

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN ORAL: ENFERMERÍA DE URGENCIAS ANTE EL MALTRATO INFANTIL: FIGURA CLAVE EN LA DETECCIÓN PRECOZ DE CASOS

AUTORES: Raúl Pérez González; Rafael Martínez Calero; M^a Ángeles Martínez Rodríguez; Evaristo Rodríguez González y Adelaida Fernández Rodríguez.

1.-INTRODUCCIÓN:

El maltrato infantil constituye un importante problema social y de salud con una alta prevalencia en los servicios de urgencias que, en ocasiones, no se detecta. Sigue presente en la realidad de nuestra sociedad, a pesar del derecho de los niños a una protección que garantice su desarrollo integral como personas en el seno de la familia. De hecho, la violencia representa una proporción creciente de morbilidad, como así lo puso de manifiesto el “informe mundial sobre violencia y salud” de la OMS de 2002. La erradicación de la violencia contra la infancia requiere la implicación de toda la sociedad y, en especial, de los poderes públicos. En este contexto, la actuación de los profesionales sanitarios representa un elemento clave en la prevención y detección de este grave problema.

Estas situaciones generan una demanda sanitaria que va más allá de la alarma social que produce, ya que frecuentemente es en los puntos de atención de urgencias donde se detectan y donde se inician los pasos encaminados a prevenirlas. Habitualmente estas situaciones tienen lugar en un entorno familiar privado, siendo infrecuente observarlas directamente. La detección del maltrato requiere una formación específica que facilite a los profesionales de la salud el conocimiento de los factores personales, familiares y sociales de riesgo, así como las formas de presentación que permitan la detección de estos casos y el correcto enfoque para la solución del problema. Para ello se debe adquirir preparación, conocimiento y disponer de protocolos de actuación y recursos que faciliten la mejora de la atención al menor maltratado. Es preciso lograr un enfoque integral y la coordinación con otros servicios externos al sistema de salud, como puede ser la Administración de Justicia, los Cuerpos de Seguridad y los Servicios Públicos dirigidos a la atención de menores víctimas de malos tratos.

Las implicaciones del maltrato en la salud del niño hacen que los profesionales de enfermería tengan un papel fundamental en la prevención, detección e intervención.

Teniendo en cuenta que prácticamente la totalidad de la población acude en algún momento a urgencias, esta área es un espacio aventajado para la detección y abordaje de cualquier tipo de violencia. La consulta de R.A.C. se convierte en un lugar de observación privilegiado ya que todos los niños que acuden a urgencias son valorados por la enfermera responsable de dicha consulta.

Desde una perspectiva amplia, se considera el MALTRATO INFANTIL, como “cualquier acción, omisión o trato negligente, no accidental, por parte de los padres, cuidadores o por instituciones, que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor e impide e interfiere en su desarrollo físico, psíquico y/o social” (De Paul, 1988). La detección de una situación de maltrato infantil es un proceso complejo que suscita dudas e interrogantes en el profesional sanitario.

No es fácil detectar el maltrato infantil, tampoco es fácil la intervención. Sin embargo, cuanto antes se detecte la situación de Maltrato Infantil, mejores serán los resultados de la actuación que posteriormente se realice. En muy pocos casos se tiene la certeza de una situación de maltrato y en un número menor de situaciones se piensa en el daño o perjuicio añadido que se puede causar al niño y/o a su familia con nuestra intervención.

El maltrato infantil, como expresión máxima de desamparo y desprotección, 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.

Se desconoce también el grado de sensibilización y de formación específica para el diagnóstico del niño maltratado por parte de los profesionales sanitarios, así como de su capacidad para el manejo de estos niños. 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.

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 prevención es un objetivo prioritario que todo programa de actuación en maltrato infantil debe contemplar como una estrategia fundamental y no solo orientada a prevenir la aparición de casos de malos tratos sino también a su detección precoz y evitando su repetición y secuelas.

Frecuencia

La prevalencia real del maltrato infantil es desconocida, ya que la mayoría de los casos no son detectados.

La propia naturaleza del problema, que en gran número se produzcan dentro de la propia familia, el miedo a la denuncia, la formación insuficiente de los profesionales, que el agredido sea un niño, etc., condicionan el conocimiento del número de casos.

Factores que influyen en el desconocimiento de la magnitud del problema son la falta de estudios epidemiológicos y la omisión de los profesionales de comunicar los casos:

- No siempre es fácil su diagnóstico, muchos no llegan siquiera a sospecharse.
- La ausencia de una definición omnicompreensiva, que permita reconocerlos sin grandes dificultades.
- Dificultad de diferenciarlos en muchos casos de las 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.
- Criterios personales del propio profesional:
 - Pueden formar parte de costumbres sociales, culturales o religiosas que el profesional 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.

Factores que influyen en el conocimiento real del maltrato: Se detectan; pero no se da parte.

- Las lesiones son consideradas poco importantes

- No se sabe con seguridad, aunque se sospeche, como se han producido (miedo a equivocarse)

- Miedo al pensar que el emitir un parte de lesiones equivale a poner una denuncia

- Preocupaciones de índole personal del profesional: *legales* (tener que declarar), *económicas* (pérdida horas de trabajo, pérdida de clientes), *comodidad* (traslado al juzgado si tiene que prestar declaración), *miedo* (reacción de los padres)

- Experiencias anteriores, en las cuales, a pesar de comunicar la sospecha de maltrato a las Autoridades, el niño fue entregado a los padres, sin el tratamiento social previo pertinente

- Muchos profesionales que al comunicar la sospecha de existencia de un maltrato piensan que el niño sale más perjudicado que beneficiado por qué:

- El agresor ve en el niño el motivo de que se le investigue ó interroque y actuará posteriormente con más violencia.

- Más valen unos malos padres que una buena Institución.

- Consideran que no deben interferir en los asuntos privados de otras familias.

1.1- NORMATIVA BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN MENORES

Además de existir razones sociales y éticas que nos hacen responsables a todos los ciudadanos en la protección infantil, existen razones legales que establecen el deber y la obligación de detectar y comunicar cualquier situación que afecte al bienestar de los menores. A este respecto, la legislación indica que:

NORMATIVA INTERNACIONAL

Tanto la «**Declaración de los Derechos del Niño de 1959**», como la «**Convención de los Derechos del Niño de 1989**» y la «**Carta Europea de los Derechos del Niño de 1992**», contemplan el derecho de los niños a ser protegidos contra toda forma de abandono, crueldad y explotación, reafirmando la necesidad de proporcionarles cuidado y asistencia especiales por razón de su vulnerabilidad.

La Carta Europea de los Derechos del Niño que en su apartado 8.19 establece que «Los Estados miembros...deben otorgar protección especial a los niños y niñas víctimas de tortura, malos tratos por parte de los miembros de su familia...debe asegurarse la continuación de su educación y el tratamiento adecuado para su reinserción social»

NORMATIVA ESTATAL

De entre las diferentes leyes que señalan la obligatoriedad de todo ciudadano de poner en conocimiento de la autoridad competente la existencia de delitos, cabe destacar la **Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero, de Protección Jurídica del**

Menor, que en su artículo 13 menciona que todos los ciudadanos, y especialmente los que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o posible desamparo, están obligados a comunicarlo a la autoridad o agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise. Así mismo, los diferentes Códigos Deontológicos y de Ética Profesional contemplan la obligación de intervenir ante los casos de maltrato infantil que se observen en el ejercicio del rol profesional.

El Código Civil incluye la definición de desamparo infantil como «situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos en las leyes de guarda de menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material» especificando también en su artículo 154 las obligaciones inherentes a la patria potestad.

Ley 1/1998, de 20 abril, de los Derechos y la Atención al Menor, y sin perjuicio del deber general de denuncia previsto en la normativa estatal de aplicación, cualquier persona o entidad y, en especial las que por razón de su profesión o finalidad tengan noticia de la existencia de una situación de maltrato, deberán ponerlo en conocimiento de cualquier autoridad, que inmediatamente lo comunicará a la Administración competente, Autoridad Judicial o Ministerio Fiscal. Por otra parte, y una vez puesto en conocimiento de la autoridad competente, la Ley

21/1987 de 11 de noviembre, de **Modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil**, en su artículo 172 encomienda a la entidad pública la protección de los menores cuando constate que un menor se encuentra en situación de desamparo, debiendo adoptar las medidas necesarias para su guarda.

Finalmente, **la Ley General de Sanidad** de 14 de abril 1986, en su artículo 8.1 reconoce, en general, la importancia del conocimiento epidemiológico de los problemas que tienen implicaciones en salud, entre los que se pueden considerar el maltrato infantil.

NORMATIVA AUTONÓMICA

De conformidad con lo dispuesto en el **Decreto 3/2004, de 7 de enero**, por el que se establece el sistema de información sobre maltrato infantil en Andalucía, la hoja de detección y notificación es un instrumento para la recogida y transmisión de información sobre los casos detectados de maltrato infantil.

En virtud del Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía, de 20 de Noviembre de 2002, (orden de 11 de febrero 2004), la notificación de un caso de maltrato por parte de cualquier servicio público a los órganos pertinentes (Servicios Sociales de las Corporaciones Locales o Delegaciones Provinciales de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social), no exime de las intervenciones que se deban realizar desde su propio ámbito de actuación. Se mantendrá además la colaboración oportuna con la instancia responsable del caso, prestando el apoyo necesario que las otras instituciones requieran.

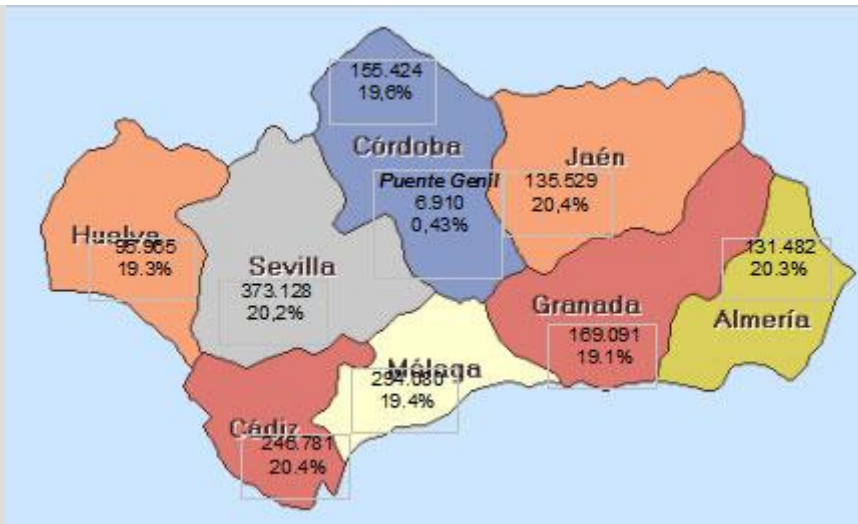
2.- DATOS POBLACIONALES

Puente Genil se encuentra situado en el ángulo suroriental de la provincia de Córdoba, en pleno centro geográfico de Andalucía, limítrofe con las provincias de Sevilla y Málaga. Cuenta con una población de 29.402 habitantes y una extensión de su término de 169,5 km² que representa el 1,35 % del total provincial, su densidad de población se sitúa en 173,46 hab/km².

El hospital proporciona atención sanitaria a otras tres poblaciones: Casariche (Sevilla, 5414 hab.), Herrera (Sevilla, 6342 hab.) y Badolatosa (Sevilla, 3200 hab.), por tanto, nos encontramos que presta asistencia a una población aproximadamente de 45000 habitantes.

El servicio de Urgencias del Hospital de Alta Resolución de Puente Genil, fue inaugurado el 19 Enero del 2007, recibiendo una demanda asistencial de 82.254 usuarios hasta Diciembre 2008.

En Andalucía en 2007, residen 1.601.500 personas menores de 18 años, que supone un 20% de la población Andaluza y un 4% de la población total española. Respecto al total de la población menor de 18 años en España, este segmento de la población de Andalucía representa el 20,4%. En Córdoba residen 155.424 menores de 18 años lo cual representa el 19,6% de la población andaluza, y en Puente Genil 6.910 menores representando el 0'43%.



2.- JUSTIFICACIÓN

Aunque la probabilidad de detectar el maltrato infantil en el ámbito sanitario es alta, no deja de ser una tarea difícil y que genera temor y dudas. Por ello es necesario sensibilizar a la enfermería de la importancia que tiene la detección precoz desde nuestros servicios de urgencias. Numerosos estudios señalan que cuanto más tarde se detecta un caso más se incrementa la gravedad de las consecuencias físicas, emocionales o sociales que genera el maltrato recibido. En este sentido la cronicidad del daño sufrido dificulta el pronóstico de recuperación del menor.

Así pues, cuanto antes se detecte y notifique una situación de riesgo o de maltrato mejores serán los resultados en la intervención que se realice con a la familia del menor. Debido a esto y a un número cada vez mayor de casos de maltrato infantil detectados en el servicio de urgencias de nuestro Hospital, hemos desarrollado una guía rápida para la identificación de indicadores que nos alerten sobre la ocurrencia de malos tratos y un protocolo específico de intervención precoz en el que intervienen enfermera de urgencias, enfermería de enlace, enfermería de atención primaria y asuntos sociales, ya que el abordaje del problema requiere un enfoque multidisciplinar. De esta manera estableceremos un circuito de coordinación entre los distintos niveles asistenciales que garanticen la continuidad de nuestras intervenciones y un seguimiento del caso.

También hemos querido demostrar que el proceso enfermero juega un papel muy importante en la detección y posteriores intervenciones en el maltrato infantil, basándonos en la valoración de 14 necesidades de Virginia Henderson (con los datos obtenidos en esta valoración se pueden detectar los indicadores del maltrato) y la taxonomía de diagnósticos Nanda, NOC, NIC.

3.-OBJETIVOS:

- Conocer la situación de maltrato infantil en nuestra población con el fin de establecer medidas preventivas conjuntas con atención primaria
- Mostrar la efectividad y las ventajas de la detección de casos de maltrato infantil desde la consulta de R.A.C
- Conocer la relación existente entre nuestra valoración de enfermería basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson y los indicadores de maltrato basados en el sistema de información sobre maltrato infantil en Andalucía.
- Mostrar la utilidad del proceso enfermero en la detección, cuidados y posterior continuidad de cuidados del paciente pediátrico víctima de malos tratos.
- Mostrar la importancia de un nuevo rol de la enfermera de urgencias en torno al maltrato infantil como detectora - notificadora de casos.
- Conocer las características epidemiológicas del maltrato infantil en nuestro hospital y comprobar los datos con el resto de las provincias andaluzas para ver si estamos dentro de los rangos normales
- Analizar tipología de maltrato para establecer posibles intervenciones enfermeras de educación sanitaria en la población
- Conocer resultados obtenidos tras actuaciones del equipo multidisciplinar desde la detección y notificación de casos desde el servicio de urgencias.

4.- MATERIAL Y MÉTODOS:

- Durante el periodo de enero a diciembre de 2008 se realiza un estudio *observacional de tipo prospectivo* en el que se incluye una muestra de 32 pacientes pediátricos víctimas del maltrato infantil, que acuden al servicio de *urgencias* del hospital de alta resolución de Puente Genil (Córdoba) perteneciente a la Empresa Pública Hospital Alto Guadalquivir- Junta de Andalucía. En el estudio participaron un total de 13 profesionales Diplomados Universitarios en Enfermería. El estudio incluye una guía rápida para la detección de indicadores de maltrato, una hoja de notificación y un registro para la recogida de variables. Se han utilizado unos criterios de inclusión y otros de exclusión. Una vez detectado el maltrato, el observador1 (enfermera de R.A.C.), se lo notificará al médico de la consulta a la que se ha derivado el paciente y a la

enfermera responsable de dicha consulta (observador 2). El observador 2 rellena el registro de enfermería e inicia el proceso enfermero y se lo notifica a la enfermera supervisora (observador 3), quién cumplimentará la hoja de detección y notificación de maltrato.

5.- VARIABLES

• EDAD:

Los pacientes incluidos en el estudio presentan edades comprendidas entre los 0- 17 años. En los datos poblacionales anteriormente expuestos, podemos observar el número de niños de 0 – 17 años que viven en Andalucía, Córdoba y Puente Genil durante el periodo en el que se lleva a cabo el estudio.

• SEXO

• NIVEL DE GRAVEDAD DEL MALTRATO:

La valoración de la gravedad del maltrato se puede definir por:

- La cercanía del incidente que ha provocado el maltrato
- Los efectos del maltrato en el niño
- Si se trata de un hecho aislado o una situación repetida
- La posibilidad de autoprotección del propio niño o la existencia de factores de vulnerabilidad tales como la corta edad del niño o las limitaciones personales (discapacidad física y/o psíquica)
- Dificultad de acceso del niño a recursos sociales.

En función de su gravedad el maltrato puede clasificarse en **leve, moderado o severo.**

MALTRATO LEVE: Cuando la conducta maltratante no es frecuente y su intensidad es mínima. Los efectos del maltrato recibido no han provocado daños en el menor ni se prevé que se produzcan. Si se ha producido daño, este no es significativo, por no requerir intervención o tratamiento especializado. En estas circunstancias se procurará, siempre que sea posible, la intervención desde el propio ámbito que haya detectado el maltrato, en colaboración con los servicios sociales de las corporaciones locales, quienes prestarán el apoyo y asesoramientos necesarios.

MALTRATO MODERADO: Cuando el maltrato recibido por su intensidad o frecuencia ha provocado daños en el menor, o se prevé que puedan producirse en su futuro desarrollo. Por tanto, se requiere de algún tipo de intervención o tratamiento especializado, así como el establecimiento de un plan de intervención interdisciplinar y personalizada por parte de los servicios sociales de las corporaciones locales, en coordinación entre otros, con los servicios educativos y sanitarios, para salvaguardar la integridad del menor dentro de su núcleo familiar.

MALTRATO GRAVE: Cuando los efectos del maltrato recibido pueden hacer peligrar la integridad física o emocional del menor, o provocar daños significativos en su desarrollo. O exista un alto riesgo de que puedan volverse a producir los episodios de maltrato. O bien el niño es muy pequeño o padece algún tipo de enfermedad o discapacidad que lo hacen especialmente vulnerable. Estas circunstancias podrán implicar la adopción de una medida protectora por parte de la Delegación provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, o en su caso, la derivación a los servicios Sociales de la Corporación Local para un tratamiento especializado en el medio.

• TIPOLOGÍA DEL MALTRATO SEGÚN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE EL MALTRATO INFANTIL EN ANDALUCÍA

Son las diferentes manifestaciones del maltrato infantil. En función de las características del maltrato, de la actitud de los padres/tutores y de las repercusiones que se producen sobre el niño, el maltrato infantil se clasifica en las siguientes tipologías:

MALTRATO FÍSICO: Cualquier acto, no accidental, ocasionado a un menor por su progenitor o sustituto que le provoque daño físico o enfermedad o le coloque en situación grave de padecerlo.

MALTRATO PSICOLÓGICO- EMOCIONAL: Los adultos del grupo familiar manifiestan de forma reiterada una hostilidad verbal hacia el menor a través de insultos, desprecio, crítica o amenaza de abandono, y un constante bloqueo de las iniciativas infantiles de interacción (desde la evitación hasta el encierro).

NEGLIGENCIA/ABANDONO FÍSICO/ COGNITIVO: La necesidades físicas y psicológicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en las situaciones potencialmente peligrosas, educación y cuidados médicos) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con él.

ABANDONO PSICOLÓGICO- EMOCIONAL: Falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el menor, y una falta de contacto o de expresividad emocional en las interacciones mutuas, por parte de una figura adulta estable.

ABUSO SEXUAL: Cualquier clase de contacto o interacción sexual de un adulto con un menor, en la que el adulto, que por definición goza de una posición de poder o autoridad sobre aquél, lo utiliza para la realización de actos sexuales, o como objeto de estimulación sexual. También se contempla su comisión por menores de 18 años, cuándo sean significativamente

mayores que el menor- víctima o cuando estén en una posición de poder o control sobre éste. Se incluye en esta categoría la explotación sexual, el tráfico y turismo sexual, y la pornografía y prostitución infantiles.

CORRUPCIÓN: El adulto incita al menor a la realización o implicación en conductas antisociales, autodestructivas o desviadas, particularmente en las áreas de agresión, sexualidad (contempladas ya en el abuso sexual) o uso de sustancias adictivas. Ello dificulta la normal integración social infantil y puede producir una incapacidad para las experiencias sociales normales.

EXPLOTACIÓN: Los padres o cuidadores asignan al menor con carácter obligatorio, y para la obtención de beneficios económicos o similares, la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que exceden los límites de lo habitual, deberían ser realizados por adultos e interfieren de manera clara en sus actividades y necesidades sociales y/o escolares. En esta categoría se incluyen la mendicidad infantil, la realización de tareas agrícolas, recogida de residuos, etc.

MALTRATO PRENATAL: Abuso de drogas o alcohol durante el embarazo, o cualquier circunstancia vital de la madre que se haga incidir voluntariamente en el feto, y que provoca que el bebé nazca con un crecimiento anormal, patrones neurológicos anómalos, con síntomas de dependencia física de dichas sustancias, u otras alteraciones imputables a su consumo por parte de la madre. Este tipo de maltrato también se hace extensivo al progenitor o compañero de la embarazada cuando inflige a ésta conductas maltratantes a nivel físico o no atiende a sus necesidades básicas.

RETRASO NO ORGÁNICO EN EL CRECIMIENTO: También denominado retraso psicosocial del crecimiento se refiere al diagnóstico médico de aquellos niños que no incrementan su peso con normalidad en ausencia de una enfermedad orgánica. Sin embargo, se produce una ganancia sustancial de peso durante su estancia en el hospital o bien hay una recuperación del retraso evolutivo cuando el niño dispone de un ambiente de cuidados adecuados.

SINDROME DE MUNCHAÜSEN POR PODERES: Los padres o cuidadores someten al niño a continuos reingresos y exámenes médicos alegando síntomas físicos patológicos ficticios o generados de manera activa por ellos mismos (mediante la inoculación de sustancias al niño, por ejemplo). Como consecuencia el menor se ve sometido a continuos ingresos, exámenes médicos y pruebas diagnósticas molestas e innecesarias y que incluso pueden ser perjudiciales para su salud física y mental.

MALTRATO INSTITUCIONAL: Cualquier programa, legislación, procedimiento o actuación u omisión por parte de organizaciones o instituciones públicas o privadas o bien procedentes del comportamiento individual de un profesional que conlleve abuso, negligencia o detrimento de la salud, del desarrollo y de la seguridad o que viole los derechos básicos de los menores.

- **ORIGEN DEL MALTRATO:**

Se trata de identificar, si existe alguna sospecha por parte de quien lo notifique, el posible causante o causantes del maltrato hacia el menor. El origen del maltrato puede ser:

Padre biológico; madre biológica; padre y madre biológicos; Compañero/a sentimental del padre o madre biológicos; Hermano/a; Abuelo/a que convive en el domicilio familiar; Tío/a que convive en el domicilio familiar; Otro miembro de la familia que convive en el domicilio familiar; Abuelo/a que no convive en el domicilio familiar; Tío/a que no convive en el domicilio familiar; Otro miembro de la familia que no convive en el domicilio familiar; Miembro de la familia que ejerce el acogimiento del menor; Persona que ejerce el acogimiento familiar del menor y no forma parte de la familia.: Padre o madre adoptivos; Persona que ostenta la tutela del menor; Persona externa a la familia(vecinos, amigos...); Persona que ejerce la dirección del centro o servicio público; profesional del centro o servicio público.

- **INDICADORES DE DETECCIÓN:**

Para cada tipo de maltrato, existe una serie de indicadores que nos van a ayudar en la detección de dicho maltrato:

1. ***INDICADORES MALTRATO FISICO***

- 1-En el Menor;**

- Magulladuras a moratones en distintas partes del cuerpo y en diferentes fases de cicatrización.
- Quemaduras de puros o cigarrillos, con objetos que dejan una señal definida o indicativa de inmersión en líquido caliente.
- Fracturas óseas en diversas fases de cicatrización. Torceduras o dislocaciones.
- Heridas o raspaduras.
- Lesiones abdominales, vómitos constantes, hinchazón de abdomen.
- Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de adultos o reiteradas.
- Cortes o pinchazos.
- Lesiones internas.
- Asfixia o ahogamiento.
- Reticente o cauteloso al contacto físico con sus padres y otros adultos.
- Declara que su padre, madre o familiar le ha causado alguna lesión.
- Esconde la agresión y da respuestas evasivas o incoherentes.
- Muestra miedo a ir con sus padres.
- Lloran cuando terminan las clases y tiene que irse de la escuela o guardería.
- Muestra sentimientos de culpa y cree merecer las agresiones.

- Se mantiene alerta ante posibles peligros.
- Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran.
- En situaciones angustiosas no espera ser consolado.
- Muestra conductas extremas.
- Presenta conductas autodestructivas.
- Baja autoestima.
- Se siente rechazado y no querido.

2-En los Padres;

- No explican de forma convincente la causa de las lesiones.
- El motivo de la consulta no coincide con el resultado de la exploración.
- Dificultad para localizarlos.
- No acuden cuando se les cita.
- Frecuentes cambios de médicos.
- Intentan ocultar la lesión.
- Culpabilizan a otros de las lesiones.
- Intentan proteger la identidad de la persona que causa la lesión.
- Aparenta despreocupación por el menor.
- Pautas disciplinarias severas y no proporcionales a la conducta y edad del menor.
- No se controlan cesando el castigo.
- Perciben al niño de forma negativa.
- No dan su consentimiento a nuevas pruebas diagnósticas o no participan en las mismas.
- Abuso de drogas y alcohol.
- Han sido objeto de maltrato en su infancia.

B-INDICADORES MALTRATO PSICOLOGICO O EMOCIONAL;

1-En el Menor;

- Retraso en el crecimiento.
- Retraso en el desarrollo físico.
- Alteraciones en el desarrollo motor.
- Retraso en el desarrollo del lenguaje.
- Retraso en el desarrollo intelectual.
- Trastornos en el desarrollo emocional.
- Problemas en el control de esfínteres.
- Trastornos de la alimentación y el sueño.
- Trastornos de conducta.
- Reacciones de ansiedad.
- Trastornos psicósomáticos.
- Reacción de temor o miedo ante estímulos sociales.
- Ausencia de respuestas ante estímulos sociales.
- Comportamientos negativos o agresivos.
- Actitud silenciosa y tristeza sin motivo aparente.
- Apatía e inhibición en el juego.
- Aparece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente.
- Hiperactividad.
- Disminución de la capacidad de atención.
- Es extremadamente agresivo, exigente o rabioso.
- Conductas de riesgo o antisociales.
- Conductas compulsivas o autolesion.
- Intentos de suicidio.
- Muestra conductas extremadamente adaptativas que son o bien demasiado adultas o infantiles.
- Baja autoestima.
- Relaciones sociales escasas o conflictivas.
- Escasez de habilidades en resolución de conflictos.
- Problemas de aprendizaje.
- Cambios bruscos en el rendimiento escolar.

2-En los Cuidadores;

- Rechazo verbal y no verbal hacia el menor.
- No responde a sus iniciativas de contacto.

- Lo culpabilizan continuamente, o le manifiestan desprecio.
- Utilizan frecuentemente el castigo o la intimidación.
- Pautas educativas y disciplinarias, incongruentes y no estables.
- Lo amenazan con castigos extremos.
- Lo enfrentan a situaciones violentas o peligrosas, con el fin de crearle un miedo intenso.
- Actitud fría. Niegan el amor al niño.
- Le transmiten una desvalorización constante de si mismos, con criticas continuas y tomando desprecio por sus adquisiciones.
- Dificultan la interacción y comunicación del menor con otros niños y adultos.
- Violencia domestica física o verbal extrema y crónica, entre los padres y los cuidadores, en presencia del menor.
- Falta de interés por sus necesidades, y despreocupación por sus problemas. No les dan ayuda cuando lo necesitan.
- Desinterés por su evolución o por las actividades que realizan.
- Responden de manera extrema e imprevisible ante conductas normales del menor, como en su curiosidad natural.
- Exigen al menor por encima de sus capacidades físicas y psicológicas.
- Trato desigual a los hermanos.

C-INDICADORES NEGLIGENCIA/ABANDONO FISICO/COGNITIVO;

1-En el Menor;

- Aparece constantemente sucio, hambriento o inapropiadamente vestido.
- Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas.
- Enfermedades leves, recurrentes o persistentes.
- Ausencia de los cuidados médicos rutinarios necesarios.
- Accidentes frecuentes por falta de supervisión.
- Desnutrición.
- Retraso en el desarrollo físico.
- Retraso en el desarrollo psicomotor.
- Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones potencialmente peligrosas.
- Es dejado solo o bajo el cuidado de otros menores, durante largos periodos de tiempo.
- Permanencia prolongada en lugares públicos o en la escuela.
- Ha sido abandonado por sus progenitores o cuidadores.
- Falta al colegio de forma habitual y sin justificación.
- Suele llegar tarde a la escuela.
- Ausencia de escolarización.
- Hábitos horarios inadecuados.
- Hábitos alimenticios inapropiados y no saludables.
- Cansancio o apatías permanentes.
- Dice que no hay nadie que le cuide.
- Pide o roba comida.
- Conductas de llamada de atención a los adultos.
- Participa en acciones delictivas.
- Conductas antisociales.
- Abuso de drogas y alcohol.
- Conducta agresiva excesiva.
- Pasividad extrema.
- Manifestaciones afectivas extremas.
- Pesimismo o falta de confianza, síntomas depresivos.
- Habilidades cognitivas y verbales inferiores al promedio.
- Problemas de aprendizaje escolar.

2-En los Cuidadores;

- Falta de atención a las necesidades físicas y educativas.
- Desconocimiento de las pautas de cuidados básicas según cada etapa evolutiva.
- No asumen su rol parental.
- Apatía o nulidad para el cuidado de sus hijos.
- No acude con el menor a las revisiones médicas programadas por el centro sanitario.
- No cumple con las recomendaciones médicas para la promoción de la salud del menor o prevención de enfermedades infantiles.
- Consultas frecuentes a los servicios de urgencias.
- No atienden las demandas del centro educativo.

- Falta de colaboración con el profesorado.
- Abuso de drogas y alcohol.
- La vida del hogar es caótica.
- Bajo nivel intelectual o enfermedad mental.
- Enfermedad crónica o discapacidad.
- Desestructuración familiar.
- Ni el padre ni la madre conviven actualmente con el menor.
- No disponen de una red de apoyo familiar.
- Padres muy jóvenes.
- Fue objeto de negligencia en su infancia.

D-INDICADORES DE ABANDONO PSICOEMOCIONAL

1-En el Menor;

- Comportamiento apático inhibición en el juego.
- Desconfianza hacia los adultos, hacia sus promesas y actitudes positivas.
- Muestras de tristeza y aflicción sin motivo aparente.
- Conductas extremas; puede mostrarse excesivamente complaciente, pasivo o no exigente, o extremadamente agresivo.

2-En los Cuidadores;

- Expresiones de cariño muy limitadas, actitud fría ante el menor.
- Falta de respuesta a las reacciones sociales espontáneas del menor.
- Se muestran poco accesibles a sus demandas.
- No se interesan o participan en las actividades diarias del menor.
- Falta de interés por su evolución.
- Despreocupación por sus problemas.
- Bajo nivel intelectual o enfermedad mental.
- Abuso de drogas o alcohol.
- No asumen su rol parental.
- Padres muy jóvenes.

E-INDICADORES DE ABUSO SEXUAL

1-En el Menor;

- Lesiones físicas, especialmente en la zona genital.
- Irritaciones genitales.
- Infecciones urinarias o genitales.
- Enfermedad venérea.
- Molestias en la zona genital; dolor o picor.
- Dificultades para andar y sentarse.
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa.
- Embarazo.
- Conocimientos y afirmaciones sexuales impropias de la edad del menor.
- Conductas sexuales impropias para su edad.
- Sexualidad de las relaciones afectivas.
- Declara haber sido atacado sexualmente.
- No quiere cambiarse de ropa para hacer gimnasia o pone dificultades para participar en actividades físicas.
- Desconfianza especialmente hacia figuras significativas.
- Actitudes de abierto sometimiento.
- Comportamientos demasiado infantiles para su edad.
- Parece reservado rechazante. Retraimiento social.
- Relaciones sociales con sus compañeros escasos o conflictivos.
- Dificultades para establecer amistades.
- Problemas en el desarrollo cognitivo y social.
- Trastorno del sueño y la alimentación.
- Trastorno psicosomático.
- Depresión clínica.
- Ideaciones suicidas.
- Miedo y fobias.
- Falta de control emocional.
- Conductas agresivas con tendencia a externalizar el conflicto.

- Comete acciones delictivas o se fuga.
- Disminución brusca del rendimiento escolar.
- Dificultades de concentración en la escuela.
- Escasa participación en actividades escolares y sociales.

2-En los Cuidadores;

- Alienta al menor a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador.
- Es extremadamente protector o celoso del menor.
- Sufrió abuso sexual en su infancia.
- Experimenta dificultades con su pareja.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Esta frecuentemente ausente del hogar.
- Están relacionados con redes de prostitución.

F-INDICADORES DE CORRUPCION

1-En el Menor;

- Consumo de drogas y alcohol.
- Tráfico de drogas.
- Conductas delictivas.
- Trasgresión constante de las normas sociales.
- Conocimientos y afirmaciones impropias a su edad.
- Comportamientos sexuales impropios a su edad.
- Comportamientos autodestructivos o violentos.
- Relaciones sociales conflictivas con sus compañeros o iguales.
- Falta a clase de forma habitual y no justificada.
- Fracaso escolar.
- Abandono escolar.

2-En los Cuidadores;

- Sistema de vida basado en la marginalidad.
- Abuso de drogas y alcohol.
- Tráfico de drogas.
- Relaciones intrafamiliares marcadas por la violencia.
- Gran agresividad.
- Conductas delictivas.

G-INDICADORES DE EXPLOTACION LABORAL

1-En el Menor;

- Absentismo escolar reiterado y no justificado.
- Abandono del sistema educativo.
- Fracaso escolar.
- Participación en actividades de mendicidad.
- Dificultad para realizar actividades lúdicas adecuadas a su edad.
- Dificultad para mantener relaciones sociales habituales para su edad.
- Cansancio y fatiga continúa.

2-En los Cuidadores;

- Sistema de vida basado en la marginalidad.
- Cambios constantes de domicilio.
- Despreocupación o falta de conocimiento de las necesidades cognitivas y sociales del menor.
- Falta de respuesta a los requerimientos del centro educativo.
- Justificación inadecuada de las ausencias escolares de sus hijos

H-INDICADORES DE MALTRATO PRENATAL

1-En el Feto ó Recién Nacido;

- Sufrimiento fetal.
- Síndrome de abstinencia.
- Prematuridad.
- Retraso del crecimiento intrauterino.
- Bajo peso al nacer.
- Microcefalia.
- Síntomas inespecíficos: dificultad respiratoria, dificultad para alimentarse, vómitos, diarrea, convulsiones, etc.
- Malformaciones congénitas.

- Daño cerebral.
- Retraso psicomotor.

2-En la Madre o Progenitor;

- Rechazo del embarazo.
- Falta de control y/o seguimiento médico del embarazo.
- Negligencia personal en la alimentación e higiene.
- Medicaciones excesivas o inadecuadas.
- Consumo inadecuado o abusivo de tabaco y alcohol.
- Exceso de trabajo corporal.
- Promiscuidad o prostitución.
- Maltrato físico por parte del padre/compañero hacia la embarazada.
- Negligencia en la atención de las necesidades básicas de la embarazada por parte del padre/compañero.

I-INDICADORES DE RETRASO NO ORGÁNICO DEL CRECIMIENTO

1-En el menor;

- Ausencia de enfermedad que justifique los síntomas.
- Falta de aumento de peso adecuado.
- Disminución o ausencia de crecimiento lineal.
- Retraso en el desarrollo motor.
- Microcefalia.
- Apatía, fatiga sin motivo aparente.
- Irritabilidad.
- Retraso en el lenguaje.

2-En los cuidadores;

- Falta de afecto o cariño hacia el bebé.
- Rechazo del embarazo.
- El bebé no cumple con sus expectativas.
- Ignoran o no atienden adecuadamente las demandas del bebé (llantos, alimentación, etc.).
- Inexperiencia o desconocimiento de las necesidades del menor.
- Abuso de drogas y/o alcohol.
- Enfermedad mental.
- Tensión psicosocial.
- Carencia de red de apoyo sociofamiliar.
- Marginalidad.

J-INDICADORES DE SÍNDROME DE MUCHAÛSEN POR PODERES

1-En el Menor;

- Aparición recurrente de enfermedades y síntomas sin causa justificada.
- Síntomas inespecíficos y generalmente de comienzo agudo: fiebre, exantemas infecciosos, convulsiones, ataxia, coma, movimientos anormales, pérdida de peso, vómitos, diarrea, úlceras bucales. hiperventilación, etc.
- Los signos clínicos o síntomas son persistentes o recidivantes.
- Son de causa inexplicable y los exámenes complementarios no aclaran el diagnóstico.
- Aparecen solo en presencia de la madre (o progenitor responsable) y no cuando ésta está ausente.
- Existen antecedentes de ingresos múltiples, en distintos hospitales y abundantes exploraciones complementarias.
- Existe una enfermedad confirmada de causa inexplicable.
- Tiene hermanos con los mismos antecedentes médicos (enfermedades raras, inexplicables).
- Síntomas psicológicos y emocionales (ansiedad, síntomas depresivos, etc.).
- Trastornos de la conducta.
- Pueden confabular con el progenitor para confirmar los síntomas o historia médica.
- Pueden ser conscientes de que la explicación del progenitor es improbable pero no lo dicen, por miedo o por considerar que nadie lo creerá.
- Continúas ausencias escolares.
- Fracaso escolar.

2-En los Cuidadores;

- Excesiva demanda por los padres de ingresos hospitalarios o exámenes médicos.
- Atención y/o protección excesiva hacia el menor.
- El progenitor responsable es inteligente, atento y mantiene una buena relación con el personal sanitario.
- Excesivamente protector.
- Reacciones paradójicas respecto a la enfermedad del hijo: no le da importancia o ésta es excesiva.

K-MALTRATO INSTITUCIONAL.

Cualquier programa, legislación, procedimiento o actuación u omisión por parte de organizaciones públicas o privadas o bien procedentes del comportamiento individual de un profesional que conlleve abuso, negligencia, detrimento de salud, del desarrollo y de la seguridad o que viole los derechos básicos de los menores.

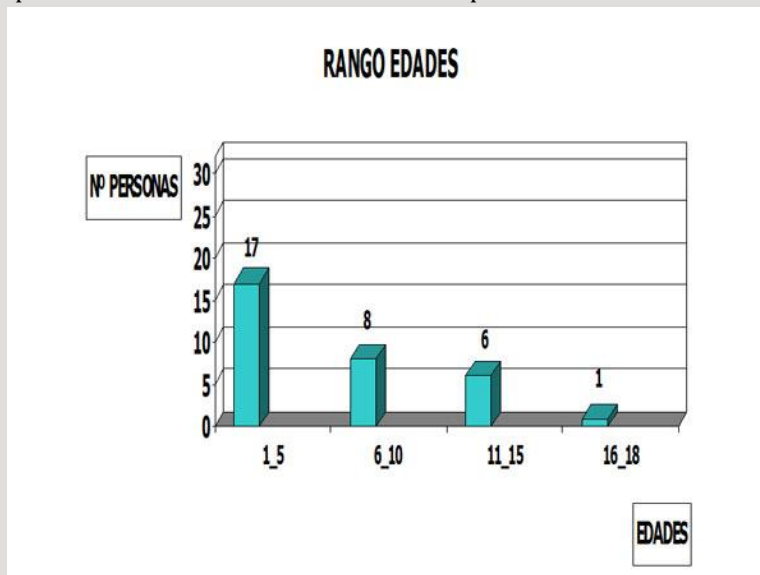
Las manifestaciones pueden ser muy diversas y afectar a un amplio conjunto de necesidades infantiles. Por ello los indicadores que se detecten pueden coincidir con los expuestos anteriormente para los distintos tipos de maltrato. Los criterios que deberán analizarse para valorar su gravedad se relacionan con la continuidad y persistencia de los hechos y las consecuencias que han ocasionado o pueden provocar en los menores afectados.

- **PROFESIÓN DEL NOTIFICADOR**
- **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, OBJETIVOS NOC E INTERVENCIONES NIC**
- **Nº CASOS Y MALTRATO EN ANDALUCÍA/ Nº CASOS DEL MALTRATO EN PUENTE GENIL**
- **INTERVENCIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR**

6.-RESULTADOS

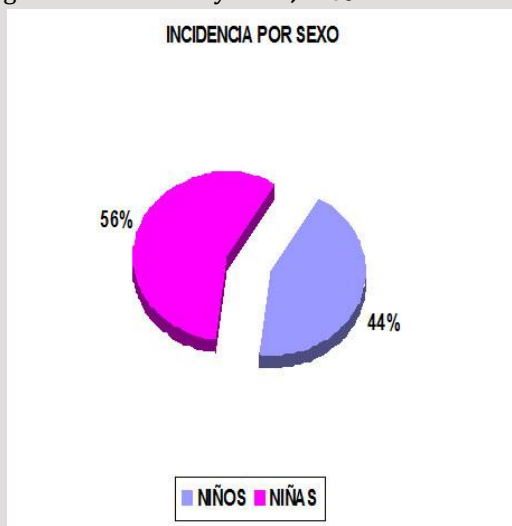
- **EDAD**

Durante el periodo de estudio se detectaron en nuestro servicio de urgencias un total de 32 casos de maltrato infantil. Las edades de los menores estaban comprendidas entre los 2 y 14 años con una media de edad de 5.4 y una moda de 5, con una desviación típica de 3.84 y un promedio de 6.43. Desde el punto de vista **sociodemográfico**, nos encontramos que por grupos de edades las más frecuentes son los que se encuentra entre los 0-5 años con 17 casos detectados (53,12%), seguidos del grupo de edad comprendido entre los 6-10 años con 8 casos (25%) y el comprendido entre los 11-15 años con 6 casos (18,75%). El grupo menos frecuente es el de edades comprendidas entre los 16-18 años con 1 caso (3,12%).



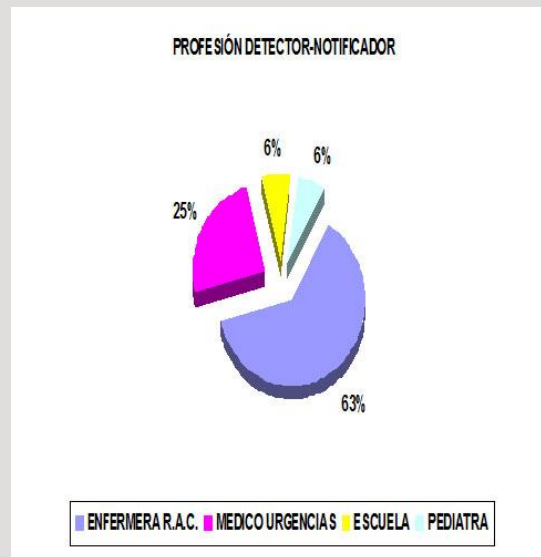
- **SEXO**

Se identificaron 18 niñas y 14 niños. Por lo que el **56,25%** de los casos de menores que han sufrido malos tratos y han sido identificados en nuestro servicio de urgencias son **niñas** y el **43,75%** son **niños**.



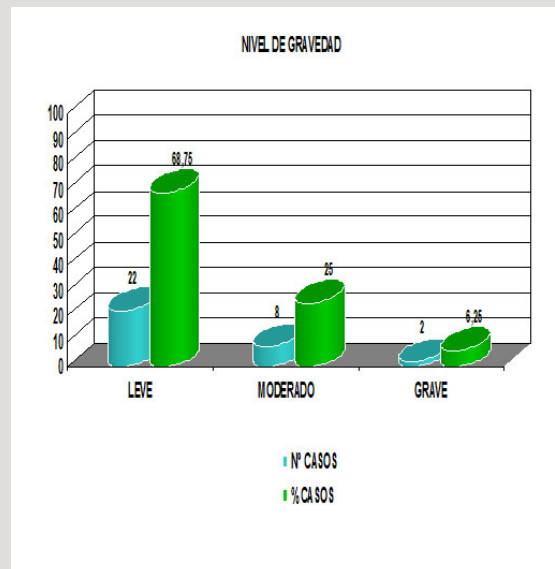
• **PROFESIÓN DEL DETECTOR DEL MALTRATO**

Para mostrar la efectividad de la guía elaborada para la detección del maltrato infantil en nuestro servicio y la importancia del rol de la enfermera de R.A.C como detectora y notificadora de los casos de maltrato infantil, nos dispusimos a conocer la profesión de los detectores de los casos de maltrato infantil que se han notificado desde nuestro centro. Nos encontramos que el 62,5%(20) de los casos fueron detectados por la enfermera de R.A.C, un 25%(8) fue detectado por el médico de urgencias, un 6,25%(2) fue derivado al hospital por el profesor del colegio y el otro 6,25%(2) por la pediatra del centro de salud.



• **NIVEL DE GRAVEDAD**

Otra variable de nuestro estudio fue el nivel de gravedad del maltrato notificado. Incluyendo esta variable buscábamos conocer si tras la detección y notificación del caso, se podía garantizar la continuidad de nuestros cuidados pudiendo intervenir enfermería de atención primaria y/o enfermería de enlace, ya que si el maltrato es LEVE Y/O MODERADO se notificaría a Servicios Sociales de La Corporación Local quien intervendrá de forma conjunta con enfermería y pediatras del centro de salud, para salvaguardar la integridad del menor dentro de su núcleo familiar. Pero si el maltrato es GRAVE se notificaría a Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social que adoptarán medidas protectoras. Nos encontramos que el 68,25% de los maltratos detectados fueron LEVES (22), el 25% MODERADOS (8) y el 6,25% GRAVES (2).



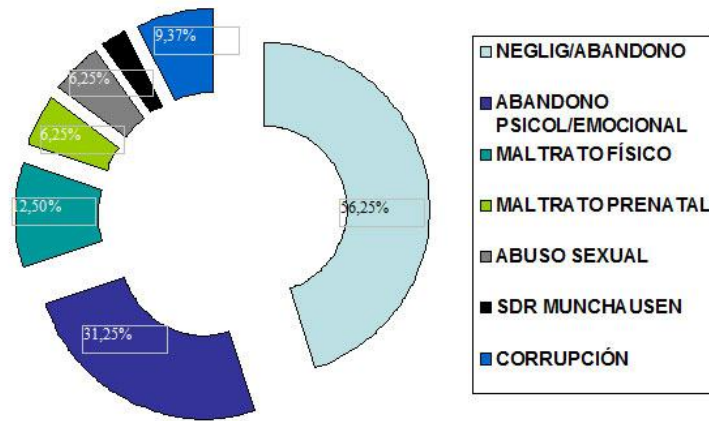
• **TIPOLOGÍA DEL MALTRATO**

Conocer el tipo de maltrato nos ayudaría a comprender las causas para poder establecer posibles intervenciones enfermeras de educación sanitaria en la población.

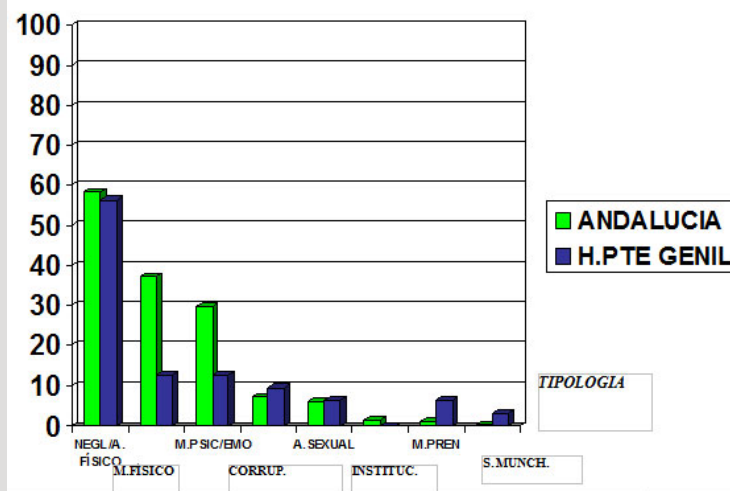
Los resultados obtenidos nos han llevado a descubrir un déficit de educación sanitaria en cuantos aspectos básicos del cuidado del menor en la población estudiada y la necesidad de intervención y asesoramiento del personal sanitario.

Nos encontramos que en 18 (56,25%) casos de los 32 estudiados existía maltrato por NEGLIGENCIA/ ABANDONO FÍSICO, en 10(31,25%) ABANDONO PSICOLÓGICO/EMOCIONAL, 4(12,50%) casos MALTRATO FÍSICO, 3 (9,37) casos de CORRUPCIÓN, 2(6,25%) fueron MALTRATO PRENATAL, otros 2(6,25%) ABUSO SEXUAL y 1(3,13%) SINDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES.

TIPOLOGÍA DEL MALTRATO EN H. PUENTE GENIL

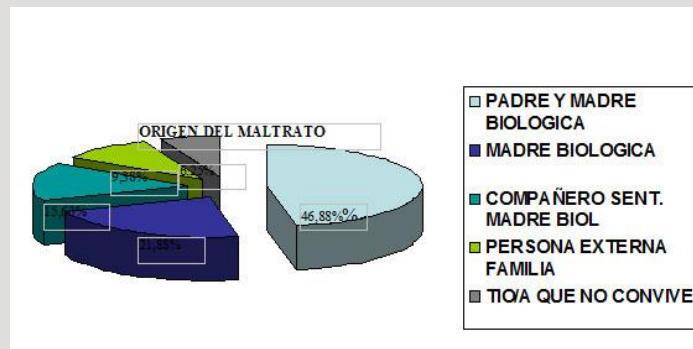


COMPARATIVA TIPOLOGÍA DEL MALTRATO EN ANDALUCÍA/ H. PUENTE GENIL



ORIGEN DEL MALTRATO:

Quisimos estudiar quién es el causante más frecuente del maltrato hacia el menor para reducir al máximo el grupo al que se dirigirá nuestras intervenciones en la población. Los resultados obtenidos muestran como origen del maltrato más frecuente al **padre y madre biológicos** con un 46,88%(15 casos), seguido de únicamente la **Madre biológica** en un 21,88% (7) de los casos y del **compañero sentimental de la madre** en un 15,63%(5) de los casos. Por último nos encontramos que en un 9,38%(3) el origen del maltrato viene dado por una **persona externa a la familia** y un 6,25%(2) **un tío/a que no vive en el domicilio**.



INDICADORES DEL MALTRATO:

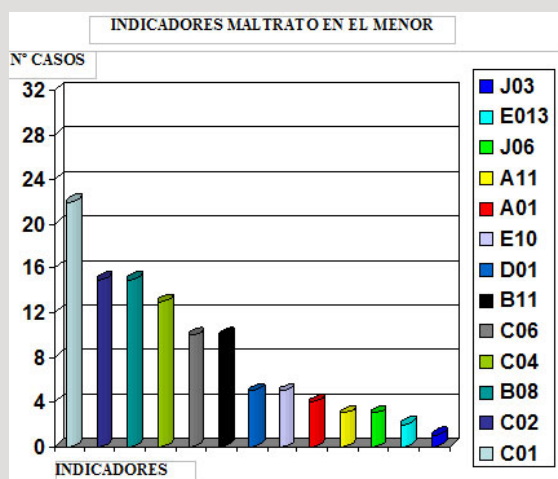
Nos propusimos recoger cuales eran los indicadores más frecuentes en el menor que nos llevaron a indagar en su momento sobre si era o no un posible caso de malos tratos. Así, describir los indicadores más frecuentes nos ayudaría a la hora de revisar e introducir posibles modificaciones en la guía de detección que habíamos creado y a su vez conocer la relación existente entre nuestra valoración de enfermería basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson y los indicadores de maltrato basados en el sistema de información sobre maltrato infantil en Andalucía.

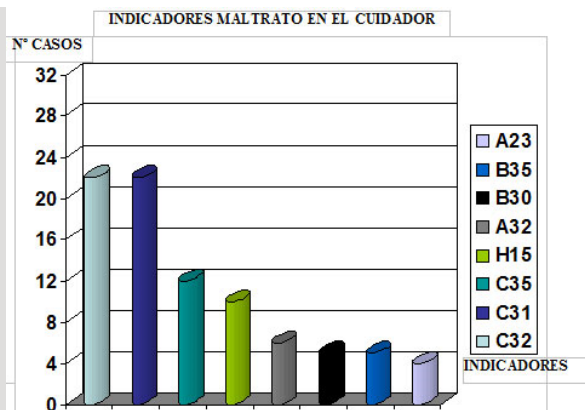
En el **menor**, los resultados fueron los siguientes:

- (C01) Aparece constante sucio, hambriento o inapropiadamente vestido en un 68,75% de los casos (22 menores de los 32 en estudio)
- (C02) Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (heridas sin curar o infectadas, falta de tratamiento de enfermedades, etc...) en un 46,8% de los casos (15 menores de 32 estudiados)
- (B08) Trastornos de alimentación y del sueño en un 46,8% de los casos (15 menores de 32 estudiados)
- (C04) Ausencia de los cuidados médicos rutinarios necesarios (vacunaciones, revisiones preventivas...) en un 40,62% de los casos (13 menores de 32 estudiados)
- (C06) Desnutrición en un 31,25% de los casos (10 menores de 32 estudiados)
- (B11) Reacciones de ansiedad en un 31,25% de los casos (10 menores de 32 estudiados)
- (D01) Comportamiento apático e inhibición en el juego en un 15,6% de los casos (5 menores de 32 estudiados)
- (E010) Conocimientos y afirmaciones sexuales impropias de la edad del menor en un 15,6% de los casos (5 menores de 32 estudiados)
- (A01) Magulladuras o moratones en distintas zonas corporales y en diferentes fases de cicatrización en un 12,5% de los casos (4 menores de 32 casos estudiados)
- (A11) Declara que su padre, madre u otro familiar le han causado alguna lesión en un 9,37% de los casos (3 menores de los 32 estudiados)
- (J06) Existen antecedentes de ingresos múltiples en distintos hospitales y abundantes exploraciones complementarias en un 9,37% de los casos (3 menores de 32 estudiados)
- (E013) Declara haber sido atacado sexualmente en un 6,25% de los casos (2 menores de 32 estudiados)
- (J03) Los signos clínicos o síntomas son persistentes y recidivantes en un 3,12% de los casos (1 menor de los 32 estudiados).

En los **cuidadores** los resultaron fueron:

- (C32) Desconocimiento de las pautas de cuidados básicos según cada etapa evolutiva en un 78,10% de los casos (22 casos de los 32 estudiados)
- (C31) falta de atención a las necesidades físicas y educativas del menor en un 68,75% de los casos (22 casos de 32 estudiados).
- (C35) No acude con el menor a las revisiones médicas programadas por el centro Sanitario en un 37,5% de los casos (12 casos de los 32 estudiados)
- (H15) Consumo inadecuado o abusivo de tabaco y alcohol en el 31,25% de los Casos (10 casos de los 32 estudiados)
- (A32) Pautas disciplinarias severas y no proporcionales a la conducta y edad del menor en un 18,75% de los casos (6 casos de los 32 estudiados)
- (B30) Rechazo verbal y/o no Verbal hacia el menor en un 15,6% de los casos (5 casos de los 32 estudiados)
- (B35) Le amenazan con castigos extremos en un en un 15,6% de los casos (5 casos de los 32 estudiados).
- (A23) No explica de forma convincente la causa de las heridas o lesiones en un 12,5% de los casos (4 de los casos de los 32 estudiados).





RELACIÓN INDICADORES DE MALTRATO MÁS FRECUENTES Y VALORACIÓN ENFERMERÍA.

INDICADORES MALTRATO	NECESIDADES ALTERADAS	INDICADORES DE NECESIDAD	INDICADOR CUIDADOR
C01	2.Alimentación/Hidratación	Alteración patrón nutrición: dieta habitual/última ingesta	C32 C31
	8.- Higiene y protección piel	higiene incorrecta/estado ropa/deshidratación/heridas contaminadas	
C02	4.- Movilización	Fracturas; Limitación de movimientos: dificultad para moverse, levantarse, sentarse, caminar.	C32 C31 C35 A23
	5.- Reposo/bienestar	Alteración en la calidad del descanso: Dolor continuado	
	8.- Higiene y protección piel	Piel intacta: Heridas contaminadas/quemaduras/palidez	
B08	5.- Reposo/bienestar	Alteración patrón sueño: horas de sueño interrumpidas y pauta de sueño habitual.	C32 C31 A32 B35
	2.Alimentación/Hidratación	Alteración patrón nutrición: dieta habitual/última ingesta Alteración patrón hidratación inadecuada.	
	3.- Eliminación	Alteración patrón eliminación: Urinario: Hábito vesical Intestinal:Diarrea,estreñimiento,vómitos	
	8.- Higiene y protección piel	Mala coloración piel y mucosas/deshidratación/ictericia/palidez	
C04	2.Alimentación/Hidratación	Alteración patrón nutrición: peso por debajo de los percentiles	C32 C31 C35 A23
	8.- Higiene y protección piel	Heridas sin curar	
	10.- comunicación	Déficit sensorceptivo	
C06	2.Alimentación/Hidratación	Alteración patrón nutrición: dieta habitual/última ingesta	C32 C31 C35
	3.- Eliminación	Urinario: Hábito vesical	
	8.- Higiene y protección piel	Signos de desnutrición en piel y mucosas	
B11	1.- Respiración	Alteración patrón sueño: horas de sueño interrumpidas y pauta de sueño habitual Conductas de riesgo: actitud de daño, amenaza. Respuesta de afrontamiento: desesperación, evitación o negación, huida.	H15 A32 B30 B35
	5.- Reposo/bienestar		
	9.-Evitar peligros/seguridad/relación		

D01	9.-Evitar peligros/seguridad/relación	Conductas de riesgo: actitud de ridiculación , huida.	H15 A32 B30
	10.- Comunicación	Comunicación alterada: disminuida	B35
	12.- Realización/ocio	No realiza actividades de ocio	C32
E10	14.- Aprendizaje/enseñanza	Conocimientos sobre el sexo impropios para su edad	C31 B30
A01	4.- Movilización	Alteración movilización por lesiones	H15 A32 B30 B35 A23
	5.-Reposo/bienestar	Dolor	C31
	8.- Higiene y protección piel	Heridas, quemaduras, moratones	C35
	9.-Evitar peligros/seguridad/relación	Conductas de riesgo: actitud de daño, amenaza. Respuesta de afrontamiento: desesperación, evitación o negación, huida.	

• **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA, OBJETIVOS NOC E INTERVENCIONES NIC**

Quisimos describir los diagnósticos emitidos, así como los objetivos e intervenciones llevadas a cabo por enfermería, para conocer la utilidad del proceso enfermero tanto en la detección del maltrato infantil como en las posteriores intervenciones realizadas con los menores víctimas de malos tratos. Descubrimos que los diagnósticos emitidos estaban directamente relacionados con los indicadores a los que se había llegado tras la valoración de enfermería al menor maltratado y que la continuidad de cuidados por parte del equipo multidisciplinar se centró, en gran parte, en la resolución de dichos diagnósticos.

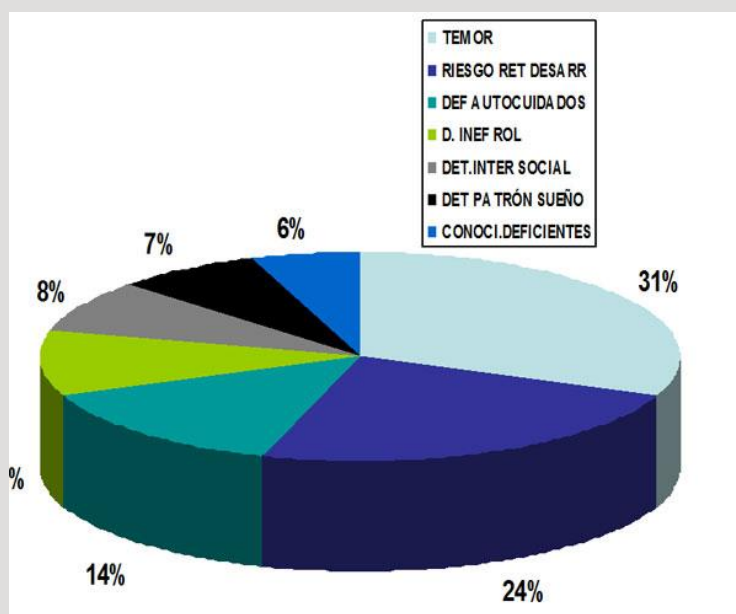
DIAGNÓSTICOS

Se procedió a identificar los problemas de salud susceptibles de cuidados enfermeros que presenta el menor, basándonos en la taxonomía NANDA recogiendo los más relevantes por su frecuencia e importancia.

Los resultados fueron:

En un 68,75%(22) de los menores se emitió como diagnóstico enfermero, TEMOR.(00148) En un 53,12%(17) RIESGO DE RETRASO EN EL DESARROLLO(00112); en un 31,25% (10) DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS(00102,00108,00109); en un 21,87%(7) DESEMPEÑO INEFECTIVO DEL ROL(00055); En un 18,75%(6) DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL(00052); en un 15,6%(5) DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO(; En un 12,5%(4) CONOCIMIENTOS DEFICIENTES.(00126)

DIAGNÓSTICOS NANDA



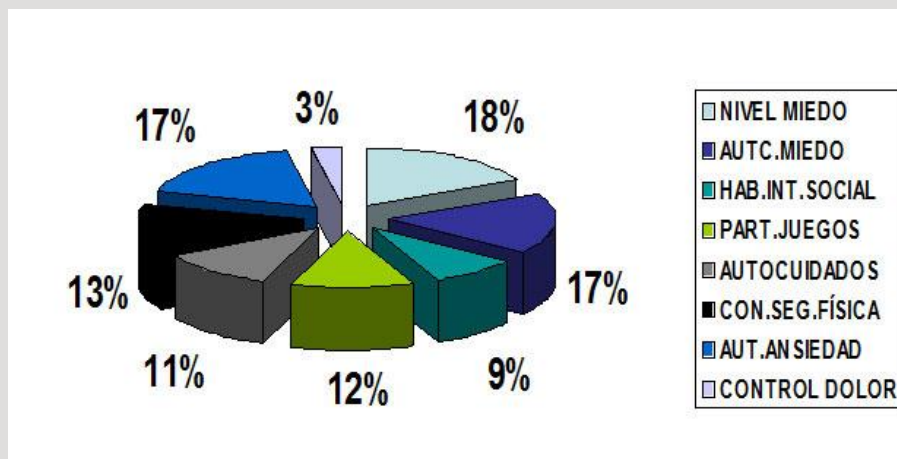
OBJETIVOS NOC

Una vez identificados los diagnósticos enfermeros, nos planteamos unos objetivos para resolver o disminuir los problemas de salud en los que enfermería puede intervenir. Estos objetivos son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del menor, así como los cuidados proporcionados. En el maltrato infantil han de formularse objetivos en términos de conductas observables o cambios mensurables, realistas y tener en cuenta los recursos disponibles. En el trato con los familiares hay que tener en cuenta cual es principal sistema de apoyo, sus motivaciones, sus conocimientos y capacidades... así como los recursos de la comunidad. Se deben fijar a corto y largo plazo. Por último, es importante que los objetivos en el maltrato leve y/o moderado se decidan y se planteen de acuerdo con la familia y/o la comunidad, que se establezca un compromiso de forma que se sientan implicadas ambas partes, profesional y familia/comunidad y para esto necesitamos la ayuda del equipo multidisciplinar.

Los objetivos planteados más frecuentes son:

Nivel del miedo: infantil (1213) en el 68,75%(22) de los casos; Autocontrol del miedo (1404) en un 68,75% de los casos; Habilidades de interacción social (1502) en un 34,3%(11) de los casos; Participación en juegos (0116) en el 46,8%(15) de los casos; Autocuidados:higiene(0305) en un 43,75%(14) de los casos; Conocimiento: seguridad física infantil(1801) en un 50%(16) de los casos; Autocontrol de la ansiedad(1402) en el 68,75% de los casos(22); Control del dolor(1605) en el 12,5% de los casos.

OBJETIVOS NOC



INTERVENCIONES NIC

También hemos recogido las intervenciones específicas que se han llevado a cabo para ayudar al menor al logro de los resultados esperados. Estas intervenciones han ido encaminadas a eliminar factores que contribuyen a la aparición del problema. El menor y los familiares deben participar, siempre que sea posible, en las decisiones relativas a las intervenciones enfermeras encaminadas al logro de los objetivos.

Las intervenciones más frecuentes han sido:

Disminución de la ansiedad (5820), Enseñanza: procedimiento/tratamiento(5618), ayuda a la exploración(7680); fomentar el desarrollo: niño(8274); fomentar el desarrollo: adolescente(8272); enseñanza: individual(5606); potenciación de la autoestima(5400); administración de medicación(2300); mejorar el sueño(1850); educación sanitaria(5510); terapia con juegos(4430);

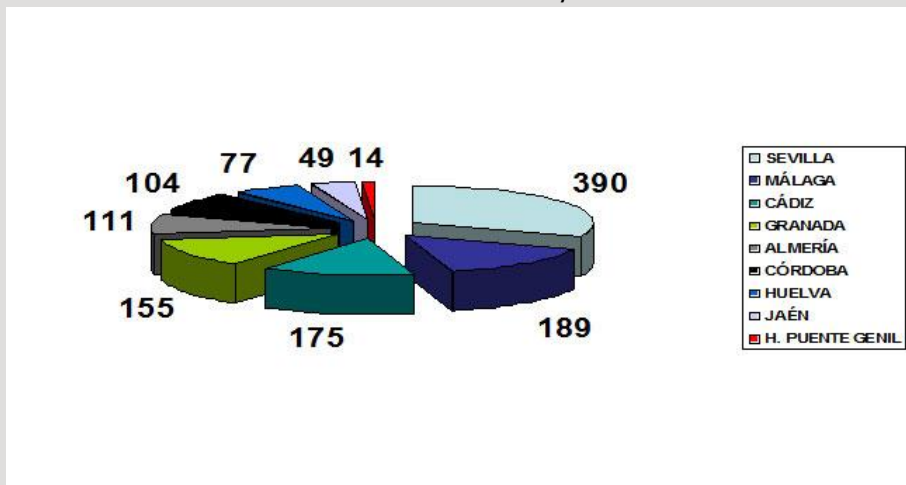
Nº CASOS MALTRATO EN ANDALUCIA/ Nº CASOS DEL MALTRATO DETECTADOS EN HOSPITAL DE PUENTE GENIL:

Cuando obtuvimos los resultados del número de casos de maltrato infantil detectados en nuestro hospital, nos dispusimos a conocer los resultados existentes a nivel Autonómico para ver las diferencias existentes en nuestra población. Los resultados obtenidos según el observatorio de la infancia en Andalucía perteneciente a la Consejería para la Igualdad y Bienestar social son los siguientes:

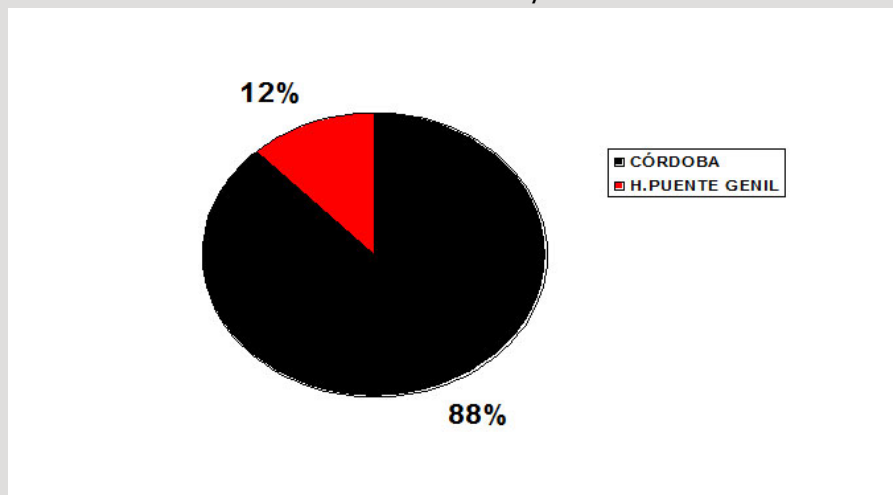
En el año 2007 se tramitaron un total de 1250 fichas relacionadas con presuntas situaciones de malos tratos, que implica a un total de 1931 menores. Sevilla es la ciudad con más fichas tramitadas con un 31,2%(390 fichas), seguido de Málaga con un 15,1%(189 fichas), Cádiz con un 14%(175 fichas), Granada con un 12,4%(155 fichas), Almería con un 8,9%(111 fichas), Córdoba con un 8,3% (104 fichas), Huelva con un 6,2%(77 fichas) y por último Jaén con un 3,9%(49 fichas).

En el año 2008 se tramitaron un total de 1172 fichas. Sevilla sigue siendo la ciudad con más notificaciones con un 29%(340 fichas), seguida de Granada con un 17,49%(205 fichas), Cádiz con un 14,76%(173 fichas), Málaga con un 13,3%(157 fichas), Córdoba con un 8%(94 fichas), Almería con un 6,39%(75 fichas), Huelva con un 5,7%(67 fichas) y en último lugar Jaén con un 5,2% (61 fichas).

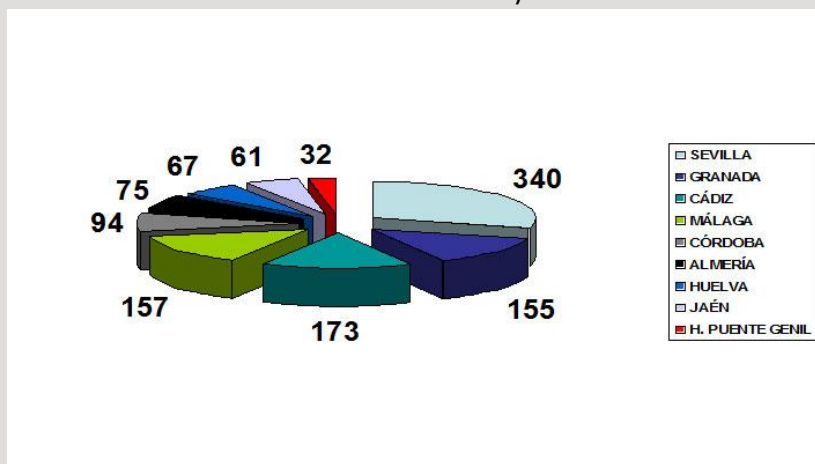
Nº DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL NOTIFICADOS ANDALUCIA/ H. PTE GENIL 2007



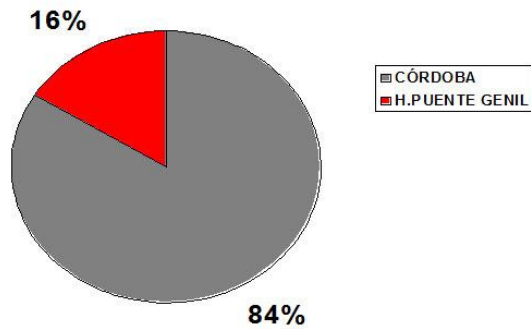
Nº DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL NOTIFICADOS CÓRDOBA/H. PTE GENIL 2007



Nº DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL NOTIFICADOS ANDALUCIA/ H. PTE GENIL 2008 GENILgeni2008GENIL 2007



Nº DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL NOTIFICADOS CÓRDOBA/H. PTE GENIL



• **INTERVENCIÓN DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINAR**

Para conocer cómo se estaba desarrollando la continuidad de nuestros cuidados, y para mostrar la importancia de la detección precoz de los casos de maltrato infantil realizamos un seguimiento de los menores que habíamos notificado al equipo.

Los resultados fueron sorprendentes:

24 casos de posible maltrato infantil por negligencia/abandono físico, abandono psicológico/emocional, maltrato prenatal y Münchhausen por poderes de carácter leve y/o moderado fueron notificados a servicios sociales de la corporación local y a enfermería de enlace. Todos fueron evaluados por la **UTS** (unidad de trabajo social) y fueron catalogadas como familias en situación de riesgo. Aunque el tratamiento fue individualizado, de forma general todas las familias fueron derivadas a las **ETF** (equipo de tratamiento familiar), quién tiene entre sus funciones: identificar factores de protección de las familias objeto de tratamiento, Motivar a los padres para que se incorporen al programa de tratamiento de familias, concienciar a los padres para que modifiquen modelos educativos de riesgo para sus hijos, conseguir objetivos acordados con la familia y el servicio derivante, iniciar estrategias que hagan que la familia sea consciente de la problemática, capacitar a las familias para dar una correcta atención a los hijos evitando cualquier conducta negligente, lograr que las familias funcionen de manera autónoma, potenciar la alianza terapéutica del equipo, mitigar factores de riesgo, facilitar la derivación al servicio de protección de menores en las mejores condiciones posibles para aplicar las medidas de protección infantil más adecuadas, cuando el trabajo de ayuda no ha logrado los objetivos de mejora del núcleo familiar, establecer circuitos de derivación hábiles.

18 de los 24 casos fueron derivados por enfermería de enlace al pediatra y la enfermera referente de atención primaria, para inclusión en la consulta del niño sano, cura de heridas infectadas, administración de vacunas, control del peso...; Además enfermería de enlace y enfermería de atención primaria realizaban visitas al domicilio para garantizar la continuidad de cuidados de la enfermera de urgencias, tratando de resolver los diagnósticos enfermeros emitidos planteándose nuevos objetivos e intervenciones.

De las **24** familias en tratamiento, **19** siguieron el programa con éxito y **5** pasaron a reunificación familiar y fueron derivadas a protección de menores.

Los casos de Corrupción, Maltrato físico y abusos sexuales fueron notificados a la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar social.

7.- CONCLUSIONES

- En el estudio se muestra que el papel de la enfermería ante el maltrato infantil es primordial ya que el 62,5% de los casos estudiados fueron detectados por la enfermera de R.A.C, en el 56,25% de los casos, la enfermera de enlace y enfermera de atención primaria realizan intervenciones en el domicilio, y el 100% de los casos fueron notificados por la enfermera Supervisora de cuidados. **De esta manera mostramos la autonomía de la enfermera en la toma de decisiones ante el maltrato infantil: detección, notificación e intervención**
- La incidencia de casos de maltrato infantil detectados en nuestro hospital es elevada, ya que supone el 16,6% de los casos notificados en la provincia de Córdoba. Esto, unido a que la principal causa del maltrato es por Negligencia/abandono Físico con un 56,25% de los casos y el indicador más frecuente es que los padres desconocen las pautas de cuidados básicos según la etapa evolutiva, evidencia la importancia de una intervención de educación para la salud en la población, donde enfermería debe ocupar un lugar destacado.
- Existe una relación clara entre nuestra valoración de enfermería basada en las 14 necesidades de Virginia Henderson, los diagnósticos enfermeros emitidos y los indicadores de maltrato basados en el sistema de información sobre maltrato infantil en Andalucía.

- En el estudio se observa que la utilización del proceso enfermero en urgencias es útil tanto para la detección de casos como para garantizar la continuidad de cuidados del menor víctima de maltrato ya que vemos como se realizan intervenciones enfermeras en el 56,25% de los casos detectados en urgencias tras emitir el informe de continuidad de cuidados.
- Observamos como en nuestro hospital la tipología de maltrato, las edades y el sexo coinciden en frecuencia con el resto de Andalucía.

7.- BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Consejería para la igualdad y bienestar social. Junta de Andalucía. Sistema de información sobre maltrato infantil en Andalucía. Decreto 3/2004, de 7 enero.
- 2.-Aguilar Cordero, M José. Niños víctimas de malos tratos. Prevención y cuidado. Metas Enferm. 2003 may. VI (55):51-56. Revisión, artículo.
- 3.-López Montesinos, M José. Pautas de actuación en el abordaje del maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Enferm Global. 2003. 3. Protocolo y pautas de actuación.
- 4.-English, D. J., Widom, C. S., & Brandford, C. (2004). Another look at the effects of child abuse. *NIJ Journal*, 251, 23-24.
- 5.-Observatorio de la Infancia en Andalucía. Los menores de edad en Andalucía Datos cuantitativos. Mayo 2008.
- 6.-Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo. Detección e intervención en situaciones del maltrato infantil. Año 2006.
- 7.-American Academy of Pediatrics. Diagnosing imaging of Child abuse. *Pediatrics* 2000; 105(6): 1345-1348.
- 8.-Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz Díaz MA, Esteban J. Niños maltratados. Papel del pediatra. *An Esp Pediatr* 2000;52:76-81.
- 9.- García Algar O, Mur Sierra A. Abuso sexual en la infancia: prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *An Esp Pediatr* 2001;54:267-271.
- 10.- Pou i Fernández J. Maltrato Infantil. Actuación en Urgencias. En: Asociación Española de Pediatría (ed). *Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. Reumatología. Urgencias.* 2002, p. 109-115.
- 11.-Sánchez Etxaniz J. El niño maltratado. En: Benito J, Luaces C, Mintegui S, Pou J eds. *Tratado de Urgencias de Pediatría.* 1ª ed. Madrid: Ergon; 2005. p. 760-71.
- 12.-Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. *PrevInfad (AEPap)/ PAPPS infancia y adolescencia.* Abril 2005. [Consultado 30-7-2005]. Disponible en: <http://www.uv.es/previnfad/Maltrato.htm>.
- 13.-Comunidad de Madrid. Programa de atención al maltrato infantil en el ámbito sanitario. 2002. <http://www.madrid.org/servicios sociales/immf>.
- 14.- Beltrán Duarte, Marcia Yadira Lizarazo Oviedo, Luz Amparo y Peña Hernández, Ana Cecilia. Influencia del maltrato infantil en el rendimiento académico de un grupo de estudiantes en edad escolar del establecimiento educativo General Carlos Albán del barrio Ciudad Porfia. Villavicencio, Colombia. 1996. 109 p. Informe de investigación.
- 15.- Aguilar Cordero, M José. Niños víctimas de malos tratos. Prevención y cuidado. Metas Enferm. 2003 may. VI(55):51-56. Revisión, artículo.
- 16.- López Montesinos, M José. Pautas de actuación en el abordaje del maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Enferm Global. 2003. 3. Protocolo y pautas de actuación.
- 17.- Consuelo García, Fernanda Galego Novo, M Carmen Rodeño Abelleira, M Ángeles y Aguado Amado, Jorge. El fenómeno de los malos tratos infantiles. *Enferm Científ.* 1999 nov-dic. 212-213:21-24. Original, artículo.
- 18.- Gil, Luis Guerrero, Alieth Matiz, María Sinisterra, Sandra y Sánchez, R. Déficit en el cuidado. Una forma de maltrato. Santafé de Bogotá, Colombia. 1998. 91 p. Informe de investigación.
- 19.- Arenas Fernández, José Carrasco Acosta, M del Carmen Márquez Garrido, Manuel Abreu Sánchez, Ana Rovira Gil, Elías y López González, Angel. El PAE en las urgencias hospitalarias generales del Servicio Andaluz. Madrid. 2003. 02109. Comunicación.
- 20.- Jiménez Llamas, M Isabel Morales Blanco, Ana M y Roldán Sánchez, Rosa M. El proceso enfermero: un reto alcanzable. Madrid. 2005. Pp. 435-442. Comunicación
- 21.- Andrade Cepeda, Rosa Ma. Guadalupe y Martínez Rosas, Nohemí. El proceso enfermero para brindar atención de calidad. *Desarrollo Científ Enferm.* 2004 ene-feb. 12(1):17-19. Revisión, artículo.
- 22.- Bellido Vallejo, José Carlos y Ocaña Ocaña, Angustias. Integrando NANDA, NOC, NIC. *Inquietudes.* 2004 may. Año X(29):12-19. Original, artículo.

ANEXO

GUÍA RÁPIDA DE ACTUACIÓN

La detección de una situación de maltrato infantil es un proceso complejo que suscita dudas e interrogantes en el profesional sanitario.

No es fácil detectar el maltrato infantil, tampoco es fácil la intervención. Sin embargo, cuanto antes se detecte la situación de Maltrato Infantil, mejores serán los resultados de la actuación que posteriormente se realice. En muy pocos casos se tiene la certeza de una situación de maltrato y en un número menor de situaciones se piensa en el daño o perjuicio añadido que se puede causar al niño y/o a su familia con nuestra intervención.

En este apartado, y siendo conscientes de la complejidad y dificultad, no pretendemos dar respuestas exactas. No las hay. Pero sí se pretende orientar al profesional sanitario en el qué hacer y en el cómo hacer cuando se ve confrontado en su práctica profesional con este tipo de situaciones.

A modo de recordatorio de los capítulos previos, algunas de las orientaciones que podemos enmarcar en «una buena práctica» dentro de éste tema son:

1. Dudas comunes:

- Tener dudas e interrogantes ante la presencia de una situación de maltrato infantil es algo normal. Lo importante es no obviar la situación y buscar el soporte necesario para intervenir.
- En este sentido es importante pensar la intervención desde una perspectiva de equipo interdisciplinar siempre que esto sea posible e incluso cuando no lo sea, buscar el apoyo y orientación de profesionales cercanos o responsables directos.
- La protección al niño/adolescente ante una situación de maltrato es «cosa de todos».

Los profesionales del ámbito sanitario tienen mucho que decir y hacer en éste tema.

- Una barrera que se le presenta al profesional ante una situación de maltrato es el miedo que le suscita el pensar que la familia va a enterarse de que es él el que ha realizado la notificación a los servicios de protección.
- Es importante pensar en el maltrato infantil como en un problema complejo que requiere sobretodo de intervención profesional. Pensar en el maltrato infantil como algo imposible de modificar y como un comportamiento a castigar coloca al profesional en una actitud de enfrentamiento y agresividad frente a la familia.
- Un fenómeno nuevo que dificulta aún más la detección e intervención del maltrato infantil es el fenómeno de la inmigración.

El profesional debe contextualizar los cuidados y la atención al niño/adolescente teniendo en cuenta aspectos culturales y propios de las sociedades de procedencia.

2. Cómo pensar el Maltrato Infantil y su abordaje:

- Intervenir no es sinónimo de derivar. La intervención conlleva la implicación técnica del profesional quién de forma coordinada e interdisciplinar colaborará para reducir y/o evitar el maltrato, y en su caso, proteger al menor de una situación perjudicial para su salud física y emocional. Intervenir no debe asociarse unilateralmente con derivar al niño de un sitio a otro y someterlo a exploraciones y valoraciones excesivas.
- La emisión del parte de lesiones no es la única intervención a realizar ante la detección de una situación de maltrato infantil. El parte de lesiones inicia o puede iniciar un expediente judicial para promover acciones penales contra el agresor. La protección de la víctima, del niño, es responsabilidad de todos los sistemas de protección y de forma especializada, de los Servicios de Protección a la Infancia.
- Hablar con el niño, escucharlo y tener en cuenta su opinión y sus deseos suele ser orientador a la hora de intervenir y tomar decisiones.
- Intervenir por él, pero sin contar con él, puede generar en el niño/adolescente desconfianza hacia los adultos y/o los profesionales.
- Es importante tener presente que la mayoría de los casos de maltrato infantil los agresores suelen ser los padres y que el niño se ve inmerso en un conflicto de lealtades y deseos entre el malestar que le provoca el maltrato y el afecto que siente por sus padres. No es fácil aceptar y asumir que se está siendo maltratado por los padres.
- Ante una sospecha de maltrato, hay que evitar toda actuación precipitada. La interconsulta con otros profesionales implicados puede ayudar a esclarecer dudas. Siempre debe notificarse la situación a los Servicios competentes.

CÓMO HACER

El cómo hacer nos indica de las técnicas de que dispone el profesional sanitario para abordar la detección e intervención de situaciones de maltrato infantil. Las técnicas más habituales y algunas pautas específicas al respecto son:

LA ENTREVISTA

EL ENCUADRE DE LA ENTREVISTA.

La entrevista realizada con la finalidad de indagar sobre una posible situación de maltrato debe realizar, teniendo en cuenta:

- La necesidad de un espacio físico adecuado para tal fin: sin ruidos ni intromisiones externas, en un ambiente cómodo y favorecedor del proceso de empatía entrevistador-entrevistado.
- El profesional que realice la entrevista tiene que tener formación y/o experiencia en esta técnica y en el contenido sobre el que va a versar: en éste caso, el maltrato infantil.

Algunos factores a tener en cuenta y que pueden ayudar al entrevistador son:

- a) Revisar los prejuicios y creencias previas que se tienen sobre el tema para evitar su

influencia y determinación en las valoraciones.

b) Si es posible, preparar previamente o estructurar anticipadamente el contenido de la entrevista teniendo claro en todo caso:

- Para qué y porqué de la entrevista.
- Información básica que se quiere obtener.

c) Dedicar un tiempo inicial a establecer un vínculo con el entrevistado que facilite la entrevista.

d) Evitar hacer preguntas directas que puedan resultar bruscas o agresivas.

e) Tener capacidad de adecuación al ambiente que se va desarrollando y modificando durante la entrevista.

f) No hacer preguntas innecesarias.

g) Mantener una actitud constante de escucha hacia el entrevistado.

h) Estar atento a los silencios y las resistencias del entrevistado.

i) Apaciguar las tensiones que puedan surgir durante la entrevista.

j) Si el profesional duda de su propia capacidad para abordar la entrevista, pedir apoyo o asesoramiento a profesionales con mayor formación.

Particularidades de la entrevista con los padres

- Evitar culpabilizarlos
- Intentar entender su situación y dificultades en la atención y cuidado de su hijo
- No hacer de la entrevista un interrogatorio sobre los hechos sino un espacio donde los padres/tutores puedan hablar de sí mismos y de su función paterna.
- Transmitirles que nuestro interés es atender y proteger a los niños y que vamos a ayudarlos en esta tarea.

Particularidades de la entrevista con los niños

- Es imprescindible hablar con el niño siempre que sea posible
- No suplantar la opinión del niño por la de los padres
- Escucharlo y darle validez a sus opiniones
- No atosigarlo ni presionarlo
- Explicarle porqué y para qué queremos hablar con él de este tema en un lenguaje cercano y accesible a su capacidad
- Calmarlo y dar respuestas a sus dudas e interrogantes.

RESUMEN GUÍA RÁPIDA DE DETECCIÓN INDICIOS POSIBLE MALTRATO INFANTIL DESDE LA CONSULTA R.A.C

- ¿Observamos al menor sucio, con falta de higiene corporal, vestidos inadecuadamente en atención a la climatología?
- ¿Acude a urgencias repetidas veces el menor y su familia?
- ¿El motivo de la consulta no se relaciona con los síntomas que presenta el menor?
- ¿El seguimiento de patologías tanto agudas como crónicas es inadecuado?
- ¿Los datos que aporta el cuidador en la anamnesis del menor son confusos, vagos o se contradicen?
- ¿ existe negativa a aportar informes de ingresos previos?
- ¿El cuidador cumple los tratamientos prescritos al niño?
- ¿ Se identifica una ausencia de cuidados médicos básicos: vacunaciones, heridas infectadas sin control..?
- ¿Existe un pudor inexplicable por parte del menor a la exploración física?
- ¿Existen impedimentos por parte de los cuidadores para desvestir o examinar al niño?
- ¿Se observan cicatrices, heridas, quemaduras que aparecen repetidamente o que en la exploración observamos que están en distinta fase evolutiva y/o que ni el menor ni el cuidador explican con claridad la causa?
- ¿Durante la entrevista en R.A.C, el niño demuestra que tiene conocimientos inapropiados para su edad o conducta sexual explícita?
- ¿Acude a su pediatra a la consulta del niño sano?
- ¿Presenta el niño dolores recurrentes a los que no se encuentra causa evidente?
- ¿La actitud del niño es apática o excesivamente vigilante?
- ¿En ocasiones los cuidadores insisten en el ingreso del niño sin motivo médico alguno y más aún en la consulta de R.A.C.?
- ¿Tras la entrevista con la enfermera de R.A.C. el niño se muestra cariñoso, alegre y con aparición de juego espontáneo, cuando a su llegada era un niño retraído y taciturno?