

## Reconocimiento del maltrato infantil en el ámbito médico. Actuación prejudicial en Atención Primaria

M<sup>a</sup>.P. Gutiérrez Díez\*, M<sup>a</sup>.J. Millán de las Heras\*\*

Servicio de Pediatría. H. Universitario de Getafe. \*\*Magistrada. Titular Juzgado Penal 12. Madrid.

Pap 2000: 2(8); 81-100

*"Un hijo y un esclavo son propiedad de los padres y nada de lo que se haga con lo que es propiedad es injusto, no puede haber injusticia con la propiedad de uno"*

Aristóteles

### **Maltrato infantil: concepto**

El concepto de Maltrato Infantil, se ha modificado y transformado a lo largo del tiempo; hechos y comportamientos admitidos como normales por la sociedad de hace unos años, son considerados inaceptables en la actualidad.

El médico francés Toulmuche (1852), describe por primera vez algunas lesiones de malos tratos en niños y en 1860, el catedrático de Medicina Legal de París, A. Tardieu, realiza la primera descripción científica de lo que más tarde se conocerá como síndrome del maltrato infantil, en su obra *"Estudio médico legal sobre las sevicias y malos tratos*

*ejercidos sobre los niños"*, recoge 32 casos de los cuales 18 murieron<sup>1</sup>.

Henry Kempe (1959) utiliza por primera vez el término "The Battered Child Syndrome" "Síndrome del Niño Apaleado ó Golpeado" en una comunicación oral a la Sociedad Americana de Pediatría<sup>2</sup> y en 1962, Kempe, Silverman y col realizan la primera comunicación escrita del síndrome, describiendo las lesiones clínicas encontradas en 302 niños golpeados de los cuales 33 habían muerto y 85 presentaban lesiones permanentes; definiendo el síndrome como *"el uso de la fuerza física de forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir al niño, ejercida por parte del padre o de otra persona responsable del cuidado del niño"*<sup>3</sup>.

Fontana, Donovan y Wong (1963) cambian el nombre del síndrome por el de "Maltreatment Syndrome in Children" "Síndrome de Malos Tratos In-

fantiles" por entender que en su etiología además de la agresión física, se implicaban otro tipo de agresiones; y lo definen como un cuadro clínico que *"abarca un amplio espectro que va desde la privación de las necesidades del niño (cariño, comida, vestido, refugio, cuidados médicos...) pasando por la falta de estímulos para su desarrollo psicológico normal, hasta la producción de traumatismos físicos intencionados con resultado de muerte en muchos casos"*<sup>4</sup>.

Se amplía el concepto y se introduce además de la intencionalidad en la agresión física, ya reseñada por Kempe y col, la negligencia y la omisión de cuidados, como causas de maltrato.

Este concepto más amplio de la etiología del maltrato, lleva a otros autores a proponer otro tipo de denominaciones, que a su entender eran más expresivas: Síndrome del Abuso Infantil (Child abuse Syndrome), por (Silver, Dublin y Lourie)<sup>5</sup>, Child Neglect Syndrome etc. Sin embargo, el término que se ha mantenido hasta el momento actual es el dado por Fontana.

Casi simultáneamente a la aceptación de la negligencia y omisión como causas de maltrato se incluye el abuso sexual como otra forma de agresión infantil; a este respecto es Freud el primero en re-

conocer que los abusos sexuales son frecuentes en la sociedad de su época. Browne, Wyatt y Powell en la década de los ochenta revisan este tipo de maltrato infantil.

Finalmente se reconoce que no sólo los padres o tutores pueden ser los maltratadores, sino que también puede ser ejercido por las Instituciones y/o por la Sociedad.

El maltrato Infantil no puede ser considerado aisladamente sino que debe encuadrarse dentro de las situaciones de violencia familiar. Ya en 1955 se empiezan a valorar los factores ambientales y familiares como condicionantes en los traumatismos producidos en el seno de las familias.

Debido a los múltiples factores que están implicados, es muy difícil dar una definición que abarque todos ellos y a la vez sea lo suficientemente clara y concisa que permita con facilidad su diagnóstico por el médico.

Por tal motivo, se han dado varias definiciones, entre ellas:

*"Un niño es maltratado cuando es objeto de violencia física, psíquica o sexual, así mismo si sufre falta de atención por parte de personas o instituciones de las que depende para su desarrollo"* (Sociedad Catalana de Pediatría).

*“Entidad clínica que se da generalmente en niños pequeños, los cuales son objeto de malos tratos físicos, psicológicos o morales o bien de trato inadecuado de hecho u omisión por parte de los padres, familiares o cuidadores”.*

*“Conductas que implican la utilización de medios físicos y/o psíquicos, así como estados de negligencia y abandono que suponen a quien los padece un determinado sufrimiento”.*

Intentando aunar todas las causas etiológicas de este síndrome lo podríamos definir como:

Cuadro clínico que abarca un amplio abanico de posibilidades etiológicas que van desde la omisión de cuidados (médicos, vestido, comida, estímulos psicológicos precisos para su correcto desarrollo) pasando por el trato negligente (no actuar debidamente para salvaguardar la seguridad, protección y bienestar del niño en su integridad total) y la explotación (sexual, laboral) hasta la agresión física, psíquica o sexual, de forma intencionada, producida por personas (padres, tutores, cuidadores...) Instituciones y/o Sociedad, que producen al niño un determinado sufrimiento<sup>6</sup>.

Existe otra forma de maltrato infantil, el llamado “Síndrome de Münchausen por poderes”<sup>7</sup> caracterizado por:

Aparición de signos o síntomas, más o menos complejos, de difícil explicación etiológica, que han sido simulados (añadir sangre o azúcar a la orina...) o producidos (administración de fármacos que den una determinada sintomatología: convulsiones, hipoglucemia, etc) casi siempre por la madre (Meadow)<sup>7</sup> o por algún miembro del entorno familiar.

Por el motivo anterior el niño es sometido a múltiples pruebas, exploraciones e incluso intervenciones quirúrgicas para intentar llegar a un diagnóstico.

Mientras el médico se encuentra preocupado, por no encontrar el diagnóstico, el simulador se encuentra tranquilo con una buena relación con el personal sanitario. Suele darse en niños pequeños, menores de 5 años, y se presenta por igual en los dos sexos.

Con frecuencia pasan meses e incluso años hasta que se llega al diagnóstico, y en algunos casos el niño muere sin llegar al diagnóstico. Waller (1983) recoge una serie de 23 casos, de los que 5 fallecieron (22%)<sup>8</sup>.

En ocasiones se produce en más de un miembro de la familia, denominándosele entonces: “Síndrome de Münchausen por poderes en serie”<sup>9,10</sup>.

## Reconocimiento del maltrato en el ámbito sanitario

*"Sólo vemos lo que conocemos"*

Goethe

Para poder diagnosticarlo, es fundamental pensar en él; y olvidarnos de lo ilógico que resulta admitir que los padres (independientemente de la clase social a la que pertenezcan) maltraten a sus hijos o que uno de ellos encubra al que maltrata.

En la mayoría de los casos, el niño acude acompañado de la persona que lo maltrata (padres, cuidadores...) los cuales manifiestan una etiología de las lesiones muy diversas: caídas accidentales, descuidos, etc. y es la pericia del profesional la que le alerta y le hace sospechar. También es frecuente que el niño sea llevado a distintos Centros Médicos para no levantar sospechas.

En el momento actual, aún persistiendo el maltrato físico, algunos con resultado de muerte; han aumentado (quizás porque antes no se les consideraba como maltrato) los psicológicos, la negligencia, y la omisión de cuidados, mucho más difíciles de diagnosticar y por lo tanto de proteger al niño de los mismos.

Así mismo, con más frecuencia de la deseada son utilizados en los procesos de separación de sus padres, como ob-

jeto de chantaje de un cónyuge hacia el otro. Si esta situación no es detectada por el médico pueden ser sometidos a múltiples exploraciones y realización de pruebas complementarias innecesarias, que aumentan el sufrimiento del niño.

Hay una gran discordancia entre el número de casos de maltrato conocidos (sobre un 10%) y el número que en realidad existe. Y esta discordancia es aún mayor entre los casos conocidos por los pediatras y el número de casos que se pone en conocimiento de las Autoridades Competentes. Estas discordancias<sup>11, 12</sup> se deben fundamentalmente a dos grupos de razones:

- I. Dificultad para diagnosticar el maltrato.
- II. Se diagnostican, pero no se comunica a la Autoridad Competente.

### **I.- Dificultad para diagnosticar el maltrato, por:**

- 1.- No existe una definición clara y concisa, como ocurre con otras patologías, que permita identificarlos fácilmente.
- 2.- Difícil reconocimiento, sobre todo si no se piensa en él, como ocurre con cualquier otra patología médica.
- 3.- Desinformación profesional, que hará imposible el que se piense en él. La formación del pre y postgrado es muy deficiente al respecto.

4.- Dificultad para diferenciar las lesiones, muchas veces, de las producidas de forma accidental, sin intencionalidad.

En muchas de las lesiones accidentales hay un cierto grado de conducta negligente<sup>13</sup> por parte de las personas encargadas del cuidado del niño; pero también es verdad, que muchas veces a pesar de tener un cuidado extremo, el niño se lesiona.

Nos ayudará a diferenciar la negligencia, del accidente sin intencionalidad, una serie de consideraciones:

- Posibilidad de prevenir el accidente.
- Circunstancias en que se produjo.
- Reincidencia de accidente.

Finalmente será la preocupación del pediatra por el bienestar del niño, lo que le haga limitarse a curar sus lesiones, o el preocuparse por enterarse como se produjeron.

5.- Criterios personales del propio facultativo:

a.- Puede formar parte de costumbres religiosas, sociales o culturales, que el médico comparte.

b.- El maltrato psicológico (insultos, críticas, aislamiento...) puede justificarlo por la situación estresante en que se vive en el momento actual, y no como una situación de maltrato.

c.- El castigo físico, puede considerarlo como parte de la educación del niño.

A este respecto no hay acuerdo entre los médicos entre lo que constituye una disciplina inadecuada y cuando se convierte en maltrato. En una encuesta publicada por Morris (1985)<sup>14</sup>, el 86% de los médicos consideraron inaceptables los golpes que dejaban hematoma, sin embargo sólo el 25% los habría denunciado como maltrato.

d.- Los accidentes infantiles son inevitables, luego no es una negligencia o viceversa todos pueden evitarse y serian maltratos.

El criterio y formación del médico será lo que le haga valorarlo en uno u otro sentido.

6.- La masificación en las consultas, impiden muchas veces al facultativo observar el comportamiento de los niños, o valorar heridas, hematomas, etc. de difícil justificación (aceptando las causas etiológicas que le dan los padres, cuando se les pregunta como se produjeron) si el niño acude a la consulta por otro motivo.

## **II.- Se diagnostican, pero no se comunican a la Autoridad Competente, por:**

1.- Las lesiones son consideradas de poca importancia.

2.- Miedo a equivocarse, se sospecha un maltrato, pero no se sabe con seguridad.

3.- La emisión de un parte de lesiones es considerado por el médico como una denuncia que puede acarrearle una serie de problemas legales si no se confirma el maltrato. A este respecto conviene aclarar que "denuncia" es la comunicación en este caso por escrito, ante un órgano competente, de unas lesiones para la investigación por el mismo, de un posible delito.

4.- Preocupaciones de índole personal:

- Legales: Posibilidad de tener que declarar (el médico en general tiene aversión por los juzgados).
- Económicas: Pérdida de horas de trabajo para ir al juzgado.
- Comodidad: Evitarse problemas (rellenar más papeles, tener que acudir al juzgado a declarar, enfrentarse con los padres...).
- Miedo: A la reacción de los padres o familiares.
- Experiencias previas, en las que a pesar de emitir un parte de lesiones, el niño volvió al domicilio familiar sin un tratamiento social previo adecuado.

- Para muchos profesionales la comunicación de una sospecha de maltrato perjudica más que beneficia al niño:

- El agresor verá en el niño, la causa de que se le interroge o investigue y actuará posteriormente con más violencia contra él.
- Más valen unos malos padres que una buena Institución. Lo más probable es que el menor maltratado no valore de igual forma que el médico, el cariño y cuidados de sus padres.

Por los motivos anteriores sólo emitirá parte de lesiones en los casos más graves.

### Sospecha diagnóstica

Se establece ante los siguientes hechos<sup>11</sup>:

- Actitud del niño: receloso, temeroso, apático, miedo a las personas mayores...
- Lesiones características (Tabla I).
- Discordancia entre las lesiones encontradas y la causa etiológica dada por los padres o cuidadores.

---

**Tabla I.** Características de las lesiones sospechosas de maltrato.

---

- Existencia de violencias múltiples
  - Diversidad de lesiones: equimosis, heridas, hematomas, quemaduras, arañazos...
  - Antigüedad diferente de las lesiones
  - Lugar de presentación: partes descubiertas (cara, cabeza, nalgas, pies, manos...)
-

- Falta de cuidados médicos habituales: vacunas, revisiones periódicas, etc.
- Defectos de nutrición y/o crecimiento sin causa orgánica que los justifique.
- Reincidencia de accidentes: intoxicaciones, caídas, quemaduras...

En el caso del Síndrome de Münchhausen por poderes<sup>7</sup> se establece ante:

- Enfermedad persistente o recurrente.
- Manifestaciones clínicas inexplicables para un profesional avezado.
- Desaparición de la sintomatología en ausencia de la madre. La cual a su vez tiene una especial dedicación al niño, no queriendo separarse de él ni por cortos espacios de tiempo.
- La madre tiene conocimientos médicos o profesión sanitaria.
- Intolerancia o ineficacia del tratamiento.
- Enfermedades crónicas de diagnóstico dudoso en otros hermanos.
- En cuanto a la sintomatología clínica es muy variada; unas veces son síntomas inventados por la madre; otras veces aparecen por la falsificación de las muestras biológicas, por la administración de fármacos al niño etc.

### **Actuación prejudicial**

Una vez sospechados, la actuación médica es como en cualquier otra patología, con algunas matizaciones.

- Anamnesis detallada.
- Examen externo minucioso.
- Exploración general.
  - Exploración Física.
  - Fotografía de las lesiones.
- Pruebas Complementarias.
- Ingreso hospitalario, si es necesario.
- Comunicación a la Autoridad Competente.

### **1.- Anamnesis:**

Realizada con destreza y habilidad, no en plan interrogatorio. Si los padres (en caso de ser los maltratadores) se sienten acosados, es posible que no nos aporten datos e incluso que reaccionen con agresividad hacia el médico al sentirse descubiertos.

Si él niño es mayor, una vez ganada su confianza y sin la presencia de los padres, él mismo será quien nos proporcione la información necesaria.

No adoptar una actitud detectivesca, buscando culpables, pruebas etc., le corresponde a la policía y / o al juez.

Hay que buscar factores de riesgo, entre los antecedentes familiares y personales.

### **Antecedentes familiares**

Composición del grupo familiar: Situación civil de la pareja. Edad de los padres.

Número de personas que conviven en el domicilio familiar.

Si tiene hijos en acogimiento o adopción. Número de hijos vivos, fallecidos, abortos voluntarios o espontáneos. Pertenencia a algún grupo étnico, emigrantes (con legalización o no de su situación). Actitud de los padres hacia el niño: agresividad, comparación con otros hermanos...

Situación socio-económica familiar: Escolarización de los padres. Trabajo o paro. Tipo de vivienda. ¿Quién cuida a los niños? etc.

- Antecedentes de los padres: Enfermedades mentales, drogadicción, alcoholismo... Conductas marginales de alguno de ellos. Relación entre la pareja. Antecedentes de maltrato en su infancia. Tuvieron problemas de integración social. Estuvieron ingresados en alguna Institución...
- Antecedentes de sus hermanos:
  - Muertes súbitas, inesperadas o de etiología no aclarada. Accidentes frecuentes.
  - Enfermedades crónicas, etc.

### **Antecedentes personales**

Hijo y sexo, deseado o no. Si tiene alguna malformación, cómo fue aceptada.

Embarazo y parto. Asistencia a los controles periódicos de salud. Vacunaciones. Desarrollo psicomotor, creci-

miento y desarrollo. Accidentes previos, intoxicaciones, fracturas. Régimen de vida del niño (a qué hora se acuesta, quién lo cuida...). Relaciones en el domicilio, del niño con el resto de la familia y en la escuela con sus compañeros. Tiene amigos mayores o adultos que le traten de forma especial. Tiene una conducta en relación a temas sexuales, distinta a la de sus hermanos. Cuántas horas ve televisión. Enfermedades previas si ha sido visto en otros hospitales, cuál fue el motivo. Se solicitarán los informes clínicos.

Fugas del domicilio, conducta antisocial, etc.

### **2.- Examen Externo Meticuloso**

- Valorar:
  - Descuido o falta de higiene.
  - Ropa interior en caso de agresión sexual (buscando manchas de sangre, esperma, pelos, desgarros etc.).
- Descripción de las lesiones, reseñando tamaño, localización anatómica, antigüedad de cada una de ellas, etc.

Tipo de lesiones: Muy variadas y con las características que se reseñan en la Tabla I. Las más frecuentes:

- Piel y mucosas: Equimosis, algunas reproducen el objeto que las produjo (Figura 1).



Hematomas y quemaduras: En la piel (cigarrillos, plancha, agua caliente..) en el interior de la boca (líquidos calientes...). Heridas (arañazos...) buscarlas no sólo en la piel sino en el interior de la boca por introducción brusca de tenedores, etc. Alopecias circunscritas con una zona cicatricial en su centro por arrancamiento brusco del cabello. Edemas por comprensión, suelen acompañarse de lesiones erosivas o abrasivas (sujeción con correas o cuerdas de manos o pies).

### 3.-Exploración general

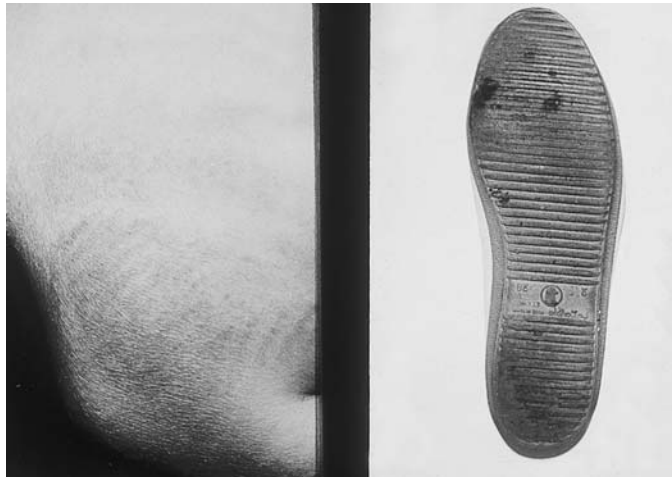
Peso, Talla, Constantes. Además buscar signos o síntomas de posibles lesiones internas: neurológicas (hematoma

subdural por fractura o mecanismo de vaivén...) de abdomen agudo (rotura de vísceras, hematomas, ascitis...) opacificación del cristalino (traumatismos oculares) fracturas (deformidades...).

En los casos de agresión sexual, la exploración puede ser normal (las lesiones han curado por la tardanza en acudir al médico, sólo han sido tocamientos, etc.). Además de los genitales hay que explorar el ano en ambos sexos, la cara interna de los muslos (hematomas, arañazos, mordiscos...) así como buscar lesiones a distancia de defensa, lucha, intentos de inmovilización, etc.

La agresión sexual por contacto físico, puede realizarse por:

**Figura 1.** *Equimosis en el lateral de la espalda producido por un golpe dado por una madre a su hija de 10 años con una zapatilla.*



- Penetración del pene en vagina, ano o cavidad bucal.
- Penetración digital en vagina (Figura 2).
- Introducción de objetos en vagina o ano.
- Tocamientos de la región genital del niño o que el niño toque los genitales del agresor.
- Masturbación del agresor por el niño. Sólo en los tres primeros, podemos encontrar lesiones.
- Penetración vaginal:
  - Pene: No es necesario que la penetración sea completa ni que se produzca eyaculación. Las lesiones físicas encontradas van a depender de 3 factores:
    - Existencia de himen íntegro.
    - Edad cronológica de la niña.
    - Violencia empleada por el agresor.

- Penetración anal:

Buscar hematomas, cicatrices, verrugas (no siempre debidas a contacto sexual) (Figura 3)... Si la víctima opuso resistencia aparecen lesiones en el esfínter externo: fisuras, excoriaciones, hasta rotura del mismo por la desproporción.

Las lesiones más leves: dolor, escozor en la defecación y al deambular, desaparecen en unos 7 días.

Si los coitos son repetidos, se puede encontrar una pérdida del tono del esfínter.

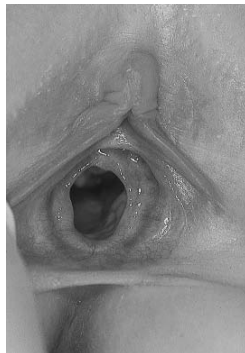
- Penetración bucal: No hay lesiones.

### Fotografía de las lesiones

Siempre que sea posible, sirven para completar el informe médico y para ayudar al médico forense a valorar las lesiones, cuando no ha podido examinar al niño de forma inmediata.

Deberían realizarse:

**Figura 2.** Rotura del himen y visualización del introito vaginal de una niña de 5 años que había recibido abuso sexual por su padre (penetración vaginal con un dedo).



Una de cuerpo entero o en su defecto de la región anatómica donde está situada la lesión, que permitirá la descripción topográfica de la misma.

Otra en detalle de la lesión, para apreciar las características morfológicas, color, figuración etc. Se colocará un tesigo para valorar el tamaño.

En ambas debe constar la fecha en que se realizaron.

#### **4.- Pruebas complementarias, incluyen:**

I.- Estudio analítico completo, incluida coagulación.

II.- Examen radiológico óseo completo, que se acompañará de gammagrafía ósea inicial o seguimiento radiológico a las 2 semanas. Dependiendo de la edad

del niño, se tendrán en cuenta las siguientes consideraciones:

De 1-2 años: La gammagrafía inicial debe ser sustituida por la exploración radiológica, si se dispone de medios técnicos y radiólogo infantil.

De 2-5 años: El estudio se hará de forma individualizada.

>5 años: El estudio radiológico tiene un valor limitado, excepto que la historia clínica y/o la exploración orienten hacia una zona anatómica concreta.

Los hallazgos radiológicos, se pueden clasificar en tres grupos, según su especificidad, cuando no existen antecedentes de traumatismo, o éste no explica los hallazgos radiológicos, las lesiones de moderada y baja especificidad, se consideran de alta especificidad.

---

**Figura 3.** *Condilomas acumulados.*

---



### Alta especificidad

Lesiones metafisarias  
Fracturas costales posteriores  
Fracturas escapulares  
Fracturas de apófisis espinosas  
Fracturas esternales

### Moderada especificidad

Fracturas múltiples (bilaterales)  
Fracturas en diferentes estadios  
Separaciones epifisarias  
Fractura de cuerpos vertebrales  
Subluxaciones vertebrales  
Fracturas digitales  
Fracturas craneales complejas

### Baja especificidad

Fracturas claviculares  
Fracturas craneales lineales  
Fracturas diafisarias de huesos largos

**III.- Estudio Oftalmológico:** Son frecuentes las lesiones de la retina, se presentan en general en ambos ojos, son de forma redondeada, pero irregular, de localización periférica y temporal, con hiperpigmentación oscura en los bordes. También pueden tener cataratas.

**IV.- Estudio electromiográfico:** del esfínter anal, si se sospecha rotura del esfínter.

**V.- Estudio psicológico.**

**VI.- En los casos de agresión sexual:**

1º.-Recoger la ropa, sin manipularla y meterla en una bolsa de plástico, para entregarla a la policía, que le pondrá a disposición del juez de guardia.

2º.-Toma de muestras (Orden 08/11/96 del Ministerio de Justicia)<sup>15</sup>.

- Para estudio de perfil genético: 5 c.c. de sangre con 5 mg de EDTA Na sólido.
  - Para investigación de esperma:
    - 2 tomas como mínimo con hisopo seco y estéril.
    - Lavado vaginal, anal o bucal con suero fisiológico.
  - Para estudio de enfermedades de transmisión sexual:
    - 2 tomas como mínimo con hisopo de algodón estéril en medio de mantenimiento.
    - 2 tomas cervicales con torundas de algodón estériles, con medio de mantenimiento (penetración vaginal).
    - Si tiene lesiones ulcerativas, vesiculosas (herpes) se hará una toma con una torunda seca de algodón.
    - Serología de HIV, Hepatitis B y C, y sífilis: 5–10 c.c. de sangre con EDTA Na sólido.
- Todas las muestras se etiquetarán y se guardarán en refrigeración hasta su envío, al juez de guardia.

3º.-Test de embarazo, si se trata de una adolescente.

**VII.-** En los casos de Intoxicaciones se tomarán las siguientes muestras:

– Sangre: 5 c.c. con 50 mgr de oxalato K (como anticoagulante) y 50 mgr de Fluoruro Na (como conservante). Si se trata de tóxicos volátiles (alcohol o gases) sin cámara de aire.

– Orina, contenido gástrico (vómito o lavado gástrico) y si se puede el tóxico posible causante.

Las muestras se etiquetarán y guardarán en refrigeración hasta su envío al juez de guardia, independientemente de que algunas de las determinaciones se realicen también en el centro en que se atiende al paciente.

**VIII.-** Cualquier otra prueba que se considere necesaria para el diagnóstico.

## 5.- Ingreso Hospitalario

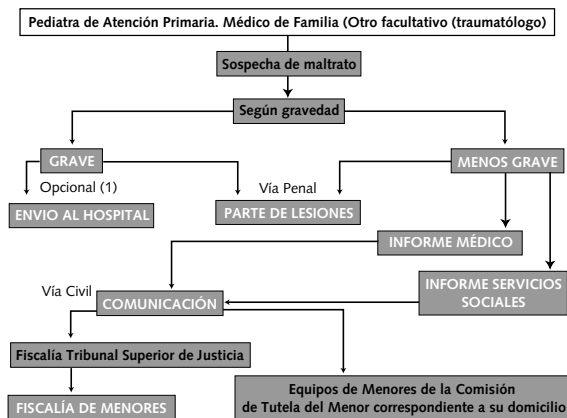
Sólo cuando es necesario y durante el menor tiempo posible. Permite además de completar el estudio, observarle desde el punto de vista psicológico y ver los cambios que se producen en su conducta.

En los casos en que sea imprescindible su ingreso por la gravedad de las lesiones o por el riesgo que corre el niño, si los padres o tutores deniegan el ingreso se solicitará el mismo al juez de guardia.

## 6.- Comunicación a las Autoridades Competentes<sup>9</sup>

Los pasos a seguir en el Centro de Salud, se reseñan en la Tabla II y III. Se señalan muy esquemáticamente los pasos que el juez de guardia realiza una vez recibe la denuncia o el parte de lesiones, sobre una sospecha de maltrato infantil.

**Tabla II.** Pasos a seguir desde el Centro de Salud ante la sospecha de maltrato.



(1) Porque puede ser emitido desde el Hospital, con más datos analíticos, radiológicos, etc.

Tabla III. Pasos seguidos tras la notificación al Juez de Guardia.



Desde enero de 1999, en la Comunidad de Madrid, el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (Consejería de Sanidad y Servicios Sociales) está recogiendo unas hojas de NOTIFICACIÓN DE MALTRATO FÍSICO Y ABANDONO, que le son remitidos por el médico, enfermera, trabajador social, matrona y psicólogos. Sirve para conocer la incidencia de maltrato; pero no exime de la comunicación a la Autoridad Competente, incluido el parte de lesiones.

### **Parte de Lesiones**

En general es el mismo que se emite para un accidente de tráfico, o cualquier otro tipo de lesión no sospechosa de maltrato. Sería conveniente cambiarlo por uno específico, en él que se reseñen algunas especificaciones que permitan al juez de guardia apreciar la gravedad del tema y la necesidad de adoptar medidas urgentes de protección al menor, como:

“Tras el reconocimiento practicado se han apreciado las siguientes lesiones (...). .....

El origen de las lesiones, referido por el menor/acompañante es (...). .....

...Siendo/no siendo compatible con las lesiones observadas.

SI/NO/SE DESCONOCE la existencia de antecedentes del mismo tipo en su historial clínico”.

### **Consideraciones legales.**

#### **Intervención judicial. Coordinación con profesionales del ámbito sanitario**

El fenómeno de la violencia doméstica que se comete en el seno de la familia y sufrido por los menores, se sigue produciendo en nuestro país de una forma que no puede calificarse de esporádica.

El ámbito doméstico en que se desarrolla normalmente el maltrato al menor en nuestra sociedad, obstaculiza los intentos de resolución del problema, por las dificultades que entraña la prueba para la investigación policial y judicial, lo que beneficia la impunidad del delito.

Para conseguir el objetivo de prevenir y eliminar situaciones de riesgo que padecen los menores, es esencial la actuación de los médicos que en el ejercicio de su profesión, entran en contacto con el niño víctima del maltrato y alertan sobre las lesiones sufridas.

Sin embargo, la realidad es que muchos de los casos que se diagnostican no se comunican a las autoridades competentes.

El artículo 262 de la L.E.Crim. dispone que los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente.

La Ley Orgánica 1/96 de 15 de Enero, de Protección Jurídica del Menor, artícu-

lo 13, impone a toda persona o autoridad y especialmente a aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, la obligación de comunicarlo a la autoridad o a sus agentes más próximos.

Nos encontramos, por tanto, ante un supuesto de denuncia o comunicación obligatoria que deben realizar los médicos que detectan no sólo actos de violencia física, sino también situación de riesgo o desamparo en los menores.

¿La remisión del parte de lesiones, ante una sospecha de maltratos físicos con o sin signos de abuso sexual, constituye una denuncia?

Denuncia es una declaración en virtud de la cual se proporciona al órgano oficial correspondiente, el conocimiento de la "*notitia criminis*", de un hecho que reviste caracteres de delito.

Por tanto, la comunicación a realizar por el médico que por razón de su profesión, sospecha del origen de unas lesiones, es en definitiva una denuncia. Esto no debe suponer una limitación para el médico que detecta el problema. A él solo se le exige comunicar que existen unos indicios de maltrato, pero no probar que han sido consecuencia de hechos con relevancia penal. La investigación y comprobación de lo sucedido,

no le corresponde a él sino al órgano judicial competente.

¿Qué consecuencias podrían acarrearle al médico, si tras la investigación no se confirma el maltrato?

No incurriría en responsabilidad penal el facultativo que actúa guiado por la sospecha, a partir de unos indicios, aunque posteriormente se descarte un supuesto de maltrato.

Por el contrario, no denunciar sí puede acarrear responsabilidad penal. Su pasividad, al margen de otros tipos penales, podría constituir delito de omisión de los deberes de impedir delitos o de promover su persecución, artículo 407 y 450 del Código Penal.

### **Procedimiento de comunicación a las autoridades competentes**

1. Ante un supuesto de maltrato físico, con o sin signos de abuso sexual, el correspondiente parte de lesiones deberá remitirse al Juzgado de Instrucción de guardia.

Es fundamental la coordinación entre los profesionales médicos y los Juzgados de Instrucción por ser preciso en muchos supuestos la adopción urgente de medidas cautelares de protección del menor perjudicado.

Una medida necesaria en muchos supuestos es la de alejamiento de los pa-



dres, prevista en el artículo 13 y 544 bis L.E.Crim. y la de resolver conflictos urgentes entre los padres del menor presuntamente maltratado y el personal sanitario, respecto a la atención médica a impartir al menor. En estos casos, deberá comunicarse inmediatamente con el Juzgado de Guardia.

En aquellas poblaciones en que la guardia sea de permanencia, por contar con diez o más Juzgados de Instrucción, en el local Judicial se recibirán las correspondientes denuncias. En las poblaciones en que el Juez de Guardia, fuera de las horas de audiencia, sólo se encuentra en condiciones de "disponibilidad y de continua localización", es conveniente remitir el correspondiente parte, con las observaciones que permitan a la autoridad percatarse de la necesidad de adoptar medidas urgentes de protección del menor, por conducto de las Fuerzas del Orden Público en general, (GRUME, DGP, GUARDIA CIVIL...).

Debe además ponerse en conocimiento de la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia correspondiente, Fiscalía de Menores. Al Ministerio Fiscal le corresponde el ejercicio de la acción penal por los hechos de los que ha sido víctima el menor.

En los delitos contra la libertad sexual, el artículo 191 del código Penal, exige

que para proceder por los delitos de agresión, acoso o abusos sexuales, concurra la denuncia de la persona agraviada, y en el caso de tratarse de un menor, de su representante legal o del Ministerio Fiscal.

Una vez remitido el parte a la autoridad judicial, se incoará el correspondiente procedimiento penal para esclarecer lo sucedido: Procedimiento del Tribunal del Jurado, sumario, diligencias previas de procedimiento abreviado, Juicio de faltas. Será el Juez de Instrucción el que bien de oficio o a petición del Ministerio Público u otras partes personadas, recabe la intervención y asesoramiento de las comisiones que en la Comunidad respectiva tengan encomendada la protección del menor y la iniciación del oportuno proceso civil de Derecho de Familia.

**2.** En los supuestos en los que sin apreciarse maltrato físico, se estime situación de desprotección social del menor existe también la obligación de comunicarlo a la autoridad o a sus agentes más próximos.

Esto ocurre en las situaciones de desamparo -incumplimiento o imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando estos queden privados de la necesaria asistencia moral o material, art. 172

C.C. - o riesgo - existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar, L.O. 1/96 de 15 de Enero -.

Al margen de comunicación urgente a la autoridad judicial, Ministerio Fiscal y GRUME, si se aprecia una situación de riesgo inmediato para el menor, deberá ponerse en conocimiento de la entidad pública competente en materia de protección de menores. Estas son las designadas por las CCAA y las ciudades de Ceuta y Melilla de acuerdo con sus respectivas normas de organización. Los técnicos que trabajan en estas entidades

valorarán el caso, adoptando la medida más adecuada al menor.

La Comunidad de Madrid, cuenta con el Instituto Madrileño del menor y la Familia, organismo dependiente de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y que tiene como objetivo dar una respuesta global e integradora a las necesidades de la infancia.

La Comisión de Tutela del menor es un órgano colegiado del I.M.M.F. que ejerce las funciones de velar por los intereses de los menores en situación de desamparo o riesgo, de manera inmediata y procurarles las medidas necesarias para asegurar su adecuada atención.

## Bibliografía

1. Tardieu A. *Etude médico-legale sur les sevices et mauvais. Traitements exercés sur les enfants.* Ann Hyg Publ Med Leg 1860; 13: 361.
2. Kempe CH, Silver HR. *The Problem of Parental Criminal neglect and Severe Abuse of Children.* Transaction of the American Pediatric Society. Sixty Ninth Annual Meeting Buck Hill Falls May 6.8. American J. Dis Child 1959; 98: 528. Philadelphia.
3. Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver H.K. *The Battered Child Syndrome.* JAMA 1962; 181: 17-24.
4. Fontana V, Donovan D, Wong RJ. *"The Maltreatment Syndrome in Children".* The New England J. of Medicine 1963; 26: 1369-1394.
5. Silver LB, Dublin CC, Lourie RS. *"Child Abuse Syndrome: the "Gray Areas" in establishing a Diagnosis".* Pediatrics, 1969; 44: 594.
6. Gutiérrez Díez MP. Reconocimiento del maltrato infantil en el ámbito médico. Actuación prejudicial. En: Estudios sobre violencia familiar y Agresiones sexuales, tomo III. Editado por Ministerio de Justicia y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 1999; 93-116.
7. Meadow R. Münchausen Syndrome by proxy. Arch. Dis Child 1982; 57: 92-98.
8. Waller DA. *Obstacle to the treatment of Münchausen by proxy Syndrome.* J Am Acad Child Psychiatr 1983; 22: 80-85.
9. Rosenberg DM. *Web of deceit a literature review of Münchausen syndrome by proxy.* Child Abuse Negl. 1987; 11: 547-563.
10. McGuire TL, Feldman KW. *Psychologic morbidity of children Osubjected to Münchausen syndrom by proxy.* Pediatrics 1989; 83: 289-292.
11. Gutiérrez Díez MP. Aspectos medicolegales del maltrato en la infancia. En: Oñorbe M, García Barquero M, Díaz Huertas J A (eds). *Maltrato Infantil: Prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario.* Madrid: Consejería de Salud. 1995: 154-164.
12. Gutiérrez Díez P, Conejero Estevez MJ. Aspectos medicolegales del maltrato en la Infancia. En: Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C. (eds). *Niños Maltratados.* Díaz de Santos. Madrid. 1997; 34: 295 -306.
13. Palacio-Quintín E, Calille S. *Evaluation du processus dans une experience de groupe pour parents negligents.* Can J. Community ment health, 1995; 14: 181-200.
14. Morris JL, Johnson CF, Clasen M. *To report or not to report Physicians attitudes toward discipline and child*

*abuse*. Am J Dis Child 1985; 139: 194-197.

15. Orden 08/11/96, Normas para la preparación y remisión de muestras ob-

jeto de análisis por el Instituto Nacional de Toxicología. BOE, 23-1296: 38203-38212.32.

