

**ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL
DESDE
SALUD MENTAL**

**Programa de Atención al Maltrato Infantil
Instituto Madrileño del Menor y la Familia
Consejería de Servicios Sociales**

**Departamento de Salud Mental
Servicio Regional de Salud
Consejería de Sanidad**

Atención al maltrato infantil desde salud mental

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

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

Portada: Román Redondo

Tirada: 1.500
ejemplares
Edición: 12/00

Depósito legal:
I.S.B.N.:
Imprime: B.O.C.M.

ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL DESDE SALUD MENTAL

| | pagina |
|---|-----------|
| ÍNDICE | 3 |
| Presentación. Pilar Martínez. – Ignacio Echaniz Consejeros de Servicios Sociales y Sanidad | 5 |
| | |
| Introducción. Esperanza García. Directora Gerente. Instituto Madrileño del Menor y la Familia | 7 |
| | |
| I. Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito de salud mental | 9 |
| Índice | 9 |
| Justificación | 11 |
| Marco legal | 12 |
| Descripción contenido del Programa | 13 |
| Actividades | 18 |
| Cronograma | 19 |
| Evaluación y seguimiento | 20 |
| Contenidos del Programa de formación | 21 |
| Equipo | 21 |
| II. Proceso de atención al maltrato infantil desde el ámbito de salud mental | 25 |
| Introducción | 27 |
| Derivación: recepción de la demanda | 27 |
| Proceso de evaluación y diagnóstico | 29 |
| 1. Anamnesis e historia clínica | 29 |
| 2. Indicadores de maltrato | 31 |
| 3. Salud mental, intelectual y funcionamiento psicológico | 34 |
| | |
| 4. Hipótesis explicativa | 36 |
| 5. Dificultades en el proceso diagnóstico | 36 |
| Fase de Toma de decisiones | 37 |
| 1. Situación grave | 37 |
| 2. Situación no urgente | 37 |
| 3. Situación que no requiere separar al niño de su familia | 38 |
| Fase de tratamiento | 40 |
| Seguimiento del caso y coordinación con otras instituciones | 41 |
| | |
| Propuesta de informe de notificación | 42 |
| III. Contenidos del Programa de formación | 45 |
| 01. Maltrato infantil: historia concepto. <i>José A. Díaz Huertas</i> | 47 |
| 02. Epidemiología y etiopatogenia. <i>Inés Galán Sierra</i> | 55 |
| 03. Maltrato físico, abandono y negligencia. <i>Juan Casado Flores</i> | 61 |
| 04. Abuso sexual. Aspectos clínicos. <i>Barbara Rubio Gribble</i> | 67 |
| 05. Síndrome de Münchhausen por poderes, intoxicaciones y formas raras. <i>Carmen Martínez</i> | 71 |
| | |
| 06. Maltrato emocional - psicológico. Efectos psicológicos del maltrato. <i>Consuelo Escudero</i> | 75 |
| | |
| 07. Aspectos psiquiátricos del maltrato infantil. <i>Mercedes Rodrigo Alfageme</i> | 79 |
| | |
| 08. Intervención psiquiátrica en el maltrato infantil. <i>Ignacio Avellanosa</i> | 83 |
| | |
| 09. Intervención psicológica en el abuso sexual. <i>Soledad Galiana, Helena de Marianas</i> | 87 |
| 10. Intervención terapéutica con familias maltratantes. <i>Fátima García, Cristina González</i> | 91 |
| | |
| 11. El sistema de protección a la infancia en la Comunidad de Madrid. <i>Mª Ángeles García</i> | 95 |
| | |
| 12. Los servicios sociales municipales en el maltrato infantil. <i>Carmen Martínez Segovia</i> | 99 |
| | |
| 13. Servicios sociales sanitarios y maltrato infantil. <i>Raquel García, Isabel Ruiz Ramos</i> | 103 |
| 14. Actuación policial. <i>Elena Palacios Tejero</i> | 109 |
| 15. Papel del Fiscal. <i>Felix Pantoja García</i> | 111 |
| 16. Intervención judicial. <i>Mª Jesús Coronado Buitrago</i> | 115 |
| 17. Atención primaria, hospitalaria y otros dispositivos. <i>Ricardo Martino Alba</i> | 119 |

| | |
|---|-----|
| | |
| 18. Prevención del maltrato infantil. <i>Raúl García Pérez</i> | 123 |
| 19. Investigación en maltrato infantil. <i>José Manuel Morales González</i> | 127 |
| IV. Bibliografía | 135 |
| V. Direcciones de interés | 141 |

PRESENTACIÓN

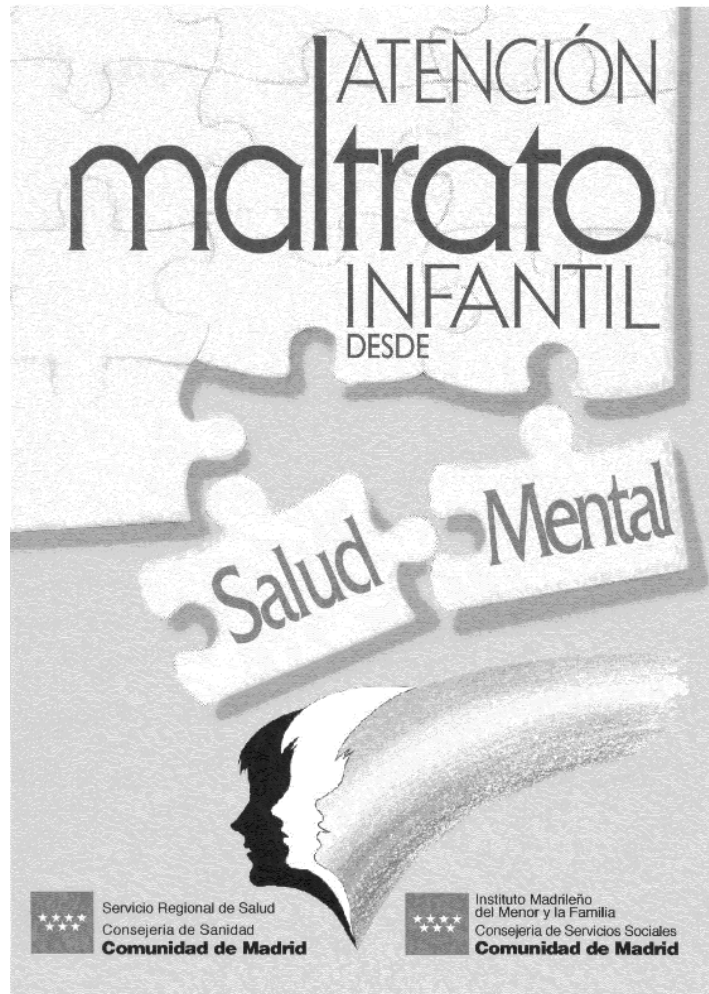
Madrid, 20 de noviembre de 2000

Pilar Martínez López
Consejera de Servicios Sociales
Comunidad de Madrid

INTRODUCCIÓN

Madrid, de noviembre de 2.000

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



I. PROGRAMA DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO DE SALUD MENTAL

Indice

Justificación

Marco legal

Descripción contenido del Programa

Actividades

Cronograma

Evaluación y seguimiento

Contenidos del Programa de formación

Equipo

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO DE SALUD MENTAL

Justificación

El abordaje del maltrato infantil desde la Red de Salud Mental supone la intervención de los Servicios de Salud Mental ante una situación en la que se sospecha o se ha confirmado la existencia de maltrato a un menor.

Aunque los malos tratos a la infancia han sido una constante en la historia de la Humanidad, sólo han pasado 40 años desde que Henry Kempe y sus colaboradores del Hospital General de Colorado en EEUU describieran el Síndrome del Niño Maltratado.

Hasta el año 1989 las Naciones Unidas no aprobaron la Convención sobre los Derechos de los Niños y en 1992 el Parlamento Europeo no aprobó la Carta Europea de Derechos del Niño, en la que se demanda de los países miembros el nombramiento de un Defensor de los Derechos del Niño que en nuestro país es un Adjunto del Defensor del Pueblo y en nuestra Comunidad Autónoma el Defensor del Menor.

El maltrato infantil es un problema que está escondido, que en muchas ocasiones se pasa por alto o se niega su existencia por razones sociales y culturales ya que a menudo amenaza intereses políticos, religiosos y económicos, de ahí la complejidad de la intervención y la dificultad e importancia de la actuación coordinada que lleven a cabo las distintas instituciones implicadas y los profesionales que desarrollan su actividad en las mismas.

La pregunta que debemos hacernos los que trabajamos en el campo de la Salud Mental es si nuestros dispositivos están en condiciones de responder a las necesidades de estos niños y adolescentes. En este sentido debemos señalar que la atención a la población infanto-juvenil ha tenido un desarrollo menor que la referida a la población adulta, observándose graves carencias en el desarrollo de recursos para los menores.

Si nos centramos en el tema que nos ocupa nuestras limitaciones tienen que ver, entre otros déficits, con la ausencia de registros fiables, de estudios de investigación y de instrumentos de detección que permitan conocer la magnitud del problema al que nos enfrentamos. Este es uno de esos casos en los que los profesionales recurrimos al símil del iceberg para señalar que los casos que vemos son una mínima parte de los existentes. Necesitamos datos reales sobre los que basar nuestras políticas de prevención y promoción de la salud en la infancia.

Los malos tratos en la infancia y en la adolescencia están reconocidos como un importante mecanismo / factor de riesgo / indicador de riesgo psicopatológico, y asociados con la aparición / evolución / gravedad de diversos trastornos mentales, tanto en la infancia y la adolescencia como en la edad adulta. Así mismo, el maltrato puede estar facilitado por trastornos mentales previos o circunstancias de adversidad psicosocial, tanto en la víctima como en el agresor.

A partir de los datos disponibles conocemos que son los niños más pequeños, los que no pueden o los que tienen más dificultades para pedir ayuda los que con más frecuencia son maltratados y los que también más frecuentemente fallecen como consecuencia de ello. De ahí la importancia de no olvidar que *cualquier niño puede ser objeto de maltrato, que cualquier niño con lesiones puede ser una víctima y que para poder detectarlo debemos primero pensar en su existencia.*

Aunque generalmente se desarrolla en el contexto familiar, el niño también puede sufrir abusos en la escuela, en el hospital, en un centro de acogida o en cualquier otra institución y es bastante frecuente la coexistencia de varios tipos de malos tratos.

La atención desde salud mental comprende la evaluación del problema y toma de decisiones; intervenciones psicoterapéuticas; y realizar actividades de prevención, de forma directa o indirecta, a través del desarrollo general de su actividad. Todo ello coordinado con otros profesionales e instituciones.

Ante un caso determinado de maltrato es primordial dilucidar si la sintomatología detectada es causa y/o consecuencia de los malos tratos o no tiene relación. Por ejemplo el retraimiento y/o aislamiento de un niño se debe al maltrato infantil o es un síntoma de una depresión infantil o la madre que maltrata al niño es por su bajo nivel cultural o por que presenta una descompensación en un proceso psicopatológico y el maltrato representa un síntoma / signo de esa descompensación.

La intervención debe contemplar los problemas de salud mental que se pueden presentar en el contexto / entorno familiar / agresor. Por ejemplo una *ayuda domiciliaria* puede ser una gran ayuda para el control de impulsos, el ordenamiento de la casa, etc., pero en casos de psicosis podría representar la confirmación de *“no servir para nada”* e incrementar la posibilidad de *“descargar”* con su hijo; o cuando existen funcionamientos paranoides (de los hijos, dispositivos asistenciales, ...) esta ayuda puede ser vivida como una intromisión, invasión o confirmación del delirio persecutorio.

Marco legal

El concepto de maltrato infantil podemos establecerlo a partir de tres definiciones como son:

- *Toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentra bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo. (Convención de Derechos de los Niños aprobada por la Asamblea General de la O.N.U. el 20 de noviembre de 1989)*
- *Situaciones que se producen de hecho a causa del incumplimiento o del inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de menores cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material. (Art. 172 del Código Civil)*
- *Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.*

Referente a aspectos relativos a la salud mental la Declaración de los Derechos del Niño de 1959 en su Principio 5 establece que:

El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y los cuidados especiales que requiere su caso particular.

La Convención de los Derechos del Niño de 1989 de Naciones Unidas recoge en su artículo 24 el derecho a la salud y los servicios sanitarios pero no menciona de forma expresa la atención a la salud mental.

La Ley de Garantías de los derechos de la infancia y la adolescencia en la Comunidad de Madrid en su artículo 11 reconoce el derecho a:

b. A la detección y tratamiento de enfermedades congénitas, así como de las deficiencias psíquicas y físicas, únicamente con los límites que la ética, la tecnología y los recursos existentes impongan en el sistema sanitario.

y en el artículo 44

Los menores que sufran malos tratos físicos o psíquicos, en el seno de su familia, institución o entorno, recibirán protección especial de carácter sanitario, asistencial y cautelar urgente según requiera cada caso específico, corresponsabilizándose de ello las Administraciones Públicas de la Comunidad de Madrid implicadas.

Así mismo, establece la obligatoriedad de la colaboración con las instituciones protectoras en su artículo 45:

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

La Ley General de Sanidad, Ley 14/86, Capítulo tercero, de la salud mental, artículo 20:

- 1 *Se consideraran de modo especial aquellos problemas referentes a psiquiatría infantil y psicogeriatría.*
3. *Se desarrollarán los servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de los problemas de enfermo mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.*
4. *Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, asimismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud.*

Según recoge el Código Civil en sus artículos 211 y 771, respecto al internamiento no voluntario por trastorno psíquico, la Ley 7/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, de entrada en vigor el 7 de enero de 2001, en su artículo 763, establece que:

1. *El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no este en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial. .../...*
2. *El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.*

Esto supone que el menor queda ingresado bajo la autorización y aprobación judicial no pudiendo recibir el alta voluntaria a petición propia o de los padres.

Descripción contenido del Programa

Actividades

El *Programa de Atención al Maltrato Infantil desde Salud Mental*, inicialmente, se desarrollará en un plazo de cuatro años de duración y en las áreas de actuación: formación, registro de casos, diagnóstico e intervención, prevención.

1. Formación

Los cursos organizados tendrán como objetivo inmediato aumentar los conocimientos acerca de la infancia con especial incidencia en indicadores de riesgo e indicadores de maltrato y como objetivo último mejorar las técnicas para abordar la atención integral a la infancia.

Los primeros tres años se celebrará un curso en el que participarán 90 alumnos en cada uno:

- Por cada Área un psicólogo / psiquiatra, Diplomado Universitario en Enfermería (DUE), trabajador social de los Equipos de Salud Mental y de los Hospitales de ese área.
- otros dispositivos sanitarios como los Centros Municipales de Salud del Ayuntamiento Madrid, ...
- el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF) el técnico y el abogado de la Comisión de Tutela del Menor (CTM), y de los centros de acogimiento residencial el médicos, DUEs, trabajadores sociales, psicólogos.

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

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

Metodología

- Clases teórico - prácticas. Cada tema se desarrollará 1ª con una exposición teórica y 2ª sobre aspectos prácticos.
- Elaboración de un Manual donde se recojan los aspectos a considerar sobre el maltrato infantil desde el ámbito de la salud mental en la Comunidad de Madrid y los procedimientos que se pueden realizar en cada caso.

2. Registro de casos

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

Objetivo

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

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

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

Metodología

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

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

El Registro comenzó el 1 de enero de 1999.

HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO FÍSICO

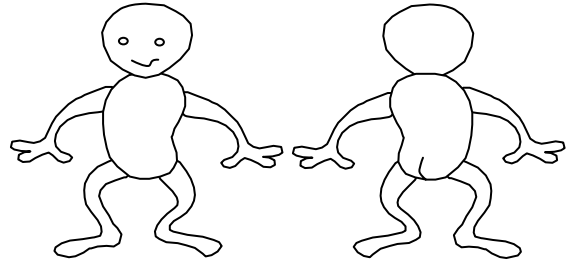
L = Leve M = Moderado G = Grave

Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso

| | |
|----------|-----------------------|
| Sospecha | <input type="radio"/> |
| Maltrato | <input type="radio"/> |

MALTRATO FÍSICO

| | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---|
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Magulladuras o moratones ¹ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Quemaduras ² |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Fracturas óseas ³ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Heridas ⁴ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Lesiones viscerales ⁵ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Mordeduras humanas ⁶ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Intoxicación forzada ⁷ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Síndrome del niño zarandeado ⁸ |



Señale la localización de los síntomas

NEGLIGENCIA

| | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---|
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Escasa higiene ⁹ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Falta de supervisión ¹⁰ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Cansancio o apatía permanente |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹² |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | No va a la escuela |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Ha sido abandonado |

Otros síntomas o comentarios:

MALTRATO EMOCIONAL

| | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|---|
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Maltrato emocional ¹³ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴ |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Intento de suicidio |
| <input type="radio"/> L | <input type="radio"/> M | <input type="radio"/> G | Cuidados excesivos / Sobreprotección ¹⁵ |

ABUSO SEXUAL

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="radio"/> Si | Sin contacto físico |
| <input type="radio"/> Si | Con contacto físico y sin penetración |
| <input type="radio"/> Si | Con contacto físico y con penetración |
| <input type="radio"/> Si | Dificultad para andar y sentarse |
| <input type="radio"/> Si | Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada |
| <input type="radio"/> Si | Dolor o picor en la zonal genital |
| <input type="radio"/> Si | Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal |
| <input type="radio"/> Si | Cerviz o vulva hinchados o rojos |
| <input type="radio"/> Si | Explotación sexual |
| <input type="radio"/> Si | Semen en la boca, genitales o ropa |
| <input type="radio"/> Si | Enfermedad venérea ¹⁶ |
| <input type="radio"/> Si | Apertura anal patológica ¹⁷ |
| | Configuración del himen ¹⁸ <input style="width: 100px;" type="text"/> |

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

| | | |
|--|--|--|
| Identificación del niño | | Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="radio"/> Si |
| Apellidos <input style="width: 400px;" type="text"/> | Nombre <input style="width: 150px;" type="text"/> | |
| Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M | Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100px;" type="text"/> | |
| Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> | Otro(especificar) <input style="width: 150px;" type="text"/> | |
| Identificación del notificador | Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100px;" type="text"/> | |
| Centro: | Area Insalud <input style="width: 50px;" type="text"/> | |
| Servicio / Consulta: | | |
| Profesional <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> | Nº Colegiado <input style="width: 100px;" type="text"/> | |

Sospecha: No existen datos objetivos, sólo la sospecha, que se deduce de su historia clínica no creíble o contradictoria, o de la excesiva demora en la consulta.

¹ Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido inflingidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.

² Quemaduras de puros o cigarrillos. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).

³ Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 2 años.

⁴ Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.

⁵ Lesiones viscerales (abdominales, torácicas y/o cerebrales). Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos constantes. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas, o alteraciones del sensorio sin causa aparente.

⁶ Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.

⁷ Intoxicación forzada del niño por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos

⁸ Hemorragias retinianas e intracraneales, sin fracturas.

⁹ Constantemente sucio. Escasa higiene. Hambriento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).

¹⁰ Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo.

¹¹ Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado - plafiocefalia.

¹² Incluye a niños que acompañan a adultos que "piden", vendedores en semáforos y a todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.

¹³ Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidos amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua.

¹⁴ Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.

¹⁵ Sobreprotección que priva al niño del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, juego, actividades escolares).

¹⁶ Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonococia y sífilis no neonata. Son sospechosos de abusos sexual: Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.

¹⁷ Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual. desgarros de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (>15 mm, explorado el ano decúbito lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual.

¹⁸

La información aquí contenida es *confidencial*. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención.

Los datos que se recogen se tratan informáticamente, con las garantías que establece la ley 13/1995, de protección datos de la Comunidad de Madrid.

Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012

Importante: se recuerda que en el ejemplar para remitir al Trabajador Social se deberá incluir todos los elementos identificativos del niño y del notificador que permitan la atención al caso.

Material y métodos

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

En la parte delantera se encuentran:

1. Un listado cerrado de síntomas de los que se puede seleccionar su presencia en el niño, su gravedad y si se trata de sospecha o de confirmación de maltrato.
2. Un dibujo anatómico que permite señalar aproximadamente las zonas en las que se detectan ciertos síntomas físicos.
3. Un recuadro para poder escribir otros síntomas o comentarios no recogidos en el cuestionario cerrado. Esta pregunta es abierta.
4. Un recuadro de identificación en el que se recogen los datos de identificación del niño y del notificador.

En la parte trasera se encuentra:

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

The diagram shows a two-page registration form. The left page is titled 'HOJA DE NOTIFICACIÓN DE MALTRATO FÍSICO Y ABANDONO' and contains several sections: 'MALTRATO RIESGO' with a list of symptoms and severity levels; 'INDICADORES' with a list of indicators; 'IDENTIFICACIÓN' with fields for personal data; and a 'DIBUJO' section with a stick figure for marking physical symptoms. The right page contains 'LEYENDAS EXPLICATIVAS' (explanatory legends) for the indicators and a section for 'INFORMACIÓN DEL CENTRO DE DESTINO'. Arrows point from labels to these specific sections.

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

De las tres copias:

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

Población de referencia

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

Observaciones

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

Metodología

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

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

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

This block shows the postage stamp area of the form. It includes a 'RESPUESTA COMERCIAL' stamp with reference B.O.C. nº 85 de 6.10.1998 and Autorización nº 16.813. A vertical meter with green bars is used for postage. To the right, it states 'NO NECESITA SELLO A franquear en destino'. Below the meter, the address is: 'INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA, Apdo. nº 453 F.D., 28080 MADRID'.

6. SALUD MENTAL

El maltrato infantil tiene implicaciones en salud mental por:

- Sus frecuentes efectos negativos sobre el desarrollo del niño, tanto a corto como a medio y largo plazo.
- Su importante influencia en la génesis y la evolución de diversos trastornos mentales de la infancia (del vínculo, de adaptación y conducta, afectivos, escolares, somatoformes, etc.).
- Ser consecuencia de otros trastornos del contexto social, escolar, familiar, y/o del propio niño maltratado.
- En muchos casos una intervención adecuada requiere el concurso de tratamientos psicológicos y psiquiátricos.

Los servicios de salud mental atienden aquellos casos derivados por:

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

Por lo que en una parte importante de estos casos ya habrán sido detectados los malos tratos y la demanda o el motivo de consulta es el tratamiento. No obstante, los servicios de salud mental también contribuyen a la detección, pues en niños remitidos a su consulta por problemas psicopatológicos puede descubrirse que su etiología de éstos influye el estar siendo o haber sido objeto de malos tratos.

Para el necesario abordaje integral del maltrato infantil es imprescindible la coordinación interinstitucional de los recursos sanitarios (atención primaria, especializada, hospitalaria) y no sanitarios (servicios sociales, educativos, judiciales). En estas intervenciones multidisciplinares los servicios de salud mental cubren una función fundamental, tanto para el apoyo psicológico - emocional como en la atención de los problemas psiquiátricos relacionados con el maltrato.

Los Servicios de Salud Mental valoraran:

- La existencia de trastornos emocionales y/o comportamiento en el menor y su grado de severidad.
- Los factores implicados en la etiopatogenia de dichos trastornos.
- El grado de comprensión y atención de las necesidades emocionales del menor por parte de los padres.
- El grado de colaboración de los padres en el proceso terapéutico.
- La existencia de trastornos o problemas mentales importantes en los padres y su grado de severidad.
- Las posibilidades de tratamiento y recuperación de los mismos.
- El grado de colaboración de los padres para su propio tratamiento.

Para mejorar su competencia en la atención al maltrato infantil los profesionales de los Servicios de Salud Mental deben disponer de la adecuada formación sobre el tema, como queda pormenorizado en este Programa. Esta formación, de una especial importancia para el desarrollo práctico y la efectividad del Programa general de Atención al maltrato Infantil, incluirá tanto los aspectos teóricos y conceptuales fundamentales como los más específicos para la atención en salud mental y aquellos otros que van formar parte del abordaje integral del maltrato (pediátricos, sociales, legales, de policía y judiciales, de investigación y de prevención).

OBJETIVOS

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

ACTIVIDADES

- Formación

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

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

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

- Atención

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

- Coordinación

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

7. INTERNET

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

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

y la utilización del correo electrónico:

maltratoinfantil@comadrid.es

Metodología

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

Actividades que incluye el programa y calendario previsto

- Diseño del programa.
- Formación equipo
- Búsqueda bibliográfica.
- Elaboración trípticos/materiales para profesionales
- Edición imprenta
- Presentación
- Distribución
- Cursos de formación

El plan se desarrollará en dos fases:

- 1ª fase: Años 1999- 2001

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

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

- 2ª fase: Años 2001 y 2002

Las 11 Áreas del INSALUD asumirán un programa de formación similar a los que se vienen realizando y que incluyan los aspectos tratados en ellos (Atención Primaria y hospitalaria, detección riesgo social en la embarazada, salud mental) que se desarrollará en cada Área siendo los docentes fundamentalmente profesionales del Área que ya hayan adquirido formación y experiencia, así como otras funciones / actividades que se hayan ido determinando a través de este Programa.

Esto supone la formación de 880 profesionales en las Áreas en dos años, con lo que el número total de profesionales formados a través del programa se estima en más de 1300.

Cronograma 1998 –2002

| | | |
|------|---------------------|--|
| 1998 | enero - febrero | Diseño – presentación del Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario en la Comunidad Madrid |
| | marzo - abril | Elaboración protocolos |
| | mayo - junio | Revisión protocolos: Asesores científicos del Equipo; Referentes EAP y hospitales; Equipos Salud Residencias IMMF |
| | julio - septiembre | Diseño, maquetación, impresión |
| | octubre - diciembre | Recogida de datos Hospitales y CTM |
| | octubre | Presentación Oficial del Programa |
| | noviembre | Formación – curso Atención Primaria y hospitalaria (1ª) H.G.U. Gragorio Marañón |
| | diciembre | Presentación del Programa en las Áreas del INSALUD y Centros Municipales de Salud del Ayuntamiento de Madrid |
| 1999 | enero | Comienza estudio - recogida datos registro casos |
| | febrero - marzo | Formación - curso (2ª edición) Hospital 12 de Octubre |
| | marzo | Formación - curso (1ª ed.) Salud Mental) Hospital Universitario Niño Jesús |
| | abril - mayo | Reunión en las Áreas INSALUD (1ª) |
| | octubre - noviembre | Reunión en las Áreas INSALUD (2ª) |
| | octubre | Curso detección de riesgo social en la embarazada (1ª ed.) Hospital Universitario Niño Jesús |
| | noviembre | Formación - curso (3ª edición) Hospital Infantil San Rafael |
| | noviembre | Informe semestre 1º 1999 |
| 2000 | febrero | Curso detección de riesgo social en la embarazada (1ª ed.) Hospital Universitario Santa Cristina |
| | marzo | Formación - curso (4ª edición) Hospital del Aire |
| | mayo | Formación - curso Salud Mental (2ª edición) Hospital Clínico Universitario san Carlos |
| | mayo - junio | Reunión en las Áreas INSALUD (3ª) |
| | mayo | Informe año 1999 |
| | octubre - noviembre | Reunión en las Áreas INSALUD (4ª) |
| | noviembre | Informe hasta semestre 1º 2000 |
| 2001 | febrero - abril | Formación-cursos en cada una de las Áreas del INSALUD |
| | abril - mayo | Reunión en las Áreas INSALUD (5ª) |
| | mayo | Informe hasta año 2000 |
| | octubre - noviembre | Formación - curso (3º Salud Mental) |
| | noviembre | Informe hasta semestre 1º 2001 |
| | Nov. - diciembre | Reunión en las Áreas INSALUD (6ª) |
| 2002 | febrero - marzo | Formación-cursos en cada una de las Áreas del INSALUD |
| | abril - mayo | Reunión en las Áreas INSALUD (7ª) |
| | mayo | Informe hasta año 2001 |
| | octubre - noviembre | Reunión en las Áreas INSALUD (8ª) |
| | noviembre | Informe hasta semestre 1º 2002 |
| | diciembre | Presentación en las Áreas del INSALUD y Centros de Salud Municipales del Ayuntamiento de Madrid |

Evaluación y seguimiento del programa

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

| OBJETIVO | INDICADOR | RESULTADO ESPERADO |
|--|---|---|
| 1. Sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios en los problemas psicosociales de la infancia y la detección precoz del maltrato infantil | <ul style="list-style-type: none"> • Nº cursos impartidos, asistentes, grado de adquisición de conocimientos • Participación en los Consejos de Infancia • Elaborar, editar y distribuir los materiales elaborados | <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar grupos de profesionales sanitarios con formación en maltrato infantil implicados en los dispositivos de zona y Consejos de Infancia en cada Área del INSALUD • Incrementar la sensibilización y formación de los profesionales que atienden al niño y su salud |
| 2. Conocer las características epidemiológicas de los malos tratos infantiles que pueden ser detectados desde el ámbito sanitario y su morbi - mortalidad. | <ul style="list-style-type: none"> • Recogida de datos y análisis estadístico | <ul style="list-style-type: none"> • Determinar frecuencia y factores asociados al maltrato infantil. • Conocer la situación de la infancia en situación de riesgo social / maltrato / desamparo |
| 3. Disponer de datos fiables que permitan la elaboración de programas destinados a la promoción de los derechos y bienestar de la infancia, y la prevención, detección y tratamiento de los malos tratos infantiles. | <ul style="list-style-type: none"> • Realización del informe y propuestas | <ul style="list-style-type: none"> • Publicación del informe • Elaborar un informe y proponer acciones para la mejora en la atención a la infancia |
| 4. Crear una red de informantes que a partir de este programa puedan continuar desarrollando esta labor de sensibilización y vigilancia epidemiológica. | <ul style="list-style-type: none"> • Nº de centros que participen en el plan | <ul style="list-style-type: none"> • Implantación de un sistema de vigilancia epidemiológica • Crear una red de vigilancia epidemiológica |
| 5. Mejorar la atención sanitaria a los niños maltratados considerando las particularidades de este problema, identificando y atendiendo los casos desde la situación de niños / familias en riesgo | <ul style="list-style-type: none"> • Nº de niños atendidos | <ul style="list-style-type: none"> • Derivar casos a recursos especializados • Realización de terapias • Mejorar la asistencia sanitaria en los casos detectados |
| 6. Prevenir el maltrato infantil, tanto de la aparición de casos como a través de la detección precoz e intervenciones sobre las secuelas y posibles repeticiones | <ul style="list-style-type: none"> • Implementar la hoja de Registro de riesgo psicosocial • Nº de centros de salud / hospitales / maternidades participantes | <ul style="list-style-type: none"> • Intervenir precozmente con familias • Detectar desde los primeros días de vida posibles situaciones de riesgo • Implicar a atención primaria en el maltrato infantil • Desarrollar la prevención del maltrato infantil desde el ámbito sanitario |
| 7. Atender a los niños en acogimiento residencial o familiar según sus necesidades en salud de forma protocolizada. | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar el Protocolo de atención al niño en acogimiento residencial • Establecer el marco de trabajo entre el hospital de referencia y las residencias del IMMF | <ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la coordinación entre las distintas instituciones • Evaluar la calidad de atención sanitaria a los niños en acogimiento residencial • Mejorar la asistencia sanitaria a los niños en acogimiento residencial |
| 8. Incrementar la participación activa en los programas de detección desde otros ámbitos (escuela, servicios sociales, etc.) | <ul style="list-style-type: none"> • Participación en los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia | <ul style="list-style-type: none"> • Implicación de dispositivos sanitarios en la red de atención a la infancia • Incrementar la colaboración / coordinación con otros ámbitos: escuela y servicios sociales, especialmente |
| 9. Implicar al dispositivo de Salud Mental en la atención del niño maltratado y la coordinación con otros servicios. | <ul style="list-style-type: none"> • Derivación de casos a Salud Mental • Participación activa en las actividades del programa • Nº cursos impartidos, asistentes, grado de adquisición de conocimientos | <ul style="list-style-type: none"> • Atender las necesidades de salud mental del niño en circunstancias de maltrato infantil. • Incrementar la coordinación con los servicios sociales y de protección infantil. |

Contenidos del Programa de formación

| | |
|---|--|
| 01. Maltrato infantil: historia concepto | José A. Díaz Huertas |
| 02. Epidemiología y etiopatogenia | Inés Galán Sierra |
| 03. Maltrato físico, abandono y negligencia | Juan Casado Flores |
| 04. Abuso sexual. Aspectos clínicos | Bárbara Rubio Gribble |
| 05. Síndrome de Münchhausen por poderes, intoxicaciones y formas raras | Carmen Martínez González |
| 06. Maltrato emocional - psicológico. Efectos psicológicos del maltrato | Consuelo Escudero Álvaro |
| 07. Aspectos psiquiátricos del maltrato infantil | Mercedes Rodrigo Alfageme |
| 08. Intervención psiquiátrica en el maltrato infantil | Ignacio Avellanosa Caro |
| 09. Intervención psicológica en el abuso sexual | Soledad Galiana, Helena de Marianas |
| 10. Intervención con familias - terapias | Fátima García Cuesta Cristina González Rodríguez |
| 11. El sistema de protección a la infancia en la Comunidad de Madrid | Esperanza García García |
| 12. Los servicios sociales municipales en el maltrato infantil | Carmen Martínez Segovia |
| 13. Servicios sociales sanitarios y maltrato infantil | Raquel García, Isabel Ruiz Ramos |
| 14. Actuación policial | Elena Palacios Tejero |
| 15. Papel del Fiscal | Félix Pantoja García |
| 16. Intervención judicial | M ^a Jesús Coronado Buitrago |
| 17. Atención primaria, hospitalaria y otros dispositivos sanitarios | Ricardo Martino Alba |
| 18. Atención desde Salud Mental | María Jesús Del Yerro Álvarez |
| 19. Prevención del maltrato infantil | Raúl García Pérez |
| 20. Investigación en maltrato infantil | José Manuel Morales González |
| 21. Programa Comunidad de Madrid | José A. Díaz Huertas |

EQUIPO

DIRECCIÓN

José A. Díaz Huertas

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

DIRECCIÓN ADJUNTA

Juan Casado Flores

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

Esperanza García García

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

ASESOR METODOLOGICO

Miguel Ángel Ruiz Díaz

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

COORDINADOR TÉCNICO

Joaquín Esteban Gómez

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

COORDINACIÓN SALUD MENTAL

María Jesús del Yerro Álvarez

Departamento de Salud Mental. Servicio Regional de Salud. Consejería de Sanidad.

Fernanda Revilla Lombardía

Departamento de Salud Mental. Servicio Regional de Salud. Consejería de Sanidad

COMITÉ TÉCNICO

Manuela Arranz Leirado

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

M^a Teresa Benitez Rodrigo

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

Jesús Baez Pérez de Tudela

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

Prudencio Rodríguez Ramos

Médico Psiquiatra. Equipo de Salud Mental Infanto-juvenil del distrito de Tetuán.

José Luis Sánchez Suárez

Asesor. Subdirección Provincial Atención Primaria. INSALUD. Madrid

Carmen Puyo Marín

Dirección General de Acción Social del Menor y la Familia

ASESORES CIENTÍFICOS

Celso Arango López

Psiquiatra. Unidad de Agudos de Psiquiatría Infantil. Hospital Universitario. Gregorio Marañón

Ignacio Avellanosa Caro

Psiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto-juvenil. Hospital Clínico Universitario San Carlos

M^a Jesús Coronado Buitrago

Juez de Instrucción. Ministerio de Justicia. Madrid.

Consuelo Escudero Alvaro

Psicóloga. Centro salud Mental Getafe. Consejería de Sanidad.

Inés Galán Sierra

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

Soledad Galiana Carmona

Psicóloga. Asociación de Víctimas de Agresión Sexual.

Fátima García Cuesta

Psicóloga. Centro de Atención a la Infancia. Concejalía del Área de Servicios Sociales. Madrid

Raúl García Pérez

Psiquiatra. Servicio Salud Mental Alcobendas. Consejería de Sanidad

Cristina González Rodríguez

Centro de Atención a la Infancia. Concejalía del Área de Servicios Sociales. Madrid

M^a Eugenia Herrero Sotillo

Psiquiatra. Asociación Nuevo Futuro

Helena de Marianas Ribary

Psicóloga. Asociación para la atención a víctimas de agresiones sexuales

Carmen Martínez González

Pediatra. Equipo Atención Primaria san Blas. Insalud. Parla

Carmen Martínez Segovia

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

Ricardo Martino Alba

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

José Manuel Morales González

Médico. Área de Investigación Dirección General de Acción Social del Menor y la Familia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Lourdes Ontoria Martínez

DU Enfermería. Unidad de Agudos de Psiquiatría Infantil. Hospital Universitario Gregorio Marañón

Elena Palacios Tejero

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

Félix Pantoja García

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

Mercedes Rodrigo Alfageme

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

Barbara Rubio Gribble

Pediatra. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe.

Isabel Ruiz Ramos

Trabajadora Social. Unidad Infanto-juvenil. Hospital Clínico Universitario San Carlos.

REFERENTES SALUD MENTAL

| Área | Referente | Profesión | Centro de Trabajo |
|------|---|--------------------|--|
| 1 | <i>Encarnación Mollejo Aparicio</i> | Psiquiatra | SS.S.M. de Arganda |
| 2 | <i>Consuelo Mallol Ximénez Embún</i> | Psicóloga | SS.S.M. de Chamartín |
| 3 | <i>Petra Sánchez Mascaraque</i> | Psiquiatra | SS.S.M. de Torrejón |
| 4 | <i>Carmen Otero López</i> | Psicóloga | SS.S.M. de Ciudad Lineal |
| 5 | <i>Raúl García Pérez</i> | Psiquiatra | SS.S.M. de Alcobendas |
| 6 | <i>Raquel García</i> | Trabajadora Social | SS.S.M. de Collado-Villalba |
| 7 | <i>Isabel Ruiz Ramos</i> | Trabajadora Social | Unidad Infanto - juvenil. Hospital Clínico |
| 8 | <i>Paloma Ortiz Soto</i> | Psiquiatra | SS.S.M. de Móstoles |
| 9 | <i>Esther Sánchez Moiso</i> | Psiquiatra | SS.S.M. de Leganés |
| 10 | <i>Consuelo Escudero Alvaro</i> | Psicóloga | SS.S.M. de Getafe |
| 11 | <i>Ana M^a López Fuentetaja</i> | Psicóloga | SS.S.M. de Villaverde |

REFERENTES ATENCIÓN PRIMARIA INSALUD

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

REFERENTES HOSPITALES

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

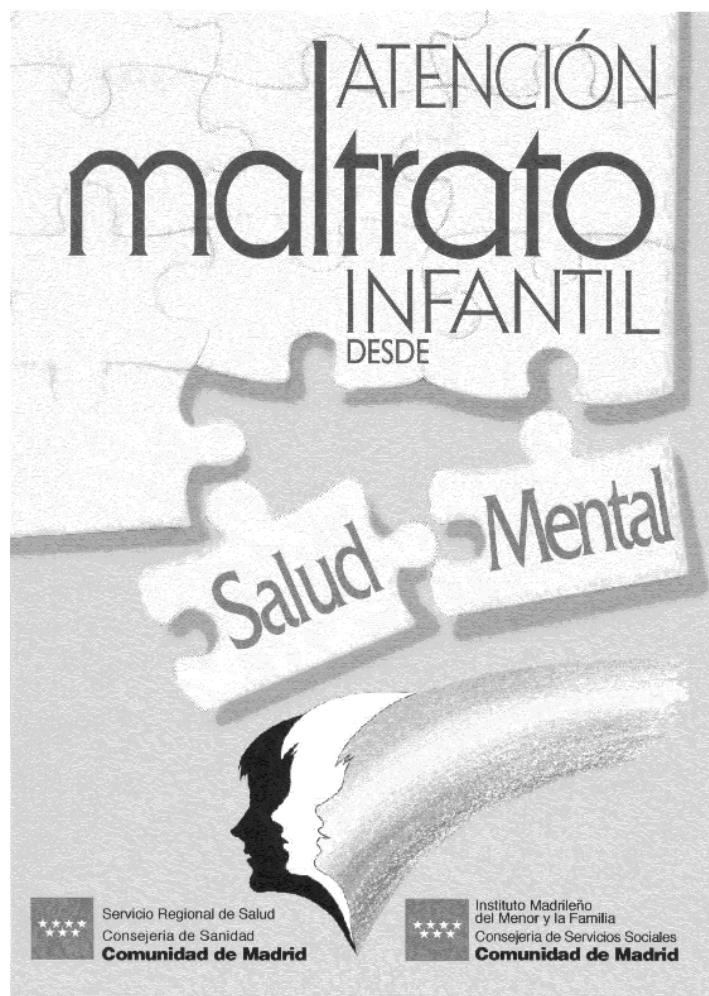
RESPONSABLES PROGRAMA NIÑO DE RIESGO. CENTROS MUNICIPALES SALUD. AYUNTAMIENTO MADRID

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

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

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

| Area | | Profesión | Residencia |
|------|--|---------------|-------------------------------|
| 11 | Juan José Ramos Alvarez Cesar Garrido Morales | Médico DUE | El Madroño, Renasco y Acacias |



II. PROCESO DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO DE SALUD MENTAL

Índice

Introducción

Derivación: recepción de la demanda

Proceso de evaluación y diagnóstico

1. Anamnesis e historia clínica
2. Indicadores de maltrato
3. Salud mental, intelectual y funcionamiento psicológico
4. Hipótesis explicativa
5. Dificultades en el proceso diagnóstico

Fase de Toma de decisiones

1. Situación grave
2. Situación no urgente
3. Situación que no requiere separar al niño de su familia

Fase de tratamiento

Seguimiento del caso y coordinación con otras instituciones

Propuesta de informe de notificación

- **PROCESO DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO DE SALUD MENTAL**
ATENCIÓN DESDE SALUD MENTAL

Introducción

El maltrato infantil es un fenómeno complejo en cuya aparición intervienen factores ambientales, familiares, sociales y del propio niño, por lo que precisa un enfoque interdisciplinar.

La atención a la Salud Mental en la Comunidad de Madrid está sectorizada en 11 áreas y 35 distritos sanitarios, en cada uno de los cuales existen unos Servicios de Salud Mental de Distrito que son la puerta de entrada al sistema.

En la Comunidad de Madrid la Atención Psiquiátrica y a la Salud Mental se presta por medio de una serie de programas, uno de los cuales es el Programa de Atención a la Salud Mental de los Niños y Adolescentes.

Desde Salud Mental podemos considerar la intervención en 6 fases:

- **Recepción de la demanda**
- **Evaluación y Diagnóstico:** debe valorar los indicadores de maltrato, la existencia o no de un contexto maltratante y si existe o no demanda de tratamiento y quién la formula.
- **Notificación**
- La fase de **toma de decisiones:** se valorará la urgencia del caso, la necesidad de separación del niño de su entorno, comunicación a las autoridades competentes, etc.
- **Tratamiento:** psicoterapéutico o de otro tipo que pueda estar indicado, tanto del adulto/os como del menor.
- **Coordinación y seguimiento** del caso: supone la planificación de la intervención programada de los diferentes equipos y servicios que intervienen en el caso.

2.1.- RECEPCIÓN DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN: DERIVACIÓN

Las vías de acceso o puertas de entrada a los Servicios de Salud Mental de Distrito lo constituyen las siguientes:

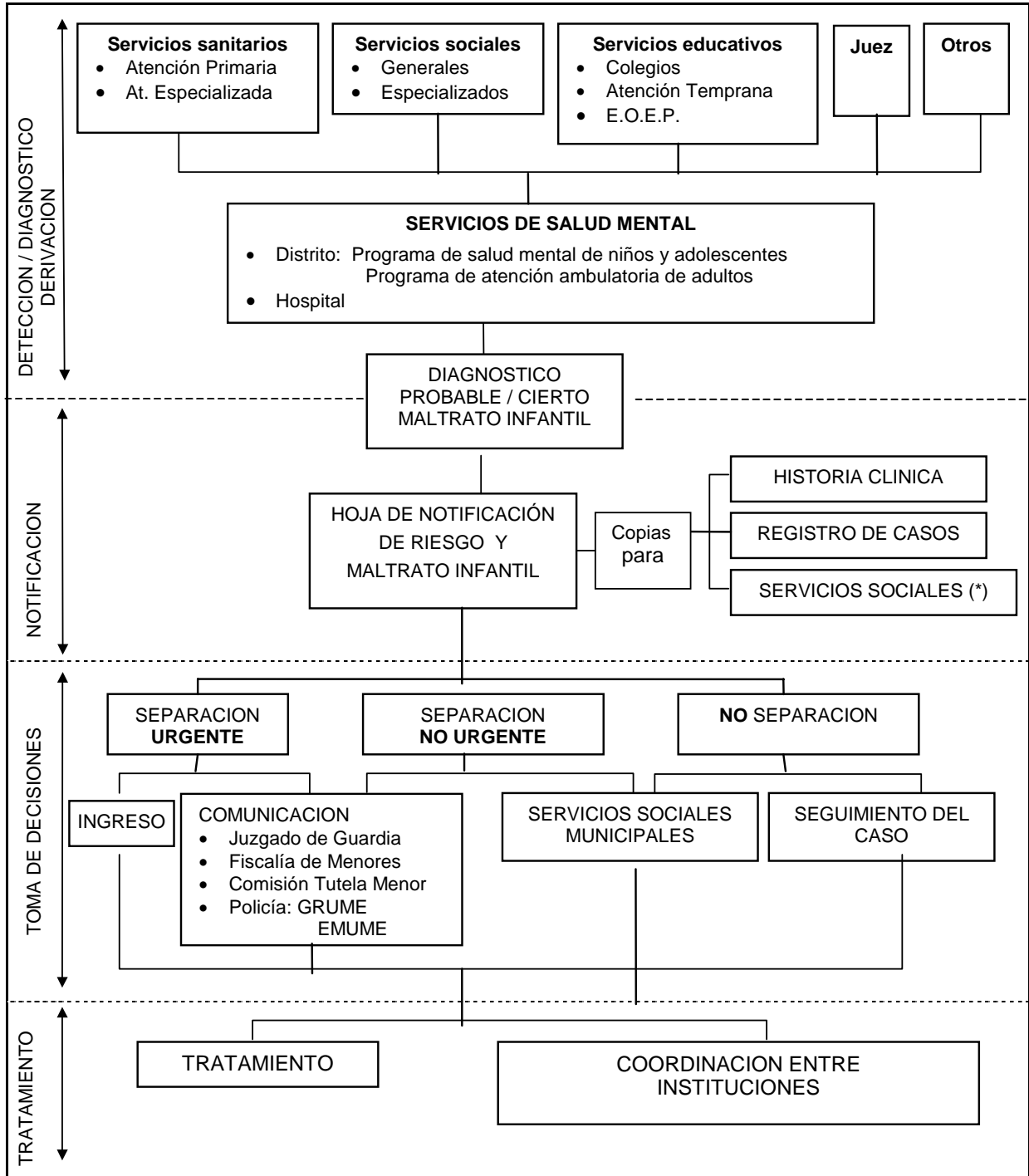
- Equipos de Atención Primaria
- Profesionales de Atención Especializada
- Servicios Hospitalarios
- Servicios Sociales Generales y Especializados
- Equipos de Atención Temprana (EAT)
- Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP) (aunque con cierta frecuencia es en el ámbito escolar donde aparecen los primeros signos, estos Equipos están limitados en su actuación por la necesidad de obtener una autorización de los padres o tutores del menor, previa a cualquier evaluación).

Dado que la Salud Mental pertenece al 2º escalón de la asistencia sanitaria (Atención Especializada) es probable que en cualquiera de los Servicios y Equipos anteriormente citados haya podido establecerse previamente la sospecha o la certeza de maltrato. Sin embargo en otras ocasiones el motivo de la consulta puede ser cualquier otro (trastornos de conducta del niño, etc.).

Éste no es un problema que afecte exclusivamente a los equipos del Programa Infanto-juvenil, sino que también los profesionales que trabajan con adultos pueden detectar una situación en la que uno o varios niños puedan estar siendo maltratados, ya sea por acción o por omisión.

En los casos de maltrato emocional, es donde es más probable que sean los Servicios de Salud Mental los primeros en identificar un posible caso de malos tratos.

Cuadro 1. Proceso de atención al maltrato infantil desde el ámbito de salud mental



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

2.2.- PROCESO DE EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

2.2.1.- Anamnesis e Historia Clínica:

A. Motivo de consulta: puede ser la sospecha de maltrato a un menor o cualquier otro, por lo que deberemos pensar en la posibilidad de que detrás de cualquier otro motivo de consulta pueda existir este tipo de situaciones.

B. Datos sociofamiliares:

- En general nos vamos a encontrar con familias muy desestructuradas, socialmente aisladas y en las que los problemas conyugales son habituales.
- A menudo se añaden circunstancias que dificultan una adecuada protección y cuidado de los hijos (ausencias del hogar por parte de uno de los progenitores, padres adolescentes, enfermedades físicas o psíquicas, abuso de tóxicos, desempleo, etc.).
- No son raros los antecedentes familiares de malos tratos en la infancia de los progenitores así como los antecedentes de enfermedades mentales, bajo nivel intelectual y situaciones de pobreza.
- Especificar si existe o no una **demanda** de atención /ayuda por parte de los padres.
- Valorar los **recursos del grupo familiar** para hacer frente a la situación y la red social de apoyo con la que cuentan los padres. las circunstancias de adversidad proverbial, biográficas o actuales, que puedan concurrir con el maltrato mediante algún protocolo homologado como la Hoja de registro del Eje V de la CIE-10 Multiaxial de la infancia y la adolescencia (Cuadro 2).
- A efectos de valoración, intervención e investigación es muy recomendable recoger

C. Datos sobre el menor:

- * Se recogerán los datos habituales sobre el embarazo, el parto y el puerperio, establecimiento del vínculo madre-hijo, observando posibles anomalías (embarazo no deseado, complicaciones durante el mismo, parto pretérmino, enfermedades neonatales, sentimientos de incapacidad o rechazo, etc.).
- Valorar las **interacciones entre el niño y el resto de los miembros de la familia** (padres, hermanos, abuelos, etc.) y su entorno social (escuela; etc.).
- Entre los **antecedentes personales** deberemos recoger con detalle la historia médica, consultas en los servicios de urgencias, hospitalizaciones, cumplimiento de las revisiones médicas periódicas etc. En el desarrollo del niño podemos encontrarnos detenciones, retrasos o regresiones en todas sus áreas (deambulación, lenguaje, control de esfínteres, etc.). Es importante, también, conocer los hábitos de sueño y de aseo del niño/a (¿duerme solo?, ¿se ducha solo?, etc.).
- En la **exploración psicopatológica** nos vamos a encontrar con frecuencia en los niños maltratados trastornos de conducta (auto o heteroagresividad, acciones delictivas en adolescentes, fugas), consumo de drogas o alcohol, trastornos afectivos, ansiedad, miedos y conductas fóbicas.
- Es importante recoger datos acerca de la **sexualidad del niño**, puesto que las actitudes sexualizadas (masturbación excesiva, agresión sexual a menores, conductas seductoras, etc.) son indicadores muy sugerentes de abuso sexual en la infancia.
- La **adaptación y el rendimiento escolar** pueden estar también comprometidos, tanto desde el punto de vista de un mayor absentismo escolar en los casos de abandono físico como alteración de las capacidades instrumentales en todos los tipos de maltrato. La información obtenida de los profesores es de gran utilidad al podernos proporcionar otros indicadores (interacción del niño con sus iguales, trastornos conductuales etc.).
- No olvidar que tanto el menor como sus padres deben tener la oportunidad de **contar “su historia”** por separado. En el caso de que el niño manifieste que es víctima de maltrato por parte de un adulto, deberemos tratar de **valorar la credibilidad del testimonio** sobre la base de la descripción del relato, la congruencia afectiva, la progresión de la información a lo largo del tiempo, los dibujos que realiza, los juegos, etc.
- Valorar si existe una situación de **urgencia y/o de riesgo vital** inmediato para el niño.

A efectos de valoración, intervención e investigación es muy recomendable recoger las circunstancias de actividad psicosocial, biográficas o actuales, que puedan concurrir con el maltrato mediante algún protocolo homologado como la hoja de registro del Eje V de la CIE-10 Multiaxial de la infancia y adolescencia (Cuadro 2).

Cuadro 2. Situaciones psicosociales de riesgo. Eje V de la CIE-10 Multiaxial de la infancia y adolescencia

| EJE V (CIE-10) SITUACIONES PSICOSOCIALES DE RIESGO | Biografía | | Actual |
|--|-----------|---|--------|
| | C | I | |
| 00 Sin alteraciones significativas o inadecuadas del ambiente psicosocial | | | |
| 1. Anomalías en la relación intrafamiliar | | | |
| 1.0 Falta de calidez en las relaciones paterno-filiales (Z62.4) | | | |
| 1.1 Discordias intrafamiliares entre los adultos (Z63.8) | | | |
| 1.2 Hostilidad hacia el hijo, uso de cabeza de turco (Z62.3) | | | |
| 1.3 Abuso físico del hijo (Z61.6) | | | |
| 1.4 Abuso sexual del hijo (dentro de la familia) (Z61.4) | | | |
| 1.8 Otros | | | |
| 2. Trastornos mentales. Desviaciones o minusvalías en el grupo primario de apoyo (Z58.8+ Z63.8) | | | |
| 2.0 Trastorno o anomalía mental de los padres | | | |
| 2.1 Minusvalía o discapacidad en los padres | | | |
| 2.2 Discapacidad en los hermanos | | | |
| 2.8 Otros | | | |
| 3. Inadecuaciones o distorsiones en la comunicación intrafamiliar (Z63.8) | | | |
| 4. Características anómalas en la crianza | | | |
| 4.0 Sobreprotección paterna (Z62.1) | | | |
| 4.1 Inadecuación paterna en la supervisión o el control (Z62.0) | | | |
| 4.2 Experiencias de privación (Z62.5) | | | |
| 4.3 Presiones parentales inadecuadas (Z62.6) | | | |
| 4.8 Otras (Z62.8) | | | |
| 5. Anomalías en el ambiente inmediato | | | |
| 5.0 Crianza en instituciones | | | |
| 5.1 Situaciones anómalas en la situación parental (Z80.1) | | | |
| 5.2 Familia aislada (Z60.8) | | | |
| 5.3 Condiciones de vida que dan lugar a riesgos potenciales en la situación psicosocial (Z59.1) | | | |
| 5.8 Otras (Z60.8) | | | |
| 6. Acontecimientos vitales agudos | | | |
| 6.0 Pérdida de una relación afectiva (Z61.0) | | | |
| 6.1 Cambio de domicilio que implica una amenaza (Z61.6) | | | |
| 6.2 Alteración negativa en el patrón de la relación familiar (Z61.2) | | | |
| 6.3 Hechos conducentes a la pérdida de la autoestima (Z61.3) | | | |
| 6.4 Abuso sexual (extrafamiliar) (Z61.5) | | | |
| 6.5 Experiencia personal atemorizante (Z61.7) | | | |
| 6.8 Otros | | | |
| 7. Factores sociales de estrés | | | |
| 7.0 Blanco de persecución o discriminación (Z60.5) | | | |
| 7.1 Migración o trasplante social (Z60.3) | | | |
| 7.8 Otros | | | |
| 8. Factores de estrés interpersonal crónico asociado al colegio (Z55) trabajo (Z56) | | | |
| 8.0 Relaciones discordantes con los compañeros (Z55.4)(z56.4) | | | |
| 8.1 Cabeza de turco de los profesores o supervisores (Z55.4) (Z56.4) | | | |
| 8.2 Distorsiones en la situación escolar / laboral (Z55.8) (Z56.8) | | | |
| 8.8 Otros | | | |
| 9. Acontecimientos o situaciones estresantes derivadas del propio trastorno / discapacidad del niño (Z72.8) (En CIE-10) podrían codificarse igual que si no derivasen del trastorno del niño (Z62.1, Z61.1 y Z61.3) | | | |
| 9.0 Crianza en instituciones | | | |
| 9.1 Cambio de domicilio que implica amenazas | | | |
| 9.2 Hechos conducente a la pérdida de autoestima | | | |
| 9.8 Otros | | | |

2: severo. **1:** Leve-moderado. **0:** Normal. **8:** No aplicable. **9:** Insuficiente. **C:** Continuo. **I:** Intermitente

Nota: detrás de cada ítem se ha situado la correspondencia de los códigos Z de la CIE-10

Fuente: Equipo de Salud Mental Infante - juvenil del distrito de Tetuán (Madrid)

2.2.2.- Indicadores de malos tratos

Se realizará una descripción de la situación de maltrato: en qué consiste el maltrato, desde cuándo existe, cuáles son o pueden ser las consecuencias en el desarrollo del niño o del adolescente.

| MALTRATO | ACTIVOS | PASIVOS |
|-----------|--------------------|------------------------|
| FISICO | Maltrato físico | Abandono / negligencia |
| SEXUAL | Abuso sexual | Consentimiento pasivo |
| EMOCIONAL | Maltrato emocional | Abandono emocional |

A. MALTRATO FÍSICO

Cualquier acción, no accidental, por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño.

A.1.- Indicadores físicos en el niño

1. *Magulladuras o moratones*: en rostro labios o boca, en diferentes fases de cicatrización, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marca del objeto con el que han sido infligidos; en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.
2. *Quemaduras*: de puros o cigarrillos; quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (como un guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas y genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso, provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas, quemaduras con objetos que dejan una señal claramente definida (parrilla, plancha etc.).
3. *Fracturas*: en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diferentes fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de dos años.
4. *Heridas o raspaduras*: en la boca, labios, encías u ojos; en los genitales externos; en la parte posterior de brazos, piernas o torso.
5. *Lesiones abdominales*: hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos constantes.
6. *Señales de mordeduras humanas* (especialmente cuando parecen ser de un adulto o son recurrentes).
7. *Signos de intoxicación forzada*.
8. *Síndrome del niño zarandeado* (hemorragias intracraneales sin fractura).

A.2.- Indicadores comportamentales en el niño

1. Cauteloso respecto al contacto físico con adultos.
2. Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran.
3. Muestra conductas extremas (ej. Agresividad o rechazo extremos).
4. Parece tener miedo de sus padres, de ir a casa, o llora cuando terminan las clases o tiene que irse de la escuela o guardería.
5. Dice que su padre/madre le ha causado alguna lesión.
6. Ansiedad ante actividades normales (ej. Cambio de pañales).

A.3.- Conducta del cuidador

1. Ha sido objeto de maltrato en su infancia.
2. Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, falta cometida y condición del niño.
3. No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño, o estas son ilógicas, no convincentes o contradictorias.
4. Parece no preocuparse por el niño.
5. Percibe al niño de manera significativamente negativa (ej. Le ve como malo, perverso, un monstruo..)
6. Padece un trastorno mental (Psicosis, Trastorno de la personalidad, etc.).
7. Abusa de alcohol o de otras drogas
8. Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de ésta

B. ABANDONO FÍSICO: (negligencia, carencia de cuidados).

Las necesidades físicas: alimentación, vestido, higiene, protección, cuidados médicos y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas no son atendidos temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño.

B.1.- Indicadores físicos en el niño

1. Constantemente sucio, con *escasa higiene*, hambriento, inapropiadamente vestido o con lesiones por exposición excesiva al sol o al frío.
2. Constante *falta de supervisión* especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos periodos de tiempo.
3. Cansancio o *apatía* permanentes.
4. Problemas físicos o *necesidades médicas no atendidas* (ej. Heridas sin curar o infectadas, no cumplimiento del calendario de vacunación, caries extensas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios necesarios. Cráneo aplanado, alopecia localizada por postura prolongada en una misma posición.
5. Es explotado, se le hace *trabajar* en exceso
6. *No va a la escuela.*
7. Ha sido *abandonado.*

B.2.- Indicadores comportamentales en el niño

1. Participa en acciones delictivas (ej. Vandalismo, prostitución, drogas, alcohol etc.)
2. Pide o roba comida
3. Raras veces asiste a la escuela.
4. Se suele quedar dormido en clase
5. Llega muy temprano a la escuela y se va muy tarde
6. Dice que no hay nadie que le cuide.

B.3.- Conducta del cuidador

1. Abuso de drogas o alcohol
2. La vida en el hogar es caótica
3. Muestra evidencias de *apatía* o inutilidad
4. Está mentalmente enfermo o tiene un bajo nivel intelectual
5. Tiene una enfermedad crónica
6. Fue objeto de negligencia en su infancia

C. ABUSO SEXUAL

Cualquier clase de contacto sexual con un niño menor de 18 años por parte de un adulto, que actúa desde una posición de poder o autoridad sobre el niño. No olvidar que el menor puede ser también víctima de abusos con coacción por parte de otro menor.

También podemos considerar el abuso sexual por omisión en casos de consentimiento pasivo,

C.1.- Indicadores físicos en el niño

1. Dificultad para andar y sentarse
2. Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
3. Se queja de dolor o picor en la zona genital
4. Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal
5. Tiene una enfermedad venérea
6. Tiene el *cérvix* o la vulva hinchados o enrojecidos
7. Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa
8. Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia)
9. Micción dolorosa.

C.2.a.- Indicadores comportamentales en el niño

1. Parece reservado, rechazante o con fantasías o conductas infantiles, incluso puede parecer retrasado
2. Tiene escasas relaciones con sus compañeros
3. Rechazo de actividades deportivas, sociales e higiénicas
4. Comete acciones delictivas o se fuga
5. Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales
6. Interés inusual por sus órganos sexuales o los de otros
7. Sexualización traumática: se manifiesta en conductas, actitudes, dibujos.
8. Interacción sexual con sus pares fuera de lo normal en el desarrollo (es sobre todo la reiteración y la falta de privacidad en el juego)
9. Masturbación excesiva
10. Agresión sexual a niños más pequeños
11. Conductas seductoras con adultos
12. Confusión en la orientación sexual.
13. Dice que ha sido atacado sexualmente por un padre/cuidador
14. Miedos, fobias, pesadillas
15. Comportamiento sumiso, inferioridad, subestimación, control excesivo
16. Depresión, llantos inmotivados.
17. Miedo a personas del sexo del agresor
18. Enuresis, encopresis

C.2.b.- Indicadores más típicos de la adolescencia

1. Conductas delictivas, agresivas o fugas
2. Conductas autoagresivas, tentativas de suicidio
3. Consumo de drogas o alcohol
4. Trastornos alimentarios: bulimia o anorexia
5. Dificultad de concentración, atención y memoria
6. Trastornos afectivos

C.3.- Conducta del ofensor

1. Extremadamente protector o celoso del niño
2. Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador
3. Sufrió abuso sexual en su infancia o maltrato familiar
4. Experimenta dificultades en su matrimonio
5. Abuso de drogas o alcohol
6. Está frecuentemente ausente del hogar
7. Favorece a la víctima con actitudes y regalos inapropiados
8. Familia aislada de amigos y familiares
9. Uno de los padres depende en exceso del otro

D. ABANDONO EMOCIONAL:

Se relaciona con la ausencia de respuesta a las señales emitidas por el niño, a los intentos de acercamiento y de interacción de éste, así como ausencia de interacción y contacto con una figura estable durante los seis primeros años de vida.

E. MALTRATO EMOCIONAL:

Situaciones en las que cualquier miembro adulto del grupo, actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos, burlas, críticas, intimidación, discriminación, además de amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua (desde la evitación hasta el encierro o confinamiento).

El maltrato emocional incluye también actitudes de sobreprotección por parte de los adultos responsables de la tutoría del niño, que privan al niño del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno.

E.1.- Indicadores físicos en el niño

1. El maltrato emocional, a menudo menos perceptible que otras formas de abuso, puede ser indicado por las conductas del niño y del cuidador.
2. Bebés: *Enanismo psicossocial*. Retraso en el crecimiento: niños de talla baja y miembros cortos, cráneo y cara mayores con relación a la edad, piel fría y sucia, delgadez y desnutrición, cabellos frágiles con placas de alopecia.
3. Niños: Retrasos en el desarrollo físico. Perturbaciones en el lenguaje.

E.2.-Indicadores comportamentales en el niño

1. Inhibición del juego.
2. Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente.
3. Es extremadamente agresivo, exigente o rabioso
4. Muestra *conductas extremadamente adaptativas* que son o bien demasiado “de adultos” (ej. Hacer el papel de padre de otros niños) o demasiado infantiles (ej. Mecerse constantemente, chuparse el pulgar, enuresis).
5. Retraso en el desarrollo físico, emocional o intelectual (trastornos de la alimentación, control de esfínteres, retraso escolar).
6. Intentos de suicidio.

E.3.- Conducta del cuidador

1. Culpa o desprecia al niño.
2. Es frío o rechazante.
3. Niega amor.
4. Trata de manera desigual a los hermanos.
5. Parece no preocupado por los problemas del niño.
6. Exceso de preocupación y cuidados

2.2.3. Salud mental, intelectual y funcionamiento psicológico

El maltrato infantil puede ser causa o efectos de problemas de salud mental del propio niño y del agresor.

El maltrato infantil es un problema complejo en los aspectos relacionados con la salud mental ya que los malos tratos en la infancia pueden presentar efectos negativos sobre el desarrollo del niño a corto, a medio y largo plazo, pueden tener influencia en la genesis y la evolución de diversos trastornos mentales de la infancia (del vínculo, de adaptación y conducta, afectivos, escolares, somatoformes, etc.), y también pueden ser consecuencia de otros trastornos del contexto social, escolar, familiar, y/o del propio niño maltratado. En muchos casos una intervención adecuada va requerir el concurso de tratamientos psicológicos y psiquiátricos.

- Maltrato infantil como causa de trastornos mentales

| Trastornos | Manifestación clínica | Traducción relacional |
|-----------------------|--|---|
| Vínculo | Procesos de somatización precoz, irritabilidad y otras dificultades en el acoplamiento de la diada madre - hijo, trastornos alimenticios precoces, trastornos del sueño, hipoestimulación sensorial y sensorio motriz | Dificultades para establecer vínculos, dificultad para aceptar y cumplir las normas y límites |
| Adaptación y conducta | Irritabilidad, oposicionismo, desobediencia, negativismo, trastornos por déficit de atención, agresividad, hipersexualidad (con o sin manifestaciones hacia el exterior), transgresiones sociales (delincuencia y predelinuencia juvenil, pandillismo,...) | Paso al acto (acting-out) con baja capacidad de mentalización y de simbolización de la frustración, de los límites y de la Ley / normas |
| Afectivos | Trastornos de disforia, alteraciones bruscas y repentinas del humor, baja autoestima, apatía y adinamia, retraimiento | Trastorno afectivo por fracaso en las relaciones objetales |
| Escolares | Baja en el rendimiento escolar por dificultad relacional, trastorno afectivo acompañante o por dificultades psico-sociales acompañantes (casa pequeña, hacinamiento, falta de estímulo familiar, ...) | Dificultades en las relaciones con los pares, ausencia de proyectos vitales por empobrecimiento cognitivo y afectivo. |
| Somatoformes | Por lesión directa (agresión o accidental), fallo en la simbolización corporal (hiperinvestimiento de una función corporal), por erotización precoz (abusos sexuales), por fijación del lenguaje corporal (somatizaciones), manipulación corporal del cuerpo del niño como una prolongación del cuerpo del adulto (sean de las figuras parentales o instituciones sanitarias: síndrome de Münchhausen por poderes en todas sus formas clínicas). | Cautela, miedo o aprensión ante el contacto con adultos. Conductas extremadamente sexualizadas, inhibición y conductas agresivas. |

- Maltrato infantil como efecto de trastornos mentales

| Trastornos | Efecto | Traducción relacional |
|-------------------|--|---|
| Contexto social | Explotación, mendicidad o el trabajo de los niños, | Aislamiento social, marginación, delincuencia. Empobrecimiento afectivo, relacional y cultural. |
| Contexto escolar | Exigencia desproporcionada, la valoración por rendimientos y no por capacidades, problemas por el contexto cambiante de la institución escolar, existencia de trastornos emocionales o sociales en el profesorado, .. | Descenso de autoestima, inseguridad, culpabilización y miedo ante el fracaso. Confusión de los valores éticos |
| Contexto familiar | Enfermedad somática o psíquica en uno o ambos progenitores, maternidad adolescente sin apoyo socio-emocional adecuado, prematuridad por el efecto de alteración en la vinculación, abuso de drogas o alcohol en las figuras parentales, | Desvinculación afectiva y pérdida de puntos de referencia cultural Conflictos revierten al seno de la propia familia |
| Del propio niño | Distorsiones perceptivas importantes (confundir el castigo físico con la única expresión de cariño de su entorno) incapacidad / imposibilidad / dificultad para comprender conductas infantiles como la demanda continua de cuidados, llamadas de atención , conductas repetitivas, | Modelos de identificación distorsionados, el niño se convierte en objeto persecutorio. |

La problemática de los padres puede no corresponderse con la problemática de los hijos, ni ser causa efecto.

Cuadro . Características psicológicas y psicopatológicas de los padres que maltratan a sus hijos y de los hijos maltratados (*).

| Figuras parentales | Hijos |
|---|--|
| Dimensión conductual | |
| Agresividad crónica Aislamiento de la familia y amigos Rígidos y autoritarios Impulsivos Dificultades maritales | Trastorno de la conducta (del negativismo a hiperactividad) Dificultades de hacer / mantener amistades Dominantes e impulsivos |
| Dimensión cognitivo - emocional | |
| Inmadurez emocional Baja tolerancia frustración Dificultades expresar angustia de forma adecuada Alexitimia Cambio de rol (mirar al niño para satisfacción propias necesidades) | Predominio conductas regresivas y acting-out Baja tolerancia frustración Dificultades en reconocer y expresar emociones propias Dificultades reconocer emociones ajenas Trasgresión límites |
| Déficits en la autoestima | |
| Dificultades empatía con niños Elevadas expectativas en relación a niños No reconocer necesidades ni habilidades en niños Empleo de represión física para defender sus <i>derechos</i> | Retraimiento / inhibición Perfeccionismo y exigencia Desvalorizaciones Dificultades escolares Afecciones crónicas (psicosomáticas, enfermizo, ..) Escasas habilidades sociales y / o relacionales |
| Trastornos psicopatológicos significativos | |
| Trastornos graves de la personalidad (p.e. límites) Psicosis esquizofrénicas Trastornos afectivos Abuso de drogas y alcohol Retrasos mentales | Autismo y psicosis Retraso mental Trastornos de adaptación y conductuales Trastornos afectivos Trastornos vinculares Minusvalías físicas y/o sensoriales |

(*) Pedreira JL. Problemas de salud mental y maltrato en la infancia. En III Congreso Estatal sobre Infancia maltratada. Madrid, Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia. 1993: 167-178

2.2.4.- Diagnóstico e hipótesis explicativa

Por tratarse de un proceso de atención en el que intervienen varios equipos y profesionales es muy conveniente elaborar unas conclusiones diagnósticas lo más precisas posibles, que cubran los ámbitos biológico, psicológico y social del menor y de su familia, y con un sistema técnico compartido y oficialmente reconocido como lo es la Clasificación Multiaxial para la Infancia y la Adolescencia de la CIE 10 (CIE-10 MIA); ya que está previsto que la CIE-10 sea el sistema oficial que utilice el Servicio de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Sus Ejes I, II, III y IV recogen el diagnóstico psicopatológico, los trastornos del desarrollo, el nivel intelectual y las enfermedades físicas asociadas.

A efectos de valoración estandarizada, investigación e investigación es muy recomendable recoger otras circunstancias de adversidad psicosocial, biográficas y actuales, que existan en cada caso, ya que es frecuente que concurran en el maltrato otras implicaciones psicosociales. Estos datos quedan incluidos en el Eje V de la CIE-10-MIA con nueve categorías (Cuadro 2).

Otra información imprescindible para cuantificar la gravedad, organizar el tratamiento, valorar la respuesta terapéutica y ofrecer datos fiables para la investigación sobre la evolución y los tratamientos es la evaluación de la capacidad de adaptación psicosocial global que recoge el Eje VI de la CIE-10-MIA en nueve niveles de gravedad (Cuadro 3).

Se intentará realizar una hipótesis explicativa del desencadenamiento y mantenimiento del maltrato, teniendo en cuenta la dinámica familiar y la situación psicosocial de los componentes de la familia. Esta hipótesis nos ayudará a la hora de tomar las decisiones que se estimen oportunas.

Cuadro 3. Eje VI. Evaluación psicosocial global.

| | |
|---|--|
| 0 | Funcionamiento social superior / bueno |
| 1 | Funcionamiento social moderado |
| 2 | Discapacidad social ligera |
| 3 | Discapacidad social moderada |
| 4 | Discapacidad social severa |
| 5 | Discapacidad social severa y amplia |
| 6 | Incapacidad funcional en la mayoría de las áreas |
| 7 | Discapacidad social profunda - intermitente y amplia |
| 8 | Discapacidad social profunda - persistente y amplia |

Fuente: Equipo de Salud Mental Infante - juvenil del distrito de Tetuán (Madrid)

2.2.5.- Dificultades en el proceso de diagnóstico

Con la información obtenida, el profesional de salud mental estará en la situación adecuada para hacer un diagnóstico de presunción, proceso que puede estar interferido por aspectos emocionales de aquel:

- * *Horror, cólera, rechazo* que hagan que adopte una posición de superioridad, culpabilizando y desvalorizando a los padres del niño, ya de por sí con una baja autoestima.
- * *Identificación con la víctima* de tal forma que el profesional se erige en *juez* de la situación y *salvador* del niño.
- * Adopción de una *actitud de policía* o de detective que le conduce a interrogar a los padres tratando de pillarles en alguna contradicción.
- * *Negación* de todas las evidencias o minimización de los hechos desde la concepción de que el uso de una cierta violencia es una medida disciplinaria necesaria para educar a los hijos y los padres tienen todo el derecho a utilizarla ("*La letra con sangre entra*").
- * En ocasiones los profesionales pueden compartir con los padres maltratantes determinadas concepciones culturales, sociales o religiosas desde las que *se justifique el uso de la violencia* con los niños o desde las que se considere que lo que sucede dentro del ámbito familiar es un *asunto privado* y por tanto no se debe intervenir.
- * *Desesperanza* relacionada con otros casos en los que se ha intervenido y en los cuales las autoridades correspondientes no han actuado como el profesional creía que deberían haberlo hecho. ("*No merece la pena hacer nada*").
- * *Miedo a la reacción de los padres* (temor a ser a su vez denunciados si se equivocan, a la agresión física, etc.).

Para poder modular estas contra actitudes es útil tener en cuenta las recomendaciones siguientes:

- * Durante todo el proceso debemos *colocarnos en el lugar de los padres y saber* escuchar sus sentimientos de inseguridad, su baja autoestima y su propio miedo.
- * *No debemos actuar a espaldas de los padres*, hagamos lo que hagamos siempre deberemos informarles. Tenemos que intentar transmitirles que en la medida que protegemos al niño les estamos protegiendo a ellos, ya que nuestra intención es evitar que puedan hacer algo irreversible.
- * *Varios profesionales deben compartir la evaluación y la toma de decisiones*, recordando que, aunque la rapidez en las intervenciones es importante, sólo es urgente poner al niño a salvo en lugar seguro en caso de amenaza física.
- * Todo lo anterior no debe obviar el *separar al niño del entorno maltratante* cuando esta medida se estime conveniente.
- * La *valoración multidisciplinar* del caso debe comenzar dentro del propio equipo de Salud Mental, ya que tanto el personal facultativo como el Trabajador Social que tenga asignado el caso deben trabajar juntos desde el principio.
- * No corresponde al Equipo de Salud Mental la investigación de los hechos reales acaecidos, *investigación y terapia deben diferenciarse claramente*.

2.3.- FASE DE TOMA DE DECISIONES:

Cualquier persona que tenga conocimiento de un menor en situación de riesgo debe comunicarlo a las autoridades pertinentes, en cumplimiento de la normativa vigente:

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 sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise. Art. 13.1 de la Ley Orgánica 1/96, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

*La notificación del caso es la transmisión de información referente al menor supuestamente maltratado. Lo que se pide al personal sanitario es que **detecte indicios razonables** para sospechar y que informe de ello. Ésta es una condición necesaria para posibilitar la intervención en casos de maltrato infantil y una obligación legal y profesional.* Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario.

Las dos cuestiones más importantes que debemos plantearnos una vez establecida la sospecha de maltrato son: ¿Estamos ante una situación de urgencia? ¿ Debemos separar al niño de su familia?

2.3.1.- Ante una situación de urgencia porque estimemos que el niño corre un grave riesgo y no podemos esperar:

- * **Situación urgente:** En función de lo establecido en el Art. 10 del Decreto 121/88, de 23 de noviembre, modificado por el 71/92 de 12 de noviembre, cuando exista un gravísimo riesgo para el menor se enviará por escrito y por fax a la **Comisión de Tutela del Menor** la solicitud de intervención urgente, así como los motivos en los cuales fundamentamos dicha solicitud.

Como alternativas al procedimiento anterior estaría la realización de una denuncia directamente al Ministerio Fiscal (**Fiscal de Menores** de la Comunidad de Madrid), al **Juzgado de Guardia** o a la Policía (**GRUME:** Grupo de Menores de la Policía Judicial).

- En algunos casos el **ingreso hospitalario** del niño será obligado ante la gravedad de las lesiones que pueda presentar.

2.3.2.- En el caso de que no consideremos la situación urgente, aunque sí necesaria la separación del niño de su entorno familiar, el procedimiento a seguir será el siguiente:

- * **Procedimiento ordinario:** El Equipo de los SS.S.M. comunicará a la **Comisión de Tutela del Menor** la situación de desamparo que se pretende denunciar, mediante informe razonado de los motivos que justifican la denuncia.
- * **Procedimiento recomendado:** aunque el procedimiento ordinario descrito es perfectamente válido, es preferible intentar vehiculizar la denuncia a través de los **Servicios Sociales Municipales** (Servicios Sociales Generales y Servicios Sociales Especializados: Centros de Atención a la Infancia, en aquellos distritos en los que existan), para ello se pondrá en contacto el Trabajador Social de los Servicios de S.M. con los Centros Básicos de Servicios Sociales con objeto de saber si el caso es ya conocido por éstos y conocer qué intervenciones se han realizado.

Se completará la información disponible con la investigación del entorno sociofamiliar y con los datos aportados por otros profesionales como son el *Pediatra* o el *médico del Equipo de Atención Primaria*, los profesores del menor, etc.

Todas las comunicaciones interinstitucionales deben realizarse por escrito.

2.3.3.- Si no es necesario separar al niño de su familia:

- No debemos olvidar que no siempre va a ser necesario separar al niño del grupo familiar y que estos casos el **Pediatra y el Equipo de Atención Primaria** deben ser informados de la situación. Tanto uno como otro están en una situación privilegiada para la detección precoz del maltrato infantil y para el seguimiento del estado físico del niño a lo largo del proceso de tratamiento. Asimismo, igual que en los casos anteriores, deberemos ponernos en contacto con los Servicios Sociales Municipales.

**** Notificación en cualquiera de los casos anteriores al Registro de Casos del I.M.M.F.,** mediante el impreso correspondiente.

2.3.4.- Valoración de salud mental del nivel de gravedad inicial de los malos tratos.

Los niveles de gravedad podemos considerarlos según:

| | | |
|----------|-----------------|--|
| Leve | Frecuencia: | Conductas ocasionales. |
| | Intensidad: | Ligero. |
| | Consecuencias : | Presenta secuelas negativas pero estas alteraciones no significativas. |
| | Intervención: | Circunstancias que requieren un seguimiento |
| Moderada | Frecuencia: | Reiterado y generalizadas. |
| | Intensidad: | Falta de atención importante y/o ante problemas concretos. |
| | Consecuencias : | Daño significativo, presenta dificultades para funcionar adaptativamente en varios roles normales para su edad. Existen aspectos positivos en el trato y cuidado afectivo de los padres hacia el niño. |
| | Intervención: | Necesita apoyo / ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,.... |
| Grave | Frecuencia: | Conductas de maltrato habituales. |
| | Intensidad: | Elevada. |
| | Consecuencias : | Presenta daño severo y su desarrollo se encuentra seriamente comprometido. Se requiere tratamiento especializado.. |
| | Intervención: | Requiere una intervención urgente de los servicios sociales, legales, sanitarios,... |

Fuente: Arruabarrena MI, Paúl J, Torres B. El maltrato infantil. Detección, notificación, investigación y evaluación. (modificada)

- Del niño

El Programa de Mejora del Sistema de Asistencia Social a la Infancia del Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales (SASI) propone para la Fase de investigación de los casos de maltrato infantil Salud mental, estatus cognitivo y características comportamentales del niño (Cuadro 4) y las capacidades físicas, intelectuales y emocionales de los padres / cuidadores (Cuadro 5)

Cuadro 4 . Salud mental, estatus cognitivo y características comportamentales del niño.

| Leve | Moderado | Grave |
|---|--|---|
| Salud mental | | |
| <p>Mantiene roles normales dentro de la familia, escuela y amigos, con niveles normales de estrés con independencia de que exista retraso intelectual o síntomas de enfermedad mental.</p> <p>Saludable emocionalmente. No existe diagnóstico de trastorno emocional, no parece necesitarse o su situación causo cierto estrés pero se han realizado ajustes y probablemente la condición no se deteriorara, incluso sin tratamiento.</p> <p>Síntomas observables de trastorno emocional, aunque no existe un diagnóstico. Hasta el momento la condición no ha causado problemas significativos pero probablemente se producirá un deterioro si no existe tratamiento.</p> | <p>Presenta síntomas observables pero no diagnosticados de trastorno emocional que afectan de manera negativa al cumplimiento de sus roles normales. La condición probablemente se deteriorara si no existe tratamiento.</p> | <p>Precisa una supervisión rigurosa para evitar que se dañe a si mismo o a otros.</p> <p>La condición interfiere sus actividades recreativas y familiares normales.</p> |
| Estatus cognitivo | | |
| <p>Síntomas medios de retraso o trastorno mental que están provocando estrés en el niño y en su familia debido a sus necesidades especiales.</p> | <p>Condición emocional o incapacidad específica para el aprendizaje que daña el desempeño de sus roles normales con la familia, amigos y escuela, pero puede continuar realizándolos con cierto esfuerzo.</p> | <p>Presenta un importante deterioro en su desarrollo debido al retraso o una incapacidad de aprendizaje diagnosticada.</p> |
| Características comportamentales | | |
| <p>Conducta del niño parece apropiada para su edad.</p> <p>Historia conocida o episodios leves de hiperactividad</p> <p>No hay historia o incidente aislado de abuso de drogas o alcohol.</p> <p>Asistencia regular al colegio o problemas leves de impuntualidad / inasistencia al colegio.</p> <p>Sin historia de fugas o amenazas verbales que no se han llevado a cabo.</p> <p>Sin historia de conducta delictiva o informe de conducta de carácter leve.</p> <p>Si es un bebé tiene hábitos correctos de comida y sueño.</p> <p>Los problemas comportamentales conocidos están siendo abordados adecuadamente por el cuidador y/o tratados por un profesional cualificado.</p> | <p>Conducta del niño disruptiva e incontrolable.</p> <p>Hiperactividad y conducta infantil que frecuentemente afecta negativamente a la interacción con los demás.</p> <p>Patrón de conducta frecuente rechazante en la escuela, con sus amigos o en el hogar.</p> <p>Uso ocasional de drogas y/o alcohol que limita su capacidad para tomar decisiones.</p> <p>Absentismo o llega tarde al colegio.</p> <p>Fugas repetidas durante periodos cortos de tiempo pero regresa voluntariamente.</p> <p>Informes previos o actuales de conducta delictiva.</p> <p>Bebé que se comporta de manera exigente y nerviosa, tiene problemas con el sueño / comida que suponen un estrés adicional para el cuidador.</p> | <p>Conducta del niño disruptiva, violenta o peligrosa.</p> <p>Hiperactividad que afecta negativamente su capacidad para funcionar en sus roles.</p> <p>Historia de intentos de suicidio o habla abiertamente de ello. Muestra tendencias y conductas autodestructivas.</p> <p>Dependencia / uso frecuente de drogas / alcohol.</p> <p>No acude a la escuela encontrándose en una edad en la que está obligado a ello.</p> <p>Fugas crónicas que duran largos periodos de tiempo, nunca vuelve voluntariamente</p> <p>Informes previos o actuales de participación en conductas delictivas serias o peligrosas.</p> <p>Bebé con cólico severo, hábitos de comida/sueño irregulares. periodos de lloro prolongados.</p> |

Fuente: Arruabarrena MI, Paúl J, Torres B. El maltrato infantil. Detección, notificación, investigación y evaluación. -3. La Fase de Investigación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Cuadro 5. Capacidades físicas, intelectuales y emocionales de los padres / cuidadores.

| Leve | Moderado | Grave |
|---|---|--|
| <p>Capacidad intelectual y salud mental y física no presentan déficits que limiten su capacidad para proporcionar una atención y cuidado adecuados al niño (pueden existir déficits pero estos no afectan dicha capacidad). Es percibido como competente y sin ninguna pérdida de sus facultades mentales. No requiere servicios de asistencia para cuidare sea si mismo y al menor</p> <p>Presenta alguna enfermedad / handicap que puede afectar o limitar su capacidad para atender adecuadamente al niño, aunque es capaz de cuidarse a si mismo</p> <p>Tiene un déficit mental, intelectual o físico que produce en ocasiones una atención inconsistente hacia el niño.</p> <p>Con servicios de apoyo (guardería, ayuda en el hogar) puede ser capaz de mantener la responsabilidad del cuidado del niño</p> | <p>Padece una enfermedad / perturbación que interfiere o limita de manera significativa su capacidad para proporcionar un cuidado adecuado al niño. Incluso con provisión de y tratamiento especializado / intensivo, no se espera una mejora de su enfermedad en un futuro próximo</p> <p>Con servicios intensivos de apoyo (guardería, apoyo en el hogar) puede mantener la responsabilidad del cuidado del niño</p> <p>Padece limitaciones física o mentales menores que están empeorando y no han sido aceptados los servicios de ayuda o tratamiento</p> | <p>Diagnosticado de enfermedad / perturbación aguda o crónica que supone un grave riesgo para el niño, debido a que tal enfermedad limita totalmente la capacidad del cuidador (incluso con ayuda complementaria) para atender al menor y no se espera una mejoría en un futuro próximo</p> <p>Centrado en sus propios necesidades o problemas (mentales, emocionales, físicos) y no puede esperarse que sea capaz de cuidar de otra persona aparte de si mismo</p> <p>Diagnosticado de: pobre concepto de la realidad o psicosis, intentos de suicidio, delirios o alucinaciones, retraso intelectual medio</p> |

Fuente: Arruabarrena MI, Paúl J, Torres B. El maltrato infantil. Detección, notificación, investigación y evaluación. 3. La Fase de Investigación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

2.4.- FASE DE TRATAMIENTO

Durante todo el proceso anterior hemos de ir pensando qué se va a hacer con la familia mientras dure la separación del niño y planeando la estrategia a seguir para asegurar el retorno del niño al medio familiar en las mejores condiciones posibles.

Si acaso comentar que la intervención desde Salud Mental debe ir dirigida a producir cambios sobre aquellos factores de riesgo personal y familiar desde el punto de vista psíquico, diferenciándolas de otro tipo de intervenciones (sociales, del ámbito educativo, etc.) que son diferentes aunque complementarias.

Debemos ofrecer al niño un espacio propio donde poder elaborar lo sucedido, dentro de sus deseos y posibilidades.

La intervención terapéutica está orientada a la utilización coordinada de los recursos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos, de contención institucional y otros complementarios, en situaciones como las que nos ocupan y en las cuales existe un riesgo psicopatológico grave.

Cuadro . Tipologías parentales y posibilidades de intervención en maltrato infantil

| Características parentales | Hostil - agresivo | Rígido - compulsivo | Pasivo dependiente | Crisis rol / identidad | Rígido - impulsivo | Enfermedad mental |
|----------------------------|--|--|---|---|---|--|
| Dinámica principal | Frustrados Impulsivos Extrovertidos Escasa tolerancia niño Negligentes | Escasas expectativas Poca calidad afectiva Bajo nivel socio-cultural Posible retraso mental | Inmaduros Intercambio de roles Proyectan problemas en el niño | Rol de poca consideración Trabajo poco considerado Angustia difusa | Conflictos maritales Hijos de nuevas uniones | Impredecible Ritualistas Suspicious Malos tratos emocionales Abusos sexuales |
| DSM - III - R | Personalidad antisocial | Personalidad compulsiva | Personalidad dependiente | Personalidad limite | Personalidad explosiva (aislamiento / desorden) | Personalidad borderline Psicosis Retraso mental Sádico / masoquista |
| CIE - 10 | Personalidad agresiva Personalidad antisocial | Personalidad obsesiva Personalidad compulsiva | Personalidad dependiente | Personalidad inestable emocional | Personalidad explosiva Personalidad narcisista Personalidad obsesivo - compulsiva | Personalidad limite Psicosis Retraso mental Abuso de sustancias Personalidad sociopática |
| Tipo de maltrato | Incontrolable | Controlable | Sin control Presentación aguda/severa | Controlable Agudo / severo | Controlable Agudo / severo | Incontrolable |
| Tratamiento parental | Manejo control de impulsos Recanalizar hostilidad | Disciplina no punitiva Expectativas realistas | Psicoterapia Ayuda domiciliaria Facilitar intercambios sociales | Manejo control de impulsos Manejo niño Manejo de la casa Ayuda a domicilio | Terapia de pareja Terapia familiar Manejo control de impulsos | Control afec-ción de base Apoyos sociales Ayuda a domicilio Abandonos tratamientos |
| Pronostico | Moderado | Bueno | Severo | Bueno | Aceptable | Bastante grave |

2.5.- SEGUIMIENTO DEL CASO Y COORDINACIÓN CON OTRAS INSTITUCIONES

La coordinación entre todos los equipos implicados será la base para conseguir una intervención de la que el niño y su familia se puedan beneficiar. No debemos olvidar que coordinar no significa única y exclusivamente intercambiar información y trasladar la responsabilidad sobre el caso de unos servicios a otros.

El contacto regular entre los que intervienen en un mismo caso es necesario para evitar situaciones de confusión en las que cada instancia implicada puede formular mensajes contradictorios. Se aprovecharán las reuniones de coordinación para valorar la evolución del caso en su conjunto y definir cada etapa del proceso y sus objetivos.

Si no se ha considerado pertinente la separación del menor del grupo familiar, el pediatra o el médico del Equipo de Atención Primaria realizará evaluaciones periódicas del estado físico del niño.

La reciente Ley 18/1999, de 29 de abril, reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid, pretende institucionalizar la implicación de las instituciones sociales, educativas, sanitarias y judiciales en la protección a la infancia. En un futuro próximo las Comisiones de Apoyo familiar regulados por esta Ley deben ser los espacios que permitan la valoración y seguimiento interinstitucional de los casos. En estas Comisiones estarán representados de forma permanente los Servicios Sociales Generales y Especializados, la Comisión de Tutela del Menor y, siempre que sea necesario, todos aquellos profesionales e Instituciones que tengan relación con el menor en riesgo.

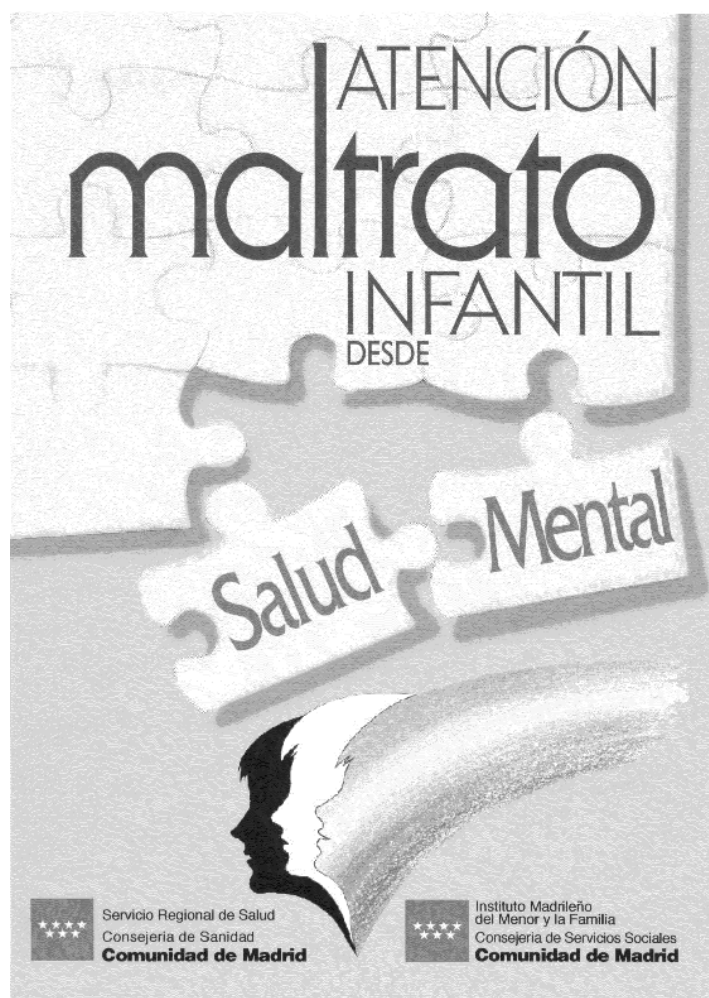
INFORME DE NOTIFICACIÓN

| | | | | | |
|---|------------------|---------------------|---------------|---------------|---------------|
| 1. SS.S.M. Distrito | | Nº historia: | | FECHA: | |
| 2. Datos de filiación del menor: | | | | | |
| Nombre: | | Apellidos 1º: | | Apellidos 2º: | |
| Fecha nacimiento: | | Colegio | | Curso | |
| Domicilio: c/Pza | | Nº: | | Piso | |
| Localidad: | | Dist. Postal: | | Teléfono | |
| 3. Datos de filiación de los padres: | | | | | |
| Madre | Nombre: | | Apellidos 1º: | | Apellidos 2º: |
| | Fec. nacimiento: | | Profesión | | Trabajo |
| | Domicilio: c/Pza | | Nº: | | Piso: |
| | Localidad: | | Dist. Postal: | | Teléfono: |
| Padre | Nombre: | | Apellidos 1º: | | Apellidos 2º: |
| | Fec. nacimiento: | | Profesión | | Trabajo |
| | Domicilio: c/Pza | | Nº: | | Piso: |
| | Localidad: | | Dist. Postal: | | Teléfono: |
| 4. Estructura familiar (hermanos, otros familiares en la casa, genograma,...) y situación socioeconómica | | | | | |
| | | | | | |
| 5. Resumen de la Historia Clínica | | | | | |
| | | | | | |

| | |
|---|--|
| 6. Indicadores de maltrato | |
| 6.1. En el niño | |
| 6.2. En el adulto/s | |
| 6.3. Otros | |
| 7. Factores de riesgo | |
| 7.1. En el niño | |
| 7.2. En el adulto/s | |
| 7.3. Otros | |
| 8. Lesiones (tipo, gravedad, localización y mecanismo de producción) | |
| | |
| 9. Intervenciones realizadas: | |
| | |
| 10. Observaciones - Comentarios | |
| | |

Fdo.:

Fdo.:



III. CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN

- | | |
|---|--|
| 01. Maltrato infantil: historia concepto | <i>José A. Díaz Huertas</i> |
| 02. Epidemiología y etiopatogenia | <i>Inés Galán Sierra</i> |
| 03. Maltrato físico, abandono y negligencia | <i>Juan Casado Flores</i> |
| 04. Abuso sexual. Aspectos clínicos | <i>Bárbara Rubio Gribble</i> |
| 05. Síndrome de Münchhausen por poderes, intoxicaciones y formas raras | <i>Carmen Martínez González</i> |
| 06. Maltrato emocional - psicológico. Efectos psicológicos del maltrato | <i>Consuelo Escudero Álvaro</i> |
| 07. Aspectos psiquiátricos del maltrato infantil | <i>Mercedes Rodrigo Alfageme</i> |
| 08. Intervención psiquiátrica en el maltrato infantil | <i>Ignacio Avellanosa Caro</i> |
| 09. Intervención psicológica en el abuso sexual | <i>Soledad Galiana, Helena de Marianas</i> |
| 10. Intervención con familias - terapias | <i>Fátima García Cuesta, Cristina González Rodríguez</i> |
| 11. El sistema de protección a la infancia en la Comunidad de Madrid | <i>Esperanza García García</i> |
| 12. Los servicios sociales municipales en el maltrato infantil | <i>Carmen Martínez Segovia</i> |
| 13. Servicios sociales sanitarios y maltrato infantil | <i>Raquel García, Isabel Ruiz Ramos</i> |
| 14. Actuación policial | <i>Elena Palacios Tejero</i> |
| 15. Papel del Fiscal | <i>Félix Pantoja García</i> |
| 16. Intervención judicial | <i>M^º Jesús Coronado Buitrago</i> |
| 17. Atención primaria, hospitalaria y otros dispositivos sanitarios | <i>Ricardo Martino Alba</i> |
| 18. Prevención del maltrato infantil | <i>Raúl García Pérez</i> |
| 19. Investigación en maltrato infantil | <i>José Manuel Morales González</i> |

Índice

- Derechos de la infancia y concepto de maltrato infantil en la historia
- Aspectos relacionados con la frecuencia
- Concepto
- Maltrato postnatal
- Maltrato institucional
- Maltrato prenatal
- Riesgo social
- Buen trato
- Maltrato emocional – psicológico

La situación actual de la infancia y la adolescencia en nuestro país podría hacernos pensar, especialmente a los más jóvenes, que la consideración del niño como persona con derechos y necesidades específicas es algo aceptado y por la sociedad desde hace mucho tiempo. Pero, nada más lejos de la realidad.

En primer lugar esta percepción es, en parte cierta, solo en los países desarrollados y aun en estos se producen formas graves de maltrato infantil y otras formas encubiertas como la *explotación laboral* de los niños en los *castings* para publicidad - películas o la utilización por parte de estos países de la mano de obra infantil de los países en vías de desarrollo en la industria textil, de material deportivo,..., el *turismo sexual* para mantener relaciones sexuales con niños, la pornografía infantil a través de internet,..., evidenciando una doble moral.

En segundo lugar, todavía persisten problemas sociales, culturales,..., que provocan situaciones de riesgo y maltrato infantil como a diario podemos comprobar por los medios de comunicación social

Históricamente es solo a partir de este siglo, y fundamentalmente en su 2ª mitad cuando efectivamente se ha producido este reconocimiento del niño y sus derechos, concretamente es el año 1989 con la aprobación de la Declaración de los Derechos del Niño de Naciones Unidas.

Según DeMause "La historia de la infancia es una pesadilla de la que hemos empezado a despertar hace poco, cuanto más se retrocede en el pasado más expuestos están los niños a la muerte violenta, el abandono, los golpes, el terror, y los abusos sexuales y más bajo es el nivel de la puericultura".

Otro aspecto destacado es el desarrollo de la pediatría con disminución de las elevadas tasas de mortalidad y mejora en las condiciones sociosanitarias de la población.

El desarrollo de los servicios sociales, superando el viejo concepto de caridad y beneficencia, hacia criterios de profesionalidad y derecho del ciudadano también ha sido decisivo en el avance en el reconocimiento de los derechos del niño y de la realidad del maltrato infantil.

La violencia hacia los niños se ha manifestado de formas muy diferentes, siendo el maltrato físico, el infanticidio, solo una de ellas, junto con el maltrato emocional, negligencia, abandono, explotación laboral, abuso sexual,...

También hemos de apuntar el hecho esperanzador de que se comienza a hablar, no ya de maltrato, sino de la necesidad de facilitar un buen trato, de criterios de buena práctica en la atención a la infancia.

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

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

1. Desconocimiento (hasta 1946)

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

Las primeras publicaciones sobre niños que presentaban golpes, quemaduras, fracturas múltiples,..., sin una causa evidente Francia (Ambrosio Tardeu, 1.860), Inglaterra (Athol Johnson, 1860), ... y también sobre el abuso sexual (Freud, 1892), pero sin llegar a utilizar el término maltrato infantil.

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

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

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

Especial importancia tiene el caso de Mary Ellen Wilson (Nueva York, 1874) de nueve años de edad, atada a la cama, golpeada, herida con tijeras, desnutrición severa,..., problema que la legislación no contemplaba, por lo

que no pudieron intervenir las autoridades (policía, abogado, Beneficencia). El proceso judicial se gana en base a la legislación para la protección de los animales y el apoyo de la Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales al considerarla con los mismos derechos que los animales. A raíz ello se fundo la Asociación Americana para la Prevención de la Crueldad con los Niños y Abraham Jaccobi (1882) presidente de la Asociación Americana de Pediatría formo un comité para colaborar con esta Sociedad.

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

2. Descripción síndromes sin identificar (1946-1961).

Representa el comienzo de la etapa científica en que los profesionales del campo de la medicina publican artículos sobre diferentes lesiones haciendo referencia al mecanismo no accidental de las lesiones sin identificar como hechos con implicaciones sociales y legales.

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

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

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

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

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

3. Identificación (1962 hasta mediados década de 1970)

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

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

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

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

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

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

5. Prevención (mediados década 1980 - actualidad).

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

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

La Convención de los Derechos del Niño han inspirado una nueva filosofía del niño que junto con las recomendaciones de asociaciones, profesionales y expertos en el campo de la infancia y del estudio de la realidad social, han dado lugar a distintas acciones como el Pacto Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos (marzo.1973), Reglas mínimas de las Naciones Unidas para la administración de la justicia de Menores

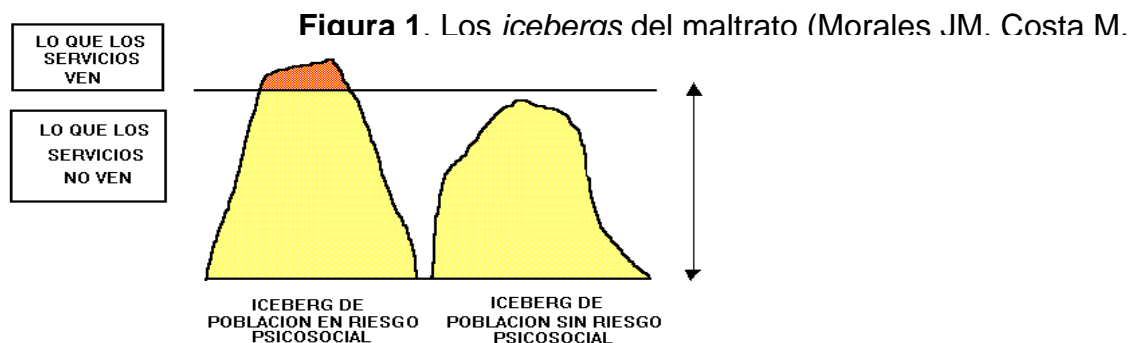
(Reglas de Beijing 1985), Año Internacional del Niño (1979), Cumbre Mundial en favor de la Infancia (Nueva York 1991), etc.

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

En España en 1989 se celebra el Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada, habiéndose realizado en 1999 su 5ª edición, y surgen las asociaciones para la prevención del maltrato infantil.

Aspectos relacionados con la frecuencia

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



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

| Mitos | Falsas creencias |
|---|--|
| El maltrato es infrecuente | Existe la creencia arraigada en la familia como núcleo de afecto donde es difícil creer que exista violencia |
| La violencia y el amor no coexisten en las familias | Se piensa que si existe un clima de violencia familiar es mantenido. Sin embargo, son muchos los niños, que a pesar de los malos tratos recibidos, quieren a sus padres, y esta coexistencia de violencia y amor, hace que el niño crezca aprendiendo que la violencia es aceptable |
| El maltrato lo cometen sólo personas con enfermedades mentales, desórdenes psicológicos ó bajo los efectos del alcohol ó las drogas | Se cree que las personas <i>normales</i> no maltratan a sus hijos. No existe un patrón de <i>padre abusivo</i> con rasgos estables, uniformes y fácilmente distinguible de los que no maltratan. Si existen con mayor frecuencia algunas características, como: - Baja tolerancia a la frustración y expresiones inapropiadas de ira - Aislamiento social - Falta de habilidades parentales - Sentimientos de incapacidad ó incompetencia como padres - Expectativas no realistas con los hijos - Percepción de la conducta de sus hijos como estresante |
| Noción de " transmisión generacional del maltrato " | Fórmula dogmática que mantiene erróneamente , que todos los hijos maltratados serán maltratadores y al revés |
| El maltrato infantil es fundamentalmente maltrato físico | Visión restrictiva del problema al considerar la gravedad solo para los casos con lesiones físicas y abuso sexual. En contraste, existe una alta tolerancia al maltrato físico <i>leve</i> ó el <i>psicológico</i> |
| El maltrato no existe en clases sociales altas | El maltrato infantil existe en <i>todas</i> las clases sociales. Se diagnostican más entre las capas sociales bajas. El uso de recursos privados impide conocer situaciones de riesgo ó establecidas en clases sociales elevadas. |
| Los temas psicossociales no son de verdadera medicina | Si se considera importante adquirir conocimientos del área psicoafectiva se estará en actitud de entender y diagnosticar el maltrato en la infancia |
| Toda intervención debe tener la certeza total del diagnóstico de maltrato | Impide registrar en las historias clínicas hechos ó factores de riesgo, que podrían dar lugar a una actuación preventiva ó precoz |

La omisión del médico de la obligación de comunicar los casos confirmados o de sospecha a la autoridad correspondiente también influye en el desconocimiento del volumen del problema (Cuadro 2).

Cuadro 2. Factores que influyen en el conocimiento real del maltrato (Gutiérrez P. 1997)

| | |
|--------------------------------------|--|
| No se diagnostican | <p>No siempre es fácil su diagnóstico, muchos no llegan siquiera a sospecharse.</p> <p>La ausencia de una definición que permita reconocerlos sin grandes dificultades.</p> <p>Dificultad diferenciar muchos casos de lesiones producidas de forma accidental.</p> <p>La formación profesional, pre-postgrado, sobre el maltrato es escasa/ nula e impide identificar las lesiones</p> <p>Criterios personales del propio facultativo: pueden formar parte de costumbres sociales, culturales o religiosas; considerar el castigo físico como medida de disciplina y no como maltrato; todos los accidentes de la infancia son evitables, y por lo tanto serían malos tratos.</p> |
| Se diagnostican; pero no se da parte | <p>Las lesiones son consideradas poco importantes o no se sabe con seguridad, aunque se sospeche, como se han producido (<i>miedo a equivocarse</i>).</p> <p>Miedo al pensar que el emitir un parte de lesiones equivale a poner una denuncia y preocupaciones personales del médico: <i>legales y comodidad</i> (posibilidad de tener que declarar traslado al juzgado), <i>económicas</i> (pérdida horas de trabajo/clientes), <i>miedo</i> (reacción de los padres), <i>experiencias anteriores</i> en que se comunico a las Autoridades y el niño fue entregado a los padres sin el tratamiento social pertinente.</p> <p>Muchos médicos que al comunicar la sospecha de existencia de un maltrato piensan que el niño sale más perjudicado que beneficiado por que: el agresor ve en el niño el motivo de que se le investigue ó interogue y actuará posteriormente con más violencia; más valen unos malos padres que una buena Institución.</p> |

Concepto

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

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

La historia de los malos tratos a los niños y su definición tiene su reconocimiento a partir de los trabajos y publicaciones del médico Henry Kempe en 1962, mención obligada siempre que se aborda este tema, que introdujo el término de "niño apaleado" como "una condición clínica de los niños que han sido maltratados físicamente de forma severa por sus padres o cuidadores". Posteriormente, Fontana en 1963, Gil en 1970,..., introducen en el concepto otras formas como: privación emocional, malnutrición, negligencia,...

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

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

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

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

A partir de estos conceptos establecíamos los malos tratos a la infancia como:

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

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

Tipologías

La clasificación, establecer las diferentes formas de presentación del maltrato infantil, sólo implica determinar el problema más relevante que afecta al niño y que determina su detección. En el problema de los malos tratos es importante reconocer la existencia de una multicausalidad (contextos maltratantes).

Al hablar de los tipos de maltrato infantil, también hemos de referirnos a una evolución histórica referente a aquello que consideramos maltrato infantil y podemos reconocer cuatro momentos:

- ◆ *Postnatales* son las circunstancias durante la vida del niño que constituyan riesgo o perjuicio para el niño según la definición de maltrato infantil. El maltrato físico significó el primer momento en el reconocimiento de este síndrome.
- ◆ *Institucionales* se producen cuando los autores son las instituciones o la propia sociedad través de legislaciones, programas,..., o la actuación de los profesionales al amparo de la institución. Se planteo que no

solo las personas, familiares o no, podrían ser los agentes del maltrato sino también los profesionales, las instituciones y la sociedad podrían ser agentes etiológicos en este proceso con repercusiones en el niño.

- ◆ *Prenatales* serían aquellas circunstancias de vida de la madre, siempre que exista voluntariedad o negligencia, que influyan negativa y patológicamente en el embarazo y teniendo repercusiones en el feto. La idea de que antes del nacimiento existen determinados factores biológicos y sociales que pueden afectar al desarrollo intrauterino y posterior del niño y la necesidad de prevención, no culpabilizando a la madre sino actuando sobre estas circunstancias, sería un tercer momento en este proceso.
- ◆ *Riesgo social* se presenta en aquellas situaciones de cualquier índole que perjudiquen *el desarrollo personal o social del menor*, que *no requieran la asunción de la tutela* por ministerio de la Ley
- ◆ *Buen trato*, frente al maltrato hablamos de facilitar un buen trato. Sería maltrato todo aquello que no sea un buen trato o atender al niño según sus necesidades y derechos, no desde prestaciones de beneficencia o de culpabilización o etiquetaje o considerando solo circunstancias de marginalidad.

Maltrato postnatal

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

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.

Cuadro 5. Tipologías de maltrato postnatal

| TIPO | ACCIÓN | OMISIÓN |
|-----------|--|---|
| FÍSICO | Cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo. Formas: lesiones cutáneas (equimosis, heridas, hematomas escoriaciones,, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, zarandeado asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones, síndrome de Münchausen por poderes. | Dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño. Formas: desatención, abandono, retraso crecimiento no orgánico, "Niños de la calle", constantemente sucio, problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de los cuidados médicos rutinarios (vacunaciones). |
| SEXUAL | Abuso sexual: implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto Formas: · Con contacto físico: violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, sodomía, tocamientos, estimulación sexual · Sin contacto físico: solicitud indecente a un niño o seducción verbal explícita, realización acto sexual o masturbación en presencia de un niño, exposición de los órganos sexuales a un niño, promover la prostitución infantil, pornografía | No atender a las necesidades del niño y a su protección en el área de la sexualidad Formas: No dar credibilidad al niño, desatender demanda de ayuda, no educar en la asertividad, madre que prefiere "no verlo" - consentimiento pasivo en el incesto, falta de formación / información, falta de protección,... |
| EMOCIONAL | Acción capaz de originar cuadros psicológico - psiquiátricos por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño. Formas: rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper o implicar a un niño en actividades antisociales | Omisión o negligencia en la atención a las necesidades emocionales del niño Formas: privación afectiva, no atender las necesidades afectivas del niño (cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, rol en la familia, autoestima, etc.), Abuso pedagógico |
| LABORAL | Utilización de niños para obtener beneficio económico, que implique explotación y el desempeño de cualquier trabajo que pueda entorpecer su educación, o ser nocivo para su salud o desarrollo físico, mental, espiritual o social Formas: mendicidad, trabajo profesional, venta ambulante con desatención al niño,... | No atender las necesidades educativas del niño y de formación para la vida laboral Formas: falta de preparación laboral, no escolarización, |

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

Otra forma de presentación con manifestaciones físicas es el *maltrato por omisión - negligencia* que consiste en dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.

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

Una forma de presentación del maltrato por omisión - emocional es el *Retraso Crecimiento No Orgánico* en niños que no incrementan sus parámetros de crecimiento estaturponderal con normalidad (valores inferiores al percentil 3) en ausencia de enfermedad orgánica. Su etiología es la inadecuada o falta de atención a sus necesidades físicas, psico - afectivas y/o sociales del niño que tienen consecuencias físicas y en su desarrollo y estabilidad psicosocial.

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

Todas las formas de maltrato tienen repercusiones sobre el área psicológico - emocional del niño. Además, el *maltrato emocional* es una entidad clínica en si misma.

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

El *abuso sexual*, una de las formas más frecuentes de maltrato infantil, se define como la implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto, siendo formas de abuso sexual: violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, estimulación sexual, ...

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

Maltrato institucional

El maltrato institucional tiene características específicas puede existir contacto directo con el niño o no, presentan una sintomatología propia, están causados por organismos y pueden producirse en todos los campos de atención a la infancia (Cuadro 6).

Cuadro 6. Tipologías de maltrato institucional

| TIPO | ACCIÓN | OMISIÓN |
|---------------|--|---|
| INSTITUCIONAL | Cualquier legislación, programa, procedimiento, o actuación de los poderes públicos o derivada de la actuación individual profesional que comporte abuso, detrimento de la salud, seguridad, estado emocional, bienestar físico, correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o de la infancia Formas: burocracia excesiva, realizar exploraciones médicas innecesarias o repetidas, no respetar los derechos del niño,... | Omisión o negligencia de los poderes públicos o derivada de la actuación individual profesional que comporte abuso, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o de la infancia Formas: falta de agilidad en la toma de medidas de protección, en la coordinación, en los equipamientos, ... |

Maltrato prenatal

Los *malos tratos prenatales* en algunos casos resultan evidentes los efectos en el niño, otros serían objeto de debate, en otros se aprecia la conveniencia de no culpabilizar a la madre, ... En cualquier caso, el hecho de que se planteen a debate estas circunstancias implica el valor que la sociedad concede a la infancia, la importancia que da a los niños (Cuadro 7).

Cuadro 7. Tipologías de maltrato prenatal

| TIPO | ACCIÓN | OMISIÓN |
|----------|--|--|
| PRENATAL | Circunstancias de vida de la madre en que exista voluntariedad que influyan patológica o negativamente en el embarazo y repercutan en el feto. Formas: Hábitos tóxicos de la madre: alcoholismo (síndrome alcohólico fetal) toxicomanías (síndrome de abstinencia neonatal) | No atención a las necesidades y cuidados propios del embarazo que tienen repercusiones en el feto Formas: Embarazos sin seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal,. |

Riesgo social

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

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

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

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

Buen trato

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

Maltrato emocional – psicológico

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

El maltrato emocional es inherente a todas las formas de maltrato infantil, siendo los principales efectos negativos del maltrato infantil de naturaleza psicológica. El maltrato emocional también es un elemento central en cualquier tipo de maltrato infantil. El maltrato físico, la negligencia – el abandono y el abuso sexual implica la existencia de maltrato emocional. Esto implica que las consecuencias socioemocionales en el individuo a lo largo de toda su vida posterior son un elemento claramente diagnosticable.

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

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

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

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

El *maltrato emocional* serían aquellas:

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

El maltrato emocional se producen en situaciones en que los adultos de los que depende el niño (padres, tutores, responsables de su educación, etc.) son incapaces de organizar y sostener un vínculo afectivo de carácter positivo que proporcione la estimulación, el bienestar y el apoyo necesario para su funcionamiento psíquico equilibrado, incluyendo toda acción, omisión o negligencia capaz de originar cuadros psicológicos - psiquiátricos, por afectar a las necesidades psicosociales del niño según los diferentes estados evolutivos y sus características.

Cuadro 8. Definición y manifestaciones de las distintas formas de maltrato emocional

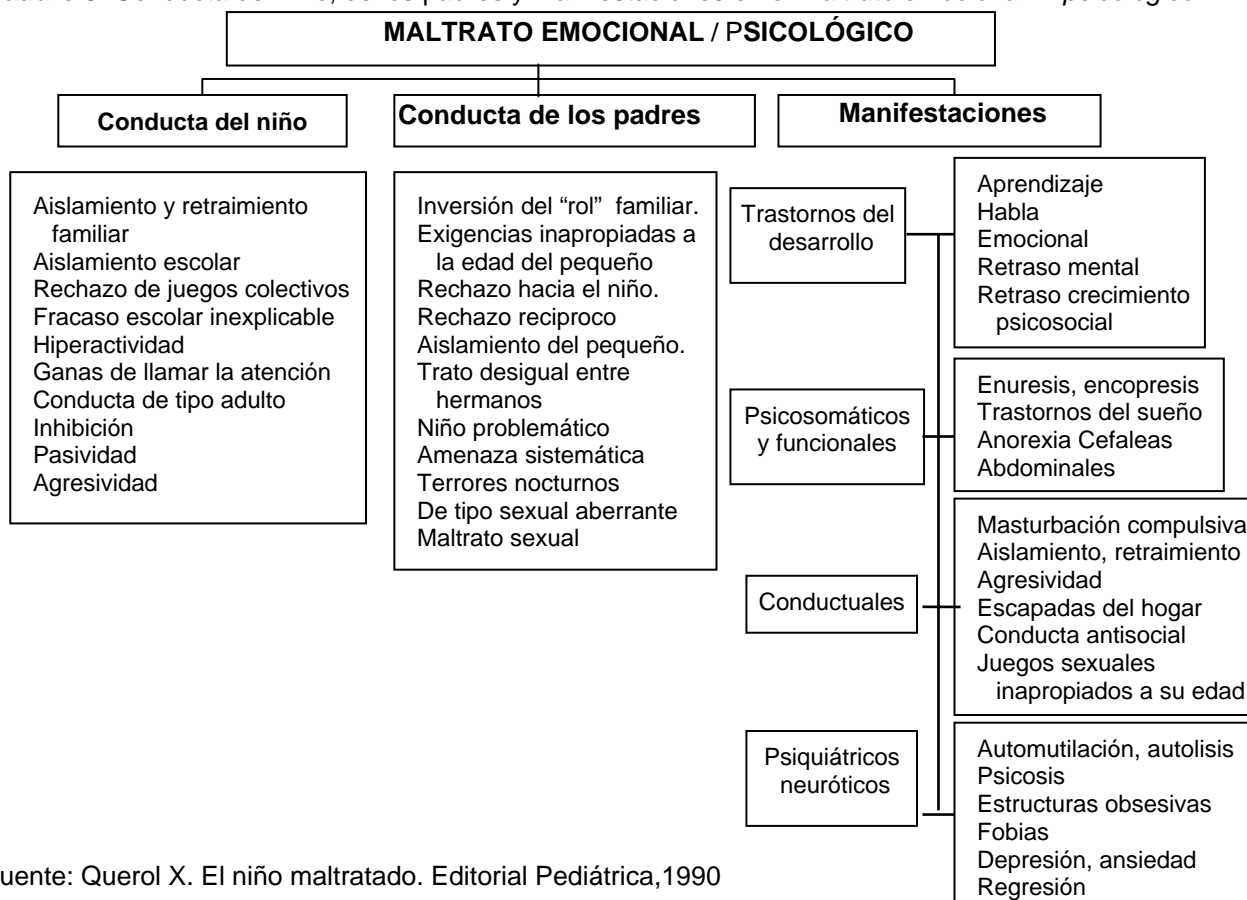
| Forma | Definición | Manifestaciones |
|--------|-------------|---|
| ACTIVA | Rechazar | Negarse a admitir la legitimidad e importancia de las necesidades del niño Rechazar las iniciativas de apego del niño Excluir activamente al niño de las actividades familiares Realizar valoraciones negativas constantes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

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

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

También podemos considerar el maltrato emocional desde los indicadores comportamentales del niño y de los padres / tutores y de sintomatología clínica en el niño (Cuadro 9).

Cuadro 9. Conducta del niño, de los padres y manifestaciones en el *maltrato emocional - psicológico*



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

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

INDICE

- Epidemiología
 - Introducción
 - Maltrato a los niños en el mundo
 - Maltrato a los niños en España
- Etiología
 - Introducción
 - Modelos explicativos

A lo largo de la historia se han ido produciendo cambios en el concepto social de la infancia, en las formas de educar y criar a los niños, y en las actitudes respecto a la niñez, influyendo de manera decisiva en el trato que los mismos han recibido. Salvo escasas excepciones, los niños han sido tratados como objetos de poco valor, privados de todos los derechos, sin leyes que le defendieran.

Los malos tratos a los niños han existido en todos los tiempos. La patria potestad confería dominio a los padres sobre sus hijos y podían hacer lo que quisieran con ellos. *"Un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto"* (Aristóteles). De esta actitud de aceptación y tolerancia social frente a los malos tratos, se ha pasado a su identificación como causa de grave daño para el desarrollo integral del niño o incluso de su muerte. La penalización resultante hace que se oculte deliberadamente, lo que mantiene y agrava la situación de los niños que lo sufren, dificultando su detección y actuación e impidiendo el conocimiento de la magnitud real del problema.

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

- La mayoría de los casos se producen dentro de la propia familia.
- Los niños pequeños no tienen autonomía para denunciarlo, tienen miedo. En muchos casos se sienten culpables, merecedores de la situación que viven.
- Temor de muchos profesionales sanitarios, maestros, vecinos, a las implicaciones que puede originar la denuncia.
- Desconocimiento del tema, de sus distintas manifestaciones, así como de las situaciones de riesgo que pueden favorecer el maltrato.
- Dificultad en la identificación como maltrato del abandono y la negligencia en los cuidados del niño.
- Aceptación social del castigo físico como disciplina educativa, lo que propicia además una educación en la violencia.

El maltrato es un problema cercano, que está en nuestra sociedad, y sobre el que es necesario sensibilizar y conocer para detectarlo, ya que solo así se podrá actuar sobre él. No detectar el maltrato puede tener consecuencias graves para el niño: Todo niño víctima de maltrato físico que regrese a su hogar sin medidas específicas de actuación, tiene un 50 por ciento de posibilidades de sufrir nuevamente agresión, y el riesgo de muerte es de un 10 por ciento.

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

El número de niños maltratados jamás podrá ser conocido. Así de contundente se manifestaba Kempe hace tres décadas, pero sigue reflejando la realidad actual. Solo contamos con aproximaciones a la realidad del problema, que es mayor en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo. Incluso en los países que más se investiga y que cuentan con más trabajos y documentación sobre el tema, se reconoce que los datos conocidos son solo una pequeña parte de la realidad. Unos estudios estiman que se detectan entre el 10 y el 20 por ciento de los casos que se producen, y otros que por cada caso detectado existen al menos otros siete que pasan desapercibidos. Pero no hay datos que confirmen estos porcentajes.

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

Incluso una vez detectados, no existe una sistematización en la denuncia y registro. En Estados Unidos, según un estudio realizado (mayo79-abril 80) no se notificaron más que la mitad de los 77.000 casos de maltrato detectados en los hospitales, especialmente los casos de maltrato emocional y en familias de clase social alta.

Maltrato a los niños en el mundo

La situación en los países en vías de desarrollo, según un Informe de la UNICEF de 1996 es la siguiente:

- 12.5 millones de niños menores de 5 años mueren anualmente.
- 73 millones de niños trabajan.
- 1 millón de niñas al año caen en las redes de la prostitución.
- 140 millones de niños no asisten a la escuela.

En los países desarrollados la situación de la infancia es bastante mejor, pero todavía existen graves problemas:

- En Estados Unidos se calcula que al menos 100.000 niños están en la prostitución.
- En el Reino Unido se estima que del 15 al 26 por ciento de los niños de 11 años y del 36 al 66 por ciento de los de 15 años trabajan.

En los últimos años se han llevado a cabo muchos estudios para conocer la incidencia del maltrato y todas las características que lo rodean. En Estados Unidos se han realizado dos estudios de incidencia de maltrato en el ámbito de todo el país: *El National Incidence Study 1 (NIS-1)* llevado a cabo entre 1979-80 y el *National Incidence Study 2 (NIS-2)* en 1986.

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

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

En estos estudios de incidencia las características personales, familiares y sociales que más frecuentemente

se relacionaron con el maltrato detectado, son:

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

En Europa según los datos aportados por la *National Society for the Prevention of Cruelty of Children (NSPCC)* (*Sociedad Nacional para la Prevención de la Crueldad en la Infancia*), basados en sus registros correspondientes al 9% de la población infantil de Inglaterra y Gales, entre 1977 y 1986 se registraron 12.483 niños víctimas de malos tratos, dato que supone un 12.5 por 1.000 de la población (Cuadro 1).

Cuadro 1. Casos de maltrato infantil registrados por la NSPCC entre 1977-1986

| | |
|---------------------------------|--------|
| Maltrato físico: | 7.551 |
| • Fatal | 54 |
| • Grave | 809 |
| • Moderado | 6.688 |
| Abuso sexual | 999 |
| Negligencia | 399 |
| Retraso crecimiento no orgánico | 259 |
| Maltrato emocional | 133 |
| Total | 9.341 |
| Lesiones accidentales | 49 |
| Riesgo | 3.093 |
| Total registrado | 12.483 |

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

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

Sariola y Uutela realizaron un estudio en Finlandia (1985) sobre 9.000 niños de 15 años, encontrando que entre el 6-8% de las niñas y el 1-2% de los niños habían sufrido abusos sexuales.

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

Maltrato a los niños en España

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

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

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

| | Cataluña (1991) | Andalucía (1995) | Expedientes España (1995) | Guipúzcoa (1995) ¹ | Castilla y León (1993) ² | Abuso sexual (1994) ⁵ |
|---------------------|-----------------|------------------|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|
| Negligencia | 78,5% | 72,2% | 79,1% | 49,4% | 92% | - |
| Maltrato emocional | 43,6% | 45,4% | 42,5% | 17,4% | 82%65% ³ | - |
| Maltrato físico | 27% | 22% | 30,1% | 8,1% | 31% | - |
| Explotación laboral | 9,3% | 9,4% | 4,2% | 0,5% | 4,0% | - |
| Mendicidad | - | 14,3% | 9,3% | 1,2% | - | - |
| Corrupción | - | 16% | 4,2% | 1,5% | - | - |
| Abuso sexual | 2,8% | 3,6% | 4,2% | 1,8% | - | 20 % |
| Maltrato prenatal | 3,1% | - | 5,0% | - | - | - |
| Tasa de incidencia | 5‰ | 15‰ | 0,44‰ | 15‰ | 11,5% ⁴ | - |
| Numero de casos | 7.590 | 4.714 | 8.575 | 189 | 848 | 2.100 |

¹ Demanda potencial calculada a través de diferentes profesionales.

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

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

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

⁵ Encuesta realizada en 2.100 personas mayores de 18 años de ambos sexos sobre experiencias de abusos sexuales en su infancia

En los estudios realizados en España los datos de las características personales, familiares y situaciones sociales que rodean a los casos de maltrato, son bastante concordantes entre sí, así como con los datos de las publicaciones internacionales:

- Es algo más frecuente en niños que en niñas.
- Muchos de los menores sufrían más de un tipo de maltrato al mismo tiempo.
- El maltrato se da en niños de todas las edades, siendo el maltrato físico más frecuente en menores de 2 años y el abuso sexual es más frecuente a partir de los 9 años y sobre todo entre los 12 y los 15.
- En todos los casos hay una acumulación de factores de riesgo y escasos recursos de apoyo. En muchos casos se dan situaciones socio-familiares marcadas por el desempleo, desestructuración, alcoholismo y drogadicción, enfermedad mental, ambientes carentes de afecto, vivienda inadecuada. El perfil psicosocial es más desfavorecido en las familias de los niños que sufrían abandono y el maltrato emocional es más frecuente en familias con problemas de pareja y enfermedades mentales.

Con respecto al abuso sexual, en España contamos con el estudio retrospectivo realizado por Felix López y colaboradores (1994-1995) en el que entrevistaron a 2.100 sujetos adultos de toda España. El 20 por ciento de los sujetos entrevistados afirmó haber sido víctima de abusos sexuales en su infancia, 15.2 por ciento de los varones y 22.5 por ciento de las mujeres.

Las características que rodean estos abusos:

- Más frecuente en medio urbano que en el rural (60 por ciento /40 por ciento).
- Tenían lugar sobre todo en el interior de la casa o de vehículos.
- Los abusos ocurrieron una sola vez en el 55,8 por ciento de los casos, frente al 44,2% que se repitieron.
- Más frecuente en mayores de 9 años, sobre todo de 12 a 15 años.

- Los agresores en el 86,6 por ciento de los casos eran hombres y el 13,9 por ciento eran mujeres, de edades muy variables.
- En el 40% de los casos los agresores eran desconocidos y en el 40% eran de la misma familia o amigos de la familia, el resto se repartían entre otros familiares (tíos, abuelos), padres adoptivos, educadores.

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

- **Etiopatogenia del maltrato a la infancia**

Introducción

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

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

Modelos explicativos

En los últimos años son muchos los trabajos desarrollados para explicar porqué se maltrata a los niños, trabajos que han seguido distintas líneas de estudio: centradas en factores individuales, factores sociales y culturales, interacción entre distintos factores,..., dando lugar a varios Modelos explicativos.

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

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

Cuadro 3. Personalidad característica del padre abusador

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

En muchos casos los padres que maltratan a sus hijos no son muy diferentes de los padres promedio, como otros padres aman a sus hijos y quieren lo mejor para ellos, pero estos rasgos de personalidad reseñados les hacen ver el mundo que les rodea como hostil y negativo y muchos comportamientos o accidentes de sus hijos como ataques deliberados hacia ellos, lo que les hace responder con agresividad.

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

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

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

Dentro de esta visión interaccional se situaría el modelo centrado en la *vulnerabilidad del niño*, en el que ciertas características físicas y conductas del niño, en interacción con la experiencia y habilidad parental, así como con situaciones de altos niveles de estrés en la familia, pueden actuar como factores precipitantes

del maltrato. Características de vulnerabilidad del niño son: niños fruto de embarazos no deseados, niños prematuros o con bajo peso al nacer, niños afectos de malformaciones, niños hiperactivos, etc.

Belsky (1980) integra los anteriores modelos explicativos del maltrato en el modelo ecológico, modelo basado en que el maltrato infantil está determinado por múltiples factores que actúan en el individuo, en la familia, en la comunidad y en la cultura, en la que el individuo y la familia están inmersos. Estos factores están en continua relación e interacción.

El modelo formulado por Belsky integra los contextos donde tiene lugar el desarrollo del individuo propuestos por Bronfenbrenner (1977,1979) (micro-macro-y exosistemas) y el análisis del desarrollo ontogénico propuesto por Tinbergen (1951). Estructurando los factores que se han considerado intervienen en la etiología del maltrato, en cuatro niveles:

- *Desarrollo ontogénico (Individuo)*. Relacionado con el proceso evolutivo del individuo. Representa la experiencia previa que los padres traen consigo a la familia y a la función parental.
- *Microsistema familiar (Familia)*. Se refiere al contexto inmediato, donde vive el niño. Incluyéndose en este nivel las características del niño, de los padres, el ajuste marital y la composición familiar.
- *Exosistema (Sociedad)*. Refiriéndose a las estructuras sociales que rodean al microsistema familiar (mundo laboral, redes de relaciones sociales, vecindario).
- *Macrosistema (Cultura)*. Se refiere al conjunto de valores y creencias culturales acerca de la paternidad, derechos de los padres sobre los hijos, etc.

En el cuadro 4, aparecen los distintos factores de riesgo referidos a los diferentes niveles del sistema individuo - familia - sociedad - cultura. Según el modelo de Belsky, adaptado por De Paúl, Kaufman y Zigler.

Cuadro 4. Factores de riesgo

| Desarrollo ontogénico (individuo) | Microsistema (familia) | Exosistema (sociedad) | Macrosistema (cultura) |
|--|--|---|---|
| Historia de malos tratos Historia de desatención severa Rechazo emocional, falta afecto en infancia Carencia de experiencia en el cuidado del niño. Ignorancia de las características evolutivas Historia de desarmonía y ruptura familiar Bajo C.I. Pobres habilidades interpersonales. Falta de capacidad para comprender a otros (empatía) Poca tolerancia al estrés Estrategias para resolver problemas inadecuadas Problemas psicológicos. | Interacción paternofilial: Desadaptada. Ciclo ascendente de conflicto y agresión. Técnicas de disciplina coercitivas. Relaciones conyugales: Estrés permanente Violencia y agresión. Características del niño: Prematuro. Bajo peso al nacer. Poco responsivo apático Problemas de conducta. Temperamento difícil. Hiperactivo. Handicaps físicos. Tamaño familiar. Padre único. Hijos no deseados. | Trabajo: Desempleo Falta de dinero Insatisfacción laboral Tensión en el trabajo Pérdida de rol Pérdida de poder y autoestima Estrés conyugal. Vecindario y comunidad: Aislamiento social Falta de apoyo social Clase social. | Crisis económica Alta movilidad social Aprobación cultural del uso de la violencia Aceptación cultural del castigo físico en la educación de los niños Actitud hacia la infancia, la mujer, la paternidad, la paternidad-maternidad |

La teoría de la transmisión intergeneracional de los malos tratos, es decir, que los niños maltratados al convertirse en adultos pueden reproducir como padres las conductas agresivas o de abandono sobre sus hijos, es una consecuencia potencial que tiene que ser considerada cuidadosamente. Muchas personas creen erróneamente, que se produce de manera automática e inalterable. Las consecuencias de los malos tratos no debemos minimizarlas ni exagerarlas. Las experiencias vividas durante la infancia condicionan la evolución a adulto, su personalidad y comportamiento, y los adultos que fueron maltratados de niños presentan mayor riesgo de maltratar a sus hijos, pero muchos adultos víctimas de abusos y abandonos durante su infancia viven unas vidas relativamente normales, con una buena relación de pareja, y crean una familia normal.

Los estudios longitudinales basados en el seguimiento de niños que han sufrido malos tratos, estiman que el 30% de los niños que sufren malos tratos se convierten en padres maltratadores. Este índice representa una proporción seis veces mayor que en la población general, pero mucho menor de lo que se supone generalmente. (Kufman y Ziegler 1989).

Los padres con menos probabilidades de perpetuar la violencia que sufrieron cuando niños, son los que después han encontrado a alguien que les amara y les cuidara como otro padre o cuidador adoptivo durante la infancia, o su cónyuge en la vida adulta. Además los que pueden recordar los malos tratos que

sufrieron cuando niños y comprender sus efectos, pueden tener una mayor capacidad para evitar ser violentos con sus propios hijos.

Cuando en una misma familia se dan varios factores de riesgo, sin medidas de apoyo la probabilidad de que se den malos tratos es mayor. Algunos factores de riesgo tienen especial valor pronóstico, como: el retraso mental grave en uno o ambos padres, las enfermedades mentales graves, historia de consumo prolongado de alcohol o de drogas, falta de establecimiento de vínculo y deficiente relación afectiva en el trato con el niño.

El maltrato se produce en todas las clases sociales, aunque las manifestaciones, la detección y los factores de riesgo sean distintos de unas situaciones a otras.

Los malos tratos se detectan con mayor frecuencia en las familias de clases sociales más desfavorecidas, generalmente debido a que acuden con más frecuencia a los Servicios Sociales y Asistenciales y guardan con más dificultad su privacidad. También se mantiene que los pediatras tienen mayor tendencia a diagnosticar abuso en niños de familias pobres y en minoría, referido en algunos trabajos americanos como "error sistemático" profesional en la identificación y señalamiento del abuso. No todas las personas con escasos recursos maltratan a sus hijos, la violencia y el abandono también se dan en las familias con mayores ingresos.

Muchas familias en las que se dan varios factores de riesgo no maltratan a sus hijos. Esta situación es explicada por varios autores por la existencia de los llamados factores de compensación (cuadro 5), que actuarían modulando los factores de riesgo e impidiendo el maltrato. Así la conducta parental estaría determinada por el equilibrio relativo entre los factores de riesgo y los factores de compensación que experimenta una familia (Cicchetti y Rizley, 1981)

Cuadro 5, Factores de compensación

| Desarrollo ontogénico | Microsistema | Exosistema | Macrosistema |
|--|--|---|---|
| C.I. elevado Reconocimiento de las experiencias de maltrato en la infancia Historia de relaciones positivas con un padre Habilidades y talentos especiales Habilidades interpersonales adecuadas | Hijos físicamente sanos Apoyo del cónyuge o pareja Seguridad económica | Apoyos sociales efectivos Escasos sucesos vitales estresantes Afilación religiosa fuerte y apoyativa Experiencias escolares positivas y buenas relaciones con los iguales Intervenciones terapéuticas | Asunción sociocultural del niño como sujeto de derechos Divulgaciones de los Derechos del Niño reconocidos por las Naciones Unidas Prosperidad conómica. Normas culturales opuestas al uso de la violencia |

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

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

Indice

Lesiones de piel y mucosas
 Quemaduras
 Traumatismos abdominales
 Traumatismo de cráneo
 Fracturas óseas
 Intoxicaciones
 Diagnostico diferencial
 Negligencia y abandono
 Tratamiento

Introducción

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

Los malos tratos van a tener consecuencias sobre el crecimiento y desarrollo del niño con repercusiones clínicas que pueden ser motivo de consulta como: anorexia, bulimia, enuresis, encopresis, retraso crecimiento no orgánico,... Problemas físicos en los que también debe considerarse como posible etiología el maltrato emocional o los efectos emocionales del maltrato.

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

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

Lesiones de piel y mucosas

Las lesiones cutáneas más frecuentes son: hematomas (40%), desgarros y arañazos (20%), otros traumatismos cutáneos (20%) y quemaduras.

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

- **Localización de la lesión.** La zonas más frecuentemente lesionadas son las tradicionales del castigo : glúteos, nalgas y caderas, cara, extremo proximal de brazo y piernas, espalda, cuero cabelludo, manos y pies, oídos, genitales, nariz y boca. Los hematomas y lesiones fortuitos, no provocados, suelen aparecer en zonas prominentes del organismo que actúan de choque, tales como barbilla, codos, rodillas y espinilla. Las lesiones cutáneas bilaterales son casi siempre provocadas, así como aquellas incompatibles con el desarrollo motor de los niños (Cuadro 1 y 2).
- **Forma.** La forma de la lesión depende del objeto agresor y de su fuerza impulsora. Con frecuencia la huella del objeto agresor (dedos, cinturón, hebilla, cable eléctrico, objetos de uso doméstico) queda impresa sobre la piel golpeada.
- **Color.** El color de las lesiones de la piel es dependiente de su antigüedad y de la profundidad del tejido lesionado. Cuando es profunda la visualización del hematoma puede tardar horas o días, lo que dificulta su reconocimiento. Los cambios de coloración de los hematomas permiten detectar la contradicción entre la fecha estimada por la exploración y la obtenida para la anamnesis; en cuyo caso, el diagnóstico de maltrato es altamente sugestivo (Cuadro 1 y 2),

Cuadro 1. Diagnóstico lesiones por maltrato físico

| |
|---|
| Retraso en la búsqueda de asistencia sanitaria Padres alegan accidentes sistemáticamente Historia inaceptable, discordante o contradictoria Lesiones en diferentes estadios de evolución y asociadas a otras manifestaciones de maltrato |
|---|

Cuadro 2. Diagnóstico de lesiones provocadas o accidentales

| Lesiones | Provocadas | | | Accidentales |
|---|--|-----------------------------------|--|---|
| Hematomas Equimosis Laceración Heridas | Parte próxima extremidades, zonas laterales de la cara Orejas y cuello genitales y glúteos Lesiones de diferente localización Identifican huellas de mano/dedos, arcada dentaria, cable eléctrico, hebilla, plancha,... | | | Cara - frente Barbilla - mentón Codos, espinilla Crestas ilíacas |
| Mordisco | > 3 cm de separación entre la huella de caninos | | | < 3 cm |
| Color | Negrusco, azul oscuro Rojo violáceo Rojo púrpura Verdoso Amarillento | Tiempo después del traumatismo | Inmediato Reciente No reciente Antigua Muy antigua | < 1 día 1 o 5 días 5 a 7 días 7 a 10 días 2 a 4 semanas |

Quemaduras

Las quemaduras provocadas pueden estar producidas por contacto de un líquido caliente con la piel (escaldadura) o de un sólido (quemadura seca).

Las escaldaduras son las más frecuentes (70 por cien) afectando a cara, mentón, cuello, área de la corbata, dorso de manos y en ocasiones de pies; estas quemaduras no son muy profundas ni extensas y se acompañan cuando son fortuitas, de puntos periféricos a la quemadura central, por salpicaduras. Se producen en la cocina o el baño, siendo el líquido caliente agua, sopa, té o café.

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

La profundidad de las quemaduras de escaldadura depende de dos variables: *temperatura* del agua o líquido caliente y de la *duración* del contacto.

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

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

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

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

Las quemaduras provocadas pueden ser diferenciadas de las provocadas por las características de forma, profundidad, delimitación de bordes, simetría y localización (Cuadro 3),

Cuadro 3. Diagnóstico de quemaduras provocadas por maltrato infantil

| Quemaduras | | Provocadas | Accidentales |
|------------------|---|---|--|
| Escaldadura | Bordes Salpicaduras Forma Profundidad Grado Simetría | Nítidos, precisos Ausentes Calcetín o guante, glúteos en casquete Homogénea 1º y 2º Frecuencia bilateral | Difusos, irregulares Presentes No definidos No homogénea 2º y 3º Unilateral |
| Por contacto | Forma Bordes | Cigarrillos, plancha, radiador, tenedor Nítidos, precisos | No visible, no precisa Difusos |
| Localización | | Zonas de castigo: orejas, mejillas, hombros, brazos, palma mano, pie, glúteos, genitales | Zonas descubiertas de la piel: frente, mentón, cuello, zona corbata, antebrazo |
| Demanda de ayuda | | Diferida | Inmediata |

Traumatismo de cráneo

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

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

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

Los traumatismos craneales provocados pueden producir lesión intracraneal severa, como edema cerebral, hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea, contusión intracraneal y hematoma parenquimatoso. Estas lesiones, pueden asociarse a lesiones externas de cara o cráneo, ya que el mecanismo de producción puede ser contusión craneal o sacudida. La sacudida violenta del niño produce rápida aceleración y desaceleración de la cabeza que provoca hematoma subdural o hemorragia subaracnoidea sin lesión externa aparente. Estas hemorragias son más frecuentes en la zona parietooccipital posterior entre ambos hemisferios.

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

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

Las manifestaciones clínicas de las lesiones intracraneales no se diferencian de las producidas por otras etiologías: hipertensión intracraneal, irritabilidad, letargia, convulsiones y coma. Debe realizarse TAC craneal a los niños maltratados, cuando se sospeche clínicamente daño intracraneal, o existan lesiones externas en cara y cráneo indicadores del maltrato. La resonancia nuclear magnética es muy útil para objetivar lesiones parenquimatosas de pequeño tamaño y daño del tronco cerebral. La presencia en la TAC de hematoma subdural bilateral o hematoma interhemisférico es característica de los malos tratos, especialmente cuando se demuestra hemorragia retiniana.

Traumatismos abdominales

Los traumatismos directos de las vísceras sólidas, hígado y páncreas, o indirectas por compresión entre el objeto agresor y la columna vertebral de estas vísceras o de las vísceras huecas, producen contusiones que son las responsables de la segunda causa de muerte de los niños maltratados. Estas *contusiones intraabdominales* pueden suceder sin lesión externa que oriente sobre la etiología traumática. Los traumatismos de vísceras sólidas producen hematomas y roturas hepática, pancreática, esplénica o renal.

Las vísceras huecas, especialmente duodeno, sufren hematoma intramural que puede conducir a *obstrucción gastrointestinal* alta, manifestada horas o días después por vómitos biliosos y distensión abdominal; cuando este diagnóstico es confirmado ecográficamente y radiológicamente, puede sospecharse con mucha certeza en menores de 3 años, el carácter provocado de las lesiones, ya que éstas únicamente aparece en accidentes de bicicleta por compresión intestinal del manillar y en niños físicamente maltratados.

La contusión pancreática puede producir *pancreatitis aguda*, manifestada por abdomen agudo con elevación de enzimas pancreáticos, tanto en suero como en líquido peritoneal. En ocasiones, el daño pancreático conduce a la formación de *pseudoquistes pancreáticos* en las siguientes semanas.

La exploración con ecografía y tel TAC del abdomen, así como la exploración de las vísceras sólidas con radionúclidos, son útiles para el diagnóstico y seguimiento de lesiones traumáticas abdominales.

Fracturas óseas

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

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

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

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

Cuadro 4. Diagnóstico de las fracturas óseas por maltrato

| | |
|--------------|---|
| Extremidades | <ul style="list-style-type: none"> • Múltiples en distintos estadios evolutivos • Diafisarias en espiral u oblicuas • Metafisarias en "asa de cubeta" o en "esquina" secundarias a mecanismo de torsión y tracción simultaneo • Despegamiento subperióstico por hemorragia subperióstica • Formación hueso nuevo superiástico aparecido a los 7-10 días en forma de calcificación lineal • Fractura luxación y desplazamiento epifisario • Cojera, acortamiento, deformación y desviación de extremidades como secuela |
| Cráneo | Múltiples, bilaterales, cruzando las suturas a veces conminutas, con hundimiento, o diastasadas, asociadas o no a hematoma subdural y/o hemorragias retinianas |
| Costillas | Múltiples, adyacentes, frecuentes en región posterior o lateral |

Intoxicaciones

La intoxicación es una forma de maltrato que pasa fácilmente desapercibida, que se caracteriza por la ingestión de compuestos o sustancias químicas por un menor por acción intencionada o por negligencia manifiesta por parte de los padres o cuidadores que ponga en peligro la salud del niño o cause un daño.

| Síntoma guía | Síntoma acompañante | Medicamento |
|----------------------------|--|--|
| Coma, obnubilación | Extrapiramidal, hipotermia | Barbitúricos, neurolépticos, fenotiazinas |
| | Ataxia, hiporreflexia | Benzodiazepinas |
| | Fetor enólico | Metanol, etilenglicol |
| | Hipertonía, hiperreflexia | Inhibidores monoamino oxidasa (IMAO) |
| | Color rosáceo de piel | Monóxido de carbono |
| | Hiperventilación | Acido acetil salicílico, etilenglicol, metanol |
| | Miosis, depresión respiratoria, hipotensión | Opiáceos, heroína |
| | Sudoración fría | Insulina |
| Agitación, delirio | Midriasis | Antidepresivos tricíclicos |
| | Midriasis, mucosas secas | Anticolinérgicos, antihistamínicos |
| Convulsiones generalizadas | Sudoración | Insulina |
| | Midriasis | Cocaína |
| | Sed | Hiponatremia, hipernatremia |
| | Midriasis | Simpaticomiméticos, IMAO |
| | Arritmias | Antidepresivos tricíclicos |
| Hiperventilación | Midriasis, hipoglucemia, acidosis metabólica | Metanol, etilenglicol, simpaticomiméticos, acido acetil salicílico |
| Arritmias | | Digital, IMAO, simpaticomiméticos |
| Enfermedades raras | Incongruencia del perfil bioquímico | Sal, insulina, salicilatos, bicarbonato sodico |

Diagnostico diferencial

El diagnostico diferencial se hará con:

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

Negligencia y abandono

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

Debe sospecharse este tipo de maltrato en:

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

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

Tratamiento

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

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

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

El tratamiento de las lesiones graves, hemorragias intracraneales y lesiones abdominales debe realizarse con premura para evitar secuelas permanentes, cuando no la muerte. El cuidados de hematomas, quemaduras y fracturas óseas no difiere de las otras etiologías. La hospitalización tiene por objeto no solo el tratamiento de las lesiones físicas, sino también la preservación del maltratado del ambiente agresor, hasta que los sistemas de protección y tutela del menor intervengan, garantizando la integridad del niño. Actualmente es posible retirar la tutela paterna transitoria o permanentemente, de manera inmediata, en las situaciones de riesgo grave de maltrato.

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

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

Índice

Definición
 Etiopatogenia
 Epidemiología
 Factores de riesgo
 Indicadores de abuso sexual infantil
 Intervención terapéutica
 Diagnóstico
 Prevención

El problema de abuso sexual en la infancia ha existido en todas las épocas y culturas. No obstante ha permanecido en el anonimato principalmente por el escándalo social que implica su reconocimiento, y porque la mayoría de los abusos cometidos a menores, se cometían y cometen en el ámbito familiar, motivo por el cual se tiende a que el hecho se mantenga en secreto dentro de la propia familia.

Es a partir de los años 70 cuando el abuso sexual infantil (ASI) es reconocido como un problema social y cuando empiezan a realizarse estudios que intentan cuantificar la frecuencia y los distintos tipos de abuso, y sus efectos a corto y largo plazo.

Definición

No existe una definición universal de ASI. Los distintos investigadores discrepan a la hora de:

1. Establecer la diferencia de edad entre víctima y agresor.
2. Tipificar las conductas que utiliza el agresor para someter a la víctima.
3. Incluir los tipos de conductas sexuales que tienen lugar entre víctima y agresor. (Conductas con o sin contacto físico).

No obstante todas las teorías incluyen dos **criterios fundamentales**:

1. La **coerción**. Es decir, el agresor se aprovecha de su posición de autoridad, para, mediante el empleo de medidas de presión, engaño y/o incluso empleo de la fuerza, involucrar al niño en actividades sexuales que él normalmente desconoce y no consiente a ellas.
2. La **asimetría de edad entre la víctima y el agresor**. No solo diferencia cronológica, sino también en la edad de desarrollo madurativo.

Para reconocer el ASI, es importante saber distinguir entre: *actividades sexuales normales* (juego sexual) y *anormales* (abuso sexual). Así los juegos exploratorios (masturbación, caricias o tocamientos de genitales...) entre niños que se encuentran en el mismo nivel de desarrollo madurativo, y que consienten mutuamente a ello, se consideran como normales, mientras que si un niño de p.e. 8 años intenta forzar a otro de menor edad a tener relaciones sexuales, este comportamiento no es normal, y debe de considerarse como abuso.

Entre las **conductas sexuales anormales**, se incluyen:

a) Las **conductas con contacto físico** entre las que se encuentran:

- Los *tocamientos o caricias* de los genitales y/o partes íntimas, que incluyen la cara interna de los muslos, pechos... Es la forma más frecuente de abuso sexual infantil.
- *Otras conductas*: cualquier tipo de contacto oro-genital, genital, o anal hacia el niño, (incesto, violación, penetración digital, sodomía...) y/o involucrar al niño en contactos sexuales con animales.

b) Las **conductas sin contacto físico** entre las que se encuentran:

- La seducción verbal o petición expresa a realizar actividades sexuales.
- El exhibicionismo.
- La pornografía.

Etiopatogenia

No se conoce con exactitud porqué se produce el ASI. Tanto en la forma intrafamiliar como extrafamiliar del ASI intervienen factores que involucran a la víctima, al agresor, y al ambiente que los rodea.

- **En cuanto a la víctima:**

Los niños son considerados víctimas perfectas para el abuso sexual por diversos motivos: desde muy pequeños se les enseña a respetar y a obedecer a sus padres y superiores que ejercen autoridad, siendo por lo tanto fácilmente influenciados por ellos. Así mismo, de una manera natural confían en los adultos y sienten curiosidad por todo, incluido el sexo. Los agresores se aprovechan de esta confianza y curiosidad innata para gradualmente *atrapar* al niño y establecer con el tiempo una relación sexual abusiva.

Por otro lado todos los niños están necesitados de afecto, y continuamente están reclamando atención, y cuanto más necesitado de afecto esté el niño, más fácil será de victimizar. Por ello, aquellos niños con alguna discapacidad tanto física, psíquica y/o emocional, serán más fáciles de victimizar.

- **En cuanto al agresor:**

Finkelhor (1986) después de revisar múltiples teorías que intentan explicar porqué un adulto es capaz de cometer abusos sexuales a menores, propone 4 posibles explicaciones:

- 1) **Congruencia emocional.** Según esta teoría, un adulto cometería abusos debido a que sus necesidades emocionales se satisfacen más con menores que con adultos, ya que suelen ser personas inmaduras y con baja autoestima, que ante adultos se verían ridiculizados, mientras que ante niños se ven con autoridad y poder sobre ellos.
- 2) **Estimulación Sexual.** Según esta teoría algunos adultos se excitan sexualmente más con los niños, como ocurre p.e. con algunos adultos que han sido abusados en su infancia, y ven como determinadas actividades sexuales resultan placenteras para los adultos, de tal manera que cuando ellos mismos son adultos tienden a repetirlos. Esta teoría podría explicar en parte la pedofilia.
- 3) **Bloqueo.** Esta teoría mantiene que los agresores tenderían a tener relaciones con los niños porque son incapaces de tener relaciones normales con adultos. Bien porque carezcan de habilidades sociales adecuadas, o bien porque hayan sufrido una relación traumática en el pasado, entre otras razones.
- 4) **Desinhibición.** El agresor es una persona desinhibida (bien por deficiencia mental, abuso de alcohol y/o drogas...) y por tanto capaz de cometer abusos sexuales.

- **En cuanto a los factores ambientales:**

La falta de supervisión de los niños, sobre todo la ausencia de uno de los progenitores, (por enfermedad o trabajo), así como la presencia de conflictos en el seno familiar, (violencia, alcohol y/o drogas), son factores que aumentan la probabilidad de que se produzcan abusos sexuales a menores.

Epidemiología

La incidencia y prevalencia del ASI no se conocen con exactitud, ya que la mayoría de las investigaciones realizadas se basan en informes de personas adultas que han padecido abusos en su infancia.

No obstante globalmente se estima que: un 20% de niñas, y de un 5% a un 10% de niños padecen de abusos sexuales.

Al contrario que en otras formas de maltrato, el abuso sexual infantil se produce con la misma incidencia en todos los grupos étnicos, religiosos, y clases socioeconómicas.

En cuanto a la víctima: El ASI es más frecuente en niñas que en niños, con una proporción de 2 a 3 niñas por cada niño; y aproximadamente la mitad de las víctimas tienen edades comprendidas entre los 8 y los 12 años.

En cuanto al agresor: Éste no tiene un perfil típico, pero en más del 90% de los casos se trata de un varón, y de estos, se estima que entre el 50 y el 90 % son menores de 18 años. Hasta en un 65% los agresores son familiares de la víctima (padres, padrastros, tíos, abuelos, primos y hermanos), y tan solo en un 10 a un 20% de los casos son desconocidos.

Un porcentaje elevado de agresores han sido abusados en su infancia, y la mayoría suelen abusar a más de un niño.

Factores de riesgo

A través de los diversos estudios epidemiológicos se han podido identificar determinados factores que favorecen el que los niños sean víctimas de abusos sexuales. Finkelhor (1994) los agrupó en dos categorías:

| | |
|---|--|
| Factores que afectan el cuidado parental | <ul style="list-style-type: none"> ● La ausencia de uno de los progenitores, (por trabajo o enfermedad...) ● La presencia de conflictos en el seno familiar. ● La carencia del vínculo progenitor-hijo, y entre ambos padres. ● La presencia en el hogar de un varón sin parentesco biológico. |
| Factores que hacen al niño más vulnerable | <ul style="list-style-type: none"> ● Preadolescentes entre 8 y 12 años. ● Sexo femenino. ● Cualquier discapacidad física, psíquica, o emocional. |

Indicadores de abuso sexual infantil

El ASI puede presentarse de varias maneras:

- 1) Por lo que nos cuenta la víctima: "Indicadores históricos".
- 2) Por los signos y síntomas que presentan: "Indicadores físicos".
- 3) Por el comportamiento de la víctima: "Indicadores comportamentales"

Los indicadores históricos son los más importantes. La ausencia de datos en la historia puede frustrar cualquier investigación aunque existan hallazgos físicos o del comportamiento. Pueden presentarse como testimonios generales o directos.

Los **indicadores físicos** pueden utilizarse para corroborar la historia clínica, pero lo frecuente en el ASI es que *no* se encuentre ningún hallazgo físico.

| | |
|--|--|
| Altamente sugerentes (Incluso en ausencia de datos en la Historia Clínica) | <ul style="list-style-type: none"> - ETS en niñas prepúberes - Embarazo en adolescente joven. - Lesiones genitales o anales sin traumatismo justificable |
| Inespecíficos | <ul style="list-style-type: none"> - Dolor vaginal o rectal. - Sangrado vaginal o rectal. - Inflamación/exudado genital o rectal - Enuresis o síntomas urinarios. - Infecciones del tracto urinario. - Dolor abdominal. - Encopresis. |

Los **indicadores del comportamiento**. El impacto del abuso sexual en el niño suele producir cambios en el comportamiento tanto a corto como a largo plazo:

- Conducta agresiva.
- Juego sexual precoz / Masturbación compulsiva / Promiscuidad / Prostitución.
- Ansiedad y depresión.
- Desconfianza / Baja autoestima.
- Conducta regresiva.
- Trastornos del sueño: terrores nocturnos, pesadillas y fobias.
- Trastornos de la alimentación: anorexia y bulimia.
- Fracaso escolar.
- Delincuencia.
- Ideación suicida / Conductas autolesivas: drogas, alcohol...

Diagnóstico

El diagnóstico de abuso sexual infantil, está basado en:

- 1) Una *historia clínica* detallada y bien documentada.
- 2) Una *exploración física* completa incluyendo una exploración general con una descripción detallada de la exploración genital, y del comportamiento del niño durante la exploración.
- 3) *Pruebas de laboratorio*, indicadas según la anamnesis y la exploración.

1. Historia clínica:

Es la parte más importante de diagnóstico, ya que en más del 50% de los casos la exploración física va a ser normal. Debe de incluir:

- a) Los antecedentes personales de la víctima (enfermedades crónicas, intervenciones previas...),
- b) Una valoración del desarrollo madurativo, c) una anamnesis social, y d) la historia actual del abuso.

Normas básicas para entrevistar a niños víctimas de ASI:

- Si la edad de la víctima lo permite, entrevistar al niño a solas.
- Crear un ambiente tranquilo, seguro y confortable. En niños pequeños un ambiente de juego puede facilitar la entrevista. Intentar ganarse la confianza del niño.
- Es aconsejable la presencia de un asistente social o representante legal para evitar entrevistas subsiguientes que podrían "agobiar" al niño.
- Las preguntas iniciales han de ser de tipo general: preguntándole sobre sus amigos, sus juguetes preferidos. etc.
- Las preguntas más específicas sobre el abuso han de ser: *Simples*, utilizando un lenguaje sencillo, ajustado al nivel de desarrollo de la víctima. *Abiertas* y *No Guiadas*, del tipo "¿Que pasó?", "Cuentamé más" ..; ya que un interrogatorio guiado puede hacer que la desvelación del abuso sea legalmente inadmisibles. *No amenazantes*.
- Intentar averiguar lo más posible sobre el abuso, y evitar demostrar asombro, repulsa u otras emociones ante la desvelación del abuso.
- Dependiendo de la edad del niño, se pueden utilizar métodos de ayuda como papel y lápices de color..

Al final de la entrevista ofrecer un mensaje tranquilizador al niño agradeciéndole su colaboración, asegurándole que hizo lo correcto y de que no es culpable de lo que ocurrió.

2. Exploración física: en más del 50% de los casos va a ser normal.

Se debe de tener en cuenta el estado emocional de la víctima, y valorar la necesidad de obtener pruebas evidentes de abuso en el momento de la exploración, sobre todo si han pasado más de 72 horas después del abuso, pues la probabilidad de obtener hallazgos positivos en este caso es escasa.

Hay que crear un ambiente tranquilo y de confianza, así como demostrar respeto por el pudor de la víctima.

Nunca se debe de forzar la exploración, que debe ser lo más relajada y atraumática posible. Es aconsejable fomentar la conversación durante la misma, explicando a la víctima en que consiste la exploración tanto general como genital, y si se utilizan instrumentos, éstos se deben de mostrar previamente.

Se debe de comenzar con una exploración general delicada para comprobar si existen signos de negligencia o abuso físico. A continuación se debe de examinar las partes del cuerpo que con mayor frecuencia se ven afectadas en el abuso sexual: la boca, los pechos, los genitales, la región glútea, el ano y la zona perianal. Cualquier hallazgo fuera de lo normal debe de ser anotado, para ello se recomienda realizar un dibujo gráfico de los genitales y la zona anal describiendo su apariencia y la presencia o no de lesiones. Si hay una cámara fotográfica disponible se debe de realizar fotografías de las zonas afectas.

Existen determinadas condiciones que pueden simular lesiones por abuso sexual, y el examinador debe de estar familiarizado con ellas ya que las consecuencias de un diagnóstico erróneo pueden ser nefastas para el niño, la familia y el agresor. Liquen escleroso, hemangiomas congénitos, impétigo, prolapso uretral, ciertas anomalías congénitas de vagina y ano son lesiones que fácilmente se confunden con abuso sexual.

Pruebas de laboratorio:

No siempre están indicadas. Dependerá del tiempo transcurrido entre el abuso y su desvelación, y de si la anamnesis y la exploración sugieren la posibilidad de contacto sexual oral, genital, y/o anal. Entre la pruebas de laboratorio se incluyen:

1) Obtención de pruebas forenses:

Se deben de realizar si la víctima es examinada en las primeras 72 horas del abuso, y si hay lesiones genitales o anales que requieran tratamiento, (p.e. hemorragia vaginal o rectal), y se deben de realizar al mismo tiempo que se realiza la exploración física.

Su objetivo es intentar poder identificar al agresor mediante:

- La detección de esperma.
- La detección de enzimas de liquido seminal: fosfatasa ácida, antígeno P30 y MHS-5
- La detección de cualquier cuerpo extraño en la superficie corporal de la víctima.

Esta recogida de muestras debe de realizarse de manera protocolizada, y todo el material recogido debe de ser guardado en bolsas que irán rotuladas y selladas. Toda manipulación de las pruebas debe de estar documentada para mantener una "cadena de evidencia".

Obtención de pruebas para enfermedades de transmisión sexual:

- Cultivos para gonococo y chlamydia tracomatis de faringe, vagina, uretra y ano.
- VDRL o RPR para diagnóstico de sífilis.
- Visualización de condilomas acuminados.
- Cultivos de virus de herpes simple.
- Pruebas serológicas para VIH, hepatitis B y C.
- Recogida de secreciones vaginales o de orina, para examen microscópico de tricomonas, y pruebas para vaginosis bacteriana.

3) Prueba de embarazo en niñas adolescentes.

Intervención terapéutica

El tratamiento del abuso sexual infantil requiere un equipo multidisciplinario que incluya: personal médico, profesionales de salud mental, asistentes sociales, servicios de protección al menor, y representantes legales.

La intervención médica inicial consiste en: tratar las lesiones producidas, tratar las ETS y ofrecer profilaxis postcoital del embarazo. En todos los casos debe de haber un seguimiento médico del caso.

Toda intervención médica debe de ir acompañada de una *intervención psicológica*, con una valoración inicial, y al menos una visita de seguimiento para valorar el estrés emocional. En cada caso el tratamiento será individualizado.

Prevención

El objetivo principal en el manejo del ASI es la prevención. Ésta se puede realizar a través de una:

- *Prevención Primaria:* mediante programas dirigidos a la población general como programas escolares que enseñen a niños como reconocer situaciones de abuso y como reaccionar ante ellas. Estos programas también pueden realizarse a través de equipos de atención primaria.
- *Prevención Secundaria:* mediante programas dirigidos a grupos de riesgo.
- *Prevención Terciaria:* dirigida a los casos identificados de ASI. En este tipo de prevención deben de estar involucrados los servicios sociales (que deben de monitorizar la situación familiar), los servicios de salud mental y los representantes legales.

Carmen Martínez González

“ Vemos sólo lo que conocemos “
Goethe

INDICE

- Síndrome de Munchausen por poderes
Historia y concepto. Epidemiología. Clínica. Actuación
- Formas raras de maltrato infantil
Quemaduras por microondas. Quemaduras por secadores de pelo. Intoxicación por sal común. Intoxicación por ipecacuana. Déficit de vitamina B12. Ingestión cuerpos extraños. Aspiración de pimienta. Lesiones por armas atemorizantes. Síndrome de oreja en coliflor. Abandono niños en taquillas portaequipajes. Inyección intravenosa de hidrocarburos. Ritualismo. Tradiciones culturales

El maltrato infantil (MTI) es un problema potencialmente grave y sin embargo desconocemos su incidencia y prevalencia, entre otras causas por una insuficiente formación específica de los diferentes profesionales de la salud .

Nos vamos a referir a las formas poco frecuentes de maltrato, no solo con el objetivo de conocerlas, sino fundamentalmente para enfatizar la importancia de incluir el MTI en el diagnóstico diferencial de toda patología difícil de encuadrar en los síndromes clínicos habituales.

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES

Historia y concepto

El síndrome de Munchausen (SM) fue descrito por R. Asher en 1951, haciendo referencia a 3 casos de adultos que simulaban enfermedades ó fabricaban falsas pruebas de enfermedad.

En la edad pediátrica existe una entidad similar (Meadow R,1977) en la que el niño es víctima de la invención de enfermedad ó de la falsificación de pruebas por parte de un adulto y que denominó“ síndrome de Munchausen por poderes “(SMPP ; “ SM by proxy“). En el DSM IV, (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), se tipifica esta patología como “ trastorno ficticio por poderes “.

Los *criterios diagnósticos* de Meadow para definir el SMPP son:

- Enfermedad en un niño provocada por los padres ó alguien que ocupa su lugar
- El niño es llevado a los médicos, generalmente de forma persistente, generando múltiples procedimientos médicos
- El perpetrador niega la etiología de la dolencia del niño
- Los síntomas y signos agudos de enfermedad cesan cuando el niño es separado del adulto sospechoso de ser el causante.

Epidemiología

El SMPP es una variante de MTI de incidencia desconocida. El tiempo que transcurre desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico es variable con una media de 8-10 meses y la mortalidad es elevada, oscilando entre 11-22 % según los casos publicados .

Clínica

Las manifestaciones clínicas del SMPP son múltiples, abigarradas y casi ilimitadas. Los síntomas y signos se presentan por *simulación* de enfermedad ó por *provocación ó producción* de los mismos, como serían:

- Falsas manifestaciones hemorrágicas tras añadir sangre de la madre (p.e.menstrual), a muestras para laboratorio .
- Añadir pintura ó colorante a muestras orgánicas para simular enfermedad.
- Vómitos repetidos por intoxicación (p.e. con ipecacuana)
- Pseudobstrucción intestinal por intoxicación intencionada por barbitúricos
- Lesiones cutáneas por frotar ó raspar la piel
- Hipoglucemias por inyección de insulina
- Fiebre simulada por frotar el termómetro ó introducirlo en un líquido caliente.
- Intoxicaciones provocadas por fármacos ú otras sustancias, frecuentemente: barbitúricos tranquilizantes, insulina, exceso de agua y exceso de sal.

Existe una forma menos grave pero más frecuente, que conduce a la familia a una “búsqueda de diagnóstico” de una supuesta enfermedad a través de repetidos médicos y servicios de salud, denominada por Woolcott *doctor shopping* (ir de médicos). Se diferencia del SMPP en que la madre muestra una actitud poco colaboradora y resistente a todo planteamiento lógico; no existe simulación ni provocación de enfermedad , si no una genuina convicción de enfermedad del hijo.

Actuación

Tabla 1. Signos de sospecha, los criterios de gravedad y el plan de actuación ante un SMPP.

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

FORMAS RARAS DE MALTRATO INFANTIL

Inevitablemente tendemos a asociar MTI con el clásico síndrome del “niño apaleado”: lesiones físicas infligidas directamente con la mano ó con un objeto contundente. Pero actualmente, los mismos instrumentos que pone la técnica a nuestro alcance para mejorar la calidad de vida, sirven como vehículo altamente sofisticado para ocasionar *deliberadamente* lesiones a los niños.

Quemaduras por microondas

Los aparatos standard para cocinar tienen una capacidad de penetración entre 2 y 5 centímetros. Las quemaduras que producen son de mayor severidad en la piel y los músculos y menor en el tejido subcutáneo.

Se han descrito lesiones graves producidas por colocar a niños pequeños dentro de este tipo de hornos. Alexander describe el caso de una niña de 5 semanas, y un niño de 14 meses de edad con quemaduras severas.

Quemaduras por secadores de pelo

Los secadores de pelo producen corrientes de aire a unas temperaturas entre +10°C y +110°C. Estas quemaduras casi siempre son deliberadas, ya que el niño no puede sujetar el aparato orientado hacia una misma área el tiempo necesario para producir una lesión.

Se han descrito quemaduras no accidentales por secadores de pelo, en los que la falta de experiencia en este tipo de lesiones, llevaron inicialmente a sospechar otras causas.

Intoxicación por sal común

La intoxicación por sal común (de mesa), puede ser muy grave cuando la ingesta es > 0.73-3 gr / kg de peso, produciéndose una sobrecarga osmolar con deshidratación hipertónica, convulsiones hemorragia cerebral y daño neurológico.

Dockery describe el caso de una niña de 5 años con un cuadro de convulsiones hipertermia e hipernatremia, demostrándose una masa radiopaca en área gástrica. El diagnóstico final se produjo por la autopsia; la madre fue detenida por haber obligado a la niña a ingerir sal de mesa.

Intoxicación por ipecacuana

La ipecacuana es un fármaco que se utiliza en el tratamiento de las intoxicaciones como inductor del vómito. La intoxicación crónica y provocada como forma de maltrato, produce un cuadro de vómitos y diarrea prolongada, miopatía esquelética y cardíaca, y en ocasiones puede provocar la muerte del niño.

Se han descrito casos como SMPP y el diagnóstico se realiza por la sospecha clínica, generalmente después de realizar estudios complementarios completos y agresivos, que no aportan elementos diagnósticos

Déficit de vitamina B 12

El déficit severo de vitamina B12 puede ser asintomático en madres vegetarianas estrictas y provocar en sus hijos cuando son alimentados exclusivamente al pecho, un cuadro de anemia megaloblástica, regresión de los hitos madurativos adquiridos, sintomatología extrapiramidal, movimientos coreoatetósicos y atrofia cerebral.

La administración de vitamina B12, oral ó parenteral, hace regresar la anemia y , en parte la sintomatología neurológica pero no la atrofia cerebral ni el retraso psicomotor .

Ingestión reiterada de cuerpos extraños

Dentro del SMPP, se describe el caso de una niña de 10 meses, con múltiples ingresos hospitalarios por ingestión de cuerpos extraños. Hija de una madre de 22 años con antecedentes psiquiátricos y disfunción familiar, ingresó en diversas ocasiones por ingestión de dos pendientes, un botón, un tornillo de cinco centímetros y dos agujas de costura, una de las cuales requirió extracción quirúrgica. En sus 10 meses de vida había sido vista 20 veces en el hospital; a los 4 meses de vida se diagnosticó una fractura de clavícula de causa injustificada y en la actualidad presentaba movimientos de balanceo continuos, sugerentes de privación afectiva.

Aspiración de pimienta

Cohle describió 8 casos mortales de broncoaspiración de pimienta, en niños de cinco meses a diez años. En todos ellos el motivo de la administración de pimienta en la boca, era el castigo por mala conducta, y en la mitad de los casos había signos evidentes de maltrato previo , que habían pasado inicialmente inadvertidos .

Lesiones por armas atemorizantes

Las armas atemorizantes son instrumentos de autoprotección, que están disponibles con pocas restricciones de uso y venta en muchos países.

Estas armas son objetos pequeños, del tamaño de un aparato de control remoto de televisión con una batería de 9 V. Los impulsos generados se conducen a través de las vías nerviosas superficiales, produciendo contracciones musculares, dolor , astenia y pérdida de equilibrio. Dejan lesiones cutáneas características: máculas circulares de unos 0.5 cm, hipo pigmentadas, pareadas y separadas unos 5 cm.

Síndrome de la oreja en coliflor

El término "oreja en coliflor ", usado entre los boxeadores, fue asimilado por Hanigan para describir una tríada consistente en hematoma unilateral de oreja, edema cerebral ipsilateral con obliteración de las cisternas basilares en TAC y retinopatía hemorrágica. Describe 3 niños entre 2-3 años de edad, en los que la muerte se produjo en las primeras 72 horas por lesiones traumáticas con dichas características.

Abandono de niños en taquillas guardaequipajes

Las costumbres sociales y culturales influyen en el tipo de maltrato. En España, era frecuente el abandono de recién nacidos en los tornos de los conventos, o en las puertas de las iglesias, así de alguna manera se aseguraba la vida del niño. En la actualidad existen formas más frías de abandono, como una práctica única en Japón, que consiste en abandonar niños vivos ó muertos, en taquillas guardaequipajes("coin-operated-locker ")de estaciones de tren ó aeropuertos.

Generalmente se trata de niñas primogénitas, cuyos cuerpos aparecen después de la muerte por asfixia, envueltos en plástico. A partir de 1981 disminuyó el porcentaje de infanticidios por este mecanismo, de 12.9 % en 1980 al 2.9 % en 1990, gracias a medidas específicas.

Ritualismo

Descrito con diversos términos como abuso ritual, abuso satánico y ritualismo, se puede definir como " abuso que ocurre en un contexto ligado a algunos símbolos ó actividades grupales, que tienen connotación religiosa , mágica ó sobrenatural , y donde la invocación a estos símbolos ó actividades se repite y se usa para asustar e intimidar a los niños " , ó como " abuso de niños por adultos repetido y sistemático , sexual físico y psicológico , como parte de ritos culturales ó satánicos"

Se han descrito casos como el ocurrido en Holanda en 1987 (Oude Pekela) en donde a partir del caso de un niño de 4 años que presentaba sangrado rectal inicialmente de causa incierta, se descubrieron más casos de abuso sexual en el seno de prácticas rituales.

Inyección intravenosa de hidrocarburos

Dentro de las formas raras de presentación del MTI está descrito la inyección de derivados del petróleo, nafta, utilizados como solvente industrial y combustible para mecheros. Produce una toxicidad pulmonar importante y lesiones en el sistema nervioso como parálisis cerebral o ceguera cortical.

Tradiciones culturales

Determinadas prácticas culturales utilizadas para tratar dolencias, pueden ser confundidas con lesiones de MTI, y en ocasiones llegar a constituir un verdadero maltrato:

1. *Cupping*: aplicación de una taza caliente para dolor e inflamación , apetito y fuerza (Méjico y Europa del Este)
2. *Coining*: frotar la piel con aceite y luego rascar con moneda, para fiebre y cefalea (países orientales)
3. *Spooning*: masaje con agua salada y cuchara (China)
4. *Mollera caída*: sacudidas y succiones como remedio para la fontanela hundida (Méjico)
5. *Moxibustión* : quemar sustancias alrededor del niño (Asia)
6. *Cao Gao*: aplicación de monedas calientes, para fiebre (Camboya)

Indice

- Definición
- Clasificación
- Factores de riesgo
- Síntomas y trastornos en los niños y adolescentes
- El desarrollo normalizado
- Formas que adquiere el maltrato psicológico

Definición

El maltrato emocional o psicológico se da en aquellas situaciones en las que los adultos significativos de los que depende el niño, los padres fundamentalmente, aunque también otros adultos como educadores, tutores, etc., son incapaces de organizar y sostener un vínculo afectivo de carácter positivo; que proporcione la estimulación, el bienestar y el apoyo necesario para su óptimo funcionamiento psíquico.

Esto no significa que los padres tengan que ser perfectos, o que no puedan cometer equivocaciones en sus relaciones con los hijos, se trata sencillamente de tener una actitud que se ajusta a lo que Winnicott denomina la madre (o padre) suficientemente buena. Es decir receptiva y abierta, capaz de descifrar las necesidades físicas y psíquicas del niño.

El maltrato psicológico es el más difícil de definir y detectar por varias razones. Una de ellas es que las perturbaciones en la conducta y el funcionamiento mental, producto de las situaciones maltratantes, no son específicas, pudiéndose dar en cualquier tipo de trastorno psíquico, es decir pueden tener otra etiología diferente. Hay importantes dificultades para discriminar entre lo que podemos considerar como las consecuencias del maltrato y las alteraciones, o trastornos derivados de otras patologías.

Otra de las razones que dificultan su delimitación es el tema de la "intencionalidad". En otros tipos de maltrato, como los abusos sexuales o los malos tratos físicos, es relativamente fácil delimitar la intención del adulto de causar daño, pero no sucede lo mismo cuando los hechos pertenecen a la esfera psíquica. Los casos en los que esta intencionalidad aparece clara son los menos, siendo más común las situaciones de ambigüedad, confusión y "creencia" por parte de los adultos, de que su conducta esta justificada y ajustada al comportamiento del niño. Los padres interpretan la conducta del niño como desobediencia o rebeldía, e incluso como falta de cariño, asignándoles de antemano "mala intención" y actuando con ellos de forma excesivamente coercitiva o punitiva.

Esto no se puede considerar un eximente para calificar la situación de maltratante, pero si plantea dificultades adicionales. En cualquier caso los responsables de la situación siempre son los adultos y no los niños.

Por ultimo es imprescindible discriminar las situaciones cotidianas, que se producen en todo desarrollo normalizado, en las que los padres deben imponer normas y limites por el propio bienestar del niño, aun en contra de su voluntad; de lo que podría llegar a ser una situación maltratante. Cualquier niño al que los padres frustran en sus deseos se siente en cierta forma maltratado y no querido y así lo expresara en el caso de que se le pregunte.

Por todas estas razones es necesario considerar una determinada constelación de factores, para detectar y diagnosticar el maltrato emocional.

Clasificación

Tanto las formas pasivas como las activas no se dan en la clínica de forma aislada, lo más común es una combinación de ambas. El maltrato psicológico esta siempre presente cuando se producen otros tipos de malos tratos (abuso sexual, maltrato físico, etc.), sin embargo puede darse maltrato psicológico sin que se produzca necesariamente maltrato físico. Por lo tanto a pesar de la dificultad de detección y diagnóstico el maltrato

Cuadro 1. Clasificación de malos tratos psicológicos

| | | |
|---------|---|---|
| PASIVOS | Abandono emocional | Ausencia permanente de respuestas a las señales de interacción afectiva del niño |
| | Negligencia | Ausencia parcial y/o respuestas incongruentes a las señales de interacción afectiva del niño Descuido de las necesidades afectivas de apoyo y protección necesarias para el desarrollo |
| ACTIVOS | Relación donde predomina la violentación del adulto sobre el niño, expresada en forma verbal con amenazas, críticas, culpabilización, o mediante castigos, aislamiento, etc | |

El abandono emocional es poco frecuente. Se puede dar en bebés institucionalizados desde el nacimiento. Spitz definió este cuadro como marasmo emocional, es muy grave e incluso puede producir la muerte por ausencia de vínculos afectivos que sostenga el deseo de vivir del bebé.

Las negligencias y el maltrato activo son los tipos de maltrato más frecuentes. Dentro de las negligencias suelen ser más perturbadoras las respuestas incongruentes, tanto más cuanto más pequeño es el niño. Ya que ante una misma actitud afectiva, sea positiva o negativa, del niño hacia los padres, estos pueden responder de formas diferentes, produciendo una confusión importante en las relaciones y en el establecimiento del vínculo afectivo entre padres e hijos.

Factores de riesgo

Todos los estudios realizados hasta la fecha confirman que el maltrato psicológico se puede producir en cualquier nivel social y económico. La única diferencia es que las familias con más nivel económico, tienen mayores recursos y no acuden por lo general a los servicios públicos, por lo que pasan más desapercibidas, siendo en estos casos más difícil la detección y la intervención.

Durante mucho tiempo se ha tratado de encontrar un perfil psicopatológico de los padres maltratantes, con la intención de poder detectar de forma preventiva las situaciones de maltrato. Los resultados de las investigaciones han demostrado que no existe tal perfil. Sin embargo, si se han encontrado características comunes, tanto en los padres como en los hijos, en los casos de las familias maltratantes, que se consideran como factores de riesgo.

Cuadro 2. Factores de riesgo

- Elevado número de embarazos, o embarazos no deseados, madres adolescentes sin apoyo familiar y sin recursos
- Inexperiencia en el cuidado de los niños, dificultando el reconocimiento de sus necesidades afectivas
- Minusvalías, enfermedades crónicas, o dificultades evolutivas en los niños
- Conflictos crónicos y repetidos en los padres, con un clima de tensión y violencia permanente
- Antecedentes de maltrato en los padres, produciendo un modelo de identificación distorsionado
- Ruptura familiar, o familias monoparentales por separaciones conflictivas, muertes, o accidentes graves
- Aislamiento social, por cambios frecuentes de domicilio, o poco contacto con el entorno
- Problemas económicos y/o profesionales, por carencia de recursos, o por exceso de horario laboral
- Toxicomanías
- Antecedentes psiquiátricos

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

Síntomas y trastornos en los niños y adolescentes

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

Cuadro 3. Síntomas y trastornos

- Detención o retraso en el crecimiento, sin causa orgánica
- Enfermedades psicosomáticas a repetición
- Accidentes frecuentes, caídas, golpes, etc.
- Dificultades y/o retraso en cualquier área del desarrollo evolutivo, psicomotricidad, inteligencia, lenguaje, socialización, etc
- Labilidad afectiva y trastornos del comportamiento, alternancia entre agresividad-pasividad, dificultades en la esfera del control de impulsos, inhibición, desafectivización, etc.
- Trastornos en el control de esfínteres
- Psicopatías y conductas delictivas
- Depresión e intentos de suicidio
- Psicosis

El desarrollo normalizado

El maltrato psicológico está directamente relacionado con la cualidad de los vínculos afectivos entre padres e hijos. A menudo la necesidad de una intervención rápida para proteger al menor y el rechazo desde el punto de vista ético de las conductas maltratantes, dificulta la comprensión psicopatológica del interjuego que se da entre padres e hijos.

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

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

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

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

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

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

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

Cuadro 4. Características de las funciones paterno-maternas

- El reconocimiento del niño como un sujeto en evolución con características propias, sin exigirle por encima de sus posibilidades
- El investimento libidinal del niño, haciéndolo depositario de su amor y obteniendo gratificación de su proceso de crecimiento
- La comprensión y cobertura de las necesidades y características de su desarrollo evolutivo, facilitándole la protección necesaria.
- El entendimiento y apoyo de los conflictos que el niño plantea en su evolución psíquica para llegar a ser un sujeto autónomo
- El ejercicio y sostén de los límites generacionales, instaurando las prohibiciones y límites necesarios para la incorporación de derechos y obligaciones

Cuando estas funciones están perturbadas o distorsionadas, se puede producir el maltrato psíquico, el desarrollo psicoafectivo del niño se altera y aparecen trastornos, pero el vínculo afectivo permanece inalterable. Los padres se convierten en fuente de amenaza y peligro real, al tiempo que siguen siendo la fuente afectiva de la que se nutre el niño. La fantasía de retaliación se convierte en realidad. Esta situación no se puede modificar sin una ayuda exterior.

Formas que adquiere el maltrato psicológico

Las formas más frecuentes que adquieren los malos tratos psicológicos son:

- Castigos excesivos, recriminaciones, culpabilización, amenazas, etc., a raíz de dificultades evolutivas. La falta de comprensión por parte de los padres de los conflictos naturales que un niño puede presentar en su desarrollo, hace que le asignen una intención hostil y actúen como consecuencia en la misma forma.
- Utilización del niño como vehículo y cómplice de reproches, quejas o confidencias en situaciones de separación, haciéndole depositario de descalificaciones mutuas, e ignorando su propio sufrimiento.
- Depositación sobre el niño de responsabilidades excesivas para su edad. Puede consistir en el cuidado permanente de un hermano más pequeño, o de su propio autocuidado en edad muy temprana, lo sobre

que produce una situación de desprotección psíquica. O bien responsabilizarle de la atención a uno de los padres que puede padecer algún tipo de enfermedad, generalmente psíquica,

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

Índice

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

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

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

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

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

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

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

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

Espectro del maltrato

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

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

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

Fallo en el desarrollo de causa no orgánica

- Características psicológicas de los padres

Se han encontrado en estudios realizados a madres con niños con retrasos en el desarrollo de causa no orgánica algunas de las siguientes características cognitivo conductuales: a) tienen un racional el tiempo y sus obligaciones; b) una gran dependencia; c) solo elaboran pensamiento concreto y tienen muchas limitaciones para planificar el futuro; d) sus mecanismos de defensa son muy primarios, utilizan la negación, el aislamiento y la proyección ante situaciones deficientes funcionamiento en el día a día, son incapaces de organizarse y distribuirse de forma que producen tensión; e) tienden más a actuar que a pensar e internalizar.

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

- Efectos en los niños

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

- Intervención

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

Negligencia y abandono

- Características psicológicas de los padres

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

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

- Efectos del abandono en los niños

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

- Intervención

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

Maltrato físico

- Características psicológicas de los padres.

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

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

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

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

- Características psicológicas del niño.

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

- Pronóstico.

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

Abuso sexual

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

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

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

- Presentación clínica

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

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

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

- Consecuencias psiquiátricas en la víctima

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

Conclusiones

- Los padres que maltratan a sus hijos son personas que pervierten el modo de relación esperada entre padres e hijos, basada en el afecto y el cuidado. Los que maltratan descuidan, son hostiles y agreden.
- No necesariamente implica la existencia de trastorno psiquiátrico en los padres.
- Los niños están sometidos a padecer secuelas físicas y psicológicas que pueden condicionar su vida para siempre.

Indice

1. El trabajo desde el punto de vista diagnóstico:
 - a. Cuando la demanda está directamente relacionada con el posible maltrato.
 - b. Cuando el maltrato aparece en el curso de un tratamiento:
 - c. Cuando es requerido como perito.
2. El trabajo desde el punto de vista terapéutico:
Un modelo concreto: el síndrome de alienación parental

Este artículo es una reflexión personal desde la práctica diaria y no pretende servir de guía general sino de punto de partida para nuevos aportes y discusiones.

Los psiquiatras que trabajamos con niños y adolescentes, especialmente aquellos que lo hacemos en servicios públicos, nos vemos confrontados con cierta frecuencia a casos que podrían entrar genéricamente en la denominación de maltrato. En ocasiones los casos son muy evidentes, por ejemplo y para los que trabajamos en un hospital, un niño ingresado con evidencias de agresión física. En estos casos nuestro trabajo tendrá más que ver con la ayuda prestada al niño y a su entorno para evitar, en la medida de lo posible, las secuelas de esa agresión. Se trataría de un paciente más que formaría parte de los pacientes a atender en nuestro centro. La realidad es que la mayor frecuencia de demandas no se corresponde con los casos evidentes sino con otros muchos que se nos presentan en circunstancias oscuras. Cabría establecer un cierto orden.

1- El trabajo desde el punto de vista diagnóstico:

- a. Cuando la demanda está directamente relacionada con el posible maltrato.

Sucede que acuda a nuestra consulta un adulto con su hijo y que seamos nosotros a los primeros que consulta porque tiene la sospecha, o la seguridad, de que su hijo está siendo maltratado. Caben aquí todo tipo de situaciones, desde las más sencillas en las que el problema son compañeros de su edad (1) que le agreden hasta las más complejas en las que se mezclan relaciones familiares conflictivas, separaciones, abusos sexuales, etc.

El psiquiatra, que no es juez ni policía, no puede actuar como tales. No es policía, lo que quiere decir que no interroga sino que escucha. Para el psiquiatra lo que le importa no es tanto la verdad objetiva o descubrir al culpable, como conocer la verdad subjetiva del paciente, lo que este cuenta, y trabajar desde la consideración de que él no va a tomar decisiones sobre la realidad del caso. Algo que puede incluso llevarnos a la consideración de la existencia de un abuso que no se corresponde con la realidad objetiva sino con una vivencia del paciente y también lo contrario. Esto que parece evidente y además sencillo de aceptar no lo es en absoluto en la práctica diaria; por varias razones. Para empezar, el psiquiatra además de profesional de la medicina es ciudadano con obligaciones concretas entre las que figura su obligación de denunciar cualquier caso de maltrato del que tenga noticia. Obligación mayor, si cabe, por el lugar privilegiado que ocupa en la salud de los niños. Por otra parte la familia de ese niño busca que nosotros seamos actores activos de la trama. Sin embargo esto es necesario para posteriormente poder actuar como terapeuta. Tampoco el psiquiatra es juez y tampoco a él le corresponde decidir quién tiene razón en el conflicto inevitable que rodeará a cualquier tipo de maltrato.

La decisión de culpabilidad y la pena correspondiente son, por supuesto, terrenos de la justicia. Las culpas con las que nosotros trabajaremos son otras. Nuestra intervención será entonces la siguiente: aclarar a la familia el papel terapéutico de nuestra intervención y nuestra negativa a judicializar el caso. Si pensamos que no hay razones suficientes para la consideración de maltrato y que la demanda se hace en el contexto de un conflicto de pareja, convertir la demanda de informes o certificados en una oferta de ayuda a los problemas detectados en el niño, explicitando nuestra impresión de que no vemos razones para otras intervenciones. Si después de las entrevistas diagnósticas tenemos razones para sospechar de la existencia de un abuso sexual, colaborar con la familia apoyando una demanda y una peritación judicial, explicando también la conveniencia de no intervenir judicialmente para, en su caso y en su momento, poder actuar desde la perspectiva terapéutica.

Es absolutamente necesario señalar el peligro de las falsas acusaciones, especialmente cuando la denuncia se da en el contexto de una separación. Del mismo modo que nuestra obligación de denuncia es clara cuando existen elementos suficientes de sospecha, también lo es la necesidad de ser muy cuidadosos en la valoración de los hechos y de no dar por evidente la información aportada por una de las partes. En términos generales y siempre que sea posible deberemos contar con todos los actores del drama antes de hacernos una idea suficiente.

b. Cuando el maltrato aparece en el curso de un tratamiento:

Atendemos en la consulta a un niño o niña. Es nuestro paciente desde hace algún tiempo y con él y con su familia hemos establecido un contrato terapéutico por el que le vemos con periodicidad. Un día en el contexto de la terapia nos revela una situación de abusos de cualquier clase. Desde mi punto de vista dicha revelación nos compromete profesionalmente para, saltándonos en parte la neutralidad de nuestras intervenciones, tomar partido para actuar al respecto. Esto quiere decir que debemos ayudar a nuestro paciente a partir de su revelación, haciéndolo de la mejor manera posible: hablar con su familia, intervenir con una denuncia, buscar su protección incluso con un aislamiento hospitalario. Es verdad que esta intervención va a suponer modificaciones en la relación terapéutica, que serán tanto menores en la medida en que todas las intervenciones sean claras y nuestro paciente reciba toda la información necesaria. Sería deseable que estas intervenciones no interrumpieran la terapia o lo hicieran de manera provisional, incluso con todo lo que nuestra intervención puede suponer respecto de la familia del niño o niña.

c. Cuando es requerido como perito.

Desde nuestra práctica pública entiendo que no podemos ni debemos ser peritos de parte y que nuestra única "parte" es el paciente que atendemos. Esto debe eliminarnos como peritos si la pretensión es que lo seamos de una de las partes. A pesar de ello en algunas ocasiones nos veremos en la obligación de responder a la demanda de un juez o fiscal y, en esos casos, nuestra respuesta es la que corresponde a los datos que tenemos del paciente, sin que ello sea propiamente una peritación.

Situación, lógicamente, diferente es cuando la demanda de parte llega en un trabajo privado. En estos casos la peritación es la que el profesional quiera hacer, con la salvedad de que no debería hacerse sobre un paciente conocido en nuestro trabajo público.

2- El trabajo desde el punto de vista terapéutico:

Una primera aproximación permite decir que el tratamiento es el que correspondería a cualquier otro paciente y que estará en función del cuadro que presente. Como la clínica puede ser muy variada: depresiva, obsesiva, límite, psicótica, psicósomática.. también la terapia lo sería. Esto es cierto pero conviene matizarlo.

El niño/a que ha sufrido un maltrato manifestará una patología psíquica tan variada como dependiente:

- Del tipo y la duración del maltrato.
- De la relación existente con la persona maltratadora: de parentesco, cercanía...
- De los apoyos que haya tenido a lo largo del proceso.
- De la personalidad previa.
- De la edad o el momento evolutivo. Y de otros factores azarosos.

Todo ello determinará una presentación clínica variada y una personalidad de base diferente. Pero en todos los casos habría que tener en cuenta:

Que un maltrato es un antecedente de riesgo de una evolución patológica pero que no es raro- y esta puede ser una de las mayores dificultades- que la psicopatología sea, de entrada, poco llamativa. Hacernos cargo de un paciente por una posible evolución patológica en un trabajo en el que nos vemos agobiados por la necesidad, y a veces imposibilidad, de tratar otros casos ya claramente patológicos, puede resultar paradójico.

Que debemos ser muy cuidadosos en el acceso a la información del paciente sobre las circunstancias de su maltrato. Que, a pesar de ello, será necesario hablarlo. Que el solo hecho de hablarlo es positivo pero no resolutivo y que, para nuestra sorpresa, nos encontraremos con percepciones ambivalentes del hecho.

El abordaje psicoterapéutico, que es imprescindible independientemente de los posibles añadidos psicofarmacológicos, deberá ser relativamente largo y no basado únicamente en la resolución de los síntomas.

Un modelo concreto: El síndrome de alienación parental

El síndrome de alienación parental (SAP) es un modelo de maltrato en sí y la base, en muchas ocasiones, de otros tipos de maltrato y, especialmente, de una circunstancia en la que los profesionales de la salud mental, que trabajamos con niños y adolescentes, nos vemos enredados.

Este síndrome fue definido por Richard A. Gardner en los años ochenta. Caracteriza a este síndrome:

- La existencia de un padre que intenta "lavar el cerebro" o condicionar de modo total a sus hijos contra la otra parte de la pareja parental.
- Un o unos hijos que asumen de forma activa y expresan sentimientos puros de odio o rechazo a uno de sus padres.
- Uno de los padres que es víctima de la situación sin que existan razones que lo justifiquen y que resulta alejado de sus hijos. Este cuadro suele desarrollarse en el marco de una separación que se pone en marcha, que se complica o en la que surgen conflictos (a veces de tipo económico). El cuadro puede alcanzar grados diversos y también características propias dependiendo de las múltiples variables concernidas. En general en el caso de los niños existe:

- Un alejamiento del padre “malo” lleno de todo tipo de justificaciones, algunas de ellas poco propias de un niño/a de su edad.
- Una total ausencia de ambivalencia frente a las figuras parentales: una tiene todo lo bueno y otra todo lo malo. (2)
- Vinculación patológica con la parte buena, con dificultades de separación.
- Insistencia en que sus sentimientos son sólo suyos y en ellos no influye la otra parte.
- El rechazo se extiende a toda la familia de la parte “mala”.

En el caso del padre o madre que ha dado origen al cuadro lo que le caracteriza es:

- Sentimientos de hostilidad muy importantes respecto de su pareja por la que se siente muy engañado/a. Gran desvalorización de la otra parte en la que todo se percibe como negativo.
- Intentos de excluir a la otra parte en todo lo concerniente a los cuidados de los hijos: colegios, vacaciones, amigos...
- Intolerancia respecto de las reglas establecidas en la separación utilizándolas con gran rigidez. No caben, por ejemplo, cambios en los días de visita o en las horas. Cualquier cambio se judicializa.
- Insistencia en que los sentimientos negativos pertenecen a los niños .

En definitiva una identificación masiva entre los puntos de vista del niño y del adulto en la que la otra parte se convierte en un enemigo sin ningún derecho. Existe muy poca capacidad para percibir el daño que, sobre los hijos, supone tal actitud.

Nos interesa este cuadro primero porque nos permite poner nombre a una realidad frecuente poco conceptualizada, pero también porque este cuadro está en la base de muchas de las consultas que se nos hacen y en las que se pretende una adhesión absoluta del profesional a favor de alguna de las partes. En nuestra experiencia personal esto ha ocurrido y el intento de participar desde una neutralidad profesional ha llevado a una petición de cambio de profesional, un abandono de la posible terapia o incluso una denuncia.

La terapia en estos casos es muy complicada, por esa necesidad de contar con el profesional no como elemento de ayuda del menor sino como confirmador de una de las partes. Los intentos de reconvertir la demanda pueden ser estériles y la orientación hacia la judicialización- que tampoco es solución- la única alternativa.

- (1)- En nuestra experiencia hemos conocido el caso de algunos niños que vivían experiencias muy traumáticas de maltrato por parte de compañeros de las que no hablaban ni en el medio familiar ni en ninguna otra parte, incluida la consulta, y que tomaban la apariencia de casos muy graves, incluso psicóticos, y en los que la clarificación del problema y las oportunas intervenciones sociales han producido cambios clínicos espectaculares.
- (2) En alguno de nuestros paciente esa imposibilidad de ambivalencia era muy llamativa y los niños dibujaban a sus padres como ángeles o demonios, teniendo para ellos esa consideración. También los niños pueden vivir los intentos de los terapeutas de ser más neutrales como una agresión intolerable, apoyando la necesidad de dejar la terapia.

Índice

Variables implicadas

Efectos psicológicos del abuso sexual en la infancia:

Variables implicadas

Los efectos psicológicos del abuso sexual infantil a corto, medio y largo plazo vienen determinados por la presencia o ausencia de variables que condicionan tanto el tipo de trastornos que produce en las víctimas como la gravedad de los mismos. Así pues, a la hora de abordar el estudio de las consecuencias psicológicas del ASI comenzaremos por el análisis de dichas variables. Obviamente, estas variables actúan relacionadas entre sí y no como factores aislados e independientes.

1. *Edad*: En líneas generales, cuanto menor es la edad de la víctima, menor es la gravedad del daño psíquico sufrido.
2. *Tiempo que dura la agresión*: El impacto aumenta a medida que lo hace el tiempo en que se prolonga la situación de abuso, resultando significativamente dañinas aquéllas que superan los tres años.
3. *Ubicación física del abusador*: Cuando abusador y víctima no conviven, sino que los abusos sólo se presentan en determinadas circunstancias, el ASI produce un impacto sensiblemente menor. Por el contrario, cuando el menor está ubicado en el mismo espacio que su abusador, los períodos de tranquilización entre un episodio de abuso y otro son muy reducidos y no llegan a tener un efecto verdaderamente relajante, lo que origina un estado permanente de ansiedad en la víctima. Incluso cuando no hay relación de convivencia, tienen influencia significativa la frecuencia y duración de las exposiciones a la situación de abuso, siendo mayor el impacto cuanto más frecuentes y prolongadas sean éstas.
4. *Relación con el abusador*: El nivel de afectación sube a medida que el vínculo entre abusador y víctima se estrecha. Es significativa también la diferencia si existe consanguinidad o no en una misma relación de parentesco pues cuando no la hay permite a la víctima defenderse considerando a esa persona como extraña.
5. *Tipo de prácticas abusivas*: Los abusos sin contacto físico (seducción verbal, exposición de los órganos sexuales, forzamiento a la visualización de pornografía, realización de actos sexuales en presencia del menor) resultan menos lesivos que los que sí requieren contacto físico y dentro de éstos, los tocamientos resultan generalmente menos aversivos que cualquier tipo de penetración, siendo las más dañinas las prácticas sexuales que producen dolor físico.
6. *Tipo de estrategia utilizado por el abusador para conseguir la aceptación y el silencio del/la menor*: Básicamente se presentan tres tipos:
 - *Pacto de silencio* basado en una relación de complicidad con el menor establecida en base a supuestas cualidades que el abusador le atribuye: es especialmente atractivo/a, es su elegido/a, está muy capacitado/a para recibir esa iniciación sexual, etc.
 - *Ofrecimiento de gratificaciones* que pueden ser conceder bienes materiales, otorgar privilegios o eximir de obligaciones y/o responsabilidades.
 - *Violencia verbal* (amenazas contra su integridad física o contra la de otras personas del grupo familiar, o consecuencias negativas que su falta de colaboración tendrá sobre él y/o los demás) y/o *física*.

Estas tres estrategias pueden presentarse aisladas o combinadas entre sí y pueden llevar añadida una actitud de hipercontrol destinada a lograr el aislamiento social del menor impidiéndole contactos con sus iguales no sólo por un deseo de posesión absoluta sino también por impedir que las relaciones sociales establecidas posibiliten una confianza que lo deje en descubierto.

Esta variable actúa a dos niveles, uno cuantitativo, aumentando el daño psíquico producido en el caso de empleo de violencia y otro cualitativo, determinando distintos tipos de trastornos a medio y largo plazo.
7. *Características del/la menor*: No todos los niños tienen la misma capacidad de resistencia a la adversidad, grado de dureza psíquica y equilibrio emocional cuando comienza el ASI y algunos pueden soportar prolongadas experiencias dolorosas sin resultar gravemente dañados por ellas, mientras que otros pueden sufrir un fuerte impacto por agresiones menores. Confluyen para ello factores constitucionales junto a factores ambientales tales como si el medio y la metodología con que han sido socializados han sido especialmente protectores o por el contrario estimuladores de autosuficiencia y confianza en sí mismos. Evidentemente, los sujetos más débiles psicológicamente sufrirán un impacto mayor que los que tengan mayores recursos.

8. *Reacción del entorno familiar*: Esta variable entra en funcionamiento una vez descubierta la situación de abuso. Los efectos psicológicos del ASI se agravan en la medida en que la reacción familiar presente:
- Interrogatorios exhaustivos y recurrentes incluidos en presencia del abusador.
 - Mensajes de incredulidad o culpabilización directa o indirecta.
 - Desestructuración familiar con enfrentamientos entre quienes creen al menor y lo apoyan y quienes no lo creen o lo consideran responsable, con ruptura de relaciones entre parientes que antes mantenían una relación armónica.
 - Temor ante las amenazas o posibles represalias del abusador.
 - Permitir contactos posteriores entre abusador y víctima.
 - Reprimir manifestaciones afectivas de los menores hacia otros adultos.
 - Distorsiones atribucionales sobredimensionando las consecuencias del ASI atribuyéndole efectos que no le son propios.
9. *Proceso judicial*: El afrontamiento del proceso judicial supone para casi la totalidad de los/as menores víctimas de ASI una fuente de victimización secundaria muy importante. En este apartado cabe destacar algunas situaciones que aumentan significativamente este daño psíquico:
- Los sujetos especialmente tímidos y vulnerable sufren una elevada ansiedad sólo por el hecho de tener que verbalizar públicamente, en escenarios percibidos como hostiles y ante personas desconocidas sus experiencias y así, tanto la denuncia como la ratificación y sobre todo la testificación en la vista oral se convierten para ellos en nuevas experiencias traumáticas.
 - También resultan lesivos los sucesivos interrogatorios y la diversidad de personas ante las que tienen que verbalizar los episodios de ASI, hecho que viene a agravarse aún más cuando se admiten peritaciones múltiples.
 - La presencia del abusador en la sala durante la testificación del/la menor supone otra experiencia fuertemente ansiógena. Incluso cuando éste es ocultado a su vista por alguna mampara o biombo, el/la menor es consciente de su presencia y muy sensible a los sonidos que pueda realizar, como toses o carraspeos de cuya audición informan con mucha frecuencia.
 - Cuando la estrategia de la defensa del abusador se centra en supuestas deficiencias del/la propio/a menor, como su incapacidad para distinguir unos contactos de otros, su habitual tendencia a mentir o fabular, su falta de habilidad para manejar la situación de ASI o informar de ella, etc., el daño psicológico es mucho mayor.
 - La larga duración del intervalo de tiempo entre el momento en que el/la menor verbaliza los hechos y se inicia el proceso judicial hasta que se celebra la vista oral significa una dificultad añadida que obstaculiza el proceso de recuperación. Impide al/la menor dar por concluida la experiencia, facilita la aparición de nuevas rumiaciones obsesivas sobre los episodios y prolonga el tiempo que permanece expuesto/a a una situación ansiógena.
10. *Educación sexual que recibe el /la menor*: El impacto del ASI es mucho mayor en sujetos que reciben una educación sexual distorsionada que los lleva a integrarla como algo negativo o en aquellos que no reciben formación sexual alguna y han de conformarse con la que obtienen de su entorno, más aún si ese entorno es a su vez deprimido.
11. *Tiempo transcurrido entre el ASI y la intervención terapéutica*: Sin que sea una variable del ASI propiamente dicha, hemos de considerarla aquí pues tiene una importancia muy elevada, tanto en el tipo de secuelas como en la gravedad de las mismas y en su pronóstico de superación.

Difieren sensiblemente los efectos psicológicos encontrados en población adulta que sufrió ASI pero no recibió en su momento la asistencia terapéutica oportuna pues los trastornos están cronificados y sobredimensionados por la suma de las sucesivas distorsiones atribucionales, de los que encontramos en la población infantil o adolescente en el momento mismo en que el ASI es descubierto.

Efectos psicológicos del abuso sexual en la infancia

1. *Ausencia de efectos: Menores asintomáticos*: Cuando las variables anteriormente expuestas se presentan en su extremo más leve, una vez que el ASI se interrumpe y la intervención terapéutica es inmediata, es frecuente encontrar menores asintomáticos, aunque hayan podido presentar durante el tiempo que ha durado el ASI ligeros trastornos comportamentales, tales como irritabilidad y agresividad, demandas de atención, conductas regresivas, etc.
2. *Alteraciones asociadas a estados mantenidos de estrés*: Trastornos por estrés postraumático especialmente frecuentes y graves cuando está presente la variable de convivencia entre abusador y víctima, cuando la reactividad familiar es particularmente ansiógena y cuando la influencia del procesamiento judicial es muy incisiva. Se manifiestan a tres niveles:

- *Cognitivas*: Falta de estímulo por conocer y de curiosidad para explorar, apatía mental, desinterés. También dificultades en la atención y en la capacidad de concentración. Por tanto, disminución de la productividad intelectual y ralentización del proceso evolutivo y del aprendizaje.
 - *Comportamentales*: Conductas de irritabilidad y agresivas, en ocasiones autolesivas; conductas regresivas; abundancia de comportamientos de demandas de atención; conductas de evitación y de rechazo del contacto con la figura del abusador.
 - *Fisiológicas*: Somatizaciones diversas.
3. *Estructuración deficiente de la autoestima*: Pueden encontrarse sujetos con niveles de autoestima muy bajos, motivados por:
- Los frecuentes mensajes de crítica y censura proferidos por el abusador.
 - La socialización en un medio hostil, violento y estresante.
 - Sentimientos de culpa por su coparticipación en el ASI: autoinculpación o inculpación del entorno.
4. *Alteraciones en el comportamiento social*: También a largo plazo el ASI puede desencadenar una actitud aislacionista y una asertividad deficiente, enmarcada en un cuadro general de falta de habilidades sociales, con rechazo y evitación de los contactos sociales, explicada por:
- Carencias en el aprendizaje social producidas por los mecanismos de control del abusador.
 - Una actitud de autoexclusión por pensamientos y sentimientos de estigmatización, inferioridad y carencia de derechos.
5. *Disfunciones en el comportamiento sexual*:
- *Conflictos asociados a la iniciación sexual*: Presentes incluso en sujetos asintomáticos al interrumpirse el ASI y que recibieron intervención terapéutica inmediata al mismo. Los conflictos vienen motivados por un proceso de elevada ansiedad anticipatoria y por el estilo atribucional interno de los primeros fracasos.
 - *Comportamiento hipersexualizado*: Potenciado por el condicionamiento de la utilización de la sexualidad como forma de obtener resonancia y privilegios, que cuando son eminentemente materiales puede llevar a una iniciación temprana en la prostitución. Todo ello con las consiguientes consecuencias negativas añadidas: embarazos tempranos, encasillamiento en el rol de objeto sexual, etc.
 - *Fobia sexual*: Rechazo de todo contacto sexual junto con una interiorización distorsionada y negativa de la sexualidad. Aparecen fundamentalmente en sujetos que han sufrido prácticas sexuales dolorosas y/o que han sido socializados en una idea negativa de la sexualidad.
 - *Alteraciones sexuales propias del varón víctima de ASI*: Encontramos como características específicas la necesidad de una sexualidad agresiva cuando durante un tiempo mantenido se han utilizado estrategias violentas de convicción. También surgen trastornos de la identidad sexual, así como frecuentes distorsiones cognitivas relacionadas con una supuesta tendencia homosexual y pensamientos obsesivos referidos al temor a presentar dicha homosexualidad e hiperatención a síntomas que confirmen o descarten esta tendencia. Ambas alteraciones se dan cuando también durante cierto tiempo han sido empleadas estrategias de elogio y/o privilegios y gratificaciones.
6. *Trastornos de la personalidad*: Aparecen cuando la variable tiempo que dura el ASI es significativa. En estos casos el ASI trunca el normal proceso evolutivo y dificulta una adecuada estructuración de la personalidad. Dependiendo de la influencia de otras variables, los trastornos más frecuente son:
- *Paranoides* (creencia irracional de que los demás pretenden aprovecharse de ellos o dañarlos, desconfianza) y *esquizoides* (distanciamiento afectivo y restricción de las manifestaciones emocionales): Aparecen en los casos de ASI más graves, es decir, violentos, por una persona allegada y muy próxima que ejerce un fuerte control en el proceso de socialización.
 - *Narcisistas* (necesidad de admiración constante, creencia de ser "especial" y superior) e *histriónicos* (búsqueda excesiva de atención y comportamiento sexual seductor): Los encontramos asociados a la variable del empleo de la estrategia de aceptación del ASI por ser alguien particularmente escogido por sus especiales características.
 - *Antisociales* (rechazo de las normas, impulsividad, agresividad): Son mucho más frecuentes en el varón víctima de ASI.

Límites (relaciones interpersonales inestables que alternan la admiración con la desvalorización, necesidad excesiva de evitar el abandono y comportamientos autolesivos): Se encuentran sobre todo en casos en que la actitud del abusador ha sido muy cambiante, oscilando entre la amenaza y la violencia y el afecto y los cuidados, ahora no como estrategia para conseguir la aceptación del menor sino como forma de resolver sus propios conflictos de culpabilidad.

- *Por evitación* (evitación del contacto interpersonal por temor a las críticas, necesidad de agradar y ser aceptado, autopercepción de ineptitud e inferioridad) y *por dependencia* (incapacidad para tomar decisiones, expresar desacuerdos e iniciar proyectos): Se manifiestan en los casos de ASI integrados

en una situación general de maltrato, físico o psíquico, en los que los/as menores reciben frecuentes mensajes de crítica y desvalorización.

7. *Trastornos del estado de ánimo*: Surgen principalmente trastornos depresivos, bien de carácter reactivo, sincrónicos con el ASI, bien cronicado y recidivos, ya en la edad adulta.

Índice

- Creación del contexto para el abordaje del maltrato infantil
- Perspectiva sistémica relacional
- Intervención desde un Centro de Atención a la Infancia (C.A.I.s.)

Sea cual sea el ámbito en el que trabajemos debemos tener presente la existencia del maltrato en sus diferentes manifestaciones y en cualquier grado de intensidad, como una variable que puede estar en el origen de muchas patologías que nos encontramos: hiperactividad, trastornos de conducta, anorexia, bulimia, enuresis, encopresis,...

Los profesionales que tenemos contacto con niños y adolescentes (pediatras, médicos de familia, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, diplomados en enfermería, pedagogos, maestros, orientadores,...) no vamos a poder detectar el maltrato e intervenir sino somos capaces de conocer y aceptar la repercusión que sobre nosotros mismos tiene.

¿A quién no le han pegado o insultado alguna vez? Tal vez por ser tan familiar el maltrato no podemos reconocerlo como tal. Estamos *vacunados* porque de alguna manera parte de ese maltrato fue inculcado en nosotros de niños y esto nos impide ver. Quizás nos convencieron de que *éramos malos* y de que *lo hacían por nuestro bien*. En aras de la educación lo justificamos, lo toleramos y no lo reconocemos como tal. Pero podemos empezar a ver que aquello que nosotros mismos experimentamos no nos fue grato y aun podemos recordar necesidades que no fueron tenidas en cuenta, y cómo, todo ello, ha marcado muchos aspectos de nuestra vida. Por eso, vamos a definir una situación de maltrato, no desde variables como frecuencia, intensidad o intencionalidad, si no desde la valoración del daño y el sufrimiento producidos en el niño tanto por agresiones como por desatención.

Creación del contexto para el abordaje del maltrato infantil

Si podemos sentirnos como niños tal vez podamos intuir y acercarnos al niño que tenemos enfrente como paciente e incorporar entre las variables que manejamos la relacional, con ello detectamos y damos pistas a la familia y al niño de su presencia e influencia.

Cuando detectamos una situación de maltrato debemos pensar en dos aspectos de la actuación, diferenciados, pero muy relacionados. Que hacer:

- *institucionalmente*, a quién se comunica y/o denuncia
- con la *familia* en ese momento de la detección, como intervenir

La actuación institucional puede suponer, según el caso:

- denuncia al *juzgado*,
- informe a la *Comisión de Tutela del Menor* (C.T.M.) del Instituto Madrileño del Menor y la Familia (I.M.M.F.), y/o
- derivación a un *servicio terapéutico* que pueda responsabilizarse de la intervención.

La actitud que se tenga en esos primeros momentos de la detección y las actuaciones que se realicen van a ser determinantes para el niño y su familia.

Con frecuencia se opta por no informar, preferimos creer las negativas, excusas y justificaciones que nos da la familia o minimizamos el sufrimiento del niño escudándonos en que el daño físico es leve. Otras veces nosotros mismos buscamos justificaciones al maltrato: son pobres, en ese país es lo habitual, el niño les provoca,... Son hipótesis que pueden servirnos en un contexto terapéutico para entender qué pasa en esa familia, pero no pueden ser un motivo para negar la gravedad del hecho que se ha producido.

En cualquiera de estos casos estamos actuando desde la negación lo que confirma a:

- la *familia* que su funcionamiento es aceptado y respaldado por la sociedad, y por otra, que nadie les puede ayudar, que no es posible el cambio
- los *padres* su creencia en su poder absoluto sobre sus hijos, y
- los *niños* en la idea de que son malos y su sufrimiento no tiene valor.

La denuncia no es solo un acto de responsabilidad por parte del servicio. Se transforma en un instrumento para lograr la comunicación con una familia que de otro modo sería inabordable. Así las medidas de protección a los niños, la intervención judicial o de la C.T.M. y la ayuda terapéutica pueden transformarse en sucesos significativos y reparadores en la historia familiar.

Al demorar el momento de intervenir, los conflictos se cronifican y los niños y la familia se deterioran. Las intervenciones tardías son siempre más drásticas y con peor pronóstico.

Si detectamos el maltrato u observamos que la situación familiar está perjudicando al niño, podemos ayudarles hablando de lo que vemos y sentimos, del sufrimiento para el niño y para los padres y de la necesidad de ayuda y cambio. Necesitamos tiempo para poder escuchar a la familia y entender, y necesitamos capacidad personal para escuchar su sufrimiento y comprometernos.

La intervención con menores en protección marca un metacontexto específico en sí mismo, debido a la vulnerabilidad del niño, a su dependencia de los adultos y a su incapacidad de protegerse por sí mismos.

Ante el niño que sufre no podemos recoger solo la demanda de los padres e intervenir sobre ella. Es nuestra obligación de profesionales que trabajamos con niños detectar y atender las demandas de los niños que ellos mismos no son capaces de expresar por su capacidad aún limitada o que en nuestra cultura nadie escucha porque *los niños no saben lo que dicen*. Es preciso trabajar con la familia mas allá de su demanda y acompañarla en un proceso de conocimiento y cambio. Frenar los malos tratos y evitar su repetición supone una primera contención sustentada por el trabajo terapéutico, donde el vínculo, la claridad, el respeto, el apoyo masivo, la confianza y el afecto se hacen imprescindibles.

Perspectiva sistémica relacional

La intervención familiar es una forma de abordar las distintas situaciones de maltrato infantil: maltrato físico, negligencia, maltrato emocional y abuso sexual.

La perspectiva sistémica relacional es:

- un modo de pensar y observar alternativo.
- proporciona herramientas de comprensión y de interpretación.
- posibilita un mejor conocimiento de la estructura y dinámicas familiares
- permite una visión amplia desde lo particular a lo global
- podemos ver a la familia desde distintos ángulos, los que aportan sus distintos miembros, los profesionales que tienen o han tenido contacto con ellos y los propios terapeutas
- un modelo desde el que se puede trabajar incorporando conocimientos y técnicas de otros modelos psicológicos o terapéuticos, lo que proporciona una amplia capacidad para actuar.

Intervención desde un Centro de Atención a la Infancia (C.A.I.)

Ante la complejidad del maltrato se hace necesario utilizar todas las herramientas y estrategias con las que poder contar. Trabajamos en coterapia con la familia nuclear formando con ellos un equipo terapéutico para la consecución de un objetivo común: el bienestar del niño. La representación es trigeracional, pudiendo citar en ocasiones a miembros de las respectivas familias de origen. En otras ocasiones se hace necesario un trabajo de red incorporando en las sesiones a otros profesionales, amigos y/o familiares.

La periodicidad con la que trabajamos es quincenal en sesiones de 90 minutos. En ocasiones sería recomendable sesiones semanales o cada 10 días, especialmente al inicio de la intervención o en momentos críticos.

Por último destacar la supervisión como un elemento necesario tanto para el caso en sí mismo como para los profesionales que podemos compartir la responsabilidad y la carga emocional que supone éste trabajo sintiendo un apoyo institucional, profesional y personal.

Estas reflexiones van a estar guiadas por dicho marco teórico y la experiencia de trabajo en un Centro de Atención a la Infancia (C.A.I.).

Los C.A.I.s. son servicios especializados en la atención a familias con niños y/o adolescentes con dificultades relacionales, negligencia, abandono, maltrato físico, maltrato psicológico y abuso sexual. Forman parte de la red de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.

Los C.A.I.s. trabajamos en estrecha colaboración con los Servicios Sociales Generales y con la Comisión de tutela del Menor, formando en cada distrito un Equipo de Trabajo de Menores y Familia (E.T.M.F.). A dicho equipo pueden incorporarse otros profesionales desde diferentes ámbitos (sanitario, educativo, de protección, etc.) bien a petición propia presentar un caso o a petición de un miembro de la mesa. Este equipo se reúne quincenalmente (el técnico de C.T.M. acude una vez al mes). El objetivo es analizar la situación de ciertos niños y sus familias.

Este primer momento en que se habla de la familia es de gran importancia. Diversos servicios conocen a diferentes miembros de la familia desde lugares distintos. Cada uno aporta su visión, necesariamente parcial. A veces las informaciones parecen opuestas, es la representación de la contradicción, de lo enredado, de la ambigüedad, de lo incierto. en definitiva, de la complejidad con la que nos vamos a encontrar.

Esta puesta en común puede evitar la triangulación que algunas familias hacen con los distintos servicios que las atendemos y que tan perjudicial les resulta. El análisis conjunto, complementario, debe servir para conocer más a la familia y decidir desde que servicio o servicios se va a intervenir, con qué objetivos y cómo.

El consenso se hace imprescindible y tal vez sea más importante que el propio contenido de las decisiones. Los distintos profesionales que trabajamos con una familia tenemos la obligación de pactar unos mínimos, si no podemos tirar de ellos en direcciones opuestas. La contradicción a la que les sometemos sólo hace que perjudicarles.

La coordinación, por tanto, no es conocer lo que hacen los demás. Supone el esfuerzo de compartir, escuchar y comprometerse. Compartir no es fácil, nos mostramos con ello, nos exponemos personal y profesionalmente. Nuestras convicciones a veces nos dificultan la escucha. Escuchar exige flexibilidad, nos hace cuestionarnos, tal vez perder seguridad. Por último, nos comprometemos con nosotros mismos, con el equipo y con la familia.

En esta valoración señalaremos como aspectos clave: la gravedad del daño que sufre o ha sufrido el menor, el riesgo de repetición, el reconocimiento que los adultos tienen de la situación y su motivación para el tratamiento y el cambio. Esto va a determinar el contexto voluntario o coercitivo del tratamiento, así como la determinación de solicitar o no una medida de protección.

Cuando la familia reconoce alguna de sus dificultades, hay deseo de cambio y piden ayuda de forma voluntaria (por petición propia o como respuesta al ofrecimiento de otro profesional), los terapeutas nos sentimos en nuestro papel y se puede iniciar el trabajo más fácilmente.

La complejidad del maltrato, el deterioro familiar y personal que subyace, hace que en numerosas ocasiones no se de dicho reconocimiento, ni por tanto petición de ayuda. En estas situaciones donde se detecta el sufrimiento infantil, los profesionales, desde cualquier ámbito que trabajemos, tenemos la obligación de atenderlo y ponerlo en conocimiento de otras instituciones para intervenir conjuntamente.

En el marco del convenio realizado entre Comunidad de Madrid (IMMF - CTM) y Ayuntamiento de Madrid (Área de Servicios Sociales), se estableció como una posibilidad de colaboración, la comparecencia del técnico de la CTM, a la familia con el fin de plantear la necesidad de una valoración o de un tratamiento, expresándoles los motivos que han llevado a esa decisión y las consecuencias de no aceptarlo. Es determinante la posición de firmeza y autoridad (otorgada por Ley a la Comunidad de Madrid en materia de protección de menores) con la que se realice dicha comparecencia y paralelamente la presentación del servicio terapéutico como ayuda.

Nuestra apuesta por el tratamiento coercitivo en familias no colaboradoras, se basa en la convicción de que el que la familia no pida ayuda no significa que sus miembros no sufran por la situación que viven y que no haya un deseo de cambio. Además, como señala Cirillo, el temor a perder a los hijos, el deseo de lograr una credibilidad como familia y el recuperar un espacio privado fuera del control de los servicios sociales, son importantes estímulos para el cambio.

No podemos olvidar que la intervención coercitiva no es suficiente por sí misma pero sí es un medio necesario para iniciar una relación con la familia. Le permite ponerse en contacto con personas que, sin pactar con ella, comprenden el drama que viven y se comprometen con ellos. Esta experiencia crea en la familia la expectativa de que el cambio es posible.

Habitualmente las citas las realizamos personalmente por teléfono, considerando muy importante este primer contacto con la familia. Se hace mención del servicio derivante y nos interesamos por conocer cuál es su visión del problema. Hablamos de los miembros que conviven actualmente y de aquellas otras personas con las que tenga una relación tal que haga necesario o conveniente su presencia en la entrevista.

En el inicio de la primera sesión se debe hablar del contexto en el que nos encontramos: a petición propia, por denuncia anónima, por una petición de valoración o tratamiento coercitivo, por solicitud judicial,... Nos interesamos por conocer que piensan de ello, por lo que ha pasado, por las dificultades que tengan. De esta forma vamos conociendo a los distintos miembros de la familia y las relaciones que establecen entre ellos. La crisis está, sentida y expresada por ellos, o provocada por un servicio ante la desatención o el maltrato al niño. Los profesionales sabemos las posibilidades de la crisis y cómo no hay cambios sin ella, la familia debe ser partícipe de ello.

La crisis familiar debe mantenerse mientras sea necesario para evitar la desatención y/o la violencia. Se impide así la reestructuración de la familia alrededor de la negación de los hechos. El propio trabajo, la vinculación que establecemos con la familia, puede conducirnos a deslizarnos a otro contexto o incluso aliarnos con ellos frente a otra institución. Es vital mantenernos en el contexto, escuchando sus quejas y entendiéndolas, pero sin restar importancia a los hechos y a las consecuencias que pueden tener. Es

posible reconocer su esfuerzo y sus logros y también la ayuda que paradójicamente les ha supuesto la denuncia y la intervención institucional.

El maltrato es en muchas ocasiones una realidad negada por la familia, tratan de ocultarlo y aún cuando se pone en evidencia y se les señala pueden rechazar su existencia o culpan a otros. No es fácil acusarse uno mismo de conductas rechazadas y perseguidas socialmente, aceptar que no sabes cuidar a tus hijos, que les dañás, que eres *un mal padre*. Con su negación se protegen a si mismos y protegen a la vez la imagen que tienen de sus padres, que seguramente no les cuidaron mucho mejor. Este es su deseo, pero esta negación no ayuda a la familia y no puede hacernos dudar ni confundirnos a los profesionales. Sólo desde la claridad, poniendo palabras a los acontecimientos y a su sufrimiento, dando a cada cosa su nombre y actuando de forma coherente, va a ser posible una intervención que permita el cambio.

Cada familia tiene su idiosincrasia, sus dificultades y sus recursos. En el proceso terapéutico van a poder tener un conocimiento mayor de si mismos. En aquellos casos con limitaciones para el cuidado de los hijos una valoración consensuada por padres y terapeutas puede facilitar la aceptación de ayuda de otros familiares o de las instituciones con el objetivo de que los chicos estén cuidados y *salgan a delante*.

En el peor de los casos que los niños tengan que pasar a vivir a una residencia está debe ser una medida de ayuda en un proceso que no ha hecho más que empezar. Un internado no es el fin, es una medida de protección, puede ser una oportunidad para todos movilizandó a la familia para el cambio. Esta intervención no es una agresión o un castigo a los padres. La protección del niño supone la protección de los padres.

Nuestro trabajo es acompañar a la familia en ese proceso de conocimiento y cambio. Es preciso vincularnos con cada miembro. Trabajamos la estructura de la familia, sus subsistemas, sus límites y relaciones. Trabajamos desde la historia familiar de sus respectivas familias de origen, la historia de pareja y de la familia actual. Son historias no contadas, sufridas por los distintos miembros, aislados en su dolor. Crear una historia común, compartida por todos, les hace familia.

Les reconocemos como padres que quieren a sus hijos a la vez que se habla de las dificultades que tienen en ese momento para su cuidado. Desde el reconocimiento del sufrimiento pasado por los propios padres, como fueron, en muchos casos, ellos mismos víctimas en su infancia, van a poder ser más protectores, queriendo evitar el daño a sus hijos y reconociendo su descontrol.

En un principio sólo pueden expresar rabia, no pueden entender la contradicción, quieren a sus hijos y les dañan, se sienten culpables por ello. Trabajar ese sentimiento de culpa les libera, son culpables del efecto que han producido, han dañado a sus hijos pero su intención no era dañar, en ese momento no supieron hacer otra cosa. El maltrato no se puede repetir, como frenarlo será un compromiso de todos.

Si queremos ayudar al niño debemos ayudar a su familia. Todos los miembros necesitan respeto, ayuda y protección. Esta forma de entender y trabajar con la familia reduce la ansiedad, especialmente en los niños que, tras el maltrato padecido, temen las consecuencias que pueden tener para sus padres. sintiéndose en muchos casos ellos mismos culpables. Cuando los niños observan atención y respeto hacia sus padres y hacia ellos mismos, se relajan pintan, juegan con muñecos o marionetas y hablan, así participan. Se comunican con su cuerpo (sus gestos, miradas, dibujos, juegos y su palabra). Ante estas diferentes formas de expresión infantil los profesionales debemos responder, haciendo partícipes a sus padres, en un dialogo que unas veces se traducirá en miradas y gestos, otras aceptando y motivando sus intervenciones habladas y en otros casos poniendo palabras a sus diferentes expresiones buscando la confirmación o el rechazo de ellos, de nuevo, en sus diferentes formas de comunicación.

Índice

- Competencias de la Comisión de Tutela
- Principios de Actuación de la Comisión de Tutela
- Riesgo, Desamparo y Maltrato
- Los servicios de salud mental y la Comisión de Tutela

El sistema de protección de menores, que estaba basado en la Obra de Protección de Menores de 1948, ha experimentado profundos cambios en los últimos años derivados de:

1. Aprobación de la Constitución Española de 1978
2. Legislaciones y Tratados internacionales aprobados y publicados por la Cortes que forman parte de nuestro ordenamiento jurídico, fundamentalmente, la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas de 1989 ratificada por el Parlamento Español y entro vigor el 5.enero.1991.
3. Cambios normativos con la *Ley 21/87 de 11 de noviembre* que modifica artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal introduciendo un marco normativo moderno de protección a la infancia y otros la más reciente la *Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor*.
4. Responsabilidad de las Comunidades Autónomas y normativas de las respectivas comunidades.
5. Desarrollo de los servicios sociales con cambios en equipamientos y servicios, mayor especialización de los profesionales y transformación de la atención residencial convirtiéndose en un sistema moderno de atención social según los derechos, necesidades, bienestar e integración de la infancia (Cuadro 1).

Cuadro1. Cambios en el sistema de atención social a la infancia

| | | |
|----------------|---|-------------|
| Pater familias | → | Derechos |
| Proteccionismo | → | Necesidades |
| Beneficencia | → | Bienestar |
| Segregación | → | Integración |

Los servicios sociales se han desarrollado fundamentalmente en nuestro país a raíz de la Constitución 1978 que si bien no define claramente el concepto de asistencia social o servicios sociales si los enmarcan como un *derecho* dentro de un Estado social.

En los años 80 se inicia un proceso de renovación legal para la adecuación del ordenamiento jurídico al nuevo orden constitucional y a los principios que lo inspiraron. La ratificación por el Estado Español de la Convención de Derechos del Niño supuso la modificación de legislaciones en distintas áreas de la infancia.

La Convención sobre los Derechos del Niño señala un amplio ámbito de protección para los menores como sujetos de derechos, derechos que deben ser reconocidos, practicados y defendidos por todos y, especialmente por sus progenitores y por los organismos responsables de su materialización.

Este nuevo planteamiento obligó a reorganizar toda la estructura existente y habilitar recursos nuevos por parte de las Comunidades Autónomas. Por ello, el Gobierno de la Comunidad de Madrid creó un órgano colegiado, la *Comisión de Tutela del Menor*, para ejercer las funciones derivadas de dicha competencia.

La Comisión de Tutela del Menor se creó en 1.988, como órgano colegiado que se sitúa en el vértice del Dispositivo Tutelar, y que instrumentaliza el ejercicio de la acción tutelar, consecuencia de la *desjudicialización del proceso de acción tutelar*, al pasar la competencia a organismos administrativos, y a la *descentralización*, al crearse órganos en cada una de las diferentes Comunidades Autónomas del Estado.

Competencias de la Comisión de Tutela

Las competencias que en materia de protección de menores corresponden a la Comunidad de Madrid, son desarrolladas por la Comisión de Tutela del Menor, que tiene atribuidas las siguientes facultades legales:

- ! Declarar la situación de desamparo de los menores
- ! Asumir por ministerio de la Ley, la tutela de los menores desamparados
- ! Asumir la guarda temporal de aquellos menores que no puedan ser atendidos por quienes tiene la potestad para ello, previa solicitud y justificación o por acuerdo judicial
- ! Prestar el consentimiento y formalizar por escrito los acogimientos familiares voluntarios
- ! Promover el acogimiento judicial de menores en caso de oposición o no comparecencia de los padres o tutores
- ! Formular las propuestas de adopción de menores, a los juzgados competentes
- ! Promover el nombramiento judicial de tutor del menor
- ! Tantas cuantas medidas sean necesarias para asegurar la cobertura de las necesidades subjetivas de los menores y su plena asistencia moral y material.

Principios de Actuación de la Comisión de Tutela

Los principios de actuación que ordenan la acción tutelar y que ya se indicaban en la Ley 21/87, en nuestra Comunidad quedaron reflejados en el Decreto 121/88 de 23 de Noviembre, regulador del procedimiento de constitución y ejercicio de la tutela y la guarda del menor, y fueron ampliados posteriormente en la Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid (Ley 6/95).

Actualmente estos principios se han visto reforzados, a nivel estatal por la Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor.

Podemos realizar un enunciado de dichos principios como sigue:

Se potenciarán los tratamientos preventivos, actuándose sobre las causas que puedan originar la desestructuración familiar y el desamparo de los menores.

Se propiciará la integración y normalización de la vida del menor en su medio social.

Se procurará limitar temporalmente la intervención administrativa.

En caso necesario, se facilitará a los menores recursos alternativos a su familia que garanticen un medio idóneo para su desarrollo integral, adecuada evolución de su personalidad y atención educativa, procurándose mantener la convivencia entre hermanos.

Estos principios reconocen y dan prioridad al derecho de los niños a una protección que garantice su desarrollo integral en su propio entorno sociofamiliar, en primer lugar en compañía de sus progenitores y en su defecto con su familia extensa. Solo como medida extrema cuando lo anterior no sea posible se recurrirá al alejamiento del niño de su medio ambiente de procedencia, de forma temporal o definitiva.

Igualmente se considera de forma implícita el derecho de los niños a que las instituciones ofrezcan apoyo y orientación a sus padres y en caso de separación reconoce su derecho a retornar con ellos lo antes posible.

Riesgo, Desamparo y Maltrato

Las instituciones fijan las pautas de educación y socialización infantil adecuadas, definen las necesidades del niño y las convierten en norma a través de la legislación y de la propia intervención social. Consecuencia de lo anterior es que una adecuada conceptualización y clasificación de las situaciones de riesgo, desamparo y maltrato infantil, junto al conocimiento de los efectos que éstas pueden producir en el niño y su entorno, es un requisito previo al análisis de cualquier intervención en este tipo de problemática.

A la hora de contemplar los indicadores de riesgo, y por tanto las situaciones de riesgo, asociadas en último extremo a las situaciones de desamparo, es necesario en un primer momento delimitar el alcance de cada uno de estos conceptos desde el marco legal establecido en nuestro país.

La Ley Orgánica 1/96 de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, establece ya en su Exposición de Motivos, la diferencia entre lo que puede entenderse como situaciones de riesgo o de desamparo. En las situaciones de riesgo, caracterizadas por la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar, la intervención tiene que limitarse a intentar eliminar dentro de la institución familiar, los indicadores de riesgo.

Sin embargo en las situaciones de desamparo, donde la gravedad de los hechos aconseja la extracción del menor de la familia, la intervención institucional se concreta en la asunción por la Entidad Pública de la tutela del menor y de la consiguiente suspensión de la patria potestad o de la tutela ordinaria.

Siguiendo las pautas anteriores, podemos ver que la separación del menor de su entorno se perfila como una de las cuestiones que determinan el tipo de intervención institucional, la responsabilidad de la administración en la aplicación de medidas jurídicas y sociales y, en definitiva la clave que permite diferenciar situaciones de riesgo de situaciones de desamparo.

El concepto de **desamparo** vamos a utilizarlo como término que engloba las distintas situaciones de maltrato, trato negligente o abandono, que provoca la falta de atención grave de las necesidades del niño, o la lesión de sus derechos esenciales, por quienes tienen obligación de procurársela en el primero de los supuestos, y de respetarlos en el segundo.

♦ Actuación de la CTM.

La apertura de un expediente se inicia en la CTM por la recepción de un informe donde se describe la situación de desamparo y/o riesgo que pueda estar padeciendo un menor y en el que deberán incluirse los hechos e incidencias respecto a un caso que se vayan produciendo. Recibida la documentación en la Secretaría de la CTM y una vez dado registro de entrada, se da traslado al Vicepresidente que:

- acuerda alguno de los siguientes procedimientos: - constitución de tutela.
- asunción de guarda.
- diligencia informativa.
- encomendará los expedientes a los Vocales Comisionados en virtud de criterios de actuación territorial de conformidad con la zonificación de los Servicios Sociales. Todos los expedientes que se tramiten tendrán carácter personal
- se reservará la instrucción de los expedientes de aceptación de ofrecimientos de acogimiento o adopción de un menor, para lo que, recibirá apoyo técnico y administrativo del Equipo Técnico de Acogimiento Familiar y Adopción.

♦ Funcionamiento ordinario CTM (Cuadro 2).

La Comunidad de Madrid esta dividida en dos Zonas al frente de cada cual hay un Vocal Comisionado de la CTM que tiene adscrito para el apoyo técnico y cumplimiento de sus funciones un Equipo Técnico formado por distintos profesionales (pedagogos, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, licenciados en derecho).

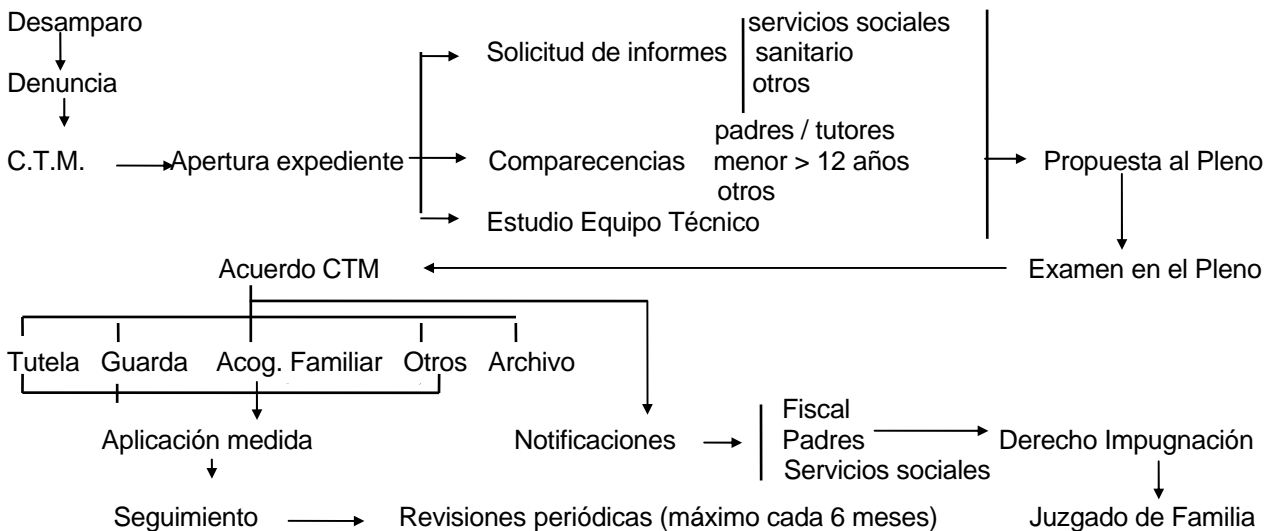
Los Equipos Técnicos se responsabilizarán por encargo del Comisionado de la instrucción y seguimiento de los expedientes se tramiten en relación a menores domiciliados en su zona de referencia.

El Pleno de la CTM se reúne con una periodicidad de una vez semanal con un Orden del Día prefijado y cuantas veces se convoque extraordinariamente si hubiera expedientes que resolver.

La instrucción del expediente supone la responsabilidad sobre el mismo hasta completar los datos necesarios para la elaboración de la propuesta de *Acuerdo de la CTM*, que Incluye, entre otras tareas:

- serán oídos en el expediente las partes implicadas: padres, tutores y demás familiares que puedan aportar información sobre la situación del menor.
- Será oído el menor si es mayor de doce años o menor si puede dar su propia explicación de la situación.
- solicitud de informes complementarios o nuevos a los servicios sociales, centros sanitarios, colegios, y demás instituciones que pudieran aportar información sobre el menor y su situación sociofamiliar.
- solicitud de información sobre filiación e identidad del menor.
- coordinación de actuaciones con otras Instituciones que estén trabajando con el menor y su familia.
- valoración de la información obrante en el expediente y formulación de una propuesta de intervención
- seguimiento de los acuerdos del Pleno de la CTM.

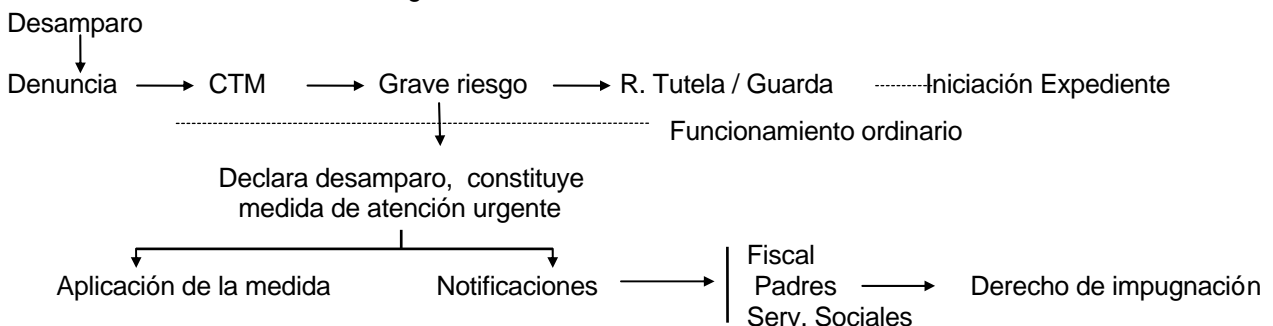
Cuadro 2. Funcionamiento ordinario de la CTM.



♦ Procedimiento de Urgencia (Cuadro 3).

Cuando de la información se deduzca una situación de desamparo con riesgos inminentes que exijan una intervención urgente podrá resolverse mediante *Resolución Urgente del Vocal Comisionado* la medida de Tutela Urgente o Guarda Urgente, pudiendo recoger al menor de inmediato y separado temporalmente del núcleo sociofamiliar, continuando seguidamente con la instrucción del expediente como si de un caso ordinario se tratara. En la instrucción se tratará de comprobar la situación real en que se encontraba el menor y las posibilidades que existen de retorno a ese núcleo. En todo caso, se deberá elevar una propuesta al Pleno para ratificar la medida adoptada por la Resolución de Urgencia.

Cuadro 3. Funcionamiento urgente



En ningún caso la instrucción de un expediente deberá superar el período de tres meses. Debiéndose solicitar por el Comisionado una prórroga de dicho plazo al Pleno de la Comisión, el cual podrá acordarla por el tiempo máximo de un mes, sin posibilidad de nuevas prórrogas.

Transcurridos dichos plazos, sin haber recaído decisión sobre el expediente pasará sea cualquiera su estado de instrucción a examen de la Comisión, la cual resolverá lo que proceda en cuanto al motivo del expediente y las causas de su retraso.

4. Actuaciones Preventivas

En el ámbito del Dispositivo Tutelar cabe contemplar dos tipos fundamentales de intervención: la intervención preventiva con la que se pretende anticipar soluciones a probables situaciones de desamparo, y la acción tutelar que se ejerce por la Comisión de Tutela cuando se han producido esas situaciones de desamparo infantil.

Una eficaz política de protección no debe ser solamente defensiva, actuando cuando ha existido desprotección, sino que tiene que ser a la vez ofensiva, adelantándose a la aparición de hechos que comportan costes personales elevados y exigen medidas más traumáticas.

Por ello, el sistema de protección de menores no puede limitarse a actuar ante la evidencia de una situación de desamparo, sino que debe conceder mayor importancia a las acciones preventivas proyectadas hacia el medio social en el que se desenvuelve la vida de los niños.

Estas acciones preventivas se concretan fundamentalmente en la sensibilidad general hacia sus problemas y necesidades de desarrollo y en la actuación temprana de los dispositivos de atención, para evitar la aparición de riesgos y para que éstos no se consoliden en desprotección.

Los servicios de salud mental y la Comisión de Tutela

Las situaciones de maltrato infantil susceptibles de una medida de protección, pueden detectarse en ocasiones desde los Servicios de Salud Mental, bien porque el paciente adulto que acude a la consulta sea el que infiere el maltrato, y esta circunstancia se descubre a lo largo del tratamiento, o bien cuando es precisamente el niño objeto de maltrato, el que está recibiendo tratamiento de salud mental.

La intervención de los Servicios de Salud Mental cuando se ha detectado una posible situación de desamparo de un menor, motivada por la existencia de maltrato, opera exactamente igual que cuando la detección se realiza en consulta o en una urgencia hospitalaria. Si existe constancia o mera sospecha de que el menor ha sido objeto de malos tratos hay una obligación de comunicar tal circunstancia a los servicios de protección del menor, tanto para que puedan ponerse en marcha los mecanismos de protección estricta del niño, como para arbitrar un tratamiento o intervención con la familia que posibilite la desaparición de las causas que dieron como resultado el maltrato.

Como ya se ha resaltado anteriormente, la colaboración interprofesional en esta materia es fundamental para realizar actuaciones coordinadas y con un objetivo común, que en definitiva debe de ser siempre proteger el interés del niño por encima de cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir, como sucede a veces con los tratamientos de enfermos con problemas de salud mental, a los que en ocasiones mantener la convivencia con sus hijos pudiera beneficiar su recuperación, pero dicha convivencia también pudiera resultar lesiva para los intereses de los niños.

Ya hemos señalado que el desamparo de un menor puede venir dado por tres situaciones concretas que el Código Civil enumera como de incumplimiento, imposibilidad o inadecuado cumplimiento de los deberes de protección. Son esos los elementos que se deben analizar a la hora de determinar si el niño objeto de maltrato debe salir de su domicilio bajo una medida de protección que se concreta en una tutela administrativa.

La calificación del desamparo corresponde hacerla a la Comisión de Tutela del Menor, pero los servicios sanitarios que han intervenido en la detección de la situación tienen un papel fundamental para que pueda llevarse a efecto dicha protección posibilitando la información precisa y adecuada.

La participación de un representante de los Servicios de Salud Mental en los equipos de Infancia y Adolescencia, que viene realizándose progresivamente desde la entrada en vigor de la Ley de Consejos de la Infancia está siendo altamente positiva para dar cumplimiento a la visión pluridisciplinar que hemos señalado como esencial en la detección y tratamiento de la problemática de maltrato infantil.

Estamos comenzando una andadura que progresivamente irá consiguiendo objetivos más ambiciosos, y el trabajo en equipo se convierte en una herramienta indispensable para abarcar los diferentes matices que la protección a la infancia presenta, en ese equipo tienen un puesto relevante los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental, en principio para prevenir situaciones de maltrato, y una vez que se hayan producido éstas, para realizar las terapias más adecuadas tanto a los niños como a sus familias.

Índice

- El maltrato infantil desde una perspectiva de salud mental
- Competencias de los Servicios Sociales en la atención al maltrato infantil
- Organización de los Servicios Sociales Municipales del Ayuntamiento de Madrid para la prevención y atención del maltrato infantil
- Programa de atención a menores y familias desde los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid
- Coordinación de la Red de protección a la infancia: Los Equipos de Trabajo con Menores y Familias

El término maltrato infantil hace referencia a un amplio y variado abanico de situaciones que pueden suponer, para un menor, desde un riesgo social leve, moderado o grave hasta un desamparo que requiera su separación del entorno familiar.

En cualquiera de estos supuestos el desarrollo integral del menor se ve obstaculizado al no estar siendo debidamente cubiertas algunas de sus necesidades básicas, bien desde el punto de vista físico, afectivo, cognitivo, emocional o social.

Son precisamente la multicausalidad y complejidad de las situaciones del maltrato infantil las que cada vez más hacen necesaria la coordinación y colaboración de los distintos profesionales que tienen competencias, tanto en la prevención como en la atención de las mismas.

En general, las situaciones de maltrato infantil no suelen presentarse de forma súbita y aislada, a excepción, quizá, de algunos supuestos de desamparo por imposibilidad o incapacidad de los deberes de protección por parte de los padres o tutores, sino que responden a circunstancias de carácter progresivo que se van cronificando si no se abordan y se interviene a tiempo. Situaciones de riesgo leve o moderado se transforman, con demasiada frecuencia, en riesgo grave o desamparo; por eso es tan necesario un abordaje globalizador de las mismas, y que los diferentes profesionales implicados en las situaciones de maltrato infantil se convengan de que la intervención de todos ellos tiene la misma relevancia en su prevención y atención.

El maltrato infantil desde una perspectiva de salud mental

En este curso estamos tratando de analizar la repercusión que las problemáticas de salud mental tienen en la compleja realidad del maltrato infantil, y de antemano hay que señalar que es de gran relevancia. Aunque no disponemos de estadísticas que recojan esta realidad, la experiencia del trabajo diario desde los Servicios Sociales municipales avala que un porcentaje muy elevado de personas derivadas y atendidas en los Servicios Sociales presentan trastornos, más o menos graves, relacionados con la salud mental, y por distintas circunstancias no están en tratamiento en este ámbito, o aun estándolo, los menores no tienen garantizado su adecuado cuidado; siendo, en este caso, las intervenciones desde Servicios Sociales no sólo inoperantes, sino con un gran coste y desgaste personal para los profesionales que van viendo progresivamente cómo por un lado se cronifican las situaciones de exclusión y desventaja social del elevado porcentaje de "clientes" de Servicios Sociales que deberían ser, prioritariamente, pacientes de salud mental, y por otro cómo se producen situaciones de riesgo y/o desprotección de menores debido a las dificultades de cuidado por parte de los adultos.

En relación con el maltrato infantil, podemos encontrar problemáticas relacionadas con salud mental en las siguientes circunstancias:

- Que sea una o ambas figuras parentales los afectados, y esto impida o dificulte la cobertura de las necesidades básicas del menor, en este supuesto serán frecuentes la falta de cuidados físicos, el abandono emocional, las carencias cognitivas....
- Que sea el niño o adolescente quien presente determinadas conductas relacionadas con trastornos de salud mental que los padres o cuidadores no sepan abordar. Estos supuestos pueden generar grandes dosis de stress en los padres, que a veces reaccionan de forma incontrolada con respuestas maltratadoras, sobre todo en forma de maltrato físico, palizas, bofetadas, etc....
- Que el problema de salud mental afecte a cualquier otro miembro de la unidad familiar y esta situación, que en principio no tendría por qué suponer ningún riesgo para el menor, estuviese, sin embargo, afectando negativamente a la cobertura de sus necesidades básicas, al estar sus cuidadores centrados

Competencias de los Servicios Sociales en la atención al maltrato infantil.

El abordaje de cualquiera de las tres situaciones enunciadas en el apartado anterior es competencia de Salud Mental, pues únicamente profesionales formados en este campo pueden dar respuesta, desde la clínica, a estas problemáticas. Sin embargo, con independencia del tratamiento que se dé al enfermo desde Salud Mental, *la protección social de los menores que se encuentren en situaciones de riesgo social corresponde al sistema público de Servicios Sociales*, como bien señala el artículo 50 de la Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y Adolescencia en la Comunidad de Madrid.

El sistema público de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid está integrado por:

- Los Servicios Sociales Generales.
- Los Servicios Sociales Especializados de Atención a la Infancia.
- La Comisión de Tutela del Menor de la Comunidad de Madrid.

El sistema público de Servicios Sociales a su vez forma parte de la Red de protección a la infancia, en la que también ocupan un lugar relevante los Servicios Educativos, los de Salud, la Policía y la Iniciativa Social.

Contribuir a organizar la coordinación y la colaboración entre los distintos elementos de la Red de protección a la infancia debería ser uno de los objetivos de este curso.

Organización de los Servicios Sociales Municipales del Ayuntamiento de Madrid para la prevención y atención del maltrato infantil.

Aunque la Ley de Garantías y Derechos de la Infancia y Adolescencia en la Comunidad de Madrid, anteriormente mencionada, en la que se establecen las distintas competencias administrativas en materia de protección de menores, es del año 1995, el Ayuntamiento de Madrid ya había venido organizando, desde el año 1989, un Programa de Atención a Menores y Familias para dar respuesta a las necesidades sociales de los mismos, con actuaciones desde los Servicios Sociales Generales y los Servicios Sociales Especializados de Atención a la Infancia.

Los Servicios Sociales Generales se desarrollan en los Centros de Servicios Sociales. En la actualidad existen 26 Centros de Servicios Sociales, al menos uno para cada distrito municipal. En estos Centros, de acceso directo, los ciudadanos pueden recibir a través de un trabajador social para cada zona o barrio, una serie de servicios:

- Información y orientación sobre recursos y prestaciones sociales.
- Gestión de prestaciones sociales.
- Intervención profesional, tanto a nivel grupal como individual.

Los profesionales de los Centros de Servicios Sociales son básicamente Asistentes Sociales.

Los Servicios Sociales Especializados de Atención a la Infancia, los denominados CAI's, son dispositivos de segundo nivel, especializados en la atención a menores en riesgo, desamparo o conflicto social, y sus familias. En la actualidad existen cinco centros que dan cobertura a los 21 distritos municipales, conforme a la distribución territorial que a continuación se señala. Sus competencias y funciones son objeto de descripción en un capítulo independiente de este volumen, ya que suponen el principal recurso del programa municipal de atención a menores y familias.

Los CAI están atendidos por psicólogos y trabajadores sociales integrados en equipos, adscritos a los diferentes distritos.

Los SSG y los SSE (CAI) se coordinan para el diseño de la atención y el seguimiento de los casos de menores en los ETMF, como se indica más adelante.

| Centro | Domicilio | Distritos |
|---------|-------------------------------------|--|
| CAI I | C/ Paloma, 23 | Centro, Arganzuela, Retiro, Salamanca, Chamberí |
| CAI II | Avda. Badajoz, 58-60 | Ciudad Lineal, San Blas, Hortaleza, Barajas |
| CAI III | C/ Ricardo Bertrán y Rózpide, 31-33 | Usera, Villaverde, Latina, Carabanchel |
| CAI IV | C/ Luis Buñuel, 12 | Puente de Vallecas, Villa Vallecas, Moratalaz, Vicálvaro |
| CAI V | C/ Pinos Bajos, 41 | Chamartín, Tetuán, Fuencarral, Moncloa |

Programa de atención a menores y familias desde los Servicios Sociales (Ayuntamiento de Madrid)

El conjunto de acciones que se desarrollan en el ámbito de este programa, desde los Servicios Sociales Municipales, tanto Generales como Especializados, tienen dos grandes objetivos generales: el primero el de la atención directa a los menores del municipio de Madrid, en especial aquellos que se encuentren en situación de riesgo social, desamparo o conflicto social, y a sus familias, y el segundo el de colaboración y coordinación con el resto de la Red de protección a la infancia. En el esquema que figura a continuación se recogen los diferentes recursos y servicios que integran el programa de atención a menores y familias, en función de los objetivos a los que los Servicios Sociales Municipales tienen que dar respuesta, en base a lo establecido en la legislación vigente.

Cuadro 1. Esquema del programa de atención a menores y familias

| I.- Atención directa a los menores y sus familias | |
|---|---|
| Objetivos Específicos.- | Recursos |
| 1. Apoyar el proceso de socialización y el desarrollo integral de los menores. | <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de Educación de Calle • Ludotecas para niños/as de 6 a 13 años • Espacio Joven para adolescentes de 14 a 17 años • Centros de Día |
| 2. Apoyar a las familias en el adecuado ejercicio de sus funciones | <ul style="list-style-type: none"> • Servicio de Educación Familiar • Escuelas de Padres. • Servicio de Orientación Jurídica. • Acogimiento Familiar: <ul style="list-style-type: none"> > Familia extensa > Comunit. Remunerado |
| 3. Apoyar a las familias para la superación de necesidad y riesgo social. | <ul style="list-style-type: none"> • Ayudas económicas • Servicio de ayuda a domicilio • Ingreso Madrileño de Integración • Pisos Tutelados |
| 4. Atención Psicosocial especializada a menores en situación de riesgo social, desamparo o conflicto social y a sus familias. | <ul style="list-style-type: none"> • Centros de Atención a la Infancia |
| II.- Colaboración y Coordinación con otros dispositivos de la Red de protección a la infancia. | |
| 5. Participación en programas preventivos interáreas e interinstitucionales. | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el ámbito escolar | <ul style="list-style-type: none"> • Convivir es vivir • Seguimiento del absentismo escolar • Plan específico de compensación educativa en los ocho distritos de la zona Sureste de Madrid |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el ámbito sanitario | <ul style="list-style-type: none"> • Detección del riesgo social en neonatología • Atención a menores en situación de riesgo social |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ En el ámbito del Plan Municipal contra las Drogas | <ul style="list-style-type: none"> • Programa de atención a menores drogodependientes • Actuaciones preventivas en el ámbito familiar y escolar |
| 6. Coordinación de actuaciones para la atención integral a menores, y en especial con el Instituto Madrileño del Menor y la Familia –IMMF-. | <ul style="list-style-type: none"> • Equipos de Trabajo con Menores y Familias. • Convenio de Colaboración con el IMMF. |

Coordinación de la Red de protección a la infancia: Los Equipos de Trabajo con Menores y Familias.

Quizás convendría desarrollar, para su difusión y conocimiento, cada uno de los recursos reseñados en el esquema anterior, pero ello excedería el espacio previsto para cada capítulo del presente volumen, en el que por otra parte ya figura un capítulo relativo a la intervención especializada con menores y familias en el

que se abordan, con mayor detalle, las funciones que los Centros de Atención a la Infancia –CAI’s-, desempeñan, muchas veces a caballo con las competencias de Salud Mental.

Lo que sí conviene resaltar es la necesidad de conseguir una mayor implicación de los profesionales de la Red de protección infantil, en la atención al maltrato infantil, no sólo en la detección de estas situaciones, sino en su prevención, intervención y seguimiento.

Es cierto que los Servicios Sociales Municipales tienen importantes competencias en la atención de los menores maltratados, pero no son los únicos responsables de esta atención, aunque a veces sientan que se les deja solos frente a estas situaciones, de ahí la necesidad de coordinar las diferentes redes de servicios, públicos y privados, que se ocupan e inciden en la calidad de vida de los menores, el ámbito educativo, el sanitario, el policial ...

En esta línea los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid pusieron en funcionamiento en octubre de 1996 los **Equipos de Trabajo con Menores y Familias –ETMF-**, para continuar avanzando desde la práctica y no desde la mera teoría, en la coordinación de la Red de protección a la infancia y en la integración de las intervenciones ante situaciones de maltrato infantil.

Los ETMF se crearon en los 21 distritos municipales, uno por cada Centro de Servicios Sociales. En ellos participan, con carácter obligatorio como miembros permanentes, los Servicios Sociales Generales, los Especializados y los técnicos de la Comisión de Tutela del Menor, pero están abiertos a la participación de todas las instituciones, tanto públicas como privadas que tienen relación con los menores en situación de riesgo social, desamparo o conflicto social.

De hecho, el principal objetivo de la creación de los ETMF fue no sólo garantizar la existencia de espacios formales de coordinación para la atención a menores y familias en cada distrito municipal, sino facilitar que los profesionales de otros ámbitos, especialmente el educativo y el sanitario, asuman que su responsabilidad en materia de protección de menores no termina en la detección de los casos, sino que exige su colaboración en la prevención y resolución de las situaciones de riesgo (artículos 45 y 47 de la Ley 6/95 de 28 de marzo de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid).

Desde la puesta en marcha de los ETMF en el municipio de Madrid, se ha constatado una progresiva implicación del resto de los miembros de la Red de protección a la infancia en la intervención con los menores en riesgo social, desamparo o conflicto social. Así, en el año 1999, se han visto 4.319 casos de menores en 616 reuniones de ETMF en 25 Centros de Servicios Sociales (en uno de ellos no existe ETMF), además de los miembros permanentes, la participación de otros recursos fue la siguiente:

| Otros recursos | Nº de Centros de S. Sociales en los que participaron |
|--|--|
| • Técnicos municipales de educación | 16 |
| • Centros Atención a Drogodependientes | 18 |
| • Centros municipales de salud | 10 |
| • Salud Mental | 20 |
| • EOEP | 23 |
| • Equipo 10 (Consejería de Educación) | 21 |
| • ONG’s | 14 |
| • Otros colaboradores | 23 |

Esta participación permite intervenciones más globales y eficaces que inciden en una mejor protección de los menores maltratados.

Es de esperar que la creación de los Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia en la Comunidad de Madrid, cuya Ley Reguladora fue aprobada por la Ley 18/1999 de 29 de abril, consiga institucionalizar la coordinación y colaboración de todos los profesionales de la Red de protección a la infancia, pues es imprescindible que ante situaciones tan complejas y multifactoriales, como las del maltrato infantil, para las que muchas veces no existen soluciones satisfactorias para nadie, aunemos nuestros esfuerzos y recursos para un abordaje globalizador de las mismas, siempre más eficaz que el abordaje parcializado al que tendemos, muchas veces por falta de tiempo y otras por determinados recelos ante profesionales de otras disciplinas, que el mutuo conocimiento tiende a hacer desaparecer.

Concepción Baro
Raquel García López

Bernarda: "Una hija que desobedece deja de ser hija
para convertirse en una enemiga
" La Casa de Bernarda Alba (III Acto)
Federico García Lorca

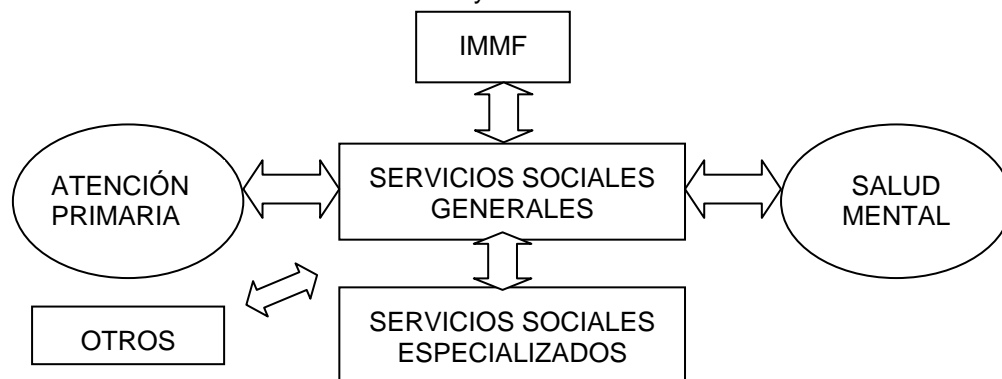
Índice

- Relación maltrato infantil –Trabajo social
- La intervención del trabajador social:
 - En la Atención Ambulatoria
 - En la Coordinación Institucional

Partimos de la base que la atención en las situaciones de maltrato no es exclusivo de los profesionales de la Salud Mental. Existe una red de atención establecida por la Comunidad de Madrid, en la que la Consejería de Servicios Sociales, en especial el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (I.M.MF), es la responsable en materia de menores junto con los Servicios Sociales Municipales .

Por tanto queremos explicar el papel que el trabajo social desempeña en la atención en salud mental, dentro del rompecabezas de actuaciones ante situaciones de maltrato infantil.

Grafico1. Servicios sociales en la atención a la infancia y adolescencia.



No hablaremos de servicios sociales, ni de recursos sociales. Tan solo queremos exponer nuestra experiencia laboral en el campo de la Salud Mental como profesionales del Trabajo Social, concretamente en el Programa Infanto Juvenil, sobre el que específicamente recae la atención de situaciones de riesgo y maltrato al menor.

Relación maltrato infantil – trabajo social

El maltrato infantil en el ámbito sanitario, no era algo en lo que los profesionales se sintieran implicados (aunque se pudiera tener conocimiento del mismo). Sin embargo, en el trabajo social esta implicación se produce desde el principio. Como es sabido hasta el año 1962 clínicamente no se describe el Síndrome del Niño Apaleado (Henry Kempe). Los profesionales de la salud no tenían en cuenta que detrás de las lesiones o enfermedades se daban unos factores sociales que había que atender.

El Trabajo Social, desde su conceptualización por Mary Richmond (finales siglo XIX) aporta ideas que van a contribuir a que el trabajador social sea un profesional "privilegiado" a la hora de abordar situaciones y contextos en donde se den situaciones de maltrato infantil.

M. Richmond, nos dice que *"El Trabajo Social debe investigar, denunciar, crear opinión pública y favorecer los avances sociales"*. Fue también una activista reconocida en la lucha para la prohibición del trabajo de menores en Estados Unidos a principio del siglo XX. Nos aportó también al Trabajo Social la idea de que para comprender a los individuos y a las familias debemos hacerlo en su historia y no en el aquí y ahora. Otra aportación importante es que el Trabajo Social es más que el mero trámite de prestaciones y recurso (los trabajadores sociales no somos ficheros humanos).

Siguiendo a la misma autora, con relación al trabajo social y la psiquiatría, ya hablaba de la implicación entre ambas disciplinas: *"La importancia de semejante colaboración debe resultar evidente, ya que en el terreno de lo mental, aún más que en el de lo físico, un buen diagnóstico depende en gran parte del contexto social, y el tratamiento subsiguiente suele consistir fundamentalmente en lograr una mayor adaptación con el medio"*.

Por tanto y como ya señalábamos anteriormente, los trabajadores sociales por tradición, por formación, por la facilidad de acceso a las familias y a los domicilios, por la facilidad de acceso al entorno social y a otros profesionales y recursos y por la posición que tenemos en los propios equipos de salud mental, somos profesionales "privilegiados" a la hora de abordar situaciones de maltrato.

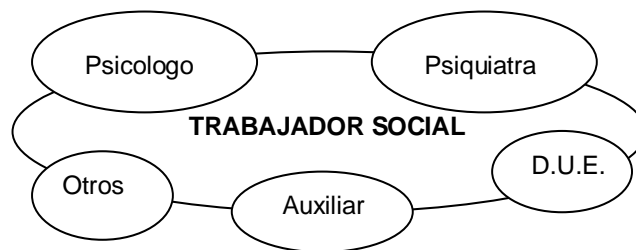
Antes de pasar a hablar de la intervención del trabajador social en los Equipos de Salud Mental en casos de maltrato infantil, reflexionaremos sobre las dificultades con las que nos encontramos y que podrían ser extensivas a todos los profesionales de Salud Mental:

- Escasa formación especializada en maltrato por parte de los profesionales de Salud Mental.
- La mayoría de los profesionales comparten su actividad entre el programa de adultos y el de infanto-juvenil
- La intervención desde diferentes modelos teóricos.
- La intervención de Salud Mental y sus resultados terapéuticos, van a depender en gran medida del momento en que se va a requerir su actuación.
- Desde Salud Mental en ocasiones resulta difícil asumir la intervención de varios profesionales en el mismo caso.
- El no tener una visión global del problema y quedarse únicamente con lo que se ve en el contexto de la consulta psiquiátrica.

La intervención del trabajador social

El trabajador social, por su labor en los equipos de salud mental, está en coordinación con el resto de profesionales que integran el mismo, de tal manera que hay espacios comunes, donde la intervención con los pacientes y familias ha de compartirse.

Gráfico 2. Trabajador social y Equipos de Salud Mental



Pero no sólo va a estar en coordinación con los distintos profesionales del equipo de salud mental, en su tarea, está desarrollando toda una serie de actividades fuera del mismo y del Servicio, en las que va a estar en coordinación con instituciones y profesionales de distintas disciplinas.

Gráfico 3. Trabajador social y relación con instituciones de atención al niño y familia



Estos dos aspectos de la intervención del trabajador social son los que vamos a exponer.

Atención ambulatoria

En la Prevención

La prevención se realiza tanto desde la consulta de adultos como desde la consulta de infantil.

1. Desde la consulta de adultos:

- Con el seguimiento de las familias con menores donde uno de sus miembros sufre una patología psiquiátrica grave.
- En situaciones de crisis familiares en que el adulto solicita consulta psiquiátrica

¿Cómo?:

En los Equipos de Salud Mental se tiene que entender que frente al maltrato infantil todos los profesionales tienen responsabilidad en su detección y prevención. Para ello el trabajador social en la coordinación con los distintos profesionales del equipo ha de articular la forma para que desde las consultas de adultos se le informe sobre aquellos casos en que puede haber un riesgo para un menor.

El seguimiento a realizar por parte del trabajador social quedará determinado en la valoración que se haga en la entrevista social pertinente y de forma consensuada con el terapeuta que trata al adulto. Recordemos que estamos hablando desde la prevención primaria en Salud Mental donde el objetivo es evitar situaciones

de riesgo para aquellos menores que por la enfermedad psiquiátrica grave de alguno de los miembros de su familia pueden ser más vulnerables, aunque no queremos decir con esto que la enfermedad mental en si misma genere mayores riesgos de maltrato infantil.

2. Desde la consulta de infanto-juvenil

- En las primeras consultas de evaluación, cuando se detecte una situación de posible riesgo para el menor.
- Haciendo el seguimiento de aquellas familias en las que hay un menor, con patología grave o severa.

¿Cómo?:

- Realizando una entrevista social como parte de la evaluación en la consulta de infantil. Esta entrevista de valoración socio-familiar por parte del trabajador social se realizará en aquellos casos que el profesional que hace la primera evaluación, detecte situaciones de riesgo. Para ello la coordinación entre los diferentes miembros del Equipo de Salud Mental ha de ser fluida y consensuada.
- Con un tiempo y forma de “escucha” diferente para las familias, a la que puede ofrecer la consulta psiquiátrica.

En la atención

En los Equipos de Salud Mental se plantea con frecuencia el problema de que hacer cuando se **sospecha** la existencia de maltrato a un menor, pero sin signos determinantes. No es raro escuchar a muchos terapeutas decir que a salud mental no corresponde investigar si ha habido abuso o no a un menor y en todo caso que sea el trabajador social del equipo quien lo investigue, mientras que el terapeuta se autoexcluye, para “salvaguardar” la “relación terapéutica”.

A) Ante la **sospecha**:

- No negar o banalizar
- Actuar siempre en diada el terapeuta y trabajador social.
- Validar la existencia del maltrato y características del mismo
- Expresar la validación que se ha hecho del maltrato notificándose, lo que implica el trasladar el problema que afecta al menor, del dominio privado al dominio social.
- Expresar la validación del maltrato con firmeza y respeto en el ámbito de la consulta psiquiátrica de forma conjunta entre el terapeuta y el trabajador social.

El proceso de validación consiste en establecer un procedimiento destinado a confirmar o informar del contenido de un señalamiento de maltrato. Salvo en el maltrato físico, donde las marcas son evidentes, es imposible “objetivar” la existencia de malos tratos. Por tanto la validación es un procedimiento destinado a:

1- Afirmar la existencia de malos tratos y características de los mismos: Indicadores directos, indicadores indirectos.

2- Determinar la gravedad y la urgencia de la intervención

3- Evaluar la dinámica familiar:

- Zonas de patología y disfuncionalidad
- Recursos familiares
- Plasticidad estructural y posibilidades de cambio

4- Evaluar áreas de conflicto y de recursos de la red familiar proponiendo las medidas de protección para el niño y un diseño terapéutico integral.

B) En Las Terapias Coactivas

Serian aquellos casos en que una vez confirmado un maltrato o abuso, los Servicios Sociales o bien Judiciales, derivan a los Servicios de Salud Mental a menores o a sus familias para que realicen un tratamiento psicoterapéutico. Estas intervenciones terapéuticas se harían sin una demanda de ayuda por parte de los interesados sino que es otra institución la que les “obliga” a realizar la misma. La intervención terapéutica pasa a convertirse así, en la garantía *explícita* para la protección de los menores. Para garantizar la confidencialidad, condición imprescindible en el trabajo psicoterapéutico, al mismo tiempo que se garantiza la protección del menor, se distinguirán dos momentos de la intervención terapéutica: “la intervención social terapéutica” y “la terapia” como espacios diferenciados.

¿Cómo?:

- Actuando siempre en coordinación el trabajador social con el terapeuta (diada psicosocial).
- Al actuar en “diada psicosocial”, el trabajador social puede asumir el primer momento de la intervención terapéutica (la intervención social terapéutica) y así la confidencialidad en la terapia queda salvada.
- Aportando los datos socio-familiares por medio del informe social
- Asumiendo que la ayuda psicoterapéutica en el maltrato, no excluye el “control”
- No favoreciendo en las familias en que se dan situaciones de maltrato la división en “buenos y malos”.

- Realizando una adecuada exploración de la red psicoafectiva del menor y la familia
- En constante coordinación con las autoridades judiciales o sociales derivantes del caso

En el seguimiento de casos

La labor del trabajador social de salud mental en esta fase sería:

- Realizar entrevistas y visitas de seguimiento
- Coordinación con otras instituciones
- Orientación sobre los recursos mas adecuados
- Utilización de la red psicoafectiva del menor y la familia

Coordinación Institucional

Antes de referirnos al papel del trabajador social en salud mental en el ámbito de la coordinación, diremos que entendemos por Coordinación.

Definición:

“ La Coordinación es física y química, une dos elementos de forma que el resultado final parezca en el mismo nivel que los elementos e iniciales sin que ninguno prevalezca sobre el otro”- Real Academia de la Lengua-

La Coordinación supone una conciencia de inter- dependencia profesional, es una responsabilidad compartida, sin posibilidades de huida afrontando con valentía el problema, con el código de comunicación fresco, aunando esfuerzos en una escalada común de prioridades sin apartarnos de las metas con coherencia en los resultados (I. Prieto, Monográfico de Trabajo Social y Salud Mental, Colegio Profesional de TT.SS. y AA.SS. de Madrid).

La Coordinación es beneficiosa no sólo para los profesionales que la realizan sino para la población con la que trabajamos.

Hay que tener presente la importancia de la comunicación en la coordinación, de su contenido y de su forma. La metodología y el proceso se apoya en una comunicación fluida y de calidad y se basa en unos principios como: lucidez, voluntad, transparencia, simplicidad, rapidez, duración, adaptación, compromiso, seducción, anticipación.

Destacamos y resaltamos los atributos de una buena coordinación: fiabilidad, capacidad de respuesta, competencia, accesibilidad, cortesía, comunicación comprensible, credibilidad, seguridad, comprensión, soporte físico.

La condición básica para una buena coordinación es la confianza entre los equipos, la seguridad de que el trabajo conjunto va a ser enriquecedor a pesar de lo incomodo que puede ser salir de los esquemas habituales propios.

La coordinación la podemos determinar en diferentes etapas:

- Fase de información e intercambio. Tiene que existir previamente un conocimiento reciproco de las funciones que cada Institución realiza en un determinado territorio, asumiendo los comunes.
- Identificación dentro del diagnóstico y análisis de la demanda
- Seguimiento de una hipótesis.
- Planificación basada en la participación activa con unos objetivos consensuados inter-equipo.

Además de observar la calidad y los principios de la comunicación, debemos tener presente la metodología de nuestra formación teórico- profesional, que nos sirva de guía y tener la flexibilidad necesaria que exige la adaptación que hace que cada coordinación sea diferente y única por la variedad, diversidad de instituciones y profesionales.

En cada momento del proceso de coordinación hay unas tareas específicas pero puede ocurrir que “enferme” en alguna de las etapas y se produzcan disfunciones que se deslizan a los extremos, caracterizados por el exceso o el defecto en el cumplimiento de la tarea.

Los problemas o dificultades que encontramos en los dos extremos serían:

| Por exceso | Por defecto |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Rivalidad entre los equipos • Fiscalización del otro equipo • Burocratización. • Creación dependencia patológica | <ul style="list-style-type: none"> • Depositación en el otro • Aislamiento de cada equipo • Abandono |

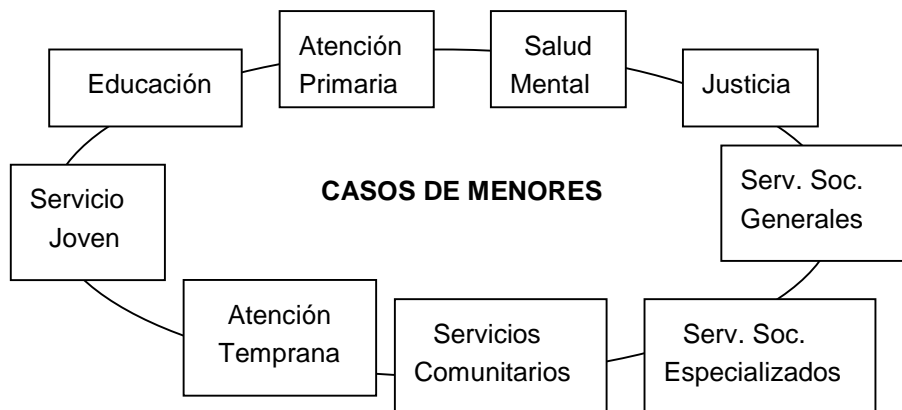
La coordinación entre equipos no implica una posición jerárquicamente diferente, pero se tiende a considerar, implícitamente, que es más prestigioso el equipo mas especializado. Estas jerarquizaciones encubiertas son las causas de muchas desavenencias que surgen en el trabajo cotidiano.

Desde el desarrollo de la Red Pública de Servicios Sociales y de la implantación por distritos sanitarios de los Servicios de Salud Mental, podríamos afirmar que ha existido un interés común respecto a los menores, principalmente en riesgo, cuyo objetivo es el de detectar las necesidades de la zona geográfica de intervención e intentar abordarlas de una forma global.

Lo que en un principio surgió como una relación entre distintos profesionales con inquietudes y preocupación compartidas en materia de menores, se fue convirtiendo en una coordinación entre equipos, hasta cristalizarse e institucionalizarse con la Ley de Garantías de Derechos de la Infancia y Adolescencia (ley 6/1995 de 28 de marzo. Art. 86: “Creación de las Coordinadoras como órganos colegiados para organizar las diferentes Redes de Servicios Públicos que se ocupan o inciden en la calidad de vida de los menores de edad que residen en la Comunidad de Madrid”).

En la mayoría de distritos sanitarios y de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, existen las Mesas de Trabajo del Menor y la Familia, cuyo objetivo es abordar la problemática de los menores en riesgo de una forma integral, así como la de realizar y consensuar el diseño de la intervención y compartir responsabilidades. Estas mesas están formadas por diferentes profesionales de los Servicios Sociales Generales y Especializados, Sanitarios, Salud Mental, Educativos, etc., y se reúnen de forma periódica.

Gráfico 4. Mesas de Trabajo del Menor y la Familia



Por tanto, nuestra labor como trabajadores sociales en salud mental en el ámbito de la coordinación, es hacer de nexo entre nuestro propio equipo y los demás que participan en la atención a la infancia y adolescencia. Que las relaciones inter-equipos sean rápidas y fluidas, va a facilitar dar una respuesta integral y efectiva ante las situaciones de maltrato de menores.

Conclusiones

- En lo que se refiere a la asistencia a los menores víctimas de maltrato, el desafío es facilitar dinámicas sociales participativas en las que cada cual, conforme a su nivel y competencia, puede crear con los menores y sus familias condiciones y respuestas para prevenir y tratar el maltrato.
- Una posible alternativa para una buena coordinación “inter e intra” equipos, pasaría por un programa de formación continuada de profesionales. Esto añadiría a la formación académica un modelo continuado y basado en la experiencia bidireccional y sensibilizador.

Índice

- Papel del policía en el maltrato infantil
- Papel del agente de policía en situaciones de emergencia
- Papel del agente de policía en la prevención

Los agentes de policía juegan un papel fundamental en el proceso de detección de casos de maltrato infantil. Los agentes de policía son:

- los profesionales o servicios de protección a la infancia más conocidos por la población general,
- fácilmente identificables,
- normalmente son al que acuden los profesionales y ciudadanos en primer lugar y
- la cobertura permanente de su servicio a disposición de los ciudadanos, pudiendo responder de manera rápida, casi inmediata, a cualquier solicitud y en todo momento.

El objetivo y la función primordial que cumple la policía es el encargarse de asegurar el bienestar de los ciudadanos defendiendo su integridad proporcionando seguridad y protección, siendo los niños el sector de población más vulnerable y desprotegido.

Papel del policía en el maltrato infantil

La intervención de las Fuerzas de Orden Público - Policía Nacional, Policía Local y Guardia Civil - se puede producir para:

- recoger testimonios y pruebas dirigidas a verificar o refutar la existencia de un delito o falta hacia un menor o falta por parte de un menor
- adoptar las medidas de protección / control / sanción y la derivación del caso al Sistema Judicial o de Protección Infantil si es pertinente
- detectar niños que viven en circunstancias familiares y sociales de riesgo
- detener a menores sin domicilio estable
- recoger notificaciones o denuncias de ciudadanos, profesionales, instituciones, padres, menores, etc., relativas a niños en situación de riesgo o desprotección
- proteger y apoyar a los técnicos de los servicios de protección a la infancia en la ejecución del procedimiento y de medidas administrativas cuando hay o se prevé oposición de los padres o, en su caso, trasladar al menor tutelado al centro de destino.

El Grupo de Menores de la Policía Judicial (GRUME) es un equipo especializado en la problemática de la infancia y la adolescencia que interviene en las siguientes áreas:

- *Protección*: intervención con menores víctimas de delitos o faltas o abandono o cualquier otra situación en la que sea necesaria una actuación de protección al menor de dieciocho años:
 - * desamparo y/o abandono
 - * malos tratos agresiones, abusos sexuales o contra la libertad sexual
 - * utilización de menores para la mendicidad
 - * control e investigación de fugas tanto del domicilio como de centros de acogimientos residencial
 - * colaboración con la Comisión de Tutela del Menor en mandamientos de entrada para hacer efectivas las tutelas asumidas por dicho organismo
- *Reforma*: intervención con menores autores de delitos o faltas tipificadas en el Código Penal hasta los dieciséis años
- *Coordinación* con Juzgados de Menores - Fiscalía de Menores - Juzgados de Instrucción y Juzgados de Primera Instancia y Familia.

Las funciones de:

- verificar si un menor ha sido víctima o no de una situación de maltrato, y
- adoptar las medidas protectoras urgentes en caso necesario,

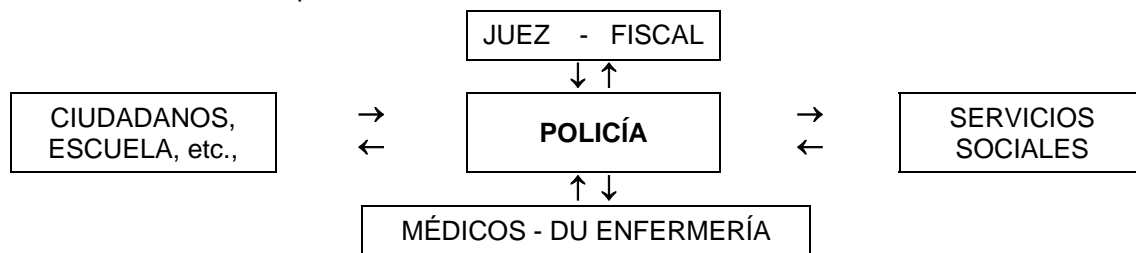
coinciden con las que corresponden a los Servicios de Protección de Menores en cuanto a objetivos de la actuación y el momento en que se llevan a cabo.

Por ello, la coordinación de las actuaciones de ambos servicios es absolutamente necesaria, así como la flexibilidad necesaria para adaptarse a las necesidades particulares de cada caso.

La actuación en casos de maltrato infantil de las Fuerzas de Orden Público en general y del GRUME se caracteriza por:

- Intervención puntual, no seguimiento de los casos cuya competencia asumen los servicios sociales.
- Atención prioritaria y permanente al menor en servicio de veinticuatro horas
- Traslado a centros sanitarios si existen lesiones
- Retirada del menor del contexto familiar e ingreso en Centro de Acogida de Protección o entrega a familiar distinto del autor de los malos tratos
- Investigación del caso de malos tratos: autor, obtención de pruebas, toma de declaración,...
- Coordinación con otros dispositivos de atención educativa, sanitaria, servicios sociales, judiciales, asociaciones y ONGs., etc.

Cuadro 1. Relaciones de la policía en casos de maltrato infantil



Debe existir una colaboración estrecha con los **servicios sociales** por:

- la finalidad de informar de un caso no es castigar al perpetrador sino proteger la niño y facilitar la actuación sobre las causas (factores de riesgo)
- es importante evitar la duplicidad entre la investigación judicial y la de los servicios sociales
- intervenciones con menores que también tiene carácter preventivo: identificando y comunicando a los servicios sociales situaciones de riesgo
- el trabajo cotidiano de muchos policías implica el contacto y la intervención directa con casos cuya problemática puede favorecer que se produzcan o puede hacer sospechar que es posible que ya se este produciendo en situaciones de marginación social como: violencia familiar, delincuencia, toxicomanías, pobreza extrema, etc.

Así mismo debe existir una colaboración con los **servicios sanitarios**:

- recogida del parte de lesiones para su remisión al Juez de Guardia, lo que implica dar a conocer la existencia de un niño con posibles lesiones producidas por maltrato infantil
- solicitud de reconocimiento médico a efecto de determinar posibles lesiones debidas a malos tratos
- dentro del proceso de investigación, dentro de los límites del secreto profesional, solicitud de información relativa a circunstancias de riesgo o de existencia de maltrato infantil.

La colaboración con el **dispositivo escolar**:

- patrullaje en zonas escolares para detectar niños que no son recogidos por sus familias, menores que en horario escolar no están en el colegio,...
- puntos de consumo de drogas, consumo y venta de alcohol a menores de 16 años, ...

La actuación con el **sistema judicial**:

- obtener la información solicitada por el Juez o el Fiscal

Papel del agente de policía en situaciones de emergencia

La integridad física y mental de un niños e, incluso su vida, se encuentran en grave peligro

- contactar inmediatamente con la Comisión de Tutela del Menor como servicio de protección infantil
- si existe un peligro inminente y real para la vida del niño y las condiciones no permiten ese contacto inmediato el agente de policía esta capacitado para sacar al niño de su hogar familiar aun en contra de los deseos de sus padres, debiendo acudir posteriormente al Juzgado de Guardia o al Fiscal.

La retirada de los menores, sin ser claramente una actividad policial, se puede considerar como cualquier otro servicio dentro las funciones sociales que esta Corporación realiza. Intervención que por la propia dinámica del servicio y por el resultado traumático del hecho de separar a los hijos de sus padres puede llegar a ser extremadamente peligrosa.

Papel del agente de policía en la prevención

Las Fuerzas de Orden Público no solo intervienen cuando los hechos ya se han producido sino que tienen un importante papel en la prevención del maltrato infantil a través de:

- identificar situaciones de riesgo y comunicarlo a los servicios sociales, prestando una atención especial y continuada a dichos casos

- potenciar y participar de manera activa en actividades comunitarias dirigidas a la prevención

Indice

- Papel del Fiscal
- El menor víctima de otro menor
- Menores agresores en el seno de la familia
- El menor en las crisis familiares
- Fiscal e intervención sanitaria
- Comunicación al Fiscal

El Ministerio Fiscal es la Institución constitucionalmente encargada de promover la acción de la justicia, y en concreto la Institución llamada a la defensa de aquellas personas que no pueden valerse por sí mismos, como ocurre con los menores que no han alcanzado su plena capacidad de obrar. La Constitución en el artículo 124.

La Ley 21/87 que modificó el código civil, la protección de menores descansa en las "entidades públicas de protección de menores" de cada Comunidad Autónoma, por traspaso del Estado de estas competencias (en Madrid, residen en la Comisión de Tutela del Menor del Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales), que las ejercen bajo la "superior vigilancia del Ministerio Fiscal" en redacción del art. 174 del código civil.

El Fiscal ocupa legislativamente una posición ciertamente privilegiada ya que está presente en los distintos ámbitos del ordenamiento jurídico que contemplan:

- la situación de menores desprotegidos, desamparados o en situación de riesgo
- en el ámbito de protección de menores al Fiscal corresponde la superior vigilancia de la actuación de la Administración Autonómica (Art. 174 del Código Civil)
- de menores víctimas de delito el Fiscal interviene en el proceso penal ejercitando la acción penal, solicitando la represión del delito y pidiendo que se adopten las medidas permitidas por nuestra legislación penal en beneficio del menor

La Ley Orgánica 1/96 de protección jurídica del Menor, abunda en esta regulación, perfilando las instituciones jurídicas ya existentes (como es el caso del acogimiento o la adopción internacional), o creando otras nuevas como la que regula la "situación de riesgo".

Cuadro 1. Acciones de protección civil del menor

| | |
|---|---|
| Tutela | - "ex lege" por desamparo y guarda - ordinaria |
| Acogimiento | a. Por el modo de constituirse: - Administrativo - Judicial |
| | b. Por los objetivos - Simple - Permanente - Provisional - Preadoptivo |
| Adopción - Adopción internacional | |
| Administración de los bienes de los menores | |
| Declaración administrativa de riesgo | |

El Fiscal según el artículo 3.7 de su Estatuto Orgánico tiene atribuida la función de "asumir o en su caso promover la representación y defensa en juicio y fuera de él de quienes por carecer de capacidad de obrar o de representación legal, no puedan actuar por sí mismos, así como promover la constitución de los organismos tutelares que las leyes civiles establezcan y formar parte de aquellos otros que tengan por objeto la promoción y defensa de menores y desvalidos".

Papel del Fiscal

El Ministerio Fiscal tiene, entre otras, atribuidas por ley la defensa de los derechos de los menores desde: La necesaria **intervención legal** de los Fiscales en los procesos penales por maltrato a menores, o en los que pueda derivarse riesgo para los menores y en los procesos civiles del derecho de familia (patria potestad, tutela, guarda, acogimiento, adopción, separación, divorcio o nulidad en la que existan niños menores ...) hacen del Fiscal que sea una pieza fundamental en la intervención contra el maltrato, pues el Fiscal puede instar ante los Órganos Judiciales que se adopten medidas de protección de los menores (art. 13 Ley de Enjuiciamiento Criminal, art. 158 del Código Civil) e incluso instar la privación de patria potestad o la extinción de la tutela o guarda del menor.

Tipos penales aplicables. Código penal LO. 10/95

| Artículos | |
|---------------|---|
| 138, 139 | delitos contra la vida o la integridad física de los menores en los tipos generales como el homicidio y asesinato |
| 148.3 | malos tratos regulado en los artículos de las lesiones y en concreto las lesiones a menores de 12 años |
| 153 | malos tratos habituales |
| 180.3, 180.4 | tipos penales que protegen la libertad sexual |
| 181,182,183 | abusos sexuales |
| 184 | acoso sexual |
| 187,188,189 | exhibicionismo y provocación sexual y relativos a la prostitución |
| 189,191 | facultan al Ministerio Fiscal para proceder en muchos de estos delitos, al tratarse de menores víctimas, para el ejercicio de la acción punitiva, y para instar la privación de la patria potestad, acogimiento o tutela. |
| 220, 221, 222 | suposición de parto, la alteración de la paternidad, estado o condición del menor |
| 226 a 233 | quebrantamiento de los deberes de custodia y la inducción al abandono del domicilio familiar, abandono de familia y niños |
| 227 | impago de pensiones a favor también de los hijos menores |
| 231.1, 231.2 | explotación y mendicidad de menores |
| 617 | diversas faltas por el déficit del ejercicio de sus obligaciones por parte de padres o tutores mediante malos tratos |
| 622 | quebrantamiento de las resoluciones respecto a menores |

Para el ejercicio de esta competencia el Fiscal puede ejercer delante de los tribunales civiles y penales las acciones necesarias para la protección de los menores, así como para la defensa de sus intereses. También podrá solicitar la intervención de la Comisión de Tutela del Menor y otros organismos y entidades con la finalidad de que se realicen las medidas adecuadas para la protección de los menores

- La Ley Orgánica 4/1992 de 5 de junio les ha atribuido también la **función de instruir** (dirigir la investigación y recogida de las fuentes de prueba) los expedientes por infracciones penales cometidas por los menores de edad comprendidos entre los 12 y los 16 años, así como la de solicitar la imposición de las medidas procedentes en cada caso, garantizando siempre el ejercicio de sus derechos por parte de los menores
- El Fiscal tiene entre sus **funciones de vigilancia** de los menores sujetos a medidas de protección y las de representar a los menores y desvalidos, siendo el órgano del Estado para actuar tanto en el proceso de toma de decisión para instar la actuación judicial como en la ejecución de dicha decisión en los procesos de intervención frente a situaciones de maltrato.
- En el marco de esta importante función del Fiscal tiene encomendada la superior vigilancia de la tutela ejercida por la Comisión del Tutela de Menor respecto de los niños en situación de desamparo.
- La Fiscalía de Menores del Tribunal Superior de Justicia de Madrid dispone de **Equipos Técnicos**
- Se reclama desde este Programa la atribución de un **fuero especial a los menores**, al modo de lo previsto en los artículos 412 y 413 durante la instrucción y 702 y 703 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal durante la fase de juicio oral, para determinadas autoridades, de forma que los menores puedan declarar en su domicilio, o por escrito incluso efectuado por el secretario judicial que transcriba las manifestaciones del menor en su domicilio o lugar adecuado, y con el asesoramiento técnico que precise.

El menor víctima de otro menor

Cuando el agredido y el agresor son menores de edad entra en juego lo establecido por la Ley Orgánica 4/92 para la responsabilidad de menores que, en la actualidad, permite la intervención entre los 12 y los 16 años con amplias facultades al fiscal para llegar a soluciones a través de la mediación o la reparación extrajudicial

La Ley Orgánica 4/92 reguladora de la competencia y el procedimiento de los Juzgados de Menores:

- tiene como objetivo establecer un procedimiento para aquellos menores de 16 años y mayores de 12 que han infringido las leyes penales (Código Penal y Leyes Penales especiales)
- la interpretación sistemática de la ley es evidentemente educativa
- es una Ley limitativa de los derechos y libertades de los menores de edad penal que carecen de culpabilidad aunque infringan tipos penales. No cometen delitos por lo que no se les puede imponer penas sino medidas.

- Las medidas restrictivas pueden afectar a los derechos fundamentales, artículos de la Constitución 17 (derecho a la libertad) y 18 (honor, intimidad y a la propia imagen)
- la intervención de equipos técnicos salvaguarda los principios constitucionales y asegura el interés superior del niño durante el proceso
- otorga al Ministerio Fiscal una serie de competencias que pueden calificarse como de protección de menores
- corresponde al Fiscal:
 - a. proponer la imposición de una medida determinada.....
 - b. encontrar soluciones con evidente valor en el ámbito educativo mediante la interrelación del derecho y las ciencias sociales fuera del ámbito procesal a través de la mediación o la reparación extrajudiciales.

Una cuestión que plantea amplios problemas es la que se refiere a la posición de la víctima. En ocasiones, las medidas y atenciones al agresor, como menor que precisa una actividad de protección, está suficientemente cubierta por las instituciones (servicios sociales) que regulan las leyes. Pero se observa un importante déficit de atención a la víctima, que, especialmente cuando es menor debe encontrar atención a aquellas situaciones que se han producido y cuyo resarcimiento requiere una actividad de carácter institucional y específicamente de las instituciones de protección de menores.

Menores agresores en el seno de la familia

Un problema relevante que reviste suma gravedad es el originado por las conductas de adolescentes o preadolescentes que, sin llegar a realizar conductas tipificadas en el Código Penal, mantienen comportamientos de absoluta rebeldía tanto en casa como en el colegio impidiendo de hecho el ejercicio de la patria potestad por parte de sus padres o tutores.

La respuesta institucional, vía art. 172 del Código Civil o 7 de la Ley orgánica 1/96, es prácticamente nula por ineficaz, lo que unido al insuficiente tratamiento de la salud mental de los menores por parte de los recursos públicos de salud mental, ya que muchos de estos problemas tienen su origen en problemas relacionados con salud mental que unido también a las deficiencias del sistema educativo, que detecta el problema pero, generalmente, ni lo atiende ni lo canaliza adecuadamente, coloca a estos niños, en graves situaciones de riesgo, abocándoles a comportamientos marginales y generando mucho sufrimiento dentro de la familia.

Se reclama una atención especial para estos casos, coordinando los servicios de salud mental con las instituciones de protección de menores, mediante la creación de pequeños núcleos de convivencia como pisos tutelados, a cuyo cargo deben estar profesionales debidamente formados para atender menores en esta situación.

El Juez cuenta con instrumentos legales suficientes (Como arts. 92 y 158 del Código Civil) para que con el Ministerio Fiscal que representa al menor y promueve la acción de la justicia, aplicar la medida mas adecuada al interés del menor.

El menor en las crisis familiares

Los niños en los procesos de separación y divorcio, en los que los intereses de los padres no suelen ser coincidentes con los de sus hijos, que también , suelen ser moneda de cambio en otros intereses de los adultos.

En estos casos el Fiscal es parte en representación del menor y ante posibles intereses antagónicos de los padres actúa ante el Juzgado de Familia proponiendo la prueba que permita determinar cual es el interés del menor en el proceso. Y es función del Juez, proveer a estos intereses con los apoyos, en su caso, de los equipos técnicos, para resolver no solo el pleito originado por la crisis familiar sino la situación del menor.

Es evidente que la aportación de los profesionales que conocen al niño es relevante a los efectos que se pretenden de salvaguardar el interés y la posición de los niños.

Fiscal e intervención sanitaria

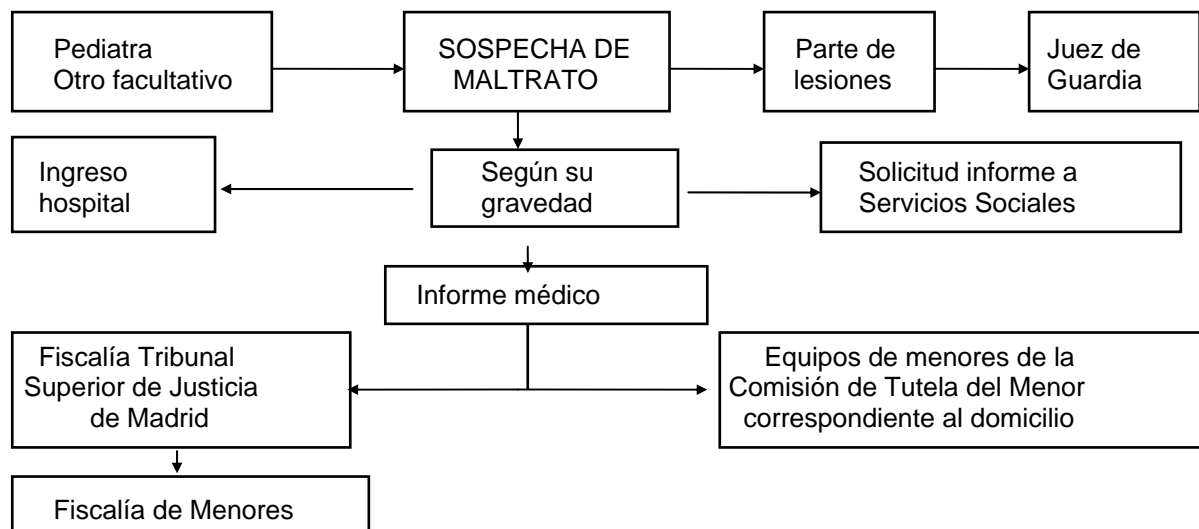
Desde el punto de vista del Ministerio Fiscal, y para el ejercicio de la acción penal por los hechos de que ha sido víctima el menor es sumamente importante, que el contacto con el profesional (sanitario, servicios sociales, educativos,...) que recibe la primera información sea lo más cuidadoso posible e dos aspectos:

1. En cuanto a referencias externas, mediante la toma de datos y observación precisa de las circunstancias del hecho, comenzando por el relato mismo que haga la víctima si la edad lo permite, ya que de este relato, inmediato o al menos próximo al momento de los hechos, se pueden extraer detalles después muy valiosos para el proceso, así como, incluso, un testimonio de referencia que se puede utilizar en el mismo
2. En la propia estimación personal y profesional del facultativo interviniente en la exploración del niño. Así, el facultativo médico puede aportar una serie de datos, precisos, que permitan una exacta determinación de las circunstancias del menor, de su situación en el momento de sufrir la agresión y de las particularidades de la misma que permitan apoyo argumental a las declaraciones del niño en el proceso

Al igual cabe decir del profesional que realiza la exploración psicológica del agredido que pondrá de manifiesto las características de la situación de aquel tras la agresión, que igualmente permitirá apoyar la descripción de los hechos del niño en el proceso

La comunicación al Fiscal de los hechos apreciados por el facultativo, permitirá elegir la opción más adecuada al interés del menor, es decir, la acción penal si se dan los requisitos para ello, o una acción de protección de derechos fundamentales, o la acción de protección, o la adopción de medidas cautelares específicas para la solución del caso planteado. Siempre desde el punto de vista jurídico, pues el asistencial compete a otras Instituciones como veremos seguidamente.

Tabla 1 .Intervención en casos de maltrato



En la apreciación de la situación de **riesgo** cuenta mucho las informaciones que los profesionales del primer nivel (servicios sociales, pediatras, centros hospitalarios, etc.), que permitan detectar la situación del menor y las posibilidades de intervención. Naturalmente, la situación de riesgo puede estar ligada a otras situaciones que requieran un tratamiento jurídico determinado, e incluso tramitarse en un proceso penal, como por ejemplo en una situación de malos tratos continuos por parte de uno de los padres, que por una parte constituyen una situación de riesgo (o incluso de desamparo), y de otra parte una situación de responsabilidad penal por parte del autor.

De tal modo, que ante posibles situaciones de riesgo, aquellos profesionales que detecten el caso, deben ponerlo en conocimiento inmediatamente de los servicios sociales o de la entidad pública de protección de menores, y del Ministerio Fiscal, para que por éste se insten las medidas civiles o penales que procedan.

Es muy importante una relación fluida entre los profesionales que atienden al menor y el Ministerio Fiscal, y en particular, una relación entre los servicios sociales, entidades públicas de protección de menores y el Ministerio Fiscal, que encuentra su base legal, en lo que establece el artículo 174 del Código Civil.

Comunicación al Fiscal

Cualquier ciudadano (mayor o menor de edad) puede dirigirse al Fiscal y presentar denuncia. En este supuesto el Fiscal tiene facultad para investigar los hechos y si como consecuencia de sus diligencias considera que existen indicios de responsabilidad penal por parte de alguna persona, demandara al juzgado que se inicie el procedimiento judicial correspondiente.

Índice

- Intervención del personal sanitario
- Diferentes intervenciones con los menores
- Intervención judicial

Una nueva concepción de la minoría de edad ha venido marcando culturas y legislaciones en las últimas décadas.

Nuestro ordenamiento jurídico no ha sido ajeno a tal evolución un habiéndose producido en los últimos años un importante proceso de renovación legislativa en materia de menores.

La Ley Orgánica 1/96, de 15 de Enero de Protección Jurídica del Menor en su Exposición de Motivos, recoge perfectamente los hitos legales y la filosofía que ha marcado ésta evolución.

Recuerda la Exposición de Motivos, que la Constitución Española de 1.978 al enmarcar en el Capítulo III del Título I los Principios Rectores de la Política Social y Económica hace mención en primer lugar a la obligación de los Poderes Públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia y dentro de ésta con carácter singular, la de los menores.

La preocupación por dotar al menor de un adecuado marco jurídico de protección trasciende también de diversos tratados internacionales ratificados en los últimos años por España y muy especialmente de la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas de 20 de Noviembre de 1.989, ratificado por España el 30 de Noviembre de 1.990.

El proceso legislativo de renovación se inició en nuestro país con la Ley 11/1981, de 13 de Mayo de modificación de la Filiación Patria Potestad y Régimen Económico del matrimonio que suprimió la distinción entre filiación legítima e ilegítima, equiparando al padre y a la madre a efectos del ejercicio de la patria potestad e introdujo la investigación de la paternidad.

Después llegó la Ley 13/1983 de 24 de Octubre, sobre Tutela la Ley 21/1987 de 11 de Noviembre, por la que se modificaron determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción, la Ley Orgánica 4/1992 de 5 de Junio sobre reforma de la Ley Reguladora de la Competencia y el Procedimiento de los Juzgados de Menores y la Ley 25/1994 de 12 de Julio por la que se incorporó al ordenamiento jurídico español la Directiva 89/552/CEE, sobre coordinación de disposiciones legales reglamentarias y administrativas de los Estados Miembros, relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión y televisivas.

Pero sin duda de todas ellas fueron las Leyes 21/1987, de 11 de Noviembre y la Ley Orgánica 4/1992, de 5 de Junio las que han introducido los cambios más sustanciales en toda la filosofía de intervención con los menores al generalizar el interés superior del menor como principio inspirador de todas las actuaciones relacionadas con la minoría de edad, tanto en el ámbito administrativo como judicial.

Incluso aquel principio ha trascendido a aquellas disposiciones legislativas habiéndose construido un amplio marco jurídico de protección que vincula no solo a los Poderes Públicos, sino a las instituciones relacionadas con la infancia y la familia.

Qué es lo que debe entenderse por el principio general de que toda actuación ha de tener fundamentalmente en cuenta el interés del menor. No otra cosa que las actuaciones con los menores deben evitar interferir en su vida escolar, social o laboral, es decir en su proceso evolutivo y de integración en el mundo que les rodea, dirigiéndose a la promoción de su crecimiento y a cubrir sus necesidades.

Aludía también la Exposición de Motivos de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de Enero de Protección Jurídica del Menor a que las transformaciones sociales y culturales operadas en nuestra sociedad han provocado un cambio en el estatus social del niño y como consecuencia de ello se ha dado un nuevo enfoque a la construcción del edificio de los derechos humanos de la infancia, reformulando este enfoque la estructura del derecho a la protección de la infancia hasta el reconocimiento pleno de la titularidad de derechos en los menores de edad y una capacidad progresiva para ejercerlos.

Todo desarrollo legislativo post-constitucional ha ido reflejando esta tendencia introduciendo la condición de sujeto de derecho a las personas menores de edad y el concepto de ser escuchado si tuviere suficiente juicio se ha ido trasladando a todo el ordenamiento jurídico en todas aquellas cuestiones que les afectan debiendo interpretarse de forma restrictiva las limitaciones que puedan derivarse del hecho evolutivo de la minoría de edad.

Así se ha ido configurando progresivamente en todo el ordenamiento jurídico y en las leyes que afectan a la minoría de edad, una concepción de la persona menor de edad como sujeto activo, participativo y creativo, con capacidad de modificar su propio medio personal y social, y de participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y de los demás.

Los conocimientos científicos actuales nos permiten concluir que no existe una diferencia tajante entre las necesidades de protección y las necesidades relacionadas con la autonomía del sujeto, sino que la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección de la infancia es promover su autonomía como personas. Esto es un reto para cualquier sistema jurídico lográndose la adecuada protección a la infancia cuando las necesidades de los menores se conviertan en el eje de todos los pronunciamientos relativos a sus derechos.

Por lo demás existen otras normas en el ordenamiento que sin tener una vocación directa de protección a la infancia no dejan de tener repercusión en la infancia y en el trato que se le debe proporcionar por los adultos. Así normas laborales protegen a los menores de edad, a fin de que se incorporen a la vida laboral a una determinada edad, protegiéndoles de determinados trabajos penosos e insalubres. La misma legislación penal viene arbitrando mecanismos singulares de protección para los menores y a ello responde la, por ejemplo, la Ley Orgánica 14/1999, de 9 de Junio de modificación del Código Penal de 1995 en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

Otro caso es la reciente Ley 39/1999 de 5 de Noviembre para promover la conciliación de la vida laboral y familiar de las personas trabajadoras, que merece una valoración muy positiva.

Esta Ley establece, con amparo legal, nuevos modelos de cooperación y compromiso entre mujeres y hombres que permitan un reparto equilibrado de responsabilidades en la vida profesional y privada, dentro de la búsqueda de una política de familia y de su protección.

Ha supuesto trasponer a la legislación española las directrices marcadas por la normativa internacional y comunitaria, favoreciendo que los hombres puedan ser copartícipes del cuidado de los hijos desde el momento del nacimiento o de su incorporación a la familia, operándose a través de ésta Ley modificaciones en el Estatuto de los trabajadores, en lo relativo a permisos y excedencias relacionados con la maternidad, paternidad y cuidados de la familia.

Sin duda ésta Ley, indirectamente, podría tener una virtualidad positiva en las relaciones dentro de la familia que beneficie la atención de los hijos y colabore a una mejor convivencia entre los padres, lo que sin duda también tiene incidencia en el desarrollo de los hijos.

Intervención del personal sanitario

El Programa que el Instituto Madrileño de Menores y de la Familia ha emprendido dentro de sus actividades de sensibilización y formación, está dirigido a la atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario, y en concreto desde salud mental.

Por ello dentro del marco general expuesto, interesa profundizar y concretar aquellas situaciones que puedan afectar al personal sanitario en la detección e intervención de casos de maltrato infantil al objeto de llamar la atención sobre determinados elementos a considerar en los su puestos que puedan presentarse y finalmente establecer pautas de intervención dentro de la Comunidad Autónoma en la que nos encontramos.

Para ello vamos a centrarnos en el papel del personal sanitario, trabaja en el ámbito de la salud mental, ante situaciones de maltrato infantil.

Primeramente es necesario que comencemos por precisar los conceptos que entran en juego en este planteamiento.

Entendemos por infancia aquella etapa de la vida que va desde el nacimiento hasta los 18 años de edad ya que así lo establece el artículo 1 de la Convención de los Derechos del Niño del artículo 315 del Código Civil, y el artículo 19 del Código Penal.

Por maltrato vamos a entender cualquier situación que pueda perturbar o comprometer física o psíquicamente el proceso evolutivo del menor.

Y finalmente el personal sanitario del ámbito de la salud mental es aquel que intervendrá en todos los procesos de maltrato tanto en fase diagnóstico como de tratamiento.

En la fase de diagnóstico, el personal de salud mental, puede revelarse, junto con el resto del personal sanitario, como los primeros agentes conocedores de la problemática de un menor maltratado.

En la fase de tratamiento, el personal de salud mental puede dirigir su acción sobre la persona objeto del maltrato, sujeto pasivo del mismo, o sobre el sujeto activo o sobre ambos e incluso sobre todo el entorno familiar.

En los casos en que recibe de primera mano a un menor con indicios de maltrato, es fundamental que además de su labor en lo que afecta a tomar a su cargo al menor, intervenga en la detección del origen del mismo. Para ello deberá recabar la colaboración del trabajador social del Centro o de la Junta Municipal del Distrito del domicilio del menor, a fin de que se complete con informes sociales los datos observados por el personal sanitario y trabajadores sociales.

El daño mental producido sobre el menor, puede tener su causa en un maltrato psíquico o físico, en este último caso son elementos a considerar además de las lesiones y su etiología todo lo que tenga que ver con la anamnesis personal del sujeto. Cuando la intervención del personal de salud mental se haya visto precedida por una actuación de un trabajador social que haya demandado el tratamiento, lo normal es que a

estos profesionales se les haya proporcionado la información social del caso.

Diferentes intervenciones con los menores

Las situaciones que se pueden presentar al personal sanitario de salud mental, pueden requerir de una actuación administrativa o de una actuación judicial, ello dependerá de que el menor se encuentre en situación de riesgo, de desamparo, o de conflicto social, o incluso, que haya sido víctima de una infracción penal.

La situación de riesgo se caracteriza por la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar la separación del menor de su medio familiar. En las situaciones de desamparo la gravedad de los hechos aconsejaría la extracción del menor de la familia, pudiendo llegar incluso a la suspensión o privación de la patria potestad o de la tutela ordinaria. Cualquiera de estas situaciones puede requerir una actuación de apoyo con el menor por parte de los profesionales de salud mental, si bien en algunos casos el menor puede precisar un tratamiento terapéutico, al igual que en los casos en los que ha sido víctima de un delito.

En algunas situaciones de conflicto social el menor puede precisar de un tratamiento psicoterapéutico complementario a las medidas educativas que se le impongan.

Las situaciones de riesgo, darán lugar exclusivamente a la intervención administrativa. Las situaciones de desamparo pueden dar lugar a la intervención administrativa o incluso a la intervención judicial, cuando el desamparo tenga su origen en conductas ilícitas por parte de los adultos y en concreto de aquellos llamados al deber de cuidado sobre el menor, pudiendo estar la intervención judicial tanto al cargo de Jueces civiles, como penales. Y aquellos casos en los que existan trastornos de conducta por parte de los menores, también precisaran de la intervención judicial, en ese caso de la justicia de menores.

Pasaré a desarrollar cada uno de éstos supuestos.

La situación de riesgo se describe en el artículo 17 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de Enero de Protección Jurídica del Menor, como aquella que derivando de cualquier índole perjudique el desarrollo personal y social del menor, si bien no requiere la asunción de tutela por parte de los Poderes Públicos, que deben orientarse a disminuir los efectos del riesgo o dificultad social, promoviendo factores de protección del menor y su familia mediante seguimientos pertinentes.

En el caso de que el medio familiar no garantice la superación de la situación de riesgo, por parte de aquel o a sugerencia de los servicios sociales se puede solicitar a la entidad pública que asuma la guarda del menor durante el tiempo que sea necesario según prevé el artículo 172.2 del Código Civil.

La situación de desamparo es la que se produce por el incumplimiento o inadecuado ejercicio de los deberes de protección al quedar los menores privados de la necesaria asistencia moral o material. Da lugar a la tutela del menor por parte de la entidad pública que en cada territorio tenga encomendada la protección de los menores, tal y como prevé el artículo 18 de la Ley Orgánica 1/1996, y el artículo 172 del Código Civil. La tutela lleva implícita la guarda del menor según dispone el artículo 19 de la repetida Ley Orgánica.

La asunción de tutela por la entidad pública como consecuencia de su directa intervención lleva consigo la suspensión de la patria potestad o de la tutela ordinaria, y así lo dispone el último párrafo del artículo 172.1 del Código Civil.

Además el artículo 170 del mismo Texto Legal, prevé la privación total o parcial de la patria potestad por sentencia fundada en el incumplimiento de los deberes inherentes a la misma dictada en causa criminal o matrimonial.

El menor puede resultar víctima de infracciones penales. En tales casos probados los hechos objeto de denuncia se puede llegar también a la privación de la patria potestad en aquellos tipos penales en que los sujetos activos del mismo sean los padres, tutores o guardadores.

Los tipos penales en los que los menores pueden ser más frecuentemente víctimas, sin ser exhaustivos, son:

El delito de abandono de familia y de menores tipificado en el artículo 226 y 229 del Código Penal, se castiga con pena de privación de libertad y también con inhabilitación especial para el ejercicio del derecho a la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento.

Los delitos contra la libertad sexual previstos en los artículos 178 y siguientes del Código Penal, agresiones sexuales, abusos sexuales, acoso sexual y delitos relativos a la prostitución, la denuncia de la persona agraviada y en el caso de tratarse de un menor de su representante legal o del Ministerio Fiscal.

A los ascendientes, tutores, cuidadores, guardadores, maestros o cualquier otra persona encargada de hecho o de derecho del menor, que intervengan como autores o cómplices del delito se le puede imponer la inhabilitación especial para el ejercicio de los derechos inherentes a la patria potestad, tutela, curatela o

guarda además de la pena de privación de libertad prevista para los autores.

También en los delitos contra la salud pública, artículos 368 y 369 del Código Penal castigados con penas de privación de libertad, existe una agravación cuando las drogas tóxicas estupefacientes o sustancias psicotrópicas se facilitaren a menores en centros docentes o en centros asistenciales.

En el caso de los delitos o faltas de lesiones, artículos 147 y 617 respectivamente del Código Penal, el menoscabo de la integridad puede ser físico o mental. La condición de hijos de los lesionados puede agravar las penas de privación de libertad y multas, así como en caso de habitualidad.

El ejercicio de la mendicidad, tipificado en los artículos 232 y 233 del Código Penal, puede dar lugar además de a las penas de privación de libertad a la inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad.

Finalmente el menor en situación de conflicto social, es aquel que comete algún hecho tipificado en las Leyes Penales, como infracción penal. En la actualidad a efectos penales se es menor si no se ha alcanzado la edad de 16 años.

A partir del día 12 de Enero de 2.001, como antes se ha señalado la edad de la mayoría de edad penal se igualará a la edad civil, es decir los 18 años de edad como consecuencia de la entrada en vigor de la Ley Orgánica sobre la responsabilidad penal de los menores, Ley Orgánica 5/2000 de 12 de Enero.

Intervención judicial

La intervención judicial en las situaciones de maltrato infantil con repercusión en la salud mental varía en las distintas situaciones expuestas, de riesgo desamparo víctima de delito, e incluso cuando se trata del menor que es el sujeto activo de los delitos.

Como ya se ha señalado, en las situaciones de riesgo y desamparo el protagonismo lo tiene la instancia administrativa.

La intervención judicial, penal y a los Juzgados de Menores puede alcanzar al orden jurisdiccional civil.

En el orden civil, a los Juzgados de Primera Instancia les corresponde resolver, en primera instancia, sobre las demandas de alimentos con amparo en lo previsto en el artículo 142 del Código Civil, y todos trámites de nulidad, separación y divorcio.

Ninguno de estos procesos presuponen por sí solo maltrato para los menores, pero dado lo delicado de los intereses en juego, con frecuencia profesionales de la salud mental, como psicólogos asisten a los Jueces de Primera Instancia y de Familia, en orden a proporcionarles información, diagnósticos y pronósticos sobre las cuestiones objeto de litigio y salvaguarda del interés de los menores.

En segunda instancia en éste Orden Jurisdiccional se conocen los recursos que se formulan contra las resoluciones administrativas que aprecian el desamparo y declaran la asunción de tutela por ministerio de la Ley a favor de las Comunidades Autónomas, tal y como dispone el artículo 172.6 del Código Civil.

Además en cualquier proceso civil, pueden adoptarse las medidas de protección para los menores que se contemplan en el artículo 158 del Código Civil, cuales son las medidas cautelares para asegurar la prestación de alimentos a los hijos, las disposiciones apropiadas para evitar a los hijos perturbaciones en casos de cambios de titular de la patria potestad o la guarda, y todas las que se consideren oportunas para apartar al menor de peligros o evitarle perjuicios.

En el orden penal, el Juez de instrucción, puede adoptar en beneficio del menor, en la investigación de cualquier delito o falta en el que el menor sea el sujeto pasivo del mismo cualquiera de las medidas del artículo 158 del Código civil a las que se ha hecho referencia. Precisamente la cláusula general que se recoge en el número 3 del precepto es coherente con lo dispuesto en el artículo 13 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal que ampara las actuaciones de prevención del Juez de instrucción.

También, procede que en determinados casos, el Juez de Instrucción interese la elaboración de informes técnicos a través de los profesionales sobre salud mental de la Clínica Médico Forense para conocer la verosimilitud y certeza de determinadas imputaciones de las víctimas de los delitos, y el grado de imputabilidad de los sujetos activos de los mismos, además de los informes para la valoración de los daños psicológicos y del maltrato habitual en los sujetos pasivos del delito.

En el caso de las víctimas de los delitos es frecuente que la atención psicoterapéutica tenga que llevarse a cabo como complemento al procedimiento judicial, e incluso para ayudarle a la comprensión del mismo.

Ello permite afirmar que la salud mental que se ve comprometida como consecuencia de situaciones que requieren de la intervención judicial con frecuencia no encuentra solución por la sola actuación judicial, sino que precisa del complemento de los profesionales de aquella área.

Esto que se predica con relación al sujeto pasivo del delito, igualmente puede aplicarse al sujeto activo de los mismos, ya que determinadas conductas tienen que ver con patologías que también precisan de atención específica de profesionales de la salud mental.

En esta línea están las medidas de tratamiento ambulatorio que diseña en artículo 7 de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de Enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, a lo que se une en ese

ámbito también la participación de los profesionales de la salud mental en la etapa de instrucción de los procedimientos de menores como un elemento configurador de aquellos procesos.

Índice:

Introducción

Atención Primaria:

1. Características
2. Funciones:

- Detección
- Atención
- Prevención: Programa del Niño Sano

Hospital

1. Características
2. Funciones:

- Detección
- Confirmación
- Atención
- Protección
- Prevención

Maltrato institucional

Introducción

El sistema nacional de salud proporciona cobertura sanitaria universal a todos los niños. La red de centros de atención primaria y los hospitales intentan dar respuesta a las necesidades sanitarias de los niños en nuestro país, independientemente de su nacionalidad o situación legal de las familias. Desde el momento de su nacimiento, está previsto que el niño comience a ser controlado y seguido por un pediatra. Por este motivo, los pediatras y los profesionales sanitarios que están implicados en la atención y el seguimiento de los niños, cumplen un papel fundamental en el proceso de atención al maltrato.

Atención Primaria

1. Características:

La atención primaria constituye el primer contacto de la familia con el sistema de salud. Durante la primera infancia, antes de que la escolarización sea obligatoria, son los pediatras quienes mantienen un contacto regular y continuado con los niños y sus familias. En los Centros de Atención Primaria se atiende a toda la familia. El pediatra, el médico de familia, el diplomado de enfermería pueden conocer e intercambiar aspectos de las condiciones sanitarias, higiénicas o sociales de cada familia e intercambiar sobre ellos, proporcionando una información complementaria y más completa.

2. Funciones:

- **Detección**

Por las características antes señaladas, la Atención Primaria constituye el ámbito más importante en la detección de los casos de maltrato infantil o las familias de riesgo. Aquí el pediatra y la enfermera pediátrica pueden sospechar o diagnosticar todos los tipos de maltrato. En algunos casos son las propias familias las que consultan, a veces son hallazgos exploratorios.

Establecer el diagnóstico de **Maltrato Psicológico** – carencia afectiva, sobreprotección- sólo es posible mediante la observación cuidadosa y la relación continuada con el niño y su familia. El maltrato por **Negligencia** – malnutrición, higiene/vestuario inapropiados, accidentes frecuentes – se detecta ante la reiteración de una situación que vulnera los derechos y el bienestar del niño. El pediatra tiene ante sí la responsabilidad y la dificultad de discernir si las malas condiciones de nutrición o higiene se deben a pobreza, factores culturales, o subyace intencionalidad y una dejación de las funciones de guarda por parte de los padres.

- **Atención**

En los Centros de Salud se proporcionan cuidados de salud. Allí se deben tratar las lesiones físicas que el niño presenta, si existen medios suficientes. Se puede incidir sobre los factores nutricionales y hacer un seguimiento del desarrollo ponderoestatural de los niños. La atención primaria debe velar también por el cumplimiento de los tratamientos médicos que se indican. A veces los padres o cuidadores no administran las medicinas prescritas a los niños impidiendo la curación de los procesos.

El pediatra debe hacer partes de lesiones al juez si lo considera necesario e informar a los servicios sociales y/a la Comisión de Tutela de los casos de maltrato o situaciones de riesgo.

A veces la atención primaria no puede cumplir de manera suficiente esta función de atención y requiere del hospital cuando las lesiones precisan pruebas complementarias para el diagnóstico o tratamientos médicos o quirúrgicos por parte de otros especialistas.

- **Prevención**

Ésta es, junto a la detección la función principal de la atención primaria en el proceso de atención al maltrato. La atención primaria, en su filosofía, organización y dotación existe para promover la salud y prevenir la enfermedad. Pretende, además acercar la salud a las familias y promueve la figura del médico de familia y del pediatra de cabecera.

El Programa del Niño Sano constituye el instrumento de promoción de la salud y detección precoz de enfermedades durante la infancia. Establece un número de visitas programadas y unos contenidos mínimos que el pediatra y/o la enfermera pediátrica debe explorar en cada una de ellas:

- *Visita postnatal:* a la semana de vida. Realizada por la enfermera pediátrica. Puede ser domiciliaria o llevarse a cabo en el centro de salud. La visita domiciliaria permite observar las condiciones higiénico-sanitarias en las que vive el niño.
- *Revisión del recién nacido:* a las dos semanas de vida. Realizada por el pediatra. En ella éste recibe el informe de alta del hospital y abre la historia clínica del niño. La historia recoge los datos de filiación, antecedentes personales (embarazo y parto) y los antecedentes familiares. Es útil realizar un árbol genealógico, en el que se registren los hermanos o familiares fallecidos, enfermos o en una situación social especial. En la historia deben figurar, además la edad, salud y posibles hábitos tóxicos de los padres, su situación laboral y social y las condiciones de la vivienda
- *Visitas programadas:* están previstas coincidiendo con la administración de las vacunas (2, 4, 6, 15, 18 meses; 6, 11 y 14 años) y con los cambios de alimentación (8, 12 meses). La falta reiterada a estas revisiones puede constituir un signo de alarma. Privar al niño de las vacunas pertinentes le somete a riesgos innecesarios de contraer enfermedades. Uno de los contenidos de estas visitas es el control del desarrollo ponderoestatural y psicomotor del niño. Los retrasos en la adquisición de funciones, del lenguaje o del crecimiento sin causa orgánica aparente pueden expresar situaciones de privación afectiva o negligencia. Los instrumentos básicos y fundamentales de la medicina son la anamnesis y la exploración. En cada una de estas visitas debemos interrogar sobre la situación de la familia ya que, en nuestra sociedad los procesos de separación son cada vez más frecuentes y colocan a los niños en situaciones de riesgo de maltrato emocional, convivencia con la nueva pareja de uno de los progenitores o familias monoparentales en las que la madre tiene dificultades para proporcionar al niño los cuidados previos. Además hay que realizar una exploración física completa y sistemática que incluya el área genito-anal.

Cuando el Pediatra detecta una situación de riesgo puede incrementar el número de controles de salud y visitas programadas para realizar educación sanitaria y controlar los cuidados que la familia proporciona al niño.

En casos de riesgo debe implicar al trabajador social en el seguimiento de esa familia. El maltrato infantil es expresión de un problema personal y familiar más profundo. El pediatra debe contar con los profesionales de Salud Mental si quiere que la intervención sea eficaz. La atención psicológica al niño maltratado y las terapias de familia deben formar parte inseparable de todo proceso de atención al niño maltratado.

El Hospital

1. Características:

La hospitalización por maltrato infantil representa un 0.3% de todos los niños hospitalizados en un área urbana (10 por cada 100000 niños y año). El hospital, en nuestro sistema sanitario, tiene adjudicadas una serie de funciones que le dotan de unas características determinadas en la atención al maltrato desde el ámbito sanitario:

- a. Es el centro del área sanitaria. A él llegan las patologías complejas, que requieren un diagnóstico o un tratamiento especializado.
- b. Es un lugar de atención multidisciplinar, donde hay distintos profesionales con especialidades diferentes.
- c. Está abierto al público 24 horas al día.

El maltrato es una enfermedad compleja, que requiere una atención multidisciplinar y cuyo diagnóstico y tratamiento son, a veces, urgentes.

2. Funciones

- **Detección**

a) La urgencia hospitalaria

Importante para la detección del maltrato físico. Las consultas por traumatismos de difícil explicación y las intoxicaciones agudas polimedamentosas deben hacernos pensar en el maltrato como posible etiología. Los pediatras pueden estar más concienciados del hecho, sin embargo, otros especialistas, como traumatólogos o los residentes de otras especialidades pueden pasar por alto signos de maltrato. Asimismo la exploración física completa en un niño que consulta por otra razón (fiebre) puede revelarnos lesiones antiguas sugerentes de malos tratos.

b) Hospitalización pediátrica

Durante la hospitalización de un niño se pueden detectar malos tratos de tipo psicológico. El diagnóstico de fallo de medro de origen no orgánico en un niño que ingresa para estudio por retraso ponderoestatural debe hacernos pensar en omisión de cuidados o falta de estímulos. Hospitalizaciones reiteradas en niños con enfermedades aparentemente complejas pueden ser expresión de un síndrome de Münchhausen por poderes.

La hospitalización del niño en compañía de los padres permite observar la relación paterno filial, el tiempo que los padres pasan con sus hijos y las habilidades y destrezas en proporcionarle cuidados. Además permite, desde el punto de vista teórico una vigilancia continuada y permanente.

La valoración de enfermería contempla aspectos como la alimentación, la vivienda y los hábitos higiénicos que nos proporcionan una valiosa información de la salud del niño y su entorno

c) Hospitalización neonatal

El ingreso hospitalario del recién nacido es consecuencia de patologías congénitas o adquiridas en el parto o el periodo neonatal inmediato. La historia del embarazo debe formar parte de cualquier historia clínica de un recién nacido. Los hábitos tóxicos en la madre (alcohol, tabaco, drogas) someten al niño a riesgos añadidos. Se reconoce una forma de maltrato fetal, si ocurre durante el embarazo. Para su detección precoz y la identificación de familias de riesgo es fundamental la colaboración de las matronas y los ginecólogos. Hablaremos de maltrato neonatal cuando el recién nacido padece las consecuencias de las acciones intencionadas perjudiciales para el niño (síndrome de abstinencia en hijos de madres adictas).

- **Confirmación**

Ante una sospecha de maltrato puede ser necesaria una observación continuada, discreta y rigurosa para poder establecer el diagnóstico. El hospital proporciona las condiciones para ello. Como sabemos, los maltratantes son personas cercanas al niño (familiares de primer grado: madre, padre o compañeros del padre o la madre que conviven en el mismo hogar).

Cuando se ingresa un niño para confirmación de un diagnóstico, todo el equipo de profesionales que trabaja en la planta debe estar alertado e instruido para detectar los signos de maltrato. Hay que disponer de sistemas de vigilancia, cambiar las rutinas y establecer medidas que intervengan en el proceso de simulación de la enfermedad. El síndrome de Münchhausen por poderes representa un reto para los pediatras y, normalmente, no se diagnostica hasta que no se piensa en él.

- **Atención**

Esta función entra dentro del ámbito de la medicina tradicional. El tratamiento del maltrato y sus causas no suele ser hospitalario, pero sí, en ocasiones, el de las lesiones producidas. Un tercio de los niños ingresados por maltrato requieren cuidados intensivos y un 10% de los ingresados pueden morir como consecuencia de ello.

La demanda de atención médica ante lesiones físicas lleva a los niños y a sus familias a los hospitales. Escaldaduras, quemaduras, fracturas, intoxicaciones... requieren atención médica, hospitalización y, a veces, cirugía o cuidados intensivos.

En ocasiones la indicación del ingreso es de índole social en los casos de omisión de cuidados (*neglect*), falta de cuidados a un niño que está enfermo, omisión de tratamiento prescrito, trastornos de la organización y de la estructura familiar que pueden impedir el cuidado adecuado de los niños y poner en peligro su seguridad.

- **Protección**

El hospital puede servir de albergue y protección para un niño si el volver a su casa representa un riesgo alto o inmediato de sufrir maltrato. Si no hay otros recursos disponibles en la zona (centros de acogida) o

mientras se decide el destino final de un niño (en casos para adopción), el ingreso hospitalario, puede ser un recurso útil. Se debe comunicar de forma inmediata a la Comisión de Tutela del Menor.

En los niños mayores de 12 años se puede realizar el ingreso a petición del propio menor, aunque siempre se debe solicitar una orden al juez para que, cautelarmente, le retire la custodia a los padres o tutores del niño, si son los posibles agresores.

- **Prevención**

A través de la relación entre los profesionales sanitarios y el paciente y su familia, se pueden identificar muchos factores de riesgo, de índole familiar (padres jóvenes, familias monoparentales, familias con problemas sociales y económicos severos, antecedentes familiares de violencia o maltrato, exceso de vida social o profesional que dificultan el establecimiento de relaciones positivas con los hijos). Cuando se detectan factores o situaciones de riesgo social hay que incorporar a los trabajadores sociales a la valoración de la familia.

En los servicios de pediatría se debe promover el establecimiento y el mantenimiento de los vínculos madre-hijo y padre-hijo, de manera precoz al nacimiento y, posteriormente, durante las hospitalizaciones largas de recién nacidos prematuros.

En caso de la identificación de factores de riesgo o situaciones predisponentes, además de implicar a los Servicios Sociales del Hospital y, a través de éstos, a los del ámbito extrahospitalario, se debe establecer contacto con el pediatra habitual del niño en el centro de salud.

Maltrato Institucional

Desde la promulgación de la Ley General de Sanidad en 1986, existe la carta de los derechos y los deberes de los pacientes. El respeto al paciente como persona autónoma está en el espíritu y en el fondo de esta carta. Los niños, por sus peculiaridades y su variabilidad en el desarrollo quedan, muchas veces, a efectos prácticos, fuera de este ámbito de respeto y protección. Cuántas veces en el ejercicio diario violamos el derecho que el niño tiene a la confidencialidad o al respeto a su propia intimidad. La carta de los Derechos del Niño Hospitalizado (1986) y la Convención de los Derechos del Niño (1989) contemplan aspectos como la educación o los vínculos afectivos que, la institución debe hacer respetar.

Martínez Roig y Sánchez Marín definen el maltrato institucional como: "Cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional o funcionario, que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, de la seguridad, del estado emocional, del bienestar físico, de la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia".

El niño no debe adaptarse a la institución; es ésta la que debe responder a sus necesidades. Los centros de salud y el hospital deben adaptar sus estructuras y su normativa interna a las necesidades de los niños y poner los recursos para ello. El ejercicio progresivo de una medicina defensiva y la propia inseguridad de las familias somete al niño, en ocasiones, a procedimientos y exploraciones que no responden al mejor interés del paciente. Unas veces se hospitaliza a los niños para realizar pruebas complementarias más rápido y otras se prolonga la estancia exclusivamente por la demora de dichas pruebas. La buena práctica clínica es una exigencia de la profesión y debe prevalecer sobre otras presiones institucionales, sociales o familiares.

Conclusión

El mejor interés del paciente, en el caso de los niños, debe ser objetivo común del pediatra, la familia y las instituciones, sin olvidar, por supuesto al propio paciente, a quien nuestra legislación le reconoce, a partir de los 12 años, la facultad para opinar sobre las cuestiones relativas a su propia salud. Para proporcionar una atención correcta a un niño maltratado, los distintos profesionales hemos de conocernos, respetarnos, ayudarnos mutuamente en el esfuerzo común de poner los recursos y las instituciones al servicio de la persona. Es especialmente importante el establecimiento de vínculos y canales de información fluidos entre los profesionales de atención primaria y del hospital. En cada uno de esos ámbitos asistenciales se dispone, normalmente, de información relevante y complementaria del paciente que tenemos ante nosotros. La mejor atención exige mejor coordinación y mayor colaboración.

Índice

- Características del niño maltratado
- Características de los padres maltratantes
- Factores sociales
- Bases para una prevención del maltrato

El maltrato, entendido como la no satisfacción de las necesidades físicas, emocionales y de cuidados, intrínsecas para todo niño, ha aumentado alarmantemente en todo el mundo.

Según Defensa Internacional del niño: *"Desde el Ártico hasta Australia, de China a Brasil, existen niños apaleados, torturados, hambrientos, maltratados, reclutados, envilecidos, dominados, explotados y abandonados". Por esta situación es urgente plantearse una prevención del maltrato.*

El maltrato, por una parte, es un fenómeno global y mundial que afecta a la salud física y mental del niño, y se manifiesta en forma de pobreza, explotación infantil, guerras y conflictos, así como, abuso y comercio sexual, aborto, desintegración familiar, malos tratos, abandono, permisividad y exigencias excesivas. Por otra parte, el maltrato tiene una vertiente más íntima en el seno familiar, y antes de pasar a examinar esta última, más pasible de intervención por nuestra parte como profesionales de salud, daremos cuenta de las características de este maltrato mundial.

En el mundo el maltrato al niño reviste las siguientes características (Tear Fund, UNICEF, Declaración de Oxford):

- Alimentación.

25 millones de niños en América Latina reciben una alimentación inadecuada. Más de 200.000 niños se quedan ciegos por carecer de vitamina A. Los niños con carencias vitamínicas y de otros nutrientes no se desarrollan físicamente y sufren enfermedades.

- Salud.

En un día pueden morir 40.000 niños menores de cinco años, un 80% de ellos por enfermedades que en su mayoría podrían ser prevenidas con las vacunaciones oportunas, Dos millones de niños mueren cada año por no haber sido vacunados de enfermedades transmisibles: tétanos, sarampión, tosferina, diarreas, polio, pulmonías y malaria (World Vision). Se calcula que con 120.000 millones de pts. (20 aviones militares) se podrían controlar estas enfermedades.

El SIDA además de dejar huérfanos a algo más de un millón de niños en África, produce una mortalidad de 150.000 niños/año menores de tres años. 1,5 millones de niños en el mundo son infectados con el SIDA cada año (WHO/UNICEF, 1994)

- Trabajo.

De 100 a 200 millones de niños de ambos sexos, en el mundo, trabajan de sol a sol, mendigando, de limpiabotas, etc. en condiciones infrahumanas. (UN Children's Fund)

- La guerra.

En la última década (de 1984 a 1994) han muerto 1.5 millones de niños en guerras, 4 millones han quedado mutilados y 12 millones abandonados. Durante ese período se sabe que 35 naciones reclutaron niños en sus ejércitos (Save the children, 1994).

- Desintegración familiar y abandono.

Unos 100 millones de niños viven o trabajan en las calles de nuestras grandes ciudades (UNICEF, 1994) La mayoría de estos niños se enfrentan a los peligros de vivir en este ambiente hostil como consecuencia de rupturas familiares.

- Explotación sexual, violación y abuso.

Hay unos 10 millones de niños sufriendo a diario la esclavitud de la prostitución en contra de su voluntad y otro millón se añade a esta "industria" cada año (World Vision, UNICEF)

- Abuso de alcohol y drogas.

Un 75% de escolares británicos entre 15 y 16 años declararon haber consumido cannabis, y un 3% habían consumido heroína (Health Education Association, 1987, Manchester University research project)

- Suicidio y problemas emocionales.

Hoy en día los niños enfrentan un nivel de presiones psicológicas como nunca antes se habían conocido en generaciones previas. Enfrentados con metas inalcanzables en una cultura con pocas respuestas, muchos contemplan el suicidio como la salida lógica a su situación.

Se necesitan grandes esfuerzos políticos y económicos, para poder acabar con este maltrato mundial y estructural.

Nos centraremos ahora en el maltrato intrafamiliar y para comprender el riesgo de maltrato vamos a seguir el llamado *Modelo Interactivo* que sugiere que el maltrato es el resultado de las interacciones entre el niño, el maltratador y el ambiente social.

Características del niño maltratado.

En cuanto a la edad el período más peligroso es de los tres meses a los tres años. Los padres maltratantes no tienen idea de las limitaciones del pensamiento del niño y de su capacidad para controlarse. Los padres maltratantes golpean al niño porque: "No quería parar de llorar" "no quería obedecer" o "mojaba la cama" Piden cosas al niño que no entiende, o que controle su comportamiento a una edad excesivamente temprana.

Los niños más propensos a sufrir maltrato son: los niños "difíciles" descritos por Chess y Thomas. Los niños llorones, irritables o con cólicos, los niños que presentan alguna patología física o un retraso intelectual, los prematuros especialmente cuando son dados de alta del hospital. Un niño no deseado, p. ej. un hijo de madre soltera o de madre sobrecargada (en un estudio de 115 familias maltratantes, 50% eran no deseados).

Características de los padres maltratantes.

No hay un patrón único de familia maltratante. Con frecuencia, hay familias que tiene como característica un fracaso a través de las generaciones para criar normalmente a sus miembros, esto se conoce como "el ciclo de violencia" Los padres que se han criado en estas familias son incapaces de reconocer que han sufrido abusos por parte de sus familiares.

- Clase social.

El maltrato se da con relativa frecuencia en familias de clases socioeconómicas bajas, aunque también se da en las demás clases. Estas familias han recibido asistencia pública de algún tipo previo al abuso. En las familias de estatus social bajo se dan muchas otras formas de violencia. La pobreza crea frustración y esta lleva a los malos tratos físicos. La mitad de los padres estuvieron en el paro el año del maltrato. Sin embargo, La frustración por si sola no es suficiente causa de maltrato, pues muchos padres pobres no abusan de sus hijos.

- Sexo.

Ambos padres pueden ser maltratadores pero el padre, o el padre adoptivo fue el maltratador en dos tercios de los casos, la madre y la madre adoptiva en un tercio. En un 30% de los casos la madre estaba sola en el cuidado de los hijos constituyendo lo que se ha venido en llamar una familia monoparental y no había ninguna figura paterna viviendo en casa.

- Edad y tamaño familiar.

Padres maltratantes se dan en todas las edades, pero las lesiones más graves las han producido los padres más jóvenes, los menores de 25 años. Suelen ser familias con cuatro o más hijos. Las familias numerosas viven hacinadas lo que incrementa la tensión y la frustración.

- Experiencia de socialización.

Los padres víctimas de privación y abuso durante su infancia son los más proclives a maltratar. Algunos de ellos son adoptados o han estado en instituciones correccionales. No pudieron aprender como ser padres, sólo tuvieron como modelos a sus padres, como son carenciados emocionalmente tiene necesidades emocionales que focalizan en los niños. Quieren una satisfacción de sus necesidades emocionales por parte del niño que este no puede proporcionar.

- Patología psiquiátrica en los padres.

El alcoholismo, el consumo de drogas, la psicopatía y los problemas psicóticos o depresivos, pueden fomentar un maltrato.

- Factores ambientales.

Como trasfondo hay una mentalidad social que tolera ciertas conductas violentas: fruto de ello son algunos refranes: "Al niño regalo, el pan y el palo". El pegar a los niños es una norma cultural, "Eso se soluciona con un par de tortas" Vivimos en una cultura que fomenta la violencia contra los más débiles (niños y mujeres).

Los padres que maltratan a los niños muchas veces son personas normales. Una sociedad que condenase la violencia evitaría que se traspasase la fina línea entre disciplinar al niño y maltratarlo.

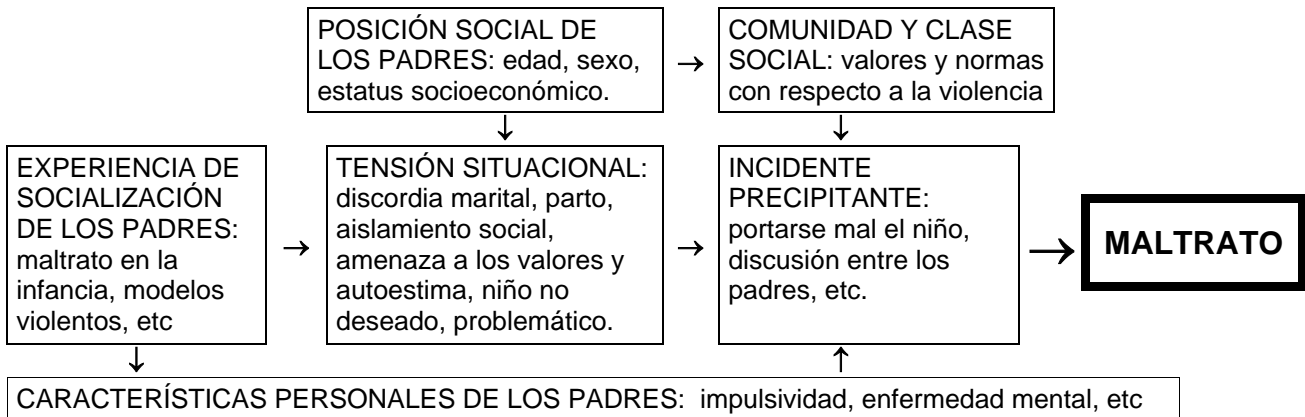
Existen situaciones, de tensión y frustración, que desencadenan los abusos. Frustración por ignorancia del desarrollo del niño y de expectativas acerca de lo que se puede esperar del niño en términos de comprensión y control. También puede surgir de la frustración del adulto por no controlar su vida en

condiciones de pobreza y hacinamiento. Si existe hostilidad y riñas entre los padres. La frustración se vuelca en el niño.

El aislamiento social, la falta de contactos con amistades, vecinos o parientes, el no pertenecer a asociaciones o grupos donde puedan recibir ayuda en situaciones de crisis, dicho sea de paso, estas familias suelen ser incapaces de pensar que otros les puedan ayudar de alguna manera. En una crisis, desencadenada o no por la percepción del mal comportamiento del niño, no tienen a quien recurrir. El abuso es más frecuente de las 20:00 a las 22:00 horas, la hora de la cena y cuando la familia está junta y tiene menos tolerancia a la frustración porque necesitan descanso.

La dinámica del maltrato está desarrollada en el cuadro 1.

Cuadro 1. Dinámica del maltrato infantil



Bases para una prevención del maltrato:

La prevención tiene diferentes niveles:

- Primaria que tiene en cuenta a la población general (campañas informativas, divulgación de principios de desarrollo infantil, por ejemplo)
- Secundaria dirigida a los grupos de riesgo (padres inmaduros, o con ciertas patologías, situaciones familiares estresantes, etc.)
- Terciaria encaminada a tratar a los niños que han sido víctimas del maltrato y a las familias maltratantes.

La *prevención primaria* se basaría en unas medidas generales de tipo informativo para ayudar a comprender lo que es un niño. Por ejemplo:

1. Cursos sobre desarrollo y cuidado del niño para prevenir posibles ideas no realistas acerca de lo que un niño es capaz. Podría desarrollarse en la ESO y ayudaría a los adolescentes, especialmente a aquellos cuyos padres no les han cuidado lo necesario, pero también estos cursos podrían ir enfocados a los adultos que piensan que sus hijos podrían aprender a leer con dos años, por ejemplo.
2. Reducir la incidencia de prematuridad. Promover un cuidado en el embarazo, no importa el nivel social, ya que un niño prematuro o con malformaciones físicas es un niño poco atractivo para los padres lo cual dificulta la relación vincular que se basa en las características físicas del bebé que reclama ser cuidado.
3. Planificación familiar para evitar embarazos no deseados.
4. Guarderías y ayudas domiciliarias para familias numerosas, para que, al menos unas horas al día, las familias sean descargadas de algunas de sus responsabilidades.
5. Crear una mentalidad en contra de los castigos corporales, demasiado admitidos por desgracia, ya que existe una fina línea, que puede ser traspasada con facilidad, entre la disciplina y el maltrato físico.

La *prevención secundaria* se basaría en detectar a las familias de alto riesgo, por estatus social, problemas personales de los padres o patología psiquiátrica.

A este respecto, es muy interesante la experiencia de Kempe y Kempe con padres en Colorado (USA) basada en una entrevista con los padres y en la observación directa de cómo se relacionan con el bebé. Este estudio se realizó entre 350 madres con bebés.

Se hicieron entrevistas a padres antes del nacimiento para saber sus expectativas y sentimientos acerca del embarazo y del niño, se recogieron datos de la crianza de los propios padres y el apoyo social que tenían.

Se observó a los padres durante el parto y durante las primeras semanas después del alumbramiento. Se anotaron cosas tales como la forma en la que la madre cogía al niño, si mantenía el contacto ocular cara a cara, si los padres estaban distanciados el uno del otro y si la madre hablaba del niño despectivamente o tenía quejas poco realistas acerca de él.

Basados en estos datos los investigadores predijeron el éxito o el fracaso en la crianza del niño. Las conclusiones fueron correctas en el tiempo en el 77% de los casos, los niños de los casos identificados como problemáticos eran propensos a accidentes o a maltrato, al contrario de los identificados como normales.

Los investigadores sugirieron utilizar ampliamente un programa de evaluación en los maternidades y posteriores visitas domiciliarias de enfermeras o voluntarias, entrenadas en enseñar a las madres habilidades de maternaje.

La **prevención terciaria** se basa en una ayuda a las víctimas y a sus familias.

Los principios del tratamiento son:

- Interrumpir el maltrato *inmediatamente*, denunciar la situación y proteger al niño. separándolo del ambiente, si es necesario, ya que corre peligro su integridad física.
- Paliar los efectos negativos del maltrato así como corregir las causas que han llevado a la situación de maltrato para evitar recidivas

Se intentará conseguir una *relación terapéutica con la familia maltratante*, para ello es imprescindible no actuar a espaldas de la familia, respetar el orden jerárquico, no aliarse con los hijos en contra de los padres, no usurpar su papel en la familia, por muy incapaces como padres que nos parezca que han sido. Hay que tener en cuenta que vamos a trabajar con padres desvalorizados y estigmatizados como padres maltratantes, por lo cual, es necesario elevar su nivel de autoestima para que empiecen a aceptar y ejercer su papel en la familia.

Son imprescindibles *diferentes modalidades de tratamiento con el niño*, dependiendo de su edad y desarrollo, individuales y grupales,..

Repercusiones del maltrato.

Con estas intervenciones preventivas y terapéuticas se pretende evitar los numerosos trastornos psiquiátricos de niños y adultos que tienen como antecedentes situaciones de maltrato.

Finkelhor y Browne presentan un *modelo de dinámica traumática* que ocurre en las personas que han sufrido maltrato y en especial, abuso sexual. Ellos describen cuatro factores que afectan al niño y al adulto tanto cognitiva como emocionalmente, a su autoimagen y a su percepción del mundo, estos son: *la sexualización traumática, el sentimiento de haber sido traicionado, la sensación de impotencia y la estigmatización*. Cada uno de estos factores es responsable de unas reacciones patológicas que se manifiestan en el niño y posteriormente, si no se interviene, en el adulto.

La sexualización traumática proporciona una recompensa emocional y tangible por un comportamiento inapropiado a su nivel de desarrollo. Esta experiencia, a la larga, desencadena recuerdos terroríficos repetidos y visualizados del trauma.

El sentimiento de haber sido traicionado le hace pensar al niño que alguien en quien confiaba y de quien dependía le ha manipulado y herido deliberadamente. La persona que le podía haber protegido fue incapaz de protegerle o, lo que es peor, no quiso hacerlo. Lo que resulta de ello es una dependencia extrema de las personas en las relaciones posteriores para encontrar una fiable. La víctima de los abusos puede juzgar mal la confianza que le sugieren otras personas debido a que no posee un modelo de relaciones de confianza. El adolescente o el adulto desarrolla una vulnerabilidad para ser de nuevo una víctima de desaprensivos que vuelvan a abusar de ellos. Ella o él pueden establecer en el futuro relaciones que comporten abusos físicos, emocionales o sexuales, para ella, él, o sus hijos. También sus relaciones sexuales adultas resultan alteradas.

La sensación de impotencia afecta a las capacidades de resolver cualquier situación potencialmente amenazadora, el niño se ve como inerte ante la amenaza real o fantaseada. Los síntomas son pesadillas y fobias, excesivo apego e hipervigilancia. Su incapacidad para enfrentar situaciones nuevas trae como resultado problemas de aprendizaje, intentos de suicidio y fugas del hogar.

La estigmatización le produce sentimientos de vergüenza, culpabilidad, baja autoestima y soledad.

En definitiva, la persona que ha sido víctima de malos tratos y abusos en su infancia acusa unas actitudes alteradas hacia sí mismo, las otras personas, la vida, y el futuro.

Además estas personas padecen problemas físicos como: retraso del crecimiento, trastorno de la nutrición en la infancia y la niñez. Trastornos del vínculo, deficiente desarrollo de la socialización, ira, problemas conductuales como criminalidad y violencia. Problemas afectivos como: trastorno distímico, trastorno depresivo mayor. Reacciones paranoides. excesiva desconfianza, extremada sensibilidad a las críticas, percepción alterada respecto de comentarios o gestos.

Pueden presentar de adolescentes, o de adultos abuso de drogas, comportamiento sexual inapropiado. Es frecuente que presenten trastornos de personalidad como: personalidad límite o masoquista. Los Trastornos disociativos de la identidad en forma de personalidades múltiples son también achacables a la

forma de maltrato que es el abuso sexual y en algunas mujeres que desarrollan trastornos alimentarios: anorexia y bulimia se encuentran antecedentes de abuso sexual en la infancia.

Debido a todo estas graves consecuencias del maltrato, se comprende la extremada importancia de la prevención del mismo en edades infantiles.

Índice

Las consecuencias de los malos tratos en la salud mental de la infancia.

Necesidades de investigación en el maltrato infantil

- Estudio de factores de riesgo y de protección más relevantes en nuestro entorno
- La detección temprana de casos de malos tratos
- La evaluación de los programas preventivos

Problemas en el abordaje de la investigación del maltrato infantil

- Muestras estudiadas y grado de representatividad
- Diseño de estudios
- Consideraciones éticas y de participación de los sujetos en el estudio

Las consecuencias de los malos tratos en la salud mental de la infancia.

El incremento de investigaciones experimentado en las dos últimas décadas en materia de protección a la infancia han resuelto muchos de los interrogantes que existían en relación al fenómeno psicosocial de los malos tratos a la infancia, permitiendo un mayor acercamiento a sus derechos y necesidades y, por tanto, orientando **el hacer** en la atención de los niños.

El conocimiento adquirido en estos últimos años ha permitido que múltiples profesionales externos a los servicios sociales de protección se hayan incorporado de forma coordinada con éstos en todas las fases de la atención de los malos tratos a la infancia y la adolescencia (desde la detección de los casos, su investigación y evaluación, y así como los programas de prevención e intervención).

En España, cada vez están siendo más reclamados los equipos especializados de salud mental dedicados a la atención de la infancia y la adolescencia por los servicios especializados de protección para su intervención en esta problemática. Actualmente, los equipos existentes intervienen activamente no solo en la evaluación y tratamiento psicológico de los niños maltratados que están protegidos por los servicios de protección, sino que además forman parte de los programas preventivos dirigidos a la población infantil, entendiendo que los malos tratos juegan un importante papel, por su magnitud y gravedad, en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos psicológicos a lo largo del desarrollo infantil.

La investigación psicológica ha aportado un importante conocimiento sobre la importancia de las relaciones padres-hijos en el desarrollo infantil. Así, actualmente es reconocido que las disfunciones en las relaciones parentales, como sería su expresión en conductas maltratantes a los hijos, producen importantes secuelas a corto y largo plazo en el desarrollo psicosocial. Todas las tipologías de malos tratos, y no sólo el maltrato de tipo psicológico, producen principalmente trastornos en el desarrollo psicológico y social, muchos de los cuales no se manifiestan hasta cercana la adolescencia (cuadro 1).

Cuadro 1. Principales consecuencias de la violencia en el desarrollo infantil.

| Áreas de desarrollo | Trastornos | Autores |
|---------------------|---|---|
| Física | Lesiones físicas reversibles e irreversibles Casos fatales | Council on Scientific Affairs, 1985; Querol, 1997 Sabotta y Davis, 1992; Creighton, 1995 |
| Emocional | Estrés postraumático Apego inseguro Hiperactividad y ausencia de autocontrol Negativismo, infelicidad y baja autoestima Sintomatología depresiva Pensamientos y tentativas de suicidio | Famularo et al, 1993 Erickson et al, 1989 Erickson et al, 1989 Erickson et al, 1989 Silverman et al, 1996 Riggs et al, 1990; Silverman et al, 1996 |
| Cognitiva | Retraso intelectual Fracaso escolar e inadaptación escolar Menor competencia exploración del entorno | Valentine, 1990 Erickson, 1989; De Paúl y Arruabarena, 1995; Kendall-Tackett, Eckenrode, 1996 Aber et al, 1989 |

| | | |
|--------|---|--|
| Social | Trastornos relación con adultos no familiares Consumo de alcohol y drogas Personalidad antisocial Conductas delictivas | Aber et al, 1989 Riggs et al, 1990; Silverman et al, 1996 Silverman et al, 1996 MacCord, 1988 |
|--------|---|--|

En los estudios realizados en los últimos años en nuestro país nos encontramos que las líneas más importantes de investigación se han generado en equipos universitarios que han centrado su atención en los servicios sociales (Cuadro 2). En cambio, no existen trabajos de investigación relevantes que surjan de los profesionales de la salud mental en contraposición con otras problemáticas psicosociales que sí han sido desarrolladas en profundidad por estos equipos especializados. Múltiples líneas de investigación aplicada pueden ser iniciadas por estos profesionales más aún cuando uno de los principales objetivos de los actuales programas de salud mental es la detección y atención de los niños que sufren de la violencia dentro del ámbito familiar.

Cuadro 2. Principales líneas de investigación del maltrato infantil en España

| Ámbitos | Estudios |
|---------------------------------------|---|
| Prevalencia e incidencia del maltrato | Inglés, 1995; Moreno, Jiménez, Oliva et al, 1995; De-Paúl, Arruabarrena, Torres et al, 1995; López, Carpintero, Hernández et al, 1995 |
| Casos de los servicios de protección | Jiménez, Oliva y Saldaña, 1996 |
| Factores de riesgo | Zunzunegui, Morales y Martínez, 1997 |
| Consecuencias | De Paúl y Arruabarrena, 1995; Díaz-Aguado, 1996 |
| Actitudes de la población | Juste, Morales y Costa, 1997 |
| Validación de instrumentos | De Paúl, Arruabarrena, Milner, 1991; Díaz-Aguado, Martínez, Varona, 1996 |
| Programas de prevención | Costa, Morales, Juste et al, 1995; López y Del Campo, 1997 |

Por ello, este capítulo pretende dar una visión general de las necesidades de investigación que deben ser desarrolladas en los próximos años en nuestro país, teniendo en cuenta además que el estudio de los malos tratos necesita la elaboración de diseños específicos que disminuyan los sesgos que afectan a esta problemática y que permita obtener resultados acordes con nuestras características culturales y sociales.

Necesidades de investigación en el maltrato infantil

- **Estudio de factores de riesgo y de protección más relevantes en nuestro entorno**

En las últimas décadas se han desarrollado diversos modelos conceptuales etiopatogénicos para explicar los factores de riesgo y de protección del maltrato infantil adaptando las teorías ecológicas y transaccionales del desarrollo humano y sus procesos de socialización. Así, existen numerosos e importantes estudios que han orientado sobre los principales factores de riesgo que en su interacción sobre el microsistema familiar conllevan a disfunciones en la relación parental (cuadro 3). Más escasos son aquellos que introducen entre las variables de estudio los factores de protección de tipo permanente y temporal.

Los actuales modelos integrales sobre los malos tratos han planteado la importancia de ambos factores de acuerdo con el concepto de enfermedad de salud mental de Albee (1980), en el cual la severidad de una disfunción es un cociente entre la interacción de los factores de riesgo y la de los factores de protección. Ambos factores deberían ser estudiados conjuntamente para ponderar el peso específico de cada uno de ellos en el medio comunitario y de forma representativa de nuestro contexto sociocultural. Uno de los escasos estudios realizados en España sobre los factores de riesgo bajo un diseño de casos y controles, mostró que mientras la ausencia de pareja estable es un importante factor de riesgo (a semejanza de estudios americanos sobre familias monoparentales), en cambio los análisis de regresión logística efectuados evidenciaron como factor más relevante el apoyo emocional e instrumental, variable que ha sido considerada como un importante factor de protección.

Cuadro 3. Principales factores de riesgo implicados en el maltrato a la infancia

| | Factores de riesgo | Estudios |
|---------------------------|-------------------------------------|--|
| Individuales (parentales) | Antecedentes parentales de maltrato | Smith, Adler, 1991; Whipple, Webster, 1991 |
| | Jóven edad de los padres | Smith, Adler, 1991; Connelly, Straus, 1992 |
| | Depresión y/o ansiedad | Whipple, Webster, 1991; Zunzunegui, Morales, et al, 1997 |
| | Trastornos de la personalidad | Egeland, Erickson, Butcher et al, 1991 |
| | Inadecuada conducta hacia los hijos | Drotar, Eckerle, Satola et al, 1990 |
| | Consumo de drogas | Whipple, Webster, 1991 |
| Familiares | Monoparentalidad | Gelles, 1989; Zunzunegui, Morales, Martínez, 1997 |
| | Inadecuada relación parental | Smith y Adler, 1991 |

| | | |
|---------------|--|---|
| | Tamaño de la fratria | Connelly, Straus, 1992; Zunzunegui, Morales, et al 1997 |
| | Cercanía en el nacimiento de los hijos | Alzheimer, O'Connor, Vietze et al, 1984; |
| Psicosociales | Nivel socioeconómico | Whipple y Webster, 1991 |
| | Movilidad geográfica | Alzheimer, O'Connor, Vietze et al, 1984 |
| | Estrés por eventos vitales | Smith y Adler, 1991 |
| | Falta de apoyo social | Zunzunegui, Morales y Martínez, 1997 |

Como será comentado en otro apartado, no debemos olvidar que el estudio de factores de protección requiere la realización de investigaciones con un diseño longitudinal donde el seguimiento de una cohorte de población a lo largo de un intervalo de tiempo permite la identificación de casos incidentes de maltrato frente a familias que bajo las mismas condiciones de exposición son resistentes a experiencias maltratantes.

Por otra parte, existe un importante desconocimiento en nuestro medio sobre lo que debemos considerar situaciones de riesgo social para el seguimiento de las familias detectadas por los servicios sociales. La actual Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor estipula la obligación de las entidades públicas y en concreto de los servicios comunitarios del seguimiento de las familias en riesgo de malos tratos. Aunque se han elaborado diferentes procedimientos administrativos en las Comunidades Autónomas para la coordinación entre los servicios especializados y comunitarios para el seguimiento de estas familias todavía no se han realizado ningún estudio para determinar en nuestro medio qué familias y cuáles no deben ser seguidas por los servicios de atención a la infancia. Recientemente la Comunidad Autónoma de Madrid ha realizado un estudio inicial para delimitar, a partir de la información de los profesionales relacionados con el sistema de protección, cuáles son las situaciones de riesgo social más predominantes en nuestra sociedad.

- **La detección temprana de casos de malos tratos**

A pesar de la dificultad intrínseca de delimitar lo que debe ser considerado un maltrato a la infancia frente a situaciones de adecuado trato, se ha realizado un importante avance en el consenso de criterios operativos para el diagnóstico de sus diferentes subtipos tanto a nivel internacional como nacional. En España se ha hecho un importante esfuerzo para trasladar dichos criterios operativos en instrumentos estandarizados para la detección, la investigación y la evaluación de casos, pero todavía existen importantes lagunas en la elaboración de protocolos estructurados para la detección temprana ya no sólo en población general sino incluso en poblaciones en riesgo de situaciones de malos tratos. La mayoría de ellos están basados en entrevistas semiestructuradas y/o cuestionarios que recogen datos indirectos sobre factores de riesgo asociados al maltrato infantil. Todos ellos presentan todavía escasa validez y/o fiabilidad para ser aplicados en la población general, recomendándose exclusivamente a pesar del alto número de falsos positivos en población de alto riesgo social. Además la única validación adecuadamente realizada en nuestro medio sobre un cuestionario estructurado para la detección de casos solamente podría ser aplicado en muestras clínicas por sus características de administración. Otros instrumentos como el utilizado en la Comunidad Autónoma de Madrid para la detección de niños en situación de riesgo social dentro del medio escolar no han sido validados adecuadamente para la estimación de su capacidad discriminativa y de fiabilidad.

Si tenemos en cuenta que el maltrato a la infancia debería ser considerado desde el ámbito de la salud mental como una manifestación extrema de una disfunción en la relación parental, una línea de investigación a desarrollar con mayor hincapié sería la aplicación de instrumentos estandarizados de aplicación rápida para la recogida de información de conductas parentales que estén más asociadas a un riesgo de situaciones maltratantes. Para ello, sería necesario que desde los equipos profesionales de salud mental se diseñaran cuestionarios adaptados a los casos de malos tratos para su detección temprana a partir de las relaciones disfuncionales entre padres e hijos.

- **La evaluación de los programas preventivos**

En la actualidad se han publicado a nivel internacional un considerable número de artículos sobre la evaluación de programas preventivos mostrando la alta eficacia para disminuir tanto la incidencia de los malos trato como las consecuencias que producen en el desarrollo integral del niño.

En la última década en España se ha realizado un importante esfuerzo para desarrollar de forma experimental diferentes programas preventivos de atención de la infancia maltratada y en riesgo social en las diferentes Comunidades Autónomas. Dichos programas son cofinanciados por la Administración Central y Autonómica para la evaluación de dos líneas principales de prevención: a) Prevención secundaria: detección precoz desde los servicios sociales, sanitarios y educativos, y la detección y atención en situaciones de riesgo antes del nacimiento y en los primeros momentos de la vida del niño; y b) Intervención y tratamiento ante situaciones evidenciadas de malos tratos.

Debido al carácter experimental de estos programas, se debería profundizar aún más en los aspectos metodológicos necesarios para permitir una de sus finalidades: la evaluación de su eficacia, efectividad y

eficiencia. En la actualidad, todos los programas de prevención que sean aplicados a una población determinada deben contemplar en su diseño e implantación una serie de factores que permitan su posterior evaluación en relación a priorización del programa (evaluación de pertinencia), la calidad en el planteamiento metodológico (evaluación de idoneidad y adecuación) y la trascendencia de los resultados obtenidos (evaluación de impacto). Estos criterios de evaluación, los cuales tuvieron su inicio en el campo experimental, fueron incorporados al campo de la salud pública y en la presente década han sido implantados progresivamente en el ámbito de los servicios sociales para la planificación de los programas dirigidos hacia la prevención del maltrato infantil. En la tabla 4 se indican los principales elementos conceptuales y metodológicos que deberían ser contemplados a la hora de planificar un determinado

Tabla 4. Principales ventajas y desventajas de los diseños epidemiológicos.

| Diseños | Ventajas | Desventajas |
|-------------------------------------|---|--|
| Transversal | Útiles en fenómenos frecuentes en la colectividad Resultados fáciles de generalizar Menor tiempo y coste Primer diseño a realizar Útiles en planificación sociosanitaria | Existencia de sesgos Infringe la ley de causalidad No analiza factores de riesgo No analiza incidencia |
| Retrospectivos de casos y controles | Útiles en fenómenos crónicos y raros en la colectividad Capacidad para generar hipótesis causales Bajo coste temporal y económico | Existencia de sesgos Infringe la ley de causalidad. No establece historia natural del fenómeno No analiza la incidencia |
| Seguimiento de una cohorte | Establece la historia natural del fenómeno Mejor control y planificación en la recogida de información Mejor valoración de la exposición Analiza múltiples fenómenos Analiza incidencia y factores de riesgo y protección | Poco útiles en fenómenos raros en la colectividad No permite formular nuevas hipótesis etiológicas. La participación puede influir en la exposición Gran coste temporal y económico |

Problemas en el abordaje de la investigación del maltrato infantil

El estudio del maltrato infantil conlleva a problemas específicos que tienen que ser resueltos tanto a nivel práctico en la planificación de la investigación como a nivel metodológico en el diseño del estudio. Estos problemas específicos, en muchos casos de difícil abordaje, son los causantes de la existencia todavía de importantes lagunas en el conocimiento del fenómeno psicosocial del maltrato a la infancia.

- Muestras estudiadas y grado de representatividad

A pesar del considerable avance producido en el conocimiento científico del maltrato infantil, debemos destacar que la mayoría de las investigaciones sobre este tema han sido realizadas en muestras clínicas (como por ejemplo del ámbito hospitalario) y/o de casos registrados por los servicios sociales de atención a la infancia. Aunque estas fuentes de información tienen importantes ventajas para la realización de investigaciones, en cambio están dotadas de importantes sesgos de selección en los casos de maltrato infantil al estudiar exclusivamente lo que ha sido llamado "el vértice del iceberg del maltrato", el cual de acuerdo con las características de nuestros servicios sociosanitarios está representado tanto por los casos de mayor severidad y gravedad como por muestras de población con bajo nivel socioeconómico. La existencia de estos sesgos conlleva a la imposibilidad de poder inferir dichos resultados hacia la población general, siendo necesario la realización de más estudios dirigidos a muestras representativas a nivel comunitario.

Cuando el investigador se enfrenta ante una investigación, una de las principales cuestiones a determinar es el grado de representatividad de sus muestras para establecer el tipo de población hacia la cual puede inferir los resultados y alertar sobre los posibles sesgos de selección mostrados en el diseño del estudio. En la investigación del maltrato infantil se han utilizado principalmente tres fuentes de selección de casos: a) muestras clínicas basadas en los casos detectados por diferentes ámbitos de la intervención, b) casos investigados por los servicios de protección infantil, y c) casos procedentes de la comunidad seleccionados a través de muestras poblacionales. Cada una de estas tres fuentes ofrecen tanto ventajas como desventajas en la investigación.

Los estudio clínicos, siendo todavía los más frecuentes debido al fácil acceso y estudio de los casos, en cambio son los que permiten menor generalización de los resultados por tratarse de casos con características muy definidas, como ha sido comentado anteriormente constituyen los casos más severos y con problemáticas psicosociales muy específicas. Dichas muestras son útiles para evaluar programas de intervención en casos de severidad elevada. Las muestras procedentes de los casos registrados en los

servicios de protección infantil han sido utilizadas en los últimos años para la investigación debido a la existencia de registros permanentes que pueden ser analizados con una cierta sistematización. Dichos estudios son muy útiles para la vigilancia epidemiológica de la problemática que llega al sistema sobre un conjunto de variables que son establecidas e introducidas previamente para su recogida de información, pero ofrecen también tanto sesgos de clasificación debido a las variaciones en la definición de caso como sesgos de selección por analizar exclusivamente los sujetos que están bajo la atención del sistema y que están localizados en poblaciones con una problemática psicosocial muy específica. Por ello, los estudios que utilizan muestras poblacionales son los mejores para la inferencia de resultados a la población general tanto en la estimación de la magnitud del problema (prevalencia e incidencia del maltrato infantil) como de la fuerza de la asociación de factores de riesgo, pero tiene importantes problemas metodológicos en la aplicación del estudio debido fundamentalmente a la baja incidencia en la población necesitando emplear tamaños muestrales grandes para reducir los errores en la variación estadística.

- **Diseño de los estudios**

Otro aspecto importante a considerar es el diseño aplicado en la investigación ya que no sólo nos plantea diferentes estrategias de abordaje sino que también según el tipo de diseño podremos alcanzar unos resultados específicos en el análisis del estudio. Así nos encontramos con problemas específicos según pretendamos realizar estudios de tipo transversal de encuesta a partir de un protocolo, estudios retrospectivos de casos y controles, o estudios longitudinales de seguimiento de una población:

a) Estudios transversales de encuesta poblacional: el maltrato infantil conlleva a problemas específicos en la realización de estudios transversales dirigidos hacia la población general. En primer lugar, el propio estigma de muchas de las formas de malos tratos conlleva a un rechazo en la población a contestar cuestiones directas sobre la relación con los hijos. Esto da lugar a utilizar instrumentos e indicadores indirectos sensibles a la existencia de disfunciones parentales y que, a parte de su difícil aplicación en muestras de tipo poblacional, necesitan ser validados previamente en muestras con semejantes características sociodemográficas. En segundo lugar, la mayoría de las veces el propio niño no es la fuente adecuada de información tanto por consideraciones éticas como por las dificultades en la entrevista adaptada al desarrollo evolutivo del niño. Por otra parte, los diseños transversales de actitudes y creencias sobre el maltrato infantil tienen importantes sesgos motivados por la deseabilidad social de las preguntas que habitualmente son diseñadas.

b) Estudios retrospectivos de casos y controles: a pesar de las múltiples ventajas que ofrecen los diseños de caso-control, sus principales limitaciones están centradas alrededor de la fuente de selección de los controles y el análisis de variables de confusión, más aún cuando se aplican en la investigación del maltrato infantil. En este sentido, los grupos de sujetos con y sin maltrato deben ser similares en el grado de exposición al riesgo, y solamente deben diferir en la condición de la existencia de maltrato para poder estimar la magnitud de las potenciales diferencias en los factores de riesgo estudiados. Además los estudios caso-control deben contemplar la existencia de variables de confusión que en parte deben ser controladas en el diseño a partir del apareamiento ("matching") respecto a estas variables. Otro elemento importante a destacar son los sesgos de recuerdo existentes en la recogida de información retrospectiva al fenómeno del maltrato infantil.

c) Estudios longitudinales de seguimiento de una cohorte: los estudios de seguimiento plantea importantes problemas que afectan a su viabilidad. Las principales dificultades se encuentran en la longitud del tiempo de seguimiento del estudio, el tiempo transcurrido entre las evaluaciones a realizar, la determinación del tamaño muestral necesario según la baja incidencia del fenómeno, y la alta tasa de abandono en el seguimiento que la población expuesta puede tener. Mientras la baja incidencia del fenómeno es un hecho no controlable por el investigador, en cambio se ha recomendado la realización de estudios longitudinales en poblaciones específicas de riesgo de maltrato al igual que estrategias en la planificación de la investigación para disminuir al máximo posible la tasa de abandonos a lo largo del seguimiento del estudio prospectivo.

Cada uno de estos diseños plantea una serie de ventajas y desventajas en la planificación del estudio y en la capacidad para inferir resultados (Cuadro 5), de forma que en la investigación del maltrato infantil se ha planteado la aplicación de diseños mixtos que se combinan en diferentes fases:

- a) una primera fase transversal para la caracterización de una determinada población,
- b) una segunda fase de seguimiento de dicha cohorte para la identificación de casos incidentes, y
- c) una tercera fase de estudio de casos incidentes y controles (estudio "caso-control anidado") para el análisis de factores de riesgo y de protección. Esta estrategia aunque en cierta medida presenta un importante coste temporal y económico es idónea para paliar las dificultades intrínsecas de investigación que presenta el maltrato infantil.

Cuadro 5. Planificación y evaluación de programas de prevención: elementos conceptuales y metodológicos

| Elementos del programa | Descripción |
|---|--|
| A. Relativos a la formulación | |
| 1. Justificación del programa | Determinación de la definición y magnitud del problema, de los antecedentes del programa y la formulación de la oportunidad y pertinencia en la implantación de éste |
| 2. Formulación de hipótesis | Exposición explícita de los modelos conceptuales teóricos en los cuales está basado el tipo de programa planificado al igual que los efectos esperados ante la intervención |
| 3. Planteamiento de objetivos | Determinación de la finalidad y de los objetivos propuestos ante el programa de intervención, ajustándolos a las hipótesis planteadas y los posibles beneficios en la población |
| B. Relativos al diseño | |
| 1. Características de población diana | Descripción de las características sociodemográficas, clínicas y psicosociales de la población expuesta al programa |
| 2. Criterios de inclusión y de exclusión | Determinación de los criterios de selección aplicados a los sujetos de la población diana |
| 3. Validez y fiabilidad diagnóstica | Exposición detallada de la capacidad discriminativa y de la precisión en el diagnóstico de los sujetos en riesgo |
| 4. Método de asignación muestral | Declaración del método de asignación (randomizado o no randomizado) a los grupos de comparación del programa |
| 5. Comparación entre grupo experimental y de control: | Análisis de las similitudes y/o diferencias existentes entre los grupos de comparación de acuerdo con las variables |
| 6. Medición doble ciego | Utilización de metodología doble ciego para la observación y recogida de la información |
| 7. Recogida factores de confusión | Justificación de las variables recogidas en el proceso de intervención, indicando la metodología para su control |
| 8. Validez y fiabilidad de las medidas | Exposición detallada de la capacidad discriminativa y de la precisión de los instrumentos utilizados |
| 9. Definición de la intervención | Descripción de la intervención seleccionada de acuerdo el modelo teórico basado, su adaptación a las condiciones de la población y las diferentes actividades y recursos empleados |
| 10. Duración del seguimiento | Exposición de los criterios utilizados en la determinación del tiempo de seguimiento del programa |
| 11. Calidad del seguimiento: | Descripción del número de exámenes realizados a la población de estudio, exponiendo los porcentaje de participación y pérdidas desde el inicio de la intervención |
| C. Relativos al análisis de los resultados | |
| 1. Análisis estadísticos descriptivos | Discusión de los estimadores estadísticos utilizados y de las variables analizadas |
| 2. Análisis estadísticos comparativos | Discusión de los estimadores estadísticos utilizados y de las variables analizadas para la comparación entre los diferentes grupos de intervención |
| 3. Presentación de resultados | Sistematización de los análisis anteriores y elaboración de la exposición de los resultados |
| 4. Inferencia de los resultados | Discusión sobre la factibilidad de generalización de los resultados obtenidos en el programa |
| D. Relativos a la evaluación específica del programa | |
| 1. Eficacia y efectividad | Determinación del impacto de los resultados obtenidos tanto en la población de estudio como en la población diana |
| 2. Análisis coste-beneficios | Determinación de la eficiencia del programa en relación al balance entre los resultados obtenidos y los recursos empleados |

- **Consideraciones éticas y de participación de los sujetos en el estudio**

Como ha sido comentado en el apartado anterior de diseño de los estudios, uno de los principales procedimientos a contemplar en la planificación de los estudios sobre el maltrato infantil es el reclutamiento

de sujetos de la población diana. Por una parte, las consideraciones éticas pertinentes en cualquier investigación nos impide en muchos casos investigar en los propios niños maltratados sobre variables íntimamente relacionadas con las situaciones maltratantes, recurriendo para ello a las propias familias. Por otra parte, la aceptación de participación de familias con casos de malos tratos suele ser baja al sentirse en muchos casos investigadas por los servicios de protección infantil. Por ello, el mejor procedimiento para aumentar la participación de las familias consiste en el reclutamiento de éstas a partir de los servicios comunitarios de atención a la infancia y a partir del seguimiento que se realiza a estas familias en situación de riesgo social.

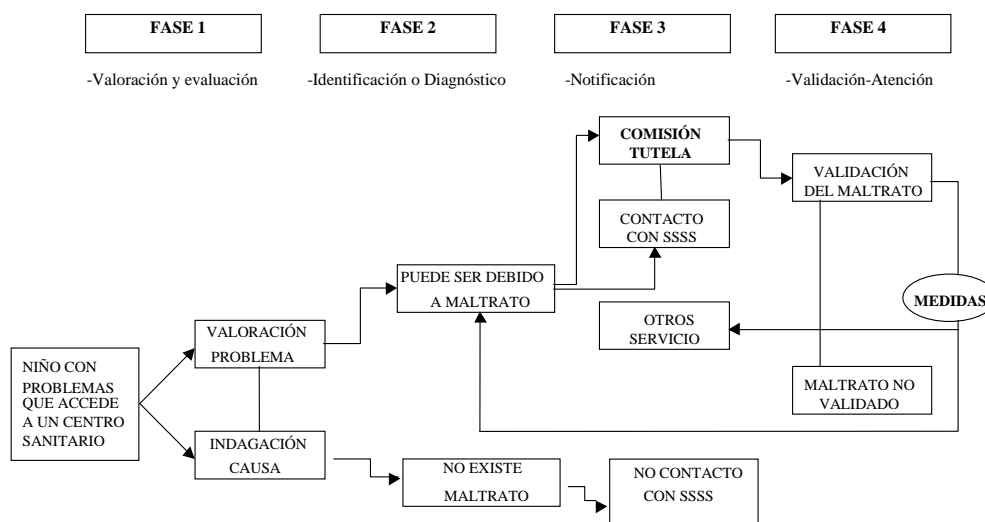
Conclusiones

La realización de estudios e investigaciones aplicadas a la situación concreta del fenómeno psicosocial del maltrato infantil en las áreas y/o comunidades que son atendidos por los diferentes servicios de atención a la infancia permiten la objetivación de información relevante para una planificación adecuada de los recursos necesarios en la implantación de programas específicos para la atención de la infancia en riesgo de situaciones de desprotección.

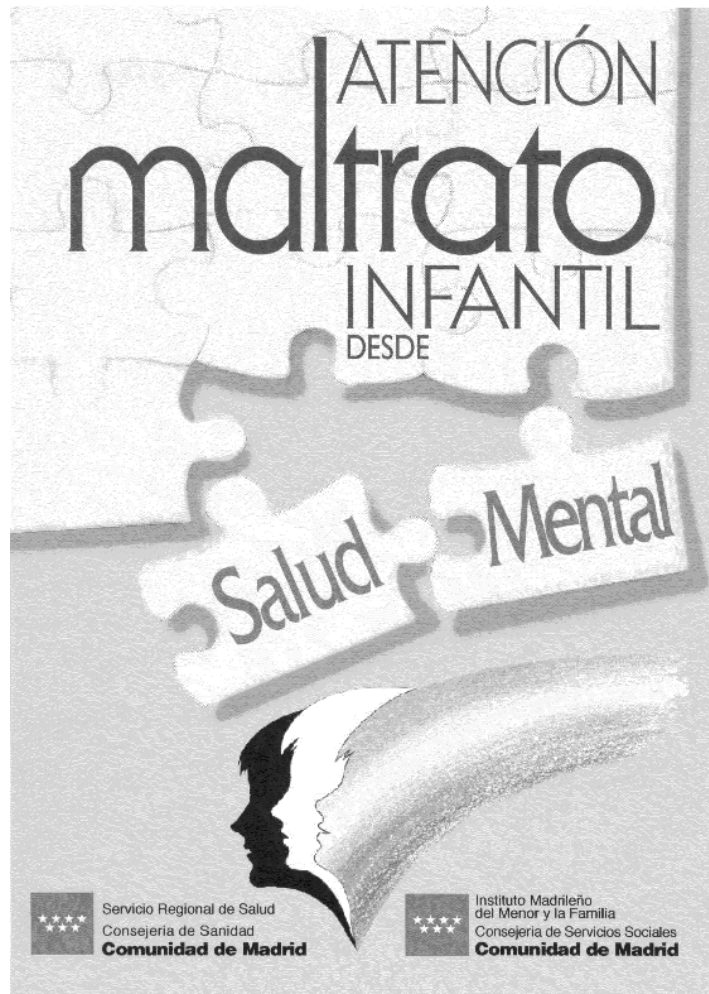
La actual Ley Orgánica 1/96 de Protección Jurídica del Menor determina la responsabilidad de las administraciones públicas (sobre todo las administraciones locales) del seguimiento de todos aquellos casos que sean detectados en la comunidad como situaciones de riesgo aún no existiendo manifestaciones de desprotección en general o de maltrato en particular. Por todo ello, es necesario el desarrollo de estudios orientados al diagnóstico de situación de la población de referencia como paso previo a la implantación de programas dirigidos a esta problemática permitiendo tanto la mejora de los sistemas de detección de casos como la obtención de un sistema de información que facilitará la evaluación del programa implantado. Además, la incorporación de una metodología de trabajo basada en la investigación-acción facilita la suficiente información técnica para la toma de decisiones en la modificación y reorientación del programa a lo largo del proceso de éste. En este sentido, los equipos de salud mental que intervienen en la atención de la infancia en riesgo social tienen un papel activo en el desarrollo de líneas de investigación aplicada que oriente la comprensión de esta "enfermedad psicosocial" en todos los niveles de la prevención y la intervención.

Tomando como ejemplo práctico el programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario que se está desarrollando desde el Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Comunidad de Madrid, es fundamental la coordinación intersectorial entre los servicios primarios de atención de la infancia. En dicho programa se plantea como estrategia básica la implicación de los servicios sanitarios en la detección de casos de maltrato infantil y el trabajo conjunto con los servicios sociales básicos y especializados para todos las fases de la intervención y seguimiento de los casos (detección, notificación, investigación y evaluación). A lo largo del proceso de atención diseñado en el programa (figura 1) podemos observar diferentes puntos críticos en los cuales la incorporación de estudios específicos permitirá tanto el conocimiento real del problema en la población infantil residente en las áreas sanitarias de Madrid como la evaluación continua del programa.

Figura 1. Representación del diseño del Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario del Instituto Madrileño del Menor y la Familia (tomado de Costa y Morales, 1998)



Fases en el proceso de atención al maltrato y puntos críticos



IV. BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA (Utilizada para la elaboración del Programa)

1. Abad D, Albeniz D, Alzú V, Casado J, et al. *Guía para la atención a la infancia por los profesionales de la salud*. Consejería de Salud. 1993.
2. Acosta E, Olabarría B. *El problema de los malos tratos en la infancia y la respuesta de la Administración*. Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. VIII, Nº 24, 1988.
3. Arruabarrena MI, Paúl J, Torres B. *El maltrato infantil. Detección, notificación, investigación y evaluación*. Ministerio de Asuntos Sociales. 1994.
4. Calvo Rosales., Calvo Fernández JR. *El niño maltratado*. Ediciones CEA. 1986.
5. Casado Flores J, Díaz Huertas JA., Martínez González C (dir). *Niños maltratados*. Ed. Díaz de Santos. 1997.
6. Comisión de Tutela del Menor. *Atención a la infancia en la Comunidad de Madrid. Repertorio legislativo*. Consejería de Integración Social 1992 (actualización 1995).
7. Díaz Aguado MJ, Segura MP, Royo P. El desarrollo socioemocional de los niños maltratados. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1996
8. Díaz Aguado MJ, Martínez R (dir). Niños con dificultades socioemocionales. Instrumentos de evaluación. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales. 1995
9. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J (dir). Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Consejería de Salud y Servicios Sociales. 1998
10. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J (dir). Detección de riesgo social en la embarazada. Prevención del maltrato infantil. Madrid. Consejería de Servicios Sociales. 1999
11. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J. Niños maltratados. El papel del pediatra. *An Esp Pediatr*, 2000; 52: 548-553
12. Delgado A. *Maltrato en el niño. Grandes Síndromes en pediatría*. Cátedra de Pediatría de la Universidad del País Vasco. 1996.
13. Gómez de Terreros I. *Los profesionales de la Salud ante el maltrato infantil*. Ed. Comares. 1995.
14. Gracia Fuster E., Musitu G. *El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo*. Ministerio de Asuntos Sociales. 1993.
15. Hennes H, Calhoun AD. (dir). *Violencia contra los niños y adolescentes*. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Número 45. 1998.
16. Jones D.P.H. *Interviewing the Sexually Abused Child. Investigation of Suspected Abuse*. Royal College of Psychiatrists. Ed. Gaskell. Fourth edition, 1992.
17. Jornadas ante el maltrato a la infancia (Coordinadora Olabarría B.) *Informes Ponencias y Comunicaciones*. Ministerio de Sanidad y Consumo. Junio 1989.
18. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Tratado de Psiquiatría*. Ed. Panamericana. 6ª edición. 1996.
19. Kempe RS, Kempe CH. *Niños maltratados*. Ed. Morata. 1979.
20. Kreisler L. *Los niños víctimas de malos tratos*, en *Tratado de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* (Levobici S, Diatkine R, Soulé M.), Tomo VII, Cap. IV y V. Ed. Biblioteca Nueva, 1988.
21. Lasa A. *La psiquiatría infantil en España (Editorial)*. Rev. Psiquiatría Pública, vol. 9, Nº 6, Noviembre-diciembre, 1997.
22. López F. *Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores*. Ministerio de Asuntos Sociales. 1994.
23. López F, Torres B, Fuertes J, Sánchez JM, Merino J, *Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores*, en Programa de Mejora del Sistema de Atención Social a la Infancia (SASI). Ministerio de Asuntos Sociales. 1994.
24. Marcelli D, Branconnier A, Ajuriaguerra J. *Manual de psicopatología del niño*. Ed. Masson, 1986.
25. Martínez Roig A, Paúl J. *Los malos tratos en la infancia*. Ed. Martínez Roca. 1993.
26. Masson O. *Contextos maltratantes en la infancia y coordinación interinstitucional*. Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. VII, Nº 23, 1987.

27. Mateo M (dir). Guía para la elaboración del Programa de Salud Mental en Atención Primaria de Salud. Ministerio de Sanidad. 1989
28. McClain P, Sacks J, Frohlike R. *Estimates of fatal child abuse and neglect, United States, 1979 through 1988*. Rv. Pediatrics, 91, 338-343.
29. Menéndez F. *Responsabilidad, derechos, vulnerabilidad y prevención en salud mental infantil*. Rev. de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XV, Nº 55, 1995.
30. Menéndez F. *Interdisciplinariedad y multidisciplinariedad en salud mental infantil*. Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XVIII Nº 65, 1998.
31. Moreno P, Prior C, Monge J. *Abusos sexuales en la infancia y toxicomanía*. Psiquiatría Pública. Vol. 10, Nº 6. Noviembre – diciembre, 1998.
32. Oñorbe M, García Barquero M, Díaz Huertas JA (dir). *Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario*. Consejería de Salud. 1995
33. Paúl J, Arruabarrena M.L. *Manual de protección infantil*. Ed. Masson. 1996.
34. Pedreira JL. *Historia de la legislación para la infancia en España: una revisión crítica*. Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. XII, Nº 42, 1992.
35. Pedreira JL. *Protocolos de Salud Mental Infantil para la Atención Primaria*. Ed. Libro del Año (ELA), 1995.
36. Querol X. *El niño maltratado*. Editorial pediátrica. 1990.
37. Raine A, Sanmartín J. *Violencia y psicopatía*. Centro de Estudio Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Ariel. 2000
38. Reece R (dir). *El niño maltratado*. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. Número 37. 1990.
39. Sánchez E (dir). *Guía de atención al maltrato infantil*. Asociación Andaluza para la defensa de la Infancia y Prevención del maltrato. 1993.
40. Sanmartín J. *Violencia contra niños*. Ariel. 1999
41. Talbott J, Hales R, Yudofsky S. *Tratado de Psiquiatría*. Editorial Ancora. 1997.
42. U.S. Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect. *Child Maltreatment 1996*. Report from the States to the National Child Abuse and Neglect Data System. (Washington, DC: U.S. Government Printing Office, 1998).
43. Villavicencio P. Repercusión de los malos tratos en la salud mental de las mujeres. En: *Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales*. Ministerios de Justicia y de Trabajo y Asuntos Sociales. 1999; Tomo III: 59-74
44. Verdugo M.A. (dir), Gutiérrez B, Fuertes J, Elices JA. *Maltrato infantil y minusvalía*. Documentos técnicos del Ministerio de Asuntos Sociales (Instituto Nacional de Servicios Sociales). 1993.
45. Zuravin S. *Research definitions of child abuse and neglect: Current problems*. In R. Starr & D. Wolfe (Eds.), *The effects of child abuse and neglect: Issues and research*. New York; Guilford Press. 1996.

Libros de interés sobre maltrato infantil

Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario

Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J.

Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 1998

197 paginas. Formato 21 x 29 cms.

Documento que recoge los contenidos del Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario

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

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

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

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

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

Niños maltratados

Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez Gonzalez C (dir). (Derechos de autor cedido a UNICEF)

Díaz de Santos. 1997

380 páginas. Formato 20 x 26 cms.

Libro que desarrolla desde un enfoque sanitario, todos los aspectos del maltrato infantil (físico, psicológico, sexual, negligencia); profundiza en cada uno de sus tipos, en la epidemiología, clínica, métodos diagnósticos, prevención, tratamiento y aspectos sociales y legales. Presenta una extensa bibliografía que ofrece una visión completa e integral del maltrato infantil.

Consta de prólogo y 39 capítulos escritos por 40 expertos que desarrollan su actividad profesional en 9 provincias y dos en Estados Unidos, la mayoría profesionales sanitarios, médicos especialistas en pediatría, neonatología, medicina del adolescente, traumatología infantil, radiología, medicina legal, asistencia a niños en centros de protección y reforma, otros médicos con amplia experiencia en maltrato infantil; también fiscal, psicólogos y trabajadores sociales.

Manual de Protección Infantil

Paúl J, Arruabarrena MI..

Masson. 1996.

500 páginas. Formato 16 x 24

El manual trata los aspectos esenciales de la intervención profesional en el campo de la protección infantil.

Esta compuesto de cinco partes integradas a su vez por varios capítulos:

Situaciones de desprotección infantil: descripción y etiología; Marco jurídico de la protección infantil en España y en las Comunidades Autónomas, Detección, valoración, y toma de decisiones en las diferentes situaciones de desprotección infantil; Diferentes alternativas de intervención terapéutica y preventiva; y, Recursos de intervención en protección infantil

Niños maltratados

Kempe RS, Kempe CH..

Morata. 1979

230 páginas. Formato 13 x 19 cms.

El libro de indudable valor histórico, es la traducción al español del original Child abuse (Kempe RS, Kempe CH. Open Books Publishing, Ltd., London. 1978) libro pionero en Estados Unidos y en todo el ámbito internacional que libro recoge la visión existente del maltrato infantil en los primeros años de su estudio y como consecuencia de la publicación del artículo *The battered child syndrome* en JAMA en 1962.

A pesar del tiempo transcurrido muchos, de los aspectos son de gran actualidad ya que muchas de las cuestiones planteadas aún no han sido superadas o resueltas.

Necesidades de la infancia y protección infantil. Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos

López F.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.1995

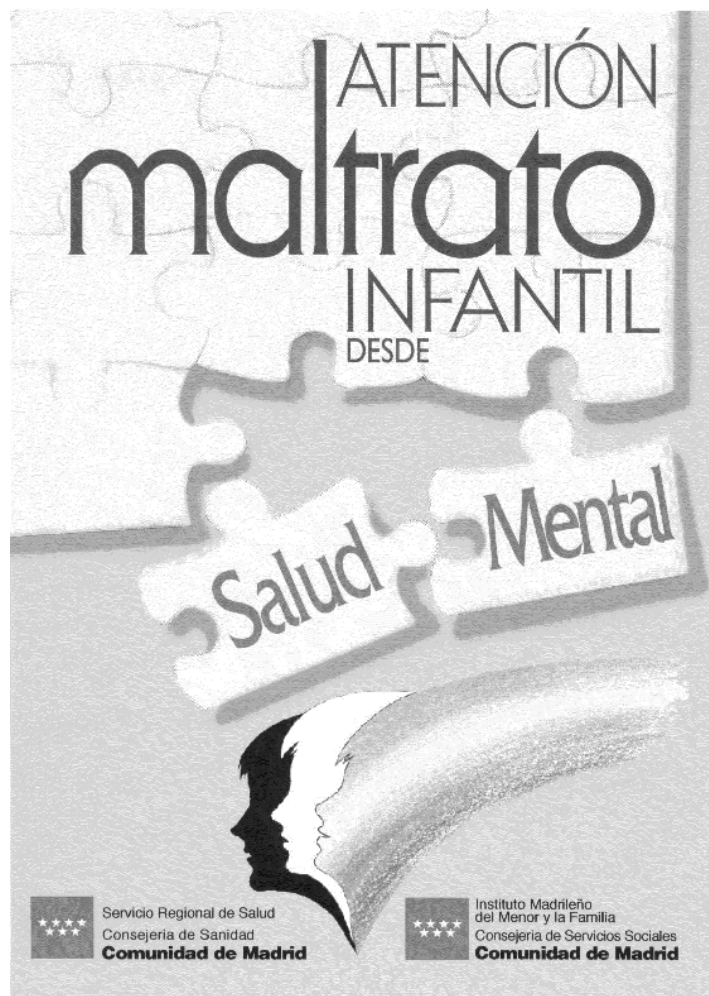
107 páginas. Formato 21 x 28 cms.

Necesidades de la infancia y protección infantil. Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores

López F, López Gómez de Cadiz B, Fuertes J, Sanchez JM, Merino J

Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales. 1995

220 páginas. Formato 21 x 28 cms.



V. DIRECCIONES DE INTERÉS

V. Direcciones de interés

Instituto Madrileño del Menor y la Familia

- ◆ Comisión de Tutela del Menor
c/ Gran Vía, 14
28013 - Madrid
Tfno. 91.580.38.26 /36.26 Fax.
- ◆ Programa para la Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario
c/ Santa Tecla, 3
28022 - Madrid
Tfno 91.741.27.71 / 91.741.77.62 Fax. 91.320.47.19
E-mail: maltratoinfantil@comadrid.es

Dirección General de la Mujer

Servicio de Atención Social a la Mujer (Tfno. 91.580.46.84)
Servicio de Orientación Jurídica (Tfno. 91.580.47.12)
Consejería de Asuntos Sociales
C/ Gran Vía, 12
28013 - Madrid

Consejería de Educación

Equipos de Atención Temprana
Consejería de Educación y Cultura
c/
Tfno

Grupo de Menores de la Policía Judicial (GRUME)

c/ Hermenegilda Martínez, 10
28002 - Madrid
Tfno. 91.322.37.88

Fiscalía de Menores

Paseo General Martínez Campos, 27
28010 - Madrid
Tfno. 91.319.82.33

Servicio Social de Información Telefónica y Atención de Emergencia (SITADE)

Tfno. 900.100.333 (Servicio 24 horas, llamada gratuita)

Programa de Apoyo Escolar para la Protección a la Infancia

Consejería de Educación. Comunidad de Madrid
c/ Donoso Cortés, 26
28015 - Madrid
Tfno. 91.446.38.53

Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid

c/ Serrano, 110
28006 - Madrid
Tfno. 91.563.44.11

Teléfono del Niño y del Adolescente (Fundación ANAR)

Avda. América, 24, 1ª planta
28028 - Madrid
Tfno. 900.20.20.10 (Servicio 24 horas, llamada gratuita)

Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia

c/ Delicias, 8 entreplanta
28045 - Madrid
Tfno. 91.530.88.26

Servicio de Salud Mental

Consejería de Sanidad
C/ Conde de Peñalver, 63
28006 – Madrid
Tfno. 91.580.46.76

