



17. TALLER 2. DIAGNÓSTICO DE MALTRATO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL.

Bárbara Rubio Grible

Pediatría Social. Servicio de Pediatría.

Hospital Universitario de Getafe (Madrid).

MALTRATO INFANTIL

En la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas del 20 de noviembre de 1989, se expone que "Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras el niño se encuentra bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona o institución, que le tenga su cargo" significa la ausencia de buen trato. Todos los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de ausencia de buen trato.

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

Por lo tanto, el maltrato infantil se plantea como un problema de salud, puesto que en el menor debe darse un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad. Estamos hablando de factores tanto físicos, como psíquicos y sociales.

La tipología del maltrato infantil:

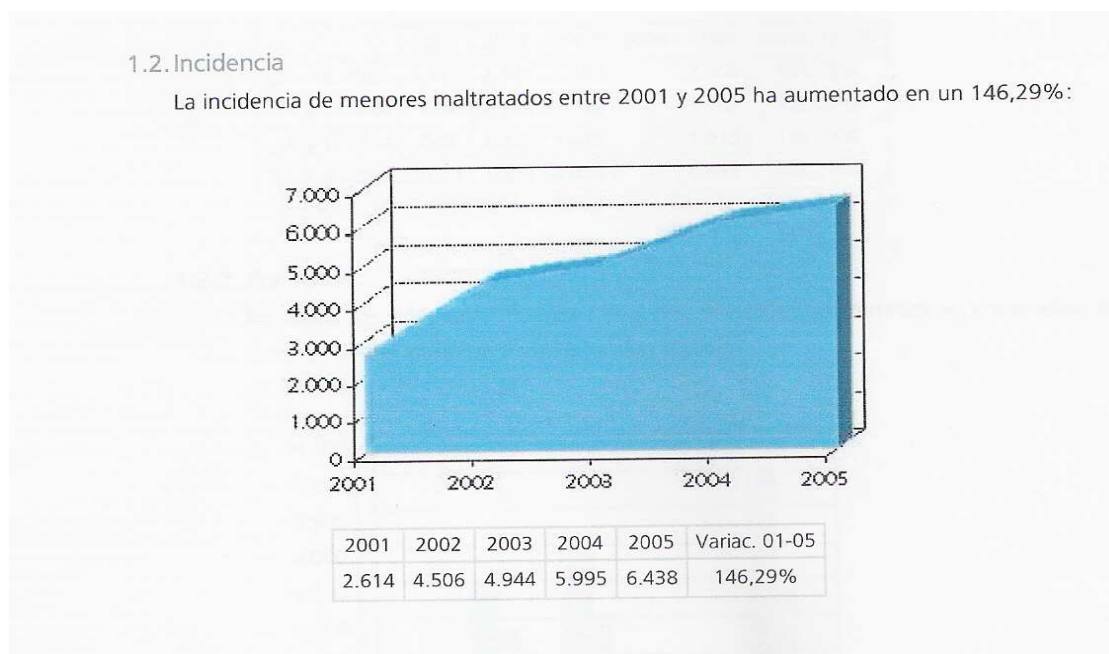
- Maltrato Físico: Cualquier acción no accidental por parte de padres, cuidadores u otras personas que provoque o pueda provocar lesiones al menor.
- Abuso Sexual: Cualquier clase de contacto con excitación sexual con un menor desde una posición de autoridad o poder sobre el niño.



- Maltrato Emocional: Cualquier conducta psíquicamente destructiva de tipo intencional por parte de un adulto que cause deterioro en el desarrollo emocional, social e intelectual del niño.
- Negligencia/abandono: Falta de cuidados básicos, supervisión o atención que afecte al desarrollo físico, emocional y/o intelectual del niño, por parte de padres o cuidadores.
- S. Munchausen por Poderes: Trastorno facticio inducido donde uno de los padres induce en el niño síntomas reales o aparentes de una enf.
- Maltrato Institucional: Cualquier actuación procedente de los poderes públicos que vulnere los derechos básicos del menor.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia real se desconoce. Sólo se detectan de un 10-20% de los casos. Según el Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar, la incidencia de menores maltratados entre 2001 y 2005 ha aumentado en un 146,29%. Se expone la gráfica a continuación:

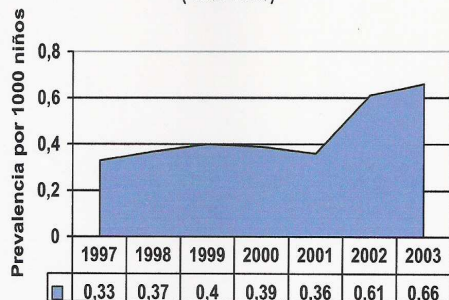


Estos datos se han tomado del Ministerio del Interior: CNP y de la Guardia Civil

La prevalencia por cada 100 menores de 18 años ha tenido una evolución similar.

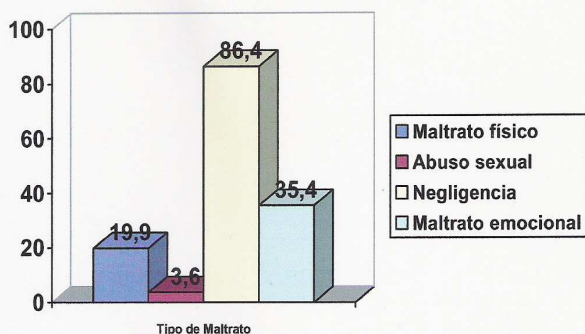


Figura 3. Prevalencia de maltrato en España* (1997-2003)



Fuente: Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia a partir de datos del Ministerio del Interior. * No se recogen datos de Ertzaintza ni de Mossos d'Escuadra.

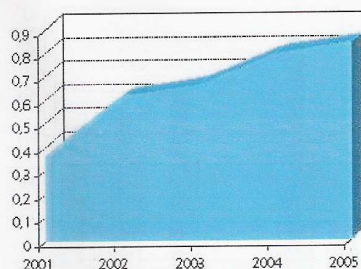
Figura 2 (I) Distribución porcentual de los tipos de maltrato



- La negligencia es el tipo de maltrato más frecuente
- Representa el 86.4% del total de los maltratos
- El ASI solo representa el 3.6%

3. Prevalencia por 1.000

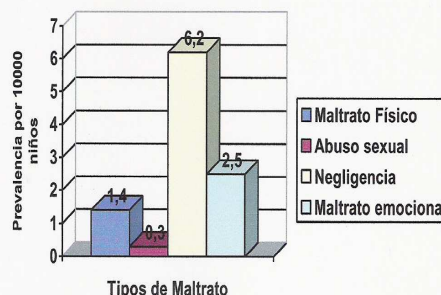
La prevalencia por cada 1.000 menores en este periodo ha tenido una ev



Año	2001	2002	2003	2004	2005	Variac. 01-05
Prevalencia	0,36	0,61	0,66	0,79	0,84	133,33%

El incremento de la prevalencia entre 2001 y 2005 ha sido del 133,33%

Figura 2 (II) Prevalencia por 10000 niños según tipo de maltrato



Nota: Una víctima puede sufrir uno o más tipos de maltrato. Fuente de datos: Informe Maltrato Infantil. España (1997/1998). Centro Reina Sofía

La prevalencia por 10.000 niños según el tipo de maltrato:

- La baja prevalencia del ASI contrasta con estudios realizados a través de encuestas a adultos de los que 18.9% manifestaba haber sufrido abusos sexuales en la infancia.
- Suelen darse más de un tipo de maltrato a la vez.
- El maltrato suele ser reiterativo

La comparación de la prevalencia en España con otros países se muestra en la siguiente tabla:



Tabla 1. Incidencia de maltrato en diferentes Países.

	Año	Casos Informados	Casos Comprobados	Frecuencia por 1000 niños
Australia	2002-2003	198.355	40.416	6,8
Canadá	1998	312.373	61.000	9,7
Reino Unido	2002-2003	570.220	30.200	2,7
EE. UU.	2001	2.673.000	492.100	12,4
España	1997/1998	32.741	11.148	0,71

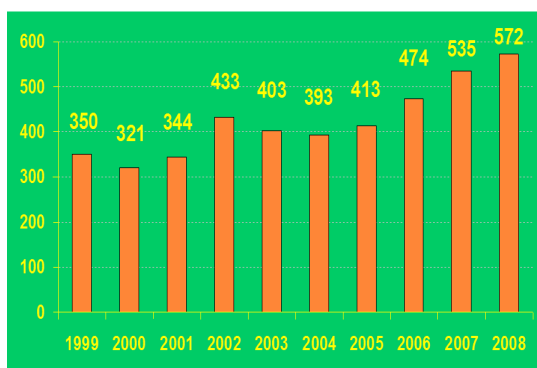
Fuente: Creighton S. Prevalence and incidence of child abuse: International comparisons. 2004. (Modificado al incluir los datos epidemiológicos de España).

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO EN LA COMUNIDAD DE MADRID.

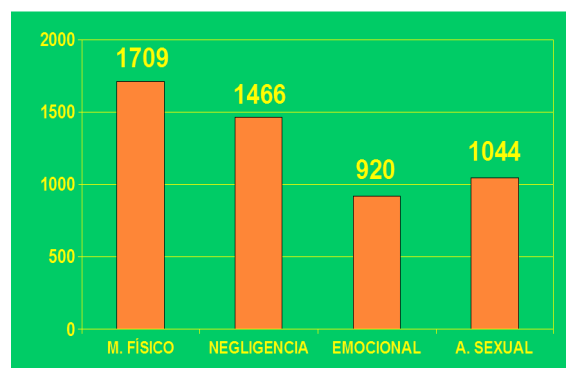
Registro de casos detectados desde el ámbito sanitario (Datos 1999-2008)

Las notificaciones existentes entre 1999-2008 son un total de 4244, de las cuales 4046 se distribuyen entre 1063 de maltrato y 2983 como sospecha y 198 como notificaciones repetidas, es decir, el 26% se constatan como maltrato.

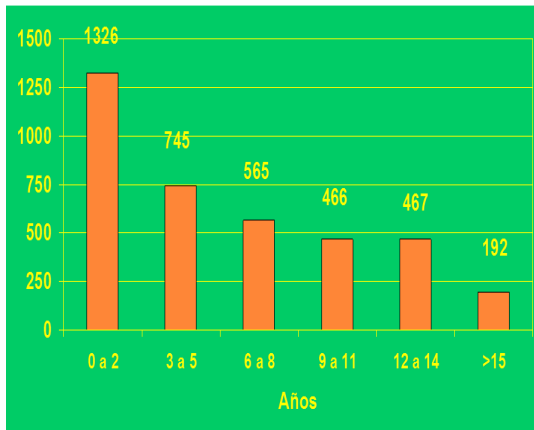
Según la distribución de notificaciones por sexo, obtenemos un total de 4046 aunque en 158 de ellas no consta el dato, de manera que en mujeres son un total de 2063 notificaciones (53%) y en varones son 1825 (47%).



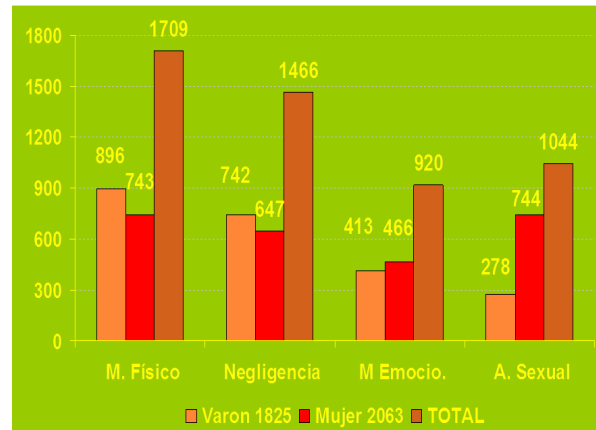
Notificaciones por año (N=4244)



Tipos de maltrato (N=4046)



Por grupos de edad (N=4046)



Tipo de maltrato por sexo (N=4046)

LOS FACTORES DE RIESGO DEL MALTRATO INFANTIL

A través de los distintos estudios epidemiológicos se han ido identificando determinados factores que favorecen situaciones de maltrato. La existencia de maltrato no se explica por la presencia de un solo factor de riesgo, sino por una acumulación de los mismos. Existe un amplio consenso en considerar que los malos tratos son consecuencia de la interacción de múltiples factores, en los que están implicados el niño, la familia y el entorno, por lo que estamos hablando de factores personales, factores familiares y factores sociales. La presencia de los factores de riesgo (FR) no conlleva necesariamente a una situación de maltrato, pero la detección de los mismos si puede prevenir y evitar el maltrato. Se exponen en la siguiente tabla:

	Personales	Familiares	Sociales
Maltrato o Negligencia física	<ul style="list-style-type: none"> - Deficiencias - Dependencia - Separación de la madre en periodo neonatal. <ul style="list-style-type: none"> • Niño hiperactivo • Prematuros • Discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> - F. Monoparentales - Embarazo no deseado - Padres adolescentes - Padre/madre no biológico - Abuso de drogas/alcohol - Hx violencia familiar - Tx psiquiátrico - Antecedentes de MI 	<ul style="list-style-type: none"> - Mínimo soporte social - Bajo nivel socioecon. - Aislamiento social - Hacinamiento - Inmigración - Desempleo
Maltrato o negligencia Psicoafectiva	idem	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones conyugales conflictivas - Desconocimiento de las necesidades psicoafectivas del niño - Enf. Psiquiátrica de los padres - Antecedentes familiares de 	<ul style="list-style-type: none"> - Nivel SE alto o medio-alto. - Aislamiento social



		MI	
Abuso Sexual	- Niñas - Discapacidad	- Padre dominante - Padre no biológico - Alcohol y drogodependencias - Pobre relación marital - Antecedentes de ASI	No hay distinción entre culturas, religiones o nivel socioeconómico

Pueden existir factores **compensadores o protectores** que actúen impidiendo que los **factores de riesgo o potenciadores** desencadenen una respuesta agresiva hacia el menor:

- A nivel personal:
 - o Apego materno o paterno hacia el hijo/a
 - o Resiliencia
- A nivel familiar:
 - o Armonía en la pareja
 - o Ausencia de violencia en el hogar
 - o Planificación familiar
 - o Intervenciones terapéuticas con la familia
- A nivel Social:
 - o Apoyo social
 - o Redes de apoyo e integración social
 - o Programas sanitarios

INTERVENCIÓN EN MALTRATO INFANTIL

Todos los profesionales implicados deben actuar de manera coordinada y por el interés superior del niño. El proceso básico a seguir es:

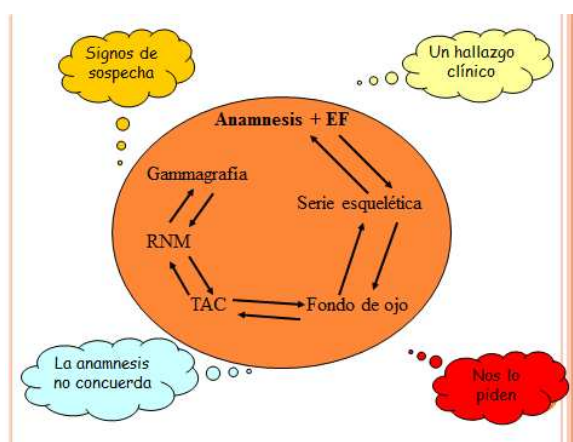




Equipo multidisciplinar: en el maltrato infantil suelen intervenir muchos profesionales. Se requiere de un trabajo en equipo, de un trabajo en red (médico, juez, psicóloga/o, policía, maestro/a, etc.). No se debe asumir la responsabilidad aisladamente.

1) DETECCIÓN/DIAGNÓSTICO

- Se deben exponer los indicadores en la Historia Clínica, los indicadores en la Exploración Física, y los Indicadores a través del comportamiento.
- Es necesario tener un alto índice de sospecha.
- La sospecha puede venir de algún detalle en la historia o bien de un hallazgo en la exploración.
- Ante la posibilidad de MI, estamos obligados a completar el "circuito" diagnóstico.
 - o Anamnesis
 - o Exploración física
 - o Pruebas complementarias:
 - Serie esquelética
 - Gammagrafia ósea
 - TAC
 - Otras



- o **Anamnesis:** Datos en la anamnesis que deben hacer sospechar maltrato: hallazgos en la historia previa que sugieren maltrato; historia clínica inconsistente y/o incoherente, retraso en solicitar asistencia; mecanismo descrito no concordante



con las capacidades del niño; mecanismo no concordante con los hallazgos clínicos.

- o **Exploración física:** debe ser completa y minuciosa; observar la conducta y actitud del niño; buscar signos que nos pueden indicar maltrato: falta de higiene, piel y mucosas (son las más frecuentes, el 92% de los casos siendo hematomas, quemaduras y alopecias), huesos y articulaciones (lesiones óseas es la 2ª manifestación clínica en frecuencia 55% sobre todo en menores de 3 años), intracraneales (es la 1ª causa de muerte: hematomas subdural, hematoma epicraneal, y edema cerebral), viscerales y torácicas, oculares (presencia de hemorragias retinianas nos obligan siempre a investigar, y si está asociado a hematoma subdural, pensamos en Síndrome del niño zarandeado) , ano y genitales.
- o Pruebas complementarias: Sirven para descartar otras patologías, realizar el diagnóstico diferencial, y confirmar el diagnóstico. Incluyen: 1) Analítica para descartar otras enfermedades hematológicas, y 2) Pruebas de imagen: en todos los niños menores de 2 años con sospecha MI:
 - Serie esquelética
 - Gammagrafía ósea
 - TAC
 - Otras (como RM; ecografía cerebral)

2) NOTIFICACIÓN

Condición necesaria para posibilitar la intervención. Es una obligación legal y profesional, en casos graves, casos leves y situaciones de riesgo. A continuación mostramos la hoja de notificación de maltrato físico y abandono utilizada en la Comunidad de Madrid.



HOJA DE NOTIFICACIÓN DE MALTRATO FÍSICO Y ABANDONO
L = Leve M = Moderado G = Grave
Para su aplicación se utiliza solo la columna correspondiente
MALTRATO FÍSICO
MAGULLADURAS O HEMATOMAS
QUEMADURAS
FRACATURAS ÓSEAS
HERIDAS
LESIONES VISCERALES
MORDEURAS HUMANAS
INTOXICACIONES FORZADAS
SÍNDROME DE NIÑO ZARZAROSO
NEGLECTO
ESCALA INGLESE
FALTA DE SUPERVISIÓN
CANSANDO O PARTIENDO PERMANENTE
PROBLEMAS FÍSICOS O NECESIDADES MÉDICAS
ES EXPLORADO, SE LO HACE TRABAJAR EN EXCESO O NO VA A LA ESCUELA
HA SIDO ABANDONADO
MALTRATO EMOCIONAL
MALTRATO EMOCIONAL
RETRASO FÍSICO, EMOCIONAL Y/O INTELLECTUAL
INTENTO DE SUICIDIO
CUIDADOS EXCESIVOS / SOBREPROTECCIÓN
ABUSO SEXUAL
Sin contacto físico
Con contacto físico sin penetración
Dificultad para andar y sentarse
Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
Dolor o picor en la zona genital
Contusiones o sangrados en los genitales externos, zona vaginal o anal
Cerviz o vulva hinchadas o rojas
Exploración sexual
Semena en la boca, genitales o ropa
Enfermedad venérea
Apertura anal patológica
Tamaño hendidura vaginal (en postura de rana) mm
IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o redene lo que proceda)
Identificación del niño
Caso Final (último de la lista)
Sexo
Fecha de nacimiento
Identificación del agresor
Servicio Consultivo
Profesional
Héctor
Enfermera
Trabajador Social
Muroza
Psicólogo
Nº Colegiado

3) TRATAMIENTO:

Es la intervención, y todo informe médico debe incluir contenido y características.

Table with 2 columns: CONTENIDO and CARACTERÍSTICAS.
CONTENIDO: Datos de filiación, Quien acompaña al niño, Donde han ocurrido los hechos, Motivo de consulta, Datos de la anamnesis y la exploración, Datos de las pruebas realizadas, Razonamiento diagnóstico, Conclusión final, Medidas adoptadas.
CARACTERÍSTICAS: Lenguaje claro y sencillo, Ha de ser objetivo, Sin comentarios personales, Sin datos de terceras personas, Razonado.

La intervención terapéutica requiere de un equipo multidisciplinar, y debe incluir: personal médico y enfermería, profesionales de salud mental, asistentes sociales,



servicios de protección al menor, representante legal como el fiscal, etc. Cada caso debe ser tratado de manera individualizada.

En la siguiente figura mostramos los tipos de intervención en los niños maltratados en la atención integral que debemos de asegurarnos que reciben.

Tipo de maltrato		Medidas sanitarias	Medidas sociales	Medidas legales
Maltrato físico y negligencia-abandono	Grave	Ingreso hospitalario/centro de acogida de urgencias	Comunicar a Protección de Menores	Parte de lesiones
	No grave	Seguimiento en consulta	Comunicar a Servicios Sociales	*
Maltrato emocional	Grave	Ingreso hospitalario/centro de acogida de urgencias	Comunicar a Protección de Menores	Informar al juez
	No grave	Consulta salud mental	Comunicar a Servicios Sociales	*
Abuso sexual	Con contacto físico	Exploración física Protocolo de recogida de muestras médicas	Comunicar a: • Protección de Menores • Servicios Sociales	Parte de lesiones
	Sin contacto físico	Psicólogo/psiquiatra: diagnóstico/apoyo emocional-psicológico		*

Figura 4. Tipos de intervención en los niños maltratados.

*Fiscal de menores: tiene el papel de actuar como defensor del menor. Se comunicarán aquellos casos en que se estime necesaria la valoración o toma de decisiones referentes a la protección de los derechos del niño¹².

4) PROTECCIÓN

Todo el conjunto de medidas que se toman una vez detectado y notificado el maltrato.

5) SEGUIMIENTO

Es la prevención terciaria, y resulta una de las fases más importantes: para tratar las secuelas y para evitar las recurrencias. Debe incluir un seguimiento médico, seguimiento psicológico y un seguimiento por los servicios sociales y legales.

6) PREVENCIÓN

Los Los servicios de Atención Primaria tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil, sobre todo los Pediatras y personal de enfermería al tener una



posición favorable para detectar situaciones de riesgo, sobre todo en los menores de 5 años.

Otro ámbito imprescindible en la prevención es el educativo.

Niveles de actuación:

- Prevención Primaria
- Prevención Secundaria
- Prevención Terciaria (Seguimiento de los casos ya identificados).

La prevención primaria: está dirigida a la población en general, para evitar la presencia de factores de riesgo y potenciar los factores protectores. Estamos hablando de:

- Sensibilización de los profesionales en la atención al MI,
- aumentar las habilidades de los padres en el cuidado de sus hijos.
- Prevenir el embarazo no deseado,
- Búsqueda sistemática de factores de riesgo y factores protectores en la historia clínica.
- Valorar la calidad del vínculo afectivo padres- hijos,
- Intervenir en las consultas con amabilidad y empatía cuando observamos prácticas de castigo corporal discutiendo métodos alternativos.
- Identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, alabar sus esfuerzos y reforzar su autoestima y competencia.

La prevención secundaria: Dirigida a la población de riesgo, para reducir daños y atenuar los factores de riesgo presentes y potenciar los factores protectores. Estamos hablando de:

- Reconocer las situaciones de negligencia y abandono.
- Reconocer situaciones de violencia doméstica.
- Reconocer las conductas paternas de disciplina inapropiada.
- Remitir a centros de SM a padres con drogodependencias
- Conocer los recursos disponibles para ofrecerlos a las familias



- Coordinar con el T. social plan de ayuda para cada familia de riesgo
- Visita domiciliaria
- Aumentar las visitas dentro del Programa del Niño Sano.

La prevención terciaria: el seguimiento de los casos ya identificados, y mostrar esa atención integral.

