

DETECCIÓN DE
RIESGO SOCIAL
en la Embarazada
PREVENCIÓN
MALTRATO INFANTIL



Instituto Madrileño del Menor y la Familia
CONSEJERÍA DE SERVICIOS SOCIALES

Comunidad de Madrid

Presentación

Introducción

I. Programa de atención a la embarazada riesgo social y prevención del maltrato infantil desde el ámbito sanitario

- Justificación
- Marco legal
- Descripción contenido del programa
- Objetivos que se pretenden alcanzar
- Actividades
 1. Formación
 2. Registro de casos
 3. Diagnóstico e intervención
 4. Prevención
 5. Salud Mental
 6. Internet
- Actividades que incluye el programa y calendario previsto
- Evaluación y seguimiento del programa
- Contenidos del programa de formación
- Equipo

II. Proceso de atención a la embarazada de riesgo social y prevención del maltrato infantil

Introducción

Proceso de atención a la embarazada de riesgo social y prevención del maltrato infantil

Detección - diagnóstico

Embarazo - perinatal

Visitas domiciliarias

Visita al recién nacido

Atención domiciliaria

Apoyo social - soporte familiar

Notificación

Intervención

Prevención

Bibliografía

III. Contenidos teóricos del programa de formación

- | | |
|---|--|
| 01. Maltrato infantil: historia, concepto, etiología, epidemiología | José A. Díaz Huertas |
| 02. Maltrato físico y abandono / negligencia | Juan Casado Flores |
| 03. Maltrato emocional | Consuelo Escudero Alvaro |
| 04. Abuso sexual | Barbara Rubio |
| 05. Servicios sociales de la Mujer | |
| 06. Comisión Tutela del Menor | Esperanza García García |
| 07. Acogimiento familiar y Adopción | Emilia M ^a Mejias Cardenas |
| 08. Juez Registro Civil | Susana Salvador Gutiérrez |
| 09. Fiscal de Menores | Felix Pantoja García |
| 10. Atención primaria y hospitalaria | Carmen Martínez González |
| 11. Prevención | Mercedes Zahonero Coba |
| 12. Detección riesgo social desde neonatología | M ^a Luisa Gordillo Martínez |
| 13. Atención a la mujer embarazada: detección riesgo social | Victoria Pérez López |

IV. Bibliografía

V. Direcciones de interés

PRESENTACION

La detección del riesgo social en la embarazada y prevención del maltrato infantil, se inscribe dentro del Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario y Social en la Comunidad de Madrid.

El Programa de Atención al Maltrato Infantil es ya una realidad. A lo largo de este primer año y medio, de los cinco que inicialmente contempla, se han realizado, entre otras actividades, tres cursos, se ha presentado en cada una de las 11 Áreas de Atención Primaria del Insalud y hospitales de la red, se han realizado las reuniones de seguimiento semestral en cada Área del Insalud de Madrid y el informe de los seis primeros meses del Registro de Casos.

Las actividades de prevención del maltrato infantil incluían desarrollar estrategias de detección de situaciones de riesgo durante el embarazo y de preparación y apoyo a los padres, considerando que este es un período de especial vulnerabilidad y sensibilidad para abordar los problemas que pueden afectar al niño, la mujer y la familia.

El Programa que aquí presentamos, significa un paso más en la atención y prevención de los malos tratos en la infancia. Frente al maltrato infantil proponemos facilitar un *buen trato* prenatal desde una atención a la mujer embarazada que contemple aquellas circunstancias que pueden influir negativamente en la gestación y en el desarrollo del niño, en ella misma y en su familia.

La madre y el feto deben beneficiarse de medidas preventivas y de control médico y social insertadas durante todo el embarazo y aún antes de él, y posteriormente al parto y nacimiento del niño.

A tal efecto, la determinación, cuantificación precoz y precisa de problemas que amenazan la salud materno infantil y el posterior desarrollo del niño y la realización de programas específicos de actuación, deben ser una de las líneas básicas de una política sociosanitaria eficaz.

Los servicios sociales y sanitarios tienen la responsabilidad de la detección precoz de situaciones de riesgo social y desde sus áreas de actuación facilitar los recursos para que estas circunstancias no supongan un daño biopsicosocial a la madre y al hijo.

Sin el trabajo, en muchas ocasiones anónimo, de un numeroso grupo de profesionales y la incorporación de aquellos que al incluir nuevas iniciativas o por su participación activa en el Programa, el desarrollo de proyectos de esa naturaleza sería, sino imposible, lenta y difícil su implantación.

La implicación institucional y su coordinación son imprescindibles para la implantación y su apoyo está permitiendo la continuidad de este proyecto y el impulso para cumplir sus objetivos.

La Consejería de Servicios Sociales, a través del Instituto Madrileño del Menor y la Familia, impulsan este Programa con la participación activa y la colaboración de la Consejería de Salud, el Instituto Nacional de la Salud, las Concejalías de Sanidad y Consumo y de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, la Dirección General de Acción Social del Menor y la Familia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, las Facultades de Medicina y Psicología de la Universidad Autónoma y la incorporación de la Dirección General de la Mujer está siendo fundamental para la elaboración y desarrollo de este Programa.

La propuesta fundamental del conjunto de este Programa es contribuir a la prevención del maltrato infantil desde el ámbito sanitario, atendiendo a los niños y sus circunstancias familiares según sus necesidades y derechos, contemplando los aspectos psicosociales.

Madrid 23 de agosto de 1999

Pilar Martínez López
Consejera de Servicios Sociales

Introducción

La prevención del maltrato infantil es uno de los objetivos fundamentales del *Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario* en la Comunidad de Madrid iniciado en 1998 y la detección e intervención precoz ante situaciones de riesgo social durante el embarazo era una de las actividades a desarrollar por el mismo.

La importancia del *Programa de Detección de riesgo social en la embarazada y prevención del maltrato infantil* radica no solo en la prevención de los malos tratos a los niños, sino también en la atención a la mujer y sobre circunstancias de violencia doméstica, hechos que están íntimamente relacionados entre sí, y que afectan al niño y su familia.

El papel que los servicios sociales deben desempeñar en la promoción del niño, la mujer y la familia en situación de riesgo social es esencial en la protección y atención al menor, siendo necesaria la detección y actuación desde otros ámbitos y, en este caso, desde la atención sanitaria a la mujer embarazada y al hijo.

El consenso es una de las premisas fundamentales del Programa, de ahí, la amplia implicación de profesionales e instituciones. Este numeroso equipo multidisciplinar está formado por médicos (generales, pediatras, ginecólogos, cirujanos infantiles,...), enfermeras y matronas de asistencia primaria y hospitalaria, psicólogos, trabajadores sociales fiscales, jueces, estudiosos y expertos en malos tratos infantiles, al que se incorpora la Dirección General de Educación, la Dirección General de la Mujer y un Juez del Registro Civil.

El Registro de riesgo social en la embarazada y el recién nacido que se pone en marcha implica:

- la intervención de los servicios sociales en aquellos casos que se estimen de riesgo desde el sector sanitario.
- realizar una aproximación al conocimiento real del problema y valorar la eficacia de las intervenciones y su valor predictivo si posteriormente se producen situaciones de maltrato infantil o violencia doméstica.
- implicar al ámbito sanitario en la detección e intervención en situaciones de riesgo social y con los servicios sociales.

El primer capítulo del libro que aquí presentamos, describe el Programa de atención a la embarazada de riesgo social y prevención del maltrato infantil desde el ámbito sanitario, incluye: Justificación, Marco legal, Descripción del contenido del programa, Objetivos y Actividades que incluye el programa (Formación, Registro de casos, Diagnóstico e intervención, Prevención, Salud Mental, Internet), Evaluación y seguimiento del programa, Contenidos de formación y los diferentes componentes del Equipo.

En el segundo capítulo se establece el Proceso de Atención a la atención a la embarazada de riesgo social y prevención del maltrato infantil en sus diferentes fases: diagnóstico - detección, notificación y tratamiento - intervención, y prevención

El tercer capítulo facilita los contenidos teóricos en los 13 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.

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

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

El Instituto Madrileño del Menor y la Familia continúa con las actividades que le corresponden según la Ley de Garantías de la Infancia y la Adolescencia y la ley creación de este Instituto, así como dar respuestas a las demandas de los profesionales e instituciones preocupados por este tema, y avanzar en la atención al niño, la mujer y la familia y en la prevención del maltrato infantil.

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

I. PROGRAMA DE PROGRAMA DE DETECCIÓN DE RIESGO SOCIAL EN LA EMBARAZADA Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

INDICE

- Justificación
- Marco legal
 - A. Programa de detección de riesgo social
 - Recomendación (79) 17 del Consejo de Ministros del Consejo de Europa
 - Convención de los Derechos del Niño
 - Ley de Protección Jurídica del Menor
 - Ley de Garantías de los derechos de la infancia y la Adolescencia en la Comunidad Madrid
 - B. Maltrato infantil
 - Nivel internacional
 - Nivel estatal
 - Nivel autonómico
 - Nivel sanitario
 - Nivel profesional
 - Plan de Atención a la Infancia en la Comunidad de Madrid
- Descripción contenido del programa
- Objetivos que se pretenden alcanzar
- Actividades
 1. Formación
 2. Registro de casos
 3. Diagnóstico e intervención
 4. Prevención
 5. Salud Mental
 6. Internet
- Actividades que incluye el programa y calendario previsto
- Evaluación y seguimiento del programa
- Contenidos del programa de formación
- Equipo

PROGRAMA DE DETECCIÓN DE RIESGO SOCIAL EN LA EMBARAZADA Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

Justificación

Los factores de riesgo social influyen negativamente en el desarrollo del niño, así como los factores de riesgo biológico (bajo peso al nacer, prematuridad, síndromes malformativos, problemas neurosensoriales, enfermedades crónicas, privación afectiva y emocional,...) y ciertas circunstancias del embarazo.

Todos estos factores pueden afectar al niño ya desde su vida intrauterina y tener una relación directa con una falta de cuidados y un posible no buen trato o maltrato infantil.

No todos los factores de riesgo actúan de igual forma en el niño, pero el hecho de que cuanto más precoz es más lesivo y puede afectar negativamente a más áreas obliga a realizar intervenciones y actividades lo más tempranas posibles.

El bienestar del niño va a estar directamente relacionado con el bienestar de la madre, que en determinadas ocasiones va a requerir de ayudas y apoyos sociales y sanitarios durante y después del embarazo.

La importancia de la medicina preventiva en la obstetricia actual y de la investigación en el campo de las ciencias medicosociales son elementos imprescindibles para la consecución del mayor y más óptimo estado de salud materno-fetal y neonatal.

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

El diagnóstico de maltrato infantil es difícil pero más la prevención y el tratamiento. El descuido, negligencia y abandono en el cuidado de los niños es más difícil de evidenciar e implicar a los profesionales sanitarios va a depender de la sensibilización, formación y entrenamiento para atender estos problemas con importantes implicaciones en salud.

Con frecuencia el ámbito sanitario diagnóstica solo los malos tratos físicos graves y/o recidivantes, que aunque es la forma más evidente, es la menos frecuente. Por ello es necesario investigar desde este ámbito todas las variables sociales y de salud relacionadas con los malos tratos a la infancia así como las carencias que permitan mejorar la eficiencia en la atención al niño en este problema.

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

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

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

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

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

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

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

El maltrato infantil puede tener en sus orígenes problemas de salud mental en la madre, padres y tiene importantes repercusiones en el desarrollo socioemocional del niño y puede provocar diferentes problemas psicológico - psiquiátricos en el niño.

Marco legal

A. PROGRAMA DE DETECCIÓN DE RIESGO SOCIAL

• Recomendación (79) 17 del Consejo de Ministros del Consejo de Europa

El *Programa de Detección de riesgo social en la embarazada y prevención del maltrato infantil* se basa, en gran parte, en la Recomendación del Consejo de Europa (79)17, sobre Protección de los Niños contra los malos tratos, de 13 de septiembre que realizó el Comité de Ministros, en virtud del artículo 15.b del Estatuto del Consejo de Europa, de la que podemos destacar los puntos:

16. Teniendo en cuenta que una *prevención y una intervención eficaces*, necesitan una *coordinación y una cooperación total* entre los *servicios sociales, de salud y otros*;

I. Recomienda a los Gobiernos de los Estados Miembros tomar *toda medida útil* para la salvaguarda de los niños maltratados, es decir, a los fines de la presente recomendación, los niños que son objeto de *malos tratos corporales o son víctima de una falta de cuidados, de una ausencia de afecto, o de una crueldad mental que pueda comprometer su desarrollo físico, intelectual o afectivo* y al mismo tiempo, que esos actos o esas omisiones sean obra de personas que tengan la guarda del niño, o de aquellos que la tengan de forma temporal o permanente.

A tal fin se les invita:

16.I.1. A promover un *mejor conocimiento* de la amplitud y gravedad del problema, principalmente alentando las campañas de información del público sobre el carácter social del fenómeno, sus causas y sus manifestaciones, así como acerca de las medidas adoptadas o a adoptar para combatirlo;

16.I.2. A *mejorar la organización de la protección de la infancia*, teniendo en cuenta los principios y las sugerencias siguientes, de cara a asegurar la máxima eficacia en la prevención, en la detección y en las intervenciones:

• Prevención

Para asegurar la prevención convendría:

a. Poner a punto las conexiones socioeconómicas en general y desarrollar medidas de *ayuda a las familias* tomando especialmente en consideración los *grupos más propensos* a este tipo de situaciones;

e. Ocuparse, principalmente en el momento del *primer embarazo*, de que los padres tengan la facultad de informarse y discutir los métodos para criar y educar a los niños en función de los distintos estadios del desarrollo y alentarlos a que lo hagan;

f. Interesarse particularmente en el periodo *perinatal* con el fin de favorecer el establecimiento de vínculos afectivos entre los padres y el recién nacido:

* asegurando una buena *preparación psicológica* de los padres frente al nacimiento del niño y a su situación de padres.

* privilegiando la ayuda y comprensión de las mujeres en el *parto* y desalentando comportamientos y prácticas traumatizantes que podrían afectar a la actitud de la madre con respecto a su hijo.

* alentando la cohabitación de la madre y el niño dentro de las *maternidades*.

* desarrollando la *capacidad educativa* de los padres, dándoles confianza en ellos, sin exagerar la importancia de los conocimientos técnicos.

* alentando la *lactancia del seno materno*, gracias a la información de los padres y de las personas que deben aconsejar a las madres.

* reconociendo la importancia del *papel del padre* frente a la madre y el recién nacido, por ejemplo dándole la posibilidad de asistir al parto y examinando el acuerdo de unas vacaciones por ocasión del nacimiento del hijo.

g. Cuando se trate de *niños enfermos o debajo peso* en el nacimiento y principalmente los recién nacidos *disminuidos*, serán situados en unidades especiales, favoreciendo el mayor número de contactos posibles entre estos niños y sus padres, y sobre todo procurar que el *personal médico, enfermeros y demás*, les aporten ayuda y consejo.

i. Instruir un *mecanismo o desarrollar investigaciones* que permitan identificar a las familias vulnerables en estadios precoces en los *periodos prenatales y perinatales*;

j. Proveer, en los *primeros estadios de la vida del niño*, una asistencia particular a las familias con *conflictos familiares*.

• Denuncia

Teniendo como objetivo la detección precoz de todo caso de malos tratos, convendría:

b. Alentar al público y, especialmente a las *personas más susceptibles de encontrarse con niños maltratados* a prestar su asistencia para la detección de malos tratos.

- Intervención

a. El objetivo prioritario debe ser *hacer cesar los malos tratos e impedir todo recurso a la violencia*;
b. como objetivo secundario, hará falta esforzarse en mantener, en la medida de lo posible, al *niño en su familia* a través de medidas eficaces de asistencia y de tratamiento de la célula familiar entera;

- Formación del personal

Con vistas a asegurar la formación del personal de las diferentes profesiones llamadas a concurrir a la protección de los niños contra los malos tratos, convendría:

b. Integrar esta formación dentro de los programas de enseñanza de todas las personas susceptibles de detectar las causas de malos tratos o de intervenir a título de acción o de prevención;

d. Procurar que los programas de formación a pediatras, médicos escolares, médicos de medicina general, psicólogos, así como otros miembros de las *profesiones médicas y paramédicas* susceptibles de entrevistarse con los niños maltratados, *les permitan diagnosticar los malos tratos desde los primeros estadios*;

f. Hacer conocer igualmente, a las personas señaladas con anterioridad, el *comportamiento a adoptar* en presencia de un caso sospechoso;

g. Subrayar la necesidad de un *acercamiento pluridisciplinario* desde la formación, como medio de combatir todas las barreras a la cooperación entre disciplinas y profesiones;

16.I.4. Promover la *investigación* acerca de este problema, dando prioridad en la medida de los recursos disponibles, a los estudios sobre sistemas de protección, previsión, detección precoz y tratamiento; a formular definiciones específicas de los malos tratos y considerar las investigaciones según el siguiente sentido:

- Sujetos de investigación:

I. La evaluación de métodos que permitan determinar que *familias* tienen necesidad de una *ayuda especial* para impedir que críen a sus hijos de forma anormal;

VIII. El *estudio estadístico* sobre el problema y de investigaciones sobre la existencia de los responsables de los malos tratos:

IX. Programas de investigación operativa sobre las *medidas de prevención, de detección y de intervención*.

Este texto supone un avance en el enfoque a la atención al niño y su familia al contemplar:

- la prevención, denuncia, intervención, formación del personal e investigación,
- no solo el maltrato físico sino también la falta de cuidados, la ausencia de afecto, o de una crueldad mental y otra serie de circunstancias que puedan suponer un riesgo y comprometer el desarrollo físico, intelectual o afectivo del niño.
- los periodos prenatal, perinatal y postnatal.

- **Convención de los Derechos del Niño**

La Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas también establece:

Artículo 24 .2. Los Estados Partes adoptaran las medidas apropiadas para:

D Asegurar atención sanitaria *prenatal y postnatal* apropiada a las madres

F. Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia.

- **Ley de Protección Jurídica del Menor**

La reciente Ley de Protección Jurídica del Menor, Ley 1/96, encontramos un marco a nivel estatal referente a la prevención y actuación en situaciones de riesgo que afecten a los niños en su artículo 12:

1 La *protección del menor* por los poderes públicos se realizara mediante la *prevención y reparación de situaciones de riesgo*, con el establecimiento de los servicios adecuados para tal fin, el ejercicio de la guarda, y, en los casos de desamparo, la asunción de la tutela por ministerio de la Ley.

2. Los poderes públicos velaran para que los *padres, tutores o guardadores desarrollen adecuadamente sus responsabilidades*, y facilitarán servicios accesibles en todas las áreas que afecten al desarrollo del menor.

- **Ley de Garantías de los derechos de la infancia y la Adolescencia en la Comunidad Madrid**

La Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid establece referente a los *Principios de actuación*:

Artículo 3.d Promover las condiciones necesarias para que, la responsabilidad de los padres o tutores, en el efectivo ejercicio de los derechos de sus hijos o tutelados, pueda ser cumplida de forma adecuada.

Artículo 8. Las Administraciones Públicas de la Comunidad de Madrid ofrecerán a los padres, *a quienes vayan a serlo* y a los tutores, los medios de información y formación adecuados para ayudarles a cumplir

con sus responsabilidades, teniendo en cuenta las características de los menores y fomentando actitudes educativas y el respeto a sus derechos.

Asimismo, en el Artículo 77 considera como objetivos básicos de las *atribuciones básicas y la regulación del Instituto Madrileño del Menor y la Familia*:

- a. La promoción de *políticas integrales* referidas a la infancia
- b. La coordinación de las *actuaciones sectoriales* que desde diferentes Administraciones de la Comunidad de Madrid u Organismos de la Administración autonómica se desarrollen
- c. El impulso de los recursos y actuaciones destinados al *mayor bienestar social de la infancia* en la Comunidad de Madrid, a fin de dar respuestas a las nuevas necesidades sociales que surjan.
- d. La promoción de políticas de *protección a la familia*, en cuanto núcleo básico de socialización de menores, de acuerdo a criterios de igualdad y solidaridad.

B. MALTRATO INFANTIL

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

• Nivel internacional

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

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

La Carta Europea de Derechos del Niño, Resolución A3-0172/92 del Parlamento Europeo, establece:

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

• Nivel estatal

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

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

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

La Ley Orgánica 1/1996 de protección jurídica del menor constituye un amplio marco jurídico de protección a la infancia, en el artículo 13 trata sobre la obligación de la denuncia y de mantener la confidencialidad:

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

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

artículo 18 establece que:

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

- **Nivel Autonómico**

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

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

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

- **Nivel sanitario**

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

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

Artículo 8.1 Se considera actividad fundamental del sistema sanitario la realización de estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica.

- **Nivel profesional**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Descripción contenido del programa

El *Programa de detección de riesgo social en la embarazada y prevención del maltrato infantil* se desarrolla dentro del *Programa de Atención al Maltrato infantil desde ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid* que abarca la formación de profesionales, estudios epidemiológicos, atención a niños maltratados, prevención, .., a lo largo de 5 años.

En su conjunto supone implicar tanto a los profesionales del ámbito de la salud, sanitarios y no sanitarios, como a instituciones públicas y privadas relacionadas con la atención a la infancia en la detección, intervención y prevención del maltrato infantil.

El método utilizado consistirá en:

- Elaboración de un Programa de detección de riesgo social en la embarazada y prevención del maltrato infantil desde el ámbito sanitario dentro del Plan de Infancia en la Comunidad de Madrid.
- Implicación de la red sanitaria a través de su participación activa.
- Campaña de información a través de documentos específicamente elaborados para los profesionales sanitarios.
- Formación de los profesionales sanitarios que se realizará mediante cursos teórico - prácticos, creación de grupos de trabajo e implicación de la red de atención a la infancia, y seguimiento de los casos detectados.
- Establecer un sistema de registro y vigilancia epidemiológica de las situaciones de riesgo.
- Atención a los casos según las necesidades del niño, la madre, la familia y las características propias de este problema.
- Desarrollo de actuaciones de prevención de los malos tratos en la infancia desde el dispositivo sanitario..
- Incluir en los grupos de trabajo sobre maltrato infantil de la Áreas del Insalud a los participantes en el Programa de detección de riesgo social en la embarazada y el recién nacido.

Objetivos que se pretende alcanzar con el programa

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

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

Actividades

El *Programa de detección de riesgo social en la embarazada y prevención del maltrato infantil desde el Ámbito Sanitario* se desarrollará en seis áreas de actuación: formación, registro de casos, diagnóstico e intervención, prevención, salud mental e internet.

1. Formación

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

(1999 y 2000) en el que participarán 90 alumnos en cada uno:

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

Los años 2001 y 2002 se incorporara como un tema en los cursos se celebraran en cada Área del INSALUD de Madrid dentro de las actividades que contempla el Programa. Ello supone que cada año se realizarán 11 cursos 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 el conocimiento y la sensibilización acerca de este problema.

Metodología

- Clases teórico - prácticas. Cada tema se desarrollará en 1ª parte con una exposición teórica y una 2ª con aspectos prácticos.
- Elaboración de un Manual donde se recojan los aspectos a considerar sobre la detección de riesgo social en la embarazada y en el recién nacido y los procedimientos que se pueden realizar en cada caso.

2. Registro de casos

Se llevará a cabo mediante un registro acumulativo de casos. A través de este registro, todos los profesionales sanitarios estarán obligados a declarar los casos de riesgo o sospecha que precisaran la utilización de los servicios sociales o por presentar específicamente posible riesgo social.

Objetivo

El registro de los casos de riesgo social en la embarazada y el recién nacido 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,...., que detecta el caso.

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 riesgo o su sospecha de una forma cómoda, detallada y estandarizada para todos los centros. La hoja intenta recoger los principales indicadores de riesgo de la madre, del recién nacido y del domicilio. Con ello se pretende recordar los indicadores más evidentes y permitir el registro rápido y fiable de los mismos.

La incorporación de los casos comunicados al sistema acumulativo permitirá una estimación de la incidencia de riesgo, el estudio de los perfiles, valor predictivo de maltrato infantil por la detección de riesgo junto con los datos del *Programa de Detección de Riesgo Social en Neonatología*, programa destinado a la detección precoz de riesgo social en los niños atendidos en las unidades/servicios de neonatología de las maternidades, el *Registro de Notificación de Maltrato Físico y Abandono* y otros.

Metodología

Tras una revisión de la literatura existente sobre el tema se seleccionaron los indicadores de riesgo de más fácil detección por un profesional de salud. Un comité de expertos seleccionó, redactó y consensuó los indicadores más relevantes. Los indicadores han sido acompañados de una leyenda explicativa.

La versión inicial del cuestionario fue sometida un grupo de 40 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. En la fase de validación se estimarán los valores de fiabilidad interjueces, validez y consistencia interna.

Material y métodos

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

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.

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

En la parte trasera se encuentra:

- Un conjunto de leyendas explicativas para aquellos indicadores o síntomas que no sean evidentes por su redacción.

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.

The image displays a registration form and a list of indicators. The form is titled "HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO EN LA EMBARAZADA Y EL RECIÉN NACIDO" and includes sections for "PREVENCIÓN", "OBSERVACIONES", and "IDENTIFICACIÓN". The indicators list on the right contains 35 items, each with a checkbox and a brief description. Callout boxes with arrows point to various parts of the form and indicator list:

- Indicadores:** Points to the list of 35 indicators on the right.
- Observaciones:** Points to the "Observaciones" field on the form.
- Identificación:** Points to the "IDENTIFICACIÓN" section on the form.
- Leyendas explicativas:** Points to the list of indicators on the right.

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 todas las embarazadas y niños recién nacidos o los que sean atendidos en centros sanitarios de la red pública de asistencia sanitaria de la Comunidad de Madrid. Considerando que la población de mujeres embarazadas y recién nacidos en situaciones de riesgo social acude a estas consultas con gran periodicidad, a través de los diferentes programas de salud la cobertura alcanzada debería ser elevada.

Observaciones

La utilización de la hoja de registro no implica que dejen de utilizarse otros cauces de comunicación que se estimen necesarios.

Metodología

La declaración sistemática mediante una hoja en papel autocopiativo que recogerá los datos comenzará el 1 de enero de 2000 y se realizarán informes semestrales.

Recogida de datos

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

<p>RESPUESTA COMERCIAL B.O.C. nº 85 de 6.10.1998 Autorización nº 16. 813</p>	<p>██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████ ██████████</p>	<p>NO NECESITA SELLO A franquear en destino</p>
<hr/> <p>██████████ ██████████ INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA ██████████ Apdo. nº 453 F.D. ██████████ 28080 MADRID ██████████ ██████████</p>		

HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO EN LA EMBARAZADA Y EL RECIEN NACIDO

L = Leve M = Moderado G = Grave

Táchese si el indicador se considera positivo. En caso contrario dejar en blanco

Para una explicación detallada de los indicadores véase el dorso

PRENATAL				Sí	POSTNATAL				Si		
Embarazo abocado inicialmente a interrupción voluntaria (1)				<input type="checkbox"/>	Madre no esta alegre con el niño (19)				<input type="checkbox"/>		
Planteamiento de ceder al niño en adopción (2)				<input type="checkbox"/>	Decepción por el sexo (20)				<input type="checkbox"/>		
1ª visita médica > 20 semana de gestación (3)				<input type="checkbox"/>	Llantos del niño no son controlados por la madre (21)				<input type="checkbox"/>		
Menos de 5 consultas médicas durante el embarazo (4)				<input type="checkbox"/>	Expectativas de la madre muy por encima posibilidades del hijo (22)				<input type="checkbox"/>		
Distancia temporal entre los nacimientos menos de 18 meses (5)				<input type="checkbox"/>	Madre ignora las demandas del niño para ser alimentado (23)				<input type="checkbox"/>		
Parejas jóvenes (menores de 21 años) (6)				<input type="checkbox"/>	Madre siente repulsión hacia las deposiciones (24)				<input type="checkbox"/>		
Hijo no deseado (7)				<input type="checkbox"/>	Falta de ilusión al ponerle el nombre (25)				<input type="checkbox"/>		
Crisis familiares múltiples (8)				<input type="checkbox"/>	Reacción negativa del padre hacia el niño (26)				<input type="checkbox"/>		
Soltera / padre desconocido (9)				<input type="checkbox"/>	Separación de más de 24 horas después del nacimiento / periodo neonatal precoz (27)				<input type="checkbox"/>		
Toxicomanías (10)				<input type="checkbox"/>	Estrés intenso (28)				<input type="checkbox"/>		
Pobre autoestima, aislamiento social o depresión (11)				<input type="checkbox"/>	Dificultades para establecer el vínculo madre-hijo (29)				<input type="checkbox"/>		
Enfermedad mental en los padres (12)				<input type="checkbox"/>	Enfermedades infecciosas (30)				<input type="checkbox"/>		
Riesgo psicosocial prenatal			L	M	G	Riesgo psicosocial perinatal			L	M	G
NIÑO				Si	VISITA DOMICILIARIA				Si		
Malformaciones, defectos congénitos (13)				<input type="checkbox"/>	Hacinamiento (31)				<input type="checkbox"/>		
Niño prematuro, bajo peso (14)				<input type="checkbox"/>	Falta de equipamientos (32)				<input type="checkbox"/>		
Enfermedades neurológicas (15)				<input type="checkbox"/>	Adaptación de la vivienda al niño (33)				<input type="checkbox"/>		
Deficiencia mental (16)				<input type="checkbox"/>	Nivel de habitabilidad deficiente (34)				<input type="checkbox"/>		
Trastornos del ritmo sueño / vigilia (17)				<input type="checkbox"/>	Escasa higiene (35)				<input type="checkbox"/>		
Imposibilidad de lactancia (18)				<input type="checkbox"/>	Rechazo, no visita (36)				<input type="checkbox"/>		
Riesgo psicosocial hijo			L	M	G	Riesgo psicosocial visita domiciliaria			L	M	G
RIESGO PSICOSOCIAL									L	M	G

Comentarios

IDENTIFICACION DEL CASO (Táchese lo que no proceda)

Identificación de la madre:	
Datos primeras iniciales del Primer apellido <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Datos primeras iniciales del Segundo apellido <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Fecha de nacimiento (día día / mes mes / año año) <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	Teléfono <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>
Domicilio <input style="width: 600px; height: 20px;" type="text"/>	Código Postal <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
Identificación del niño:	
Datos primeras iniciales del Primer apellido <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Datos primeras iniciales del Primer apellido <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Fecha de nacimiento (día día / mes mes / año año) <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	Sexo <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> V <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> M
Identificación del notificador:	
Centro <input style="width: 600px; height: 20px;" type="text"/>	Área Insalud <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
Servicio / Consulta <input style="width: 400px; height: 20px;" type="text"/>	Nombre: <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>
Profesional <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/>	Nº de colegiado <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento

M (Moderado): necesita apoyo/ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,...

G (Grave): requiere una intervención urgente de los servicios sociales

1. Intención de aborto según los supuestos legales o no, por rechazo de la gestación
2. Embarazo no deseado, ideas contrarias o imposibilidad legal de aborto provocan planteamientos de adopción
3. Por ocultamiento embarazo, desinterés, negligencia, ..., realizan la 1ª visita médica después de la 20 semana de gestación
4. En el conjunto del seguimiento y control del embarazo realizan menos de 5 consultas médicas y de preparación al parto
5. No espaciamiento de los embarazos. Puede relacionarse con promiscuidad,
6. Inmadurez. No preparación para la maternidad
7. Gestación no planificada, no deseada, rechazada
8. Violencia familiar, malos tratos a la mujer y/o a otros hijos, antecedentes de malos tratos en su infancia
9. Falta de apoyos familiares. En caso de adolescentes que se niegan a identificar al padre pensar en posible abuso sexual (incesto)
10. Especialmente alcoholismo (madre y/o padre)
11. Problemas psicológicos, de personalidad, desarrollo, relación, falta de apoyo social
12. Padre / madre con problemas de salud mental que pueden afectar al embarazo y a los cuidados del niño
13. Problemas malformativos y congénitos que afectan desde el nacimiento al niño provocan una gran dependencia sanitaria y de cuidados, y de expectativas de vida, así como en la madre/padre
14. Niños que van a requerir cuidados especiales y mayor demanda de atención
15. Trastornos neurológicos, motores o sensoriales, que provoquen discapacidades
16. Problemas de deficiencia / retraso mental detectables y evaluables precozmente (test de Denver,...)
17. Niño habitualmente intranquilo, que no respeta horario pausa nocturna, llanto continuo
18. No lactancia materna por problemas de salud o por rechazo de la madre
19. La madre no demuestra ni verbaliza alegría / ilusión / cariño por el hijo
20. El hecho de no coincidir el sexo del niño con el deseado provoca rechazo en la madre y/o el padre
21. Niño que llora excesivamente o es así percibido por la madre que no puede controlar el llanto del niño
22. Idealización, fantasías o problemas en el niño que conducen a frustración y rechazo en la madre por no satisfacer sus expectativas
23. Ante las demandas /llantos del niño, horarios de alimentación,..., la madre no responde adecuadamente. En caso de lactancia artificial preparación sin seguir las indicaciones de los biberones
24. Higiene y cambio de pañales insuficiente que provocan problemas de higiene en el niño (p.e. dermatitis del pañal)
25. No muestran interés por inscribirle en el Registro Civil y en ponerle un nombre. También cuando existe en el matrimonio enfrentamiento por este tema
26. Padre que rechaza su situación y sus responsabilidades. Falta de atención / indiferencia hacia el niño y la madre. No colabora en los cuidados del hijo.
27. Recién nacidos que requieren ser atendidos en Incubadora / cuidados intensivos, o que por motivos familiares, sociales o médicos no tienen relación con la madre
28. Depresión postparto
29. Rechazo lactancia materna
30. Con implicaciones sociales o que afectan al niño y su cuidado: HIV., ETS.,
31. Escasa superficie, convivencia de varios núcleos familiares
32. Falta/ escasez de centros sociales, educativos, sanitarios, recreativos, religiosos,... en el barrio
33. No se aprecian cambios en la vivienda por la llegada del hijo
34. Vivienda en mal estado, infravivienda
35. Vivienda con falta de limpieza y hábitos higiénicos
36. Madre cuya negativa a que se realice la visita domiciliaria se valora como indicador de riesgo

NOTA: La notificación deberá realizarse en aquellos casos que los diferentes factores induzcan al profesional a considerar la situación como de riesgo y por tanto, requiere seguimiento y de atención por parte de los servicios sociales

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección de situaciones de riesgo en la embarazada y el recién nacido y posibilitar la atención

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

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

3. Diagnóstico e intervención

El diagnóstico de maltrato infantil debe realizarse también de las situaciones de riesgo para intervenir precozmente y facilitar los recursos sociales, sanitarios,..., que sean precisos para actuar sobre los factores que han dado lugar a una situación que afecta al niño y su familia y que puede tener una evolución hacia la gravedad.

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

3. a Derivación de casos

Existirán unos criterios diagnósticos y protocolos de actuación desde el ámbito sanitario, tanto para el riesgo como para los casos de sospecha o de maltrato que detecten los profesionales sanitarios y de consulta con profesionales (referentes) y centros de referencia junto con el IMMF para aquellos casos que se consideren oportunos.

3. b Terapias

Se ofrecerá un tratamiento multidisciplinar para proporcionar atención especializada a las embarazadas de riesgo social y para la recuperación del núcleo familiar original en aquellas familias que exista esta posibilidad

Metodología.

Los profesionales participantes en el Programa serán los referentes para la embarazada y el recién nacido de riesgo social en sus respectivos ámbitos de trabajo (Atención Primaria, Hospital,...).

Referentes

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

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

4. Prevención

El Programa de detección de riesgo social en la embarazada y prevención del maltrato infantil se engloba dentro de las actividades de prevención del Programa de Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la asistencia prenatal, neonatología y atención primaria

La prevención de los malos tratos en la infancia desde el ámbito sanitario se dirigirá especialmente a los periodos de gestación; el nacimiento y su atención en maternidad y neonatología; y en los primeros años de vida que obligan a una mayor con el sistema sanitario.

◆ Prenatal

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

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

◆ Neonatología

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

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

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

◆ Atención Primaria

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

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

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

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

La intervención se realizará a través del Programa del Niño Sano mediante:

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

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

5. SALUD MENTAL

El maltrato infantil tiene implicaciones en salud mental por:

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

Los servicios de salud mental atienden aquellos casos derivados por:

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

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

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

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

OBJETIVOS

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

ACTIVIDADES

- Atención

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

- Coordinación

La coordinación de los distintos dispositivos que intervienen en el maltrato infantil es un elemento fundamental en la intervención, por lo que, desde salud mental se trabajará con relación a la red con la

mayor coordinación posible, para ello se participara en los Consejos de Infancia y actividades relacionadas con este Programa al igual que las demás instituciones participantes.

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

Actividades que incluye el programa y calendario previsto

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

El plan se desarrollará en dos fases:

- 1ª fase: Años 1999- 2000

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

- ◆ Formación 180 profesionales en el plazo de tres años (12 meses en tiempo real: octubre.99 – octubre 2000).
- ◆ implantación de un sistema de registro acumulativo de casos
- ◆ implicación de la red sanitaria de la Comunidad de Madrid en la atención a la embarazada y recién nacido de riesgo social.
- ◆ desarrollo de pautas de intervención para situaciones de riesgo social 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 sobre maltrato infantil desde el ámbito sanitario que se desarrollará en cada Área siendo los docentes fundamentalmente profesionales del Área que ya hayan adquirido formación y experiencia en el que se incluirá como un tema la atención a la embarazada y al recién nacido de riesgo social.

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 y la detección precoz de riesgo social en la embarazada y en el recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> • N° 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. 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 • N° de centros de salud / hospitales / maternidades participantes 	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenir precozmente con familias • Detectar desde el embarazo y los primeros días de vida posibles situaciones de riesgo • Implicar a en la atención sanitaria a la embarazada y el recién nacido en la prevención del maltrato infantil
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 del riesgo social en el embarazo y el recién nacido.	<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"> • N° 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 la embarazada y el recién nacido 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"> • N° de embarazadas y 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. 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
7. Implicar al dispositivo de Salud Mental en la atención a la embarazada de riesgo social y la coordinación con otros servicios.	<ul style="list-style-type: none"> • Derivación de los casos que lo requieran a Salud Mental • Participación activa en las actividades del programa 	<ul style="list-style-type: none"> • Atender las necesidades de salud mental de la embarazada y recién nacido en circunstancias de riesgo social.

CONTENIDOS DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN

TEMA	PROFESOR
01. Maltrato infantil: historia, concepto, etiología, epidemiología	José A. Díaz Huertas
02. Maltrato físico y abandono / negligencia	Juan Casado Flores
03. Maltrato emocional	Consuelo Escudero
04. Abuso sexual	Barbara Rubio
05. Servicios sociales de la Mujer	
06. Comisión Tutela del Menor	Esperanza García García
07. Acogimiento familiar y Adopción	Emilia M ^a Mejias Cardenas
08. Juez Registro Civil	Susana Salvador Gutiérrez
09. Fiscal de Menores	Felix Pantoja García
10. Atención primaria y hospitalaria	Carmen Martínez González
11. Prevención	Mercedes Zahonero Coba
12. Detección riesgo social desde neonatología	M ^a Luisa Gordillo Martínez
13. Atención a la mujer embarazada: detección riesgo social	Victoria López Pérez

EQUIPO

DIRECCIÓN

José A. Díaz Huertas

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

DIRECCIÓN ADJUNTA

Juan Casado Flores

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

Esperanza García García

Directora Gerente. IMMF. Consejería de Servicios Sociales

ASESOR METODOLÓGICO

Miguel Ángel Ruiz Díaz

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

COORDINADOR TÉCNICO

Joaquín Esteban Gómez

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

COMITE TÉCNICO

Manuela Arranz Leirado

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

M^a Teresa Benitez Robredo

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

Jesús Báez Pérez de Tudela

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

José Antonio Luengo La Torre

Jefe de Equipos de Atención Temprana. Consejería de Educación y Cultura

Wences Molina

Psicóloga. Area 4 Atención Primaria. Insalud. Madrid

José Manuel Morales González

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

María Jesús del Yerro Álvarez

Servicio de Salud Mental. Consejería de Sanidad

José Luis Sánchez Suarez

Asesor de la Subdirección Provincial de Atención Primaria. INSALUD

ASESORES CIENTÍFICOS DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE RIESGO SOCIAL EN LA EMBARAZADA Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

Casado, Rosario

Dirección General de la Mujer. Consejería de Servicios Sociales

Escudero Alvaro, Consuelo

Psicóloga. Centro de Salud Mental. Consejería de Salud. Getafe

Gordillo Martínez, M^a Luisa

Trabajadora Social. Servicio de Familia. Instituto Madrileño del Menor y la Familia

López Pérez Victoria

Matrona. Centro de Salud Barrio del Pilar. INSALUD

Martínez González, Carmen

Pediatra. Equipo Atención Primaria San Blas. Insalud. Parla

Mejias Cardenas, Emilia M^a

Psicóloga. Jefe del Area de Acogimientos. Instituto Madrileño del Menor y la Familia

Nieto Jiménez M^a Jesús

Psicopedagoga. Concejalía de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Madrid

Pantoja García, Felix

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

Rubio, Barbara

Pediatra. Hospital Universitario de Getafe.

Salvador Gutiérrez, Susana

Juez Registro Civil. Ministerio de Justicia

Zahonero Coba, Mercedes

Médico. Centro de Acogida de Hortaleza. Instituto Madrileño del Menor y la Familia

REFERENTES EMBARAZADA DE RIESGO SOCIAL Y PREVENCIÓN MALTRATO INFANTIL

Área	Referente	Profesión	Centro de trabajo
1	M ^a Jesús López Gil	Matrona	C.S. Arroyo de la Media Legua
2	Esperanza Torao Buepano	Matrona	EAP. Tamames
3	Rosario López	Matrona	C.S. Reyes Magos
4	Carmen Moran Duque	Matrona	C.S. Canillejas
5	Victoria Pérez López	Matrona	CS. Barrio del Pilar
6	Dolores Alos	Matrona	C.S. Galapagar
7	Soledad Larrea Zubiaur	Matrona	C.S. Espronceda
8	M ^a Jesús Herranz	Matrona	C.S. Luengo Rodr.
9	Nina Agustín	Matrona	C,S, Marie Curie
10	Concepción Campoo Cobo	Matrona	C.S. San Blas
11	Teresa Pablos Tena José A. Granados Garrido	Matrona Medico	C.S. Alberto Palacios
	M ^a Antonia Delgado Bolas	T.Social	Sta. Cristina

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 SALUD MENTAL

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

REFERENTES HOSPITALES

Area	Hospital	Referente	Departamento
1	Gregorio Marañón	<i>Ignacio Arana Amurrio</i>	Pediatría
2	Hospital Infantil Niño Jesús	<i>Jesús García Pérez</i> <i>Juan Carlos 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>Mª Jesús Ceñal</i> <i>Bartolo Bonet</i>	Pediatría. Jefe de Sección Pediatría. Jefe de Servicio
9	Hospital Severo Ochoa	<i>Angel Arregui</i>	Pediatría. Jefe de Servicio
10	Hospital de Getafe	<i>Pilar Gutiérrez Díaz</i>	Pediatría
11	Hospital 12 de Octubre	<i>José Manuel Morales</i>	Pediatría
	Hospital de San Rafael	<i>Alfonso Cañete</i>	Pediatría. Jefe de Servicio

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

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

RESPONSABLES PROGRAMAS DE PREVENCIÓN

- **Prenatal**

Victoria Pérez López

Matrona. Centro Salud Barrio del Pilar. INSALUD

- **Neonatología**

José Arizcun Pineda

Jefe Servicio Neonatología. Hospital Clínico Universitario San Carlos

Mª Luisa Gordillo Martínez

Trabajadora Social.. Servicio de Medio Abierto. Instituto Madrileño del Menor y la Familia

- **Atención Primaria**

José Luis Sánchez Suarez

Asesor de la Subdirección Provincial de Atención Primaria. INSALUD

Mª Teresa Benitez Robredo

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

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

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

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

Angel Cortes Lozano

Medico de la Casa de los Niños. IMMF

Lourdes Fernández Quintanilla

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

Carmen Jiménez Pérez

DUE. Hospital Infantil Niño Jesús

Miguel Melendro Estefania

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

María Luisa Martínez Gallego

D.U.E. Casa de los Niños. IMMF

Carmen Martínez González

Pediatra. Equipo Atención Primaria San Blas. Insalud. Parla

Asunción Molina Ventura

Trabajadora Social. Comisión de Tutela del Menor. IMMF

Esther Mora Rodríguez

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

Amparo Olmedilla Ramos

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

Rafael Peñalver Castellano

Médico. Asesor Subsecretario. Ministerio de Sanidad y Consumo

José Ignacio Puig de la Bellacasa

Centro Integral de Salud. Ayuntamiento de Madrid

José Jesús Sánchez Marín

Servicio de Formación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Carmen Sánchez Moro

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

Enrique Juan Sánchez zamora

D.U. Enfermería. Centro de Acogida de Hortaleza. Instituto Madrileño del Menor y la Familia

Angeles Serrano Rivas

Trabajadora Social. Comisión de Tutela del Menor. IMMF

Riansares Solera Oliva

Trabajadora Social. Hospital Infantil Niño Jesús

Pedro Taboso Elízondo

Pediatra. EAP Tamames. Coslada

Mercedes de la Torre Espi

Pediatra. Servicio de Urgencia. Hospital Infantil Niño Jesús

Blanca Varona Sánchez

Programa de la Apoyo Escolar para la Protección de la Infancia. Consejería de Educación y Cultura

Mercedes Zahonero Coba

Médico. Centro de Acogida de Hortaleza. Instituto Madrileño del Menor y la Familia

PROCESO DE ATENCIÓN A LA EMBARAZADA DE RIESGO SOCIAL Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL DESDE EL AMBITO

ÍNDICE

Introducción

Proceso de atención a la embarazada de riesgo social y prevención del maltrato infantil

Detección - diagnóstico

Embarazo - perinatal

Visitas domiciliarias

Visita al recién nacido

Atención domiciliaria

Apoyo social - Soporte familiar

Notificación

Intervención

Prevención

Bibliografía

PROCESO DE ATENCIÓN A LA EMBARAZADA DE RIESGO SOCIAL Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Introducción

El Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario en la Comunidad de Madrid (1) pretende implementar a lo largo de cinco años diferentes actuaciones preventivas ante situaciones de riesgo o maltrato infantil, así como, ampliar la aplicación de las ya existentes.

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

El *Programa de atención a la embarazada de riesgo social y prevención del maltrato infantil* es un programa, experimental del que no existen referencias en su conjunto de otros programas semejantes, y es una propuesta de trabajo, de avanzar en la atención al niño, la madre y su familia desde el *buen trato* para prevenir el maltrato, atendiéndoles según sus necesidades y derechos como es la actuación sobre los factores de riesgo, la detección y el desarrollo de factores de protección que sirvan de ayuda al niño, madre y familia.

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

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

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

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

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

Las actuaciones ante situaciones de maltrato infantil deben cumplir una serie de criterios básicos de intervención. Los criterios que vamos a contemplar consideramos que deben ser los mismos que establecíamos para el Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario, es decir:

- A. Los niños tienen derecho a que sus necesidades básicas sean cubiertas. La familia, la escuela, los servicios sociales, sanitarios,..., y los adultos en general son responsables de que los niños puedan vivir en condiciones que les permitan satisfacer sus necesidades.
- B. Las instituciones y los servicios no deben estar únicamente en función de que se produzcan graves carencias, sino que son responsables de que los niños desarrollen sus mejores posibilidades.
- C. Los niños están especialmente indefensos y necesitados, no pudiendo proporcionarse a sí mismos las respuestas más adecuadas a sus necesidades ni protegerse de todos los riesgos.
- D. La familia es la institución que mejor puede responder a algunas necesidades básicas y proteger a los niños.
- E. La familia por si sola no puede satisfacer todas las necesidades del niño. La escuela, los servicios sanitarios, sociales,..., deben responder a las necesidades básicas de los niños propias de su competencia de forma complementaria con la familia.
- F. Cuando los padres son incapaces o no desean proteger a sus hijos de situaciones abusivas o son ellos mismos los agentes del maltrato, la comunidad debe intervenir para proteger a los menores.
- G. Cuando los niños sufren carencias y riesgos que amenazan su adecuado desarrollo, todos los adultos e instituciones públicas tienen el deber de denunciarlo y ofrecer las ayudas o peticiones de ayuda que sean más eficaces.

- H. Las instituciones y servicios públicos con competencia en protección infantil son el contexto al que la comunidad suele recurrir para proteger a los niños y que vivan en condiciones de desarrollo adecuadas.
- I. Los menores sobre los que sea necesario tomar medidas de protección tienen derecho a un plan que prioritariamente debe hacer lo posible para mantenerlos o integrarlos después de un tiempo (siempre el más corto posible), en la familia.
- J. El interés superior del menor debe ser el principio en que estén basadas las tomas de decisión.
- K. La oferta que la comunidad haga a los menores que han tenido que ser separados de la familia (padres acogedores, responsables de un centro, propios responsables de los servicios de protección infantil) tiene que satisfacer mejor sus necesidades de lo que estaba haciendo su familia de origen.
- L. El plan de actuación debe contemplar la mayor colaboración posible de los padres y del propio menor.
- M. La mejor forma de proteger a los niños del maltrato es ayudar a sus padres o cuidadores a que adquieran o vuelvan a asumir sus funciones de protección y cuidado de sus hijos.
- N. Los padres afectados por medidas de protección deben recibir ayudas que faciliten su colaboración, debiendo mantenerse el mayor contacto posible con los padres y entre los padres y los hijos, salvo indicación específica por entrañar graves desventajas para el menor.
- O. En caso de separación definitiva debe proporcionarse al niño las condiciones para establecer otros vínculos de apego estables, ya sea a través de la adopción o de acogimientos permanentes.
3. Proceso de atención debe ser el *marco teórico* que sirva de referente y guiar su trabajo en ámbito de la protección al menor.

El Programa a atención a la embarazada y recién nacido de riesgo social y prevención del maltrato infantil desde el ámbito sanitario propone un proceso de atención para estos casos.

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

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

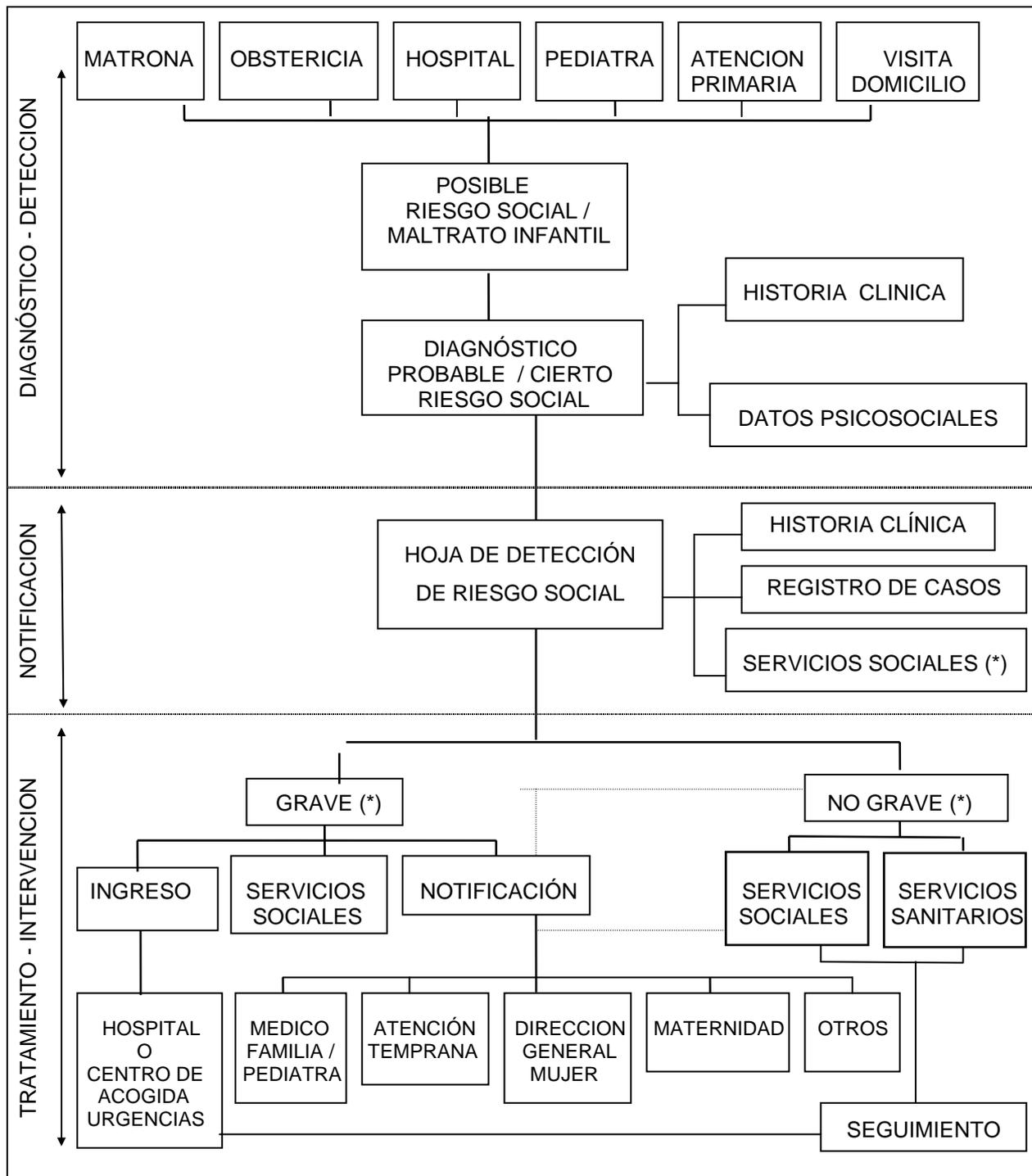
Proceso de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario

El Programa de atención al embarazo de riesgo social y prevención del maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid pretende

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

El *Proceso de atención* al embarazo de riesgo y prevención del maltrato infantil que aquí presentamos es una propuesta de trabajo para el área sanitaria, ámbito de trabajo a la que va dirigido este Programa, considerando profesionales sanitarios a aquellos que desarrollan su actividad profesional en el ámbito de la atención sanitaria (Cuadro 1).

Cuadro 1. Fases del Proceso de atención a la embarazada y recién nacido de riesgo desde el ámbito sanitario



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

Diagnóstico / Detección

El diagnóstico - detección de riesgo social en la embarazada y en el recién nacido y de posible maltrato infantil consiste en reconocer o identificar unas circunstancias en la madre, la vivienda y el recién nacido que favorezcan la posible aparición de situaciones de maltrato infantil (2) (Cuadro 3).

El diagnóstico - detección:

- es la primera condición para poder intervenir en casos de maltrato infantil y de sospecha o maltrato infantil consiste en reconocer o identificar una circunstancias en la madre, la vivienda y el recién nacido y posibilitar así la ayuda a la familia y al niño que sufran este problema, ya que, como resulta evidente, sino detectamos la situación de malos tratos, difícilmente podremos actuar sobre las causas que dieron lugar a esta situación y proteger al menor.

- debe ser lo más precoz posible para evitar la gravedad de consecuencias para el niño e incrementar las posibilidades de éxito de la intervención, tratar las secuelas, prevenir la repetición, etc.

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

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

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

◆ Embarazo - perinatal

El embarazo es un periodo de contacto de la madre, de la familia, con el sistema sanitario que permite detectar precozmente factores o situaciones de riesgo y facilitar información sobre la fragilidad y las características madurativas del niño, ventajas de la lactancia materna, recursos sanitarios y sociales del municipio y posibilidades que dispone, etc.

Se pretende incorporar a través de las consultas de obstetricia y matronas en los protocolos de atención a la embarazada la *detección de riesgo psicosocial* de forma sistematizada y la intervención desde los servicios sociales en aquellos casos en que se valore como necesario (Cuadro 2).

Cuadro 2. Indicadores de riesgo de maltrato infantil (3-7)

Prenatal	Postnatal
Embarazo abocado inicialmente a interrupción voluntaria	Madre no esta alegre con el niño
Planteamientos de ceder al niño para adopción	Decepción por el sexo
1ª visita médica > 20 semanas de gestación	Llantos del niño no son controlados por la madre
Menos de 5 consultas médicas durante embarazo	Expectativas de la madre muy por encima posibilidades del hijo
Parejas jóvenes (menos de 21 años)	Madre ignora las demandas del niño para ser alimentado
Parejas con características de inmadurez	Madre siente repulsión hacia las deposiciones
Escasa distancia temporal entre los nacimientos (menos de 18 meses)	Falta de ilusión al ponerle el nombre
Pobre autoestima, aislamiento social o depresión	Reacción negativa del padre hacia el hijo
Crisis familiares múltiples	Separación de más de 24 horas después del nacimiento
Hijo no deseado o poca relación con los padres	Niño prematuro, bajo peso, defectos congénitos
Enfermedad mental de los padres, toxicomania	

La *atención a la mujer embarazada* contempla la valoración del *riesgo*:

- *obstétrico*: edad, antecedentes, embarazo actual, obesidad, consumo de drogas, enfermedades,...), y
- *psicosociales*: pautas educativas, malos tratos infantiles, ruptura de la pareja, drogodependencias,...

que permiten la detección precoz de problemas. A través de la Psicoprofilaxis Obstétrica, que es una actividad de educación para la salud dentro del programa que se realiza a partir del 5º mes de gestación, se realizan actividades de promoción de la salud y prevención del maltrato infantil.

La manifestación de la percepción de una infancia carente de afecto y estabilidad, emocionalmente fría, con rechazo afectivo y castigos físicos exagerados estaría relacionada con comportamientos de malos tratos y desatención severa hacia los propios hijos.

Una puntuación final de signo negativo refleja una visión de la propia infancia como una etapa infeliz, caracterizada por el rechazo afectivo y de privación emocional (Cuadro 3)

Cuadro 3. Historia de la infancia de la madre (8)

		Puntos	
1. Con quién convivió mientras crecía?, ¿creció con sus padres o separada por un largo periodo de tiempo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Con los dos padres hasta dejar la casa paterna (+2) 2. Un padre (0) 3. Cambia un padre o hay una ruptura transitoria (-1) 4. Un cambio completo de padres (-3) 5. Más de un cambio completo de padres (-3) 6. En institución (-3) 		
2. ¿Le gustaría ser el mismo tipo de madre que fue su madre con usted?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si (+2) 2. Como mi madre sí, pero no como las madres sustitutas (+1) 3. En algunas cosas (0) 4. No (-2) 		
3. ¿Qué sentimientos tiene acerca de su madre o madre sustituta?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cercana, próxima afectivamente (+1) 2. Buena. Normal, sin especificar (0) 3. Están alejadas. Separadas(-2) 		
4. ¿Qué sentimientos tiene usted acerca de su padre o padre sustituto?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cercano, próximo afectivamente (+1) 2. Buenos. Normal, sin especificar (0) 3. Están alejados. Separados(-2) 		
5. Si hay otras figuras parentales como las clasificaría	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cercano, próximo afectivamente (+1) 2. Buenos. Normal, sin especificar (0) 3. Están alejados (-2) 4. Separados (-2) 		
6. En general, ¿como fue su infancia?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Feliz (+1) 2. Ambas cosas (0) 3. Infeliz (-2) 		
7. ¿Siente usted que fue amada por sus padres como lo tiene que ser un niño?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si (+1) 2. Sí, matizado (-1) 3. Por un padre sí, por el otro no (-1) 4. No (-2) 		
8. ¿Cree que los niños son marcados por los problemas de los nervios de sus padres?, ¿le gritaban o castigaban por pequeñas cosas?, ¿descargaban su enfado con Vd.?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No (+1) 2. Eran nerviosos, pero no lo descargaban en mi (0) 3. Sí, un padre (-1) 4. Sí, los dos padres (-2) 		
9. ¿Como fue castigado de niño?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Solo hablando (+1) 2. Quitando privilegios (+1) 3. Nada (0) 4. Pegando con la mano sólo en el culo o en la pierna alguna vez / a menudo (-1) 5. Pegando con un objeto en piernas o culo (-1 o -2) 6. Pegando con la mano en otra parte que piernas o culo (-2/-3) 7. Pegando con objetos en otra parte que piernas o culo (-3/-4) 8. Castigo irracional, pero no traumático (-1 o -2) 		
10. ¿Siente que fue castigado injustamente?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No, o a veces y castigo menor (0) 2. Sí y castigo menor (-1) 3. No, o a veces y castigo severo (-2) 4. Sí y castigo severo (-3) 		
11. Hubo alguien de los que le cuidó de pequeño (incluyendo hermanos) que le golpeó?	a) ¿Quién?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nadie (0) 2. Hermano o pariente (-2) 3. Padre o padre sustituto responsable (-4) 4. Madre o madre sustituta responsable (-4) 5. Ambos, madre y padre (-4) 6. Un padre y otra persona (-4) 	
	b) ¿Con cuanta frecuencia?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alguna vez (-2) 2. Una o dos veces (-3) 3. Más de dos veces (-4) 	
	c) ¿Tuvo algún hueso roto, un moratón o puntos de sutura, o ha visto al médico por alguna de estas cosas?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No (0) 2. Sí, moratones (-2) 3. Sí cualquiera de esas cosas, fui al médico (-4) 	

◆ Visitas domiciliarias

Las visitas domiciliarias/ayuda a domicilio (9) es un servicio que suele estar presente en los programas que se han destacado por ser efectivos en la prevención de situaciones de riesgo y de maltrato infantil (10-12).

Las visitas domiciliarias instauradas de *forma precoz* (incluso en el periodo prenatal y mantenidas en el tiempo (superiores a los 2 años de vida del niño) disminuyen el maltrato y abandono infantil, descendiendo la demanda de asistencia los niños en los servicios de urgencia y la incidencia de accidentes e intoxicaciones (13-17).

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

La visita domiciliaria se considerará prioritaria en:

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

◆ Visita al recién nacido

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

Cuadro 4. Indicadores de riesgo social en la visita domiciliaria

Madre	Niño	Vivienda
Estrés intenso Depresión postparto Soltera / padre desconocido Violencia familiar Toxicomanías Enfermedades infecciosas Sectas y creencias Aislamiento social Dificultades para establecer el vínculo madre-hijo Imposibilidad de lactancia en la 1ª semana de vida Separación de madre en el periodo neonatal precoz	Malformaciones Prematuridad Bajo peso al nacer Enfermedades neurológicas Enfermedades congénitas o adquiridas Deficiencia mental Trastornos del ritmo sueño/vigilia	Nivel de habitabilidad deficiente Hacinamiento Falta de equipamientos culturales, sociales y recreativos Adaptación de la vivienda al niño

La actividad del control del puerperio y del recién nacido contempla un último control a los 40 días después del parto por la matrona que permite confirmar o no por el mismo profesional las sospechas de un posible riesgo, abandono o maltrato infantil.

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

◆ Atención domiciliaria

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

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

Cuadro 5. Características de las familias y visita domiciliaria

Indicada / recomendada	Contraindicada
Aceptan a intervención Social y psicológicamente aisladas Padres emocionalmente inmaduros, con baja autoestima Crisis temporal que causa la situación de riesgo o maltrato Negligencia crónica resultado de una carencia de recursos o conocimientos sobre pautas adecuadas de crianza y cuidado del niño	Problemas de toxicomanías Graves problemas de salud mental Agresiones físicas graves Peligro de integridad física del visitador

♦ **Apoyo social – soporte familiar**

El comportamiento humano no puede ser entendido o apreciado fuera del contexto en que vive. El *aislamiento social*, entendido en un sentido amplio, tiene una relación estrecha con las situaciones de riesgo y maltrato infantil (18).

La falta de un soporte familiar, la escasa o nula participación en grupos y organizaciones, actitud de rechazo hacia el vecindario y la comunidad, falta de relaciones con los compañeros de trabajo..., estarían directamente relacionadas con problemas de violencia doméstica y maltrato infantil (Cuadro 6).

Cuadro 6. Red de relaciones y apoyo social (18)

Redes de relaciones sociales	Relaciones íntimas	Esposa Pareja Familiar cercano Parientes Amigos íntimos
	Contactos y relaciones sociales	Vecinos Miembros del barrio Amigos Compañeros de trabajo
Organizaciones y servicios formales e informales de apoyo social	Organizaciones de carácter voluntario	Asociaciones cívicas Asociaciones culturales / deportivas Iglesia / parroquia Organizaciones políticas o sindicales
	Servicios y organizaciones formales	Servicios sociales Servicios sanitarios Servicios de ayuda profesional

El comportamiento humano no puede ser comprendido o apreciado aislado del contexto en que vive. La familia tiene una gran importancia en el soporte social, concretamente, para los padres, la madre, siendo un elemento a analizar en la atención a la mujer embarazada, especialmente si apreciamos riesgo social (Cuadro 7).

Cuadro 7. Funcionabilidad de la familia. Test de Apgar familiar (20)

¿Con respecto a su familia esta satisfecho de .. ?	Puntuación
... como le ayuda cuando algo le preocupa	
... como discute puntos de interés común y comparte solución de sus problemas	
... como acepta sus deseos de cambiar de estilo de vida	
... como le demuestra afecto y responde a sus sentimientos	
... el tiempo que pasan juntos	
Mucha veces 2 puntos Algunas veces 1 puntos Muy pocas veces 0 puntos	Puntuación total

La puntuación sería orientativa, siendo el máximo 10 puntos (familias con buena funcionabilidad) y mínimo 0 puntos (mala funcionabilidad, posibles problemas de reacción y un elemento de riesgo de maltrato infantil)

Notificación

Este Programa va dirigido a las embarazadas y recién nacidos de riesgo social de riesgo fundamentalmente desde atención primaria y consultas de seguimiento y control del embarazo no desde la atención del parto y postparto en el hospital del que ya existe un protocolo en el *Programa para la Detección Precoz del Riesgo Social en Neonatología* que ya viene funcionando desde hace varios años y tiene una metodología propia (21).

La notificación del caso es la transmisión de información referente a la mujer embarazada y el recién nacidos de riesgo social y del propio informante. Lo que se pide al sanitario es que detecte "indicios razonables para sospechar" y los informe.

La notificación debe hacerse siempre a los servicios sociales y a las instituciones que se consideren necesarias por el apoyo y seguridad que puedan facilitar, como Dirección General de la Mujer, Equipos de Atención Temprana, Fiscal de Menores, Policía - Grupo de Menores de la Policía Judicial (GRUME), Comisión de Tutela del Menor (C.T.M.), Maternidad, Pediatra, Médico de Familia, ...

La importancia de la trabajadora social tanto por sus competencias directas como a través de la coordinación de los diferentes profesionales y recursos relacionados con el caso.

La notificación es:

- una condición necesaria para posibilitar la intervención en casos de riesgo social.
- una obligación legal y profesional

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

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

El sistema de notificación será:

- Riesgo social en la embarazada y recién nacido (matrona, atención primaria): *Hoja de notificación de riesgo en la embarazada y recién nacido.*
- Recién Nacido de riesgo social en maternidad o neonatología: *Protocolo para la detección de riesgo social en Recién nacidos.*
- Maltrato físico, negligencia, maltrato emocional y abuso sexual: *Hoja de notificación de maltrato físico y abandono y abandono infantil.*

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

La notificación deberá realizarse a:

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

La notificación debe incluir:

- datos del menor:
- datos del informante:

Tratamiento / Intervención

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Los *mecanismos de validación* de las declaraciones.

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

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

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

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

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

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

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

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

- **Prevención**

La *prevención* del maltrato infantiles un esfuerzo común de toda la sociedad y los profesionales sanitarios tienen un papel fundamental

Estar englobados dentro de otros programas de promoción y protección de la salud , tener un enfoque multidisciplinar y establecer una coordinación entre los dispositivos de atención a la infancia y la familia, especialmente con los servicios sociales.

La prevención debe considera al niño y su familia, las circunstancias que presentan (contexto maltratante), la multicausalidad de la etiología del maltrato infantil y la atención a las situaciones de riesgo y a las víctimas (21) (cuadro 8).

Cuadro 8. Niveles de prevención y su caracterización (22-23)

Prevención	Primaria	Secundaria	Terciaria
Población diana	Población General	Población de Alto Riesgo	Víctimas
Objetivos	Reducir incidencia de nuevos casos	Reducir la duración y gravedad	Reducir la gravedad y las secuelas y evitar repetición
Procedimientos	Eliminación de factores de riesgo Promoción de la salud y de la competencia de la población general	Detección y tratamiento tempranos Promoción de la salud y de la competencia de la población de alto riesgo	Tratamiento de las víctimas y de su entorno Promoción de la salud y de la competencia de las víctimas y de su entorno

Una estrategia importante en la prevención del maltrato infantil y de las situaciones de riesgos sería mediante el ejercicio de las funciones parentales que favorezcan el desarrollo de los hijos y el sentimiento de competencia en este ejercicio (Cuadro 9)

Cuadro 9. Cualidades de la familia para favorecer el desarrollo de sus hijos (24)

<p>Ofrecer a sus hijos amor y seguridad Evitar regañinas constantes, críticas y favoritismos Evitar separaciones prolongadas de los padres Evitar mentirle Aceptar a su hijo tal y como es Alabar el esfuerzo más que el éxito Disciplina fuerte y cariñosa Animar y alabar más que desanimar Animar a que explore y sea curioso Evitar la sobre protección Procurarles los recursos adecuados para su desarrollo Alentar para que adquiera confianza en sí mismo Dar buen ejemplo Potenciar el autocontrol y la responsabilidad Tolerar el inconformismo de su hijo</p>	<p>Inculcar una actitud razonable ante la enfermedad, sin exagerar los síntomas Inculcar una actitud razonable ante el sexo Inculcar la preocupación por los otros, generosidad y solidaridad Inculcar la actitud tolerante hacia los demás Potenciar el autocontrol y la responsabilidad Permitirle cometer errores Dejarle desarrollar su propio juego, no aportar todas las ideas Enseñarle a discutir y dialogar Enseñarle la persistencia en el trabajo Potenciarle la creatividad Entorno familiar democrático Aportarle experiencias fuera de casa, en el campo, visitas a museos</p>
--	--

Bibliografía

1. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J (dir). Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 1998
2. Paul J (dir). Maltrato infantil: identificación de factores de riesgo. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1988
3. Adler R, Hayez H, Nolan M, Lewin T, Raphael B. Antenatal prediction of mother-infant difficultties. Child Abuse Negl, 1991; 15:351-361
4. Kempe RS, Kempe CH. Predicción y prevención En Kempe RS, Kempe CH. Niños maltratados. Madrid: Morata. 1979 :109-123
5. Brown K, Davies C, Stratton P. Early prediction and prevention of child abuse. John Wiley. 1988
6. Lynch M, Roberts J. Predicting child abuse: signs of bonding failure in the maternity hospital. BMJ, 1977; 5:624-626
7. Ayoub C. Jacewitz MM. Families at risk of poor parenting: a descriptive study of sixty at risk families in a model of prevention program. Child Abuse Negl, 1982; 6:413-422
8. Altemeier WA, Vietze PM, Sherrod KB, Sandler HM, Falsey S, O'connor S. Prediction of child maltreatment during pregnancy. American Academy of Child Psychiatry, 1979; 18:205-218

9. López V. Papel de la matrona. En Oñorbe M, García Barquero M, Díaz Huertas JA (dir). Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, 1995:178-184
10. Insalud. Guía para la elaboración del programa del lactante y del preescolar en Atención Primaria de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1989:54-55
11. MacMillan HL, MacMillan JH, Offord DR et al. Primary prevention of child abuse and neglect: a critical review. Part I. *J Child Psychol Psychiatr*, 1994; 35:835-856
12. Leventhal JM. Twenty years later: we do know how to prevent child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*, 1996; 18: 647-653
13. Olds D, Eckenrode J, Henderson CR, Kitzman et al. Long term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*, 1997; 278:637-643
14. Olds DL, Henderson Jr CR, Chamberlin R, Tatelbaum R. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial nurse home visitation. *Pediatrics*, 1986; 78:65-78
15. Hardy JB, Streett R. Family support and parenting education in the home: an effective extension of clinic-based preventive health care services for poor children. *J Pediat*, 1989; 115:927-931
16. Larson CP. Efficacy of prenatal and postpartum home visits on child health and development. *Pediatrics*, 1980; 66:191-197
17. Siegel E, Bauman KE, Schaefer ES, Saunders MM, Ingram DD. Hospital and home support during infancy: impact on maternal attachment, child abuse and neglect, and health care utilization. *Pediatrics*, 1980; 66:183-190
18. Gracia E, Musitu G. El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo. Ministerio de Asuntos Sociales. 1993:101-128
19. Smilkstein G. The family Apgar, a proposed for a family function test and its use by physician. *Journal of Family Practice*, 1978; 6:1231
20. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Programa para la detección del riesgo social en neonatología. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 1998
21. Díaz Huertas JA, Toledano MJ. Prevención del maltrato infantil desde el ámbito sanitario. En Oñorbe M, García Barquero M, Díaz Huertas JA. Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario. Consejería de Salud. 1995:140-153
22. Costa M, Morales JM. La prevención del maltrato infantil. En Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C (dir). Niños maltratados. Díaz de Santos. 1997:325-336
23. Zahonero C. Prevención del maltrato infantil. En Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J (dir). Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 1998:179-184
24. Ruiz A, Jiménez MC, Alabort M, Harrys M, Navas P. Riesgo social. En Ruiz A, Robles C. Prevención, atención y seguimiento de niños en riesgo o con lesiones establecidas. Comares, 1997:127-139

Índice

Introducción
Derechos de la infancia y concepto de maltrato infantil en la historia desde una perspectiva sanitaria
Epidemiología
Etiología
Concepto
Riesgo social
Tipos
Maltrato postnatal
Maltrato institucional
Maltrato prenatal
Buen trato

Introducción

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".

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

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. En Estados Unidos de

América Abraham Jaccobi (1882) presidente de la Asociación Americana de Pediatría formo un comité para colaborar con la Sociedad para la Prevención de la Crueldad con los Niños.

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

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

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

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

Especial importancia tiene el caso de Mary Ellen Wilson (Nueva York, 1874) de nueve años de edad, atada a la cama, golpeada, herida con tijeras, con desnutrición severa,..., problema que la legislación no contemplaba, por lo que no pudieron intervenir las autoridades (policía, abogado, Beneficencia). El proceso judicial se gana en base a la legislación para la protección de los animales y el apoyo de la Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales al considerarla con los mismos derechos que los animales. A raíz ello se fundo la Asociación Americana para la Prevención de la Crueldad con los Niños.

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

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

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

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

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

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

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

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

3. IDENTIFICACIÓN (1962 hasta mediados década de 1970)

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

A partir de este momento comienzan a publicarse numerosos trabajos contribuyendo al conocimiento del abandono y maltrato infantil, ampliándose el concepto de los malos tratos físicos con otras formas: niño zarandeado, síndrome de 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-mediados década 1980)

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

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

5. PREVENCIÓN (mediados década 1980 - actualidad).

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

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

La Convención de los Derechos del Niño 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.

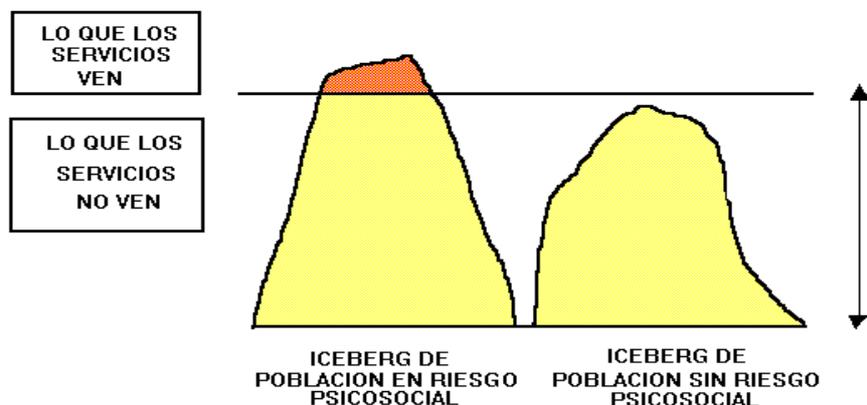
El Parlamento Europeo aprobó la Carta Europea de Derechos del Niño (1992) que recoge los derechos de los niños en los países europeos y pide a los Estados miembros que nombren un defensor de los derechos del niño figura que en España es un Adjunto del Defensor del Pueblo.

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

Epidemiología

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).

Figura 1. Los *icebergs* del maltrato (Morales JM, Costa M. 1997).



En una encuesta realizada en 1988 sobre actuaciones ante un caso de maltrato infantil solo el 14 por cien optaría por intentar hablar con los padres respuesta, que se relaciona con aquellos que presentan un mayor grado de sensibilización ante los problemas que afectan a los niños y el 14 por cien afirmaban que no harían nada por considerar que no se debe interferir en los asuntos privados de otras familias (Cuadro 1).

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

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

N = 1200

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

Existen una serie de mitos y falsas creencias que influyen en este desconocimiento de las 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: <ul style="list-style-type: none"> - Baja tolerancia a la frustración y expresiones inapropiadas de ira - Aislamiento social - Falta de habilidades parentales - Sentimientos de incapacidad ó incompetencia como padres - Expectativas no realistas con los hijos - Percepción de la conducta de sus hijos como estresante
Noción de" transmisión 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 (sociales, sanitarios) impide conocer situaciones de riesgo ó establecidas en clases sociales elevadas.
Los temas psicosociales 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. La ausencia de una definición que permita reconocerlos sin grandes dificultades. Dificultad diferenciar muchos casos de lesiones producidas de forma accidental. La formación profesional que recibe el pre y postgraduado sobre el maltrato es escasa o nula e impide identificar las lesiones.</p> <p>Criterios personales del propio facultativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pueden formar parte de costumbres sociales, culturales o religiosas que el facultativo comparte. - considerar el castigo físico como medida de disciplina y no como maltrato - todos los accidentes de la infancia son evitables, y por lo tanto serían malos tratos y viceversa.
Se diagnostican; pero no se da parte	<p>Las lesiones son consideradas poco importantes. 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. Preocupaciones de índole personal del médico: <i>legales</i> (posibilidad de tener que declarar), <i>económicas</i> (pérdida de horas de trabajo, / clientes), <i>comodidad</i> (traslado al juzgado si tiene que prestar declaración), <i>miedo</i> (reacción de los padres).</p> <p>Experiencias anteriores en que se comunico a las Autoridades la sospecha de maltrato y el niño fue entregado a los padres sin el tratamiento social pertinente. Muchos médicos que al comunicar la sospecha de existencia de un maltrato piensan que el niño sale más perjudicado que beneficiado por que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - el agresor ve en el niño el motivo de que se le investigue ó interroge y actuará posteriormente con más violencia. - más valen unos malos padres que una buena Institución.

La falta de estudios epidemiológicos es otra de las causas del desconocimiento de la frecuencia del problema.

En los últimos años se han realizado estudios para determinar la frecuencia de los malos tratos en nuestro país. De ellos son de destacar los realizados en Cataluña, Andalucía, Guipúzcoa y en Castilla y León; de ámbito nacional el que analiza los expedientes existentes en los servicios de protección a la infancia que dependen de las delegaciones provinciales de las consejerías de Asuntos Sociales de las Comunidades Autónomas y sobre abuso sexual, En todos estos estudios hay una gran coincidencia en cuanto a los porcentajes de los distintos tipos de maltrato encontrado (cuadro 3).

Cuadro 3. Porcentajes de detección por tipología e incidencia estimada en estudios realizados en España

	Cataluña (1991)	Andalucía (1995)	Expedientes España (1995)	Guipúzcoa (1995) ¹	Castilla- 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 por cien) y una modalidad pasiva (abandono emocional, 82 por cien).

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

⁵ Encuesta realizada a 1200 personas mayores de 18 años de ambos sexos sobre experiencias de abusos sexuales en su infancia

Los datos de las características personales, familiares y situaciones sociales que rodean a los casos de maltrato de estos estudios españoles son bastante concordantes con los e las publicaciones internacionales:

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

Etiología

El maltrato, no es un hecho, un acontecimiento aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de varios factores: sociales, familiares, del propio niño,..., no siempre delimitados cuantitativa ni cualitativamente (Cuadro 4).

Cuadro 4. Factores de riesgo de maltrato infantil

Individuo	Familia	Sociedad	Cultura
Historia de malos tratos Historia de desatención severa Rechazo emocional, falta afecto en infancia Carencia experiencia en el cuidado del niño Ignorancia de las características evolutivas Historia de disarmonia y ruptura familiar Bajo C.I Pobres habilidades interpersonales Falta de capacidad comprender a otros (empatía) Poca tolerancia al estrés Estrategias para resolver problemas inadecuadas Problemas psicológicos.	Interacción paternofamiliar: - 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 conducta - Temperamento difícil - Hiperactivo - Handicaps físicos - Padre único - Hijos no deseados	Trabajo: - Desempleo - Falta de dinero - Perdida de rol - Perdida de autoestima y poder - Estrés conyugal - Insatisfacción laboral - Tensión en el trabajo 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

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

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

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).

Riesgo social

El riesgo social de maltrato es el cumulo 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.

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 significo 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 tanto al desarrollo intrauterino como 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.
- ◆ *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
FISICO	<p>Cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo.</p> <p>Formas: lesiones cutáneas (equimosis, heridas, hematomas escoriaciones,, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, zarandeado asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones, síndrome de Münchhausen por poderes.</p>	<p>Dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.</p> <p>Formas: desatención, abandono, retraso crecimiento no orgánico, "Niños de la calle", constantemente sucio, problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de los cuidados médicos rutinarios (vacunaciones).</p>
SEXUAL	<p>Abuso sexual: implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto</p> <p>Formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Con contacto físico: violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, sodomía, tocamientos, estimulación sexual · Sin contacto físico: solicitud indecente a un niño o seducción verbal explícita, realización acto sexual o masturbación en presencia de un niño, exposición de los órganos sexuales a un niño, promover la prostitución infantil, pornografía 	<p>No atender a las necesidades del niño y a su protección en el área de la sexualidad</p> <p>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,...</p>
EMOCIONAL	<p>Acción capaz de originar cuadros psicológico - psiquiátricos por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño.</p> <p>Formas: rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper o implicar a un niño en actividades antisociales</p>	<p>Omisión o negligencia en la atención a las necesidades emocionales del niño</p> <p>Formas: privación afectiva, no atender las necesidades afectivas del niño (cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, rol en la familia, autoestima, etc.), Abuso pedagógico</p>
LABORAL	<p>Utilización de niños para obtener beneficio económico, que implique explotación y el desempeño de cualquier trabajo que pueda entorpecer su educación, o ser nocivo para su salud o desarrollo físico, mental, espiritual o social</p> <p>Formas: mendicidad, trabajo profesional, venta ambulante con desatención al niño,...</p>	<p>No atender las necesidades educativas del niño y de formación para la vida laboral</p> <p>Formas: falta de preparación laboral, no escolarización,</p>

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

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 y definiéndose como toda acción, omisión o negligencia de carácter afectivo, capaz de originar cuadros psicológicos - psiquiátricos, por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño.

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

El *abuso sexual*, una de las formas más frecuentes de maltrato infantil, se define como la implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto, siendo formas de abuso sexual: 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 las que exista voluntariedad que influyan negativa o patológicamente 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 propias del embarazo que tienen repercusiones en el feto Formas: Embarazos sin seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal,.

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.

Indice

Lesiones de piel y mucosas
 Quemaduras
 Traumatismos abdominales
 Traumatismo de cráneo
 Fracturas óseas
 Síndrome de Munchaüssen
 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.

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. El síndrome de malos tratos engloba también las negligencias en los cuidados físicos y afectivos básicos, abuso sexual y síndrome de Munchausen por poderes.

Las lesiones físicas provocadas tienen características específicas de localización, forma y color, que las diferencia de las producidas de manera fortuita. Los profesionales sanitarios 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 desgarramiento 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 *pseudoquiste pancreático* 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 metafisarias 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 radiograficamente 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	Múltiples en distintos estadios evolutivos Diafisarias en espiral u oblicuas <i>Metafisarias en "asa de cubeta" o en "esquina" secundarias a mecanismo de torsión y tracción simultaneo</i> Despegamiento subperióstico por hemorragia subperióstica <i>Formación hueso nuevo superiástico aparecido a los 7-10 días en forma de calcificación lineal</i> 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

Síndrome de Munchausen

Las madres, raramente los padres, inventan enfermedades inexistentes que obligan a exploraciones innecesarias, a veces costosas, no inocuas. Otras veces, administran sustancias de consumo habitual en dosis excesivas (deshidratación hipertónica por exceso de aporte de sal), fármacos innecesarios (sedantes, insulina) que simulan enfermedades imaginarias o alteran fraudulentamente las pruebas de laboratorio. Estos padres se caracterizan por ser excesivamente tranquilos ante un cuadro clínico desconocido ó grave.

Debe considerarse este diagnóstico en los niños previamente sanos que debutan con un cuadro neurológico o metabólico grave inexplicable. En ellos se recogerán muestras de sangre y orina para estudio toxicológico.

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
	Midriasis	Antidepresivos tricíclicos
Agitación, delirio	Midriasis, mucosas secas	Anticolinérgicos, antihistamínicos
Convulsiones generalizadas	Sudoración	Insulina
	Midriasis	Cocaína
	Sed	Hiponatremia, hipernatremia
	Midriasis	Simpaticomiméticos, IMAO
	Arritmias	Antidepresivos tricíclicos
Hiperventilación	Midriasis, hipoglucemia, acidosis metabólica	Metanol, etilenglicol, simpaticomiméticos, acido acetil salicílico
Arritmias		Digital, IMAO, simpaticomiméticos
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 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 Spooning 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 (gemelaridad, prematuridad, riesgos sociales), al objeto de realizar, junto con otros profesionales, una prevención adecuada.

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

El tratamiento de las lesiones graves, hemorragias intracraneales y lesiones abdominales debe realizarse con premura para evitar secuelas permanentes, cuando no la muerte. El 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

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

Introducción

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

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

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

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

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

Clasificación

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

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 o incongruente a las señales de interacción afectiva del niño
ACTIVOS	
Relación donde predomina la violentación del adulto sobre el niño, expresada de forma verbal, o con amenazas, críticas, castigos, culpabilización, etc.	

Factores de riesgo

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

Aunque durante mucho tiempo las investigaciones han tratado de encontrar un perfil psicopatológico de los padres maltratantes, en la actualidad se ha llegado a la conclusión de que no existe tal perfil. Sin embargo, si se

han encontrado características comunes en los casos de las familias maltratantes, que podemos considerar como factores de riesgo (Cuadro 2).

Cuadro 2. Factores de riesgo del maltrato emocional

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

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

Cuadro 3. Síntomas y trastornos consecuencia del maltrato emocional

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

Desarrollo normalizado

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuadro 4. Características de las funciones paterno - maternas

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

Detección desde los servicios de salud mental

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

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

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

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

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

- Castigos excesivos, recriminaciones, culpabilización, amenazas, etc., a raíz de dificultades evolutivas. La falta de comprensión por parte de los padres de los conflictos naturales, que un niño puede presentar en su desarrollo, hace que le asignen una intención hostil y actúen como consecuencia en la misma forma.
- Utilización del niño como vehículo y cómplice de reproches en situaciones de separación. Es bastante frecuente la utilización del niño como depositario de descalificaciones mutuas entre los padres, ignorando su propio sufrimiento y convirtiéndolo de esta forma en objeto pasivo.
- Depositación en el niño de responsabilidades excesivas para su edad. Puede consistir en el cuidado permanente de un hermano más pequeño, o de su propio autocuidado en edad muy temprana, lo que produce una situación de desprotección. O bien responsabilizarle de la atención a uno de los padres, que
- puede padecer algún tipo de enfermedad, generalmente psíquica.
- Dificultades en las relaciones con los iguales, o ausencia de relaciones, por traslados frecuentes de domicilio o localidad, o bien por falta de contacto con el contexto social en el que viven.
- Clima de violencia cotidiana entre los padres y utilización del niño como objeto de descarga. En su vertiente psíquica esta descarga consiste en insultos hacia el otro cónyuge, quejas y lamentaciones reiteradas, o

amenazas de abandono del hogar. Lo que produce en el menor una situación de inseguridad, culpa y temor permanente, además de una desvalorización de las figuras parentales.

- Utilización inadecuada del niño como objeto de gratificación. En los casos en los que uno de los padres, mantiene a su hijo excesivamente apegado a él, sin permitir la autonomía necesaria para su independencia afectiva.

Diagnostico e intervención

El diagnostico debe:

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

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

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

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

Índice

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

Introducción

El problema del abuso sexual en la infancia ha existido en todas la 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 (médico y psicológico) 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 del 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 (con o sin contacto físico).

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

- *Coerción*: el agresor se aprovecha de su posición de autoridad para, mediante el empleo de medidas de presión, engaño y/o incluso el empleo de la fuerza, involucrar al niño en actividades sexuales que él normalmente desconoce y no consiente en ellas.
- *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 distinguir entre actividades sexuales normales (juego) y anormales (abuso sexual).

Así los juegos exploratorios (masturbación, caricias o tocamientos de los 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 p.e. de 8 años intenta forzar a otro de menor edad a tener relaciones sexuales, este comportamiento no es normal, y debe considerarse como abuso.

Entre las conductas anormales se incluyen conductas:

<i>Con Contacto físico</i>	<i>Tocamientos o caricias</i> de los genitales y/o partes íntimas que incluyen la cara interna de los muslos, pechos,... Es la forma <i>más frecuente</i> de abusos sexual infantil, <i>Otras conductas</i> . Cualquier tipo de contacto oro-genital, genital o anal hacia el niño (incesto, violación, penetración digital, sodomía), involucrar al niño en contactos sexuales con animales.
<i>Sin Contacto físico</i>	<i>Seducción verbal</i> o petición expresa a realizar actividades sexuales <i>Exhibicionismo</i> Pornografía

Etiopatogenia

No se conoce con exactitud porqué se produce el ASI. Tanto 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 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 fácil 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, propone cuatro 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*. Algunos adultos se excitarían 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 repetirlas. Esta teoría puede en parte explicar 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, entre otras razones porque carezcan de habilidades sociales adecuadas o hayan sufrido una relación traumática en el pasado
4. *Desinhibición*. El agresor es una persona desinhibida (bien por deficiencia mental, abuso de alcohol y/o drogas, uso de pornografía...) 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 familiares (violencia, alcohol y/o drogas), son factores que aumentan la probabilidad de que se produzcan abusos sexuales a menores.

Epidemiología

La incidencia y la 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 por cien de niñas y de un 5 a un 10 por cien 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 *víctimas*: 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 tiene edades comprendidas entre los 8 y los 12 años.

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

Un porcentaje elevado de agresores han sido abusados e 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 agrupo en:

Factores que afectan el cuidado parental	<ul style="list-style-type: none"> • La ausencia de uno de los progenitores (por trabajo, 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 sensorial

Indicadores de abuso sexual Infantil

El ASI puede presentarse de varias maneras:

1. *Indicadores históricos*: por lo que nos cuenta la víctima. 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.
2. *Indicadores físicos*: Por los signos y síntomas que presentan. Pueden utilizarse para corroborar la historia clínica, pero lo frecuente en el ASI es que *no* se encuentre ningún hallazgo físico
3. *Indicadores comportamentales*; Por el comportamiento de la víctima. El impacto del abuso sexual en el niño suele producir cambios en el comportamiento tanto a corto como a largo plazo

Cuadro 1. Indicadores físicos y comportamentales de abuso sexual infantil

Físicos	Comportamentales
<p>Altamente sugerentes (incluso en ausencia de datos en la Historia Clínica)</p> <ul style="list-style-type: none"> • E.T.S. en niñas prepúberes • Embarazo en adolescente joven • Lesiones genitales o anales sin traumatismo justificable <p>Inespecíficos</p> <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 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta agresiva • Juego sexual precoz • Masturbación compulsiva • Ansiedad y depresión • Desconfianza • Baja autoestima • Conducta regresiva • Trastornos del sueño: terror nocturno, pesadillas, fobias • Trastornos de la alimentación: bulimia y anorexia • Fracaso escolar • Delincuencia • Promiscuidad / prostitución • Idea suicida • Conductas autolesivas: drogas, alcohol...

Diagnóstico

El diagnóstico de abuso sexual infantil está basado en:

1. *Historia clínica* detallada y bien documentada
2. *Exploración física* competente 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.

- Historia clínica

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

- * Antecedentes personales de la víctima (enfermedades crónicas, intervenciones previsas...)
- * Valoración del desarrollo madurativo
- * Anamnesis social
- * Historia actual del abuso

Normas básicas para entrevistar a niños víctimas de ASI:

- * Entrevistar al niño a solas si la edad de la víctima lo permite
- * 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 trabajador 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...
- * 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 ¿qué paso?, ¿Cuéntame más?...; ya que un interrogatorio guiado puede hacer que la revelación del abuso sea legalmente inadmisibile.
 - * *No amenazantes*
- * Intentar averiguar lo más posible sobre el abuso, y evitar demostrar asombro, repulsa u otras emociones ante la revelación del abuso.
- * Utilizar métodos de ayuda como p.e. papel y lápices de color ... dependiendo de la edad del niño

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.

- Exploración física

En más del 50 por cien de los casos va a ser normal

Se debe 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 mostrar respeto por e pudor de la víctima.

Nunca se debe forzar la exploración, y ésta ha de 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 abuso físico o negligencia. 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 y la zona perianal. Cualquier hallazgo fuera de lo normal debe de ser anotado, para ello se recomienda hacer 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 afectadas.

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, así como ciertas anomalías congénitas de vagina y ano son, entre otras, lesiones que fácilmente se confunden con abuso sexual.

- Pruebas de laboratorio

No siempre están indicada. Dependerá del tiempo transcurrido entre el abuso y su revelación, y si la anamnesis y la exploración sugieren la posibilidad de contacto sexual oral, genital y/o anal. Entre las 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
- * Enzimas del liquido seminal: fosfatasa ácida prostática, antígeno P-30 y MHS-5.
- * Cualquier cuerpo extraño en la superficie corporal de la víctima

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

2. *Obtención de pruebas para enfermedades de transmisión sexual*

- * Cultivos para gonococo y chlamidia 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*

Intervención terapéutica

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

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

Toda intervención médica debe 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. Esta puede ser:

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

Índice

Introducción
 Comisión de Tutela del Menor
 Acogimiento Familiar
 Adopción
 Atención Residencial

Introducción

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

1. Aprobación de la Constitución Española de 1978
2. Legislaciones y Tratados internacionales aprobados y publicados por la Cortes que forman parte de nuestro ordenamiento jurídico, fundamentalmente, la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas de 1989 ratificada por el Parlamento Español y entro vigor el 5.enero.1991.
3. Cambios normativos con la *Ley 21/87 de 11 de noviembre* que modifica artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal introduciendo un marco normativo moderno de protección a la infancia y otros la más reciente la *Ley Orgánica 1/1996 de Protecciión 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 convirtiendose en un sistema moderno de atención social según los derechos, necesidades, bienestar e integración de la infancia (Cuadro 1).

Cuadro 1. Cambios en el sistema de atención social a la infancia

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

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

El Texto Constitucional (art. 148) faculta a las *Comunidades Autónomas* a asumir en materia de asistencia social competencias plenas, por lo que a través de sus leyes y políticas desarrollan la atención social, general y especializada, como es el caso de la infancia en situación de riesgo social.

La participación de *equipos multiprofesionales* y la *coordinación* de los diferentes dispositivos de atención y el trabajo en red es otro de los principios básicos de la actual atención social, lo que ha supuesto la incorporación de profesionales de otros campos (educación, psicología, medicina,...) y una especialización.

Por último, se ha producido una implicación de los ciudadanos asumiendo los individuos y la comunidad (ONGs y Asociaciones) sus responsabilidades en cuanto bienestar propios y de su comunidad; definiendo sus necesidades; se organizandose y ayudando para buscar soluciones y movilizar recursos

Comisión de Tutela del Menor

Corresponde a los administraciones públicas adoptar las medidas administrativas, legislativas, sociales, sanitarias y educativas apropiadas para proteger al niño primando el interés superior del menor y, siempre que fuera posible procurando no separarlo de su entorno sociofamiliar.

La Comunidad de Madrid para poder poner en práctica la Ley crea el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF) organismo dependiente de la Consejería de Servicios Sociales para dar una respuesta global e integradora a las necesidades de la infancia , especialmente a los más desfavorecidos.

La Comisión de Tutela del Menor (CTM) es un organo colegiado del IMMF que ejerce las funciones conferidas en la Ley 21/87 de velar por los intereses de los menores en situación de desamparo y/o de riesgo, de manera inmediata y procurarles las medidas necesaria para asegurar su adecuada atención.

La organización y disposición de los servicios de la CTM se conforman en torno a cuatro líneas:

- prevalencia del interés superior del menor.
- preferencia de las medidas normalizadoras e integradoras.
- coordinación institucional.
- prevención.

El sistema de protección de menores no pueda limitarse a actuar ante situaciones evidentes de desamparo, sino que concede la mayor importancia a las *acciones preventivas*, proyectadas hacia el medio sociofamiliar en el que se desenvuelve la vida de los niños, que se concretan, entre otras, en:

- sensibilización hacia sus problemas y necesidades de desarrollo,
- actuación temprana de los dispositivos de atención (salud, escuela, servicios sociales, etc.) para la detección de riesgos y que estos no se consoliden en desprotección, buscando una coordinación entre redes y servicios.

La CTM asume en la Comunidad de Madrid la tutela de los menores que se encuentren en situación de desamparo y/o situación de riesgo, así como la guarda en los términos establecidos en el Código Civil.

◆ Conceptos

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

Tutela Automática: la asume la CTM sin necesidad de intervención judicial previa, posibilitando la intervención de urgencia, cuando la situación lo requiera, correspondiendo la superior vigilancia al Fiscal. Esta tutela tiene carácter provisional y se mantendrá mientras subsistan las causas que determinaron la intervención.

Guarda: La Entidad Pública asumirá la guarda en tres supuestos concretos cuando:

- un menor se encuentra en situación de desamparo, en cuyo caso asumirá también la tutela .
- fuera solicitado por los titulares de la Patria Potestad justificando circunstancias graves y transitorias para no poder atender al menor.
- lo acuerde el Juez.

La guarda podrá confiarla al Director de un Centro o a las personas que lo reciban en Acogimiento.

◆ Actuación de la CTM.

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

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

◆ Funcionamiento ordinario CTM (Cuadro 2).

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

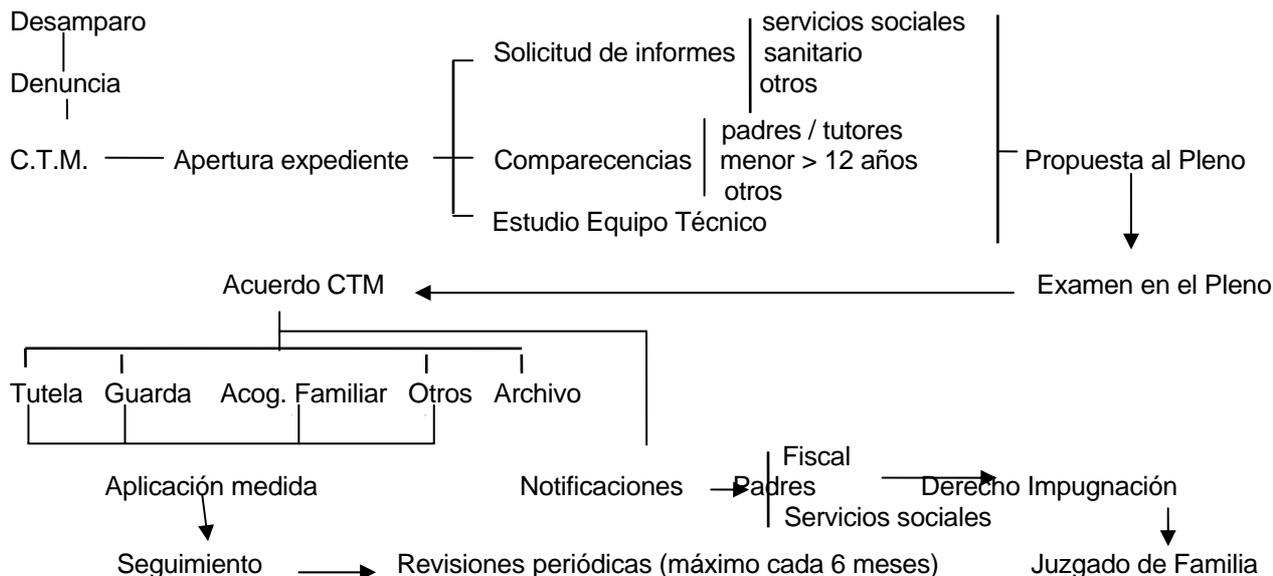
Los Equipos Técnicos se responsabilizarán por encargo del Comisionado de la instrucción y seguimiento de los expedientes que se tramiten en relación a menores domiciliados en su zona de referencia.

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

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

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

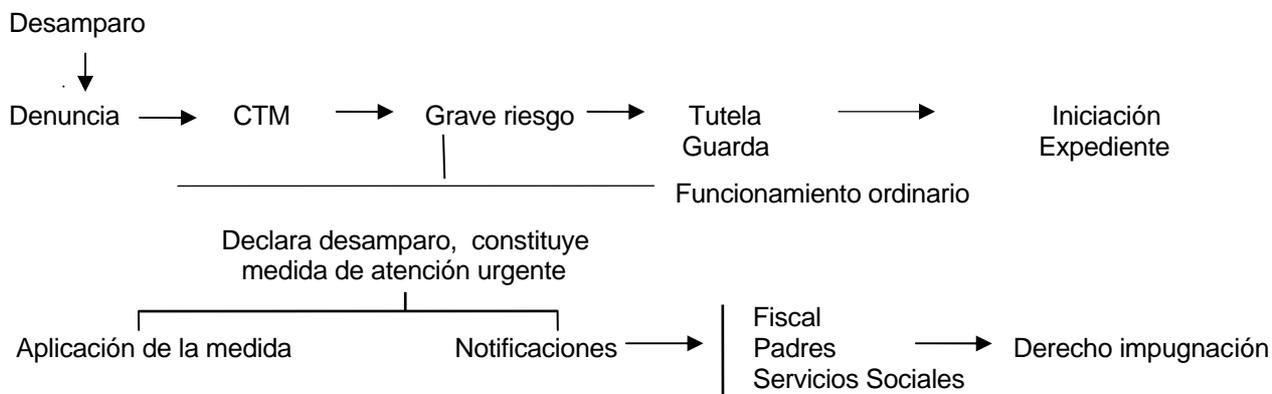
Cuadro 2. Funcionamiento ordinario de la CTM.



◆ Procedimiento de Urgencia (Cuadro 3).

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

Cuadro 3. Funcionamiento urgente



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

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

Dentro de los Acuerdos que puede adoptar el pleno de la CTM se encuentran:

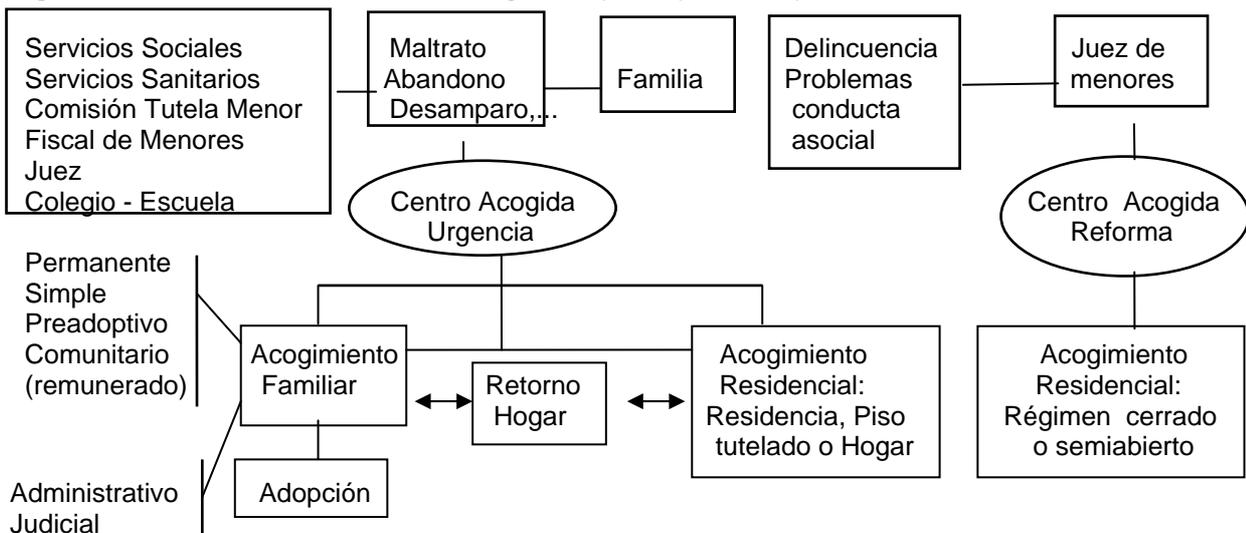
- asumir la tutela
- asumir la guarda
- acogimiento familiar administrativo: existe consentimiento de los padres (suele ser con familia extensa)
- acogimiento familiar judicial: sin consentimiento (puede ser con familia extensa o con familia seleccionada por la Unidad de Acogimientos familiares y Adopciones)
- promover la adopción

El niño puede ser atendido fuera de su ambiente familiar biológico en régimen de:

- Acogimiento familiar
- Adopción
- Acogimiento residencial

El acogimiento familiar, la adopción y la atención residencial son recursos en el sistema de atención social y protección a la infancia (Figura 3).

Figura 3. Sistema de Protección: Casos graves que requieren separación de su ambiente familiar

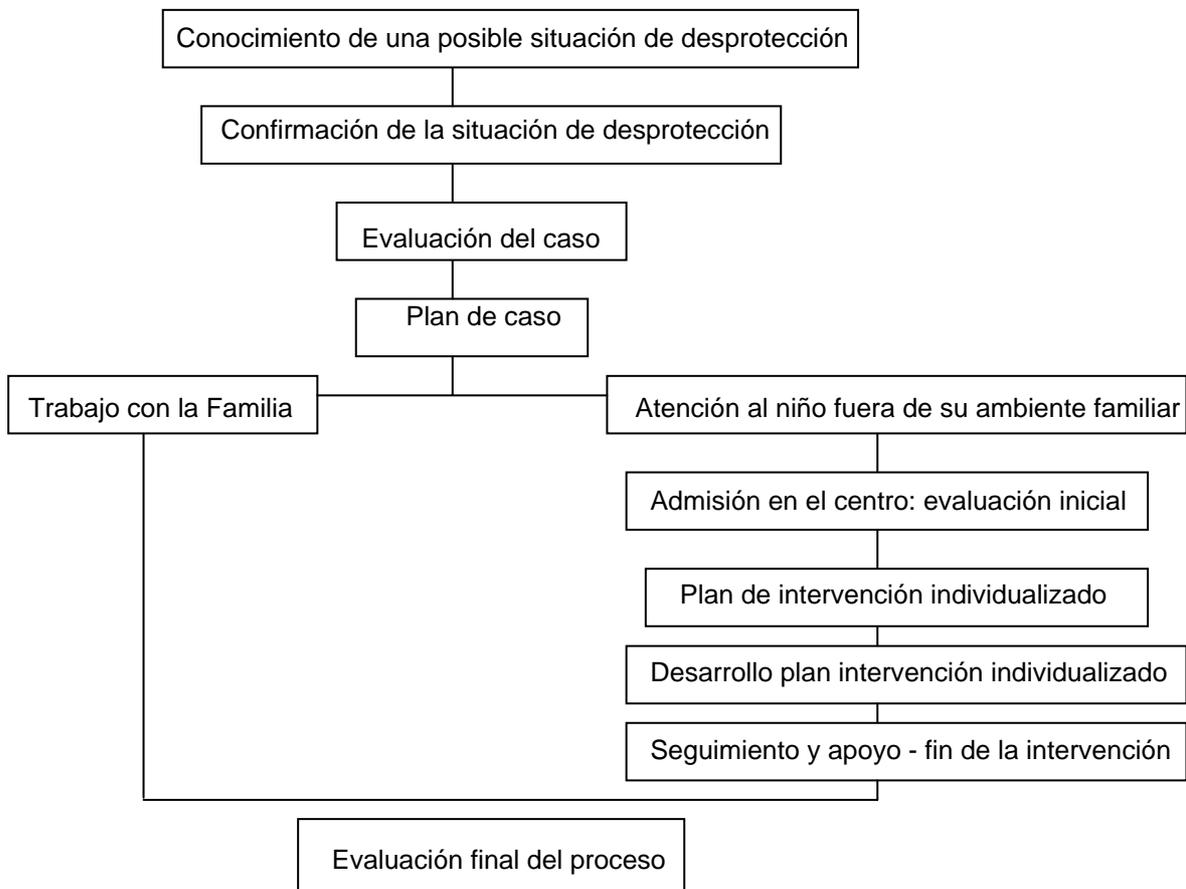


En los casos de niños con problemas de delincuencia / conducta asocial su ingreso en una institución debe estar ordenado por un Juez de Menores que puede considerar según su falta su atención en régimen cerrado o semiabierto en el que puede tener salidas.

◆ Proceso de intervención. Plan de caso

La intervención debe considerar la primacía del interés superior del niño y contemplar un proceso con diferentes fases (Figura 4)

Figura 4. Proceso de intervención



Acogimiento Familiar

El acogimiento familiar consiste en otorgar la guarda de un menor a un núcleo familiar con la obligación de integrarlo en la vida familiar.

El acogimiento familiar se puede clasificar según:

Duración:	Simple Permanente. Preadoptivo
Actitud de los padres ante el acogimiento	Administrativo Judicial
Otras posibilidades de Acogimiento familiar	Acogimiento familiar Comunitario

Adopción

La *adopción*: consiste en que, por medio de una decisión judicial, se produce entre adoptantes y adoptado un vínculo de filiación, al mismo tiempo que desaparecen, salvo excepciones, los vínculos jurídicos entre adoptado y su familia anterior

Acogimiento Residencial.

Una de las intervenciones necesarias puede ser la separación de un niño de su ambiente familiar de forma *provisional* en tanto se valoran / solucionan las circunstancias familiares y sociales o de forma *definitiva* si se determina la imposibilidad de recuperación de su núcleo familiar o como forma de prevención de la repetición de los malos tratos o la imposible o inadecuada atención por los padres o cuidadores.

Los centros de menores tenían las características de grandes centros masificados, desarraigando al niño de su medio, provocando una situación de despersonalización, con separación de niños por edades y sexos disgregando a miembros de la misma familia, régimen autoritario, relaciones centradas y cerradas al centro, alta mortalidad infantil que se mantuvo hasta finales de la década de 1950 que condicionaba la concepción sanitaria de estos centros y sin objetivos definidos.

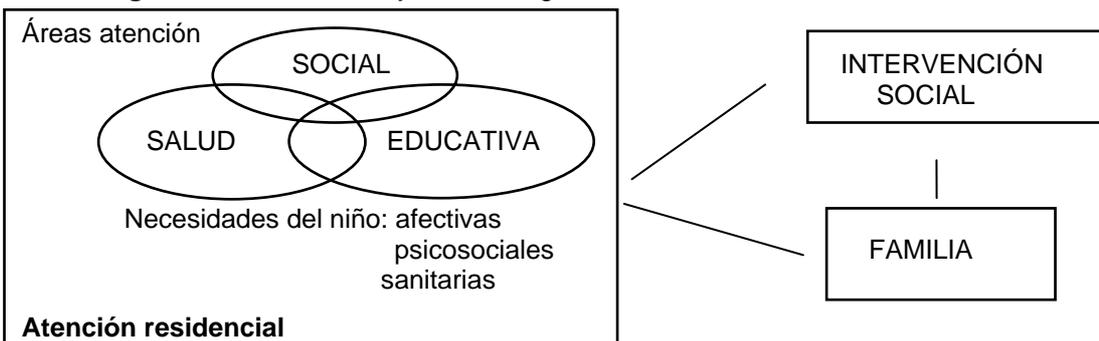
Los cambios en el sistema de atención social a la infancia afectaron también a los centros y a los niños atendidos (Tabla 4)

Tabla 4. Características de las instituciones

Instituciones	
Antiguas	Actuales
Ingresos poco discriminados	Recurso social para casos necesarios
Institución grande y cerrada	Pequeños centros abiertos
Educación como instrucción	Educación integral y normalizadora
Atención benéfica y poco profesionalizada	Profesionalización (equipos, educadores)
Graves problemas de salud	Educación para la Salud

El trabajo en estos centros se desarrolla en equipo multidisciplinar en las áreas educativa (educadores, psicólogo), social (trabajador social), sanitaria (médico, ATS) y el marco (centro) en que viven, considerando y trabajando las causas que dieron origen a su ingreso en el centro mediante el trabajo con la familia y otras intervenciones que se estimen necesarias (Figura 2).

Figura 2. Áreas de trabajo en el Acogimiento Residencial



Los centros de acogimiento residencial realizan una intervención social y familiar y ofreciendo una atención al niño según sus necesidades:

afectivas	marco de vida organizado, estabilidad de las personas que le cuidan y del entorno físico respeto a su historia familiar
psicosociales	ofrecer una alternativa de vida normalizada adecuada reinserción social
sanitarias	atención a la salud educación para la salud

En la actualidad, para que un niño sea atendido en una residencia de menores requiere que:

1. Los servicios sociales, sanitarios,..., detectan un caso de maltrato o abandono tipificados como situación de desamparo no pudiendo el niño permanecer en su familia ante el riesgo que supone.
2. La propia familia solicite su atención en un centro ante un problema que impide la correcta atención en su medio familiar.

El niño puede estar en régimen de:

- *guarda*, cuando la tutela la tienen los padres que firman un contrato en el que especifican las causas que dan lugar a su atención en la residencia y el tiempo que se establece junto con cuantas cláusulas se consideren oportunas por ambas partes.
- *tutela*, cuando la tutela la tenga la administración

Acordar una medida de internamiento debería producirse siempre que otros recursos más integradores hayan fallado, o bien ante la solicitud de quienes ostentan la potestad sobre el menor por el menor tiempo posible, justificando siempre circunstancias graves y transitorias que impiden que el menor conviva con su núcleo sociofamiliar.

El Centro no debe ser un lugar de "castigo" para los menores "cuando los padres no se han portado bien con él". El Centro debiera ser el lugar donde vive un niño mientras se trabaja con la familia o se encuentra otra alternativa más idónea para el menor (AF.,...). asumiendo plenamente su carácter educativo en cuanto "intervención para favorecer el desarrollo".

Índice

Introducción
¿Que es el acogimiento familiar?
¿Que supone el acogimiento familiar de un menor?
Modalidades de acogimiento familiar
Formas de acogimiento familiar
Relación del niño con sus padres biológicos
¿Quién puede acoger?
Proceso
Formación
La acogida
Los profesionales y servicios que intervienen
Finalización
Adopción
Adopción Internacional
Proceso para la tramitación de la adopción internacional en la Comunidad de Madrid

Introducción

En nuestra sociedad, los niños han dejado hace tiempo de ser considerados como incapaces, proyectos de persona, para ser plenamente ciudadanos y como tales, sujetos de derechos.

Uno de los derechos de todo niño es contar con un entorno que le permita desarrollarse integralmente como persona desde el punto de vista material, afectivo, social y moral. Habitualmente, ese entorno favorable y protector es la propia familia. Pero hay situaciones de limitación, desventaja o conflicto en las que el niño puede verse privado de su familia o tener que ser apartado de ella para garantizar sus derechos. Son las situaciones de *desamparo* o *riesgo* que dan lugar a la intervención de la entidad pública en ejercicio de las competencias que la ley le atribuye en materia de protección de menores.

En alguna de estas situaciones es necesario plantear una alternativa convivencial al niño que no puede vivir, de momento, con su familia.

Una de estas alternativas es el *Acogimiento Familiar*, especialmente valiosa porque evita el internamiento del niño en un institución y permite normalizar su vida en lo posible, al proporcionarle un entorno afectivo, educativo y social idóneo para su desarrollo, como es el ámbito de la familia.

La *familia acogedora* enriquece su experiencia vital al participar en el proyecto solidario de integrar en su seno al niño privado como un miembro más, ofreciéndole un lugar donde seguir creciendo como persona, que ninguna otra institución o entidad podría proporcionar.

No obstante, la experiencia confirma que el niño y su familia biológica no deberían perder contacto a raíz del acogimiento, algunas veces, al menos durante un tiempo.

Respetar y preservar los vínculos del niño con su familia de origen es crucial para el desarrollo de la identidad y la evolución hacia la madurez personal.

¿Que es el acogimiento familiar ?

Es una medida de protección para menores en situación de desamparo o riesgo consistente en proporcionar una alternativa convivencial no institucional a un niño que en un momento determinado no puede vivir con su familia.

Esta definición es muy general y no específica nada acerca de las diversas causas que pueden motivar la separación de un niño de su entorno familiar. Tampoco dice nada del tiempo de duración del acogimiento ni de si se cuenta o no con el consentimiento de los padres. Todos estos aspectos particulares servirán para definir la *modalidad* y *forma* de acogimiento se planteara en cada caso y deben quedar especificados al elaborar el Proyecto desde los Servicios Sociales o la Residencia para menores donde reside el niño.

- *Riesgo*: Situación de desventaja o limitación de oportunidades que pone en peligro las posibilidades de desarrollo integral de las personas.
- *Desamparo*: Situación en la que se encuentra un menor por el incumplimiento, el imposible o inadecuado cumplimiento de los deberes de protección establecidos por la ley para los titulares de la patria potestad, quedando privado de la necesaria asistencia moral y material.

La apreciación del riesgo y/o desamparo en nuestra Comunidad corresponde a la Comisión de Tutela del Menor (CTM), del Instituto Madrileño del Menor y la Familia, previa información por parte de los servicios que conocen la situación: Servicios Sociales, Sanitarios, Educativos, etc.

¿Que supone el acogimiento familiar de un menor ?

Supone la integración plena del niño en la vida de la familia que lo acoge, que se compromete a tenerlo como si fuese un miembro más, cuidarlo, educarlo y proporcionarle una formación plena como persona.

Jurídicamente, el acogimiento consiste en confiar la guarda del menor a una persona o familia que se responsabiliza de su cuidado de una manera provisional hasta que se llegue a una situación más estable, bien porque el niño vuelva con su familia de origen, bien porque sea adoptado.

Modalidades de acogimiento familiar

- *Acogimiento Familiar Simple*: Cuando es previsible el retorno del niño con su familia, pasado un tiempo. Es transitorio. Suele aplicarse en situaciones de riesgo más que de desamparo, en las que la familia puede recuperarse y superar los problemas que produjeron la separación del niño para volver a tenerlo consigo. La duración de la medida suele estar especificada en el Proyecto de Acogimiento y no debe ser larga, teniendo en cuenta la edad del niño acogido.
- *Acogimiento Familiar permanente*: Es más estable, la familia acogedora tiene mayor autonomía en sus funciones respecto al niño. No se prevé el retorno con la familia de origen porque no parece posible que se recupere de sus problemas en un plazo razonable. Por esto la duración de esta modalidad de acogimiento es indefinida.
A partir de la entrada en vigor de la Ley 1-96 de Protección Jurídica del Menor, el juez puede atribuir a los acogedores las facultades de la Tutela para facilitarles el ejercicio de sus funciones en el cuidado y educación del niño acogido.
- *Acogimiento Familiar Preadoptivo*: Tiene como finalidad la Adopción.

En las tres modalidades el niño tiene que tener una situación jurídica y personal adecuada para el Acogimiento y las familias tienen que haber sido aceptadas por la comisión de tutela. Además, en el Preadoptivo el niño tiene que tener una situación jurídica adecuada a la adopción y la familia tiene que haber sido declarada idónea para ello.

- *Acogimiento abierto*, para tener consigo a un niño durante fines de semana y vacaciones. Es un recurso adecuado para niños medianos (a partir de 9-10 años) y mayores (13-14 años).
- *Acogimiento Familiar Especial (AFES)* es un Programa para niños con necesidades o problemas específicos de salud, física o mental, minusvalías, dificultades de adaptación, etc.

Formas de acogimiento familiar

Como figura jurídica con entidad propia el Acogimiento Familiar tiene que tener una *forma legal*. La Entidad Pública que en cada territorio del Estado tiene atribuidas por ley las competencias en protección de menores (Comunidad Autónoma, en Madrid) es la encargada de:

- * Promover el acogimiento como medida de protección en caso de menores en riesgo o desamparo.
- * Dar forma legal a esa medida.
- * Controlar y supervisar su adecuada ejecución dando cuenta siempre de todo ello al ministerio Fiscal al que compete la superior vigilancia de las medidas protectoras..

Es obligatorio que el acogimiento se formalice por escrito en un “documento público”, que puede ser un Contrato Administrativo o una Resolución judicial.

- *Administrativo*: el que formaliza la Entidad Pública, es decir, la Comisión de Tutela, mediante contrato, siempre que los padres o tutores del niño expresen su consentimiento. Suelen tomar esta forma los Acogimientos Familiares Simples de niños en situación de guarda (riesgo).
- *Judicial*: el que se constituye por auto del juez, a propuesta de la entidad pública. Suelen tomar esta forma el Acogimientos Familiar Permanente y Preadoptivo. Menores en situación de desamparo (Tutela).

Relación del niño con sus padres biológicos

En todas las modalidades de Acogimiento Familiar, el niño *conserva sus apellidos*. Se mantiene la relación de filiación legal con sus padres biológicos.

En el Acogimiento Familiar Simple y Permanente se mantienen los vínculos y la relación del niño con sus padres o familiares biológicos. A petición de estos, se establece un *régimen de visitas* que se realizan con la mediación y el control del Equipo de Acogimiento Familiar. Las visitas controladas pueden influir favorablemente en la normalización de la vida del niño, permitiéndole elaborar sus experiencias anteriores, aspectos de su historia personal, afectos y vínculos, y tener mayor claridad en la situación de acogimiento. No obstante, en algunos casos, las visitas pueden ser suspendidas por resolución judicial cuando son perjudiciales para el menor.

En el Acogimiento Familiar Preadoptivo la relación del niño con sus padres o familiares biológicos, así como las visitas, pueden existir o no, pero es una situación limitada en el tiempo (máximo un año) puesto que se encamina a la *Adopción*.

¿Quién puede acoger ?

Las parejas y las personas mayores de 25 años, residentes en nuestra Comunidad, que lo soliciten debidamente y sean aceptados como acogedores, tras el correspondiente proceso de estudio socio-familiar por parte del Equipo Técnico de Acogimiento Familiar de la C.T.M.

Requisitos de los Acogedores: (Orden 175/91, art. 8.- BOCM, 1 de abril de 1991)

1. Para valorar las circunstancias que concurren en los ofrecimientos de acogida de un menor en cualquiera de sus modalidades, la Comisión de Tutela (CTM) deberá tomar en consideración los siguientes criterios:

- * Ser residente en la Comunidad de Madrid y mayor de veinticinco años. En caso que realizara el ofrecimiento una pareja, basta que un miembro haya cumplido dicha edad y el otro sea mayor de edad.
- * Tener medios de vida estable y suficiente.
- * Estado de salud física y psíquica que no dificulte el normal cuidado del menor.
- * Tendrán preferencia los matrimonios y el hombre y la mujer integrantes de una pareja unida de forma permanente por relación de afectividad análoga a la conyugal.
- * Convivencia de tres años de la pareja.
- * En caso de esterilidad en la pareja, que dicha circunstancia y su vivencia no interfieran el posible acogimiento o adopción.
- * Existencia de una vida familiar estable y activa.
- * Que el deseo de acogimiento o adopción de un menor sea compartido por todos los miembros que conviven en la familia.
- * Que exista un entorno relacional amplio y favorable a una integración del menor acogido o adoptado.
- * Capacidad de cubrir las necesidades de desarrollo de un niño.
- * Carencia, en las historias personales, de vivencias que impliquen riesgo para la acogida del menor.
- * Flexibilidad de actitudes y adaptabilidad a nuevas situaciones.
- * Comprensión de las dificultades que entraña la situación para el niño.
- * Respeto a la historia personal del niño, con aceptación de sus características particulares.
- * Aceptación de relaciones con la familia de origen del menor, en su caso.
- * Actitud positiva para la formación y el seguimiento.

2. La toma en consideración de todas estas circunstancias se hará en su conjunto mediante la valoración ponderada de las que concurren en la persona o pareja que solicite la inscripción.

En el Acogimiento Familiar es clave la actitud de la familia acogedora hacia la familia biológica, debiendo predominar el respeto y la solidaridad, evitando la tendencia a la rivalidad o litigio. De aquí la importancia de la selección y formación de las familias acogedoras y del apoyo técnico que van a necesitar en el proceso.

Proceso

Procedimiento de valoración del ofrecimiento de los futuros acogedores:

- Ofrecimiento formulado por escrito dirigido a la C.T.M., que dará lugar a la apertura del correspondiente expediente de aceptación.
- Proceso de información socio-familiar:
 - * Reunión Informativa de carácter general
 - * Cuestionario Recogida de documentación
 - * Entrevistas con distintos profesionales
 - * Visita domiciliaria
- Elaboración de la Propuesta de Aceptación por parte del Equipo de Acogimiento Familiar
- Elevación de la Propuesta a la C.T.M.
- Acuerdo de C.T.M. de Aceptación o no del ofrecimiento. Comunicación a los interesados.
- En caso positivo, inscripción de la pareja o persona en el Registro de Familias Acogedora.

Formación

Existe un programa específico de formación para acogedores compuesto por diferentes actividades para que todas las personas puedan incluirse en una o varias de ellas, según las características de su ofrecimiento y su propia disponibilidad. Estas actividades son:

- *Curso de Formación para Acogedores*: Dirigido grupos compuestos por 8 ó 9 familias, entre las cuales habrá una con experiencia en Acogimiento. Su finalidad es trabajar aspectos fundamentales del Acogimiento Familiar mediante actividades teóricas y prácticas programadas.

- *Reuniones de grupo "mixtas"*, es decir, formadas por familias que ya tienen a un niño acogido y otras que están en espera.
- *Reuniones de grupo para familias o personas* que tienen en común alguna característica, bien por lo específico de su ofrecimiento (para adolescentes, para niños con necesidades especiales) o bien por su propia situación personal (personas solteras).
- Está previsto organizar charlas sobre *temas monográficos* donde se puedan abordar problemáticas específicas dentro del proceso del Acogimiento Familiar.

La acogida

- Propuesta a la pareja o persona de un niño concreto, informándoles de sus características, su historia y sus circunstancias.
- Primeros contactos de los acogedores con el niño y salidas, según el Proyecto de Acogida previamente diseñado.
- Periodo de adaptación de duración variable en función de la edad y las características del niño, con seguimiento y apoyo continuado por parte del Equipo Técnico.
- Inicio de la convivencia y seguimiento del Acogimiento.

Los profesionales y servicios que intervienen

- La Comisión de Tutela:
 - * Gestiona, controla, supervisa y autoriza todos los aspectos y las fases del proceso
 - * Toma los diferentes Acuerdos
 - * Formaliza los contratos
 - * Eleva las propuestas al Juzgado
- El Equipo Técnico de Acogimiento Familiar
 - * Realiza el estudio socio-familiar de las personas que se ofrecen para acoger.
 - * Formula las propuestas de Aceptación o no a la Comisión de Tutela.
 - * Estudia el expediente de los niños propuestos para Acogimiento y busca la pareja o persona más adecuada.
 - * Propone a la C.T. el Proyecto de Acogida en concreto.
 - * Realiza la mediación y el control de las visitas de los padres biológicos al niño.
 - * Lleva a cabo el seguimiento, la orientación y el apoyo técnico a lo largo del A.F.
 - * Se ocupa de la formación para acogedores.
- El Equipo Técnico del Centro (colegio, residencia, hogar) donde residen los niños propuestos
 - * Estudia la situación y elabora un Proyecto Individual del niño, formulando la Propuesta de Acogimiento Familiar a la C.T.M.
 - * Prepara al niño para el proyecto de acogimiento, procurando favorecer su adaptación a la vida con la nueva familia
 - * Colabora con el Equipo de Acogimiento en el Plan de Acogida.

Finalización

El Acogimiento Familiar puede finalizar por:

- * Cumplimiento del plazo fijado en el caso de Acogimiento Familiar Simple.
- * Emancipación o mayoría de edad del menor, sin perjuicio de la convivencia posterior.
- * Por decisión judicial
- * Por decisión de la C.T., en interés del menor.
- * A petición de los padres que tengan la patria potestad, con o sin intervención judicial.

En todos los acogimientos dispuestos por el Juez, sería necesario para su cese una resolución judicial.

- * El Acogimiento Familiar Preadoptivo finaliza con la Adopción.
- * En el Acogimiento Familiar permanente, la entidad pública puede promover la adopción, si las circunstancias del caso son adecuadas para ello.

Adopción

La adopción es una figura jurídica que establece entre adoptantes y adoptado un vínculo de filiación idéntico al que se da por nacimiento. Cuando se constituye la adopción el niño es inscrito en el Registro Civil con los apellidos de los adoptantes y es su hijo a todos los efectos. La adopción extingue todos los vínculos del niño con su familia de origen.

Un niño está en situación jurídica de ser adoptado cuando no tiene padres (orfandad, padres desconocidos, renuncia) o cuando sus padres han incurrido en alguna causa suficiente para que el juez les prive de la patria potestad (abandono).

- **Renuncia:**

El Artículo 167 del Reglamento del Registro Civil permite a la madre ocultar su identidad tras el parto, firmando su renuncia al hijo ante los facultativos del centro sanitario en el que da a luz. El documento firmado por la madre donde ella expresa su deseo de ocultar su identidad y no reconocer al niño debe quedar en poder del hospital o la maternidad y no ser enviado a ningún organismo ni entidad.

Tras la renuncia de la madre el niño es tutelado porque se encuentra en situación de desamparo e inscrito en el Registro Civil con apellidos supuestos. De esta forma queda en situación de ser adoptado. La adopción se produce en muy pocos días si se trata de un niño sano y sin problemas. En otros casos es más difícil encontrar adoptantes y el niño será trasladado a un centro residencial para menores donde vivirá hasta que sea posible su adopción.

La renuncia se produce también cuando la madre y/o el padre manifiestan estar de acuerdo en que su hijo sea adoptado, ante la C.T.M. o ante el juez si son citados por éste para prestar su asentimiento. Este caso sólo puede darse pasados 30 días del nacimiento del niño, que ha sido inscrito en el Registro Civil con su filiación natural (apellidos de los padres)

- **Abandono:**

El abandono de un niño por parte de sus padres puede dar lugar a que el juez les prive de la patria potestad, quedando el niño en situación de ser adoptado.

La C.T.M. puede solicitar al juez la privación de la patria potestad de los padres si valora que hay causa para ello y siempre en interés del niño.

Adopción internacional

La adopción internacional, adopción de niños de origen extranjero, se ha incrementado en los últimos años debido, fundamentalmente, a la disminución progresiva del número de niños susceptibles de ser adoptados como consecuencia entre otros factores de la disminución de los hijos no deseados y abandonados y al desarrollo creciente de los recursos de apoyo a las familias con dificultades socioeconómicas o de relación.

Todos los niños tienen derecho a crecer en una familia, así como a conservar los vínculos con su grupo de origen, su país. Solo cuando no sea posible la colocación del niño en su propio entorno, la adopción por extranjeros se concibe como un beneficio para el niño.

En el caso de la adopción en otro país, los dos Estados que intervienen deben perseguir el objetivo de garantizar al niño unos padres capaces de asegurar las atenciones propias de la función parental.

Proceso para la tramitación de la adopción internacional en la Comunidad de Madrid

- *Reunión informativa.* Asistir a la reunión informativa, para ello llamar a pedir cita al Servicio de Adopciones del Instituto Madrileño del Menor y la Familia
- *Solicitud de certificado de idoneidad* Presentar la solicitud de certificado de idoneidad (que se facilita en la reunión informativa) junto con la documentación requerida en el registro del Instituto Madrileño del Menor y la Familia
- *Preparación-formación.* Asistir al curso de preparación-formación para la adopción internacional.
- *Estudio psicosocial.* Realización del estudio psicosocial . Pueden optar por la realización del mismo por la C.M. o por el TIPAI (Turno de Intervención Profesional del Colegio de Psicólogos y de Trabajadores Sociales) donde se les hará el estudio de forma privada de acuerdo con el convenio firmado con la C.M.
- *Emisión del certificado de idoneidad.* La Comisión de Tutela del Menor emite el certificado de idoneidad en base a la valoración positiva del estudio psicológico y social.
- *Tramitación del expediente.* Tramitación de la documentación del país de origen del menor por medio de la C.M. o de los ECAIS, (entidades de colaboración en la adopción internacional) en función del país al que se dirijan.
- Propuesta de un menor específico por el país de origen. Aprobación por la C.M. Aceptación por los futuros padres. Recogida del menor y trámites legales adopción en el país.
- Comunicación a la Comisión de Tutela de la llegada del menor. Realización de los seguimientos de adaptación del menor a su nueva familia, llevada a cabo por la C.M., TIPAI o ECAI en función de la elección por parte de los padres.

Índice

Introducción

Los derechos del niño y el Registro Civil

Derecho a la inscripción de nacimiento

El derecho a la inscripción de nacimiento en el Registro Civil español

La inscripción de nacimiento y su relación con otros derechos fundamentales del niño

Introducción

El *Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario*, impulsado por la Consejería de Servicios Sociales, a través del Instituto Madrileño del Menor y la Familia, dentro del Plan de Atención a la Infancia en la Comunidad de Madrid, cuya finalidad consiste en desarrollar una política integral de infancia encaminada a lograr el bienestar de los menores, parte de un concepto muy amplio de lo que se entiende por "maltrato infantil" a los efectos de los objetivos propuestos por el citado Programa. A partir de la legislación internacional y estatal sobre la materia, se establece como malos tratos a la infancia:

*Toda 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*¹.

La amplitud del concepto permite superar situaciones referidas exclusivamente a los malos tratos físicos y/o psicológicos, así como al abuso sexual de menores, cuya valoración y análisis se plantean desde criterios eminentemente médico-clínicos, para incluir situaciones en las que el maltrato a los niños se presenta bajo otros aspectos relacionados con sus necesidades y derechos, reconocidos internacionalmente y en el propio derecho interno español. La evolución del concepto de maltrato infantil en el sentido expuesto impone la utilización de criterios jurídicos para la correcta valoración de aquellas circunstancias que pueden constituir riesgo o perjuicio efectivo en el reconocimiento, ejercicio y protección de los derechos fundamentales de los que el niño es titular.

Con este planteamiento inicial, el objetivo prioritario del Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario dentro del Plan de Infancia, consiste en la prevención del maltrato infantil a fin de proporcionar una atención integral a la infancia a través de la detección precoz y valoración de situaciones de riesgo para el bienestar de los menores. Partiendo de esas premisas establecidas, debemos examinar en base a criterios técnico-jurídicos, cuales son los objetivos que persigue el Registro Civil y si los mismos confluyen, en alguna medida, con los objetivos propuestos por el citado Plan.

Los derechos del niño y el Registro Civil

En el año 1998, Naciones Unidas editó un *Manual sobre el Registro Civil y las Estadísticas Vitales*, como parte de un Programa Internacional, diseñado conjuntamente por la División de Estadística de las Naciones Unidas, el Fondo de Población de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y el Instituto Internacional de Registro Civil y Estadísticas Vitales². El Programa tiene la finalidad de estimular a los países en desarrollo para que diseñen y lleven a cabo reformas de largo plazo, con sus propios recursos para fortalecer, y en algunos casos implantar sus sistemas de registro civil y estadísticas vitales.

Conforme a los trabajos de Naciones Unidas, se parte del siguiente concepto de Registro Civil:

Es una institución pública, dependiente del Estado, que sirve intereses de carácter general y particular, mediante la recogida, depuración, documentación, archivo, custodia, corrección, actualización y certificación sobre el acaecimiento de los hechos vitales y sus características (los hechos básicos son el nacimiento, matrimonio y defunción), que se refieren al estado civil de las personas relativos a su esfera personal y familiar (identidad; distintas situaciones en las que puede encontrarse la persona y que pueden incidir en su capacidad de obrar, justificando la gradación de la misma: edad, situaciones legales de incapacidad; así como también aquellas situaciones que originen derechos y deberes determinados:

¹ JOSE A. DÍAZ HUERTAS. *Maltrato Infantil. Concepto. Tipologías*. Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Septiembre 1998.

² Una actividad básica del proyecto de Naciones Unidas ejecutado en la primera etapa del Programa Internacional, con el apoyo financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas, ha consistido en la preparación de una serie de cinco Manuales sobre el Registro Civil y las Estadísticas Vitales que cubren materias específicas para asistir a los países en sus esfuerzos de fortalecimiento de la organización, funcionamiento y mantenimiento de sus sistemas de registro civil y estadísticas vitales. Se han publicado igualmente por Naciones Unidas: Manual de Sistemas y Métodos de Estadísticas Vitales, Vol. I, Aspectos Jurídicos, Institucionales y Técnicos; y Vol. II, Examen de las Prácticas Nacionales.

matrimonio, filiación, nacionalidad), proporcionando la versión oficial y permanente sobre la existencia, identidad y circunstancias personales y familiares de las mismas.

La finalidad básica del Registro Civil y a la que debe proveer el Estado, es la de constituir una institución de publicidad de los hechos relativos al estado civil, en base a principios jurídico-técnicos, mediante los cuales los particulares encuentren asegurada la legitimidad y autenticidad de los hechos de estado civil para poder acreditarlos ante otros particulares o ante la propia administración, a través de los documentos públicos registrales que son las certificaciones.

Partiendo de esta perspectiva internacional, es obligado hacer una breve referencia a la situación del sistema registral español y a su adecuación al Programa Internacional como introducción al tema.

El Registro Civil español tiene como:

- *objeto* la inscripción de los hechos concernientes al estado civil de las personas, especificando el artículo 1 de la *Ley del Registro Civil*, que constituyen por tanto, su objeto: el nacimiento, la filiación, el nombre y apellidos, la emancipación, las modificaciones judiciales de la capacidad de las personas, la nacionalidad y vecindad, la patria potestad, la tutela, el matrimonio y la defunción
- *finalidad* básica constituir la prueba privilegiada y fehaciente de los hechos inscritos, conforme a lo establecido en el artículo 2 de la *Ley del Registro Civil*.

En definitiva, el Registro Civil español se concibe por el legislador como un registro personal de gran amplitud, por encima de los mínimos establecidos por Naciones Unidas, que pretende la centralización de todos los datos de trascendencia jurídica respecto de la persona, a efecto de obtener mediante el mismo la debida publicidad de tales hechos.

Los servicios del Registro Civil del Ministerio de Justicia dependen directamente de la Dirección General de los Registros y del Notariado, y la facultad de este órgano para emitir órdenes e instrucciones relativas a la organización y funcionamiento del Registro Civil, hacen imprescindible el conocimiento y utilización por los Encargados de los Registros Civiles, de los criterios interpretativos de la Dirección General expuestos en dichas órdenes y circulares, lo que introduce una cierta dispersión en el material normativo aplicable en el ámbito registral.

Entendemos que la tradicional función registral ha cobrado una gran relevancia en los últimos tiempos, impulsada por los programas e instrumentos internacionales que promueven la defensa de los derechos fundamentales de los niños para atender y satisfacer sus necesidades básicas, proponiendo como objetivo prioritario el bienestar de la infancia.

El actual sistema legal español, estatal y autonómico, constituye un reflejo de los profundos cambios experimentados por la sociedad española en relación con el tratamiento jurídico del menor. Pieza clave del sistema es la *Constitución Española de 1978*, que en su *artículo 39* encomienda a los poderes públicos la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil, estableciendo que los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.

El desarrollo legislativo posterior a la Constitución recoge estos principios, sobre todo en la *Ley 11/81, de 13 de mayo de Filiación*, y en la *Ley 21/87, de 11 de noviembre, sobre adopción*, que en su Disposición Adicional Primera atribuye amplias competencias a las entidades públicas a las que en sus respectivos territorios corresponda la protección de menores.

Por su parte, la *Ley Orgánica 1/96 de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor*, pretende una mejora de la normativa anterior para hacer frente a las nuevas necesidades y demandas de la sociedad española, construyendo un amplio marco jurídico de protección que vincula a todos los Poderes Públicos, y a las instituciones específicamente relacionadas con los menores.

El niño adquiere un protagonismo nunca antes recogido legislativamente, reflejo obligado de la iniciativa y actividad de la comunidad internacional relativa a la protección de la infancia mediante el reconocimiento pleno de la titularidad de derechos en los menores de edad. Este movimiento internacional a favor de los derechos de la infancia cristaliza en la *Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas*, de 20 de noviembre de 1989, vigente en España desde el 5 de enero 1991.

Los derechos relacionados en la Convención de Naciones Unidas íntimamente ligados al Registro Civil son los reconocidos en los artículos:

- 7.1 El niño será registrado inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde éste a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos.
- 7.2 Los Estados Partes velarán por la aplicación de estos derechos de conformidad con su legislación nacional y las obligaciones que hayan contraído en virtud de los instrumentos internacionales pertinentes en esta esfera, sobre todo cuando el niño resultara de otro modo apátrida.
- 8.1 Los Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad, incluidos la nacionalidad, nombre y relaciones familiares de conformidad con la ley sin injerencias ilícitas.

8.2 Cuando un niño sea privado ilegalmente de alguno de los elementos de su identidad o de todos ellos, los Estados Partes deberán prestar la asistencia y protección adecuadas con miras a restablecer rápidamente su identidad.

Se trata de derechos fundamentales cuyo reconocimiento, respeto y protección se encomienda a los Estados Parte a través de los instrumentos legales nacionales. En concreto, en España, la efectividad del contenido de los derechos reconocidos en los citados artículos, está encomendada básicamente al Registro Civil.

Analicemos si el sistema registral español ofrece los cauces adecuados para garantizar la realización de estos derechos fundamentales de la infancia, mediante los mecanismos de protección adecuados para la prevención de los riesgos de vulneración de los mismos, así como del restablecimiento, en su caso, de su privación total o parcial.

La lectura del texto internacional puesto en relación con los principios constitucionales, del Código Civil, Ley del Registro Civil y su Reglamento, permite establecer una serie de derechos que parecen íntimamente relacionados con el Registro Civil y que se le reconocen al niño, definido en el artículo 1 de la citada Convención como "...todo ser humano menor de 18 años de edad...".

- **El derecho a la identidad del menor** se reconoce expresamente, y por primera vez como un derecho independiente, en el artículo 8 de la Convención de los derechos del niño, al establecer que "...los Estados Partes se comprometen a respetar el derecho del niño a preservar su identidad..."
- **El derecho a la inscripción de nacimiento del menor** se reconoce expresamente en el artículo 7 de la Convención. Esta inscripción de nacimiento constituye el medio identificador por excelencia de la persona, ya que el conjunto de datos que aparecen en la inscripción constituyen los signos individualizadores y evocadores de la identidad de la persona, a fin de no ser confundida con las demás. Este derecho se recogía ya en el *Pacto Internacional de Derechos civiles y políticos* (art. 24.2).
- **El derecho a la no discriminación por razón de nacimiento** se reconoce expresamente en el artículo 2 de la Convención y guarda una estrecha relación con los modos de determinación extrajudicial de la filiación paterna/materna, matrimonial y no matrimonial. En definitiva, con el derecho del niño de conocer su filiación biológica, reconocido igualmente en el artículo 7.1. En el ámbito europeo es relevante el Convenio número 6 de la CIEC relativo a la determinación de la filiación materna de hijos no matrimoniales adoptado el 12-9-62, adherido por España el 5-2-84.
- **El derecho del menor al nombre** se reconoce expresamente en el artículo 8.1 de la Convención. La regulación sustantiva de éste derecho en el ordenamiento español se encuentra básicamente en la legislación registral. El derecho al nombre se recogía ya en el artículo 24.2 del Pacto Internacional de Derechos civiles y políticos, adoptado por la ONU el 16-12-66, y ratificado por España el 24-7-77.
- **El derecho a la nacionalidad del menor** se reconoce expresamente en la Convención (art. 7). El artículo 15.1 de la *Declaración Universal de Derechos Humanos* adoptada por la ONU el 10-12-48, declara el derecho de toda persona a tener una nacionalidad, principio que es desarrollado por la Convención para reducir los casos de apatridia adoptada por la ONU, 30-8-61. Igualmente el Pacto Internacional de Derechos civiles y políticos de la ONU, 16-12-66, recogía este derecho (art. 24).

Derecho a la inscripción de nacimiento

El derecho a la inscripción de nacimiento del niño se ha denominado *el primer* derecho: el derecho a la identidad oficial. El documento *El Progreso de las Naciones* publicado por el UNICEF en 1998, analiza por primera vez los derechos civiles de los niños, comenzando por el derecho a la inscripción de nacimiento al que se considera un derecho fundamental *básico*³.

El documento de UNICEF, pone de relieve la falta de inscripción anual de unos 40 millones de niños en todo el mundo, lo que supone el desconocimiento oficial de su existencia. Esa falta de inscripción registral priva al menor del reconocimiento de su propia identidad, y por tanto, del reconocimiento pleno de su personalidad jurídica, negándosele la titularidad y el ejercicio de sus derechos.

Se ha puesto de manifiesto en los documentos de trabajo de Naciones Unidas que la inscripción de nacimiento proporciona la prueba fehaciente del nacimiento de una persona, así como los hechos relacionados con su nacimiento:

- a) elementos identificadores de la persona, como el nombre, sexo;
- b) su relación de filiación biológica: determinación inicial y extrajudicial de la filiación;
- c) establecimiento de determinados derechos: sucesorios, subsidios de natalidad o de maternidad, prestaciones familiares por el número de hijos, licencia de maternidad, prestaciones a favor de hijos incapacitados, prestaciones sanitarias, pensiones alimenticias y de la seguridad social, etc;

³ UNITY DOW. *El registro de los nacimientos: el "primer" derecho*. Programa de las Naciones, 1998. UNICEF.

- d) proporciona la prueba de la edad para establecer los derechos que dependen de que se cumpla determinada edad: incorporación escolar, incorporación o exención del servicio militar, ejercicio del derecho de voto, contraer matrimonio, obtención de permiso de conducción, incorporación al trabajo, prevención de situaciones de trabajo o prostitución infantil, jubilación, etc;
- e) proporciona la prueba del lugar de nacimiento: para establecer la nacionalidad y aquellas circunstancias relacionadas con la misma, como solicitud de permisos de migración, pasaporte, etc.

La utilidad de la inscripción de nacimiento no se contempla únicamente como un derecho fundamental del nacido, sino que para los Estados, el acta de nacimiento contiene una información insustituible para la elaboración de programas públicos: programas de salud pública de atención posnatal de la madre y del niño; otros programas de salud pública, como los programas de vacunación infantil, asistencia médica para incapacitados, asistencia médica a nacidos prematuramente, etc; servicios y programas sociales de seguimiento de situaciones de riesgo familiar y/o social para el nacido, etc; programas de escolaridad; investigación médica de enfermedades, causas de mortandad infantil, etc.

El derecho a la inscripción de nacimiento en el Registro Civil español

La inscripción de nacimiento supone el acceso al Registro Civil del nacimiento y pretende constituir el instrumento individualizador del inscrito a través de los datos que aparecen en la inscripción y que, en la legislación española, son los relacionados en los artículos 327 Código Civil, 1 de la Ley del Registro Civil, y 12 y 137 del Reglamento.

El contenido de la *inscripción de nacimiento* identifica plenamente a la persona mediante la yuxtaposición de circunstancias identificadoras que la distinguen de las demás y la dotan de una existencia "oficial". La inscripción de nacimiento en España hace fe:

- del *hecho mismo del nacimiento*,
- de la *fecha, hora y lugar* del mismo,
- del *sexo* del nacido, y
- en su caso, de la *filiación del inscrito* (artículo 41 LRC).
- se recogen igualmente las *menciones de identidad del inscrito* consistentes, en los nombres y apellidos, nombre de los padres (artículo 12 RRC).
- a través del *sistema de notas marginales*, la inscripción de nacimiento constituye el documento registral más completo en orden a la identificación plena de la persona, ya que la adopción, las modificaciones judiciales de la capacidad, los hechos relativos a la nacionalidad o vecindad y, en general, los demás inscribibles para los que no se establece especialmente que la inscripción se haga en otra Sección del Registro, se inscribirán al margen de la correspondiente inscripción de nacimiento (artículo 46 LRC)

En el ordenamiento registral español, la inscripción de nacimiento se configura como una *obligación*, ya que conforme al artículo 43 de la Ley del Registro Civil, están obligados a promover la inscripción por la declaración correspondiente:

1º El padre.

2º La madre.

3º El pariente más próximo o, en su defecto, cualquier persona mayor de edad presente en el lugar del alumbramiento al tiempo de verificarse.

4º El jefe del establecimiento o el cabeza de familia de la casa en que el nacimiento haya tenido lugar.

5º Respecto a los recién nacidos, abandonados, la persona que los haya recogido.

Esta obligación de declarar cualquier nacimiento producido en territorio español para proceder a su inscripción en el Registro Civil del lugar de nacimiento no está sujeta a plazo de caducidad. No obstante, la legislación registral distingue dos supuestos:

- a) La llamada inscripción de nacimiento dentro de plazo, que hace referencia a la declaración que se formula entre las veinticuatro horas y los ocho días siguientes al nacimiento, aunque el artículo 166 del Reglamento amplía este plazo hasta treinta días cuando se acredite justa causa, y;
- b) La inscripción de nacimiento fuera del plazo anteriormente mencionado que sólo puede practicarse en virtud de expediente registral regulado en los artículos 311 y siguientes del Reglamento del Registro Civil.

a) En relación con la *inscripción de nacimiento dentro de plazo* se plantea el problema relativo al plazo de 24 horas establecido como mínimo para formular la respectiva declaración en el art. 42 LRC, en relación con el art. 30 CC. La aplicación directa de la Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas obliga a la inmediata inscripción registral, lo que parece estar en contradicción con la actual normativa registral y la concepción de personalidad jurídica del art. 30 CC.

Durante el plazo de veinticuatro horas señalado, el niño carece de *existencia oficial*, y en caso de muerte dentro de ese plazo, se le considera una criatura abortiva recibiendo el mismo tratamiento registral que los abortos regulados en el artículo 45 de la Ley del Registro Civil; es decir, no se practica inscripción registral de nacimiento, por lo que no se atribuye al nacido nombre ni apellidos, incorporándose la declaración y el parte médico del alumbramiento, al llamado legajo de abortos.

La Dirección General ha tenido ocasión de pronunciarse sobre este plazo mínimo, concretamente, la *Resolución de 3 de septiembre de 1996*, considera que:

- I. Recogiendo un criterio de honda raigambre histórica, el Código Civil español, lo mismo que otras legislaciones actuales, establece ciertas condiciones para que el nacimiento determine la personalidad civil del nacido. Con ellas se intenta evitar dudas y litigios acerca de si el feto ha nacido vivo o muerto y también se limitan los casos en que se produciría un cambio injustificado de la sucesión de los bienes familiares cuando a ella fuera llamado el nacido que muere al poco de nacer. Así, el artículo 20 señala que el nacimiento determina la personalidad, pero siempre es preciso que el nacimiento reúna las condiciones que detalla el artículo siguiente, el cual establece textualmente que: para los efectos civiles, sólo se reputará nacido el feto que tuviere figura humana y viviere veinticuatro horas enteramente desprendido del seno materno.
- II. Este artículo cuyo campo de aplicación está limitado a los efectos civiles y no a efectos penales, ha tenido su reflejo en una legislación civil, como es la del Registro Civil. Así el artículo 40 de la LRC dispone que son inscribibles los nacimientos en que concurren las condiciones establecidas en el art. 30 CC, y el artículo 45 de la LRC, completado por los arts. 171 y 173 RRC, regula el legajo de abortos, al que se incorporan las declaraciones sobre el alumbramiento de las criaturas abortivas de más de ciento ochenta días de vida fetal, aproximadamente....
- V. ... Finalmente, que el art. 7 de la Convención de los Derechos del Niño disponga que el niño será inscrito inmediatamente después de su nacimiento y tendrá derecho desde que nace a un nombre y a adquirir una nacionalidad..., no es ningún argumento decisivo. El propósito de esta Convención es salvaguardar los derechos fundamentales de los niños que vayan a vivir, pero no pueden interferir sus normas en las modalidades que establezca cada Derecho interno en orden a esa inscripción inmediata al nacimiento (la incorporación al legajo de abortos español es una modalidad de inscripción, entendida ésta en un sentido amplio), ni tampoco en las condiciones que corresponde precisar a cada legislación nacional, que ha de reunir un nacimiento para que sea reconocida la personalidad civil del nacido. Si estas condiciones han de consistir en la llamada viabilidad propia (grado de madurez fetal), en la viabilidad impropia (aptitud del feto para seguir viviendo por ausencia de vicios internos) o en la viabilidad legal o plazo de vida (sistema de nuestro CC), es una decisión que puede y debe adoptar cada país conforme a su tradición y a razones de política legislativa”.

b) La *inscripción de nacimiento fuera de plazo* en virtud de expediente registral, ha sido objeto de análisis por la Dirección General de los Registros y del Notariado. Partiendo de la finalidad de conseguir la plena integración en la sociedad de algunos sectores marginados de la población, como es el caso de la comunidad gitana, estima imprescindible, como paso previo, que las personas afectadas se provean de la documentación oficial general exigida a todos los ciudadanos. Punto de partida para la consecución de este objetivo es la inscripción de aquéllos nacimientos omitidos en el Registro Civil. La propia Dirección General establece los criterios amplios que deben regir en la tramitación de los expedientes de inscripción de nacimiento fuera de plazo en la *Circular de 29 de octubre de 1980*, así como en la *Instrucción de 7 de octubre de 1988*.

La inscripción de nacimiento y su relación con otros derechos fundamentales del niño

La importancia de la inscripción de nacimiento y su consideración como un derecho fundamental primario, en cuanto básico y antecedente necesario del reconocimiento, ejercicio y protección de otros derechos fundamentales del menor, se pone de manifiesto mediante la constatación de determinados datos en la inscripción de nacimiento, a través de los cuales se realizan, no sólo el propio derecho a la inscripción de nacimiento, sino también, los restantes derechos fundamentales relacionados en los artículos 7 y 8 de la Convención, que se reflejan en el acta de nacimiento del nacido:

- a) Derecho al nombre
- b) Derecho a conocer a los padres
- c) Derecho del niño a una nacionalidad
- d) Derecho a la identidad del niño

a) El *derecho al nombre* a través del cual se realiza normalmente la función identificadora de las personas, si bien constituye un signo distintivo externo y no inmanente a la persona, constituye hoy por hoy, el medio individualizador por excelencia, en defecto de otros medios identificadores de carácter biológico. La regulación sustantiva de éste derecho se encuentra en la propia legislación registral, sin que pueda extenderse una inscripción de nacimiento sin constancia del nombre propio impuesto al nacido, así como de los apellidos que le correspondan en virtud de la filiación biológica que aparezca determinada registralmente: filiación materna y/o paterna no matrimonial, o filiación matrimonial (artículos 53, 54 y 55 LRC). La obligatoriedad en la consignación del nombre y apellidos del inscrito se pone de manifiesto en la imposición por el Encargado del Registro Civil de un nombre y unos apellidos de uso corriente al nacido cuya filiación no pueda determinarlos. La regulación registral del nombre por lo que es evidente la amplia proyección registral del contenido del derecho al nombre.

b) El *derecho a conocer a los padres* (en la medida de lo posible), es decir, a conocer la propia identidad biológica, se realiza también a través de la inscripción de nacimiento, en cuya extensión queda determinada, generalmente, la filiación del inscrito, de conformidad con lo establecido en el Código Civil y en la propia legislación registral. Veamos algunas de las cuestiones que se plantean en el Registro Civil en relación con la determinación de la filiación biológica del nacido:

- Artículo 167 Reglamento Registro Civil

Nos centraremos en el primer problema que surge respecto a la determinación de la filiación materna regulado en el artículo 167 del Reglamento del Registro Civil de 1958, en su redacción originaria al no haber sido objeto de reforma por el Real Decreto de Agosto 1986. Este precepto establece la posibilidad de que, acreditado el hecho del parto y la identidad de la madre, sin embargo, "el parte o declaración de los profesionales y personal de establecimientos sanitarios que tengan obligación de guardar secreto *no se referirá a la madre contra su voluntad*".

La aplicación actual del citado precepto reglamentario, sin cobertura de rango legal, se estima que vulnera directamente los principios constitucionales de igualdad de los hijos ante la Ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil, artículos 39,2 y 14 Constitución Española. Derecho a la no discriminación por razón de nacimiento que se recoge en la Declaración de Derechos Humanos en su artículo 2; en el Pacto Internacional de Derechos civiles y políticos, artículo 24; así como en el Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales en su artículo 10.3. Finalmente, la Convención de Derechos del niño reconoce expresamente éste derecho en su artículo 2.

En nuestro ordenamiento, la jurisprudencia del TS, en relación con el principio de investigación de la paternidad en el ámbito de las acciones judiciales de filiación, ha estimado como primario el derecho del hijo a que se declare su filiación biológica (SS.TS. 15 Marzo 1989). La SS. TS 26 Enero 1993 declara: *Debe tenerse presente que se está debatiendo sobre el derecho de la persona a conocer su verdadera filiación, lo que afecta a su dignidad y al desarrollo de su personalidad, derechos ambos fundamentales reconocidos en el art. 10.1º CE.*

En el ámbito internacional europeo hay dos clases de ordenamientos jurídicos en relación con la constatación obligada o no del nombre de la madre en la inscripción de nacimiento del hijo.

En la gran mayoría de los Estados miembros de la Comisión Internacional del Estado Civil (Alemania, Austria, Bélgica, Grecia, Holanda, Portugal, Suiza y Turquía) se sigue la regla *Mater semper certa est*, por lo que el acta de nacimiento recoge, siempre que la madre aparezca previamente identificada, las menciones de identidad maternas, lo que implica la determinación de la filiación materna. Esta es la solución que se ha llamado "europea" en cuanto es aplicable en la mayoría de los países, y se muestra conforme con la Convención núm. 6 CIEC relativa al establecimiento de la filiación materna de los hijos habidos fuera del matrimonio. En esta línea, la sentencia del Tribunal de Estrasburgo de 13 de junio de 1979 (caso MARCKX), interpretando el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos de Roma, 4 de noviembre de 1950, frente a Bélgica que no reconocía vínculos de filiación entre la madre soltera y el hijo sin el previo reconocimiento formal de la madre, concluye que cada uno de los Estados parte del Convenio deben tomar las medidas necesarias dentro de su ordenamiento jurídico a fin de establecer ciertas garantías legales que permitan la integración del menor en su familia desde el mismo momento de su nacimiento, sin distinguir para ello entre filiación matrimonial y no matrimonial. Por otra parte, la sentencia MARCKX recuerda que la gran mayoría de los ordenamientos jurídicos de los estados miembros del Consejo de Europa habían evolucionado y continuaban haciéndolo hacia el pleno reconocimiento jurídico del principio *mater semper certa est*.

El artículo 167 RRC no distingue entre filiación materna matrimonial y no matrimonial: en todo caso, la madre, aún determinada su identidad por el hecho biológico del parto, puede acogerse a la facultad de permanecer en el anonimato, impidiendo de este modo que el hijo sea inscrito con su filiación biológica materna, lo que supone la grave consecuencia de la falta de determinación, no sólo de la filiación materna, sino también la ruptura de todo vínculo con la familia paterna, ya que se le dificulta al padre biológico la posibilidad de reconocer a su hijo al carecer de datos identificadores del mismo.

Lo que sucede en la práctica al acogerse la madre al anonimato, es que el niño pasa a estar bajo la tutela de la correspondiente Entidad pública territorial a cargo de la protección de menores en situación de desamparo, artículo 172 CC; Entidad que acude, dentro o fuera de plazo, a inscribir el nacimiento del niño en situación de desamparo, consignándose en la inscripción un nombre y apellidos de uso corriente al nacido, artículo 55 LRC.

Son pues evidentes las graves consecuencias de la aplicación de un precepto que, aún igualando a las madres solteras y a las madres casadas, pues a ambas se les reconoce la misma facultad de permanecer en el anonimato, impide la plena efectividad del principio superior del ordenamiento de la protección integral de los hijos, plasmado en la regla jurídica de que cada persona ostente la filiación que le corresponde biológicamente.

Partiendo pues de la verdad biológica como principio rector de la investigación de la paternidad / maternidad, y del hecho biológico del parto, parece claro que la identificación de la madre constituye un "prius" lógico para la determinación del vínculo biológico materno/filial, tanto matrimonial como no matrimonial (artículo 47, l. LRC), y no se encuentran hoy motivaciones que justifiquen la vigencia del precepto comentado. Por el contrario, siempre que fuera conocida la identidad de la madre debería ésta constar en el parte médico de alumbramiento, a fin de practicar la inscripción registral de nacimiento con la filiación biológica materna determinada. A partir de esa inscripción de la filiación materna, quedaría expedito el camino para la determinación de la filiación paterna, matrimonial o no matrimonial, y en definitiva, en último término, intervendrían los mecanismos legales de protección de menores: tutela por ministerio de ley, guarda, acogimiento o adopción.

A favor de la vigencia y aplicación del artículo 167 RRC, se argumenta que aumentaría el número de niños abandonados, al no poder la mujer, casada o no, ocultar su identidad, basándose en su derecho a la intimidad. Junto a la prevalencia del interés superior del hijo frente a otros derechos en juego, principio rector del ordenamiento jurídico español, hay que considerar que el actual régimen de filiación así como la regulación legal de los mecanismos de protección de menores establecidos en los artículos 172 y siguientes del Código Civil, modificados por la Ley Orgánica 1/96, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, asumidos hoy por las correspondientes entidades públicas territoriales, garantizan la adecuada protección de los niños cuando las madres, debidamente identificadas en el momento del parto, no quieran cumplir sus deberes derivados de la relación de filiación determinada, y priven a sus hijos de la necesaria asistencia moral o material. En estos casos se producirá automáticamente la situación de desamparo de la que parte el legislador para establecer la tutela por ministerio de ley. De otro modo, no constando inicialmente la filiación materna biológica, la madre que, en un primer momento, se acoge al artículo 167 RRC, quedaría privada de participar en los trámites posteriores en caso de adopción.

Estimamos que están en juego principios relevantes en materia de filiación biológica que no pueden ser burlados por la aplicación de un precepto reglamentario redactado en 1958, cuya inaplicación lo único que puede conseguir es la obtención de mayores garantías en la constitución de los vínculos materno-paterno/filiales, y en la posterior tramitación de los expedientes de adopción, en los que la Ley establece el necesario asentimiento de los padres del futuro adoptado.

En relación con la aplicación de este precepto, la DGRN se ha pronunciado en **Resolución de 23 de septiembre de 1993** y en la **Resolución de 28 febrero de 1997** donde se pronuncia, en principio, por la vigencia del mismo, aún cuando no entra en el fondo del asunto planteado, calificando la cuestión de *"controvertida y en modo alguno indiscutible, como es la de decidir si esa facultad de la madre de ocultar su identidad vulnera derechos superiores del hijo a conocer sus orígenes y la prevalencia del principio mater semper certa est o si, por el contrario, aquella facultad está en consonancia con el propio interés del menor, a veces el de su propia vida que se vería en peligro si su madre no tuviera la posibilidad de ocultar el parto. Basta recordar que el alumbramiento anónimo está admitido en otros países de la Unión Europea, como Francia, Italia y Luxemburgo..."*

- Artículo 47 Ley del Registro Civil

Determinada registralmente la filiación materna no matrimonial, se plantea igualmente la vigencia del art. 47, párrafos 2º y 3º Ley del Registro Civil, no reformado, en relación con los artículos 181 y 182 del Reglamento, redactados por Real Decreto de 29 Agosto 1986.

Este artículo introduce en el sistema jurídico la posibilidad de que, aún estando ya inscrita en el Registro Civil la filiación materna, pueda la madre biológica/jurídica *desconocer* su maternidad en el plazo de 15 días desde la notificación de dicha inscripción. Este precepto se estima contrario a todos los principios de los que partimos inicialmente ya que responde a una realidad social ya superada respecto a la regulación de la "filiación natural" que daba lugar a *asientos afrentosos*, según la propia Exposición de Motivos del Reglamento del Registro Civil de 1958, relacionados con el diferente status de las madres casadas y no casadas vigente en el régimen legal anterior.

La vigencia del artículo 47 LRC, párrafos 2º y 3º, supone que el hijo de madre no casada, aún determinada biológica y registralmente su filiación materna, puede ser *desconocido* no sólo por *falsas atribuciones de filiación*, único motivo al que se refiere la citada Exposición de Motivos, sino a voluntad y conveniencia de la madre no casada, impidiendo así la determinación registral del vínculo materno/filial. Este "privilegio" de la mujer no casada parece que choca frontalmente con los principios rectores del sistema legal de la familia y concretamente contra el artículo 50 LRC: *"no podrá extenderse asiento alguno contradictorio con el estado de filiación que prueba el Registro mientras no se disponga otra cosa por sentencia firme dictada en juicio declarativo con audiencia del Ministerio Fiscal.."*; así como el artículo 139 CC, que regula las acciones de impugnación de maternidad por suposición de parto o no ser cierta la identidad del hijo, en relación con el art. 1 del Convenio número 6 CIEC.: *"Cuando una persona es designada en la inscripción de nacimiento de un hijo no matrimonial como madre de éste, la filiación materna quedara determinada por tal designación. Sin embargo, esta filiación podrá ser impugnada"*.

Sobre la vigencia del precepto se pronuncia la **Resolución de 21 de junio de 1995**. *“Ahora bien, no existiendo reconocimiento de la filiación por la madre, el Encargado del Registro debe notificar, sin demora, el asiento personalmente a la madre o a sus herederos (arts. 47, II LRC y 182 RRC)”*.

c) El *derecho del niño a una nacionalidad*, es un derecho fundamental que se realiza también en nuestro ordenamiento jurídico, generalmente, a través del Registro Civil. La nacionalidad constituye uno de los objetos del Registro Civil, artículo 1 Ley del Registro Civil, y por lo tanto, éste cumple una función probatoria básica sobre la nacionalidad del inscrito. Dada la complejidad del tema, nos limitaremos a mencionar que respecto a la nacionalidad española originaria del inscrito, la misma se deduce de los datos obrantes en su inscripción de nacimiento, en relación con el lugar de nacimiento del propio inscrito, así como el de sus progenitores. Así se parte de la presunción legal establecida en el artículo 68 Ley del Registro Civil: *“en tanto no conste la extranjería de los padres, se presumen españoles los nacidos en territorio español de padres también nacidos en España”*.

La eficacia probatoria de la inscripción de nacimiento respecto a la nacionalidad del inscrito ha sido examinada por la Dirección General de los Registros, en la importante **Circular 22 de mayo 1975**.

d) Finalmente, haremos una breve referencia al *derecho a la identidad del niño*. Por primera vez, la Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas, configura este derecho como autónomo e independiente frente a los demás medios identificadores de la persona. Se trata de conseguir la plena identificación del nacido como primer derecho del ser humano del cual derivarían todos los demás, a través de un "dato preciso concretamente determinado y biológico único e irrepetible del nuevo ser recién nacido que se acompaña en el Registro y además documentos que le identifiquen de por vida".

En el ámbito autonómico, por *Ley 6/95 de 28 de marzo, Ley de Garantías de los derechos de la infancia y la adolescencia en la Comunidad de Madrid* en su artículo 11, dentro del Derecho a la Salud, establece que:

1. Todos los niños, niñas y adolescentes de la Comunidad de Madrid tienen derecho: a) A ser correctamente identificados en el momento de su nacimiento, de acuerdo con los métodos más avanzados y precisos, mediante un Documento de Identificación Infantil que se entregará inmediatamente tras el alumbramiento, al padre o la persona designada por la madre. El Documento de Identificación Infantil será expedido, con las condiciones y requisitos que reglamentariamente se determinen, por el Centro Sanitario en el que haya tenido lugar el parto.

Aún cuando se trata de una Ley relativa sólo a la Comunidad de Madrid, en otras Comunidades se han dictado normas parecidas, lo cierto es que se pone de relieve la necesidad de una reforma del sistema registral vigente que permita la identificación registral del menor en garantía de sus derechos.

La necesaria reforma registral se ha llevado a cabo a través de **Orden Ministerial de 15 de noviembre de 1966 de modificación del modelo oficial de cuestionario para la declaración de nacimiento en el Registro Civil**. Esta reforma es insuficiente ya que sólo incorpora, de manera técnicamente muy deficiente, un recuadro para recoger dos huellas de la mano del nacido, y ello, exclusivamente, en el modelo oficial de cuestionario para la declaración de nacimiento, con lo que sólo se produce el archivo de dicho documento en el legajo de nacimientos y no en la propia inscripción registral de nacimiento. La Orden indica que este recuadro se cubrirá sólo en tanto que una ley autonómica o estatal obligue a recoger las huellas dactilares del recién nacido en un centro hospitalario del respectivo territorio.

Índice

Introducción
 Papel del Fiscal
 El menor víctima de otro menor
 Menores agresores en el seno de la familia
 El menor en las crisis familiares
 Fiscal e intervención sanitaria
 Comunicación al Fiscal

Introducción

El Ministerio Fiscal es la Institución constitucionalmente encargada de promover la acción de la justicia, y en concreto la Institución llamada a la defensa de aquellas personas que no pueden valerse por sí mismos, como ocurre con los menores que no han alcanzado su plena capacidad de obrar. La Constitución en el artículo 124.

La Ley 21/87 que modificó el código civil, la protección de menores descansa en las "entidades públicas de protección de menores" de cada Comunidad Autónoma, por traspaso del Estado de estas competencias (en Madrid, residen en la Comisión de Tutela del Menor del Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Consejería de 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	
220, 221, 222	suposición de parto, la alteración de la paternidad, estado o condición del menor
226 a 233	quebrantamiento de los deberes de custodia y la inducción al abandono del domicilio familiar, abandono de familia y niños
227	impago de pensiones a favor también de los hijos menores
231.1, 231.2	explotación y mendicidad de menores
148.3	malos tratos regulado en los artículos de las lesiones y en concreto las lesiones a menores de 12 años
153	malos tratos habituales
138, 139	delitos contra la vida o la integridad física de los menores en los tipos generales como el homicidio y asesinato
617	diversas faltas por el déficit del ejercicio de sus obligaciones por parte de padres o tutores mediante malos tratos
622	quebrantamiento de las resoluciones respecto a menores
180.3, 180.4	tipos penales que protegen la libertad sexual
181, 182, 183	abusos sexuales
184	acoso sexual
187, 188, 189	exhibicionismo y provocación sexual y relativos a la prostitución
189, 191	facultan al Ministerio Fiscal para proceder en muchos de estos delitos, al tratarse de menores víctimas, para el ejercicio de la acción punitiva, y para instar la privación de la patria potestad, acogimiento o tutela.

Para el ejercicio de esta competencia el Fiscal puede ejercer delante de los tribunales civiles y penales las acciones necesarias para la protección de los menores, así como para la defensa de sus intereses. También podrá solicitar la intervención de la Comisión de Tutela del Menor y otros organismos y entidades con la finalidad de que se realicen las medidas adecuadas para la protección de los menores

- La Ley Orgánica 4/1992 de 5 de junio les ha atribuido también la **función de instruir** (dirigir la investigación y recogida de las fuentes de prueba) los expedientes por infracciones penales cometidas por los menores de edad comprendidos entre los 12 y los 16 años, así como la de solicitar la imposición de las medidas procedentes en cada caso, garantizando siempre el ejercicio de sus derechos por parte de los menores
- El Fiscal tiene entre sus **funciones de vigilancia** de los menores sujetos a medidas de protección y las de representar a los menores y desvalidos, siendo el órgano del Estado para actuar tanto en el proceso de toma de decisión para instar la actuación judicial como en la ejecución de dicha decisión en los procesos de intervención frente a situaciones de maltrato.
- En el marco de esta importante función del Fiscal tiene encomendada la superior vigilancia de la tutela ejercida por la Comisión del Tutela de Menor respecto de los niños en situación de desamparo.
- 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

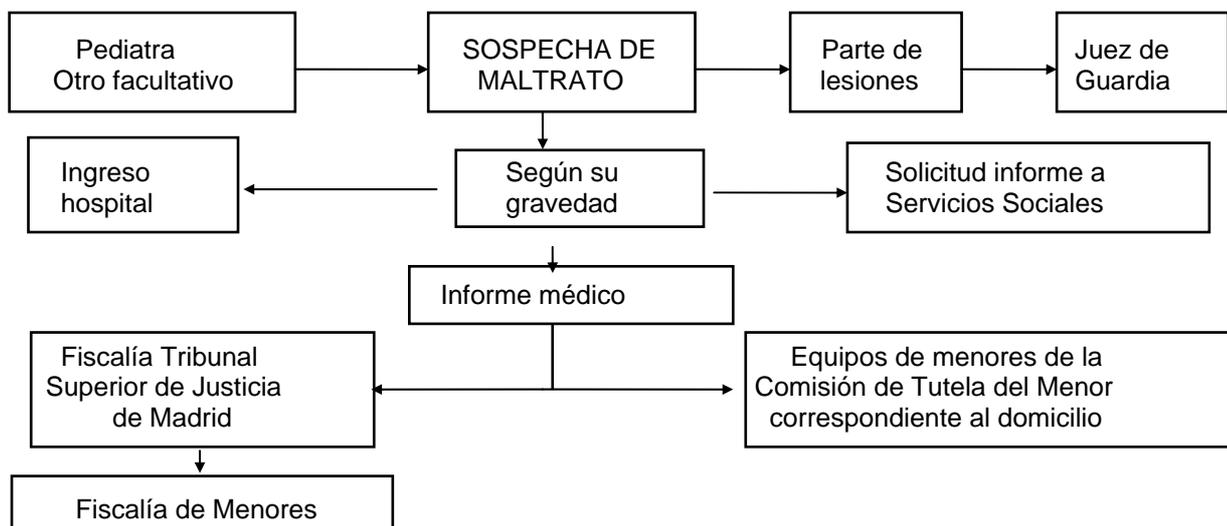
Desde el punto de vista del Ministerio Fiscal, y para el ejercicio de la acción penal por los hechos de que ha sido víctima el menor es sumamente importante, que el contacto con el profesional (sanitario, servicios sociales, educativos,...) que recibe la primera información sea lo más cuidadoso posible 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

Introducción

Valoración del riesgo y/o maltrato en Atención Primaria de Salud

Valoración del riesgo y/o maltrato en el hospital

Prevención e intervención

Introducción

El maltrato infantil es un problema fundamentalmente del contexto familiar, con una etiología multifactorial y una prevalencia desconocida. Creemos que sólo se detectan un 10% de los casos, pero lo cierto es que ignorando la cifra real, debemos ver estos datos como una aproximación a una realidad más compleja.

La atención primaria de salud (APS) es el primer nivel de contacto del individuo y la familia con el sistema público de salud. Se caracteriza, por ofrecer una atención integral, integrada, continuada y permanente. Constituye pues un ámbito de acceso privilegiado al individuo y al núcleo familiar de forma normalizada, protocolizada y periódica en la infancia, desde el cual podemos detectar niños en situación de riesgo social ó maltrato.

El nivel terciario u hospitalario ofrece un servicio centralizado y multidisciplinar con atención durante 24 horas, que por sus características específicas de atender mayoritariamente patología aguda, juega un papel fundamental en la detección y confirmación del maltrato ya instaurado.

Valoración del riesgo y/o maltrato en Atención Primaria de Salud

□ PRENATAL

El control de la mujer embarazada en los casos de gestaciones no patológicas asumido por médico de familia y/o matrona, debe contemplar además de los datos biológicos, la detección de factores de riesgo social:

- Paternidad no compartida
- Embarazo en adolescente; es más frecuente el antecedente de abuso sexual (as) en la embarazada adolescente que en mujeres embarazadas adultas. También se debe descartar siempre as como causa de embarazo.
- Carencias económicas
- Marginación
- enfermedades mentales
- Toxicomanías

La detección de alguno de estos problemas, como las adicciones a drogas supone un embarazo de riesgo, y requiere derivación a Ginecología.

□ **POSTNATAL**

Visita postnatal domiciliaria:

En condiciones ideales, se realizará de forma conjunta por matrona y ATS de pediatría para conocer la familia, datos de vivienda y entorno social.

Existe evidencia sobre la eficacia de la visita domiciliaria en la prevención del maltrato dependiendo fundamentalmente de que se dirija a familias de alto riesgo, de forma precoz y con la frecuencia suficiente como para desarrollar una buena relación entre ambas partes.

Primera revisión del recién nacido e historia:

- Recoger datos de filiación completos del niño y los padres, composición del grupo familiar (hoja de árbol genealógico) y situaciones especiales: familias monoparentales, padres adolescentes, hijos en adopción ó acogimiento familiar, abortos voluntarios repetidos, muertes súbitas ó accidentes en hermanos...
- Datos de crianza: antecedentes de institucionalización en los padres ("de pequeño estuve interno, ó viví en un colegio..") ó datos de maltrato explicitado por alguno de ellos.
- Preguntar si había planeado tener un hijo en ese momento ó no (hijo deseado ó no), y aceptación del mismo. Valorar la adaptación familiar al cambio que supone el nacimiento de un hijo y capacidad para cubrir sus necesidades básicas (alimentación, higiene, afectividad.....)
- Recoger datos socioculturales y laborales someros: nivel de instrucción y empleo actual ó paro.
- Pertenencia a grupos étnicos ó inmigrantes e integración en su entorno.

Revisiones 1º - 3º mes

- Evaluar la calidad del vínculo afectivo madre-hijo y la participación del padre
- Anotar aspecto físico y datos de higiene ó descuido.
- Seguimiento de pautas de alimentación y profilaxis del raquitismo.

Revisiones 3º-12º mes

- Preguntar si la madre va a reiniciar su trabajo, y quien va a cuidar al niño. Si asiste a Escuela Infantil, anotar su nombre.
- Valorar adecuado crecimiento y desarrollo madurativo; estudiar entorno familiar en retrasos sin causa orgánica.
- Desarrollo afectivo y apego a figuras parentales. Anotar síntomas que sugieran abandono ó carencia afectiva
- Controlar seguimiento de las pautas de alimentación y establecimiento de hábitos y rutinas en sueño.

Revisiones 12-24 meses

Actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites

- Explorar signos de raquitismo y/o malnutrición clínica ó subclínica
- Crecimiento y desarrollo. Inicio de lenguaje como herramienta; varias palabras, buen nivel comprensivo, usa el "no", jerga entonada.....
- Relaciones sociales: frecuentemente en caso de maltrato ó abandono falta la reacción normal frente a extraños y frente a la separación y no discriminan entre personas con roles distintos.

Revisiones 3-6 años

- Desarrollo madurativo. Lenguaje establecido y control de esfínteres.
- Escolarización obligatoria: anotar nombre de colegio, comedor y beca (ayuda social). Valorar la socialización
- Conducta: los niños maltratados, pueden presentar alteraciones que van desde la apatía y la depresión, hasta la excesiva actividad e impulsividad.

Revisiones 6-11 años

- Evaluar asistencia regular al colegio y rendimiento; semiabandonos caseros ó escolares; exceso de responsabilidades y aislamiento familiar.
- Tener presente siempre la posibilidad de abuso sexual en la exploración física. A partir de estas edades se pueden introducir preguntas como: ¿ hay algún adulto ó niño mayor que te trate ó te toque de manera que a ti no te gusta, ó te moleste?
- Actividades extraescolares, tiempo libre y ocio.

Revisiones 11-14 años

- En estas edades la posibilidad de maltrato está relacionada fundamentalmente con la falta de control parental sobre la conducta del hijo, inicio de conductas antisociales y/o toxicomanías... y con la posibilidad de AS.
- Curso escolar, rendimiento y asistencia regular ó absentismo y desescolarización.
- Valorar realización de tareas laborales ilegales ó impropias de su edad.
- Grupo de amigos y ocio. Detectar procesos de socialización marginal, inicio en consumo de alcohol, tabaco y/ drogas.
- Fugas caseras y conductas antisociales, que pueden ser conductas reactivas a conflictividad familiar.
- Relaciones familiares: responsabilidades directas sobre hermanos menores ó trabajos caseros excesivos para su edad; "inversión de rol "(cuidar de los padres como si fueran sus hijos , en caso de padres alcohólicos , enfermos.....)
- Ante una enfermedad de transmisión sexual ó embarazo en adolescente , pensar siempre en la posibilidad de AS.

En todas las revisiones , debemos reseñar:

- Fallos a revisiones y vacunaciones ,consultas sin cita , y urgencias poco justificadas y repetidas (¿llamada tácita de atención social ¿)?
- Accidentes en niños pequeños repetidos , injustificados , o con explicaciones incoherentes ó contradictorias .
- Crisis de stress familiar : paro , separaciones, muertes El maltrato puede surgir como expresión de la carencia de recursos ó habilidades para manejar estas situaciones.
- Exploración sistemática de genitales y zona anal .
- Crecimiento físico y desarrollo madurativo y emocional , destacando dos aspectos:

- * El retraso y las dificultades del lenguaje , es uno de los problemas asociados específicamente a carencia afectiva .
- * El único común denominador de todo tipo de maltrato, son las alteraciones psicológicas .

Valoración del riesgo y/o maltrato en el hospital

Hospital como lugar de detección

Desde la Urgencia fundamentalmente se diagnosticarán malos tratos agudos ; en planta y neonatología el papel de la enfermería es fundamental para valorar a la familia observando la relación y la calidad de las visitas ó su ausencia .En consultas externas es un Diagnóstico diferencial a tener en cuenta ante cuadros sospechosos ó de Diagnóstico incierto.

Hospital como lugar de confirmación

La hospitalización del niño por indicación social puede ser necesaria para confirmar el maltrato en caso de sospecha y/o riesgo importante para el niño .Todo el equipo de profesionales debe estar alertado e instruido para detectar los signos de maltrato.

Hospital como lugar de protección

La hospitalización del niño puede ser una medida de protección transitoria que permita separar al niño en riesgo, de su familia, en casos que así lo requieran

Hospital como lugar de prevención

- Prevención primaria: promoviendo el establecimiento precoz del vínculo materno –filial desde el momento del nacimiento y posteriormente en las hospitalizaciones ...
- Prevención secundaria: mediante la captación y derivación precoz al Trabajador social y comunicando a APS las situaciones de riesgo detectadas.

Prevencion e intervencion

➤ **Nivel I : Prevención primaria**

Dirigida a la población general con el objetivo de reducir la incidencia de nuevos casos a través de promover la salud y la competencia de la población general : escuelas de padres , fomento de actividades deportivas , psicoprofilaxis obstétrica etc. En definitiva potenciando los factores de resistencia y protección , frente a los factores de riesgo.

La psicoprofilaxis obstétrica es uno de los primeros momentos en el que se puede iniciar una relación con la madre que en general acude voluntariamente y con una gran receptividad . Los contenidos de educación sanitaria relacionados con fomentar el vínculo emocional madre-hijo , el “maternaje” y las prácticas de crianza adecuadas , tienen valor como factores de protección .

➤ **Nivel II: Prevención secundaria**

Dirigida a la población de riesgo , con el objetivo de reducir la gravedad de los casos a través de una detección y tratamiento precoz .Las medidas a tomar serán :

1-Captación precoz y derivación al trabajador social (TS)de zona

2- Aumentar los controles de salud para educación sanitaria y seguimiento.

3-Derivación a Salud Mental si hay problemática psicológica ó psiquiátrica asociada .

4- Coordinación de la información obtenida y de las actuaciones que se lleven a cabo con el resto de profesionales .

➤ **Nivel III : Actuación en casos de maltrato**

En todos los casos comunicarlo al Trabajador Social del hospital o de zona , en la actualidad a través de la hoja de notificación autocopiativa , sin perjuicio de otras comunicaciones telefónicas o verbales . En los casos necesarios por la gravedad del riesgo ó las propias lesiones :

-Parte de lesiones : es preceptivo y obligado en cualquier lesion externa . Debe existir un modelo de impreso en todos los puntos de atención sanitaria , y se debe hacer constar con la mayor precisión el tipo de lesiones encontradas . Este parte va dirigido al Juez de Guardia , que será el que podrá tomar las medidas cautelares necesarias .

- Hospitalización : en todos los casos que clínicamente lo requieran ó como medida transitoria de separar al niño en riesgo de su familia . A través del trabajador social del hospital , se iniciarán los contactos con la Comisión de Tutela del Menor.

En principio , pero siempre en función del riesgo se debe procurar la continuidad afectiva , social y espacio temporal del niño , evitando en lo posible la separación de su núcleo familiar. Debemos tener en cuenta que la alternativa de separación y protección del menor , no siempre permite satisfacer mejor las necesidades del niño , de lo que lo estaba haciendo su familia biológica.

Índice

- Introducción
- Normas básicas de programas de prevención
- Niveles de intervención
- Prevención desde los recursos de atención a la infancia
- Prevención desde el ámbito sanitario
- Prevención en el Programa de Atención al Maltrato Infantil

Introducción

Las sociedades no han evolucionado de la misma manera y rapidez sobre el concepto de niño y sus derechos, esto hace que los protocolos que podamos implantar están mediatizados por el nivel de evolución logrado por esa sociedad en la que este inmerso el niño, así como de la existencia o no de leyes sobre protección a la infancia que permitan el desarrollo de proyectos que nos hagan conseguir los objetivos propuestos.

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

Normas básicas de programas preventivos

Los programas preventivos del maltrato infantil desde el ámbito sanitario deberán seguir unas normas básicas que facilitaran resultados positivos:

- *Detección perinatal.* En esta etapa la familia es más susceptible de consentir una ayuda que estima como de ayuda, mientras que en otros momentos puede apreciarla como una intromisión en su vida privada que pretende juzgar sus actuaciones y controlarlas.
- *Figura puente.* Un referente personal (enfermera domiciliaria, trabajador social,...) entre la familia y los servicios sociales facilitara la relación y la asistencia para plantear sus problemas y necesidades.
- *Recursos normalizados.* Los programas deben desarrollarse dentro de un marco de normalidad (Programa de niño sano) evitando cualquier grado de discriminación por leve que nos parezca
- *Diversificar.* Debemos disponer de distintos programas que faciliten aplicar el mas adecuado flexibilizando los protocolos todo lo que sea necesario.
- *Territorio.* Los centros referentes a los que deben acudir los usuarios deben estar cercanos a su lugar de residencia.

Niveles de intervención

Los programas de prevención considerando la etiología multicausal de los malos tratos deben ser diseñados para el conjunto de personas implicadas en el problema (niño, familia) y para una intervención multiprofesional trabajando en los tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria (Cuadro 1).

Cuadro1. Niveles de prevención y su caracterización (Costa M, Morales JA, 1997)

	Prevención primaria	Prevención secundaria	Prevención terciaria
Población diana	Población General	Población de Alto Riesgo	Víctimas
Objetivos	Reducir incidencia de nuevos casos	Reducir la duración y gravedad	Reducir la gravedad y las secuelas y evitar repetición
Procedimientos	Eliminación de factores de riesgo	Detección y tratamiento tempranos	Tratamiento de las víctimas y de su entorno
	Promoción de la salud y de la competencia de la población general	Promoción de la salud y de la competencia de la población de alto riesgo	Promoción de la salud y de la competencia de las víctimas y de su entorno

◆ Prevención primaria

La prevención primaria pretende disminuir el número de casos o su aparición; se refiere a métodos aplicados a la población general y actúa antes de que se presente cualquier tipo de manifestación.

La prevención primaria actuaría sobre los factores que contribuyen a la violencia social como son:

- Evitar situaciones de pobreza.

- Modificar la actitud social e individual hacia el castigo físico.
 - Favorecer la relación familiar - vínculos - apego.
 - Fomentar las relaciones sociales y la integración en la comunidad.
- ◆ Prevención secundaria

La prevención secundaria pretende detectar sujetos o grupos de individuos (familias) a través de dos medidas básicas considerando las características de estas familias: reducir el aislamiento social y adaptar forma de prestación de los servicios sociales (Cuadro 2).

Cuadro 2. Medidas para la prevención secundaria del maltrato infantil (Costa M, Morales JA, 1997)

Reducir aislamiento social	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Normalizar la red de los servicios de infancia y familia.</i> El servicio o programa de ayuda a niños maltratados o en riesgo ha de estar vinculado a una red normalizada de servicios y recursos accesibles a la población general. • <i>Redefinir el diseño y los espacios vecinales.</i> La verticalidad de la ciudad con grandes edificios sin equipamientos o espacios comunes que faciliten el encuentro entre vecinos, padres e hijos de diferentes familias, es una imagen urbana frecuente que dificulta el desarrollo de redes vecinales y sociales. • <i>Reducción de los procesos de exclusión social.</i> Pobreza, falta de equipamientos,.. • <i>Fomentar el sentimiento de comunidad.</i> Implica promover la participación e incorporar a la gente en la toma de decisiones de los asuntos que les afectan.
Adaptar la forma de prestación de los servicios sociales	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cambio del estilo de prestación de servicios.</i> Un estilo pasivo, "de espera" o "de despacho" de prestación de servicios de protección y atención social a constituir un obstáculo para la prevención en general y para la prevención del maltrato y la violencia familiar en particular. • <i>Disponer de sistemas de predicción del riesgo.</i> La predicción del riesgo de recurrencia y gravedad del maltrato es posible con un grado considerable de certeza. Los recursos deben ser desarrollados para asegurar, evaluar y retener esta información. • <i>Desarrollo de procesos que mejoren la detección y atención temprana de los casos de desamparo y maltrato a la infancia.</i> En una perspectiva de prevención secundaria resulta especialmente relevante el desarrollo de procesos que mejoren la detección y atención temprana. • <i>Enfatizar en el carácter pedagógico y comunitario de los servicios.</i> Una mayor capacidad para comunicarse y resolver problemas imprevistos, respeto por los conocimientos de los no expertos y una actitud que promueva la implicación activa de los clientes y usuarios de los servicios debe orientar la actividad profesional

La prevención secundaria dentro del ámbito sanitario debería:

- Incrementar las medidas de atención hacia los niños: desarrollo del Programa del niño sano, las visitas domiciliarias de las enfermeras, creando vínculos con la familia que faciliten su asistencia a consulta, educación de padres
- Identificar precozmente los factores de riesgo
- Formación y sensibilización de los profesionales sanitarios y de servicios sociales, educativos,...

◆ Prevención terciaria

La prevención terciaria se dirige a aquellas situaciones en que los malos tratos ya se han producido y pone el énfasis en evitar su repetición y prevenir el deterioro resultante del abuso y/o las secuelas del mismo en un contexto familiar con factores de riesgo.

- Intervención desde los servicios sociales especializados y de protección infantil
- Medidas terapéuticas de soporte domiciliario.
- Ingresos hospitalarios o en centros de acogida como forma de prevención. Ante la evidencia de maltrato o factores de riesgo que suponen una situación grave para el niño deberá separarse del foco de violencia mediante su ingreso preferentemente en un centro de acogida o en un hospital si presentan lesiones y si la situación se prolonga o se prevee de larga duración proporcionarle con carácter urgente un medio familiar alternativo: familia sustituta, centro de acogida o adopción.

Prevención desde los recursos de atención a la infancia

La prevención del maltrato infantil es un problema que afecta a toda la sociedad, siendo la comunidad y sus servicios comunitarios (sociales, educativos, policiales, sanitarios) los que desarrollen las acciones para su prevención considerando su etiología multifactorial.

◆ Prevención desde los Servicios Sociales

Los servicios sociales tienen un papel fundamental en la prevención del maltrato infantil tanto desde programas generales como específicos correspondiendo a los servicios sociales comunitarios la prevención primaria y secundaria y a los especializados la terciaria (Cuadro 3).

Cuadro 3. Niveles de prevención y actuaciones de los servicios sociales

Nivel	Actividades / Programas
Primaria	Educación familiar, Educación para la salud, Dinámicas de grupo,...
Secundaria	Familias de núcleos de población marginal, Atención infantil temprana, Prevención de drogodependencias en grupos de riesgo,...
Terciaria	Grupos de: Autoayuda para padres maltratadores, Terapéuticos de niños maltratados, Familias Acogedoras,...

El Equipo de Violencia Familiar del Programa de Prevención, atención y tratamiento de situaciones de maltrato infantil del Instituto Madrileño del Menor y la Familia desarrolla múltiples actividades

El Servicio Social de Información Telefónica y Atención de Emergencia (SITADE), Ayuntamiento de Madrid - Comunidad de Madrid, servicio las 24 horas y los 365 días del año de llamada gratuita permite solicitar información sobre casos de maltrato infantil y la intervención en casos urgentes mediante la coordinación con otros servicios.

◆ Prevención desde el ámbito escolar

El maestro o educador tiene que ser capaz de detectar los malos tratos y, fundamentalmente, los factores de riesgo a través de los contactos que se establecen con las familias al momento del ingreso, en el seguimiento escolar, la no asistencia a reuniones o falta de interés por el rendimiento escolar del niño junto con otras circunstancias.

Desde la escuela deben desarrollarse actividades de promoción de la infancia y la familia que les ayuden a identificar situaciones de maltrato y la forma de abordarlas como puede ser potenciando las Escuelas de Padres.

El Programa de Apoyo Escolar para la Protección a la Infancia (Equipo 10) de la Consejería de Educación y Cultura se puso en marcha en el curso 1988-89 orientado hacia los enseñantes desarrollando acciones para facilitar una información y formación precisa de:

- Las situaciones de riesgo social que puedan vivir algunos de sus alumnos
 - El marco relativo a la protección a la infancia
 - Los recursos de atención a la infancia existentes en cada zona
- y despertar la sensibilidad suficiente para:
- Realizar acciones en el campo preventivo
 - Detectar precozmente situaciones de maltrato
 - Unir esfuerzos en la intervención inmediata

◆ Prevención desde el ámbito policial

La actuación en casos de maltrato infantil del Grupo de Menores de la Policía Judicial (GRUME) como equipo especializado en la problemática de la infancia y la adolescencia se caracteriza por:

- Intervención puntual, no seguimiento de los casos cuya competencia asumen los servicios sociales.
- Atención prioritaria y permanente al menor en servicio de veinticuatro horas
- Traslado a centros sanitarios si existen lesiones
- Retirada del menor del contexto familiar e ingreso en Centro de Acogida de Protección o entrega a familiar distinto del autor de los malos tratos
- Investigación del caso de malos tratos: autor, obtención de pruebas, toma de declaración,...

Además la policía realiza múltiples intervenciones con menores que también tiene carácter preventivo como identificando y comunicando a los servicios sociales situaciones de riesgo, patrullaje en zonas escolares para detectar niños que o son recogidos por sus familias, menores que en horario escolar no están en el colegio, puntos de consumo de drogas,...

Prevención desde el ámbito sanitario

En los tres niveles de prevención líneas de actuación en maltrato infantil pueden ser:

- ◆ Inclusión como un problema que afecta a la salud en los Programas de salud
- ◆ Organizar y participar en actividades de sensibilización y formación
- ◆ Mejorar la calidad de relación médico - paciente y sus familias
- ◆ Incrementar los controles clínicos en niños de riesgo o que han sufrido malos tratos
- ◆ Coordinación y trabajo en equipo con trabajo social y otros profesionales y servicios
- ◆ Detectar precozmente situaciones y establecer indicadores de maltrato

La detección precoz implica que el maltrato infantil se considera dentro de las posibles patologías del niño y para ello debemos establecer una serie de indicadores clínicos de maltrato infantil .

Prevención desde el Programa de Atención al Maltrato Infantil

El Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario pretende implementar a lo largo de estos cinco años (1998-2002) diferentes actuaciones preventivas del maltrato infantil, así como, ampliar la aplicación de las ya existentes.

- ◆ Consultas de toxicología y matronas

En este periodo de contacto de la madre, de la familia, con el sistema sanitario permite detectar precozmente factores o situaciones de riesgo y facilitar información sobre las características madurativas del niño, fragilidad del niño, ventajas de la lactancia materna, recursos sanitarios y sociales del municipio y posibilidades que dispone.

Se pretende incorporar en los protocolos de atención a la embarazada la detección de riesgos psicosociales de forma sistematizada.

- ◆ Programa para la detección de riesgo social en neonatología

En 1990 se inicio un programa con carácter experimental en colaboración del Hospital Clínico Universitario San Carlos, Hospital de Móstoles y el Instituto Madrileño del Menor y la Familia con el objetivo de detectar lo más precozmente posible familias en riesgo social en el momento de nacimiento del niño con el fin de también de forma rápida los protocolos de actuación que lograsen evitar en lo posible los malos tratos a menores.

Las áreas de Neonatología de los hospitales son lugares idóneos de observación de la adaptación de los padres a la nueva situación que supone el nacimiento de un hijo y de los posibles factores de riesgo existentes en esa familia.

La finalidad de programa es “detectar los factores de riesgo social, con el fin de facilitar la aplicación de recursos que favorezcan el desarrollo integral de los niños, procurando los cuidados básicos y previniendo situaciones que puedan afectar a su salud física o mental”.

Dentro de sus objetivos podemos destacar:

- Estimular y facilitar la relación padres e hijos con el fin de establecer una vinculación precoz y consistente con el niño.
- Detectar y registrar situaciones de riesgo social observadas en las áreas de neonatología hospitalaria.
- Derivar y garantizar el seguimiento de los niños y sus familias valoradas como de riesgo social.
- Asegurar la intervención multiprofesional en la intervención con niños de riesgo.
- Aplicar instrumentos de observación, evaluación y derivación que faciliten la labor de los diferentes profesionales.
- Ofrecer formación específica y complementaria a los profesionales implicados en el proyecto.

La intervención precoz en las áreas de neonatología tienen sentido si existe una continuidad por otros dispositivos más próximos al núcleo convivencial. Por ello se constituyeron grupos de trabajo formados por: hospital, atención primaria, servicios sociales e IMMF, que han demostrado la importancia de la coordinación, la necesidad de potenciar el vínculo madre - hijo y la necesidad de promover la especialización e incorporar trabajadores sociales y psicólogos para el área materno-infantil hospitalaria.

El *Programa para la detección de riesgo social en neonatología* se pretende implantar progresivamente en todos los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid.

- ◆ Programa de Atención Primaria de Salud

Los servicios sanitarios tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil al ser los únicos servicios comunitarios al que tienen acceso normalizado y generalizado toda la población infantil.

La prevención se realizara a través del seguimiento del Programa del niño sano, fundamentalmente en el periodo de edad hasta los 5 años en que el niño es especialmente vulnerable, específicamente a través de:

- Visitas domiciliarias. El Programa de visitas domiciliarias ⁴ es un servicio que debe estar presente en los programas de prevención del maltrato infantil y ha demostrado que:
 - * Las visitas domiciliarias *instauradas de forma precoz* (incluso período prenatal) y mantenidas en el tiempo (superiores a los 2 años de vida del niño) disminuyen el maltrato y abandono infantil con una menor demanda de asistencia a los niños de los servicios de urgencia e incidencia de accidentes e intoxicaciones.
 - * Los *sectores de población que viven en condiciones de alto riesgo social* utilizan poco los servicios, la *visita domiciliaria* siendo un medio para la captación de familias.
- Hoja de riesgo social. La hoja de riesgo social se incorporara como un elemento normalizado en la historia clínica que permita detectar y hacer el seguimiento de problemas psicosociales que puedan afectar al desarrollo del niño.
- ◆ Consejos de Atención a la Infancia y Adolescencia

El concepto que la sociedad tiene de la infancia ha ido evolucionando y para atender sus derechos se han creado distintos organismos y servicios que por estar sectorizados en ocasiones no alcanzan los fines de bienestar de la infancia que se habían propuesto. Por eso es importante la creación de estructuras de coordinación entre las diferentes áreas de actuación que las hagan más efectivas y eficaces a la hora de utilizar y dimensionar los recursos existentes.

La Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid, Ley 6/1995, establece la creación de órganos colegiados de coordinación de las diferentes Redes de Servicios Públicos que se ocupan o inciden en la calidad de vida de los menores.

La futura ley que desarrolla este principio establece tres niveles territoriales de coordinación que darán lugar a:

- Consejo de la Comunidad de Madrid
- Consejos de Área
- Consejos Locales

Los Consejos como estructuras básicas de coordinación deben:

- contar con la participación activa de los menores
- propiciar el análisis, el debate y las propuestas de actuación orientadas a las mejoras permanentes de la calidad de vida de la infancia y la adolescencia
- procurar la eficiencia de los distintos servicios y la calidad de atención a los menores y sus familia
- desarrollar instrumentos de intervención y procedimientos y sistemas de información de común aplicación en la Comunidad de Madrid

La Ley de Consejos de Infancia y adolescencia debe facilitar dentro de políticas intersectoriales:

- El desarrollo de la *Red Básica de Servicios Sociales* con una red de servicios más cercana, conlleva según el compromiso que plantea La Ley 1/1996 a las administraciones públicas en relación a la detección e intervención en situaciones de riesgo, a un replanteamiento del actual equipamiento y desarrollo el sistema público de servicios sociales primarios,.
- El desarrollo de *planes y programas integrales de infancia* con acciones y medidas orientadas a la infancia en riesgo. Los servicios sanitarios, educativos y sociales deben estar adecuadamente coordinados en las *políticas intersectoriales* en las que otras políticas sectoriales (empleo, vivienda) dejen sentir su efecto. La concepción intersectorial no debería contemplarse únicamente en el momento de implantar determinados programas o servicios. Debe ser una concepción básica que abarque todo el proceso de planificación y que informe a los diferentes sectores y niveles de las necesidades y tendencias que la infancia presenta.
- El desarrollo de *indicadores territoriales de riesgo y de bienestar infantil* serán una ayuda excelente para el establecimiento de prioridades y para la evaluación de planes y programas de prevención.
- La *planificación de protocolos consensuados* y operativos en un territorio que requiere la coordinación intersectorial demanda exigencias técnicas y no solo decisiones políticas.

Los profesionales sanitarios que participen el Programa de Atención al Maltrato Infantil se incorporarán a las actividades de los Consejos de Infancia según se determine.

- ◆ Formación de los profesionales sanitarios

⁴ Guía para la elaboración del programa del lactante y del preescolar en Atención Primaria de Salud. Ministerio de Sanidad. 1989. pp. 54-55

Los profesionales sanitarios requieren formación en aspectos sanitarios y no sanitarios (sociales, legales, educativos, etc.) propios de la intervención en situaciones de maltrato y abandono infantil presentando carencias de formación en estas áreas.

A través de este Programa se plantean dos objetivos de formación:

- *Directamente* mediante los cursos impartidos y su función de *formador de formadores* que desarrollen actividades de formación en sus propios centros / áreas de trabajo.
- *Indirectamente* pretendiendo incluir la formación médica en los problemas familiares y el maltrato infantil en los programas tanto de pregrado como períodos de reciclaje (formación continuada) de los profesionales sanitarios desde las Facultades de Medicina y las Escuelas Universitarias de Enfermería de la Comunidad de Madrid.

Índice

- Introducción
- Fundamentación
- Finalidad y Objetivos
- Destinatarios
- Estructura de la gestión del Programa
- Actividades
- Metodología
- Indíces de valoración del Programa
- Anexo 1. Protocolo de Detección – Derivación - Devolución
- 2. Hoja de Observación en Planta
- 3. Factores de Riesgo

Introducción

La investigación social aporta actualmente evidencias que permiten establecer una relación entre las condiciones socio-familiares de los menores y su desarrollo personal. Asimismo, se viene insistiendo en la importancia de la prevención como el conjunto de actuaciones más adecuado para reducir la incidencia de un amplio número de problemas, trastornos y enfermedades.

La orientación hacia la prevención viene presentando logros de interés, aunque su implantación se deba en muchos casos y de manera preferente a la motivación de los profesionales de distintos servicios. El Programa que presentamos tiene su origen en la motivación y el empeño personal de un grupo de profesionales de la salud

En el Servicio de Neonatología del Hospital Clínico Universitario *San Carlos* de Madrid, se desarrollaba, desde el año 1990, un *Programa de Detección y Valoración de Familias con Problemas Sociales Graves*.

Por otra parte, el Instituto Madrileño del Menor y la Familia desarrollaba un *Programa de Prevención, Atención y Tratamiento de Situaciones de Maltrato Infantil en la Comunidad de Madrid*, uno de cuyos proyectos se dirigía a la red sanitaria con el objeto de establecer una acción coordinada con el nivel primario y especializado del sistema de salud para la detección, atención y derivación de casos de maltrato infantil.

La confluencia de ambos programas dio paso a un *programa experimental*, con el fin de sistematizar las intervenciones, observándose la conveniencia de contar con otro centro hospitalario ubicado en un municipio de la *corona metropolitana*, eligiéndose el Hospital General de Móstoles, donde ya existían buenos niveles de coordinación interinstitucional y era conocida la sensibilización de sus profesionales por estos temas.

Durante los años 1994/95, se puso en práctica el Programa en ambos hospitales, mejorando aquellos aspectos que se apreciaron más vulnerables. Posteriormente y de manera gradual, se ha implantando en el Hospital Universitario Gregorio Marañón y en el Hospital El Escorial.

Fundamentación

El Programa considera como factores de riesgo social los problemas económicos, culturales, de desestructuración familiar, conductas anómalas y otras circunstancias personales, familiares o del entorno que afectan a los cuidados y a la atención que reciben los niños y niñas. Estos pueden ser detectados en el período de permanencia del recién nacido en el hospital, y sería deseable que esto aconteciese durante el embarazo.

Las áreas de neonatología de los hospitales son un marco idóneo de actuación, ya que la permanencia continuada del recién nacido en ellas permite la observación e identificación, por los profesionales que le atienden, de factores que hacen referencia a situaciones de riesgo social objeto de intervención. La brevedad de las estancias en nidos aconseja dotar a las actuaciones de una especial agilidad e intensidad.

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

⁵ Programa elaborado por el Grupo de Trabajo compuesto por profesionales del Servicio de Neonatología del Hospital Clínico Universitario de San Carlos y Servicio de Pediatría del Hospital General de Móstoles, coordinado por el Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Comunidad de Madrid.

Es frecuente que los casos de problemáticas sociales lleguen cronificados a los Servicios Sociales, lo que hace difícil, imposible, su resolución. Por ello, es fundamental la detección precoz de las situaciones de *riesgo social*, facilitando una intervención pronta y el análisis y planificación necesarios para ofrecer una respuesta adecuada.

Dentro de nuestro ordenamiento jurídico, recientemente han visto la luz dos leyes, una de ámbito autonómico la *Ley 6/1995, de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid* y otra de ámbito estatal, la *Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor Civil*, que vienen a refrendar y dar cobertura legal a las actuaciones que desde este Programa se proponen.

Así, la Ley Orgánica 1/1.996, incluye por primera vez el *Riesgo Social* como una modalidad de desprotección social y la obligatoriedad de la Entidad Pública de actuar sobre dichas situaciones, teniendo presente "*las necesidades de los menores como eje de sus derechos y su protección*" (Exposición de Motivos).

Por su parte la Ley 6/1.995, en el *art.45 Colaboración con las Instituciones Protectoras*, enuncia que: *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.*

Los profesionales de la salud han evidenciado a lo largo de su práctica clínica, que los factores de riesgo biológico están relacionados con factores sociales y la labor por ellos desarrollada se ve seriamente dificultada, si no va unida a otras intervenciones más globales que ofrezcan una respuesta adecuada a esas necesidades.

La intervención precoz en las Áreas de Neonatología, aunque fundamental, no tendría ninguna eficacia sin una continuidad de cuidados por otros dispositivos más próximos al núcleo convivencial del niño, que realicen un seguimiento más específico para ofrecer recursos que puedan ayudar a afrontar el problema detectado.

En este contexto, es fundamental la participación en el Programa de tres Instituciones: Atención Primaria de Salud, Servicios Sociales y la Comisión de Tutela del Menor.

Los Servicios Sociales Municipales son los recursos de primer nivel con competencias para intervenir en las problemáticas sociales que presentan los ciudadanos.

La Comisión de Tutela del Menor es la entidad pública que tiene atribuidas las competencias de protección de menores (tutela y guarda), en la Comunidad de Madrid, en aquellos casos que así lo precisen cuando se evidencien situaciones de desamparo.

La implantación de este Programa pretende reducir las situaciones de riesgo y prevenir cualquier forma de maltrato infantil. La detección precoz, es una de las medidas más eficaces para ayudar a las familias.

Finalidad y Objetivos

1. *Finalidad.* La implantación del Programa pretende detectar las situaciones de riesgo social para facilitar la aplicación de los recursos que favorezcan el desarrollo integral de los niños y niñas, procurando sus cuidados básicos (higiene, alimento, afecto) y previniendo situaciones que puedan afectar a su salud física o mental.

2. *Objetivos.*

A) Generales:

1. Orientar a las familias con problemas sociales graves para que puedan atender y cuidar a sus hijos.
2. Facilitar la detección precoz de situaciones de riesgo social que haga posible una intervención preventiva.
3. Sistematizar la intervención ante situaciones de riesgo social.

B) Específicos:

1. Estimular y facilitar la relación padres-hijos con el fin de establecer una vinculación consistente con el hijo.
2. Detectar y registrar las situaciones de riesgo social observadas en las áreas de Neonatología Hospitalaria.
3. Derivar y garantizar el seguimiento de los niños y niñas y sus familias, valoradas como de riesgo social.
4. Asegurar la intervención multiprofesional en la intervención con niños y niñas en Riesgo Social.
5. Aplicar instrumentos de observación, evaluación y derivación que faciliten la labor de los profesionales.
6. Ofrecer formación específica y complementaria a los profesionales implicados en el desarrollo del Programa.

Destinatarios

1. Profesionales.

- C Profesionales que atienden a los recién nacidos en hospitales públicos de la Comunidad de Madrid.
 - C Profesionales de salud de Atención Primaria (Centros de Salud, Consultorios, Ambulatorios, Responsables del Programa de Atención al Niño Sano) que puedan ser susceptibles de derivación de los casos detectados.
 - C Profesionales de Servicios Sociales.
2. *Población Objetivo*: Niños nacidos en los hospitales públicos de la Comunidad de Madrid, así como sus familiares, que presenten situaciones de riesgo social.

Estructura para la gestión del Programa

1. Estructura.

La estructura para la gestión del Programa de Detección de Riesgo Social en Neonatología se organiza en tres niveles:

- a) *Hospitalario*, a través del *Comité de Prevención de Riesgo Social en Neonatología*, compuesto por: el Jefe/ del S¹ de Neonatología o Pediatría del Hospital, el Supervisor de Enfermería, el Trabajador Social y el Psicólogo adscritos a las Areas anteriores, siendo uno de ellos el coordinador del mismo.
- b) *Area Sanitaria*, mediante la *Comisión Técnica de Seguimiento del Programa*, compuesta por: Jefe del S¹ de Infancia y Adolescencia del IMMF (que asumirá la coordinación de la *Comisión*), Técnico del S¹ Infancia y Adolescencia del IMMF, Coordinador del *Comité Hospitalario*, los responsables de los SS. Sociales incluidos en el Area Sanitaria y dos representantes designados por la Gerencia de Atención Primaria del Area.
- c) *Regional*, por medio de la *Comisión Regional de Seguimiento del Programa*, compuesta por: el Jefe del S¹ de Infancia y Adolescencia del IMMF (que asumirá la coordinación de la *Comisión*), un representante de Atención Especializada, un representante de Atención Primaria y un representante de la Comisión de Servicios Sociales de la Federación de Municipios de Madrid.

2. Funciones

Las funciones del Comité y de las Comisiones, en sus respectivos ámbitos son:

- a) Garantizar la correcta aplicación del Programa.
- b) Canalizar las propuestas y sugerencias que identifiquen elementos de ineficiencia del Programa y contribuyan a su superación.
 - c) *Contribuir a la sensibilización y formación de los profesionales, así como a la unificación de criterios y formas de actuación.*
- d) *Elaborar las correspondientes Memorias Anuales y remitir los datos que sean solicitados por el IMMF para su explotación estadística.*

Actividades

La implantación del Programa supone el desarrollo de las siguientes actividades generales:

- 1. Constitución de la estructura de gestión del Programa.
- 2. Información a los profesionales que participan en el Programa.
- 3. Aplicación de los instrumentos específicos del Programa, en las áreas de Neonatología de los hospitales.
- 4. Derivación de los casos detectados a los dispositivos de Atención Primaria y Servicios Sociales de la zona, o a CTM si el problema lo requiere.
- 5. Evaluación continuada del Programa.
- 6. Memoria anual del desarrollo del Programa.

Una de las finalidades del programa es su generalización. Para que ello sea posible es preciso que el proceso este bien definido en los momentos clave o críticos. Esto permitira que respetándose las peculiaridades de cada hospital se facilite y sistematice la toma de decisiones.

En la intervención del personal del hospital con la población atendida se dan multitud de contactos altamente cualificados. Algunos de estos se pueden identificar con momentos especialmente críticos y relevantes para este programa. Los momentos claves definidos son:

- a) Decisión del profesional sanitario de incluir en el *Protocolo de Detección-Derivación-Devolución* (anexo 1) a un recién nacido y su familia, tras el contacto con el entorno familiar y/o el estudio de la historia clínica o la *Hoja de Observación* (anexo 2). Es el *descubrimiento del presunto caso*.
- b) Decisión de poner en conocimiento del equipo psico-social los casos, lo que supone una *selección* de los mismos mediante la identificación de *factores de riesgo* (anexo 3).
- c) Decisión del equipo psico-social de *derivar* los casos a los servicios de zona.

En resumen, la aplicación del *Programa de Detección de Riesgo Social en Neonatología*, implica superar una serie de etapas definidas:

1. Identificación de factores de riesgo.
2. Observación y valoración.
3. Derivación a recursos extrahospitalarios.
4. Cumplimentación y envío del Protocolo de Detección-Derivación-Devolución.

Metodología.

1. Actuación en el Hospital

Las tareas que se deben desarrollar en el ámbito hospitalario son las siguientes:

A) Apertura del Protocolo

- C El protocolo es de aplicación a todo niño o niña nacido o ingresado en las unidades de neonatología.
- C El personal sanitario debe abrir la Hoja de Observación y cumplimentar la misma, en base a los datos que se obtengan del estudio de la historia clínica y del contacto directo con el recién nacido y su familia.

B) Observación y valoración en planta

- C En el momento de la identificación de algún *factor de riesgo* los profesionales de enfermería y los facultativos, en la dinámica habitual de trabajo de cada profesional, deben cumplimentar su parte correspondiente del *Protocolo de Detección-Derivación-Devolución*.
- C A su vez, solicitarán la intervención al equipo psicosocial mediante el habitual parte de interconsulta (P.I.C.) de utilización en todos los hospitales.
- C A partir de recibir el P.I.C. el trabajador social y el psicólogo en su caso, mediante solicitud de información a otros profesionales y a través de entrevistas a los progenitores y otros familiares, ampliará la información sobre el caso, valorando definitivamente la situación. Si una vez valorada se desestima la situación de riesgo se cerraría el protocolo, si no fuera así, se pasaría a la fase de derivación a zona.

C) Derivación a zona

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

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

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

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

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

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

- Derivación a C.T.M.
- Derivación a SS.SS. Comunitarios (excepto renuncia expresa o abandonos).

2. Actuación en la Zona

El Hospital derivará los casos de riesgo social a los dispositivos de salud y servicios sociales del territorio, que serán los encargados de su seguimiento.

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

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

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

Índices de Evaluación del Programa

Los datos existentes sobre el riesgo social en neonatología son escasos y poco sistematizados. La extensión del Programa a más hospitales permitirá hacer comparaciones temporales y geográficas sobre la incidencia del riesgo social en el conjunto de la población recién nacida, e identificar los principales factores de riesgo social.

El Protocolo de actuación pone de manifiesto los momentos claves del proceso de detección del Riesgo Social. En base a ello, se ha visto conveniente confeccionar los índices de proceso (*Alarma, Selección y Derivación*), que permiten cuantificar, explicar y comparar los resultados obtenidos en los diferentes hospitales.

Asimismo, se definen dos índices de resultado, el de *Riesgo Social Estimado* y el de *Confirmación del Riesgo* que informan sobre el riesgo social efectivo entre los recién nacidos.

Cuadro 1. Resumen de índices

Índices de Proceso		
Alerta (IA)	Relaciona los casos totales atendidos con los casos incluidos en el protocolo	$CIP \times 100 / CTA$
Selección (IS)	Relaciona los casos incluidos en protocolo con los casos derivados para valoración psicosocial	$CVS \times 100 / CIP$
Derivación (ID)	Relaciona los casos derivados para valoración psicosocial con los derivados para valoración por los SS.SS. de zona	$CDZ \times 100 / CVS$
Índices de Resultado		
Riesgo Social Estimado (IRSE)	Relaciona los casos derivados para valoración por los SS.SS. de zona con el total de casos atendidos	$CVS \times 100 / CTA$
Confirmación del Riesgo (ICR)	Relaciona los casos derivados para valoración por los SS.SS. de zona con los casos confirmados por dichos SS.SS	$CCR \times 100 / CDZ$

TA *Casos Totales Atendidos (nido y patológicos)* **DZ** **Casos Derivados a SS.SS. de Zona**
Casos Incluidos en el Protocolo **CCR** *Casos de Riesgo Confirmados por SS.SS. de Zona*
Casos Valorados por equipo psicosocial hospitalario

IP

CVS

Anexo 1. Protocolo de Detección - Derivación - Devolución (P-DDD)

El Protocolo de Detección-Derivación-Devolución (P-DDD) (anexo ejemplares M1 y M2) constituye el soporte documental básico del Programa y que permite tanto la comunicación entre los distintos servicios implicados, como la recogida de datos necesaria para una explotación estadística que permita su evaluación continuada.

El ejemplar M1 es un cuadernillo compuesto por tres hojas autocopiativas. La primera (en blanco) para los servicios sociales de zona; la segunda (en amarillo) para el Equipo de Atención Primaria o Centro Municipal de Salud en caso de usuarios sin cobertura sanitaria; la tercera (en azul) para el hospital.

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

- Normas de Procedimiento para el personal del hospital.

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

1 Remisión de las Hojas de los modelos M-1 y M-2.

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

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

En el caso contrario, se actuará como sigue:

- T Hoja azul, *Ejemplar para el hospital*, permanecerá en el centro hospitalario.
- T Hoja amarilla, *Ejemplar para equipo de atención primaria/centro municipal de salud*, se remitirá al Centro que proceda.
- T Hoja blanca, *Ejemplar para los servicios sociales de zona*, se remitirá a dichos servicios junto con las tres hojas del modelo M-2, debiendo completar los apartados señalados hasta el número de llamada 13.

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

2 Recepción de las Hojas del modelo M-2.

Los Servicios Sociales deberán devolver las hojas azul, *Ejemplar para el hospital* y amarilla *Ejemplar para el IMMF* del modelo M-2, en un plazo no superior a tres meses desde su envío por el Hospital, habiendo cumplimentado los apartados específicos señalados con los *números de llamada 13 y sucesivos*.

T Hoja azul permanecerá en el centro hospitalario completando así con la hoja correspondiente del M-1 el soporte documental del *Protocolo*.

T Hoja amarilla se remitirá para su inclusión en la base de datos, en un plazo no superior al mes desde su recepción por el Hospital, al IMMF.

- Normas de Procedimiento para los servicios sociales de zona.

Los Servicios Sociales recibirán del Hospital de referencia:

1 Hoja en color blanco del modelo M-1 *Ejemplar para los servicios sociales de zona*.

Deberá haber sido cumplimentada en su totalidad por el personal del Hospital y se incorporará a la documentación propia de los Servicios Sociales.

Otra hoja de este modelo M-1 es remitida también por el Hospital al Equipo de Atención Primaria de referencia para el menor. Además, una tercera copia permanece en el Hospital.

En la hoja, además de los datos de identificación personal del menor y la familia, se incluyen las valoraciones realizadas por el personal de planta y especializado (trabajador social y psicólogo en su caso) del hospital.

T La recepción de la hoja, supone la notificación de un presunto caso de riesgo social que debe ser confirmado o desestimado por los Servicios sociales municipales.

T Los Servicios sociales municipales, procurarán la coordinación con Atención Primaria de Salud en relación al caso.

2 Modelo M-2 completo, con sus tres hojas correspondientes.

Deberá estar cumplimentado en parte por el personal del Hospital.

T Los Servicios Sociales deberán completar los apartados señalados con los *números de llamada 13 y sucesivos*.

T Una vez cumplimentado el juego de papel autocopiativo, se separará la hoja de color blanco *Ejemplar para los servicios sociales de zona* que permanecerá en los propios Servicios Sociales, completando así con la hoja correspondiente del M-1 el soporte documental del *Protocolo*.

T Las dos primeras hojas *Ejemplar para el hospital* y *Ejemplar para el IMMF* (colores azul y amarillo), se remitirán juntas al Hospital de referencia en un plazo no superior a los tres meses desde su recepción por los Servicios Sociales.

- Normas de Procedimiento para Atención Primaria.

Atención Primaria de Salud recibirá del Hospital de referencia la Hoja en color amarillo del modelo M-1 *Ejemplar para equipo de atención primaria / centro municipal de salud*.

Deberá haber sido cumplimentada en su totalidad por el personal del Hospital y se incorporará a la documentación propia del Centro de Salud.

Otra hoja de este modelo M-1 es remitida también por el Hospital a los Servicios sociales municipales de la zona de referencia para el menor. Además, una tercera copia permanece en el Hospital.

En la hoja, además de los datos de identificación personal del menor y la familia, se incluyen las valoraciones realizadas por el personal de planta y especializado (trabajador/a social y psicólogo/a en su caso) del hospital.

T Atención Primaria procurará la coordinación con los Servicios sociales municipales en relación al caso.

M-1	PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN RECIÉN NACIDOS										N.P. ¹							
MENOR	Apellidos: _____ Nombre: _____										Sexo ²		F.N. ³		Hospital		R.N. ⁴	
	MADRE										Apellidos: _____ Nombre: _____		E.C. ⁵		F.N. ³		N.I.	
FAMILIA	Nombre ⁶		P	EC	ED	OC	CO	Nombre		P	E	ED	O	CO				
D ⁷	C/ _____ n ¹ Población _____ C.P. _____										Régimen tenencia: N ¹ Convivientes: _____ Teléfono: _____ Dt ¹ Municipal _____)							
	A ⁸										Centro SS.SS. _____ Profesional: _____		Equipo A.P. / Centro Municipal de Salud: _____ Profesional: _____					
1. VALORACIÓN EN PLANTA⁹																		
Descripción:																		
FIRMA																		
Puesto _____ Nombre _____																		
2. VALORACIÓN PSICOSOCIAL¹⁰																		
Situación socio-familiar:																		
Problemas planteados/detectados:																		
Valoración interdisciplinaria:																		
FIRMA																		
Puesto _____ Nombre _____																		

INSTRUCCIONES (M1):

- N¹Protocolo. Se numerará de forma consecutiva el orden de apertura del Protocolo, reservando los dos espacios de la derecha para los dos últimos dígitos del año.
- Sexo. Se consignará: **1** para los niños; **2** para las niñas.
- FN: Fecha de Nacimiento. Se anotará de izquierda a derecha: año; 4 dígitos / mes; 2 dígitos / día; 2 dígitos.
En caso de ser desconocida, se consignará código 1111 11 11.
- R.N. Se anotará: **1** para Recién Nacido Sano; **2** para R.N. Ingresado; **3** para Lactante.
- EC: Estado Civil. Se consignará el estado civil y el código, de acuerdo a las siguientes categorías:

1. Soltera/o.	3. Viuda/o.	5. Separada/o.	9. Otros (especificar)
2. Casada/o.	4. Divorciada/o	6. Unión de hecho	

6. Núcleo familiar y convivencial en relación al recién nacido. Se indicarán los apellidos y nombre de cada miembro de la *unidad familiar* (padre y hermanos) o de *convivencia* (excluida la madre), señalando el código correspondiente a cada una de las columnas, de acuerdo con las siguientes categorías:

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

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

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

OC (ocupación): 1. Ocupado estable. 2. Ama de Casa. 3. Ocupado inestable. 4. Parado con subsidio 5. Parado sin subsidio. 6. Jubilado. 9. No procede.

2. Ama de Casa. 4. Parado con subsidio 6. Jubilado.

CO (conviviente): se señalará **1** si se prevé su convivencia al alta con el recién nacido; **0** si no se prevé su convivencia; **9** si no se posee información suficiente.

7. Domicilio. Se consignarán los datos referidos al domicilio en el que vaya a residir el menor.

8. Derivación al Alta Hospitalaria. Se señalarán los servicios y profesionales a los que se envía el Protocolo.

9. A cumplimentar por el personal de planta.

10. A cumplimentar por el trabajador/a social y/o psicólogo/a del hospital.

PROTOCOLO PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO SOCIAL EN RECIÉN NACIDOS																				M-2		
N¹ PROT		C.I.P. ²																				
MENOR		F.N. ³				Sexo ⁴				Partos Múltiples ⁵				R. ⁶								
MADRE		F.N. ³				E.C. ⁷				Hospital ⁸												
Domicilio		Población				C.P.				C.R. ²												
		Dirección completa:																				
1. F. Detección ¹⁰		F.R. ¹⁶				1	2	3	4	5	6											
2. F. Derivación ¹¹		F.R. ¹⁶				1	2	3	4	5	6											
3. F. Devolución ^{12/13}		F.R. ¹⁶				1	2	3	4	5	6											
3. VALORACIÓN EN ZONA¹³																						
Núcleo Convivencial ¹⁴		Coordinación establecida ¹⁵																		+	+	+
Valoración Interdisciplinar:																						
Recursos y/o prestaciones a emplear:																						
Recursos necesarios no disponibles:																						
FIRMA																						
Puesto										Nombre												

INSTRUCCIONES (M2):

1. **N¹**Protocolo. Se numerará de forma consecutiva el orden de apertura del Protocolo, reservando los dos espacios de la derecha para los dos últimos dígitos del año.

2. A cumplimentar por el IMMF.

3. Fecha de Nacimiento

Se anotará de izquierda a derecha: año; 4 dígitos / mes; 2 dígitos / día; 2 dígitos. En caso de ser desconocida 1111 11 11.

4. El sexo del menor. Se consignará: **1** para los niños; **2** para las niñas.

5. Partos Múltiples:

Se anotará de izquierda a derecha el número de nacidos vivos y el orden que ocupa entre éstos. En partos únicos codificar 1 1.

6. R.N.

Se anotará: **1** para Recién Nacido Sano; **2** para R.N. Ingresado; **3** para Lactante.

7. EC: Estado Civil.

Se consignará el estado civil y el código, de acuerdo a las siguientes categorías:

1. Soltera/o; **2.** Casada/o; **3.** Viuda/o; **4.** Divorciada/o; **5.** Separada/o; **6.** Unión de hecho; **9.** Otros.

8. Hospital.

Se anotará su código correspondiente, de acuerdo con la catalogación nacional de hospitales del M¹ de Sanidad y Consumo.

9. Domicilio.

Se consignarán los datos referidos al domicilio en el que vaya a residir el menor.

10 – 11 - 12. Fecha de Detección/Derivación/Devolución.

Se anotará de izquierda a derecha: año; 4 dígitos / mes; 2 dígitos / día; 2 dígitos, y respectivamente: **(10)** la fecha de petición de interconsulta para valoración psico-social; **(11)** la fecha de derivación del hospital a la zona, o en caso de que no proceda, al IMMF con código 1111 11 11; **(12)** la fecha de devolución del Protocolo de la zona al hospital.

13. A cumplimentar por el trabajador/a social de los SS.SS. de la zona, que devolverá las dos primeras hojas (ejemplares para el hospital y para el IMMF) al hospital.

14. A cumplimentar por:

a) El trabajador/a social de los Servicios Sociales de la zona, indicando el tipo de núcleo de convivencia del menor en el momento de cumplimentar el protocolo.

b) El trabajador/a social del Hospital, si no procede la derivación a zona.

En ambos casos, según los siguientes códigos: **1** Padres; **2** Familia Extensa; **3** Padres y Familia Extensa; **4** Centro de Acogida; **5** Adopción; **6** Otros.

15. Se indicará comenzando por la primera casilla de la izquierda:

Casilla 1: Coordinación con Equipo Atención Primaria. Indicar código 1.

Casilla 2: Coordinación con Centro Municipal de Salud. Indicar código 2.

Casilla 3: Coordinación con SS.SS. especializados. Indicar código 3.

Casilla 4: Otros. Indicar código 4. (especificar en el espacio reservado a la izquierda).

Indicar código 9 en las casillas correspondientes que no se halla establecido coordinación. La coordinación puede haberse establecido con uno o más de los recursos señalados.

16. FR: Factores de Riesgo.

Se anotarán los factores de riesgo observados, en orden de importancia desde el **1** hasta un máximo de 6.

Anexo 2. Hoja de Observación en Planta

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

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

Anexo 3. Factores de Riesgo.

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

VICTORIA PÉREZ LÓPEZ
JOAQUÍN ESTEBAN GÓMEZ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

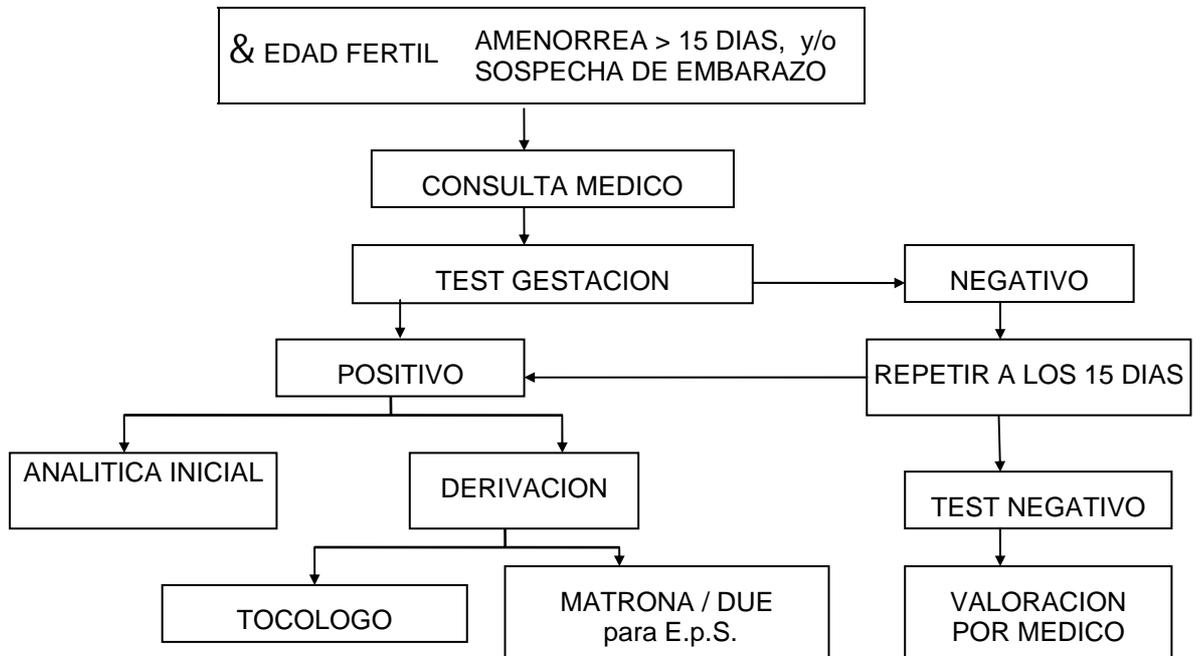
La matrona actúa desde Atención Primaria y el Hospital en la atención directa a la embarazada y en

relación con otros servicios sanitarios (medicina familiar, pediatra, planificación familiar) y no sanitarios (servicios sociales).

Matrona en atención primaria

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

Cuadro1. Algoritmo captación - diagnostico precoz de embarazo



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

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

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

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

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

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

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

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

Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)

La *psicoprofilaxis obstétrica (PPO)* es una actividad de EpS en el subprograma de embarazo a partir del 5º mes de gestación y los contenidos de la actividad son:

1. CAPTACION:

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

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

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

2. SEGUIMIENTO.

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

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

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

Las clases del curso de PPO, están divididas en partes:

- Teórica
- Prácticas: respiración, gimnasia, relajación

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

Actividad de control del puerperio y RN

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

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

Cuadro 2

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

Matrona en hospital

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

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

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

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

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

Cuadro 3. Actividad de la matrona en el hospital

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

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

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

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

IV: Bibliografía

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.

Prevención, atención y seguimiento de niños en riesgo o con lesiones establecidas

Ruiz Extremera A, Robles Vizcaino C (dir).
Editorial Comares. 1997
668 páginas. Formato: 17 x 25 cms.

Este libro aporta una visión global de la prevención, atención y seguimiento de los niños en riesgo (Atención Temprana). No solo es un texto médico. Resume la experiencia de distintos profesionales, pediatras, neonatólogos, otros especialistas, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, educadores y maestros que han tratado de ponerse de acuerdo para proporcionar los mejores cuidados de los niños con necesidades especiales y sus familias.

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.

- Otros libros:

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.

Guía para la detección precoz de las deficiencias del recién nacido y del niño en Atención Primaria

Ministerio de Sanidad y Consumo.1991
57 páginas. Formato: 17 x 24 cms.

Manual de Puericultura para médicos de Atención Primaria

Abad JM (dir)
Sociedad Española de Puericultura. 1996
534 páginas. Formato 17 x 23 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.

Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario

Oñorbe M, García Barquero M, Díaz Huertas JA (dir).
Consejería de Sanidad. 1995.
324 paginas. Formato 21 x 29 cms.

V. Direcciones de interés

Instituto Madrileño del Menor y la Familia

- ◆ Comisión de Tutela del Menor
c/ Gran Vía, 14
28013 - Madrid
Tfno. 91.580.38.26 /36.26 Fax.
- ◆ Equipo de Violencia Familiar
Programa de Prevención, atención y tratamiento de situaciones de maltrato infantil
c/ Gran Vía, 14
28013 - Madrid
Tfno. 91.580.38.08 / 55 Fax.
- ◆ Programa para la Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario
c/ Santa Tecla, 3
28022 - Madrid
Tfno 91.741.27.71 / 91.741.77.62 Fax. 91.320.47.19
E-mail: maltratoinfantil@comadrid.es

Dirección General de la Mujer

Servicio de Atención Social a la Mujer
Consejería de Asuntos Sociales
Pza Carlos Trias Beltran, 7
Tfno. 91.580.46.84

Equipos de Atención Temprana
Consejería de Educación y Cultura

Grupo de Menores de la Policía Judicial (GRUME)
c/ Hermenegilda Martínez, 10
28002 - Madrid
Tfno. 91.322.37.88

Fiscalía de Menores
Paseo General Martínez Campos, 27
28010 - Madrid
Tfno. 91.319.82.33

Servicio Social de Información Telefónica y Atención de Emergencia (SITADE)
Tfno. 900.100.333 (Servicio 24 horas, llamada gratuita)

Programa de Apoyo Escolar para la Protección a la Infancia
Consejería de Educación. Comunidad de Madrid
c/ Donoso Cortés, 26
28015 - Madrid
Tfno. 91.446.38.53

Defensor del Menor en la Comunidad de Madrid
c/ Serrano, 110
28006 - Madrid
Tfno. 91.563.44.11

Teléfono del Niño y del Adolescente (Fundación ANAR)
Avda. América, 24, 1ª planta
28028 - Madrid
Tfno. 900.20.20.10 (Servicio 24 horas, llamada gratuita)

Asociación Madrileña para la Prevención de los Malos Tratos en la Infancia
c/ Delicias, 8 entreplanta
28045 - Madrid
Tfno. 91.530.88.26

Centro de Salud Sandoval
Consejería de Sanidad y Servicios Sociales
c/ Sandoval, 7
28010 - Madrid
Tfno. 91.445.23.28