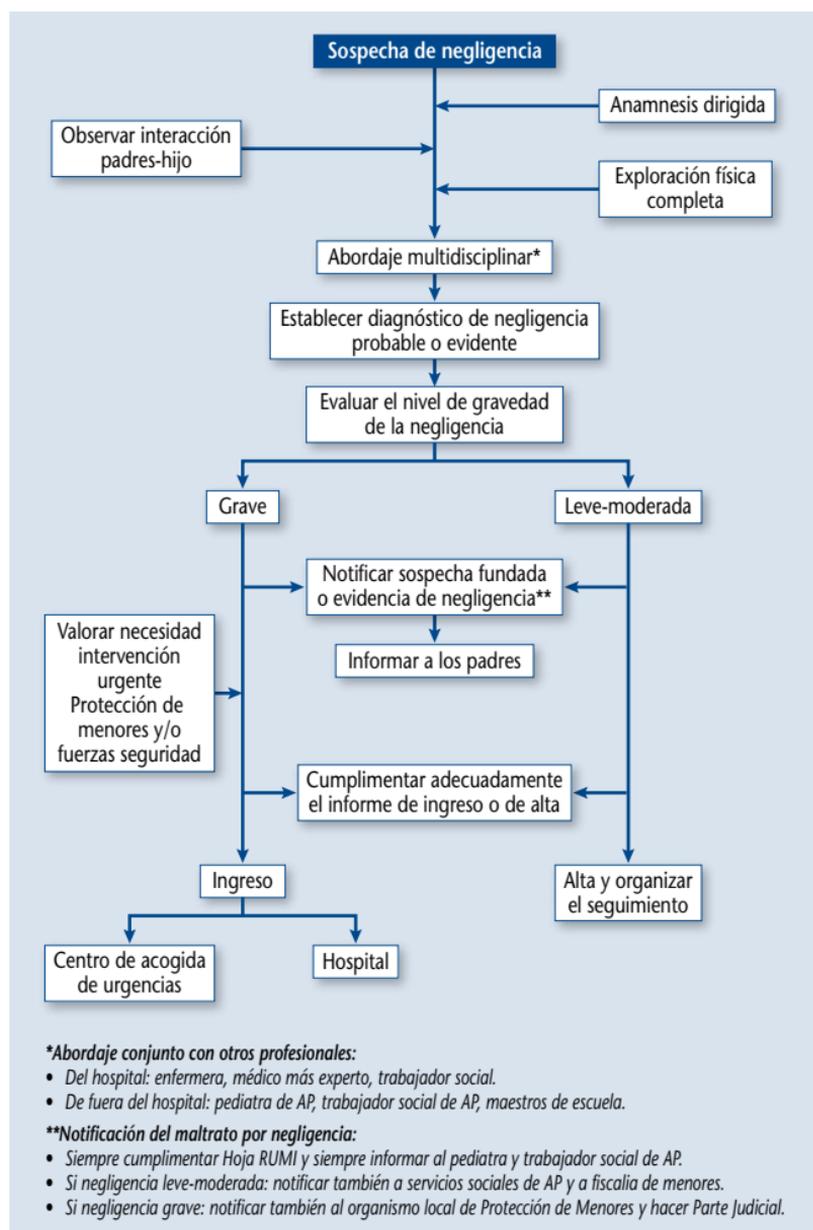


FIGURA 4. Negligencia.

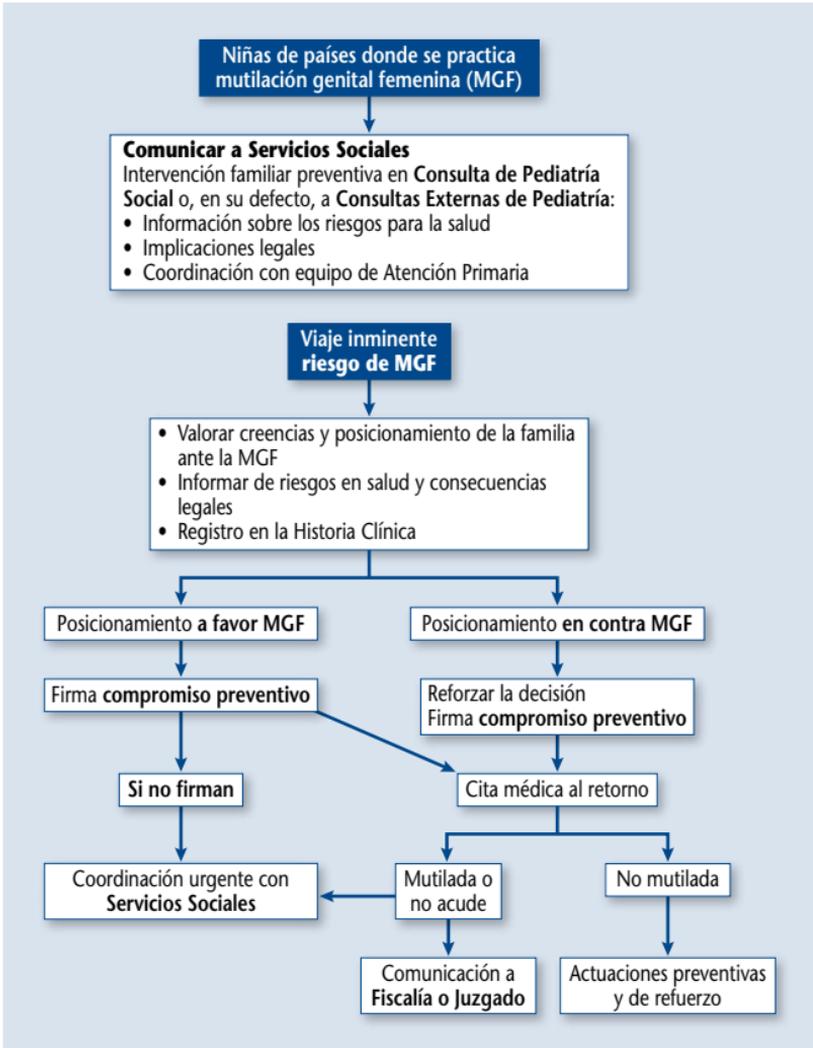


FIGURA 5. Mutilación genital femenina (MGF).

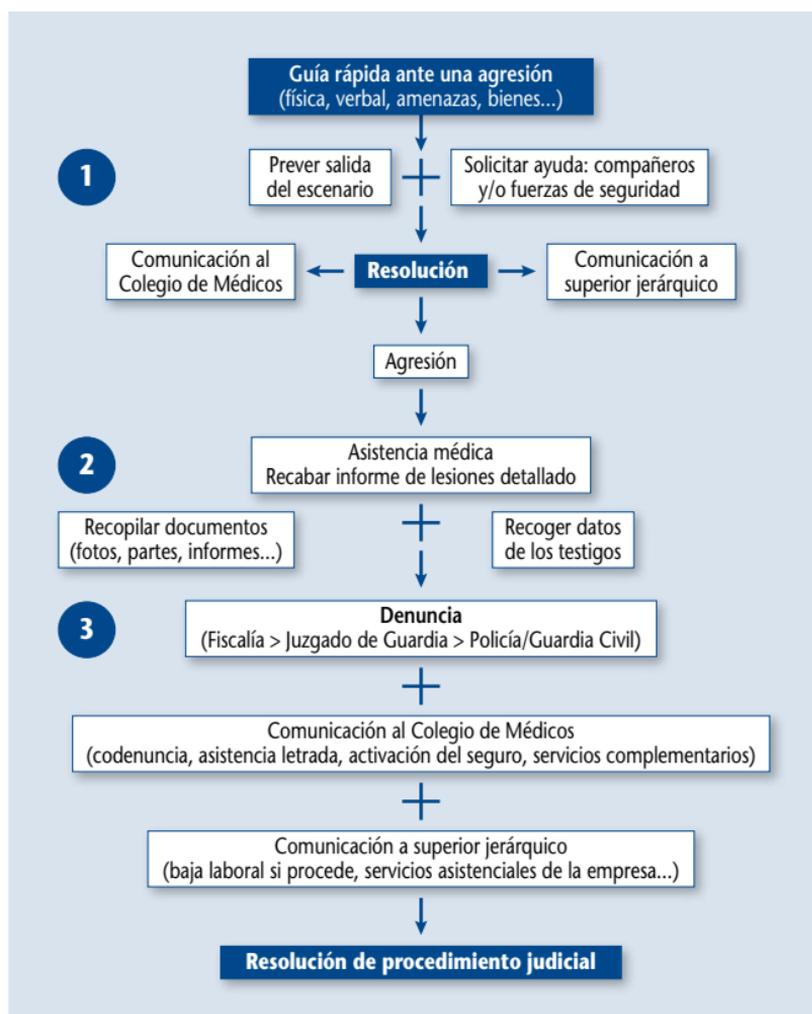


FIGURA 6. Guía rápida ante una agresión. Recomendaciones de la Organización Médica Colegial (OMC).

18. Directorio

*J. Ruiz Jiménez, E. Castuera Jurado,
M. Rimblas Roure*

ANDALUCÍA

Servicio de Protección de Menores

- **Almería**
C/ Real, 5 - 04071 Almería
Tfno.: 950 774 700 / Fax: 950 708 130
- **Cádiz**
Tfno.: 956 407 104-05 / Fax: 956 407 003
Pza. Asdrúbal, s/n. Ed. Adm. Junta de Andalucía - 11071 Cádiz
- **Córdoba**
Tfno.: 957 552 723 / Fax: 957 552 830
C/ Ángel Ganivet, 18 - 14071 Córdoba
Tfno.: 957 124 726 / Fax: 957 124 798
- **Granada**
C/ Ancha de Gracia, 6 - 18071 Granada
Tfno.: 958 205 706 / Fax: 958 205 773
- **Huelva**
Alcalde Mora Claros, 4-6 - 21071 Huelva
Tfno.: 959 213 554 / Fax: 959 213 114-24
- **Jaén**
Paseo de la Estación, 19 3º - 23071 Jaén
Tfno.: 953 922 211 - 953 932 211 / Fax: 953 922 354
- **Málaga**
C/ Tomás Heredia, 18 - 29001 Málaga
Centralita: 951 922203-04
- **Sevilla**
C/ Federico García Lorca, 3 - 41005 Sevilla
Tfno.: 955 346 249-51 / Fax: 955 346 359
Centralita: 955 890 200

ARAGÓN

- **Huesca**
Delegación Provincial del IASS Sección Menores
Plaza Inmaculada, 2 - 22071 Huesca
Tfno.: 974 221 635 / Fax: 974 221 504

- **Teruel**
Delegación Provincial del IASS
Avda. Sanz Gadea, 11 - 44002 Teruel
Tfno.: 978 641 325 / Fax: 978 641 232
- **Zaragoza**
Delegación Provincial del IASS. Subdirección de Protección a la Infancia y Tutelas
C/Supervía, 27 - 50006 Zaragoza
Tfno.: 976 715 004 / Fax: 976 715 288

Teléfono de Urgencias del Servicio Especializado en Menores 901 111 110 de 8 h-20 h y festivos 24 horas

ILLES BALEARS

RUMI (Registro Unificado del Maltrato Infantil)
Dirección General de Familia y Menores
C/ San Joan de la Salle, 4b - 07003 Palma de Mallorca
Tfno.: 971 177 400 / Fax: 971 176 416
<http://dgménors.caib.es>

ISLAS CANARIAS

Dirección general de Protección del Menor y la Familia

- *Sede en Tenerife*
C/ San Sebastián, 53. Edificio Príncipe Felipe - 38071 Santa Cruz de Tenerife
- *Sede en Gran Canarias*
C/ Agustín Millares Carló, 18. Edificio Usos Múltiples II, 2ª planta - 35071 Las Palmas de Gran Canarias

CANTABRIA

Dirección General de Políticas Sociales. Gobierno de Cantabria. Consejería de Empleo y Bienestar Social
www.serviciosocialescantabria.org

CASTILLA LA MANCHA

Servicio de Familia de las Delegaciones Provinciales de Salud y Bienestar Social de la Junta de Comunidad de Castilla la Mancha
Tfno. atención al maltrato 900 100 114

CASTILLA Y LEÓN

Dirección General de la Familia. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
C/ Francisco Suárez, 2 - 47006 Valladolid
Tfno.: 983 410900/ 983 412 251

CATALUNYA**Fiscalía de menores**

- **Barcelona**
Venezuela, 74, 4º - 08019 Barcelona
Tfno.: 933 036 244
- **Girona**
Plaça de la Catedral, 2 - 17004 Girona
Tfno.: 972 940 345 / Fax: 972 219 241
- **Lleida**
Canyeret, 1 - 25007 Lleida
Tfno. 973 705 840 / Fax: 973 700 193
- **Tarragona**
Avda. President Lluís Companys, 10 - 43005 Tarragona
Tfno.: 977 920 100 / Fax: 977 920 110

Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA)

- **Barcelona**
Barcelona ciudad
Tfno.: 935 524 438 / Fax: 935 524 530
Barcelona comarcas
Tfno.: 935 524 463-99 / Fax: 935 524 540-434
- **Girona**
Tfno. 972 486 060-941 262 / Fax: 972 941 274
- **Lleida**
Tfno.: 973 727 707 / Fax: 973 727 956
- **Tarragona**
Tarragona
Tfno.: 977 251 986 / Fax: 977 241 176
Terres de l'Ebre
Tfno.: 977 708 224-32 / Fax: 977 705 002
Unitat de detecció i Prevenció del Maltractament Infantil (UDEPMI)
Tfno.: 900 300 777 / Fax: 935 524 594

EXTREMADURA

- **Consejería de Bienestar Social. Dirección General de la Infancia y Familia**
Avda. Reina Sofía, s/n - 06800 Mérida
Tfno.: 924 008 801-02-03-04-05 / Fax: 924 302 308
- **Consejería de Bienestar Social. Dirección General de la Infancia y Familia Badajoz**
Ronda del Pilar, 6 - 06002 Badajoz
Tfno.: 924 010 000-55 / Fax: 924 010 076
- **Consejería de Bienestar Social. Dirección General de la Infancia y Familia Cáceres**
Alfereces Provisionales, 1 - 10001 Cáceres
Tfno.: 927 004 306-49 / Fax: 927 004 309

CIUDADES AUTÓNOMAS DE CEUTA Y MELILLA

- **Ceuta**
Área de Menores de la Ciudad Autónoma de Ceuta
Dirección General del Menor y la Familia
 C/ Real, 63 (antiguo Edificio La Mutua) - 51001 Ceuta
 Tfno.: 956 511 842 -512 413 / Fax: 956 510 813
www.ceuta.es
- **Fundación ANAR: 900 202 010**
- **Melilla**
Consejería de Bienestar Social y Sanidad
Dirección General del Menor y la Familia. Sección Técnica de Protección
 Tfno.: 952 699 301 / Fax: 952 699 302

GALICIA

- **Consellería de Familia e promoción do Emprego, Muller e Xuventude**
 Teléfono del menor 112
- **Dirección Xeral de Familia e Inclusión**
 Edif. Administrativo San Caetano, s/n - 15771 Santiago de Compostela
 Tfno.: 981 545 661-957 837 / Fax: 981 957 591
familia@xunta.es
- **Departamento Territorial da Coruña - Servizo de Familia e Menores**
 Enrique Mariñas, s/n. "Edificio Proa" (Matogrande) - 15009 A Coruña
 Tfno.: 981 185 706-30 / Fax: 981 185 737-01
maltrato.infantil.co@xunta.es
- **Departamento Territorial de Lugo - Servizo de Familia e Menores**
 Ronda da Muralla, 70 - 27071 Lugo
 Tfno.: 982 294 879-367-442 / Fax: 982 294 386
- **Departamento Territorial de Ourense - Servizo de Familia e Menores**
 Sáenz Díez, 39 baixo - 32003 Ourense
 Tfno.: 988 386 584-122 / Fax: 988 386 131
- **Departamento Territorial de Pontevedra - Servizo de Familia e Menores**
 Concepción Arenal, 8 - 36201 Vigo
 Tfno.: 986 817 063-86-393 / Fax: 986 817 040
- **Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI)**
 Só para os profesionais do ámbito educativo e policial. Accédese a través da páxina web <http://rumi.benestar.xunta.es/rumi> mediante unha clave de usuario e contrasinal que son previamente asignados pola Dirección Xeral de Familia e Benestar
- **Liña de Axuda á Infancia**
 En calquera caso, pódese acudir a liña de axuda á infancia, que é un servizo permanente (24 h) e gratuíto, e onde hai profesionais que prestan o asesoramento axeitado e notifican inmediatamente a situación aos servizos que corresponda
 Tfno.: 116 111

LA RIOJA

- **Consejería de Servicios Sociales**
Tfno.: 941 291 100
- **Servicio de Protección de menores, mujer y familia**
Tfno. Información al Menor: 116 111
Registromaltratoinfantil@larioja.org
Tfno.: 941 291 799 / Fax: 941 291 837

MADRID

- **Instituto Madrileño de la Familia y del Menor**
C/ Gran Vía, 14 - 28013 Madrid
Tfno.: 915 803 464 / Fax: 915 803 747
- **Fiscalía Menores Madrid**
C/ Hnos. García Noblejas, 37 - 28037 Madrid
Tfno.: 914 931 202 / Fax: 914 931 109
- **Juzgado de Guardia Madrid (Capital)**
Tfno.: 914 932 513
- **U.A.P.F.** (Unidad de Atención y Protección a la familia) del Cuerpo de Policía Municipal de Madrid
Tfno.: 900 222 100
- **GRUME**
Tfno.: 914 931 180-098
- **SAMUR SOCIAL**
Tfno.: 914 802 020
- **S.A.F.** (Servicio de Atención a la Familia)
Tfno.: 913 223 559 (delitos sexuales de cualquier tipo)

COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

Departamento de Políticas Sociales
C/ González Tablas, 7 - 31005 Pamplona
Tfno. 902 165 170 / 848 426 900
dgps.informacion@navarra.es

PAÍS VASCO

- **Diputación Foral de Álava**
Departamento de Política Social y Servicios Sociales
Instituto Foral de Bienestar Social - Área de Infancia, Menor y Familia
Tfno.: 945 151 015
- **Diputación Foral de Guipuzkoa**
Departamento de Política Social
Prevención, infancia y familia y Servicio de la Mujer
Tfno.: 943 113 959
- **Diputación Foral de Bizkaia**
Departamento de Acción Social
Servicio de Infancia
Tfno.: 944 067 962

- **Departamento de Interior del Gobierno Vasco**
Dirección de Atención a las Víctimas de Violencia de Género (DAVVG) y Ertzaintza: planificación de la atención a las víctimas de la violencia de género y Protección de niñas y niños víctimas de la violencia de género
Tfno.: 900 840 111
Fiscal Coordinadora de Menores
Tfno.: 944 016 658
Fiscal de Menores de Guardia
Tfno.: 688 673 028
Juzgado de Guardia
Juzgado de Barakaldo
Tfno.: 944 001 009
Juzgado de Bilbao
Tfno.: 944 016 481
- **Centros de acogida de Urgencia. Menores en situación de desprotección:** en horarios de oficina, de lunes a viernes: Servicio de Infancia. Departamento de Acción Social: los teléfonos anteriormente indicados. Fuera de horario de oficina: se necesita información y aprobación por Juez de Guardia/Fiscalía Menores
–Servicio Municipal de Urgencias Sociales: atención social “urgente” las 24 h de los 365 días del año
Alda. Mazarredo, 22 Bilbao (albergue)
Tfno.: 944 701 460.
–Niños y niñas entre 0 y 12 años: casa-hogar Ntra. Sra. de la Caridad “el Refugio”
C/ Zabalbide, 92 - Bilbao
Tfno.: 944 127 853
pcadenar@unsac.net
- –Adolescentes chicas: Hogar Argileku
C/ Plaza Velázquez, 8, 3º A-C-D - Barakaldo
Tfno.: 944 373 035
sgdafamilia@terra.es
- –Adolescentes chicos: Zabalondo Etxea - Fundación AMIGÓ
Barrio Zabalondo, Laredo Bidea, 5 - 7ª - Mungia
Tfno.: 946 748 267
zabalondoetxea@fundacionamigo.org
- –Adolescentes chicos. Menores extranjeros no acompañados: centro de primera acogida Zornotza - Asociación. LANDALAN
Carretera N-634, km. 88 - Amorebieta
Tfno.: 946 730 460
directoralbergue@yahoo.es

PRINCIPADO DE ASTURIAS

Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia
C/ Alférez Provisional, s/n - 333005 Oviedo
Tfno.: 985 105 500-106 538 / Fax: 985 106 376

COMUNIDAD VALENCIANA

Tfno. del Menor: 900 100 033

Tfno. de Ayuda a la Infancia: 116 111

Tfno. Prop de la Generalitat: 012

- **Direcciones territoriales competentes**

Alicante

Rambla Méndez Núñez, 41 - 03002 Alicante

Tfno.: 966 478 200

Castellón

Avda. Hermanos Bou, 81, - 12003 Castellón

Tfno.: 964 726 200

Valencia

Avda. Barón de Cárcer, 36 - 46001 Valencia

Tfno.: 963 866 750

- **Centros de recepción de menores**

Alicante

Centro "Alacant". C/ Primitivo Pérez, 21 - 03010 Alicante

Tfno.: 965 919 000

Centro "Hogar Provincial". C/ Hogar Provincial, 27-33 - 03559 Alicante

Tfno.: 965 265 100

Castellón

Centro "Verge de Lledó". Avda. Hermanos Bou, 26 - 12003 Castellón

Tfno.: 964 220 457

Centro "Penyeta Roja". Partida Penyeta Roja, s/n - 12005 Castellón

Tfno.: 964 359 837

Valencia

Centro "València". C/ Arabista Ambrosio Huici, 21 - 46013 Valencia

Tfno.: 963 748 024

Centro "Les Palmeres". Partida de Saboya, s/n, 46120 Alboraya

Tfno.: 961 856 385

- **Fiscalía de Menores**

Alicante

Avda. de Aguilera, 53 - 03007 Alicante

Tfno.: 965 935 882

Castellón

Bulevar Vicente Blasco Ibáñez, 10 - 12003 Castellón

Tfno.: 964 621 587

Valencia

Avenida Profesor López Piñero, 14 - 46013 Valencia

Tfno.: 961 929 139

REGIÓN DE MURCIA

- **Justicia**

Juzgado de Menores

Ronda de Garay, s/n - 30003 Murcia

Tfno.: 968 229 222 / Fax: 968 229 221

Fiscalía de Menores

Ronda de Garay, s/n - 30003 Murcia

Tfno.: 968 229 274

- **Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia**

Ronda de Garay, s/n - 30003 Murcia

Tfno.: 968 229 100 / Fax: 968 229 122

Sala de lo Civil y lo Penal

Tfno.: 968 229 100-968-129

Sala de lo Social

Tfno.: 968 229 215

- **Servicio Murciano de Salud**

Ronda de Levante, 11 - 30008 Murcia

Información detallada de Centros, Recursos y Servicios en:

www.murciasalud.es

Sala de lo Contencioso-Administrativo

Tfno.: 968 229 165 / Fax: 968 229 164

- **Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración**

Dirección General de Familia y Menor

Avda. de la Fama, 3, 3ª planta - 30003 Murcia

Tfno.: 968 362 035 / Fax: 968 365 174

Información propia en Web Consejería

www.carm.es/ctra/menoryfamilia/

Protección de Menores

C/ Travesía del Rocío, 8 (Edif. Lago) - 30007 Murcia

Tfno.: 968 273 160-197

Medidas judiciales menores infractores

Avda. 1º de mayo, 1 (Edif. Torres Azules). Plantas 2ª y 3ª - 30006 Murcia

Tfno.: **968 272 983-82**

- **ONG y emergencias**

Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada (AMAIM)

C/ Puerta Nueva, 22. Entresuelo, puerta 5 - 30008 Murcia

Tfno.: 968 201 187 (tardes de 5,30 a 7,30)

amaim@ono.com

Centro de emergencias 112

Tfno.: 112

Página web de interés

- <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/serviciosProteccionInfanciaCCAA.pdf>

Índice de términos

J. Ruiz Jiménez. A. Lobeiras Tuñón

A

- **Acogimiento:** El acogimiento familiar es aquella medida de protección por la que se otorga la guarda de un menor a una persona o familia que asume las obligaciones señaladas expresamente en el artículo 173 del Código Civil, siempre que no fueses posible la permanencia del menor en su propia familia de origen.
- **Acogimiento residencial:** Medida de protección que adopta la entidad pública competente como forma de la guarda, en virtud de la cual el menor es acogido en un centro donde recibe servicios de alojamiento, manutención, apoyo educativo y atención integral.
- **Acoso sexual:** Conocido en la red como *grooming*. Consiste en un tipo de acoso ejercido por un adulto y se refiere a las acciones realizadas deliberadamente para establecer una relación y un control emocional sobre un niño o niña con el fin de preparar el terreno para el abuso sexual del menor.
- **Adolescencia:** Siguiendo a la definición de la Organización Mundial de la Salud, es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, transita los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida la independencia socio-económica, se prolonga desde los 10 años hasta los 19.
- **Adopción:** Se entiende por **adopción** o **filiación adoptiva** al acto jurídico mediante el cual se crea un vínculo de parentesco entre dos personas, de tal forma que establece entre ellas una relación de paternidad y/o maternidad.
- **Alienación parental:** Conjunto de comportamientos de los progenitores del menor, que de manera consciente o inconsciente, pueden generar una disfunción familiar. No confundir con el pseudosíndrome de alienación parental.
- **Apego:** Vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas, por medio de su interacción recíproca.
- **Apoyo social:** Medidas naturales o puestas en marcha por los servicios de atención al menor, que darán como resultado la prevención, tratamiento y la no reiteración del maltrato infantil.

- **Asertividad:** Conjunto de habilidades que nos permiten satisfacer nuestras actividades: hacer valer nuestros derechos, expresar nuestros pensamientos, sentimientos, deseos, respetando los de los demás y haciéndolo de una forma adecuada.
- **Autonomía:** Capacidad para determinar el curso de acción por uno mismo. Es uno de los grandes principios de la bioética. En el contexto del cuidado médico, el respeto por la autonomía individual significa permitir que el paciente escoja si acepta o rechaza tratamientos específicos. La expresión práctica de este principio es el consentimiento informado.

B

- **Beneficiencia:** Uno de los principios de la Bioética. Promover el bienestar o mejor interés de una persona.
- **Bioética:** Una rama de la ética aplicada que estudia las implicaciones de valor de prácticas y desarrollos en las ciencias de la vida, medicina y atención en salud.
- **Bullying:** A excepción del Reino Unido y de Australia, en el resto de los países se utiliza esta palabra únicamente para referirse a las situaciones de acoso que se dan contra sujetos jóvenes en las escuelas, cuando un alumno está expuesto de manera repetitiva a acciones negativas por parte de uno o más estudiantes, sin capacidad para defenderse. También se le conoce como intimidación, acoso escolar, maltrato entre iguales.

C

- **Calidad de vida:** Se refiere a bienestar integral, teniendo en cuenta, condiciones y estilos de vida, así como indicadores, tanto objetivos, como subjetivos. Entre estos últimos cabe señalar la satisfacción con la propia vida.
- **Capacidad jurídica:** Capacidad de la persona para ser titular de derechos y obligaciones. Toda persona tiene capacidad jurídica.
- **Capacidad de obrar:** Capacidad de la persona para ejercer sus derechos y obligaciones. No toda persona tiene plena capacidad de obrar, por lo que de estar restringida, será necesaria la asistencia de la persona que ejerza la patria potestad, tutela o curatela. "No tienen capacidad de obrar los menores de 18 años y las personas mayores que hayan sido declaradas incapacitadas mediante resolución judicial.
- **Carúnculas mirtiformes:** Conjunto de pequeñas elevaciones que rodean el orificio vaginal, restos de la membrana del himen.
- **Centro de menores:** Destinado a acoger menores de edad. El principal objetivo que persiguen es la reeducación de dichos menores para reintegrarlos a la sociedad.
- **Ciberacoso:** Agresión psicológica sostenida y repetida en el tiempo, perpetrada por uno o varios individuos contra otros, utilizando para ello las nuevas tecnologías.
- **Concertación:** Proceso de deliberación entre partes con intereses diversos, facilitado por un tercero imparcial, que conduce a la obtención de acuerdos voluntarios y al establecimiento de límites en sus diferencias.

- **Condiciones materiales de vida:** Se evalúan teniendo en cuenta los siguientes criterios: - Condiciones estructurales de la vivienda, equipamiento doméstico básico, hacinamiento, satisfacción de los integrantes de la familia con los ingresos.
- **Confidencialidad:** Derecho del paciente a que todos los profesionales que por su relación con el mismo lleguen a conocer sus datos personales, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto y sigilo. En el compromiso de confidencialidad típicamente encontrado en el código de ética profesional, el médico contrae la obligación de no revelar información sobre un paciente o cliente sin su consentimiento, siempre que no resulte en daño social o en la violación de los derechos de otras partes (relatividad del secreto profesional).
- **Conflicto:** Resulta del antagonismo o incompatibilidad inicial entre dos o más partes que expresan una insatisfacción o desacuerdo sobre cosas diversas.
- **Contusión:** Daño que se produce en alguna parte del cuerpo a causa de un golpe que no genera una herida exterior. Se trata de una lesión física no penetrante por la acción de un objeto duro que actúa sobre el organismo con fuerza considerable.
- **Custodia del niño:** En derecho de familia, se denomina custodia legal, a la situación jurídica que se da cuando un tribunal otorga, mediante sentencia, la guarda y custodia de un menor de edad o de un incapacitado a una o a varias personas.

D

- **Daño psíquico en el niño:** Deterioro, disfunción, disturbio o trastorno, o desarrollo psicogénico o psicoorgánico que, producido por una lesión psíquica que ha afectado las esferas afectiva y/o intelectual y/o volitiva de un niño y que limita la capacidad de goce intelectual, familiar, social y/o recreativa.
- **Depresión:** Trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos extremos de tristeza, falta de autoestima y abatimiento.
- **Desamparo:** Situación 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 estos están privados de la necesaria asistencia moral o material (artículo 172 1, 2º párrafo, del Código Civil).
- **Desapego:** Inatención pasiva o pasiva-agresiva de los padres respecto a las necesidades del niño, que evita la creación de un vínculo afectivo y mutuo.
- **Desprotección infantil por imposibilidad de cuidados:** Se produce cuando los menores no pueden recibir ni los cuidados ni la atención necesarios por parte de los padres o tutores responsables de su cuidado y es imposible, temporal o definitivamente que se modifiquen las causas que las provocaron. Ejemplo serían: Orfandad, Prisión de ambos padres, enfermedad invalidante de los padres, huida de los padres, etc.

- **Desprotección infantil por incumplimiento de deberes:** Se genera cuando de manera total, absoluta y definitiva los padres o tutores renuncian a cumplir con los deberes de protección, quedando los menores en una situación de desprotección total. El no reconocer la paternidad o maternidad por parte de ningún adulto, el dejar de manera definitiva al menor en manos de otras personas, negando la compañía y cuidado de aquel. Existe un abandono en el sentido literal de la palabra.
- **Desprotección por inadecuado cumplimiento de deberes:** Se produce cuando de manera consciente o inconsciente infringen al hijo/a maltrato o abandono físico, emocional o abuso sexual.
- **Dignidad humana:** Expresión que hace referencia a los derechos básicos y al respeto radical inherentes a todo ser humano por el mero hecho de serlo, que son anteriores a su reconocimiento positivo por parte de las leyes. Existe un consenso social casi universal de que la vida pierde esa dignidad cuando es considerada como solo fisiología.
- **Dilema ético:** Conflicto de valores o creencias que resulta de una situación en la que la elección de un bien inevitablemente conlleva la pérdida de otro bien. Se mantiene por una suerte de “idolatría biológica” cuando ya todo potencial de relación no existe
- **Discapacidad:** Es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad.

E

- **Educación para la salud:** Consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de la salud; contribuye a capacitar a los individuos para que participen activamente en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir unas determinadas metas en salud.
- **Embarazo en adolescencia:** Aquel que se produce a partir de los dos años de aparición de la menarquia y/o la menor vive aún en su familia.
- **Emancipación:** Acto jurídico que habilita al menor para regir su persona o bienes como si fuese mayor. Reflejado en el artículo 323 del Código Civil.
- **Erosión:** Herida producida en la superficie de un cuerpo por el roce de otro.
- **Equidad en salud:** Equidad en salud supone que idealmente toda persona debe tener una oportunidad justa para alcanzar su potencial pleno de salud y, más pragmáticamente, que nadie debe ser desfavorecido en alcanzar su potencial si esto puede ser evitado.
- **Equimosís:** Lesión subcutánea caracterizada por depósitos de sangre extravasada debajo de la piel intacta.
- **Error médico:** Todo acto médico o paramédico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico que no se corresponda con el problema real de salud del paciente y en el que no exista mala fe, la negligencia, la indolencia, la incapacidad, ni la ignorancia profesional.

- **Ética médica:** Conjunto de normas de comportamiento para los miembros de la profesión médica en sus relaciones con quienes demandan sus servicios y en las que mantienen entre sí los profesionales de la medicina y con otros profesionales de la salud.
- **Excoriación:** Lesión superficial de la piel. Levantamiento o irritación de la piel, de manera que esta adopta un aspecto escamoso.

F

- **Familia:** Grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, y que está condicionado por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla. Su funcionamiento se basa en el cumplimiento de las funciones básicas (biológica, económica, afectiva y educativa), la dinámica de las relaciones internas (cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, roles y permeabilidad).
- **Familia extensa:** En ella se incluyen los progenitores, sus hijos y otros familiares.
- **Familia nuclear:** Está compuesta por uno o dos progenitores y sus hijos.

G

- **Género:** La OMS, lo define como los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.
- **Guarda:** Institución jurídica ejercida por los padres respecto a sus hijos no emancipados, y que comprende el deber de velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral.
- **Guarda voluntaria:** Guarda asumida por entidad pública a solicitud de los padres o tutores ordinarios, cuando estos acrediten que no pueden cuidar al menor por circunstancias graves.
- **Guarda judicial:** Guarda asumida por la entidad pública cuando así lo haya acordado el juez, en los casos en que legalmente proceda.

H

- **Habilidades de comunicación:** Habilidad para intercambiar información. Son habilidades esenciales para el médico debido a la gran cantidad y variedad de personas con las que se debe interrelacionar cada día.
- **Hematoma:** Lesión subcutánea sobreelevada caracterizada por depósitos de sangre extravasada debajo de la piel intacta. También puede ser interno.
- **Herida incisa:** Es toda pérdida de continuidad en la piel (lo que se denomina "solución de continuidad"), secundaria a un traumatismo. Son producidas por instrumentos de hoja afilada y cortante los bordes son limpios sin contornos tortuosos.
- **Herida contusa:** La solución de continuidad se produce por agentes traumáticos obtusos, casi siempre actuando sobre un plano duro subyacente, los bordes se encuentran magullados, desvitalizados, apreciándose, a veces, pérdidas de sustancia en el contorno de la herida.

- **Himen complaciente:** Tipo de himen que durante el examen ginecológico permite el paso de dos dedos enguantados sin romperse, y al retirarlos vuelve a sus dimensiones normales, o aquel que en el momento de la relación sexual permite la penetración sin lesionarse.

I

- **Infanticidio:** Acción de matar niños al momento del nacimiento o poco después.
- **Intimidación:** Comportamiento agresivo intencionado para causar daño o angustia. El comportamiento puede ser físico o verbal. Normalmente hay un desequilibrio del vigor, fuerza, o del estado entre el objetivo y el agresor; ver **bullying**.
- **Insomnio:** El sueño se aprecia como insuficiente, insatisfactorio o no reparador.
- **Interés superior del menor:** Es un concepto triple: es un derecho, un principio y una norma de procedimiento, es un conjunto de acciones y procesos tendientes a garantizar un desarrollo integral y una vida digna, así como las condiciones materiales y afectivas que permitan vivir plenamente y alcanzar el máximo de bienestar posible a niñas y niños.
- **Internamiento:** Internación, encierro, prisión, reclusión, confinamiento.
- **Intervención familiar:** Conjunto de acciones orientadas hacia la familia y que son realizadas por miembros del equipo de salud o del grupo básico de trabajo. A través de ellas se propicia el desarrollo de los propios recursos familiares de manera que la familia pueda ser capaz de hallar alternativas de solución ante los problemas de salud.
- **Intervención familiar educativa:** Proceso que permite a la familia recibir información, producir conocimiento sobre determinados temas de salud y promover la reflexión. Pretende simular la adopción de estilos de vida saludables y patrones de relación funcionales y adaptativos a los cambios, incluyendo los de salud-enfermedad.
- **Intervención familiar terapéutica:** Proceso que consiste en la aplicación de una metodología compuesta por técnicas y procedimientos encaminados a producir un cambio o modificación de las pautas disfuncionales de relación familiar.

J

- **Justicia:** Principio que exige la justicia distributiva de los bienes de salud. En un contexto de medicina pública, obliga a establecer los mecanismos para satisfacer las necesidades básicas de salud de todos los ciudadanos, obligación de la administración, y a gestionar con eficacia unos recursos limitados.

M

- **Mala práctica:** Cuando un profesional, como un médico o abogado, no brinda el servicio adecuado por ignorancia reprobable o negligencia, o

con intención criminal, especialmente cuando dicha falla da lugar a daño o pérdida; conocido también como impericia, mala praxis.

- **Maltrato prenatal:** Conductas realizadas voluntariamente por la madre o personas del entorno familiar, o conductas negligentes que influyen negativamente en el embarazo y repercuten en el feto; también conocida como maltrato durante el periodo de gestación.
- **Menor maduro:** Los 16 años suponen en España, la mayoría de edad sanitaria. Consideramos un menor maduro, cuando teniendo una edad comprendida entre los 12 años y es menor de 16 años, comprende la información clínica y terapéutica que precise y consiente libremente por sí mismo.
- **Minoría de edad:** Estado civil que se caracteriza por la sumisión y dependencia del menor a las personas que ostentan oficios protectores de la misma, como la patria potestad o tutela, siendo representantes legales, los que actúan u obran por él.
- **Minusvalía:** Situación de desventaja social para un individuo determinado, a consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales). También se puede definir como la limitación, restricción o impedimento para que una persona perciba, sienta, vivencie, en forma obstaculizada el desarrollo de su rol social según la edad, sexo, lugar de residencia, factores culturales y condiciones sociales.
- **Muerte súbita del niño:** La muerte súbita o inexplicada en un niño cualquiera que sea su edad, es aquella que sobreviene bruscamente o de modo imprevisto, presumiblemente enfermo o saludable, cuya causa no se tuvo en cuenta en el desenlace fatal de la víctima. Participan factores clínicos, éticos y biosociales.
- **Modelo ecológico:** Modelo explicativo que estudia las relaciones entre las personas y su ambiente, integrando los aspectos psiquiátricos y psicológicos con los aspectos sociales, culturales y ambientales. La integración, en cada caso concreto, de variables de diferentes niveles ecológicos se consideró como el aspecto esencial del maltrato y abandono infantil.

N

- **Nivel exosistema:** Valorado en el modelo ecológico, e incluye aquellas variables que rodean al individuo y a la familia y que le afectan de forma directa.
- **Nivel microsistémico:** Valorado en el Modelo ecológico, e incluye las variables socioeconómicas (recursos, distribución de los mismos, desempleo), estructurales (entramado de normas y recursos que puede utilizar un individuo en su sociedad), y culturales (actitudes y valores predominantes en cada grupo social).
- **Nivel microsistema:** Valorado en el Modelo ecológico, en el se estudian todas aquellas variables que implican comportamientos concretos de los miembros de la familia así como las características de la composición familiar.

- **No maleficencia:** Es también considerado uno de los principios de la bioética. Se le considera íntimamente relacionado con la clásica máxima de la medicina hipocrática *primum non nocere*. Su cumplimiento nos obliga a no hacer mal, es decir, a no hacer daño.

O

- **Orientación infantil:** Estudio y tratamiento psiquiátrico, sociológico y psicológico del niño en desarrollo, con énfasis en las medidas preventivas o profilácticas centradas en el medio familiar, educacional y socioambiental del niño.

P

- **Parentalidad positiva:** Basada en las necesidades de los niños/as y en la puesta en marcha de acciones que favorezcan su desarrollo, como pueden ser el fortalecimiento del apego, la interacción a través del juego, la comunicación sin exposición al conflicto..., teniendo en cuenta el entorno de cada familia y las habilidades de los padres y/o madres.
- **Paternalismo:** Actitud que justifica actuar buscando el bien de una persona pero sin atender a su consentimiento, es decir, independientemente de su opinión. El profesional sanitario actúa de esta manera cuando busca el bien del paciente sin tener en cuenta sus preferencias.
- **Patria potestad:** Conjunto de derechos y deberes que corresponden a los progenitores sobre la persona y el patrimonio de cada uno de sus hijos no emancipados, como medio natural de ejercer la función natural de proteger y educar a los mismos.
- **Plan del caso:** Recurso utilizado por los Servicios Sociales, y que se centra en conseguir la acción protectora más completa del menor, de cara a su definitiva integración.
- **Prevención primaria:** Protección de la salud a través de medidas generales de tipo personal y comunitario, como la promoción de un estado nutricional adecuado, del ejercicio físico y del bienestar emocional; la vacunación frente a las enfermedades infecciosas, y el establecimiento de medidas de seguridad ambientales.
- **Prevención secundaria:** Medidas aplicadas a individuos y grupos de población para la detección precoz y la intervención rápida y efectiva sobre las situaciones de desviación del estado adecuado de salud.
- **Prevención terciaria:** Aplicación de medidas para reducir o eliminar las alteraciones y formas de incapacidad a largo plazo, minimizar el sufrimiento causado por las situaciones que dan lugar a pérdida de la salud, y facilitar la adaptación del paciente a las enfermedades irreversibles.
- **Promoción de salud:** Proceso por el cual se ayuda a las personas a incrementar el control sobre su propia salud, y a mejorarla. Se refiere a la población en su conjunto y en el contexto de su vida cotidiana, más que a las personas con riesgo de enfermedades específicas, y persigue el objetivo de actuar sobre los factores determinantes o causas de las alteraciones de la salud.

Q

- **Quemadura primer grado:** Las lesiones se limitan a la capa superficial de la piel epidermis, se les puede llamar eritema o epidérmicas.
- **Quemadura segundo grado superficial:** Este tipo de quemadura implica lesión de la primera capa y parte de la segunda capa de la epidermis.. No se presenta daño en las capas más profundas, ni en las glándulas de sudor o las glándulas productoras de grasa. Hay dolor, presencia de flictenas o ampollas.
- **Quemadura segundo grado profunda:** Este tipo de quemadura implica daños en la capa media y en las glándulas de sudor o las glándulas productoras de grasa. Puede haber pérdida de piel, carbonización.
- **Quemadura tercer grado:** Afecta a todo el espesor de la piel; incluyendo terminaciones nerviosas, vasos sanguíneos, linfáticos, etc. Se destruyen los folículos pilosebáceos y las glándulas sudoríparas, se compromete la capacidad de regeneración. Este tipo de quemadura no duele al contacto, debido a que las terminaciones nerviosas fueron destruidas por la fuente térmica.

R

- **Rechazo hacia al niño:** Conductas de los padres o tutores que indican abandono, no muestran afecto y reconocimiento de los logros del niño.
- **Resiliencia:** Capacidad humana para adaptarse ante la tragedia, trauma, adversidad, infortunios, y sobrellevar importante estrés en la vida.
- **Responsabilidad médica:** Obligación que tienen todas las personas que ejercen la medicina de responder ante la justicia por daños ocasionados con motivo del ejercicio de su profesión. Cuenta con las tipificaciones siguientes: impericia, imprudencia, negligencia, delito, error médico, infracción o falta médica e iatrogenia.
- **Responsabilidad social del profesional:** Realización con dignidad de la función encomendada por la sociedad expresada mediante una actitud moral de este profesional ante sí y ante los demás (colegas, pacientes, familiares y sociedad en general), la cual refleja su profunda comprensión del compromiso y función social que le corresponde desempeñar.
- **Riesgo:** Probabilidad de aparición de un evento que puede ser un daño o enfermedad, que se experimenta como algo que va a pasar. Esta probabilidad puede ser medible. **Situación de riesgo:** Aquellas en que existen carencias o dificultades en la atención de las necesidades básicas del menor.

S

- **Salud:** Según la Organización Mundial de la Salud (1948), la salud se define como "un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no simplemente la ausencia de enfermedad o malestar".
- **Salud de los integrantes de la familia:** Se evalúa teniendo en cuenta la salud de cada miembro. Se considera que este aspecto afecta la salud familiar cuando hay predominio de la enfermedad sobre la salud o cuando

la naturaleza del problema que afecta a alguno de sus integrantes es de una envergadura tal que influye negativamente en la dinámica de las relaciones internas.

- **Salud materno-infantil:** Se refiere a la salud tanto de la madre como del hijo.
- **Síndrome alcohólico fetal:** Estado que se produce en fetos o recién nacidos, debido a la exposición intrauterina a etanol cuando la madre ha consumido alcohol durante el embarazo.
- **Síndrome de los niños invisibles:** El niño que no es tomado en cuenta dentro de su entorno familiar por las figuras significativas de quienes depende emocional, social y económicamente.
- **Síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL):** Muerte abrupta e inexplicable de un recién nacido aparentemente saludable con menos de un año, y que permanece sin explicación luego de un estudio exhaustivo del caso, incluyendo la realización de una autopsia completa, examen del escenario de la muerte, y revisión de la historia clínica.
- **Sumisión química:** Administración de sustancias psicoactivas a una persona, sin su conocimiento, con fines delictivos o criminales. La acción de la sustancia administrada, evita el consentimiento legal o el presentar resistencia de la víctima a la acción del agresor.

T

- **Trabajo infantil:** Actividad laboral de personas menores de edad. Se refiere a la protección que los menores deben tener cuando ejercen una actividad laboral.
- **Trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH):** Trastorno de la conducta, normalmente diagnosticado por primera vez en la infancia, caracterizado por la falta de atención, la impulsividad y, en algunos casos, hiperactividad.
- **Trastorno por estrés postraumático en el niño:** Trastorno de la ansiedad caracterizado por un suceso (trauma) físico o emocional aterrador que provoca que el niño que lo ha sobrevivido tenga pensamientos y recuerdos o retrospectivas persistentes y aterradores de esa terrible experiencia.
- **Tutela:** Representación de los menores no sujetos a patria potestad y a los mayores de edad judicialmente incapacitados.
- **Tutela automática:** Tutela que por el Ministerio de la Ley asume la entidad pública cuando declara el desamparo de un menor al amparo del art. 172 del Código Civil, sin necesidad de que sea constituida por los órganos judiciales.
- **Tutela ordinaria:** Tutela que se constituye mediante resolución judicial para proteger y representar a un menor de edad o una persona declarada incapaz por resolución judicial. Por causa diferente a la edad.

V

- **Veracidad:** Conformidad entre lo que se dice y lo que se piensa con los datos disponibles. Es un requisito básico en la relación médico-paciente.

- **Victimización secundaria:** La víctima ha de recordar los hechos en virtud de los cuales ha sido victimizada. Normalmente esta victimización secundaria se produce ante la administración de justicia, los cuerpos y fuerzas de seguridad, Los padres. por ejemplo; cuando tiene que contar lo que ha sucedido.
- **Violaciones de los derechos humanos:** Maltrato deliberado de grupos de humanos incluyendo violaciones de los derechos fundamentales generalmente aceptados y establecidos por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptados y proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948.
- **Violencia:** Cualquier acción que se ejecute empleando la fuerza o la intimidación, con diferentes grados de intensidad contra el ser humano o grupo humano, el medio ambiente o en ambos; en el primero ocasiona daños irreparables a la calidad de vida de los participantes y en el segundo la contaminación de sus componentes, el deterioro de la biodiversidad y la detención del desarrollo sostenible; comportamiento agresivo individual o grupal que es socialmente inaceptable, turbulento, y con frecuencia destructivo. Se precipita por las frustraciones, hostilidad, prejuicios.

Con el aval de:



Especialistas en | **Nutribén**®
alimentación infantil