

**PROTOCOLO DE ATENCIÓN
AL MALTRATO INFANTIL
Y JUVENIL
EN CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA
DE SALUD**

AUTORES

Gil Arrones, Juan M ⁽¹⁾

Almuedo Paz, Antonio M ⁽¹⁾

Escobar García, Antonio ⁽¹⁾

Cintas Ferres, Aurora ⁽²⁾

López Cornejo, Mariela ⁽³⁾

Alés Otón, Elisa ⁽⁴⁾

⁽¹⁾ Pediatra; ⁽²⁾ Trabajadora Social; ⁽³⁾ Enfermera; ⁽⁴⁾ Médica de Familia.

UGC Las Portadas-Santa Ana.

Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla.

Licencia registrada:



`
Protocolo de Atención al Maltrato Infantil y Juvenil en Centros de Atención Primaria de Salud by Gil Arrones JM, Almuedo Paz A, Escobar García A, Cintas Ferres A, López Cornejo M, Alés Otón E is licensed under a Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License.`

Sevilla, 2015.

I. PRESENTACIÓN

Este Protocolo supone la adaptación a la actividad asistencial en Atención Primaria de los contenidos del **Protocolo de Intervención Sanitaria en Casos de Maltrato Infantil** establecido por la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.

Pretende:

1. Facilitar a los profesionales de Atención Primaria la aplicación de lo dispuesto en el Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Maltrato Infantil, de la Consejería de Salud.
2. Colaborar con los médicos y enfermeros/as en su obligación legal y profesional de detectar, atender y notificar los casos de sospecha de maltrato a personas menores de edad.
3. Facilitar la necesaria coordinación interdisciplinar, entre diferentes especialistas y entre niveles asistenciales.
4. Contribuir a la mejor calidad asistencial de los menores que padecen cualquier forma de maltrato.
5. Colaborar con las instituciones responsables de la administración de justicia y de protección, para contribuir a un abordaje integral del problema.

Va dirigido a:

Todos los profesionales que atienden a personas menores de 18 años.

Está estructurado en cuatro bloques de contenidos:

1. ESQUEMA o algoritmo para la toma de decisiones.
2. RESUMEN breve sobre los contenidos básicos.
3. DESARROLLO de los contenidos.
4. ANEXOS:
 - I. Riesgo Social
 - II. Indicadores de sospecha: tipología, valoración y diagnóstico diferencial.

II. RESUMEN

El maltrato es un problema frecuente que afecta a gran parte de la población infantil y juvenil. No siempre se trata de formas violentas ni constituyen un delito. Las formas más frecuentes son abandono de cuidados y negligencia por ignorancia o por falta de habilidades de los padres.

Objetivos a conseguir en el abordaje de los malos tratos en menores de 18 años:

1. Promover parentalidad positiva, el buen trato y los valores de la infancia y de la juventud.
2. Prevenir maltrato institucional.
3. Detectar indicadores de sospecha, que pueden ser de tres tipos:
 - a. El menor, sus familiares o cuidadores lo verbalizan.
 - b. Detección de indicadores físicos en la exploración.
 - c. Indicadores de sospecha en la conducta del menor o de sus cuidadores.
4. Orientar en el manejo de la situación en la consulta:
 - No interrogar. Preguntas abiertas, no inducir la respuesta.
 - Si es conveniente, recoger las manifestaciones por separado del menor y de sus acompañantes. Registro en su historia clínica con medidas de confidencialidad.
 - Evitar duplicidad de exploraciones invasivas o de genitales. No explorar si debe ser explorado por otro especialista o por M. Forense.
 - Si procede exploración en AP, conviene estar acompañado por otro profesional, en condiciones adecuadas de espacio y de tiempo, previo consentimiento informado verbal o escrito.
 - Documentar los indicadores de sospecha (registrar, describir, tomar fotografías de lesiones si existen, previo consentimiento informado).
 - Valorar si se debe dar información a los padres sobre el diagnóstico de sospecha: si procede, qué información, cómo, cuándo, dónde.
 - Valorar si existe riesgo vital o riesgo de desprotección.
 - Si está en peligro su integridad física o psicológica.
 - Si podría repetirse si volviera a su domicilio.
5. Decidir si debe ser derivarlo al Hospital.
 - a. Si necesita exploración o tratamiento por otros especialistas o por M. Forense. *(Requiere exploración por M. Forense cuando existen o pueden existir lesiones recientes según sus relatos).*
 - b. Si existe o puede existir riesgo vital, si presenta lesiones graves o importante impacto emocional.
 - c. Si existe o puede existir riesgo de desprotección (si podría repetirse).

En cualquiera de estos casos se debe garantizar el desplazamiento al hospital.

6. Decidir a quién se notifica.

Ante la duda, la sospecha o la certeza de maltrato, es imprescindible informar o notificarlo.

Cuándo	A quién / Cómo se notifica
Existen dudas. Situaciones o factores de riesgo social (FRS).	Unidad de Trabajo Social (U.T.S.) Mediante P. 10, Informe... en sobre cerrado.
Presenta indicadores de maltrato y, no existe riesgo vital, ni lesiones graves o importante impacto emocional, ni riesgo de desprotección.	U.T.S. Hoja de Notificación (HN) cumplimentada conjuntamente con Trabajador/a Social. U.T.S.+ Servicios Sociales Comunitarios Si se trata de un caso intrafamiliar
Presencia de lesiones. Verbalización de maltrato o de abuso. Puede existir delito.	Juzgado de Guardia (JG) <u>Parte de Lesiones</u> (PL) a través de Dirección del Centro y copia a UTS en sobre cerrado.
Presenta indicadores de sospecha y, existe o puede existir riesgo vital, lesiones graves, importante impacto emocional o riesgo de desprotección.	Juzgado de Guardia PL a través de la Dirección del Centro de Salud. Por teléfono en casos de negación de asistencia o riesgo de agresión. Policía si procede Por negación de asistencia o riesgo de agresión. + U.T.S. + Servicio de Protección de Menores (S.P.M.) Si es intrafamiliar o puede estar en desprotección. En todos los casos de abuso sexual. Mediante HN cumplimentada con UTS.

III. DESARROLLO

CONCEPTO. ¿QUÉ SE ENTIENDE POR MALTRATO INFANTIL?

Se define el maltrato infantil (MI) como:

Toda acción u omisión por parte de personas o instituciones que impiden que se satisfagan las necesidades básicas del menor, le cause lesiones físicas o psicológicas, le provoquen enfermedades, le impida un desarrollo adecuado o vulnere sus derechos.

EL MI es un problema complejo que puede implicar la comisión de un delito o la necesidad de proteger al menor, por lo que también puede interesarle conocer cada caso a profesionales de otros Sectores, especialmente de Servicios Sociales, Justicia, Educación y Fuerzas de Seguridad.

Desde el punto de vista de la Salud, también se entiende como maltrato a *aquellas situaciones en que el menor no recibe los cuidados, el trato o los estímulos que necesita*, aunque no se derivara "intencionalidad" de causar daño ni responsabilidad penal. Incluye este concepto las formas de abandono o negligencia, que constituyen el tipo más frecuente de maltrato infantil.

En ese sentido, dentro de la atención al maltrato infantil desde los centros sanitarios, nos interesa atender a los menores de 18 años que no reciben un trato adecuado y a los que están en situación de riesgo social (Anexo 1).

Se define el riesgo social, a efectos operativos, como:

Aquellas circunstancias familiares o ambientales que pueden condicionar o limitar la salud, el bienestar o el desarrollo de la persona menor de edad.

¿Por qué interesa el MI y los factores de riesgo social (FRS) a los profesionales de la Salud?

1. Porque puede afectar a las necesidades básicas, a la felicidad y a la salud infantil:
 - Higiene deficiente.
 - Alimentación inadecuada para su edad y sus necesidades.
 - Privación afectiva.
 - Malnutrición. Desnutrición y obesidad asociadas a la pobreza.
 - Enfermedades, lesiones o accidentes recurrentes.
 - Mala evolución de enfermedades crónicas por cuidados inadecuados.
 - Retraso o alteraciones del desarrollo madurativo.
 - Dificultades de aprendizaje.
 - Mala integración social y trastornos de conducta.
2. Porque puede afectar al crecimiento y al desarrollo físico, psicológico y social en etapas posteriores.
3. Porque los profesionales tenemos la obligación legal de atenderlos con procedimientos adaptados, de notificar los casos de sospecha y de colaborar en su protección y con la administración de Justicia.

TIPOLOGÍA DEL MALTRATO INFANTIL Y JUVENIL

A efectos prácticos podemos concretar los siguientes tipos de maltrato infantil:

- a) **Abandono.**
Falta de cuidados y de estímulos necesarios, físicos y emocionales.
- b) **Negligencia.**
Actitud reiterada de los responsables del menor poco protectora, poco educativa o poco estimulante.
- c) **Maltrato físico.**
Causa o propicia lesiones, enfermedades, o alteraciones del crecimiento o del desarrollo. Puede ser activo o pasivo.
- d) **Maltrato psicológico.**
Trato reiterado, activo o pasivo, que causa o propicia alteraciones emocionales, psicológicas, cognitivas o daño sobre la personalidad del menor.
- e) **Abuso sexual.**
Mediante seducción, engaño o violencia, con o sin contacto genital o físico, se producen actuaciones de beneficio sexual para el agresor, que pueden causarle impacto físico o emocional o, alterar el desarrollo de su sexualidad.
- f) **Maltrato prenatal.**
Se produce por falta de cuidados del feto durante el embarazo, falta de controles necesarios o, por la exposición a tóxicos, alcohol o tabaco.
- g) **Síndrome de Münchhausen.**
Cuando los cuidadores, generalmente la madre, simula o provoca síntomas de enfermedades y demanda asistencia y actuaciones diagnósticas que no necesita.
- h) **Acoso escolar.**
Situación de violencia física o psicológica ejercida de forma reiterada por otros menores en el entorno escolar.
- i) **Ciberacoso.** Maltrato a través de redes.
Envío de mensajes insultantes o amenazantes o difusión de imágenes degradantes o de contenido sexual, a través de teléfonos móviles o de internet.
- j) **Maltrato entre iguales.**
Aquel que lo causa otra persona menor de edad, independientemente de que tenga o no intencionalidad de hacer daño o responsabilidad legal.
- k) **Maltrato institucional.**
El que pueden producir las instituciones o los profesionales en un inadecuado desarrollo de su actividad, organización funcional o instalaciones.

PREVALENCIA. Dimensión del problema.

El conocimiento de la dimensión del problema depende de la capacidad de detección y de notificación por parte de los profesionales.

A través del Programa de Pediatría Social del Hospital de Valme se han atendido en los últimos diez años (2010-2013) entre 117 y 156 casos de Riesgo Social al año, entre 20 y 46 casos de abuso sexual al año y, entre 21 y 45 casos al año de sospecha de otras formas de maltrato.

En España se notifican al año unos 12.000 casos de sospecha de maltrato infantil y existen unos 30.000 menores acogidos al Sistema de Protección.

Según el Consejo de Europa, *uno de cada cinco* menores de los países europeos ha padecido alguna forma de abuso sexual.

El maltrato infantil se da en todos los niveles socio-económicos; entre los que existen diferencias en el predominio de los diferentes tipos de maltrato.

IV. ATENCIÓN DE SALUD AL MALTRATO INFANTIL. ¿QUÉ HACER?

Ante el maltrato a personas menores de 18 años, en una primera fase, los responsables y los profesionales del Centro de Atención Primaria de Salud deben actuar en:

1. PROMOCIÓN.

Quién	Todos los responsables y profesionales de la UGC que atienden a menores de 18 años.
Cuándo	En cualquier actividad asistencial, programada o a demanda, individual o grupal. Actividades Comunitarias de Educación para la Salud (Eps).
Cómo	<p>Promoción de los valores de la infancia y la parentalidad positiva</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Los hijos como fuente de felicidad y de alegría. (No son una sucesión de problemas). ▪ Atender a sus necesidades: afecto, alimentación, higiene, juego, aprendizaje, límites... ▪ Conocerlos, respetar su personalidad y sus derechos. ▪ Promover apego e implicación de los padres en la educación y en la salud de los hijos. ▪ Promover lactancia materna. ▪ ...

2. PREVENCIÓN.

Prevenir maltrato institucional.

Quién	Todos los responsables y profesionales de la UGC que atienden a menores de 18 años.
Cuándo	En la planificación y organización de los servicios asistenciales. En toda actividad asistencial, programada o a demanda.
Cómo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instalaciones adecuadas a sus características y necesidades (Decreto 246/2005). ▪ Organización funcional adaptada a las características de su etapa del desarrollo. ▪ Respeto a sus derechos de información, opinión, consentimiento, intimidad, imagen. ▪ Trato correcto, otorgar credibilidad y facilitar protección.

Prevenir formas de abandono físico y emocional.

Quién	Todos los profesionales de la UGC que atienden a menores de 18 años.
Cuándo	En cualquier actividad asistencial, <u>programada</u> o a demanda, individual o grupal. Actividades Comunitarias de Educación para la Salud (Eps).
Cómo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar a los padres sobre las necesidades de sus hijos en cada etapa del desarrollo. ▪ Informar sobre cuidados necesarios en la crianza y ante los síntomas de enfermedad. ▪ Promover lactancia materna. ▪ Promover apego, juego, implicación de los padres en la educación y en la salud. ▪ Promover reconocimiento a su propia personalidad.

Prevenir agresiones y formas de violencia en la familia y entre iguales.

Quién	Todos los profesionales de la UGC que atienden a menores de 18 años.
Cuándo	En cualquier actividad asistencial, <u>programada</u> o a demanda, individual o grupal. Actividades individuales y comunitarias de Educación para la Salud (EpS).
Cómo	<ul style="list-style-type: none">▪ Facilitar pautas educativas y de resolución de conflictos.▪ Promover respeto en las relaciones, responsabilidad, orden y límites.▪ Revisar pautas de castigo.

Prevenir abuso sexual.

Quién	Todos los profesionales de la UGC que atienden a menores de 18 años.
Cuándo	En cualquier actividad asistencial, programada o a demanda, individual o grupal. Actividades individuales y comunitarias de EpS, especialmente en preadolescentes.
Cómo	<ul style="list-style-type: none">▪ Promover o participar en educación sexual y afectiva.▪ Promover en los padres educación en el respeto y relaciones no violentas.▪ Ofrecer mensajes de protección a los hijos.▪ Ofrecer mensajes de autoprotección de los hijos.

3. DETECCIÓN. ¿CÓMO DETECTARLO?

Quién	Todos los profesionales de la UGC que atiende a menores de 18 años.
Cuándo	En cualquier actividad asistencial, programada o a demanda.
Cómo	Detección de indicadores de sospecha.

Inicialmente solo se tiene la sospecha por la presencia de algún síntoma o indicador.

Indicadores de sospecha.

Son síntomas que se presentan con frecuencia en situaciones de maltrato a menores. No suelen ser exclusivos del maltrato infantil. (Ver Anexo 2).

Se consideran tres grupos de indicadores de sospecha:

1. Verbalización. El menor o sus familiares manifiestan que está siendo o ha sido víctima de actos o de situaciones que pueden constituir una forma de maltrato.
2. Indicadores físicos. Se detectan en la exploración.
3. Indicadores conductuales. En la conducta del menor o de sus familiares.

4. ASISTENCIA. A LOS CASOS DE SOSPECHA DETECTADOS.

Facilitar la atención y la protección adecuadas y necesarias.

Quién	Todos los responsables y profesionales de la UGC que atiende a menores de 18 años.
Cuándo	En el momento en que se detectan indicadores de sospecha, lo verbaliza el menor o sus familiares o se valora que existe riesgo vital o de desprotección, según criterio del profesional. En la planificación de los servicios asistenciales.
Cómo	<ul style="list-style-type: none">Facilitar espacios y procedimientos adaptados en condiciones de seguridad, respeto a la intimidad.Realizar cuando proceda una entrevista y una exploración adecuadas.

a) ENTREVISTA

Quién	Pediatra, Médico de Familia, Enfermero/a.
Cuándo	En momento próximo a cuando lo manifiesta el menor o sus familiares. Cuando el médico o el enfermero detectan alteraciones o lesiones graves como indicadores de sospecha (Casos urgentes). En los casos no urgentes, cuando ha descartado otras causas o el MI es la causa más probable. Según criterio del profesional, cuando se pueda realizar en las mejores condiciones posibles.
Cómo	<ul style="list-style-type: none">En espacios adecuados, tiempo suficiente sin interrupciones y procedimientos coordinados y adaptados en condiciones de seguridad y respeto a la intimidad.Cuando proceda, entrevista abierta, sin interrogar al menor, en condiciones adecuadas.Registro literal de las manifestaciones espontáneas del menor o de los acompañantes, de las preguntas y de las respuestas.

Algunas recomendaciones:

- ✓ A los familiares y al menor, por separado si se considera conveniente. Si lo verbalizan los padres o cuidadores, es conveniente entrevistar primero a los adultos sin la presencia del menor y después al menor a solas.
- ✓ El espacio debe ser adecuado, con la puerta cerrada, sin que existan interrupciones, sin prisas, con tiempo suficiente, no excesivo.
- ✓ Acompañado por otro profesional, si es posible.
- ✓ Actitud de atención, de escucha y de comprensión, sin expresar opiniones propias, contradicciones detectadas, juicios de valor.
- ✓ Preguntas abiertas, que no induzcan la respuesta de la persona menor:
 - Puede ser conveniente comenzar por preguntas de aproximación, no relacionadas con el problema: *¿te gusta el fútbol? ¿vas al cole? ¿quieres dibujar?*
 - *Sé por lo que has venido, ¿quieres contarme lo que te ha pasado? ...Si me lo cuentas te podemos ayudar para que no te vuelva a pasar. ¿Quieres decírmelo?*
- ✓ Transmitirle una actitud de ayuda y de seguridad, para que perciba que le podemos ayudar para que no le pase más. Reforzar su valentía.

- ✓ Se recogen sus manifestaciones literales en la Historia Clínica, y se imprime una copia para la UTS. Puede ser adjuntada al Parte de Lesiones.
- ✓ Expresarle al menor que no haremos nada sin que él quiera y que nunca lo vamos a engañar. Si no accede, se debe suspender la entrevista o retrasar la exploración hasta que mejore su estado emocional o el menor acceda.

b) EXPLORACIÓN

En cualquier caso, si procede realizarla a criterio del profesional, debe ser una exploración general sistematizada por órganos y aparatos, en que se valore su actitud, relación con los acompañantes, capacidad de relación, desarrollo psicomotor, higiene, nutrición, crecimiento, posibles equimosis, lesiones o marcas en piel, mucosas, cavidad bucal; palpación abdominal, puntos dolorosos, posible presencia de restos biológicos, movilidad de articulaciones, etc.

Si no existen motivos para la valoración de una situación urgente en función de la existencia de riesgo vital o de desprotección, se pueden solicitar exploraciones por otros especialistas o las pruebas complementarias que procedan para hacer una valoración de su salud.

Quién	Pediatra, Médico de Familia, Enfermero/a responsable de su asistencia o de sus cuidados, o de la atención de Urgencias.
Cuándo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando lo manifiesta el menor o sus familiares, si se dan las condiciones adecuadas. ▪ Cuando el médico o el enfermero detectan alteraciones o lesiones graves como indicadores de sospecha de MI (Casos urgentes). ▪ Según criterio del profesional, cuando se pueda realizar en las mejores condiciones posibles. ▪ Antes de las 48-72 horas siguientes al momento en que pudo haber ocurrido una agresión o abuso. ▪ Se deberá evitar la exploración si se prevé que requerirá ser explorado/a por otros especialistas o por Médico Forense, para realizar una sola exploración coordinada y evitar proceso de revictimización.
Cómo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En espacios adecuados, sin interrupciones, y acompañado por otros profesionales. ▪ En condiciones de seguridad y respeto a la intimidad y a sus derechos. ▪ Previa información y consentimiento del menor y de los familiares responsables. ▪ El menor debe estar acompañado por alguna persona de su confianza, salvo que exprese lo contrario. ▪ Tomar imágenes de las lesiones o marcas que se aprecien y describirlas en la Hª. C. ▪ Registro en la Hª. Clínica.

Algunas recomendaciones:

- ✓ Informar al menor de forma adaptada según su edad y pedirle su consentimiento para realizar las exploraciones; por ejemplo:

“Necesito verte la barriguita pero no te va a doler, no voy a utilizar nada que te duela, solo te voy a tocar con las manos. Si me ayudas solo te puede molestar un poco y después te vas a casa. No te voy a sacar sangre. ¿Prefieres que te explore una mujer? Tu madre estará contigo si tú quieres...”

- ✓ Realizar la exploración solo si no es invasiva, y si no se prevé que se va a repetir posteriormente.
- ✓ Tras consentimiento informado, verbal o escrito según modelo Diraya.
- ✓ Inspección de genitales externos (preferible por una mujer si es una niña). No realizarla si no es necesaria o, si se prevé que deberá ser explorada posteriormente o si existe una reacción de rechazo.
- ✓ Fotografía de las lesiones, tras consentimiento escrito según modelo Diraya. Si se toman fotografías con teléfono móvil, pasar a ordenador y hacer una copia en pen-drive o en CD y borrar posteriormente los archivos del ordenador y del teléfono. La copia debe quedar guardada en el Centro de Salud, en lugar seguro. Nunca enviar imágenes a través del teléfono, por correo o por cualquier otro medio.
- ✓ Registro detallado en la Historia Clínica. Podrá ser adjuntado como informe al Parte de Lesiones.

c) VALORACIÓN

El profesional responsable de su asistencia debe valorar si el/la menor puede volver a su casa sin riesgo de que siga produciéndose o de que se repita el posible maltrato y, sin que exista riesgo para su integridad física o psicológica; así como las características y tipología del episodio.

Quién	Pediatra, Médico de Familia, Enfermero/a que ha realizado la entrevista y la exploración del menor.
Cuándo	Al finalizar la entrevista y exploración.
Cómo	Aplicación de criterios de riesgo vital y riesgo de desprotección. Valorar si el último episodio de posible MI ha sido reciente o no reciente. Valorar si se trata de un caso intrafamiliar, extra-familiar o entre iguales. Valorar si procede traslado al hospital de Valme. ...con el mejor criterio del profesional.

1. Valorar si existe, ha existido o podría existir riesgo vital.

Criterios:

Se entiende por riesgo vital cuando existe riesgo de muerte, pudo haberlo existido o podría existir si se repitiera o continuara produciéndose la situación de maltrato; cuando existe grave impacto para la salud del menor por la presencia de lesiones o enfermedades que requieren tratamiento hospitalario o pueden dejar secuelas, cuando existe trastorno psíquico grave y/o riesgo de suicidio.

Son mecanismos de maltrato con mayor probabilidad de riesgo vital:

- ✓ Traumatismo cráneoencefálico (T.C.E).
- ✓ Lesiones viscerales.

- ✓ Intoxicaciones con alteración del nivel de conciencia, alteraciones cardiovasculares o respiratorias.
- ✓ Abuso sexual con empleo de violencia, lesiones graves, enfermedades infecciosas o afectación emocional grave.
- ✓ Acoso escolar con signos de afectación emocional, por riesgo de suicidio.

2. Valorar si existe riesgo de desprotección.

Criterios:

Está en riesgo de desprotección cuando no existe adecuada *actitud o capacidad familiar* para proteger al menor o para satisfacer sus necesidades, y podría continuar o repetirse la situación de maltrato con riesgo para su salud.

Según la percepción inicial del médico, diferente de la valoración social por el/la Trabajadora Social.

Mecanismos de maltrato con mayor probabilidad de riesgo de desprotección:

- ✓ Negligencia reiterada con daño o riesgo para la salud del menor (accidentes reiterados).
- ✓ Reiteración de abandono de cuidados necesarios con daño o riesgo para la salud del menor.
- ✓ No se implican en la educación del menor.
- ✓ No ofrece explicaciones lógicas sobre los posibles autores o sobre los mecanismos de producción de un probable abuso o agresión sexual u otras lesiones, heridas, fracturas o traumatismos.
- ✓ Se sospecha que el familiar sea el autor o autora de las lesiones, del abuso sexual o de cualquier otra forma de maltrato.

3. Valorar si el último episodio ha sido reciente.

Si han pasado menos de 72 horas desde el último episodio.

Pueden permanecer restos biológicos o secreciones: pelo, sangre, semen.

4. Valorar la probabilidad de que se trate de un caso de maltrato intrafamiliar o extrafamiliar.

Se trata de MI intrafamiliar cuando el autor puede ser un miembro de la familia del menor.

Es importante por las implicaciones en la protección del menor y puede condicionar en gran medida las acciones que conviene iniciar para tratar el caso.

5. Valorar si se trata de un caso de MI entre iguales.

Si el posible autor es otro u otros menores de edad.

En este tipo de MI debe ser informado el Fiscal de Menores.

6. Valorar si procede derivación al Hospital.

Quién	Pediatra o Médico de Familia que ha realizado la entrevista y la exploración del menor y ha valorado su nivel de riesgo.
Cuándo	En el primer momento asistencial, tras realizar la valoración inicial del nivel de riesgo.
Cómo	<ul style="list-style-type: none">▪ Aplicación de los criterios de derivación.▪ Por los medios de la propia familia.▪ En ambulancia si se duda de la actitud de los responsables del menor o no tienen recursos para el traslado.▪ A través del Servicio de Urgencias y aviso telefónico al Pediatra de Guardia o al responsable de Urgencias. ...con el mejor criterio del profesional responsable de su asistencia.

Criterios para la derivación al hospital:

- ✓ Si necesita exploración o tratamiento por otros especialistas (Ginecóloga, Dermatólogo, Digestólogo, Traumatólogo, Salud Mental...) o por M. Forense (si existen o pueden existir lesiones recientes según sus relatos).
 - Los casos de ITS/ETS.
 - Todos los casos de sospecha de abuso sexual.
 - Estado de agitación o afectación emocional severa.
 - Miedo intenso o sensación de inseguridad.
 - Presenta lesiones que requieren estudio o tratamiento hospitalario.
- ✓ Si existe o puede existir riesgo vital o impacto emocional grave.
- ✓ Si existe o puede existir riesgo de desprotección, como medida de protección inmediata, si pudiera repetirse o continuar el maltrato y existe riesgo para su integridad física o psicológica:
 - Por incapacidad (puede ser transitoria) de los padres para proporcionarle los cuidados y la protección necesaria (no evitarían la continuidad del maltrato).
 - Por actitud negligente de los padres o cuidadores.
 - Porque los padres o cuidadores pudieran ser (existe la duda) los causantes del posible maltrato.
 - Por denegación de la asistencia o de la protección necesarias.

d) TRATAMIENTO

Quién	Pediatra, Médico de Familia, Enfermeros, Trabajadores Sociales y todos los profesionales de la UGC responsables de su asistencia y de sus cuidados. Otros especialistas.
Cuándo	En el primer momento asistencial y en controles posteriores. Controles programados en Consultas Externas.
Cómo	<ul style="list-style-type: none">▪ Basado en el estudio de las carencias de las familias, de las necesidades no cubiertas suficientemente y en los problemas de salud.▪ Plan de trabajo coordinado a través de la UTS.▪ En controles programados y en la asistencia a demanda.

En Atención Primaria de Salud debemos plantear un tratamiento integral del niño o de la niña que presenta o puede estar viviendo situaciones de maltrato o de trato inadecuado para cubrir sus necesidades básicas:

1. De las carencias de los padres o cuidadores.

- Carencias de información y de actitud positiva hacia la crianza y educación de los hijos o ante el problema.
- Carencias de recursos personales, económicos o sociales.
- Aislamiento cultural.
- Falta de acceso a los servicios de la comunidad.

2. De las lesiones, síntomas o enfermedades que presenta.

- Que pudieran derivarse de un trato inadecuado, de abandono, negligencia, de agresiones o de cualquier otra forma de maltrato.

Antes de proceder a tratar la lesión o la enfermedad debe describirla, documentarla, registrarla en su Historia Clínica y valorar si debe intervenir otros especialistas o el Médico Forense y, en este caso, derivar al Hospital por procedimiento de urgencia.

3. Del posible impacto psicológico.

- Los menores pueden expresar de forma diferente y poco específica los estados de afectación emocional o psicológica.
- En todo caso debe procurarse un espacio tranquilo para que se calme, acompañado por las personas que le den seguridad y protección, bajo control directo de personal sanitario.
- En caso de grave agitación o de bloqueo emocional, miedo intenso o sensación de inseguridad, debe trasladarse al Servicio de Urgencias del Hospital.
- En casos no agudos, puede requerir apoyo psicológico en ESM o en USMIJ.
- Todos los casos de abuso sexual deben ser valorados por psicólogos especializados de la Clínica Forense, del Equipo de Investigación psicológica de Casos de Abuso Sexual (EICAS), o de la organización Márgenes y Vínculos. Este estudio se ordena desde el Juzgado o se solicita desde la UTS del Hospital. Puede requerir tratamiento psicológico especializado por el equipo de ADIMA.

4. Facilitarle las medidas necesarias de protección.

- Observación continua por personal sanitario y traslado al Hospital si el acompañante o sus familiares pueden haber sido sus agresores.
- Traslado al Hospital como medida de protección cautelar inmediata, si sus padres o cuidadores no pueden garantizar su protección ante agresiones o situaciones que suponen un riesgo para su integridad física o psicológica.
- Facilitar medio de transporte (ambulancia) si no se garantiza su protección o su traslado al hospital.
- Llamada a la policía si existe riesgo de agresión o negación de asistencia.

e) NOTIFICACIÓN

Todos los profesionales tenemos el deber de notificar los casos de sospecha y de colaborar con el sistema de protección y la obligación legal de colaborar con la administración de la Justicia.

En cualquier caso, ante cualquier duda o evidencia, siempre se debe comunicar a la Unidad de Trabajo Social del Centro de Salud.

Quién	Todos los profesionales de la UGC responsables de la asistencia y de los cuidados de personas menores de 18 años.
Cuándo	Ante el conocimiento de indicadores de sospecha.
Cómo	<ul style="list-style-type: none">▪ Mediante Hoja de Consulta, P. 10, Hoja de Notificación, Parte de Lesiones o informe.▪ Mediante entrevista presencial o telefónica.▪ Según los criterios de derivación.

Criterios:

- **Unidad de Trabajo Social (U.T.S.)**
Siempre. En todos los casos de sospecha, de duda o de certeza.
Mediante P. 10, Hoja de Consulta, Informe... en sobre cerrado.
- **Servicios Sociales Comunitarios (SS.SS.CC.)**
Si presenta indicadores de sospecha pero no existe riesgo vital ni riesgo de desprotección, en aquellos casos en que puede existir responsabilidad de los padres.
Mediante Hoja de Notificación (HN) elaborada conjuntamente con UTS o, mediante informe de derivación de UTS a los SS.SS.CC.
- **Servicio de Protección de Menores (S.P.M.)**
Cuando existe o puede existir riesgo vital, lesiones graves, importante impacto emocional, en aquellos casos en los que puede existir responsabilidad de los padres y en todos los casos en que pueden estar en desprotección.
En todos los casos de sospecha de abuso sexual.

Mediante Hoja de Notificación (HN) elaborada conjuntamente con UTS.
Mediante informe de derivación de UTS al SPM, si procede a criterio de UTS.

- **Juzgado de Guardia**

Cuando puede existir un delito, si el menor, sus familiares o acompañantes verbalizan que ha sido objeto de conductas compatibles con cualquier forma de malos tratos y, si presenta lesiones, o si está en riesgo vital o de desprotección.

Mediante modelo Diraya de **Parte de Lesiones** (PL), en el correspondiente episodio de la Historia Digital del usuario, en la pestaña *“Emitir informes” / “Parte el Juzgado de Guardia incluido maltrato” / Consentimiento informado para fotografiar lesiones*.

Puede ser sustituido o ampliado mediante informe en formato libre.

Se tramita por el procedimiento ordinario a través de la Dirección del Centro. El profesional presenta PL en la dirección del Centro de Salud, que envía original al Juzgado de Guardia, copia a la UTS y guarda copia en archivo.

Mediante llamada telefónica y PL por FAX / Correo-e si es necesaria la exploración por Médico Forense o, si los familiares niegan su asistencia o existe riesgo de agresión. (Procedimiento de urgencia).

- **Fiscal de Menores**

Cuando el agresor puede haber sido otro menor (maltrato entre iguales). Mediante PL al Juzgado o mediante Informe.

- **Policía**

Cuando existe riesgo de agresión en el Centro o riesgo de fuga. Mediante llamada telefónica y posterior informe o PL.

- **Guardia Civil**

Especialmente en casos de ciberacoso u otras formas de maltrato o de abuso por internet. Mediante llamada telefónica y posterior informe o PL.

V. DEFINICIÓN DE RESPONSABILIDADES Y TAREAS EN EL DESARROLLO DEL PROTOCOLO

Actuaciones	Quién	Plazo
Responsable	Director/a de la UGC.	Fecha de implantación
Coordinación	Coordinador/a	Períodos anuales
Desarrollo	Equipo técnico: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Trabajadora Social ▪ Pediatra ▪ Médico de Familia ▪ Enfermero/a Nombrado por el Director/a de la UGC	Períodos anuales
Definición y difusión del protocolo	Equipo técnico	Revisiones anuales
Registro y archivo de casos	U.T.S.	Períodos anuales
Análisis de indicadores de casos de maltrato infantil identificados	Equipo técnico	Semestral
Evaluación y propuestas de mejoras	Equipo técnico	Anual
Elaboración de la Memoria de resultados y propuestas de mejora	Coordinador/a	Anual
Aprobación de la Memoria de resultados y propuestas de mejora	Director/a de la UGC	Anual

VI. INDICADORES DE ACTIVIDAD DEL PROTOCOLO

- Detección de casos de sospecha de maltrato infantil (MI):
 - a) **Número de casos de sospecha comunicados a la UTS.**
Fuente: Registro y archivos de la U.T.S.
 - b) **Número de casos de sospecha comunicados a la UTS por tipología de MI.**
 - c) **Número de casos de sospecha comunicados a la UTS por perfiles profesionales:**
 - Pediatra
 - Médico de Familia
 - Enfermero/a
 - Trabajadora Social
 - Otros
 - d) **Número de casos de sospecha comunicados a la UTS por categoría de los indicadores de sospecha:**
 - Verbalización del menor o de los familiares o acompañantes
 - Detección de indicadores de sospecha
 - Derivación por otro profesional

e) **Número de casos de sospecha comunicados a la UTS por perfil de la víctima:**

- Sexo
- Edad

f) **Número de casos de sospecha comunicados a la UTS por perfil del agresor:**

- Extrafamiliar
- Intrafamiliar
- Entre iguales

▪ Derivación al hospital adecuada al protocolo:

$$\frac{\text{Nº de casos de sospecha de M.I. derivados conforme al protocolo}}{\text{Nº total de casos derivados}} \times 100$$

▪ Notificación adecuada al protocolo:

a) **Número de casos notificados mediante Hojas de Notificación (HN).**

b) **Número de casos notificados mediante Parte de Lesiones (PL).**

c)

$$\frac{\text{Nº de casos notificados según el protocolo}}{\text{Nº de casos notificados}} \times 100$$

▪ Identificación de áreas de mejora:

a) **Estudio cualitativo de los problemas detectados, de las causas y de las áreas de mejora del protocolo.**

b) **Número de propuestas de mejora formuladas.**

▪ Difusión de los resultados:

a)

$$\frac{\text{Profesionales de la UGC a los que se les ha presentado el protocolo}}{\text{Profesionales de la UGC}} \times 100$$

b) **Número de presentaciones en foros profesionales**

c) **Número de publicaciones en revistas profesionales**

d) **Número de presentaciones por otros medios**

VII. REVISIONES

FECHA	Modificación
24/09/2014	Versión 0 del protocolo. Redacción del primer borrador.
11/12/2014	Redacción de la propuesta de Protocolo y presentación a la UGC.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro Internacional de la Infancia. Los niños víctimas de los servicios y los malos tratos. París, 1980.
2. Convención sobre los Derechos del Niño. Naciones Unidas, 1989.
3. Programa de Pediatría Social. Hospital Universitario de Valme. Sevilla, 1993.
4. Ley 7/1998, de 20 de Abril, de los Derechos y la Atención al Menor. Consejería de Asuntos Sociales, 1998.
5. Consejería de Asuntos Sociales. Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía, 2003.
6. Decreto 3/2004, de 7 de enero. Sistema de Información sobre Maltrato Infantil en Andalucía (SIMIA). Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, 2004.
7. Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo. Consejería de Salud. Sevilla, 2005.
8. Consejería de Salud. Cuadernos de Trabajo, Cuad. III. Prevención y detección precoz del Maltrato Infantil: revisión de estrategias e intervenciones desde los servicios sanitarios, 2011.
9. Gil Arrones et. Alt. Maltrato y abuso sexual infantil; En: Algoritmos básicos en Urgencias de Pediatría. Cap. 33. Ed. Exlibris. Madrid, 2012.
10. Gil Arrones et. Alt. El menor en riesgo social; En: Algoritmos básicos en Urgencias de Pediatría. Cap. 34. Ed. Exlibris. Madrid, 2012.
11. Escuela Andaluza de Salud Pública. Curso de Formación de Formadores para el abordaje del buen trato a la infancia y la atención al maltrato: Unidad Didáctica Práctica. Consejería de Salud y Bienestar Social. www.redsabria.org. Granada, 2013.
12. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Maltrato Infantil. Sevilla, 2014.

VII. ANEXO 1

RIESGO SOCIAL

Concepto

Un menor está en riesgo social cuando en su entorno familiar o social existen situaciones o circunstancias (factores) que pueden influir negativamente en su crecimiento, desarrollo, integridad física o psíquica, en el tratamiento y evolución de las enfermedades agudas o crónicas y, en definitiva, en su salud considerada en el sentido integral promulgado por la O.M.S.

Factores de Riesgo Social (F.R.S.).

Cada una de las circunstancias del entorno familiar o social que pueden constituir un riesgo para la salud de la persona menor.

La presencia de alguno de los FRS supone un riesgo para la aparición de formas de abandono de cuidados u otras formas de maltrato.

A efectos prácticos podemos concretar los siguientes FRS:

1. **DROGODEPENDENCIA O ALCOHOLISMO DEL PADRE O DE LA MADRE.**
2. **ENFERMEDAD DE LOS PADRES que dificulta la atención de los hijos.**
3. **PADRES ADOLESCENTES. Pueden necesitar apoyo médico y social.**
4. **PROBLEMÁTICA FAMILIAR.**
 - **Familia disociada.** Falta el padre o la madre.
 - **Familia desestructurada.** No existe el rol paterno o materno.
 - **Relaciones conflictivas.** Incluye violencia de género, violencia doméstica.
5. **INDICADORES DE SOSPECHA DE MALTRATO.**
6. **ENFERMEDAD CRÓNICA INFANTIL que puede superar la capacidad de los padres.**
7. **VIVIENDA O ENTORNO URBANÍSTICO Y SOCIAL DEFICIENTE.**
8. **RECURSOS INSUFICIENTES.** Económicos, sociales, o recursos personales.

VIII. ANEXO 2

INDICADORES DE SOSPECHA

Tablas tomadas de: Gil Arrones J. et al. Protocolo de Intervención sanitaria en casos de maltrato infantil. Anexo 2: Indicadores de maltrato físico, abandono y abuso sexual. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Sevilla, 2014.

INDICADORES DE MALTRATO FÍSICO			
Tipo de maltrato	Indicadores físicos en la exploración del menor	Indicadores de conducta del menor	Indicadores del comportamiento de los familiares
Maltrato físico activo	Equimosis en antebrazos, crestas ilíacas... ... como mecanismos de sujeción. Heridas en diferentes fases de cicatrización o producidas por mecanismo de producción poco convincente. Heridas en zonas protegidas o de difícil Acceso. Quemaduras con marcas de objetos. Fracturas de huesos cortos o huesos de la cara. Fracturas en tallo verde o espiroideas. Hematomas múltiples Alopecia. Placa de pelada en lactantes. Trastornos del nivel de conciencia.	Miedo a volver a casa, a la presencia de adultos... Conducta agresiva, antisocial... Trastornos psicósomáticos. Rechazo al contacto afectivo. Manifiesta que es objeto de agresiones o de otras formas de maltrato.	Métodos disciplinarios desproporcionados. Valoración reiteradamente negativa del menor. Explicación incoherente del mecanismo de producción de la lesiones. Alcoholismo o consumo de drogas. Nivel socioeconómico bajo, medio o alto.
Abandono físico	Higiene deficiente. Accidentes reiterados. Falta de vacunas y de cuidados Médicos. Poco estimulado nunca llora, se mueve poco ... No está escolarizado o realiza tareas inapropiadas para su edad. Desnutrición, deshidratación.	Apatía y cansancio. Tristeza. Conducta y expresiones impropias de su edad. Escasos conocimientos y habilidades Escolares. Participa en actividades delictivas. Lactantes que parecen muy buenos, Porque no lloran. Falta sonrisa afectiva. No tiene interés por ir a casa.	Enfermedad mental de la madre o del o padre. Alcoholismo o drogas. Desinterés o escasa capacidad de valorar las necesidades del niño. Organización caótica de la vida familiar. No transmite afectividad. Negligencia reiterada.

INDICADORES DE MALTRATO PSICOLÓGICO		
Indicadores físicos en la exploración del menor	Indicadores de conducta del menor	Indicadores del comportamiento de los familiares
Tristeza Retraso psico-motor Desnutrición, cabello frágil Alopecia Crecimiento inadecuado. Enanismo psicógeno	Inhibición en el juego Conducta hipermadura o demasiado infantil para su edad. Agresividad, irritabilidad pasividad... Enuresis. Fracaso escolar. Mala integración Baja autoestima Intento de autólisis	Despreocupado por los síntomas Relación poco afectiva Rechazo y culpabilización Trato desigual entre hermanos Valoración reiteradamente negativa del menor Aislamiento en la familia No reconocimiento de sus méritos

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ALGUNOS INDICADORES DE MALTRATO FÍSICO Y DE ABANDONO

Indicador de sospecha	Criterios para valorarlo como indicador de maltrato	Diagnóstico diferencial
Equimosis Hematomas	En diferentes fases evolutivas En zonas anatómicas protegidas En forma de impresiones digitales en antebrazos codos, crestas iliacas... por maniobras de sujeción Es poco probable el mecanismo de producción explicado	Trastorno de la coagulación Accidente Negligencia Maltrato o agresión física Abuso sexual
Heridas Incisas, contusas, marcas, cicatrices.	Múltiples, en diferentes fases de cicatrización Dejan marcas de objetos En espalda o en zonas anatómicamente protegidas o de difícil acceso. En genitales o en región perianal	Accidente Negligencia Maltrato físico Abuso sexual
Fracturas	Poco probable el mecanismo de producción explicado Múltiples, espiroideas o en tallo verde, en huesos propios de la cara, en diferente fase de cicatrización.	Fractura patológica. Trastorno metabólico
Alopecia Placa de pelada en lactantes	En zonas localizadas En región occipital y se acompaña de: falta de estímulos, permanece mucho tiempo acostado. Presenta escasos movimientos activos. Escasa sonrisa afectiva	Alopecia areata Infecciones, micosis, falta de higiene Abandono Maltrato o agresión física.
Quemaduras	Dejan marcas de objetos de cigarros Por líquidos calientes en pies, nalgas, en cara... Eléctricas en el primer año de vida. Poco probable el mecanismo de producción explicado	(Fractura patológica) Accidente Negligencia Agresión o maltrato físico
Higiene deficiente	Reiteradamente está sucio, ropa sucia o inadecuada. Dermatitis del pañal reiteradas o de mala evolución.	Abandono, falta de habilidades. Negligencia, actitud negativa
Desnutrición, deshidratación.	Por falta de aportes necesarios o por falta de cuidados adecuados en enfermedades subyacentes	Abandono, falta de habilidades. Negligencia, actitud negativa
Trastornos del nivel de conciencia	Somnolencia, hipotonía. Irritabilidad	Enfermedad infecciosa o neurológica. Intoxicación accidental Administración de tóxicos o fármacos Traumatismo cráneo-encefálico. Hemorragia cerebral accidental. Agresión física con objeto o contra superficies. Sacudida del cuello.

INDICADORES DE ABUSO SEXUAL

Indicadores físicos en la exploración del menor o de la menor.	Indicadores de la conducta del menor	Indicadores del comportamiento de los familiares
Hemorragia vaginal Lesiones genitales o perianales Alteraciones del himen (rotura, dilatación, marcas) Dolor, molestias al defecar Restos de semen en la vagina, boca, ano, ropa Ropa rota interior manchada Infección de transmisión sexual (I.T.S.) Embarazo Síntomas psico-somáticos Verbaliza conductas compatibles con abuso sexual	Fuerte resistencia a la exploración de genitales Conducta sexualizada Cambios de comportamiento, del carácter, de la personalidad. No suele delatar a abusadores de la familia. Enuresis y otros síntomas psicósomáticos o funcionales.	Celoso ante la retirada del menor. Le implica en pornografía o prostitución. Dificultades en las relaciones de pareja. Frecuentemente ausente del hogar. Padece o padeció I.T.S. Consumidor de prostitución. Sufrió abuso sexual.

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ALGUNOS INDICADORES DE ABUSO SEXUAL

Indicador sospecha	Criterios para valorarlo como indicador de maltrato	Diagnóstico diferencial
Dolor o molestias al defecar	Se descarta traumatismo accidental Se descarta enfermedad causal	Estreñimiento primario. Infección micótica o estreptocócica.
Fisuras perianales	En ausencia de estreñimiento Se descarta infección estreptocócica causal Ropa interior mancha de sangre, puede estar rota	Estreñimiento Candidiasis Enfermedad inflamatoria intestinal Fístula Abuso sexual
Engrosamiento de pliegues anales	Poco específico de abuso sexual	Gastroenteritis aguda Mal absorción Estreñimiento Hemorroides Abuso sexual
Dilatación del orificio anal	Signo de la "O" positivo Poco específico de abuso sexual si es negativo	Abuso sexual Dilatación vaginal o como signo cadavérico.
Rotura del esfínter anal	Incompetencia de esfínter	Abuso sexual Agresión sexual
Restos biológicos: semen, pelos, sangre	En la ropa, en piel, en la boca, ano o vagina	Abuso sexual Relaciones consentidas
Hemorragia vaginal	En edad prepuberal	Pubertad precoz Enfermedad tumoral Abuso sexual
Enrojecimiento vulvar o perianal	Recurrente	Gastroenteritis. Vulvovaginitis de repetición. Micosis, candidiasis. Parasitosis intestinal Infección estreptocócica Abuso sexual
Heridas en vulva, muslos, nalgas o región perianal	Arañazos Equimosis, impresiones digitales.	Parasitosis intestinal. Autorrascado. Pediculosis. Escabiosis. Agresión sexual. Abuso sexual
I.T.S.	Chancro sifilítico. Infección gonocócica Clamidias. Verrugas, condilomas acuminados (por VPH) Vaginosis vaginal. Enfermedad inflamatoria pélvica. Moluscum contagioso (descartar antecedentes de atopía). Lesiones localizadas en genitales o región perianal	Abuso sexual Manifestación de atopía. Contagio en maniobras no relacionadas con prácticas sexuales, que deben ser demostradas.