

## **CIRCUITO DE EVALUACIÓN Y ORIENTACIÓN DEL NIÑO CON SOSPECHA O EVIDENCIA DE MALTRATO O ABUSO**

En el año 2004, un equipo interdisciplinario representando distintos Servicios de nuestro Hospital, como son: Emergencia, Mediano Riesgo, Bajo Riesgo, Salud Mental, Asesoría Jurídica y Servicio Social, se plantearon como objetivo de trabajo el definir y acordar criterios de atención de pacientes con evidencia o sospecha de M.I. y/o A.S.I.

Uno de los puntos de discusión fue el nivel de atención que este Hospital debía brindar a estos pacientes, entendiéndose que no era una patología de seguimiento para el perfil del Garrahan, pero que se debía dar un circuito operativo para facilitar la atención de los niños y sus familias, así como el intercambio interprofesional en la discusión de los casos.

Para esto se ha recopilado y discutido material bibliográfico tanto nacional como extranjero. Se han definido factores e indicadores de alto y bajo riesgo frente a la sospecha o evidencia de maltrato o abuso sexual, y se ha definido nuestra propia forma de intervenir interdisciplinariamente en estos casos. Se ha desarrollado para este último punto, el circuito de evaluación y orientación del niño con sospecha o evidencia de maltrato o abuso, que se verá a continuación, en el cual se busca protocolizar la entrevista, estrategias o pautas de intervención.

Los Servicios intervinientes hemos acordado en seguir trabajando esta problemática como lo hemos realizado hasta la fecha, esto significa, con la participación de todos los profesionales de planta de este Hospital.

### **A. ¿ CÓMO DETERMINAR SI SE TRATA DE EVIDENCIA O SOSPECHA DE MALTRATO O ABUSO?**

#### **1. INDICADORES DE EVIDENCIA O ALTA SOSPECHA ( 1):**

##### 1.1 Lesiones:

Hematomas en muslos, zona lateral de la cara; equimosis en oreja y cuello, genitales y glúteos; identificación de huellas de manos, dedos, dorso de manos, arcada dentaria, cables, hebillas, plancha, percha, dientes de tenedores, etc.; quemaduras con bordes nítidos y precisos, sin salpicaduras, fracturas múltiples (especialmente: espiraladas, metafisarias, extremo distal de clavícula, costillas, escápula, traumatismo de cráneo); hemorragias retiniana y de SNC; lesiones intrabdominales.

##### 1.2 Otros indicadores:

- Cuando el niño o adolescente refiere en la consulta haber sido víctima de abuso o maltrato tanto intra como extra familiar.
- Embarazo, ETS o se encuentre líquido seminal no referidas a relación de pareja
- Cuando tiene consultas previas por golpes, flujo vaginal u otras lesiones inespecíficas compatibles con maltrato o abuso.
- Cuando coexisten lesiones en distintos períodos de evolución y asociadas a otras manifestaciones de maltrato (ej: moretones recientes y callos óseos)
- Cuando la sospecha deviene de hallazgos que hace el médico en lugar de referidos por el adulto responsable que trae al niño.
- Cuando el abuso o maltrato es intrafamiliar, aún cuando este dato sea referido espontáneamente por el adulto que trae al niño.
- Cuando las lesiones no concuerdan con el episodio que relatan los padres o hay contradicciones en el relato.
- Cuando hubo una demora significativa en realizar la consulta (48 hs. o más) sin que medien razones de fuerza mayor que justifiquen la demora.
- Intoxicación probable o confirmada
- Sospecha de Síndrome Munchausen

## **2. INDICADORES DE MENOR SOSPECHA DE MALTRATO O ABUSO ( 2):**

### 2.1 Lesiones:

- Hematomas localizados en hombros, brazos, glúteos sin otros antecedentes traumáticos.
- Lesiones leves, únicas y acordes a la edad y cuando el relato que hacen los padres explicando las lesiones es consistente y coherente.

### 2.2 Otros indicadores:

- Cuando la situación de maltrato o abuso referida es extrafamiliar , la denuncia ya fue hecha por la familia y/o la familia es continente.

## **EN TODOS LOS CASOS PARA EVALUAR RIESGO FAMILIAR SE EVALUARÁN LAS LESIONES EN INTERJUEGO CON FACTORES PROTECTORES Y FACTORES DE RIESGO**

**Factores protectores:** “Son todas aquellas características, hechos o situaciones, propias del niño, niña o adolescente o de su entorno, que elevan sus capacidades para hacer frente a las adversidades o disminuyen la gravedad de los desajustes psicosociales frente a la presencia de factores de riesgo”. (Patricia Paggi).

- Historia de relaciones positivas con el padre y/o la madre
- Apoyos sociales efectivos
- Escasos sucesos vitales estresantes
- Buenas relaciones con pares y buen rendimiento escolar
- Normas culturales opuestas al uso de la violencia

**Factores de riesgo:** “ Se trata de todas aquellas características, hechos o situaciones propias del niño, niña o adolescente, o de su entorno, que aumentan la posibilidad de desarrollar desajustes biopsicosociales.” (Patricia Paggi)

### **Familiar:**

- Desadaptación en la interacción entre miembros de la familia: flia. disfuncional.
- Conflictos y agresión entre los miembros de la familia
- Familia numerosa en la cual los niños tienen edades seguidas
- Familia monoparental, sin soporte de red fliar. o social.
- Trastornos psiquiátricos, abuso de sustancias de uno o ambos padres
- Cuando el niño es traído por un familiar no conviviente o que no es el principal cuidador
- Crisis familiares múltiples
- Antecedentes de abuso o maltrato en alguno de los progenitores.

### **Del niño:**

- Vulnerabilidad intrínseca del niño (por enfermedad, temperamento o discapacidad: el llorón, el enfermo, el diferente)
- Síntomas psicosomáticos, problemas intelectuales, psiquiátricos o psicológicos
- Indicadores de cuidado inapropiado:
  - \*falta de vacunas
  - \*falta de controles médicos
  - \*no concurrencia a citas
  - \*indicadores de descuido personal: higiene, trato, abrigo
- Actitud temerosa del niño
- Accidentes reiterados
- Falta de escolaridad, o escolaridad inadecuada a su edad.

**Social:**

- Desempleo, problemas económicos
- Falta de apoyo social e institucional.
- Aprobación cultural del uso de la violencia
- Cuando existe hacinamiento, cohabitación con cohecho, planta física inadecuada, y/o riesgo de desalojo inminente
- Situaciones de stress recientes. (fallecimientos, separaciones)
- Desarraigo.
- Alcoholismo/ Drogas.

El diagnóstico de niño apaleado es de incumbencia INSTITUCIONAL y por esto debe intervenir el equipo INTERDISCIPLINARIO: Médicos, Especialistas, Salud Mental y Servicio Social.

El diagnóstico médico DIFERENCIAL es vital para el diagnóstico de maltrato. La participación de Especialistas es fundamental para descartar causa orgánica que justifique la lesión, y/o para relacionar la explicación que dan los padres, con la lesión en sí.

Los FACTORES DE RIESGO, en una familia no son indicadores exclusivos de maltrato porque no todas las personas resuelven los conflictos interpersonales a través del uso de la violencia.

La intervención del Servicio Social NO apunta a buscar culpables, sino a trabajar con la familia su RESPONSABILIDAD frente a la lesión, su CONCIENTIZACIÓN, ACEPTACIÓN DE AYUDA , detección de FACTORES DE RIESGO SOCIALES, conocimiento de la RED FAMILIAR AMPLIADA o personas de referencia, y el conocimiento de la red social- institucional.

Definido al niño como un niño en riesgo, con lesiones sin causa orgánica., ni mecanismos claros que las justifiquen, el EQUIPO INTERDISCIPLINARIO TRATANTE DE PLANTA, será. Quienes informen a los padres sobre la situación. Diagnóstica. del niño, la responsabilidad institucional y medidas de protección. que tomará. el HOSPITAL, como INSTITUCION que debe resguardar los DERECHOS DE LOS NIÑOS.

**B. PASOS A SEGUIR ANTE LA EVIDENCIA O SOSPECHA DE MALTRATO O ABUSO**

Ante un paciente que ingresa al hospital por Bajo Riesgo, Mediano Riesgo, Consultorios o Emergencia de 8 a 16hs.; o bien por Guardia de 16 a 8hs., si el médico tiene EVIDENCIA DE ALTA SOSPECHA DE MALTRATO / ABUSO (1) el paciente SE INTERNARÁ EN CIM (5).

Ante la MÍNIMA SOSPECHA DE MALTRATO O ABUSO (2), en el horario de 8 a 16 hs., el médico convocará a PRIMERA EVALUACIÓN INTERDISCIPLINARIA (3) (Clínica médica, Servicio Social y Salud Mental) lo más temprano posible para organizar las evaluaciones del día y acordar el horario de la SEGUNDA REUNIÓN INTERDISCIPLINARIA para definir riesgo y estrategia.

En el horario de 16 a 8 hs. el paciente permanecerá en el Sector de Emergencia EN INTERNACIÓN TRANSITORIA (4) hasta las 8 hs pudiendo ser evaluado interdisciplinariamente en el mismo sector o ingresando por Mediano Riesgo (a criterio del médico tratante).

Si a criterio del médico el paciente por razones de fuerza mayor, pudiera externarse:

1. Se registrará en el libro de Guardia (detallando historia clínica, teléfono y dirección).
2. Será recitado para el día siguiente a las 8 hs. en el Sector de Mediano Riesgo como paciente AMBULATORIO (6), pasando primero por el Médico Orientador, con una nota que diga "Mañana Sector de Mediano Riesgo 8 hs. SI o SI" (Código interno de recitación de casos de maltrato y abuso) .
3. Al día siguiente un Médico de Emergencia chequeará si el paciente concurrió hasta las 12 hs.
4. Si el paciente concurre será visto por el sector de Mediano Riesgo
5. Si el paciente no concurre hasta las 12 hs. un médico del Sector de Emergencia convocará a una reunión a Servicio Social y Salud Mental con el único objetivo de redefinir riesgo y pasos a seguir.

## C. ¿CÓMO VINCULARSE CON EL NIÑO Y LA FAMILIA?

- \*Evitar despertar recelo en el familiar y el paciente durante el interrogatorio.
- \*Tomar tiempo para realizar una breve entrevista al niño sin presencia de los padres (leer anexo “cómo conducir la entrevista con el niño”).
- \*Hacer constar en la historia clínica textualmente los dichos del paciente y de los familiares.
- \* Guardar eventuales evidencias (ropa, fotos, Rx, etc)
- \* Asegurar (con letra LEGIBLE) la toma de datos de: filiación, domicilio y número de teléfono del paciente. Escolaridad del paciente y datos precisos del establecimiento escolar (Nombre, barrio y Nro. de la escuela) al cual concurre.
- \* Fecha de nacimiento y nombre completo de los hermanos del paciente (para chequear eventualmente la existencia de historia clínica de los mismos)
- \* Si se recita al paciente en forma ambulatoria para proceder a la evaluación se brindará a la familia un motivo de recitación de índole médico clínica evitando acentuar los aspectos psicosociales.

### **TODO EL PROCESO DEBE SER EVALUADO Y FIRMADO POR UN PROFESIONAL DE PLANTA DEL SECTOR AL CUAL LLEGÓ EL PACIENTE.**

#### **ENTREVISTA CON EL NIÑO**

Es importante que el médico intente entrevistar al niño a solas para tener datos brindados por el niño acerca de:

1. si el maltrato o abuso realmente sucedió intentar diferenciar de:
  - episodio de abuso o maltrato referido por un adulto perturbado psicológicamente, sin que el niño haya sido víctima real de abuso o maltrato (también es un factor de riesgo que el adulto responsable del niño tenga un trastorno psicológico)
  - episodio referido por un adulto como modo de defenderse de una denuncia hecha en su contra (por ej. La mujer denuncia al esposo por violencia conyugal y el señor denuncia a la esposa por abuso sexual contra el niño.)
2. Si el maltrato es intra o extra familiar (agudo o crónico)

Generar confianza en el niño para comunicar lo sucedido:

1. Explicitar que el Hospital tiene como función la Protección de los Derechos del Niño, no es sólo un lugar de diagnóstico y tratamiento.
2. Explicitar que el niño no tiene la culpa de lo sucedido, no es responsable de lo sucedido.
3. Explicitar que el médico lo va a ayudar, defender y proteger.
4. Explicitar que el niño tiene derecho a ser respetado psíquica, física y sexualmente.

Si un niño comunica a un profesional, en un clima de confianza, ser víctima de maltrato o abuso, es un menor en riesgo, aunque el niño no tenga lesiones físicas y aunque los adultos digan algo diferente. La entrevista a solas con el niño precisa el riesgo, y muchas veces el riesgo es mayor al estimado por la evaluación clínica y por el relato de los padres.

Se deberá hacer un registro textual minucioso de los dichos del niño sin modificaciones en el vocabulario utilizado ni interpretaciones de contenido.

#### **ES IMPRESCINDIBLE ESCUCHAR AL NIÑO A SOLAS PARA ESTIMAR FACTORES DE RIESGO FAMILIAR.**

El adulto que trae al niño al hospital, frecuentemente defiende más a su pareja que al niño, por miedo, sumisión, necesidad económica, etc. O el primer día que consulta defiende al niño pero al regresar a la casa es amenazado o golpeado, por lo cual al día siguiente no concurre nuevamente al hospital.

## D. ¿QUÉ HACER SI EL PACIENTE SE FUGA (7)?

Si el paciente con evidencia de maltrato o abuso se fuga, el equipo interdisciplinario da aviso a la guardia del Consejo de los Derechos de los niños/as y adolescentes.

Si el paciente con sospecha leve se fuga, se puede esperar al día siguiente para hacer la Reunión Interdisciplinaria y agotar las instancias previas a la denuncia.

Evaluar la posibilidad de llamar a la casa, a la escuela, al trabajo de los padres, mandar carta, telegrama, etc.

Grupo conformado para la organización del Circuito de evaluación y orientación del niño con sospecha o evidencia de maltrato o abuso

Guardia: Dra. Ana Zlotogora

Mediano Riesgo: Dra. Fanny Breitman  
Dra. Patricia Zagalsky

Bajo Riesgo: Dra. Andrea Schon  
Dra. Marta Farizano

Servicio Social: Lic. Ana Brulc  
Lic. Inés Hourcade  
Lic. Virginia Delfino

Salud Mental: Lic. Griselda Splívalo  
Dra. Alejandra Bordato  
Lic. Débora Farberman  
Becaria Lic. Arduino A. Mariana

Asesoría Jurídica: Dr. Juan Carlos Ferrería  
Dra. Susana Ciruzzi

### **Bibliografía**

Comité de Maltrato y Abuso del Hospital de Niños de Buenos Aires. Ricardo Gutierrez. Guia de diagnóstico y tratamiento. Asociación de Profesionales del Hospital Ricardo Gutierrez. Edición 1999.

Grosman – Mesterman: Maltrato al menor. El lado oculto de la escena familiar. Ed. Universidad. 1992

Janice H. Carter-Lourensz: Abuso físico y sexual y negligencia. Harold I. Kaplan, Benjamin Sadock: Tratado de psiquiatría. 1998. T. IV. 2385-2400.

Johnson C. Abuse and Neglect of children Cap 35. En Nelson Textbook of Pediatrics 17<sup>th</sup> ED. Behrman R, Kliegman R, Jenson Hal. Eds. Sanders 2004. Philadelphia.

Kempe: El síndrome del niño golpeado. 1962

Ley N° 24417 Protección contra la violencia familiar. Decreto Reglamentario 235/96. Publicación Boletín Oficial 8/3/96.

Paggi Patricia, Viar J. P. Violencia hacia niñas y niños y adolescentes. Maltrato y abuso sexual. Elementos básicos para su atención en el sector salud. Guía del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.