

El Maltrato Infantil

Intervención
profesional y
propuestas de mejora
en el Ámbito Sanitario
Investigación en
CCAA Aragón



Programa de Prevención y Detección de Situaciones de Desprotección y Maltrato Infantil



EL MALTRATO INFANTIL

«INTERVENCIÓN PROFESIONAL Y PROPUESTAS DE MEJORA EN EL ÁMBITO SANITARIO»

Investigación en la C.C.A.A. de Aragón





El maltrato infantil y la violencia siguen estando presentes en la realidad de algunos menores de nuestra sociedad, a pesar del derecho de los niños a una protección que garantice su desarrollo integral como personas.

El Programa Experimental de Prevención y Detección de Situaciones de Desprotección y Maltrato Infantil que se lleva a cabo en Aragón desde el año 2000 con la colaboración del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales y la Asociación de Desarrollo Comunitario en Áreas de Aragón, ha puesto en marcha actuaciones para la coordinación interprofesional e interinstitucional en el abordaje de esta problemática.

Dichas actuaciones se iniciaron con la realización de un estudio sobre el "Análisis de la Realidad del Maltrato Infantil en Aragón". Este estudio cuantificó y analizó los casos de maltrato infantil detectados en nuestra Comunidad Autónoma entre septiembre de 2000 y septiembre de 2001, y permitió al Programa tener una sólida orientación sobre las actuaciones que debía llevar a cabo, iniciándose las mismas en los ámbitos de la red de Servicios Sociales, Educación y Tiempo Libre.

Siguiendo la línea de trabajo llevada a cabo hasta el momento, se presenta en esta Investigación un primer acercamiento al Ámbito Sanitario. En ella, se han recogido las "Intervenciones" y las "Propuestas de Mejora" consideradas y aportadas por algunos profesionales que trabajan en instituciones sanitarias, en cuanto a detección, intervención, coordinación y derivación de situaciones de maltrato infantil.

Estas "Intervenciones" y "Propuestas de Mejora" son fruto de la reflexión de un grupo de 25 profesionales de la salud y son significativas en cuanto que son reflejo de la experiencia y del trabajo diario de cada uno de ellos.

Con esta investigación se abre una puerta a nuevas actuaciones que posibilitarán el establecimiento de protocolos de actuación comunes, de unos criterios unificados y de una relación coordinada entre todos los profesionales que, de un modo u otro, están en contacto con la infancia.

Desde este Programa se quiere dar respuesta a algunas de las propuestas de los profesionales, teniendo en cuenta los recursos existentes. Así mismo se pondrán en conocimiento de la Administración Competente los resultados de esta investigación.

Queremos agradecer a todos los profesionales la colaboración y el apoyo que nos han prestado, y el interés por un trabajo conjunto para mejorar el bienestar y buen desarrollo de la Infancia.


Miguel Briño Lapuente
DIRECTOR GERENTE DEL I.A.S.S.



La presente Investigación ha sido elaborada por el "Programa Experimental de Prevención y Detección de Situaciones de Desprotección y Maltrato Infantil en Aragón", integrado por profesionales del Servicio Especializado de Menores en Zaragoza y la Asociación de Desarrollo Comunitario en Áreas de Aragón A.D.C.A.R.A.

José Manuel Casión Muñoz, Psicólogo. Coordinación de Recepción y Dirección de Programas Preventivos I.A.S.S. Subdirección Provincial de Protección a la Infancia y Tutela de Zaragoza. Supervisión de la Investigación.

Alicia Pros Claver, Educadora Social. Coordinación de Casos. Subdirección Provincial de Protección a la Infancia y Tutela de Zaragoza. Supervisión de la Investigación.

Pascual Jiménez de Bagüés Ciprés, Educador Social. Área de Atención al Menor en Conflicto Social del I.A.S.S. Colaboración en la Investigación.

Angela Manchó Biesa, Psicóloga Clínica. Supervisión de Casos. Subdirección Provincial de Protección a la Infancia y Tutela de Zaragoza. Supervisión de la Investigación.

M^a Jesús de Mur Larramona, Trabajadora Social. Coordinación ADCARA, Asociación de Desarrollo Comunitario en Áreas de Aragón. Supervisión de la Investigación.

Anabel Carreras Rouma, Psicóloga ADCARA, Asociación de Desarrollo Comunitario en Áreas de Aragón. Diseño e implementación de la Investigación.

Elia Salomón Brull, Trabajadora Social ADCARA, Asociación de Desarrollo Comunitario en Áreas de Aragón. Supervisión y corrección de la Investigación.

Susana Polo Pérez, Trabajadora Social ADCARA, Asociación de Desarrollo Comunitario en Áreas de Aragón. Implementación de la Investigación.

En fases preliminares a la investigación se contó con la colaboración de:

Gonzalo Oliván Gonzalvo, Pediatra de la Subdirección Provincial de Protección a la Infancia y Tutela de Zaragoza.

Marina Magaña Hernández, Pediatra del Hospital Materno-Infantil Miguel Servet.

Agradecemos especialmente su participación a los profesionales de las diferentes Instituciones Sanitarias Aragonesas que nos han dedicado su tiempo para que se pudiera llevar a cabo esta investigación:



Responsable de Calidad Hospitalaria
Profesor de la Universidad de Medicina
Jefe de Unidad de Pediatría de Centro Hospitalario
Jefe de Servicio de Urgencias Pediátricas de Centro Hospitalario
Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil
Psiquiatra Infanto Juvenil de Centro Hospitalario
Sexóloga
Pediatra de la Residencia "Infanta Isabel"
Pediatra de Hospital
Pediatra de Urgencias de Clínica Privada
Pediatras de Centros de Salud de Zona Urbana
Pediatra de Centro de Salud de Zona Rural
MIR. (Médico Interno Residente)
Comadrona Centro de Salud de Zona Rural
DUEs de Centros Hospitalarios
DUE de Centro de Salud
Trabajadoras Sociales de Centros Hospitalarios
Trabajadora Social de Centro de Salud
Administrativas de Centro Hospitalario



INDICE GENERAL

1. Justificación de la Investigación	11
2. Objetivos	15
2.1. Objetivos generales	17
2.2. Objetivos específicos	17
3. Método	19
3.1. Muestra	21
3.2. Instrumento	23
3.3. Procedimiento	24
3.3.1. Fases de la Investigación	24
3.3.2. Actividades realizadas en cada una de las fases	26
3.3.3. Cronograma	27
4. Análisis, resultados y conclusiones	29
Parte I: Intervención de los Profesionales.	31
4.1. Análisis	32
4.1.1. Quién observa	35
4.1.2. Dónde observar	43
4.1.3. Qué observar	47
4.1.4. Coordinación interna	56
4.1.5. Coordinación externa	64
4.1.6. Intervención con la familia	72
4.1.7. Intervención con el niño	87
4.1.8. Características de los profesionales	89
4.2. Resultados	95
4.3. Conclusiones	100
Parte II: Propuestas de Mejora	105
4.4. Análisis	106
4.4.1. Coordinación dentro de cada servicio	108
4.4.2. Coordinación interinstitucional	113
4.4.3. Formación	120
4.4.4. Información	127
4.4.5. Sensibilización	132
4.4.6. Investigación	137
4.4.7. Análisis de programas exitosos	139
4.4.8. Ampliación / creación de recursos	141
4.4.9. Mejoras a nivel social	149
4.5. Resultados	151
4.6. Conclusiones	156
5. Próximas líneas de actuación	161
Anexos	165
Anexo I. Guiones de entrevistas	167
Anexo II. Mail/Fax del envío de las entrevistas	175
Anexo III. Carta de validación de las entrevistas	177



INDICE de TABLAS

Tabla 1. Descripción general de la muestra	21
Tabla 2. Instituciones en las que se realizaron entrevistas	22
Tabla 3. Profesiones de los entrevistados	22
Tabla 4. Sexo de los entrevistados	22
Tabla 5. Actividades realizadas en las 7 fases de la investigación	26
Tabla 6. Cronograma de la investigación	27

INDICE de ESQUEMAS

Esquema 1. Esquema general de Intervención Profesional	33
Esquema 2. ¿Quién Observa?	35
Esquema 3. ¿Dónde Observar?	43
Esquema 4. Qué observar	47
Esquema 5. Coordinación interna	56
Esquema 6. Coordinación externa	64
Esquema 7. Intervención con la familia	72
Esquema 8. Intervención con el niño	87
Esquema 9. Características de los profesionales	89
Esquema 10. Esquema general de Propuestas de Mejora.	107
Esquema 11. Coordinación dentro de cada servicio.	108
Esquema 12. Coordinación interinstitucional.	113
Esquema 13. Formación.	120
Esquema 14. Información.	127
Esquema 15. Sensibilización.	132
Esquema 16. Investigación.	137
Esquema 17. Análisis de programas exitosos.	139
Esquema 18. Ampliación /creación de nuevos recursos.	141
Esquema 19. Mejoras a nivel social.	149



1. Justificación de la Investigación



Intervención Profesional y Propuestas de Mejora

1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La Diputación General de Aragón tiene competencias exclusivas en la Comunidad Autónoma en el tema de Protección Infantil. Entre sus múltiples objetivos, se encuentra la necesidad de mejorar la atención que se presta a los Menores desde los programas que se desarrollan desde las Direcciones Provinciales de Zaragoza, Huesca y Teruel.

En el año 2000, el Instituto Aragonés de Servicios Sociales de la Diputación General de Aragón, a partir de ahora IASS, firmó convenio de colaboración con la Asociación de Desarrollo Comunitario de Áreas de Aragón (ADCARA), para la gestión del "Programa Experimental de Prevención y Detección de Situaciones de Desprotección y Maltrato Infantil".

La línea de actuación que se ha llevado desde este Programa en los ámbitos de Servicios Sociales Comunitarios, Educativo y Tiempo Libre, ha consistido en un primer momento en realizar una investigación acerca de la respuesta que se está ofreciendo desde estas áreas al problema del maltrato infantil. Algunas de las preguntas que se han planteado son: ¿cómo se previene, detecta e interviene en cada uno de estos ámbitos?, ¿cuáles son las dificultades a las que se enfrentan los profesionales para dar una respuesta adecuada a esta problemática?, ¿qué necesitan los profesionales de cada uno de estos ámbitos para mejorar su intervención?.

Dado que el sistema sanitario está en una situación privilegiada para detectar e intervenir en situaciones de maltrato infantil, se ha considerado importante, en el cuarto año de desarrollo del Programa, ampliar la investigación al Ámbito Sanitario.

Los niños víctimas de violencia familiar presentan múltiples problemas de salud. Los más evidentes son las lesiones debidas a los malos tratos físicos –fracturas, quemaduras, moraduras, etc.-. También las negligencias implican complicaciones evidentes –enfermedades mal curadas, mala alimentación, etc. Sin olvidar que se deben tener en cuenta todas las repercusiones psicosomáticas que pueden conllevar las diferentes tipologías de maltrato. Algunos ejemplos son los dolores de estómago, de cabeza, musculares, la angustia, depresión o las fobias.

De esta manera, se puede pensar que estos niños van a estar en contacto –bien sea en servicios de atención primaria, especializada o urgencias- en múltiples ocasiones con profesionales de la salud. Su respuesta ante los malos tratos va a ser determinante a la hora de activar una red de protección interdisciplinar e interinstitucional.

Sin embargo, existen muchas dificultades para la realización de una buena detección, intervención, coordinación y derivación en situaciones de maltrato infantil. Algunas de ellas son, la falta de formación acerca de los indicadores de maltrato, las dificultades de trabajar con familias maltratantes, los problemas de coordinación con otras instituciones, la escasez de recursos, etc. Todo ello hace que la respuesta del sistema sanitario ante la problemática del maltrato infantil no siempre sea óptima y no se active la red interdisciplinar e interinstitucional mencionada anteriormente.

Por ello, los entrevistados opinaron que las instituciones sanitarias deberían propiciar cambios en diferentes aspectos –infraestructuras, metodología de trabajo, coordinación, protocolos, etc.-, que mejoraran la intervención en situaciones de maltrato infantil, para favorecer el bienestar de los niños.

El objeto de esta Investigación ha sido recoger la reflexión de profesionales del ámbito sanitario respecto a la Intervención Profesional en situaciones de Maltrato Infantil –las metodologías o procedimientos que dan buenos resultados en prevención, detección, valoración, intervención y derivación-, y las Propuestas de Mejora –en el ámbito sanitario y en otras instituciones- que los profesionales consideran necesarias para poder intervenir adecuadamente.

Los resultados obtenidos son una información valiosa que debe ser divulgada para unificar criterios de intervención a nivel profesional -interservicio e intraservicio-, y planificar cambios a diferentes niveles –políticos, administrativos, gestión de servicios, etc-.

Para diferenciar bien los contenidos, esta investigación se ha dividido en dos partes. En la Parte I se recoge la Intervención de los Profesionales en el Ámbito Sanitario, y en la Parte II las Propuestas de Mejora.



2. Objetivos



Intervención Profesional y Propuestas de Mejora

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos generales

El objetivo general de la investigación ha sido la obtención de Buenas Prácticas -respecto a la detección, intervención, coordinación y derivación de situaciones de maltrato infantil por los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias- y de Propuestas de Mejora para la intervención en el ámbito sanitario.

Esta información será posteriormente divulgada -entre los profesionales del sistema sanitario, políticos, personal de la Administración y los cargos de responsabilidad en los diferentes servicios sanitarios. Con ello se pretende optimizar y mejorar la respuesta ante situaciones de maltrato infantil.

2.2. Objetivos específicos

- Conocer la organización del sistema sanitario en Aragón – administración e intervención directa-, en lo referente a la atención a infancia y adolescencia.
- Recoger las propuestas de los profesionales que trabajan en el sistema sanitario acerca de cuáles son las buenas prácticas a la hora de detectar, intervenir, coordinarse y derivar situaciones de maltrato infantil.
- Elaborar una categorización de las buenas prácticas aportadas por los profesionales.
- Redactar un informe de la investigación para la posterior divulgación de sus resultados para optimizar y mejorar la respuesta ante situaciones de maltrato infantil.





3. Método



Intervención Profesional y Propuestas de Mejora

3. METODO

3.1. Muestra

A continuación se hace una descripción de la muestra en función de diferentes criterios: (a) instituciones en las que se realizaron las entrevistas; (b) profesiones de los entrevistados y (c) sexo.

Se realizaron un total de 21 entrevistas, aunque el número total de entrevistados fue de 25. Esto se debe a que algunas de las entrevistas se hicieron en grupo, es decir, se entrevistaron simultáneamente a varios profesionales.

Tras un primer cuadro genérico descriptivo de la muestra, se presentan varios cuadros parciales que describen las categorías anteriormente citadas. Posteriormente se describen los criterios de selección de la muestra.

Centro de trabajo	Profesión/Cargo	Nomenclatura	Sexo
Hospital	Responsable de Calidad	Resp.Cald.Hosp.	H
	Jefe de Unidad de Pediatría	JUP.Hosp.-Soc.Ped.	H
	Psiquiatra Infanto Juvenil	Psiqu.Inf.Juv.Hosp.	H
	Trabajadora Social	TS.HMI	M
	Trabajadora Social	TS.Hosp.	M
	Trabajadora Social	TS.Hosp.2.	M
	Recepcionistas	Recep.HMI	M
Hospital (Servicio de Urgencias)	Jefe de Servicio-Pediatra DUE	Ped.Urg. Hosp. DUE.Urg. Hosp.	M M
Hospital (Unidad de Lactantes)	Pediatra DUE	Ped.Servlact.HMS Sup.DUE.U.Lact.Hosp.	M M
Hospital (Zona Rural)	Comadrona	Comad.Hosp	M
Clínica Privada	Servicio Urgencias-Pediatra	Ped.Urg.Priv.	H
Centro de Salud de Atención Primaria	Pediatra	Ped.Due.CSAP	H
	DUE	Ped.Due.CSAP	M
	Pediatra	CSAP.Ped y Mir	H
	MIR	CSAP.Ped y Mir	M
	Trabajadora Social	T.S. CAPS	M
Centro de Salud de Atención Primaria (Zona Rural)	Pediatra	Ped.rural	M
USMIJ (Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil)	Psiquiatra	USMIJ	H
	Psicólogo	USMIJ	M
	DUE	USMIJ	M
Centro de Promoción de la Salud	Sexóloga	Sex.CPS	M
Residencia "Infanta Isabel"	Pediatra	Ped.R.I.I	H
Escuela de Enfermería	Profesor	E.U.Enf	H

Tabla 1. Descripción general de la muestra

a. Instituciones en las que se realizaron las entrevistas

La muestra seleccionada de profesionales respecto al lugar donde llevan a cabo su trabajo se distribuye de la siguiente manera:

Instituciones	Número
-Hospitales Públicos	4
-Servicio de Urgencias	2
-Clínicas Privadas	1
-Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil (USMIJ)	1
-Centros de Atención Primaria	4
-Servicios Especializados	1
-Centro de Promoción de la Salud	1
-Escuelas Universitarias	1

Tabla 2. Instituciones en las que se realizaron entrevistas

b. Profesiones de los entrevistados

Por profesiones, la muestra de entrevistados se distribuye de la siguiente manera:

Profesión/Cargo	Número
-Expertos	2
-Responsable de Calidad Hospitalaria	1
-Jefe de Unidad de Pediatría	1
-Jefe de Servicio de Urgencias-Pediatra	1
-Psiquiatra	2
-Psicólogo	1
-Sexóloga	1
-Pediatras	6
-MIR	1
-Comadrona	1
-Trabajadores sociales	4
-DUES	3
-Recepcionista	1

Tabla 3. Profesiones de los entrevistados

c. Sexo de los entrevistados

Por sexo, la muestra de entrevistados se distribuye de la siguiente manera:

Sexo	Número
-Hombres	9
-Mujeres	16

Tabla 4. Sexo de los entrevistados

d. Selección de la muestra.

La selección de la muestra se realizó en función de la potencial información que cada profesional concreto podía aportar según su rol. Fue pues una muestra seleccionada deliberada e intencionalmente, dado que el propósito consistía en obtener la mayor cantidad y variedad de "buenas prácticas y propuestas de mejora". Por ello, se trató de abarcar un número adecuado de organismos y servicios que componen el sistema sanitario aragonés de atención a la infancia y adolescencia, y de profesiones que trabajan en él. Concretamente, los criterios utilizados para la selección de la muestra fueron:

- Personas que trabajaran en instituciones sanitarias y estuvieran en contacto con infancia o adolescencia.
- Personas que tuvieran al menos 3 años de experiencia en el ámbito sanitario.
- Personas sensibilizadas en el tema de los malos tratos infantiles, que se sabía de antemano que podían ofrecer información relevante.
- Personas que representaran todos los ámbitos de intervención sanitaria en contacto con niños: atención primaria, hospitales, urgencias, etc.
- Personas que cubrieran las diferentes categorías profesionales sanitarias: Pediatras, Trabajadores Sociales, Psicólogos, Psiquiatras, DUEs, Auxiliares, Recepcionistas, etc.

3.2. Instrumento

A lo largo de múltiples reuniones del equipo investigador, se fueron construyendo dos modelos de entrevistas semiestructuradas. Con ellas se pretendía disponer de una herramienta que sirviese para guiar la entrevista. A pesar de que la pregunta general era "¿Cuáles son las buenas prácticas a la hora de detectar, intervenir, coordinar y derivar una situación de maltrato infantil?", se creyó importante elaborar algunas preguntas más concretas que facilitasen la recogida de información.

El primer modelo de entrevista se centró básicamente en la recogida de buenas prácticas a la hora de prevenir e intervenir en situaciones de maltrato infantil desde las instituciones sanitarias.

La entrevista se dividió en dos apartados. En el primero, y con el apoyo de un caso práctico, se trató de averiguar cómo deben intervenir los profesionales del ámbito sanitario en caso de sospechar o conocer una situación de maltrato infantil. Se propuso analizar la opinión de estos profesionales sobre la intervención que deberían hacer los pediatras, DUEs, auxiliares, celadores, trabajadores sociales, etc. El segundo apartado se centró en obtener propuestas de los entrevistados para mejorar la respuesta que se da a la problemática del maltrato infantil desde las instituciones sanitarias.

En el segundo modelo de entrevista, se invirtió la prioridad de la información buscada. Las propuestas de mejora fueron el punto prioritario de la recogida de información, mientras que se dio menor protagonismo a las buenas prácticas en la prevención e intervención de situaciones de maltrato infantil.

Esta diferenciación de entrevistas –las primeras centradas en las buenas prácticas y las segundas en las propuestas de mejora– responde a la necesidad de recoger ambos tipos de información en el Programa que integra ambas investigaciones de "Maltrato y Salud": el "Programa de Prevención y Detección de Situaciones de Desprotección y Maltrato Infantil en Aragón".

Aún teniendo consciencia de que al partir de unas ideas-guía para la entrevista se influye de algún modo en la respuesta de los profesionales –ya que se focaliza y delimita la recogida de datos–, se consideró que este instrumento presentaba múltiples aspectos positivos. Al abrir puertas, los profesionales pudieron matizar y profundizar en los temas sugeridos y explicaron las buenas prácticas y propuestas de mejora desde su propia experiencia y campo de intervención.

Aunque se contaba con un formato básico de entrevista, con unas preguntas concretas, se adaptó cada una de éstas a la profesión del entrevistado y al servicio al que pertenecía. De esta manera, se esperaba obtener la máxima información posible del profesional, según su especialización y ámbito de intervención.

** En el [anexo I](#) se pueden consultar cuatro modelos de los 21 guiones de entrevistas realizadas.*

3.3. Procedimiento

Una vez presentada la muestra y el instrumento de la investigación, a continuación se describe el procedimiento llevado a cabo en la misma. Para ello, se habla de: (1) las 7 fases en las que se dividió la investigación; (2) las actividades desarrolladas en cada una de las fases, y (3) el cronograma de la investigación.

3.3.1. Fases de la investigación

La investigación se compuso de 7 fases: (I) conocimiento de la estructura del Servicio Aragonés de Salud; (II) selección y contacto con la muestra; (III) diseño de las entrevistas semiestructuradas; (IV) realización de las entrevistas; (V) validación de las entrevistas; (VI) análisis de contenido de las entrevistas y (VII) redacción del informe.

Se resume brevemente el contenido de cada una de ellas:

• Fase I. Conocimiento de la estructura del Servicio Aragonés de Salud.

La investigación se inició con un análisis de los recursos existentes en este Servicio en relación a la atención de menores de edad –atención primaria, hospitalizaciones, servicios de urgencias, etc.-. Esta visión global de los recursos y servicios que configuran la red de intervención permitió realizar una selección de la muestra que cubriese representantes de cada sector.

• Fase II. Selección y contacto con la muestra.

Se realizó una selección de los profesionales e instituciones a los que entrevistar, acordándose un número aproximado de 20 entrevistas. En el apartado "3.a. muestra" se detallan los criterios sobre los que se basó esta selección. Se contactó telefónicamente con cada profesional, explicando los objetivos de la investigación y solicitando su colaboración. Prácticamente todos los profesionales contactados aceptaron ser entrevistados y se fijó la modalidad de entrevista: (a) entrevista en vivo o (b) entrevista por correo electrónico o correo convencional.

En algunos servicios, los propios profesionales se ofrecieron para realizar la entrevista en grupo, de manera que se pudieran obtener diferentes puntos de vista en una sola entrevista. Los servicios en los que se realizaron entrevistas grupales fueron:

- USMIJ: psiquiatra, psicóloga y DUE
- Centro de Atención Primaria: pediatra y DUE
- Centro de Atención Primaria: pediatra y MIR
- Hospital: Trabajadora Social y Administrativos.

Una vez concertados el día y hora de la entrevista, se envió tres o cuatro días antes mediante fax o correo electrónico el guión de la misma, para que los profesionales tuvieran tiempo de leerlo y pudieran preparar algunas de sus respuestas.

• Fase III. Diseño de las entrevistas semiestructuradas.

Los instrumentos de esta investigación fueron dos modelos de entrevistas semiestructuradas. Éstas fueron a su vez ligeramente adaptadas al contexto de trabajo –urgencias, atención primaria, etc.- y formación –pediatras, DUEs, trabajadores sociales, etc.- de los entrevistados (ver anexo 1).

** Para mayor información acerca de las entrevistas, consultar el apartado "3.2. Instrumento"*

• Fase IV. Realización de las entrevistas.

Las entrevistas se realizaron según dos formatos: 4 de ellas fueron contestadas por correo electrónico o correo convencional, y 17 de ellas se realizaron personalmente.

En estas últimas, la entrevistadora se desplazó al lugar de trabajo de los entrevistados, salvo en una excepción en la que se recibió a la entrevistada en la sede de la Subdirección de Protección a la Infancia y Tutela de Zaragoza.

Las entrevistas –individuales o grupales– tuvieron una duración aproximada de una hora, y fueron grabadas en magnetofón previa autorización de los entrevistados.

La entrevistadora se adaptó a cada entrevistado, tratando de asegurar que obtenía la mayor información posible y que cubría todos los ámbitos en los que se estaba interesado. Muchas veces, los entrevistados relacionaron temas de una pregunta con otras cuestiones ya previstas en un apartado posterior, por lo que hubo que reajustar el orden de los temas a tratar. También se aprovecharon algunos momentos para alterar el orden de las preguntas cuando se consideró conveniente adaptarse al ritmo y a las ideas de los entrevistados. Además, en determinadas entrevistas y cuando la entrevistadora consideró que se estaba tratando una información nueva que podía ser relevante, pidió que se explicase algo más o solicitó ejemplos, etc. La habilidad de la entrevistadora fue fundamental a la hora de obtener el máximo de información relevante.

Posteriormente, todas las entrevistas se transcribieron literalmente, para poder ser validadas por los respectivos entrevistados y analizadas por el equipo investigador.

**Se puede consultar el mail o fax que se envió a los entrevistados junto al guión de la entrevista, en el [anexo II](#)*

• Fase V. Validación de las entrevistas.

El proceso de validación de las entrevistas consistió en la devolución de la transcripción a cada uno de los profesionales, para su visto bueno y para obtener las modificaciones pertinentes o la información complementaria no transmitida a lo largo de la entrevista. Para ello, se enviaron dichas transcripciones por correo –electrónico o convencional–, solicitando a los profesionales su lectura y las modificaciones pertinentes-. Esta información se incorporó a la obtenida anteriormente.

**Se puede consultar la carta que se envió a los entrevistados junto a la transcripción de su entrevista, en el [anexo III](#)*

• Fase VI. Análisis de contenido de las entrevistas.

Dado el gran volumen de información obtenida en las 21 entrevistas, el primer paso de esta fase consistió en organizar esta información, de manera que fuese posible su análisis y la obtención de conclusiones.

Así se dividió la información obtenida en dos partes:

- Parte I. Intervención profesional ante situaciones de maltrato infantil.
- Parte II. Propuestas de mejora para la intervención en el ámbito sanitario.

Para exponer de forma sencilla los resultados obtenidos, se realizó una categorización para cada una de las partes en las que se dividió la investigación.

En la Parte I. “Intervención de los profesionales” se obtuvieron 8 categorías: (1) quién observa; (2) dónde observa; (3) qué observa; (4) coordinación interna; (5) coordinación externa; (6) intervención con la familia; (7) intervención con el niño y (8) características de los profesionales.

En la Parte II. “Propuestas de mejora” resultaron las siguientes: (1) coordinación dentro de cada servicio, (2) coordinación interinstitucional, (3) formación, (4) información,

(5) sensibilización, (6) investigación, (7) análisis de programas exitosos, (8) ampliación/creación de nuevos recursos, (9) mejoras a nivel social.

Esta categorización pareció clara, completa y fácilmente analizable. En los apartados "4.1. y 4.4. *Análisis*" se pueden consultar los esquemas-resumen en los que se presentan todas las categorías y factores que las componen.

Una vez organizada y analizada la información, se mantuvieron sesiones de trabajo en equipo para desarrollar las conclusiones que quedan recogidas en los apartados 4.3. y 4.6. de este informe.

• Fase VII. Redacción del Informe.

Esta última fase consistió en la redacción de todo el trabajo, tratando de resumir aquello que el equipo investigador consideró más relevante. Se adaptó el contenido del informe a uno de los objetivos presentados anteriormente: "Redactar un informe de la investigación para la posterior divulgación de sus resultados".

3.3.2. Actividades realizadas en cada una de las fases

En el siguiente cuadro se resumen las actividades más relevantes realizadas en cada una de las 7 fases de la investigación.

Fases de la Investigación	Actividades
Fase I. Conocer la estructura del Servicio Aragonés de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> -Lectura de material relacionado con el Servicio Aragonés de Salud -Búsqueda en Internet -Reuniones del equipo investigador -Reuniones del equipo investigador con representantes del Serv.Esp. de Menores (SEM) -Reuniones con expertos en maltrato a nivel sanitario y a nivel social
Fase II. Selección y contacto con la muestra	<ul style="list-style-type: none"> -Llamadas telefónicas a todos los profesionales seleccionados para entrevistar, en las que se presenta la investigación y solicita su colaboración -Envío del guión de la entrevista por mail o correo a todos los futuros entrevistados -Reuniones del equipo investigador -Reuniones del equipo investigador con representantes del SEM
Fase III. Diseño de la entrevista semiestructurada	<ul style="list-style-type: none"> -Diseño de dos modelos de "entrevista semiestructurada tipo" -Adaptación de la entrevista tipo a cada uno de los profesionales entrevistados en función de su lugar de trabajo y su profesión -Reuniones del equipo investigador -Reuniones del equipo investigador con representantes del SEM
Fase IV. Realización de las entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> -Desplazamiento al lugar de trabajo de los profesionales entrevistados -Realización/grabación de las entrevistas -Transcripción de todas las entrevistas -Reuniones del equipo investigador -Reuniones del equipo investigador con representantes del SEM
Fase V. Validación de las entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> -Envío por correo o mail de las transcripciones a cada uno de los entrevistados, junto con una carta de petición de corrección y ampliación de información -Incorporación de las modificaciones enviadas por los profesionales a las entrevistas
Fase VI. Análisis de contenido de las entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> -Categorización de la información -Análisis de la información -Discusión de los resultados -Elaboración de las conclusiones -Reuniones del equipo investigador -Reuniones del equipo investigador con representantes del SEM
Fase VII. Redacción del informe	<ul style="list-style-type: none"> -Redacción del informe -Reuniones del equipo investigador -Reuniones del equipo investigador con representantes del SEM

Tabla 5. Actividades realizadas en las 7 fases de la investigación

3.3.3. Cronograma

Para finalizar con el apartado de procedimiento de la investigación, se presenta a continuación el cronograma:

Fase de la Investigación	Plazos
Fase I. Conocer la estructura del Servicio Aragonés de Salud.	15-30 septiembre 2003
Fase II. Selección y contacto con la muestra	20-30 septiembre 2003
Fase III. Diseño de la entrevista semiestructurada	20-30 septiembre 2003
Fase IV. Realización de las entrevistas	1 octubre 2003 – 15 dic. 2003
Fase V. Validación de las entrevistas	15 octubre – 31 diciembre
Fase VI. Análisis de contenido de las entrevistas	15 octubre – 10 enero 2004
Fase VII. Redacción del informe	11-31 enero 2004

Tabla 6. Cronograma de la investigación.





4 ■ **Análisis, Resultados y Conclusiones**



Intervención Profesional y Propuestas de Mejora

Parte I:

Intervención de los Profesionales



4.1. ANÁLISIS

Este cuarto apartado se dedica a la exposición de los resultados obtenidos tras el análisis de contenido de la información de las 21 entrevistas realizadas.

A lo largo de las siguientes páginas se definen cada una de las 8 categorías en las que se agrupan los resultados de la parte I de la investigación, es decir, las buenas prácticas que los profesionales aportaron para una buena intervención en situaciones de maltrato infantil desde el ámbito sanitario.

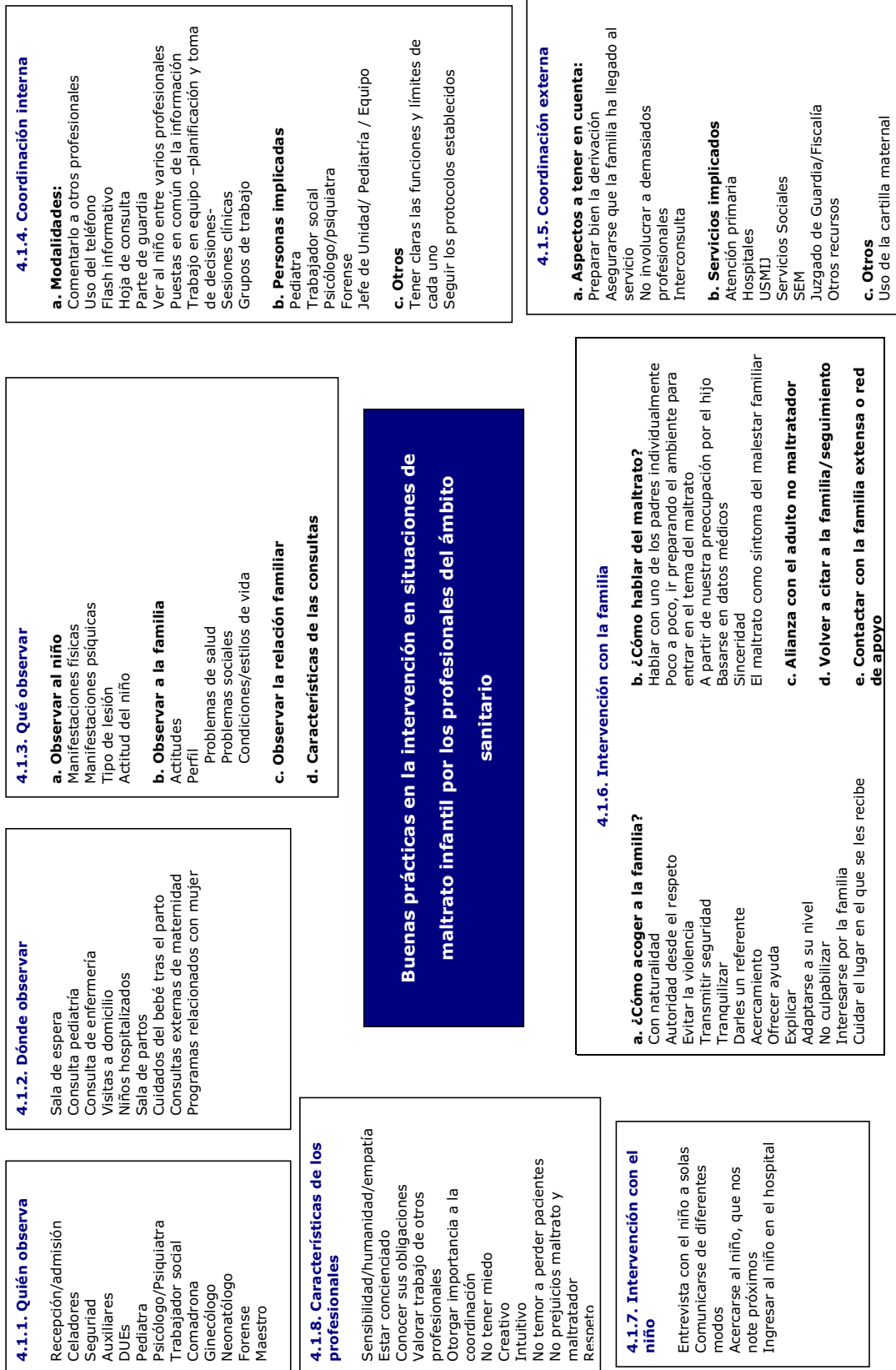
Dichas categorías son las siguientes: (1) quién observa; (2) dónde observar; (3) qué observar; (4) coordinación interna; (5) coordinación externa; (6) intervención con la familia; (7) intervención con el niño y (8) características de los profesionales.

La estructura con la que se exponen los resultados es la siguiente:

En primer lugar se presenta un esquema en el que se resumen cada una de las 8 categorías y los factores que las componen (esquema 1).

Posteriormente se desarrolla el contenido de cada una de las 8 categorías individualmente. Cada una de ellas se inicia con un esquema parcial de la información que posteriormente se desarrolla. A continuación se realiza una breve introducción de la categoría y de los factores que la componen. Para finalizar, se justifican estos resultados con algunos fragmentos extraídos de las entrevistas analizadas.

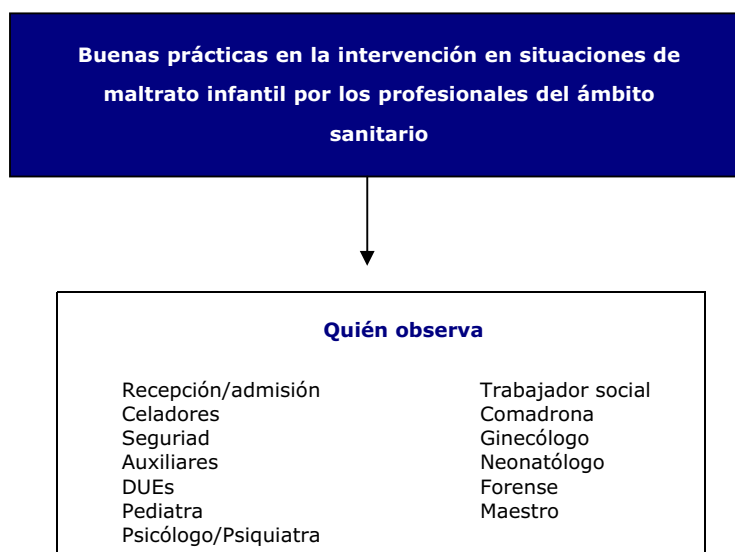




Esquema 1. Esquema general de buenas prácticas



4.1.1. Quién observa



Esquema 2. ¿Quién observa?

En el sistema sanitario existen una gran variedad de profesionales que pueden estar en contacto con niños y adolescentes. Los profesionales entrevistados hablaron de recepción/admisión; celadores; seguridad; auxiliares; DUEs; pediatras; psicólogos/psiquiatras; trabajadores sociales; comadronas; ginecólogos; neonatólogos; forenses y maestros.

Cada uno de ellos, desde su ámbito de trabajo, su formación y sus competencias, puede aportar su granito de arena en la detección, intervención, coordinación o derivación de situaciones de maltrato infantil.

Veamos las aportaciones que realizaron los entrevistados respecto a la implicación de cada uno de estos profesionales:

Los entrevistados comentaron la importancia de la acogida por parte del personal de **Recepción/Administración**. Son ellos quienes mantienen un primer contacto con la familia y el niño, escuchan la demanda por primera vez y rellenan los datos del paciente para su posterior consulta médica.

En este proceso es fundamental el nivel de observación de quien está en la Recepción, la actitud de acogimiento y de respeto – ya que el grado de ansiedad por parte de la familia es muy alto y se tiene que prestar un cuidado especial en este primer acercamiento-, y la transmisión de lo observado al profesional más directo para una valoración posterior de la sospecha.

Por otra parte, los **celadores** tienen el privilegio de observar la realidad familiar de una manera más natural, sin la presión existente en boxes y despachos, mientras acompañan a las familias a las salas de espera y consultas médicas.

Del **guardia de seguridad** puntualizaron que sólo existe en centros en los que por sus especiales características es imprescindible, como Hospitales y algunos Centros de Atención Primaria. Suele estar ubicado en las salas de espera o pasillos donde se encuentran las familias esperando. Al igual que los celadores y recepcionistas, puede observar lo que ocurre fuera de los espacios de consulta.

La figura de los **auxiliares** es diferente dependiendo del centro en el que realicen su actividad. En los Hospitales tienen una función más asistencial, mientras que en los Centros

de Atención Primaria su labor con las familias no es tan directa, dedicándose a la provisión de material. A pesar de ello, los diferentes profesionales opinaron que desempeñan o podrían desempeñar un papel importante en la observación y atención.

Los **DUES** están presentes desde los primeros instantes de la vida del niño. Desde el hospital, observan la actitud de la madre hacia su hijo después del parto, las relaciones familiares, etc. En los Centros de Atención Primaria, la observación resulta más completa porque los DUES pueden observar desde la consulta -cuando al niño se le realizan los exámenes de salud- y en el propio domicilio familiar -cuando realizan visitas domiciliarias-. En todo momento asesoran e instruyen a los padres sobre los cuidados del niño.

De la labor del **pediatra** distinguieron la observación continuada que se puede realizar desde los Centros de Atención Primaria, así como la observación puntual y sin continuidad que puede realizar el pediatra del Hospital -ya sea de planta o de urgencias-.

Del **trabajador social** comentaron que es el profesional más preparado, por sus conocimientos y habilidades profesionales, para indagar sobre la familia, el niño y su forma de vida. Asimismo, señalaron que sería un buen profesional de enlace a la hora de contactar con otros profesionales.

Aludieron a la figura del **psicólogo** y **psiquiatra infanto-juvenil** para realizar un estudio más pormenorizado de la unidad familiar y su entorno, y no olvidaron la opinión del médico **forense** cuando la gravedad de la situación indica su intervención.

También se habló en las entrevistas de la importancia de la observación, en el periodo de gestación y en el momento del parto, por parte de profesionales como la **comadrona**, el **ginecólogo** y el **neonatólogo**. Indicaron asimismo la importancia de todos ellos en la prevención.

Por último, otra figura que mencionaron fue la del **maestro de hospital**, cuando el niño debe pasar largas temporadas hospitalizado. Su observación puede ser muy valiosa en la detección de situaciones de maltrato infantil.

Se presentan a continuación algunos ejemplos, extraídos de las entrevistas, sobre los que se han basado estas afirmaciones. En ellos se detallan algunas de las intervenciones que pueden realizar dichos profesionales.

a. Recepción/admisión

-Que transmitan a los profesionales que llevan a los niños, pues un poco la observación que han hecho desde la admisión ... puede ocurrir que al pedir cita los padres, pues le den algún cachete o alguna cosa y lo puedan observar. (CSAP.Ped y Mir)

-Las recepcionistas también gestionan el parte de lesiones, el documento en el que consta una agresión física (DUE, Urg, Hosp.)

-Respecto al personal recepcionista, yo creo que sí que es importante su nivel de observación y, sobre todo, su actitud de acogimiento, de respeto, de informar en el caso de que observen algo que les llame mucho la atención o que genere, pues bueno, que tienen a veces actitudes las personas que pueden destacar o generar sospechas. Pues que informe al profesional más directo, para que se tenga en cuenta a la hora de valorar todos los datos que se puedan necesitar, para observar ese crío o valorar sus problemas (USMIJ)

-En admisión se recaba una información, quizás por el tipo de clínica que es, un poco más profunda de lo que se recabaría en un sistema hospitalario más grande. Hay más comunicación directa. Entonces, la sospecha salta muchas veces del que le recibe (Ped.Urg.Priv)

-Claro, aquí la distinción que tenéis entre auxiliar de recepción y de enfermería no existe. En el propio mostrador son las enfermeras y auxiliares con lo cual aún mejora más, está un poco más escrinado el tema. Cuando ellas avisan en urgencias, ya con el teléfono te ponen sobre aviso. Las veces que ha ocurrido ya me habían dicho que habían visto algo raro (Ped.Urg.Priv)

-El consejo que les daría es que indagaran todo lo que pudieran, pero en ningún concepto levantar ellos la liebre, en un primer momento (Ped.Urg.Priv).

-Sí, pero no tenemos tiempo. La gente viene de paso. Eso alguna vez, puede ocurrir, sí. (observar lo que ocurre en la sala de espera). (Recep.HMI)

-De hecho, alguna vez he oído "es que quiero que me lo mire el médico, porque creo que le ha pegado el padre". Eso te lo cuentan ellas (Recep.HMI)

-Es difícil que podamos... Siempre hay momentos en que puedes, pero es muy complicado (Recep.HMI)

-Desde recepción deberían ponerse en contacto con el profesional que fuese a tomar a cargo el caso y transmitir muy bien la impresión que se está teniendo en la recepción de ese caso, antes de actuar directamente con la familia. Transmitirlo a una DUE, una trabajadora social, un pediatra, y psicólogo o psiquiatra infantil. (Psiqu.Inf.Juv.Hosp.)

-Evidentemente lo que ella observe, si ella desde su capacidad psicológica de esa persona que está trabajando ahí, evidentemente cualquier observación que a ella le llame la atención por algo, lógicamente, seguramente lo pondría en comunicación nuestra (TS.Hosp.)

-Entonces el personal de recepción a veces ha pasado diciendo "Oye que dicen estos padres..." ha comentado pues al personal más cercano, auxiliar o enfermería, "oye que dicen esto". (Ped.Urg.Hosp.)

-Creo que debería de poner esos conocimientos o esa información, que como muy bien dices, a veces se da con cierta asiduidad, pacientes pluriconsultantes, ponerlo en conocimiento bien del pediatra (TS.CSAP)

b. Celadores/as

-Hicieron una reforma en el hospital y ubicaron a un grupo de profesionales sanitarios, a un grupo de auxiliares clínicos, que tienen funciones de celador, que es una figura que tiende ahora a existir porque se van a incorporar celadores ahora en el hospital. El ubicar en el espacio físico de la sala de espera a este grupo de auxiliares sanitarios hace que ellos estén muy pendientes de lo que pasa en la sala de espera. (DUE, Urg, Hosp.)

-En principio, cuando es algo muy flagrante, todo el mundo se da cuenta, si viene un niño con el ojo hinchado y lleno de hematomas y los padres pues tienen aspecto de descentrados, se da cuenta hasta el celador. (Resp.Cald.Hosp..)

-La recepción de las primeras personas que lo reciben son los celadores, lo que hacen es pasar al paciente al primer estadio, (Resp.Cald.Hosp..)

-El celador los sube... al niño, si escuchan alguna cosa los familiares

o algo, me imagino que también lo dicen... "oye que a estos les he oído hablar esto o esto...", entonces eso lo transmites. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

c. El/la guarda de seguridad

-El que más está por la sala de espera es el de seguridad ... Los de admisión sí les pueden un poco aleccionar de que si ven alguna actitud que se sale un poco de lo normal, pues que lo puedan transmitir (CSAP.Ped y Mir)

-Pues el de seguridad que está en la sala de observación general. (Ped.Urg.Hosp.)

d. Auxiliares

-Pues sí, son las personas que tienen el trato directo con los niños, por lo tanto, desde a la hora de hacerles la higiene, la observación de sí el niño se presenta con unas condiciones adecuadas, si tiene carencias, esto es directamente en el aspecto externo. Las auxiliares les dan la comida y es una ocasión de dialogar con los niños, pues a veces con expresiones espontáneas.... (TS.HMI)

-Las auxiliares me lo transmiten a mí, y al pediatra también, claro. (TS.Hosp.)

-Pues está más en contacto con la auxiliar que le va a sacar sangre, o la ATS... suelen ser amables con la gente. (Resp.Cald.Hosp..)

-Las ATS, las auxiliares ya toman un primer contacto con el paciente, (Resp.Cald.Hosp..)

-La información que cuenta un auxiliar de enfermería es más importante que lo que a lo mejor solamente valoremos nosotros, porque si ese niño al cuidado y está una hora en observación, ellos están constantemente con él. (Ped.Urg.Hosp.)

-La auxiliar hace más una tarea de auxiliar de reponer material, de desinfección, pero yo creo que no tiene ese contacto directo con el paciente y con la familia (TS.CSAP)

e. DUEs

-Las DUE sí que están bastante por la labor, porque ellas sí que tienen una asistencia, la que hay aquí por lo menos, sí que están en contacto con las familias y se preocupan bastante de este tema, y sí que lo transmiten enseguida, o sea, nos lo transmiten todo lo que es el ámbito pediátrico del centro por lo menos (CSAP.Ped y Mir)

-Cuando están en consulta de enfermería, porque aquí los niños vienen a consulta de enfermería para hacerse exámenes de salud, que ellas lo hacen también como nosotros. En determinadas edades la enfermera ve al niño, cuando ven una consulta por cualquier problema que tiene el niño, pues recoger orina, recogida de heces, tomar la tensión, lo que sea (CSAP.Ped y Mir)

-Lo que sí que tenemos es un seguimiento de los niños, vemos la evolución porque los vemos con frecuencia y vemos cómo van evolucionando (CSAP.Ped y Mir)

-Si se dan unas normas de pautas de higiene y luego no se hace caso, pues lo registran en la historia, lo hablan con nosotras (CSAP.Ped y Mir)

-Hay ATS o auxiliares que son afectivas. Esto sí lo hacen algunas. También como una cosa absolutamente voluntaria, personal y de

sensibilidad "a este niño le hemos notado tal cosa", o "esta madre al niño...", pues yo que sé, "no le da de comer" o "resulta que en vez que nuestra comida le trae comida de la calle y le da caramelos". Esto puede pasar, entonces, esto sí, lo apuntan (Ped.ServLact.HMS)

-Entonces pasan directamente a mí, yo les hago, con el volante del médico, la primera entrevista, veo al crío y veo a la familia cómo interactúa... En principio mi actitud como enfermera y en el trabajo que se denomina de acogida, es observar y valorar todo lo que me quieran ofrecer. Indagar, con preguntas abiertas, un poco, qué es lo que ellos buscan, y observar. (USMIJ)

-Las DUE son las que realmente ven la actitud de la madre durante las primeras horas después de haber parido. Algunas veces también visita la planta la comadrona, pero son las enfermeras y las auxiliares quienes pasan más a menudo y las ven en el momento de la lactancia (Comad.Hosp.)

-Entonces el personal de enfermería, a mi juicio, tiene una labor muy interesante que hacer, porque es quien veinticuatro horas está permanentemente en contacto con el crío, aquí en la planta de pediatría, porque el equipo de enfermería está las veinticuatro horas en el hospital (TS.Hosp.)

-Pero en principio la enfermera cuando se queda en observación, en el llamado hospital de día que es una unidad de corta observación. En ese momento que el profesional intuye algo y ese niño se queda en esa sala de espera, es muy fácil para nuestro personal de enfermería y auxiliar, acercarse a la familia, porque son unos profesionales con mucha experiencia y ellos con su labor... de acercarse, de iniciar una conversación con la familia, (Ped.Urg.Hosp.)

-Pero vamos desde el primer momento, si se sospecha de algo nos lo comunican para nosotras también observarlo. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Porque la enfermera tiene en su buen quehacer cotidiano y profesional, como te he dicho, la consulta y la visita a domicilio. (TS.CSAP)

-Sí y también hacer una visita programada, todo esto no se puede hacer en una cita del paciente. Esto requiere una visita programada, "mire, venga usted y yo le dedico en vez de diez minutos veinticinco, treinta o treinta y cinco. Básico. (TS.CSAP)

f. Pediatra

f.1. Pediatra de atención primaria

-Un pediatra tiene la suerte de que por una circunstancia o por otra esa familia va a pasar por esa consulta, porque la demanda, por muy amplia que pueda ser de todo tipo, siempre va a tener un rasgo de necesidad en el cual van a solicitar del pediatra colaboración. Creo que lo tiene en sus manos en la propia consulta. (TS.CSAP)

-Es en esa recogida de datos que el pediatra, en esa elaboración de la historia clínica que él hace, es cuando él es el que capta o detecta o sospecha o percibe cosas, tanto en la exploración física que le hace al niño, o en comentarios o diálogo que establece con el adulto que lo acompaña, es cuando el pediatra puede sospechar algo. (TS.Hosp.)

-En la consulta de pediatría se hace una primera entrevista en la que se pregunta a la madre el motivo por el que acude a las urgencias y

se pasa a hacer una exploración física del niño. Se desnuda al niño de cintura para arriba, según la edad que tenga. Si son bebés pues a lo mejor les deja con el pañalito y se inspecciona desde el corazón, el aparato respiratorio, oídos, garganta, se hace una exploración incluso neurológica (DUE, Urg, Hosp.)

-Y cuando se escribe el historial... (Ped.ServLact.HMS)

f.2. Revisiones periódicas de pediatría en atención primaria

-Pues tratamos de descubrir qué había sido aquello. La explicación fue tan rápida y tan fácil como que se habían encontrado con no sé quién que tenía un perro, y entonces la correa del perro le había dado al niño en el cuello. Yo no lo creí pero claro, estuvimos desnudando a ese niño cada vez que venía a la consulta durante no sé cuanto tiempo. Les decía "mira que lo voy a pesar" y lo desnudaba. (Ped.Due.CSAP)

-Uno por los programas que tienen de atención al niño, al niño sano, en los cuales los tutores o padres de estos niños tienen que venir a realizar unas revisiones periódicas que indican que realmente hay... que se ocupan de él, que no hay negligencia precisamente (TS.CSAP)

f.3. Pediatra de urgencias

-El médico recepcionista que suele ser un médico en formación, y que es el que paralelamente a la recepción administrativa da al paciente una primera intención. Es una visita muy rápida, donde ese paciente pasa a la sala de espera o, si es muy urgente, a unos boxes de urgencias, y él avisa a los médicos que están de guardia o a los especialistas. Distribuyen a los pacientes en función de lo que tienen. (Resp.Cald.Hosp..)

-El primero que se entera es el pediatra porque ya desde abajo, bueno dependiendo, si lo detectamos aquí se le dice al pediatra, por supuesto, (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Tienes que recibir al padre o a la madre, o a los que hay, solos y preguntarles ¿cómo fue?, ¿qué le pasó?, ¿usted va al centro de salud?, ¿su pediatra lo ha mandado?, ¿Quién es su pediatra? O sea, establecer una red de comunicación. Pues ellos dicen "pues no se quién es el pediatra". Fíjate "ah, pues sí, es la doctora tal..." (le contestaría). "Ah, muy bien, pues tiene usted un buen pediatra". (Ped.ServLact.HMS)

-Con esa sospecha nosotros siempre cumplimentamos la historia clínica, los antecedentes, lo que nos cuentan, la exploración, y ahí, en la exploración, básicamente el profesional de urgencias lo que va a reflejar es... pues datos de signos físicos sospechosos, quemaduras, heridas y todo eso. Simplemente descriptivo. (Ped.Urg.Hosp.)

f.4. Pediatra de hospital

-La observación del pediatra es más limitada en cuanto que el pediatra está unas horas al día en el hospital, no está todo el día, está cuando pasa sala, y cuando pasa por las habitaciones y ve a los niños y los explora y ve qué tal va la evolución de su enfermedad... le cambia de tratamiento... y se relaciona con la madre y la cuidadora... (TS.Hosp.)

g. Psicólogo/a o Psiquiatra

-Sí, lo que pasa es que si estamos de noche, ya no tenemos psicólogo, sí que tenemos psicólogo durante el día (Comad.Hosp.)

-Ahí habría que buscar... yo creo que el trabajador social sería un buen profesional de enlace porque habrá que conectar con un psicólogo, y con un psiquiatra infantil casi siempre. Puede no haber, pero en el servicio de pediatría haya alguien que se dedique a estas tareas de apoyo psicológico, o en nuestro caso en la sección de psiquiatría infanto-juvenil, con los profesionales psicólogos y psiquiatras (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Siempre al psicólogo, en primer lugar, y al psiquiatra infantil. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-En el caso de que fuese una situación de maltrato psíquico que viésemos una situación de riesgo de alguna cosa que observemos, se avisa al servicio de psiquiatría, sino, básicamente lo valoramos nosotros. (Ped.Urg.Hosp.)

h. Trabajador/a social

-Es la profesional más preparada en este sentido, tiene un conocimiento muy extenso de lo que es el barrio, lo que es todas las familias del barrio, y yo creo que sabe con quién se puede contactar, con quién no. Ella nos ayuda mucho en este sentido (CSAP.Ped y Mir)

-Cuando las lesiones son importantes o el estado general del niño, o se ve un estado de abandono, o lo trae la policía, entonces se ingresa. Una vez ingresado se pone en contacto con la trabajadora social del centro (Ped.ServLact.HMS)

-Necesitas de la trabajadora social, que investigue un poco más la familia y las situaciones en las que está viviendo ... (CSAP.Ped y Mir)

-Pero cuando ya sí se va perfilando algo concreto, entonces me llaman y surge mi actuación entrevistando a la familia normalmente (TS.HMI)

-Las DUEs y auxiliares avisan a la comadrona, y vamos nosotras a ver por qué no le da el pecho, informarla, intentar convencerla, intentar preguntarle ¿por qué no le quiere dar el pecho?. Cuando detectas algo siempre apuntamos hacia el trabajador social (Comad.Hosp.)

-Si es una cosa muy flagrante, ya directamente nos ponemos en contacto con la trabajadora social de aquí, que tenemos un número de localización. (Ped.Urg.Priv)

i. Comadrona

-Depende del hospital en el que te encuentres, en muchos sitios la labor de la comadrona es estar en urgencias maternas y sala de parto, o sea la conducción del propio parto. El seguimiento de embarazos se hace en consultas externas (Comad.Hosp.)

-Se sigue en conjunto, actualmente existe un programa de atención a la mujer a nivel de toda España, y cuando es un embarazo normal, dentro de todos los parámetros, que no sea de riesgo ni tenga ninguna complicación de fuera, generalmente lo sigue la comadrona. (Comad.Hosp.)

-En consultas externas hay más posibilidades de seguir el caso porque en consultas externas te entretienes más con la paciente, y se supone que una mujer embarazada viene voluntariamente a hacerse el control. ... y acude mensualmente a las visitas. Por protocolo eso sí que lo tenemos, una visita mensual, aparte de ecografías y analítica. Pero es una visita mensual hasta el séptimo mes y los dos últimos meses es una visita quincenal. (Comad.Hosp.)

-Cuando es un embarazo normal, tú tienes unos protocolos marcados y haces la visita mensual y tal; y derivas al ginecólogo sólo para tres o cuatro visitas. Y si surge cualquier patología pasa directamente al ginecólogo (Comad.Hosp.)

j. Ginecólogo/a

-El seguimiento mes a mes lo hace la comadrona, salvo que detecte cualquier anomalía clínica o por ejemplo drogadicción o cosas... cuando hay alguna cosa de éstas se deriva inmediatamente a patología obstétrica y es el ginecólogo quien hace el seguimiento. (Comad.Hosp.)

-De hecho, en los embarazos normales ve a la embarazada tres veces. (Comad.Hosp.)

-A veces precisamos la colaboración de otra subespecialidad, por ejemplo, en el caso de que existiera una sospecha de abuso sexual en niños, hacemos una consulta al servicio de ginecología (Ped.Urg.Hosp.)

k. Neonatólogo/a

-No tenemos un especialista en recién nacidos, es un pediatra que sí que la asistencia al recién nacido la hace perfectamente .. pues no es lo mismo un prematuro, muy prematuro. Tampoco puede quedarse en el comarcal, tiene que ir a un Hospital General donde tengan incubadoras, donde tengan neonatólogo, que es un especialista en recién nacidos. (Comad.Hosp.)

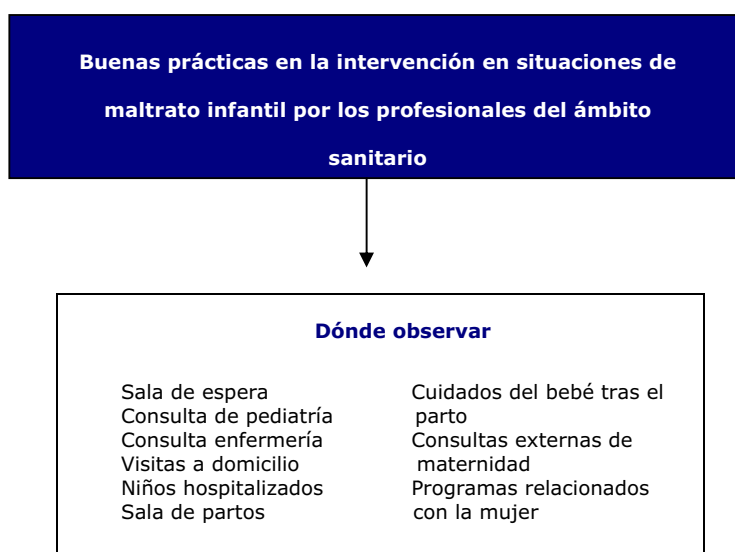
l. Forense

-Y si hace falta que lo vea el forense, se llama al forense. No siempre viene el forense, ni siempre coincide el criterio del pediatra con el criterio del forense. (Ped.ServLact.HMS)

m. Maestro

-Por ejemplo aquí, al maestro le damos mucha importancia, hay un maestro que depende del Ministerio de Educación y otro que depende del Hospital, esos están mucho en contacto con los niños y esos serían buenos para entrevistarles, porque ellos contactan con la familia, contactan con los niños y se dan cuenta de cómo actúa la familia respecto a que sus hijos mientras estén ingresados, que a lo mejor tienen enfermedades de larga duración. Para eso los maestros están aquí, para seguir dando clases y están en contacto con los maestros del colegio, y el niño recibe las clases, entonces aquí hay un aula donde reciben una clase normal o a veces el niño está en la cama y es el maestro el que va a la cama. El maestro no sólo conecta con el niño sino con los padres del niño y se da mucha cuenta de cómo son. También puede detectar si el niño a los padres les da igual o que están muy preocupados de que siga con las clases. Es mas fácil ahí el poder detectar. (Resp.Cald.Hosp..)

4.1.2. Dónde observar



Esquema 3. ¿Dónde observar?

En esta segunda categoría se han agrupado los lugares que los profesionales señalaron como idóneos para realizar una observación de los niños y las familias.

Algunos espacios de observación están más restringidos a una profesión o especialidad –sala de pediatría, consulta del DUE, despacho de los trabajadores sociales, psicólogos o psiquiatras, sala de partos, etc.-. Sin embargo, también comentaron que hay espacios comunes en los que otros profesionales, que en principio están menos involucrados en la intervención, pueden observar. Por ejemplo: las salas de espera, los pasillos, las habitaciones de hospitales, etc. donde todos pueden participar de la observación –incluyendo celadores, recepcionistas, etc.-

Señalaron la ventaja que tienen los profesionales de los Centros de Atención Primaria –pediatras, trabajadores sociales, DUEs- de poder desplazarse a los domicilios familiares y observar el entorno familiar. Haciendo alusión a la observación domiciliaria, calificaron el domicilio familiar como un laboratorio perfecto en el que los profesionales se pueden hacer una fotografía perfecta de todo el entorno que rodea al niño.

Por otro lado, los entrevistados transmitieron la necesidad de la hospitalización del niño si existe una sospecha de maltrato, si se considera que el niño corre peligro o las lesiones que presenta son lo suficientemente graves. La hospitalización permite a los profesionales observar y reflexionar sobre la situación real del niño y la familia.

Se presentan a continuación algunos ejemplos extraídos de las entrevistas, sobre los que se han basado estas afirmaciones:

a. Sala de espera

-Quizás por el sitio en el que se ubican los recepcionistas, que es un área que tienen contacto visual directo con todo lo que es la sala de espera, quizás sí ven algún comportamiento anómalo en los padres con el niño, si es un niño al que continuamente le están gritando o que no hay una relación normal, pues sí que son ellos los que los tienen a la vista (DUE, Urg, Hosp.)

-El ubicar en el espacio físico de la sala de espera a este grupo de auxiliares sanitarios hace que ellos estén muy pendientes de lo que

pasa en la sala de espera. Este grupo de gente (celadores) pues es la que se encarga de cuando están las fichas de los pacientes, de llamar en orden de prioridad a la gente para que pase dentro, de acompañar con una silla de ruedas, o estar pendiente del teléfono a los distintos avisos que tengan que hacer, y de colocarlos en esta zona junto al sitio en el que se dan los datos, con los recepcionistas, y próximos al sitio al que está esperando la gente allí en urgencias. Pues también les hace estar muy pendientes y esta gente, al tener conocimientos sanitarios, pues quizá puedan suplir un poco lo que no puede percibir un recepcionista. (DUE, Urg, Hosp.)

-En la sala de espera se pueden observar muchísimas cosas (Ped.ServLact.HMS)

-Como te digo, la recepcionista recoge los datos y luego el niño pasa a la sala de estar de pediatría con los adultos, hasta que le toca la vez y el pediatra lo puede atender. (TS.Hosp.)

b. Consulta de pediatría

** Ver el apartado de pediatra en "quién observa"*

c. En la consulta de enfermería

** Ver el apartado de DUE en "quién observa"*

d. Visitas a domicilio de pediatría o enfermería

-Con visitas domiciliarias por parte de todos, enfermeras, pediatras, ... (CSAP.Ped y Mir)

-Una vez que la mujer ha parido vuelve a su comadrona de las consultas externas. Entonces la comadrona hace una o dos visitas domiciliarias. Entonces la comadrona de consultas externas sí que puede percibir más cosas. (Comad.Hosp.)

-Las ATS de pediatría también. Se ve un poco el entorno en el que vive el niño. Muchas veces con excusa, ya no sólo las enfermeras de pediatría, sino también enfermeras generalistas que por ejemplo van a poner un inyectable a una casa (DUE, Urg, Hosp.)

-Y luego hay otro punto de referencia importante que son las visitas a domicilio, cuando un ATS o DUE... el auxiliar de enfermería no suele salir a domicilios pero la ATS o DUE sí. Un domicilio es un laboratorio perfecto, en el cual ese profesional va a tener la posibilidad de hacerse una fotografía de todo el entorno que rodea a ese niño. La higiene, la alimentación cuando le pregunta qué tipo de alimentación lleva, cada cuánto tiempo, quien da ese tipo de cuidado y durante cuánto tiempo, con la higiene sucedería completamente lo mismo, cuando son pacientes pluriconsultantes, infecciones de orina de repetición ¿qué es lo que ocurre?... (TS.CSAP)

e. Niños hospitalizados

-Cuanto más tiempo esté el niño con el profesional, en este caso la DUE, pues más posibilidades va a tener. Ese personal que previamente está formado, en el trabajo de esta problemática. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Los pediatras lo que tienen muy claro es que en el momento que hay cualquier sospecha se hace el ingreso del niño, lo necesite o no lo necesite, o sea, ante cualquier sospecha al crío se le ingresa. Aunque en unas anginas normales no hubiera que ingresarlo, se le ingresa a fin que durante la hospitalización de ese niño se puedan comprobar o no esas sospechas que el pediatra pueda tener en ese

momento, porque va a ser a lo largo del ingreso donde se profundice en la historia del crío en las lesiones, si es que tiene lesiones, o en lo que el pediatra haya observado. Ingresando al niño se va a poder comprobar mejor. (TS.Hosp.)

-Pues como el acompañamiento de la familia con los niños es prácticamente continuado, yo creo que ella (DUE) lo puede buscar. Son muchos los momentos que pueden surgir de un comentario o de las observaciones (TS.HMI)

-En una planta la sospecha de eso va a ocurrir a cámara lenta y da mas tiempo a que se reflexione sobre el tema y se puedan observar más cosas, se avisa a los trabajadores sociales para que se pongan en contacto con primaria, por la familia... (Resp.Cald.Hosp..)

-Por eso digo que el que el niño se quede un tiempo en observación beneficia a todos. Que si fuese una sala de observación pediátrica con personal... pero aquí sólo pueden ser ya los que... pero el que se queda en observación ese... bueno, lo que podemos recoger en urgencias es infinito. (Ped.Urg.Hosp.)

-Con ese diagnóstico de sospecha, nosotros si pensamos que el niño corre peligro o que las lesiones son lo suficientemente graves... pues evidentemente se decide el ingreso, y así se separa al niño del ambiente en este caso familiar. (Ped.Urg.Hosp.)

-En situaciones graves se queda ingresado el niño, aunque no es la palabra grave, en situaciones en las que el niño corre un riesgo agudo (Ped.Urg.Hosp.)

-Mira, aquí los médicos te digo lo que hacen y a mí me parece que es correcto. Todos los días hablan con los padres, todos los días mientras que están ingresados a las doce se les informa, se sientan aquí con la historia del niño y los padres. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-En los tiempos que haya para la visita. Pueden ser niños muy pequeños que necesiten estar acompañados permanentemente por un familiar (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

f. En la sala de partos

-En la sala de partos sólo tratará con comadronas, con alguna auxiliar de enfermería y con el ginecólogo (Comad.Hosp.)

g. Cuidados del bebé tras el parto

-A las seis y ocho horas de haber nacido la criatura, está el inicio de cómo cuidar al bebé, el baño. Entre uno de ellos invitas a los padres, a ambos a presenciar el baño del bebé, a presenciar la cura del ombligo, y lo hacen cada día mientras están en el hospital. Hay gente que "hoy no vengo". El primer día no vienes, estás cansada y todo eso "pues hoy tampoco", entonces dices "pues ésta..." esto es sospechoso, "¿lo quieres hacer tú, quieres ayudar, tal?". La mayoría participa enseguida, puntualmente te puedes dar cuenta. En esos momentos tienes que observar eso. Yo creo que es fundamental el momento de la lactancia, el momento del baño, los momentos de la cura del ombligo (Comad.Hosp.)

-Con DUEs, es más en la planta de hospitalización (Comad.Hosp.)

-Es que hay muchos motivos de iniciar una conversación el personal de enfermería con el cuidador, o con la cuidadora. Están entrando continuamente para lo que es el baño del niño..., yo ahora pienso en lactantes. El baño del niño, la alimentación, cualquier duda que el

cuidador o la cuidadora tiene se la puede preguntar a la enfermera porque es personal completamente asequible, digo dudas respecto del tratamiento, de explicar medidas... "ahora le pongo esto al niño porque le sucede esto... le sucede lo otro" "esto házselo así... esto se lo puedes ir haciendo...". Ahí hay un contacto continuo, entre el personal de enfermería no hay que buscar un motivo de acercamiento porque todos los sucesos cotidianos, en cuanto al aseo, a la comida, a los tratamientos y tal, hay un contacto continuo entre enfermería (TS.Hosp.)

h. Consultas externas de maternidad

-Entonces la comadrona de consultas externas sí que puede percibir más cosas. En el programa de atención a la mujer hoy en día se contempla eso. Una vez la mujer ha parido, vuelve a su comadrona de cabecera, de consultas externas, y la comadrona pues hace un control obstétrico, de cómo va la lactancia, de los pezones, de las grietas, de no se qué, de la involución uterina, del sangrado, de cómo va el crío (Comad.Hosp.)

-Los casos potenciales de malos tratos, o de la embarazada o del feto, se puede conseguir más durante el control del embarazo que no en el hospital. Mediante el interrogatorio, mediante la conversación durante el examen general, durante las visitas seguidas. (Comad.Hosp.)

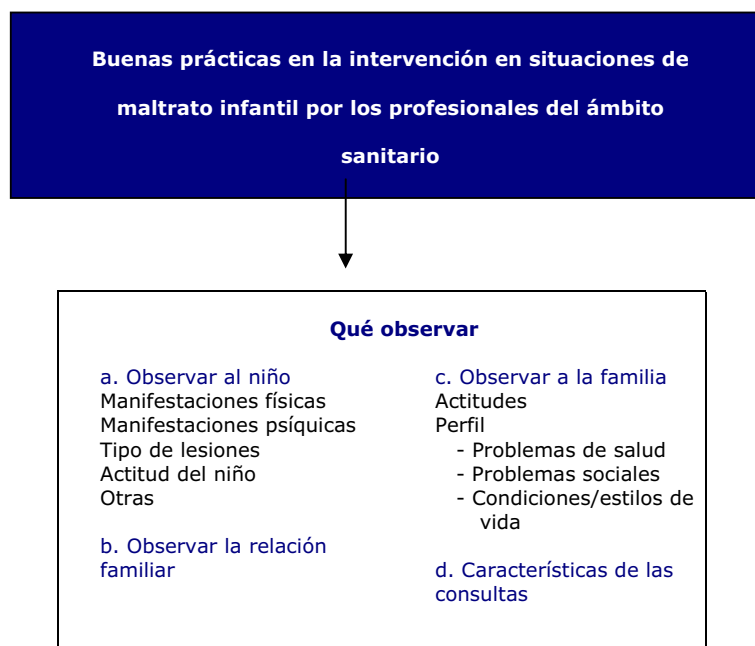
i. Programas ligados a las mujeres

-Hay muchas cosas en las que estamos muy ligadas a las mujeres, incluso en las menopáusicas. Hay programa de atención a la mujer menopáusica. Hay mucho, mucho (Comad.Hosp.)

-Programas de orientación de todo tipo. Educación sexual, anticoncepción. Antes nos implicábamos justo, pero ahora se ha puesto en marcha todo un global de servicios de atención a la mujer, en todas las etapas, adolescencia, maternidad, menopausia. (Comad.Hosp.)



4.1.3. Qué observar



Esquema 4. ¿Qué observar?

Dentro de esta categoría, en la que se agrupan los diferentes aspectos a observar, los profesionales entrevistados diferenciaron la observación continua o de seguimiento -que se puede realizar en los Centros de Atención Primaria-, de la puntual -propia de los Centros Hospitalarios, especialmente de urgencias-. Ambos tipos de observación van a ser muy diferentes, aunque igual de importantes.

En primer lugar, los profesionales hicieron referencia a lo que se puede observar en el niño. Las manifestaciones pueden ser físicas -descuido en la higiene, vestido, nutrición, lesiones, secuelas...- o psíquicas -cambio de carácter, alteraciones del sueño, relacionales, no control de esfínteres, irritabilidad, cambios de humor, reacciones de evitación, miedo...-. También aludieron a los tipos de lesión por las que acuden los niños, así como la actitud del niño cuando es atendido por los profesionales. En cada uno de estos aspectos comentaron que se debe tener en cuenta la edad del niño y su capacidad de comunicación a la hora de realizar la exploración.

En segundo lugar, citaron la observación de aspectos relacionados con la familia. Incluyeron en este apartado aspectos como sus actitudes y su perfil.

En cuanto a las actitudes, diferenciaron (a) las reacciones de los padres hacia el niño -cómo se comportan en la sala de espera, cómo perciben el dolor de sus hijos, cómo se comportan mientras su hijo está ingresado, su incapacidad o falta de competencia para el cuidado del niño, la pasividad o falta de interés en el cuidado del niño...-, (b) la actitud respecto al maltrato, (c) la actitud en el servicio sanitario -comportamiento agresivo de los padres, con ocultación u omisión de datos médicos, no presencia a lo largo del ingreso del niño, etc....-.

Del perfil de la familia consideraron los problemas de salud que puedan existir tanto físicos como psíquicos, problemas sociales -trabajo, vivienda, economía, etc.- y sus condiciones y estilos de vida -escasa higiene, violencia, vestuario inadecuado, etc.-.

En tercer lugar, los profesionales citaron la importancia de observar la relación familiar, tanto conyugal como parental. Algunos ejemplos pueden ser la relación violenta de los padres, separaciones difíciles, interacciones espontáneas, empatía con el hijo, etc...

Por último, aludieron a la observación de las características de las consultas -número de ingresos hospitalarios, si acuden con frecuencia a urgencias, si acuden por enfermedades que pueden ser atendidas desde el centro de salud, si no acuden a los controles médicos...-.

Se presentan a continuación algunos ejemplos extraídos de las entrevistas sobre los que se basan estas afirmaciones:

a. Observar al niño

a.1. Manifestaciones físicas

-Descuido en cuanto a la higiene (CSAP.Ped y Mir)

-Quizá más que maltrato haya descuido en cuanto a higiene, nutrición, incluso carencias infantiles, pues porque los padres no prestan atención a procurar un entorno seguro para el niño. (DUE, Urg, Hosp.)

-Los síntomas somáticos, los físicos, cuando los hay son muy evidentes, lesiones, secuelas etc. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Respecto a abusos sexuales: las manifestaciones físicas son muy claras, cuando ha habido un sangrado vaginal, cuando ha habido una lesión anal en un niño (Sex.CPS)

-En ocasiones se aprecian casos de niños que presentan lesiones o hematomas y heridas que sí que pueden ser sospechosas de algún tipo de maltrato (DUE, Urg, Hosp.)

-Ahí en ese primer estadio si que se puede detectar si la cuestión es una enfermedad o es un traumatismo. En el caso de maltrato también pueden ser enfermedades que pueden ocurrir cuando hay una desnutrición muy grande en un niño abandonado, o que está lleno de piojos o desnutrición, o se pueden observar hematomas y tal. Esos son casos de abandono, que no hay enfermedad común sino que hay una mezcla de signos que no son normales. (Resp.Cald.Hosp..)

-Cuando no se les pone el calendario de vacunaciones, puede haber una situación de semiabandono o negligencia. (TS.CSAP)

-Es un niño que tiene lo básico en unos niveles aceptables de salud o no, siempre va con un percentil, un peso, un tallaje, unos problemas físicos arrastrándolo o no. (TS.CSAP)

-Cómo viene vestido (TS.CSAP)

-Utilizar la "Guía Anticipadora" dentro del Programa del Niño Sano para discutir a cada edad los requerimientos del niño (TS.Hosp.2)

a.2. Manifestaciones psíquicas

-Pero hay otras lesiones, las psíquicas, que esas no son tan específicas pero sí nos tienen que hacer sospechar cuando un niño tiene un cambio de carácter, un niño o una niña, cuando tiene alteraciones del sueño, cuando tiene alteraciones en general de la relación social, cuando se produce vuelta al no control de esfínteres, todo esto nos tiene que hacer sospechar que algo ha pasado en un tiempo próximo. (Sex.CPS)

-El llanto es muy distinto del llanto del niño que llora porque le duele, del niño que llora porque es un niño que es un rey de la casa y llora para llamar la atención, para que le hagan caso. Un niño que no se le hace caso y es un niño abandonado afectivamente, ese no llora, ese es un niño que aguanta lo que le echen, le coges, le miras.. y el niño puede quejarse algo, pero ese niño es el que no llora. O un niño que llora muchísimo a la mínima, que tiene miedo, se le nota la cara de terror. (Ped.ServLact.HMS)

-Y luego hay muchas veces los síntomas somáticos de mal funcionamiento digestivo, de dolores de cabeza, de dolores generalizados, de astenia, de cansancio... los síntomas somáticos van a ser reflejo de la problemática psicológica, o van a ser unos síntomas psíquicos somatizados. Siempre va a acompañar la posible sintomatología física o médica, la ansiedad, la angustia (Psiqui. Inf. Juv. Hosp.)

-Ese niño era un encanto de niño lactante, pero con los ojitos tristes y no lloraba. No lloraba nunca la primera vez que vino. La segunda, que lo cuidaba una chica muy maja, ya pedía afecto, ya había cambiado todo. Había sido un niño que no había tenido ningún afecto. (Ped. Serv. Lact. HMS)

-Síntomas psicológicos siempre va a haberlos. (Psiqui. Inf. Juv. Hosp.)

-Los sentimientos de abandono con un fondo más o menos depresivo, los cambios de humor depresivo, los cambios de humor en el niño, la irritabilidad, las reacciones de evitación, las reacciones de miedo, la agresividad exteriorizada por excesivo retraimiento y el excesivo repliegue o inhibición. (Psiqui. Inf. Juv. Hosp.)

a.3. Tipo de lesión por la que acuden

-Los niños más marginales vienen mucho por accidente, porque les han dado una perdigonada, porque se han hecho una herida con una navaja, porque se han caído, porque se han metido un cuerpo extraño... (CSAP. Ped y Mir)

-En ocasiones se aprecian casos de niños que presentan lesiones o hematomas y heridas que sí que pueden ser sospechosas de algún tipo de maltrato (DUE, Urg, Hosp.)

a.4. Actitud del niño

-A partir de los tres o cuatro añitos, a partir de esa edad ya se le pregunta al niño, y en la manera en que el niño responde o se comporta ya se puede percibir si hay algo extraño (DUE, Urg, Hosp.)

-También los malos tratos suelen ser esos niños que aunque les digas palabras de afecto, aunque hables con él "mira.. tal" y le cojas; tiene un miedo terrible. (Ped. Serv. Lact. HMS)

-El niño que recibe malos tratos reiterados, no puntuales, es un niño retraído, receloso, no habla, desde que entra en la consulta no suelta palabra. Si haces un movimiento brusco, inesperado, como están tumbados no ven lo que estás haciendo, se vuelven rápido a ver. Son críos que están nerviosos (Ped. Urg. Priv)

-La conducta del niño en general. ¿Cómo se muestra el niño?. Si es un niño retraído, si es un niño más extrovertido, si es más o menos comunicativo. ¿Qué relaciones establece con otros niños? Si se integra fácilmente, si tiene dificultades de integración. Y ¿qué tipo de relaciones mantiene con otros adultos?, esto es muy importante, si busca la compañía del adulto, si la rehúye, si la rechaza, si es más receptivo con adultos varones, con figuras masculinas, si lo es más con figuras femeninas. Esto da muchas pistas. (Psiqui. Inf. Juv. Hosp.)

-Mientras la familia está en la sala de espera, las personas que están en recepción podrían observar la conducta del niño. ¿Cómo está el niño?, si ese niño tiene una conducta externalizada, de inquietud, de malestar hacia fuera, una conducta en esos momentos, que está extorsionando un poco el ambiente, un comportamiento más inhibido, más retraído, casi siempre va a ser esto último. (Psiqui. Inf. Juv. Hosp.)

-Cómo reacciona cuando está con el cuidador y cuando está con enfer-

mería, qué diferencias notan las enfermeras, si es un niño que está mejor con su cuidador o está mejor con enfermería, cómo se produce... (TS.Hosp.)

-Si hay algún cambio en la actitud del niño previa a las visitas y cómo se queda el niño después. (Psiq.Inf.Juv.Hosp.)

-La actitud, qué es lo que puede ser que quiera ahora, lo coges el rato que no están los padres y te das cuenta de que quieren estar en brazos sin más. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Luego también en niños que hay sospecha de malos tratos, sin embargo se agarra a la madre como una lapa, y casi te hace dudar, ya no sabes... eso ya es desde el punto de vista más... complicado, si es el mismo miedo que les hace... ahí ya no nos vamos a poner a juzgar, únicamente nosotras decimos "mire cuando viene la madre si que se coge mucho a ella". (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Este crío parece que cuando vienen los padres llora más o llora menos o se retrae. O cuando nos acercamos nosotras al crío a lo mejor se te retrae y ya ves que es una cosa distinta a cuando se retiran porque tienen miedo a que les vayas a pinchar o alguna cosita así. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Se siente inhibido o retraído en la consulta (TS.CSAP)

-Es un niño triste o es un niño alegre (TS.CSAP)

a.5. Otras

-Si están los chiquillos en la calle en horarios a lo mejor que tuvieran que estar en el colegio y están en casa, si hay violencia en el hogar. (DUE, Urg, Hosp.) (visitas a domicilio)

-Dónde se sienta en la consulta, (TS.CSAP)

b. Observar en la familia

-Cuando ves el perfil de la madre o del padre y te metes un poco en la vida personal (Ped.ServLact.HMS)

-Si un niño ingresa las historias son detalladísimas, desde dónde trabajan, si están en paro, si son inmigrantes, eso lo vemos también en la clínica. La situación actual de los padres, de sí los padres son separados, esto también lo vemos a veces (Ped.Urg.Hosp.)

b.1. Actitudes

-Se va a comprobar mejor si esos padres o esos adultos que están con el niño en el hospital, cómo se comportan en el hospital, que actitud tienen, es decir, vamos a poder comprobar mejor las cosas en la hospitalización que no viéndolo media hora en urgencias. (TS.Hosp.)

Actitud con el hijo.

-En la sala de espera del hospital se pueden observar muchas cosas, se puede observar si el adulto está pendiente del niño, o si el adulto está allí con ese niño y le estorba el niño, le grita, no le deja en paz, si el niño es muy movido, le pega o no, tiene paciencia y habla con él ... (Ped.ServLact.HMS)

-Cómo perciben el dolor de sus hijos. Se puede observar muchísimo de las actitudes de los padres, porque luego en la consulta a lo mejor te dicen "que noche me ha dado, no he dormido en toda la noche" y entonces les tienes que decir "y qué noche ha pasado él", claro, porque el enfermo es él... Porque la madre que te dice eso está pensando en ella. Estos detalles son fundamentales para saber cuándo una madre realmente quiere más a su hijo que a ella misma (Ped.ServLact.HMS)

-Normalmente, con la estancia de los padres, de la familia durante el ingreso del niño, surge que los padres tengan dudas o también la actitud de los padres, de pasotismo, de excesiva protección, de una actitud airada que no va acorde con lo que el niño necesita y sería lo lógico, pues entonces eso hacer llegar a veces a otras composiciones, unas con fundamento y otras no tanto (TS.HMI)

-Es la incapacidad de las madres, y eso se detecta en neonatales (TS.HMI)

-Todo, desde la madre que se pasa todo el día mirando por la ventana, o leyendo.. que a su niño no lo miman. Bueno, pues un ingreso parece que suscita más el aumento de querer volcarse en el niño, por lo menos afectivamente. Tampoco hace falta que se dé el hecho del agobio, que tampoco hay que agobiarles, pero sí ese interés activo y esa actitud activa de querer hacer por el niño, eso lo pueden ver porque además los boxes tienen todos cristales. (TS.HMI)

-Qué ambiente se desarrolla en los ratos de la comida, qué tal se relaciona esa cuidadora en el rato de la comida...si tiene paciencia, si no tiene paciencia, si es cariñosa, si no. Cómo le habla, qué comentarios hace, tantas cosas se pueden observar, vamos, todas las que se quieren observar, todas. (TS.Hosp.)

-Aquí (tiempos de visita) la observación de actitudes, la observación de conductas, no sólo en el cuidado físico sino en la actitud que tiene hacia el niño por parte de sus familiares a lo largo del día, eso es algo que hay que registrarlo en la historia, y en la evolución, en las hojas de evolución.... ¿quién viene a ver a ese niño?, ¿Qué actitud muestra ante ese niño?. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Y esas primeras horas tras el parto son fundamentales, en las que se pueden detectar unos indicios mayores de que hay un rechazo a ese bebé o a ese embarazo... Las enfermeras y la auxiliar de clínica ven cuando una madre no quiere amamantar al niño, por ejemplo. Siempre tienen la opción de darle biberones, pero a veces no quieren ni darle el biberón (Comad.Hosp.)

-Lo primero es que habiendo dicho en un inicio que van a dar el pecho, luego no se lo dan (Comad.Hosp.)

-¿Cuál era la actitud de esa madre?, si la madre permanecía con el niño o sin embargo la madre estaba deseando marcharse, si la madre es colaboradora a la hora de darle de comer al niño, qué actitud tiene... si tiene paciencia, si no tiene paciencia, si se le ve que sabe manejarse con ese niño o se le ve que es inexperta, si responde bien a las instrucciones que el equipo de enfermería le va dando o sin embargo le dan instrucciones... "pues mira esto mejor dáselo así o asá..." en fin, lo que le explique la enfermera o la auxiliar y atienda a las instrucciones o no las atienda, si se entera o no se entera, porque nos podemos encontrar con gente que tenga un déficit mental. Por ejemplo, a veces te cuentan "sí es que le dices las cosas y no se entera, le decimos que haga esto así y no hay manera, o es que esta madre por más que le decimos deja la cuna bajada...", son cunas que de un lado se pueden bajar o subir, si la mamá se va de la habitación bien tendrá que dejar la cuna subida, porque si la deja bajada el bebé se puede caer de la cuna, (TS.Hosp.)

-Entonces el equipo de enfermería que pasa veinticuatro horas tiene capacidad para observar de todo, desde la actitud que presenta el adulto que está con el niño, si le da la comida, el aspecto que pueden tener ese padre o esa madre (qué aspecto tienen), qué actitud tienen, a nivel

de alimentación, a nivel de higiene, cómo van vestidos, a nivel de si tienen aspecto de consumir drogas los padres, a muchos niveles... es que son veinticuatro horas que se puede estar observando cómo está funcionando esa familia, cómo se manejan con ese crío. (TS.Hosp.)

-Sobreprotección (Resp.Cald.Hosp..)

-Porque a lo mejor le está dando de comer y está hablando con la de al lado (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Porque hay veces que también se detectan aquí cuando ves que las madres... observas que no cogen al crío, que a lo mejor el niño está llorando en la cuna y la madre está con una revista, entonces vas "oiga mire que el niño... que es bueno cogerlo... que un niño necesita que lo toquen, que lo acaricien, no sólo cogerlo para comer..." (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Fundamentalmente actitudes de los acompañantes, creo que sería interesante. Si el niño viene solo o viene acompañado, y un poco creo, en la sala de espera, la relación que se establece si viene acompañado, entre ese menor y los acompañantes, pasando por la observación de cómo pide cita, quién es quien la pide, preguntarle si es la madre o un vecino. (TS.CSAP)

Actitud respecto al maltrato.

-A veces lo notas en actitudes, porque a lo mejor la madre se pone a llorar (si le preguntas), (Ped.ServLact.HMS)

Actitud en el servicio sanitario.

-(los de recepción) otra cosa es que vean una actitud que luego en la consulta no la hagan, que eso sí que ocurre. Hay padres que aquí se portan muy bien y a lo mejor fuera de aquí no. (CSAP.Ped y Mir)

-Nosotros, desde el momento que entran en la sala de espera, ya veo qué actitud tiene el padre, la madre (USMIJ)

-Otras veces dicen "oye, es que esta madre ha venido y resulta que está pidiendo ayuda, se le ha dado", por ejemplo, por falta de medios económicos y como no puede salir del hospital a comer se le puede facilitar, en según qué casos, estudiando que hay una carencia. "Y luego resulta que tienen aquí el sillón y se pasa toda la noche durmiendo y luego pasa olímpicamente".. o sea, como si esto fuera su pensión. Pues allí se ve cierta dejadez, o que no creemos que sea puntual de la estancia del hospital sino que a lo mejor sea sospechoso de que.. una actitud más o menos frecuente. (TS.HMI)

-Que la mujer no acuda a las visitas mensuales con su comadrona ya es algo que te puede hacer sospechar. (Comad.Hosp.)

-Desde luego si viene al hospital, si no viene, cuántas horas permanece aquí. Si es un familiar que está aquí el máximo posible o es un familiar que viene, hace una vista y dice que tiene muchas cosas que hacer y se marcha corriendo, y está poquito tiempo en el hospital con el crío (TS.Hosp.)

-Cuando no se le da la medicación cada ocho horas sino cada tres días (Resp.Cald.Hosp..)

-Al niño se le ingresa, los padres desaparecen, (Ped.Urg.Hosp.)

-Y también los datos relacionados con los cuidados del niño, si el niño ha ingresado ¿por qué?, no se acuerdan de datos de ingresos, que no traigan informes... pues bueno, el no traer informes con eso de las prisas, "¡ay! me he dejado el carnet de salud en casa", que siempre nos-

otros lo pedimos para ver si están bien vacunados. Preguntas ¿quién es el pediatra?, Y no se acuerda. ¿Cómo no se va a acordar uno del pediatra, que es el que continuamente te ve al mes a los dos meses... en las revisiones aunque el niño esté sano, en las vacunas?. "Sí pero es que nos hemos cambiado de domicilio" cosas que no... o "lo llevo a casa de los abuelos al pediatra...". (Ped.Urg.Hosp.)

-Cuando te comenta cosas y tú notas que está teniendo una relación empática o no la está teniendo. (TS.CSAP)

b.2. Perfil familiar

Problemas de salud (física o mental)

-Tienen los hijos y no saben muy bien por dónde empezar y si no tienen organización y estructura mental anterior no la van a tener con un hijo. (Ped.ServLact.HMS)

-Si hay patologías en los padres, si hay problemas de toxicomanía, o de enfermedades mentales... datos que para mí son significativos. Voy buscando lo que para mí son indicadores de... entonces yo, como eso lo tengo en la cabeza, evidentemente enfoco la entrevista un poco por ahí. (TS.Hosp.)

-Pensando en casos de posible negligencia, estoy pensando observar si ese cuidador o cuidadora da aspecto de tomar psicofármacos, da aspecto de estar obnubilado, de que le están hablando y no se entera, de que le dan instrucciones varias y su reacción es que ha consumido algún tipo de drogas". (TS.Hosp.)

-Se puede observar la capacidad mental de esa persona. Cuántas veces me han dicho las enfermeras "es que esta chica no se entera, es que se la ve que no... es que es cortica" (TS.Hosp.)

-Controles de madres con VIH positivo (Ped.ServLact.HMS)

-El examen general que tú le haces a una parturienta o a una embarazada te puede dar muchas señales (Comad.Hosp.)

Problemas sociales

-Cuando hablo de falta de nivel hablo en general, quiero decir social, problemas de trabajo, problemas de interrelaciones, escasa economía, ignorancia tremenda, (Ped.ServLact.HMS)

-Conocer la situación económica, la situación familiar, si hay una situación económica muy precaria (TS.Hosp.)

Condiciones/estilos de vida

-Vivienda a la que tú vas en las visitas domiciliarias y te encuentras cómo está a nivel de condiciones de salubridad, de higiene, si en esa casa hay olores, el entorno en el que está la vivienda, más o menos si están los chiquillos en la calle en horarios a lo mejor que tuvieran que estar en el colegio y están en casa, si hay violencia en el hogar. (DUE, Urg, Hosp.)

-Higiene. Si tú vienes por urgencias porque has estado en el campo, vienes en malas condiciones de higiene porque has tenido un accidente, porque has estado trabajando, vale. Pero cuando estás embarazada, estás en casa, no trabajas y tienes roña acumulada de días, ya ves que la madre no cuida el aspecto personal, el aspecto de higiene es porque algo pasa (Comad.Hosp.)

-En cuanto a la higiene, el aspecto de cómo van vestidos los padres, qué aspecto tienen, si se lavan las manos, si son cuidadosos a la hora de coger al bebé, si es un bebé por ejemplo, si se lavan las manos cada

vez que lo van a coger, si la habitación huele mal, si son familiares que ves que habitualmente no se duchan, que van sucios. (TS.Hosp.)

-A veces, con el relato de estilos de vida hay una pregunta que a mí me encanta y es decirle "¿me puede contar qué hizo ayer durante el día?" y que me empiece a hacer el relato desde que se levanta, cómo desayuna, qué desayuna, a qué hora lleva al niño al colegio, quién lo lleva. Luego si come en el centro escolar, si vuelve al domicilio, quién lo recoge, qué come, qué merienda habitualmente, quién lo ducha. Son situaciones que nos van dando información, actitudes perdón, que nos van dando una información sobre un estilo de vida, si es más o menos sano. (TS.CSAP)

-El relato de los estilos de vida es fundamental, y te da una información buenísima. (TS.CSAP)

c. Observar en la relación familiar

-Vamos a ver si esa familia está muy desestructurada, no está desestructurada, se puede mejorar la relación o es irreparable, una relación mínimamente satisfactoria desde el punto de vista emocional (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

c.1. Relación conyugal

-La relación con los padres es fundamental. Yo no he visto nunca un caso de dos maltratadores. Siempre hay uno activo y otro pasivo, que permite. Pero cuando llega la crisis de que se acude a urgencias es porque ya ha sido un maltrato excesivo. Entonces, las dicotomías y el enfrentamiento los ves claramente. Siempre el que ha sido culpable actúa de una manera y el otro está, parece que está encima. (Ped.Urg.Priv.)

-Maltrato físico de su pareja no, psicológico sí, lo comentan las mujeres. Un par de mujeres sí que lo comentaron, y se niegan a que el marido entre en el parto, por ejemplo. Quieren que entre la madre en lugar del marido. Muchas veces el marido no está tampoco, y sienten temor. Son gente muy atemorizada (Comad.Hosp.)

-O hay un problema de pareja muy importante que es otro tema que puede estar interfiriendo en esa familia, de separaciones, de por ejemplo recorridos por diferentes colegios, críos que están cada año escolarizados en un colegio. (TS.Hosp.)

c.2. Relación parental

-Un poquito su sala, que es rica en observación porque ahí se ven interacciones más motivales, más espontáneas, más imprevistas.. y sí que intentamos que sea un espacio de observación de la relación de los papás con los niños (USMIJ)

-La relación familiar ¿cómo tratan al niño?, ¿cómo está el niño cuando...?. (Ped.ServLact.HMS)

-Y ser muy atentos a la actitud de los adultos que están acompañando al niño en esa sala de espera. Ser muy cuidadosos de recoger la mayor información posible no sólo verbal, sino también no verbal, que tienen esos adultos respecto a esos niños (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-O que no tiene capacidad emocional con su crío, que no contacta, que no lo coge en brazos. Muchas veces le pregunto a las enfermeras "¿Observáis que lo coge? ¿pasa tiempo con el niño en brazos?" "Pues no, pues mira, lo tiene en la cuna como si fuera un bulto, es que pasa de él, viene, se trae un libro y lo deja en la cuna y ni lo coge". (TS.Hosp.)

-Seguramente en esa primera entrevista va a aflorar algo, tal vez si hay unos sentimientos de culpa, si hay una hostilidad mutua entre ambos cónyuges o entre unas hijas o hijos mayores, que a veces hay que contar con ellos, hacia los padres. Y programaremos las entrevistas exploratorias que hagan falta para hacernos una idea de cómo está funcionando ese entorno familiar (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Vemos que el niño está muy cómodo con los abuelos, o con el cuidador, o desde que llegó la madre el niño está en esta situación. Esto es importante, a lo mejor en las plantas lo ves más, pero aquí el poco tiempo que está el que veamos y el que nos transmitan auxiliares y enfermeras "vemos esto..." "Observamos esto..." "la madre ha dicho...". (Ped.Urg.Hosp.)

-Van a observar cómo se dirigen al niño, cuáles son las conversaciones, si lo amenazan de "yo me voy a ir y te voy a dejar". (Ped.Urg.Hosp.)

-Qué tipo de comunicación verbal mantiene el cuidador o no cuidador con esos niños, cómo le contestan, (TS.CSAP)

-Lo verbal y lo analógico nos va a dar todas las pistas. (TS.CSAP)

d. Características de las consultas

-Cuando ha habido muchos ingresos (Ped.ServLact.HMS)

-Una niña o un niño vienen muchas veces (Ped.ServLact.HMS)

-Hay casos que igual van mucho a urgencias, que los puedes ver más de una vez (CSAP.Ped y Mir)

-Que tienen diversas enfermedades que bien llevadas desde el centro de salud, desde su pediatra, no necesitan hospitalización. (Ped.ServLact.HMS)

-Que los padres nunca le han llevado al centro de salud, eso ya es un dato objetivo. (TS.Hosp.)

-Padres que no van al pediatra que vienen siempre al infantil (Ped.ServLact.HMS)

-Yo controlo si esa familia tiene citas, yo puedo controlar si esa familia ha acudido a las citas, y yo puedo controlar si esa familia falla reiteradamente a estas citas, y eso también es un indicador que a mí me va a hacer entonces tener que actuar de otra manera. (TS.Hosp.)

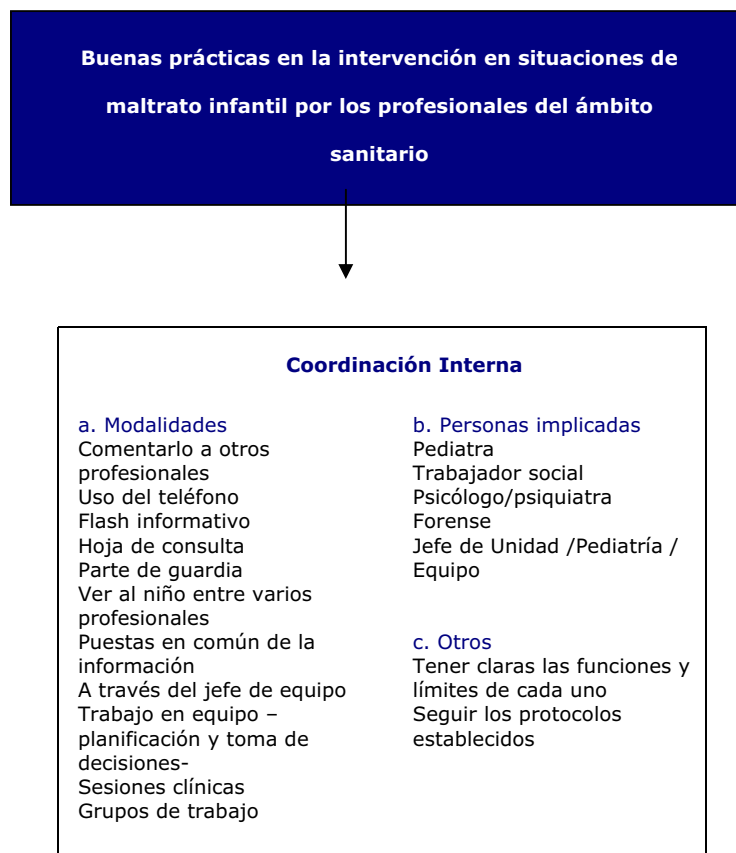
-Cuando una familia no acude a la atención primaria, eso nos alarma mucho, hay algo que huyen del pediatra que está cerca de que lo detecte, vienen aquí cuando surgen problemas y no van a donde tienen que ir. (Ped.Urg.Hosp.)

-Cuando se hace una visita y le planteas una visita programada para dentro de una semana y vuelve o no vuelve. (TS.CSAP)

-Un criterio de riesgo es ese niño de padres separados que viene cada día uno a la consulta y uno se ha enterado de lo que al otro le ha dicho. (TS.CSAP)

-Un criterio de riesgo es el niño pluriconsultante con lesiones físicas. (TS.CSAP)

4.1.4. Coordinación interna



Esquema 5. Coordinación interna

Referente a la Coordinación Interna que debe darse en cada servicio o institución sanitaria a la hora de intervenir en situaciones de maltrato infantil por los profesionales del ámbito sanitario, se han agrupado los resultados de esta investigación en tres apartados: (a) modalidades de coordinación; (b) personas implicadas y (c) otros.

Dentro de las modalidades de coordinación interna, los profesionales indicaron que las más utilizadas son el comentario a otros profesionales -mediante la transmisión de información al inmediato superior en el organigrama institucional- y el uso del teléfono -para derivar o recabar datos concretos del niño-. Para llamar la atención de otros profesionales, propusieron el uso del “flash informático” -que es una anotación llamativa que aparece en la pantalla del ordenador en el momento en el que profesional consulta la historia clínica o el expediente-. Y para recoger todos los datos importantes sobre el niño, la actitud de la familia y situación sociofamiliar, mencionaron tanto la “hoja de consulta” como el “parte de guardia”.

Además, dieron especial importancia al trabajo en equipo a la hora de planificar actuaciones, así como atender al niño entre varios profesionales y poner en común la información. También hablaron de las experiencias positivas relacionadas con grupos de trabajo y sesiones clínicas. En éstas comparten un espacio de encuentro apropiado para el intercambio de preocupaciones, conocimientos y habilidades.

En el segundo apartado “b. personas implicadas”, se hace referencia a los profesionales clave a quienes es conveniente derivar los casos, dado que son personas fundamentales en la confirmación de malos tratos, en la intervención con el niño o la familia, y/o en la derivación a otras instituciones.

A lo largo de las entrevistas, los profesionales mencionaron recurrentemente a los siguientes profesionales a quienes comunicar los casos de sospecha de maltrato infantil: Pediatra, Trabajador Social, Psicólogo/Psiquiatra, Forense, Jefe de Unidad/Jefe de Pediatría.

De todos los profesionales que realizan intervenciones generales con los niños –DUEs, auxiliares, celadores, etc.–, los pediatras fueron definidos como las personas de contacto en caso de cualquier sospecha de maltrato infantil. Expusieron que todas las informaciones deben dirigirse hacia los pediatras, de manera que puedan evaluar las sospechas, solicitar exploraciones y pruebas oportunas, o ponerse en contacto con otros profesionales –trabajadores sociales, psicólogos/psiquiatras, forenses, Jefes de Unidad, etc.–.

En las entrevistas se dió especial importancia a la figura del trabajador social como agente coordinador, visualizador de la problemática sociofamiliar y planificador de posibles actuaciones con los recursos disponibles.

En cuanto a los psicólogos y psiquiatras, los reconocieron como profesionales imprescindibles a la hora de realizar la valoración del estado emocional del niño y posterior diagnóstico. Además, destacaron la actuación del médico forense en casos puntuales.

Finalmente, mencionaron al Jefe de Unidad o de Pediatría como figura idónea para coordinar la actuación, a quien se debería informar en el momento en que se detecta un caso de maltrato o sospecha del mismo.

En el tercer apartado “c. otros” se recogen dos aspectos que los profesionales citaron como relevantes para una buena coordinación dentro de los servicios sanitarios: (c.1.) clarificar las funciones y límites de cada profesional del ámbito sanitario y (c.2.) seguir los protocolos establecidos.

Se presentan a continuación algunos ejemplos extraídos de las entrevistas sobre los que se basan estas afirmaciones:

a. Modalidades de coordinación interna

a.1. Comentarle a otros profesionales

-(hablando de recepcionistas). Pues transmitirlo al escalón siguiente. Transmitir "al hablar con estos padres he visto que hay estos problemas", así ayudar al siguiente a que lo sepa.. o sea, no tiene que repetir el mismo proceso que ha hecho el otro, ya está alerta". (Ped.ServLact.HMS)

-Pues si la persona (auxiliar) tiene inquietud y un poquito de querer saber con una finalidad de proteger al niño, en cuanto a lo que es alguna evidencia la lleve a la sospecha, pues ella lo suele comentar con la DUE y a su vez lo transmiten a la supervisora que es, digamos, por estos estamentos, como después se hace llegar al médico, lógicamente, y me comentan a mí también lo que están observando (TS.HMI)

-Siempre se lo transmiten a la supervisora, que ella a su vez lo dice al médico, y que si se considera esto como que hay cierta constatación, pues me lo mandan a mí (TS.HMI)

-Exacto, comentamos al ginecólogo y el ginecólogo notifica a la trabajadora social o al psicólogo (Comad.Hosp.)

-Pues al pediatra, al psicólogo, al trabajador social y al psiquiatra, porque va a ser un abordaje interdisciplinar. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-(hablando del personal de recepción). Si alguna vez pasa algo más importante sí que se transmite, se trasmite pues como comentario, te llaman y te dicen "pues tal padre te ha amenazado de muerte cuando ha salido de la consulta". (CSAP.Ped y Mir)

-Las enfermeras podrían avisar a los pediatras en caso de tener sospechas (CSAP.Ped y Mir)

-Lo que sí que se podría realizar, por ejemplo, es a lo mejor una reunión conjunta... porque esto en grupo no lo solemos hacer, lo hacemos siempre con la persona en concreto que estamos trabajando, con la enfermera que está ese día y tal. (TS.Hosp.)

-El trato con el niño en ese momento va a ser puntual. Probablemente transmitir el que nos preocupa a todos, transmitir al profesional que tenga compañeras, al pediatra, transmitir toda la información posible, porque eso nos va a ayudar. (Ped.Urg.Hosp.)

-En caso de que se intuya algo, comunicarlo lo antes posible, porque es importante que nos transmitan esa información. (Ped.Urg.Hosp.)

-Los más próximos a ellos son los celadores, los celadores están en contacto con urgencias porque están en la misma puerta, y luego el personal más oportuno sería a la enfermera, que es la que después de rellenar la ficha de admisión del paciente, y esa ficha llega al control, llama al niño, lo recibe. Entonces, con avisar a enfermería... (Ped.Urg.Hosp.)

-Yo pienso que se sigue lo mismo que estamos haciendo nosotras. Si un niño va a cirugía se le dice "oye, mira, este niño está con este problema o estamos con esto, ya lo sabe la asistente social" o cosas que ellas pueden detectar después que pueden decir "oye, detectamos esto ¿allí pasaba?". (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Siempre, desde luego, nosotras al médico y el médico llama a las asistentes sociales, y el médico si tiene que concretar ya alguna cosa, hablan directamente con nosotras (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Cuando ya vienen con sospecha o dicen eso, entonces ya se registra o se dice al médico. Se va al médico siempre "oiga mire, esta mamá vemos que actúa así. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

a.2. Uso del teléfono

-Cuando vienen niños que tienen que derivar al Miguel Servet, a través del teléfono se ponen en contacto "pues os vamos a mandar a este niño" (DUE, Urg, Hosp.)

a.3. Flash informativo.

-(hablando del personal de recepción). Si los acaban de citar, saben cómo se llama y tal, pueden advertirlo al médico incluso haciendo un flash en el sistema informático, meter un flash en esa historia y decir "mientras estaba en la sala de espera, el padre ha tomado esta actitud" y que lo hagan reflejar allí (CSAP.Ped y Mir)

a.4. Hoja de consulta.

-Aquí es a través de la hoja de consulta o comunicación directa de los profesionales que atienden al niño. Tanto médicos como de enfermería, que son los que se encargan de coordinar. (TS.HMI)

-Eso es algo que hay que registrarlo en la historia y en la evolución, en las hojas de evolución. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Expresamente yo les transmití al equipo de enfermería que por favor tuvieran en cuenta que cualquier observación que les pareciera de interés, que por favor, la anotaran en la historia clínica, porque yo esa información necesitaba tenerla. (TS.Hosp.)

-“Pues mirar a ver si esta madre viene o no viene a visitar al niño, ¿cuánto rato está?”. Ya cuando nos dice cosícas así puntuales, eso ya se registra en la historia. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

a.5. Parte de guardia

-Este problema para él es fundamental, que es un problema muy importante, y que el parte de guardia de cada mañana está para comunicar lo que te ha preocupado, si ha habido alguna cosa a destacar en el día de la guardia (Ped.Urg.Hosp.)

a.6. Ver al niño entre varios profesionales

-Otro consejo que siempre doy es que nunca se puede ver a estos niños solos. Igual que en el funcionamiento de los grandes hospitales el pediatra está con una enfermera, aquí no siempre. En estos casos es fundamental que cuando tú veas al paciente, tengas uno o dos acompañantes (Ped.Urg.Priv).

-Que el profesional sea especializado en intervenciones familiares. Ante sospecha de maltrato hay que citar a la familia con un profesional cualificado que puede ser un trabajador social, un terapeuta familiar... en nuestro caso, el trabajador social que tenemos en la plantilla de psiquiatría infantil está especializado en terapia familiar (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

a.7. Poner en común la información

-Contrarrestar, poner en común lo que ve la enfermera, lo que ve el médico, comentarlo con la trabajadora social, hacer una visión en conjunto de todos los profesionales para tener una certeza (DUE, Urg, Hosp.)

-En este momento, cuando te encuentras con alguna situación problemática, desde luego siempre lo consultas con algunos, con los que son más afines (Sex.CPS)

-Si realmente detecto (DUE) o me informan de que hay un problema grave que yo pueda considerar que puede ser urgente, rápidamente convoco una reunión de equipo, nos vemos los tres un momento (psiquiatra, psicóloga, DUE), y decidimos qué tipo de actitud hay que tomar (USMIJ)

-Por supuesto, mientras que el niño esté siendo objeto de atención o de estudio, yo creo que el pediatra deberá de tener un contacto periódico para transmitir al personal la importancia de la colaboración de todos a la hora de recogida de información, como hemos dicho antes, directa por la conducta del niño e indirecta sobre el entorno familiar, y a la hora de poder saber qué relaciones con los adultos rodean al niño. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

a.8. Trabajo en equipo –planificación y toma de decisiones-

-Lo primero que solemos hacer es dejar de trabajar individualmente cuando hay una cuestión de abusos, maltrato o desidia, pues estudiamos el caso los tres y lo profundizamos. Lo segundo que hacemos es analizar la evidencia, la gravedad y la urgencia, y en función de estas tres cuestiones lo derivamos también a menores o a fiscalía. (USMIJ)

-Yo creo que en un equipo de atención primaria vamos a ser los tres en equipo (Pediatra, DUE, TS) los que fundamentalmente luego ya lo pasemos a otras instancias. (TS.CSAP)

a.9. Sesiones clínicas

-Por supuesto, me apoyo en el resto del equipo. Estaban establecidas unas sesiones clínicas y aquéllas eran el cauce para la discusión (Sex.CPS)

-Hace poco tuvimos aquí una sesión de maltrato infantil. Me dijeron que la diera yo, y traje a los de menores y al fiscal. Les dije si podía traerlos y me dijeron que sí, y hubo un debate muy amplio con los médicos. Creo que estas cosas son importantes y hay que hacerlas a menudo. (Ped.ServLact.HMS)

a.10. Grupos de trabajo

-De hecho, nosotros aquí ya hemos hecho una serie de reuniones sobre el tema de los derechos de niños, cómo se están cumpliendo. Estuve yo como pediatra, con ATS, celadores, recepcionistas, supervisoras. Y hemos hecho una serie de reuniones para que se cumplan los derechos del niño dentro del hospital. Se van a hacer unos trípticos, se va a hablar con la gente (Ped.ServLact.HMS)

b. Personas implicadas

b.1. Pediatra

**Ver apartado de pediatría en "quién observa"*

b.2. Trabajador/a social

-Nosotros contactamos con la trabajadora social del centro (CSAP.Ped y Mir)

-Habría con la trabajadora social del centro, y veríamos si merece la pena avisar a menores o no (CSAP.Ped y Mir)

-Aquí también estaría el papel de la enfermera de pediatría. Yo me figuro que sí que se consultaría, por ejemplo, a la trabajadora social del centro de salud, o en el medio hospitalario también con la trabajadora del hospital (DUE, Urg, Hosp.)

-Generalmente los pediatras intentamos tener un seguimiento de ese niño. Y ya no hacemos más, lo dejamos en manos de los servicios sociales (Ped.ServLact.HMS)

-Se puede decir "mira, hay una trabajadora social, o hay servicios que te pueden ayudar" (Ped.ServLact.HMS)

-Pero cuando ya sí se va perfilando algo concreto, entonces me llaman y surge mi actuación entrevistando a la familia normalmente (TS.HMI)

-Sí, porque hay gente que dice "yo no tengo por qué meterme en lo que sean problemas sociales, porque para eso estás tú". Pues efectivamente (TS.HMI)

-No existe la figura de trabajador social fijo, pero sí podemos disponer de uno si lo precisamos. Poco, porque tenemos poca patología de ésta. Pero lo que ha hecho falta ha funcionado bien. Ha habido aquí algún hijo no deseado, que lo han querido dar en adopción rápidamente, algún tema de malos tratos, y nos ponemos en contacto con ella y ya está. La verdad es que como se llama de pascuas a ramos, a lo mejor ha cambiado, pero tenemos siempre el teléfono a nuestra disposición (Ped.Urg.Priv)

-Si es una cosa muy flagrante, ya directamente nos ponemos en contacto con la trabajadora social de aquí, que tenemos un número de localización. (Ped.Urg.Priv)

-Yo, por ejemplo, cuando chocábamos con un caso así, iba directamente al trabajador social, y quien resolvía el caso era el trabajador social (Comad.Hosp.)

-Las DUEs y auxiliares avisan a la comadrona, y vamos nosotras a ver por qué no le da el pecho, informarla, intentar convencerla, intentar preguntarle ¿por qué no le quiere dar el pecho?. Cuando detectas algo siempre apuntamos hacia el trabajador social (Comad.Hosp.)

-A través de la trabajadora social nos ponemos en contacto con el pediatra o el pediatra directamente a través de la trabajadora social nos envía el caso, poniéndonos en antecedentes, y haciendo un informe de cuál es la situación del niño. Aquí, la trabajadora social sería el enlace entre todos los profesionales. El enlace entre todos los profesionales y el enlace cuando ha de intervenir Menores. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Es en la hospitalización... una vez que se hospitalice ese caso, enseguida, si yo trabajo o al día siguiente, me piden colaboración para que yo valore, estudie o vea, a ver qué situación hay en esa familia. (TS.Hosp.)

-Si es el pediatra/enfermera quien detecta el problema, aparte de la actuación sobre la familia, nos ponemos en contacto con la trabajadora social del centro de salud (Ped.rural)

-Yo creo que cuando aquí surge un tema de éstos, lo primero que hay que hacer es hablar con el trabajador social y planificar un poco... no desentenderse del tema, por supuesto, pero sí planificar lo que hay que hacer con esa familia y las actuaciones posibles, y que ya sea el trabajador social el que se encargue de organizar los recursos disponibles. (Ped.Due.CSAP)

-Ahora la figura del trabajador social está mucho más extendida y su labor es más amplia. Ahora ha empezado a verse la necesidad en los hospitales de no sólo curar y tratar a los pacientes. (Resp.Cald.Hosp..)

-Luego, otros aspectos que no digo que no se pueden analizar, pero sí que podemos orientar para que se analicen: cuando hay una situación traumática hay que dar parte judicial, porque ahí hay que analizar aspectos penales con eso, o también tienen que entrar en funcionamiento los trabajadores sociales, para meterse en esa familia, para ver qué pasa, éso es una situación ya de lo social. (Resp.Cald.Hosp..)

-Que vemos que hay una indicación de ingresar al niño y es por la mañana, lo que hacemos es contactar con la trabajadora social. Pero a veces existen las dificultades de que no nos puede atender en el momento que la precisamos. (Ped.Urg.Hosp.)

-Según lo que veamos se habla con las trabajadoras sociales, ante la sospecha de lo que sea: de falta de higiene, que algunos también te vienen... "no, no, lo baño todos los días". No. Entonces, dependiendo de la actitud que ves en los padres, y claro, generalmente influye un poco la situación sociocultural de las personas, pero no siempre es eso. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Desde luego siempre a las trabajadoras sociales, que son las únicas que pensamos pueden hacer cosas en cuanto a...a posteriori, a derivar. ¿Que habría que tener más contacto con todas estas cosas? Sí,

pero habría que tener más gente para poderlo hacer. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

b.3. Psicólogo/a o psiquiatra

-Sí, lo que pasa es que si estamos de noche, ya no tenemos psicólogo, y que tenemos psicólogo durante el día (Comad.Hosp.)

-Siempre al psicólogo, en primer lugar, y al psiquiatra infantil. (Psiqu.Inf.Juv.Hosp.)

-A veces los Munchäusen, cuando los padres te traen repetidamente un niño con problemas, que se va detectando que no son problemas. El problema es de los padres, y hay muchas ocasiones en que se les ha mandando al psiquiatra, o sea, se habla con ellos, se... eso es muy difícil de detectar, a lo mejor cuesta un año o más... se da parte al juzgado de todas las cosas... (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

b.4. Forense

-Y si hace falta que lo vea el forense, se llama al forense. No siempre viene el forense, ni siempre coincide el criterio del pediatra con el criterio del forense. (Ped.ServLact.HMS)

b.5. Jefe de Unidad / Jefe de Pediatría / Jefe de Servicio

-Tendría que recibir información de que existe esta situación de maltrato, que se ha puesto este mecanismo en marcha en cuanto al maltrato infantil, y tener conocimiento y ayudar en lo que pueda ... si hay que hablar con un estamento o alguna cosa .. si los profesionales que están en el caso no pueden llegar ellos, pues intentar allanar el camino sin más. (CSAP.Ped y Mir)

-Pues en esos momentos asumir la coordinación de la actuación ante la sospecha de un caso de maltrato infantil. Y en esa convocatoria que él hace a los profesionales, pautar una serie de actuaciones a seguir por cada uno de ellos. (Psiqu.Inf.Juv.Hosp.)

-Coordinar, a lo mejor en él está la labor de coordinar a todos los profesionales que trabajamos. (Ped.Urg.Hosp.)

-En Atención Primaria no existe esta figura, existe un coordinador del equipo de atención primaria, que es un facultativo por ley, que es médico general o médico de familia y que es el que coordina un poco las actividades de los distintos profesionales que componemos el equipo de atención primaria. (TS.CSAP)

-Bueno, a lo mejor sólo se me ocurre el tema de las sesiones, de hablar con él para establecer un calendario de sesiones informativas a nivel del maltrato, y plantearlo como una orden del día de las distintas reuniones que se tienen de este tipo en atención primaria de salud. (TS.CSAP)

-La supervisora coordina, dentro de lo que puede, entre enfermería y la asistente social, pero de la institución hacia fuera ya tendrían que ser ellos. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Hombre, yo pienso que ellos son los que deberían de coordinar, de hecho ellos lo saben. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

c. Otros aspectos relacionados con la coordinación dentro de un servicio

c.1. Tener claras las funciones y los límites

-El papel de la trabajadora social es muy importante, pero tienen

que tener muy buena coordinación con todos y tener claros sus límites, como los tenemos que tener todos, en cada actuación (Ped.ServLact.HMS)

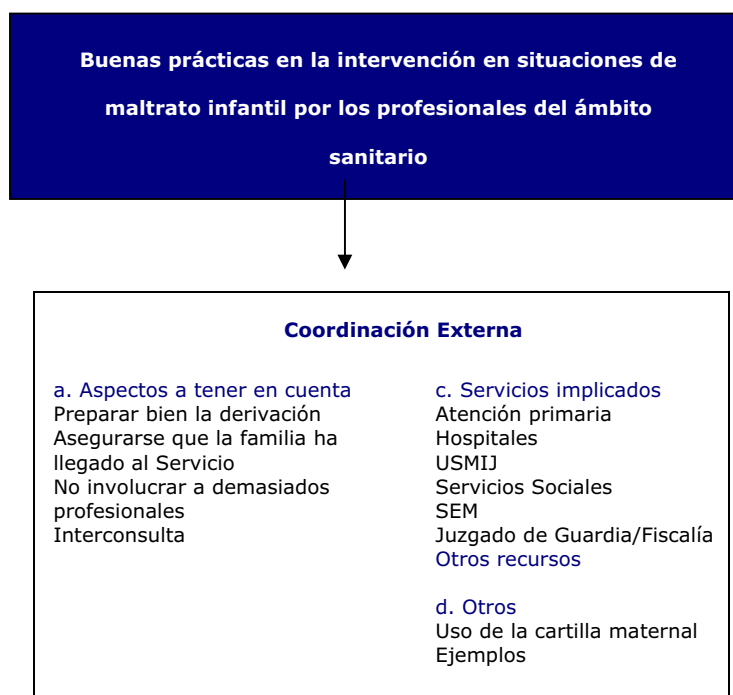
c.2. Seguir el protocolo

-En pediatría y en trabajo social sí que existen. Entonces lo que nosotros hacemos es entrar en el protocolo en el momento que se nos pide colaboración. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Bueno, no hay ningún protocolo. En estos días posiblemente se empiece a trabajar en eso, porque de hecho ya el año pasado se ha estado reuniendo un grupo interprofesional del hospital, que han estado trabajando precisamente sobre elaborar una especie de protocolos o guías de procedimiento, que llamamos aquí, para casos concretos, que a veces no todo el personal sabe en cada momento cuál es su función y qué papel tienen que ocupar y cómo tiene que intervenir. (TS.Hosp.)



4.1.5. Coordinación externa



Esquema 6. Coordinación externa

La intervención en situaciones de maltrato infantil ha de ser ecológica e interdisciplinar. En ella participan diferentes servicios y profesionales, como los servicios sociales, salud mental, educación, tiempo libre, justicia, policía, etc. El ámbito sanitario forma parte de este engranaje, y tienen un importante peso en la prevención, detección e intervención de los malos tratos infantiles.

Es por ello imprescindible que los profesionales del ámbito sanitario se coordinen adecuadamente con el resto de los servicios mencionados y activen las actuaciones que sean necesarias para la promoción y el desarrollo de los niños.

Como aspectos a tener en cuenta en la coordinación con otros servicios, los profesionales entrevistados apuntaron que es necesaria la preparación de la derivación -mediante un informe o volante médico- asegurándose de que la familia llega al servicio al cual se le deriva; pero procurando al mismo tiempo no involucrar a más profesionales de los necesarios. También citaron la interconsulta como un espacio idóneo para potenciar la coordinación interprofesional e interservicio.

Dependiendo del carácter de urgencia de la situación, según indicaron, se procede a la derivación o coordinación externa con otras instituciones, unidades o servicios. De este modo se derivan a los Centros de Atención Primaria los casos en los que se considera que hay que hacer un seguimiento -casos de sospechas moderadas- o como prevención en situaciones de riesgo. Desde los Hospitales también se consulta a los pediatras y trabajadores sociales de Atención Primaria para recabar más información sobre el niño y la familia.

Se derivan a los Hospitales aquellos casos más graves en los que es necesaria una intervención médica por lesiones o traumatismos. En aquellos casos en que se confirma la sospecha y existen signos de violencia o traumatismo, los centros hospitalarios están obligados a su comunicación a la Fiscalía mediante un parte de lesiones.

Otros servicios que fueron frecuentemente mencionados en las entrevistas realizadas, fueron las USMIJ (Unidades de Salud Mental Infante Juvenil) -cuando se requiere una observación o evaluación para el diagnóstico de salud mental-; los Servicios Sociales -cuando existen sospechas moderadas y para proporcionar a las familias diferentes recursos-; y el Servicio Especializado de Menores (SEM) y el Juzgado o Fiscalía -cuando hay una evidencia clara de maltrato-.

Teniendo en cuenta las necesidades específicas de cada situación, los profesionales citaron otros servicios como el Centro de Promoción de la Salud -en el que existe un servicio especial de maternaje y de sexología-, Hospitales Especializados, Equipos de Atención Temprana, Colegios, Institutos, Guarderías, o grupos de Atención Materna y Educación -donde se interviene para el buen desarrollo del niño-.

Por otra parte, un instrumento útil que mencionaron los profesionales para la coordinación en situaciones de sospecha de maltrato prenatal fue la cartilla de maternal.

Por último, citaron algunos ejemplos de intervención interdisciplinar exitosa en la que se realizó un buen trabajo de prevención o intervención en situaciones de maltrato infantil. Éstos, se pueden consultar en el apartado (d.2) de los ejemplos que siguen.

Se presentan a continuación algunos ejemplos extraídos de las entrevistas sobre los que se basan estas afirmaciones:

a. Aspectos a tener en cuenta en la coordinación con otros servicios

a.1. Preparar la derivación

-Si se remite al niño con un parte y un volante preferente para que cuando ese niño llegue al servicio de urgencias no tenga que esperar tiempo para ser atendido, para que se le atienda de modo inmediato, también se comunica por teléfono que un niño ha sido remitido allí (DUE, Urg, Hosp.)

-En lo que afecta al trabajo social, telefónicamente o remitiendo un informe al compañero, o al centro, o donde proceda el seguimiento del niño (TS.HMI)

-Yo les remito. Les doy siempre una anotación a dónde se pueden dirigir, a qué servicios, y a la vez, cuando yo puedo, contacto con el servicio presentando el caso a quien yo le he remitido. A ellos les doy la anotación para que lo sepan, pero yo con las referencias de aquí del hospital, que probablemente no les trasladen, les hago ver las observaciones que yo he visto de cara a las necesidades que pueden presentar y por qué les remito ahí. Yo aquí no tengo recursos (TS.HMI)

-Cuando derivamos a los niños se pasan con todos los informes. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

a.2. Asegurarse de que la familia ha llegado al servicio

-Unos cuantos días después, preguntar a la asistente social, preguntar a ver si... ha hecho algo con ese niño, incluso preguntar al juzgado. Ésa es un poco la manera que tenemos nosotros de funcionar. Cada uno se hace responsable del caso que ha sospechado (Ped.Urg.Priv)

a.3. No involucrar a demasiados profesionales

-Como es un caso que intervino menores desde le primer momento, yo no quise intervenir. Voluntariamente no quise intervenir porque me parece que exceder de profesionales es un error, no tiene sentido, y el que la madre se sienta acosada... (TS. Hosp.)

a.4. Interconsulta

-La interconsulta, que es muy importante entre nosotros, en cuanto yo tengo un caso lo veo, lo observo y lo hablo con el profesional correspondiente que eso sí que se suele hacer, bien de salud mental, bien de infancia o menores, bien del centro municipal de servicios sociales. Creo que es fundamental también la interconsulta. (TS.CSAP)

b. Servicios implicados

b.1. Atención Primaria

-Ante una sospecha creo que derivaría al pediatra del niño en el centro de salud. Otra cosa es que los padres, pues efectivamente lleven al niño al pediatra y le hagan un seguimiento continuado (DUE, Urg, Hosp.)

-Esto ya depende del profesional que lo ve, si el profesional conoce al pediatra o cree que debe hablar con el pediatra, esto sí que lo hacemos. Yo sí que lo hago en las plantas cuando veo a un niño con una problemática. (Ped.ServLact.HMS)

-Yo le pregunté (urgencias) "¿lo sabe el pediatra?". Y le dije "Por favor, dile al pediatra que te mande al médico de cabecera, porque si no, cualquier día te pones muy mal" (Ped.ServLact.HMS)

-(el seguimiento), pues a través del centro de salud es el pediatra de cabecera. Como a todos los niños, hay que hacerles unos controles, y si no va a los controles, entonces hay que llamarlos mediante la trabajadora social o quien sea, o si se le ha citado y no viene, hacer que venga. Llamarle. (Ped.ServLact.HMS)

-Lo que hago para que haya un seguimiento y ver si hay una repercusión en el niño, es presentar el caso a la trabajadora social del centro de salud, puesto que va a ser el pediatra el que le va a ver periódicamente y entonces que tengan en cuenta las observaciones que se han hecho aquí en el hospital. O sea, esa intercomunicación de los distintos niveles de atención sanitaria (TS.HMI)

-En caso de sospecha avisaría a su pediatra. En caso de sospecha moderada, lo razonable, antes de encontrar un fallo gordo, una sospecha, una cosa que te llame la atención, que a lo mismo puede ser que no ser, yo lo he hecho, llamar al pediatra (Ped.Urg.Priv)

-Si el tema fundamental que nos preocupa es sanitario, exclusivamente sanitario, lógicamente ese caso lo derivo al centro de salud mediante informe social, o mediante comunicación telefónica si no he tenido tiempo para informe social, que a veces sucede. (TS.Hosp.)

-Claro, llamo a otros servicios. Si es un caso que yo sé... vamos sé seguro... incluso aunque no lo sepa seguro, evidentemente contacto con el centro de salud y con su pediatra de referencia o trabajadora social, si no localizo a la trabajadora social hablo con el pediatra fijo, fijo que hablo con el pediatra del centro de salud, y con servicios sociales a ver si conocen a esa familia. Lógicamente recabo información de otras instituciones. (TS.Hosp.)

-Sí que se sacan conclusiones, incluso hay veces que te dicen que "no, no, de verdad que los conozco yo y tal y cual", pero otras veces también están ellos mosqueados. Lo que pasa es que si los tienes demasiado cerca, te falta perspectiva, pero hay muchas veces que les das un poco de perspectiva a sus pediatras que los conocen de

toda la vida y sí que comentan "oye, ahora que lo dices, sí que el niño lo veo yo que..." (Ped.Urg.Priv)

-En una cosa suave saltarte también a su pediatra, es decir, es un poco desde el punto de vista de la práctica profesional, un poco mal hecho. Porque claro, que tú en un día quieras ver lo que no ha visto el compañero en tres años... Pues puede ser, pero es mejor verificarlo (Ped.Urg.Priv)

-Yo, cuando empiezo a ver al niño, tengo algo de información adicional, entonces yo me pongo en contacto con su pediatra, claro que sí. Desde aquí yo me puedo poner en contacto con su pediatra, incluso si la cosa es flagrante, se presenta una denuncia directamente desde aquí, junto al parte de lesiones. Se manda una denuncia o se llama. (Ped.Urg.Priv)

-Llamamos a los centros de salud, ellos siempre facilitan, "pues diles que se pasen..." y aunque el paciente no se pase, les das los datos, les das un teléfono... Yo creo que eso funciona bien. (Ped.Urg.Hosp.)

-En otras ocasiones hablamos directamente con el centro de salud y nos ponemos en contacto con el pediatra, porque son los que más cerca tenemos, entonces tenemos muy buena relación con primaria. Y luego, no es la primera vez que hablamos directamente con el pediatra o directamente con la trabajadora social. Nosotros tenemos acceso telefónico para ponernos en contacto directamente. (Ped.Urg.Hosp.)

-Los niños cuando se van se llevan de aquí todo lo que se les ha hecho en un informe, y salvo que tengan que continuar porque el proceso no se ha resuelto y vienen aquí o se les controla aquí, aún así, siempre se les da una copia para ellos y otra copia para el pediatra, para que se lo dé al pediatra de su zona para que sepa lo que ha tenido el niño mientras ha estado aquí. Después, eso es en atención primaria. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-También hay casos que si nos vienen de atención primaria, la asistente social mismo de allí se pone en contacto con nosotros para cosas puntuales. En Casetas tuvimos un niño de unos marroquíes y había un problema familiar y la asistente social llamaba constantemente para ver cómo iba el proceso (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Hay veces que sí que se hace muy directamente, incluso con ésta, porque nos decía "siempre que penséis que le váis a dar el alta, decídmelo para ya darle la cita para que venga aquí, porque si no, no viene". (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

b.2. Hospitales

-Los casos más graves se derivarían al Hospital Infantil o al Clínico (DUE, Urg, Hosp.)

-Porque un Comarcal no podría llegar al seguimiento de eso, porque eso iba a un hospital general; con los médicos internistas y para tratar la drogodependencia y el embarazo a la vez, porque ya son dos cosas que se fusionan (Comad.Hosp.)

-Ella dijo lo que había tomado, lo que había esnifado y se derivó a un centro por problemas del crío. Claro, no sabíamos... un crío nos puede nacer con un síndrome de abstinencia, entonces ese parto en hospital comarcal, que es donde estoy, no se puede atender (Comad.Hosp.)

-Y desde luego, cuando hay un maltrato inminentemente físico, tendrían que saber que hay que ir directamente a unos servicios de urgencia (TS.CSAP)

b.3. Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil

-Te quiero decir que, a lo que voy yo, es que estamos completamente enfocados a la observación, a la evaluación (USMIJ)

-Yo aquí te diría que por lo menos los pediatras están muy sensibilizados y que cuando los pediatras perciben algo, lo primero que hacen es llamarnos por teléfono porque saben que somos el equipo que acogemos, contenemos y que damos solución y que entramos. Entonces, nada más que perciben algo, son sumamente meticulosos. Rápidamente lo que hacen es derivar, con urgencia o con lo que haga falta, e incluso llaman, porque hay cosas que tienen que ser dichas en privado. En caso de que se dé una sospecha estamos continuamente en contacto (USMIJ)

b.4. Servicios Sociales

-También los Servicios Sociales de Base del Ayuntamiento en la medida que se han ido desarrollando. Los educadores familiares, son ellos los que nos traen la información, los que buscan citas, les acompañan, porque si no, la negligencia es tal que en realidad ni aparecen. A no ser que tengan esas personas detrás, que a base de estar detrás o de amenazas con retirarles la custodia... no vienen. En los dos últimos años ha crecido mucho ese personal, pero cada vez hay más relación, más comunicación, más trabajo con ellos. Lo ideal sería tener más ámbitos de coordinación con ellos (USMIJ)

-En caso de sospechas moderadas, yo creo que se podría avisar a la red de trabajadora social, servicios sociales (Ped.ServLact.HMS)

-Atención primaria, porque tratándose de niños es donde se les hace seguimiento. Si son de pueblo, a los servicios sociales de base. Si son de Zaragoza porque hay veces que también van a acudir allí y pueden hacer el seguimiento del domicilio, por ejemplo, desde hacer el estudio del caso y brindarles un educador o ayudas que puedan precisar. De sospechas moderadas, pues hombre, valoro el riesgo. Si entiendo que hay unas circunstancias, incluso a veces a Protección, o le comento, que esto ya está en el criterio de cada una de las compañeras a quien yo derivo el caso. Si se ve que se va agravando, ella misma es la que lo presenta a Protección (TS.HMI)

-Yo creo que a Servicios Sociales, que es donde están los recursos de ayuda, o para cubrir las necesidades (TS.HMI)

-A servicios sociales, al centro de servicios sociales del barrio o al centro de servicios sociales de la localidad que sea. Vamos, incluso yo creo que es mucho más razonable que a esa familia se le haga un seguimiento desde su entorno, desde su pueblo, o desde su barrio (TS.Hosp.)

-La trabajadora social del centro de salud a su vez contacta con los servicios de base del Ayuntamiento para una posible intervención (Ped.rural)

b.5 SEM

-En esos casos, lógicamente hay que ponerse en contacto con Menores de la DGA (Sex.CPS)

-Si la evidencia es clara y ya detectamos una hostilidad manifiesta, un problema grave de agresividad, pues trasladaremos el caso a los servicios de menores y siempre habrá que contar con el servicio de menores porque puede ser que a corto o medio plazo tal vez tengamos que trabajar conjuntamente (Psiqui. Inf. Juv. Hosp.)

-Hay que ponerse rápidamente en contacto con el trabajador social, y seguramente habrá que hacer partícipes a Menores, si el trabajador social tampoco consigue un buen enganche. (Psiqui. Inf. Juv. Hosp.)

-Los que están tan claros que se ve que es un maltrato, eso no me preocupa, el circuito que yo tengo que realizar lo tengo muy claro: un informe derecho al Juez de Guardia si es necesario o, si no, al Departamento de Menores de la DGA cuando el caso está claro. (TS. Hosp.)

-E incluso con el Servicio de Menores si fuese necesario (Ped. rural)

-Creo que, fundamentalmente, la institución que legalmente tiene competencia es menores, con lo cual tener un contacto con menores directamente. (TS. CSAP)

b.6. Juzgado de guardia / Fiscalía

-Yo te puedo más o menos decir que la pauta es que, si un caso requiere estudio y tiene que ser más profundizado, hago una nota a menores, y si es una cosa de urgencia a fiscalía (USMIJ)

-Bueno, lo que yo entiendo es que cuando un niño viene en condiciones de sospecha de malos tratos, acude a urgencias, y una vez que allí se define la sospecha, por la apariencia o bien el conjunto de observaciones, se manda un parte al juzgado. Eso como primera fase (TS. HMI)

-Existe una problemática clara. El paciente te elige a ti, tú no eliges al paciente.... La fuerza que puedes hacer es mínima, o bueno, ya fuerza total. Plantear una denuncia directamente, que actúe el fiscal de oficio y ya está (Ped. Urg. Priv)

-Fundamentalmente, si consultan con un cuadro de traumatología o como una consulta, se hace un parte al juzgado ante la más mínima sospecha. (Ped. Urg. Priv)

-Cuando son menores de edad, en abusos sexuales se hace un parte de agresiones y se notifica (Comad. Hosp.)

-Siempre que hay algún tipo de maltrato físico que se cree, bueno, o algún tipo de lesión, que se cree que es un maltrato físico, se hace un parte y luego ese parte llega a la policía y se actúa o no. Cuando las lesiones son mínimas y no requieren ingreso, el niño se va a su casa y el parte está hecho y la mayoría de las veces no pasa nada (Ped. Serv. Lact. HMS)

-Si hay cualquier violencia o es traumático, siempre se da parte al juez, es decir que siempre hay intervención judicial cuando cualquier problema no es una enfermedad común. En el momento que hay algo traumático, un golpe, un hematoma, o una lesión traumática aunque sea accidental, eso ya requiere dar parte judicial. Por esa vía requiere que haya una investigación (Resp. Cald. Hosp.)

-Lo que hacemos en el caso de seguimiento de un caso de sospecha, es avisar a fiscalía de menores. Alguna vez sí que se le ha avisado directamente, previo a la consulta con el fiscal de guardia, con el juzgado. (Ped. Urg. Hosp.)

-Debemos de comunicarlo al Juzgado de Guardia mediante un parte de lesiones por escrito o con comunicación verbal. A veces el Juzgado de Guardia ha decidido si el niño se queda ingresado o no, y luego el fiscal ha coordinado el contacto con protección de menores, un poco ellos nos orientan. (Ped.Urg.Hosp.)

-Directamente tendrían que denunciarlo al juez de guardia. (TS.CSAP)

-Nosotros tenemos que denunciar. Cuando vemos una violencia nos tiene que molestar por el hecho de ser violencia. Yo tengo clarísima la capacidad de denuncia. (TS.CSAP)

b.7. Otros recursos

-Aquí hay un servicio de maternaje.... Lo que se hace es dar una formación a las madres para que sean capaces de modificar este tipo de conductas; de adoptar hábitos higiénicos, alimenticios y de todo tipo (madres adolescentes con riesgo de maltratar) (Sex.CPS)

-De hecho, he recibido bastantes casos de algunos pediatras que han visto casos tanto de abusos como de maltrato, o alguna historia que no funcionaba dentro de la familia y los han derivado aquí (centro de promoción de la salud). (Sex.CPS)

-Y con el caso de la drogadicción ya es más duro. Es más duro y esto ya no lo he llevado. Deben de ir a centros especializados (Comad.Hosp.)

-Si es menor de 6 años contactamos, si vemos problema de estimulación, con el Equipo de Atención Temprana (con sede en Utrillas) que a su vez se pone en contacto con la familia y acude al domicilio para trabajar con la familia (Ped.rural)

-Con el Colegio, Instituto, Guardería, bien directamente o a través de la trabajadora social (Ped.rural)

-Aquí tenemos un grupo dedicado al apoyo en la atención materna y a la educación en todo el desarrollo del niño: físico, psíquico etc., y luego un grupo de educación a padres con los del centro... te lo contaría Inmaculada (Due de Actur Sur), de salud mental. Ella viene precisamente para eso, para la actuación educativa a esos padres que empiezan, padres de niños de nueve meses a tres años, que ésa es una época clave en instaurar esos momentos de intervención educativa, que la verdad son una gozada, (Ped.Due.CSAP)

-Se relacionan también con el ámbito sanitario, educativo, centros municipales de servicios sociales, etc. (Sex.CPS)

-En la elaboración de la Sociedad de Pediatría va a venir el Justicia de Aragón, para hablar temas de este tipo y nos interesa saber cómo está el tema (CSAP. Ped y Mir)

-Hay que decir que con Fiscalía, por iniciativa nuestra, ya tuvimos una reunión allí, con el Fiscal, y tenemos una relación directa. El Fiscal nos dijo que teníamos que ir directo a él con esto, y eso sí que funciona todo (USMIJ)

c. Otros

c.1. Uso de la Cartilla Maternal

La cartilla maternal es un instrumento muy bueno y completo, porque en él se recogen: preparación al parto –intervienen comadrona y el ginecólogo desde el centro de Atención primaria-; el parto

-intervienen la comadrona y el ginecólogo desde el hospital- y el postparto -de nuevo la comadrona y el ginecólogo desde el centro de atención primaria- (Comad.Hosp.)

c.2. Ejemplos intervención interdisciplinar

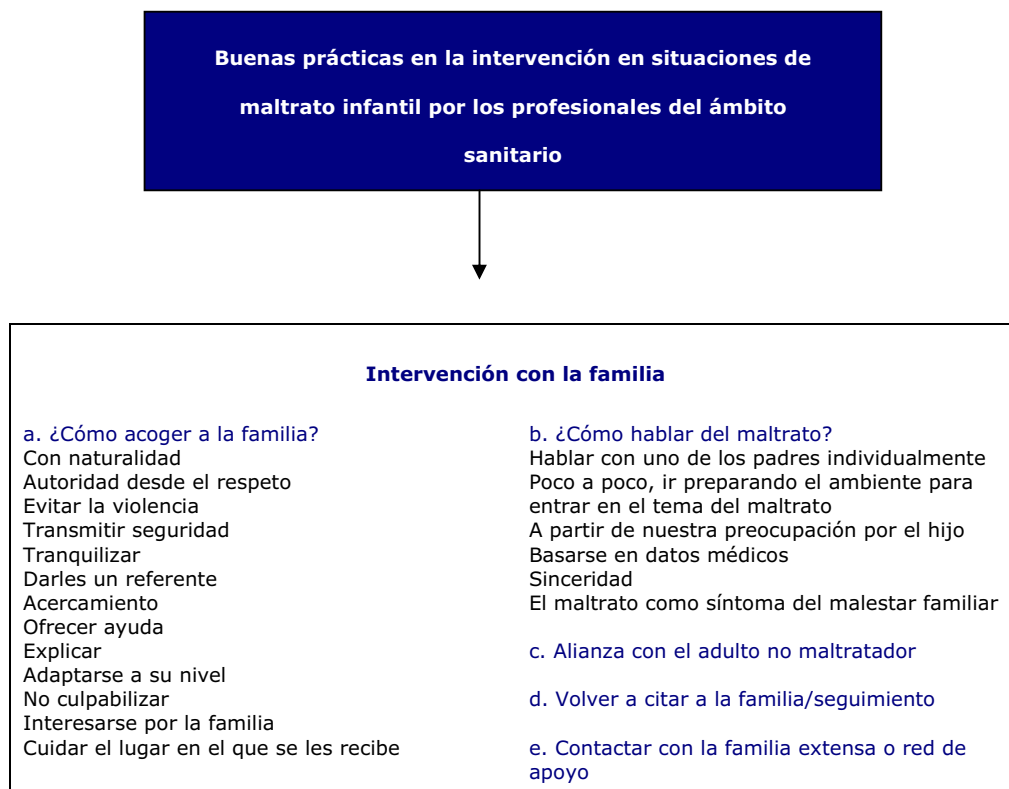
-Había una pediatra en el Provincial que veía bastante población marginal, o población con bastantes déficits, y la doctora mientras estuvo en el hospital lo que hacía era, cuando detectaba algo llamaba directamente aquí, aquí empezábamos a hacer psicoterapia, e intentábamos ver el contexto familiar. Ella también lo conocía. Generalmente daba unas indicaciones y desde aquí se ha trabajado con la familia, con el niño o niña que estaba recibiendo malos tratos y abusos, e incluso, si había que hacer intervenciones, con el colegio en el que estaba. Y ahí sí que había una actuación totalmente interdisciplinar. Yo conozco bastantes casos de éstos. (Sex.CPS)

-Por supuesto, todo el equipo, no sólo por parte de psiquiatría infantil sino por parte del terapeuta familiar, la trabajadora social que es la misma persona pero que también se ha tenido que poner en contacto con el centro escolar, el instituto, para recoger información sobre qué otros apoyos tiene la menor, cómo se comporta la menor sobre si ha habido modificaciones de rendimiento, y actuaciones de la trabajadora social en el propio entorno de la familia, desplazándose a horas diferentes para observar directamente más o menos cómo funciona la familia etc., etc.. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Aquí, al existir sólo 2 colegios y un instituto, trabajador social en el centro de salud y un equipo de referencia de Atención Temprana, la coordinación es muy buena, y en ese sentido estoy contenta a pesar de trabajar en el ámbito rural. Al conocernos todos, es mucho más fácil coordinar una actuación y una línea de trabajo (Ped.rural)



4.1.6. Intervención con la familia



Esquema 7. Intervención con la familia

En esta sexta categoría se incluyen las propuestas que realizaron los profesionales entrevistados respecto a la intervención a llevar a cabo con la familia. Como comentario general, los entrevistados revelaron la importancia de que las actuaciones se orienten en una misma línea a la hora de realizar la acogida de la familia cuando acude a un centro sanitario. Además, la actitud de los profesionales debe ser tranquilizadora, de ayuda y confianza, propiciando la sensación de seguridad.

Se diferencian cinco aspectos a tener en cuenta: (1) la acogida de la familia; (2) cómo hablar de maltrato; (3) establecer una relación de alianza con el adulto no maltratador; (4) realizar un seguimiento volviendo a citar a la familia y (5) contacto con la familia extensa o red de apoyo social.

En casi todas las entrevistas indicaron que la forma de dirigirse a la familia debe ser natural, siendo necesario cuidar el lugar dónde se la recibe y proporcionándole un referente mediante una presentación adecuada. La relación establecida por el profesional debe ser de autoridad desde el respeto –utilizando técnicas de convencimiento e intentando relajar la situación mediante habilidad y cercanía, evitando la violencia e intentando transmitir seguridad y tranquilidad–.

Asimismo, explicaron que debe haber un acercamiento por parte del profesional mediante una actitud conciliadora y de ofrecimiento de ayuda. Otro aspecto que destacaron fue la importancia de ponerse a su nivel y hablar con la familia de lo observado y de sus consecuencias, intentando no culpabilizar –controlando los sentimientos que en los profesionales pueda suscitar la situación–, mostrando interés por la problemática que pueda existir en la familia –nuclear y extensa–. De esta manera se facilita el poder clarificar cuál es la estructura y dinámica familiar.

Un segundo aspecto a tener en cuenta en la intervención con la familia hace referencia a cómo hablar del maltrato. Y es que se debe tener mucho cuidado en cómo se plantea el tema de la violencia y los malos tratos, ya que la familia va a reaccionar de una manera u otra en función de cómo hablemos de ello. Los profesionales recomendaron dirigirse a ellos frontalmente, cuidando las palabras para controlar la reacción de los padres, y preparando el ambiente antes de hablar del posible maltrato. Iniciar el tema del maltrato desde la preocupación del profesional por el niño, basándose en datos médicos, con sinceridad y entendiendo el maltrato como un síntoma del malestar familiar.

Otros puntos que destacaron en la intervención con la familia fueron la alianza con el adulto no maltratador, volver a citar a la familia para un seguimiento del niño, y contactar con la familia extensa o red de apoyo.

Se presentan a continuación algunos ejemplos extraídos de las entrevistas sobre los que se basan estas afirmaciones:

a. Cómo acoger a la familia

-Quizás la manera de dirigirse a ellos (DUE, Urg, Hosp.)

-Es el trabajo en equipo. En un hospital todos formamos parte de un mismo equipo, actuar en una misma dirección en cuanto a recibir al niño y a los padres, con una actitud abierta, de ayuda. Hablarles de una manera tranquila, dar confianza, el hacer del hospital un medio seguro (DUE, Urg, Hosp.)

-Bien, recibirles bien (Ped.ServLact.HMS)

-¿Qué podría hacer el personal que los recibe?. Yo creo que a los niños y a los padres y al personal que en general llega a un hospital, que es una persona que está sufriendo, entre comillas, por una cosa o por otra, desde luego hay que tratarlo lo mejor posible e intentar que se alivie ese sufrimiento (Ped.ServLact.HMS)

-Tratar de que cuando se vaya del hospital se vaya un poco mejor que cuando ha venido, porque si no, no sirve de nada. Porque si se va rebotado es mucho peor para el niño, para los padres y para todos (Ped.ServLact.HMS)

a.1. Con naturalidad

-El acercamiento yo creo que tiene que ser como a cualquier otra familia. Si ese crío está ingresado y simplemente existe una sospecha pero nada más, no tenemos ninguna certeza de nada, es una sospecha (TS.Hosp.)

-Yo creo que, de entrada, el acercamiento tiene que ser normal, natural, de un personal que está trabajando aquí en hospital y que nuestro máximo interés es el niño durante la hospitalización. Y nuestro máximo interés es que el familiar que lo cuida, el principal cuidador, la madre, la tía, la abuela... le suministre y le proporcione lo que el niño básicamente necesite. (TS.Hosp.)

-Por lo menos yo, cuando tengo que acceder a familias así, siempre trato que sea lo más natural y lo más espontáneo posible. Además, cuando ya tengo la idea de que es una familia que puede resultar conflictiva o complicada de abordar, accedo de la manera más espontánea, más natural... sin llevar, por supuesto, documentos en la mano, sin pretender rellenar ninguna historia social escrita ni nada, de una manera muy informal. Mi acercamiento es siempre muy informal, de entrada, para ganarme la confianza de esa familia. Desde luego, si yo voy de funcionaria con mi documento escribiendo... muy en mi sitio y muy cuadriculada y tal, pues yo creo que voy a acceder mal a esa familia. (TS.Hosp.)

-Trato de que el abordaje sea... quizás puede parecer informal pero yo lo suelo hacer así, no mantengo una entrevista estructurada como dicen los libros, en el despacho, sino que voy a la habitación, me presento como un personal más del hospital que ve habitualmente a los niños que están ingresados "porque hay aspectos sociales que nos preocupan de los niños igualmente que los aspectos físicos", un poco justificando mi presencia allí de esta manera. Y en función del problema, quiero decir, el abordaje será un poco en función de cuál sea el problema que se ha detectado. (TS.Hosp.)

-Es importante no apuntar en ningún momento. No hace falta estar ahí rellenando el impreso. Ellos se sienten más intimidados, que si te lo cuentan de tu a tu y luego ya rellenarás lo que sea. (Ped.Urg.Hosp.)

-Pues en una mesa si puede ser, de pie o al lado, y si puede ser sin papeles mejor, porque a ellos les gusta poco que estés tomando notas, porque luego ya puedes hacerlo, ya tienes memoria para rellenar lo que quieras. (Ped.Urg.Hosp.)

-Pienso que debe de recibirlo como una persona normal con una situación específica. (TS. CSAP)

a.2. Autoridad desde el respeto

-Las técnicas de convencimiento, no de autoritarismo, sino primero relajar... intentar relajar el tema y para eso hace falta saber tener autoridad moral... Mirar a la cara, no tener miedo, la expresión relajada, sonriente, de no reírse de él, sino sonriente de dar tranquilidad y de decir "a ver, vamos a tranquilizarnos". Estas técnicas son las que uso y desde luego me van muy bien. Mirarle a la cara, decirle "siéntese" si hace falta, "a ver, siéntese, vamos a ver". (Ped.ServLact.HMS)

-A esos lo que hay que hacer es ponerlos en su sitio, pero también viene bien decirles "vamos a ver ... escúchame ... el médico soy yo. Lo que quiere decir que en el hospital se va a hacer lo que yo diga, no lo que digas tú", incluso con esa cara de sonrisa. "Vamos a ver: tu hijo lo que tiene o lo que tenga que tener, desde que entre por la puerta.. yo soy el médico, tú no eres médico. Tú eres su madre, entonces la que tiene que decir lo que tiene soy yo. Tú sabes otras cosas y yo sé de medicina". Entonces, con la habilidad y con el cariño no hay problema (Ped.ServLact.HMS)

-Como cualquier otro tema, teniendo seguridad de que reaccione como reaccione, el profesional no se tiene que achantar, ni se tiene que poner nervioso. Teniendo seguridad de que lo que estás diciendo es lo que tienes que decir, y aunque te salgan por otro lado "no, mire, yo es que esto se lo he preguntado porque observo signos... y tal". Con la seguridad del profesional (Ped.ServLact.HMS)

a.3. Evitar la violencia.

-En los hospitales hay mucho miedo a las personas violentas. Entonces, si entra alguien que se ve que es violento, con un niño que arrastran o se ven signos de que ese niño no es bien tratado, no se les puede enfrentar ni a gritos, o sea, con mucha educación, con mucha tranquilidad, pero con mucha autoridad. La autoridad no es gritar, ni es dar órdenes autoritarias. No, no, es recibirles como un profesional, seriamente. Autoridad moral (Ped.ServLact.HMS)

-De lo que se trata es de generar una situación lo menos agresiva posible contra el núcleo familiar que viene, y observarlo (Ped.Urg.Priv).

a.4. Transmitir seguridad

-“Tu hijo, lo que creemos que tiene, es ésto. Estamos estudiando, está bien aquí”. O sea, que ésto sirve totalmente, e incluso la gente luego se siente bien, porque les das seguridad. Se siente escuchada, acompañada.. Hay muchas madres que necesitan una persona que les dé confianza pero también autoridad (Ped.ServLact.HMS)

a.5. Tranquilizar

-Y si esa persona viene absolutamente histérica y no se puede con ella, pues pasarla ya al otro estamento ... y se puede decir “a ver, tranquilícese un momento por favor, que tenemos que hablar. Mire usted, yo estoy aquí para hacer ésto, mi trabajo es éste y es preciso haberlo bien... para tal...”. (Ped.ServLact.HMS)

-La asistencia y trato a la embarazada en los ambientes de consultas externas e intrahospitalarias son humanos y afables siempre (Comad.Hosp.)

-Siempre el profesional de la sala de partos busca tener tranquila a la parturienta y al acompañante, si es que lo hay ... Entonces, se intenta conseguir comodidad ... y la calidez de ese contacto se hace visualmente y de todo tipo. O sea “¿cómo estás?, ¿cómo te llamas?. La tratamos siempre por el nombre, nos presentamos nosotras, les decimos que las vamos a acompañar hasta el final del parto y ellas sienten un mínimo de seguridad. (Comad.Hosp.)

-Las recibimos como a todas cuando hay un problema de éstos (mujeres que van a dar a luz que consumen drogas). A veces, ha habido casos como, por ejemplo, que una mujer en concreto llegó a urgencias diciendo que había esnifado cuatro rayas de cocaína, que estaba de parto. Entonces claro, nuestra actitud no es alarmista, porque ella iba nerviosa, iba muy mal, y ella vino con la verdad por delante (Comad.Hosp.)

-Yo pienso que debería tranquilizarlos, decir frases cortas de... “sí, las cosas a veces son difíciles...” Un poco medidas de acercamiento, porque en ese momento corremos el riesgo de que los padres no colaboren para nada, y de distanciarnos más, y que ellos se cierren en una actitud determinada. (Ped.Urg.Hosp.)

a.6. Darles un referente

-Yo creo que el pediatra, a ser posible, tiene que recibirlos solo. En un sitio el médico con ellos. Presentarse “hola buenas, yo soy el doctor o la doctora tal. Soy la encargada de llevar a su hijo mientras esté ingresado aquí, le voy a informar cada día a esta hora, y todas las dudas que tenga pregúntemelas, porque para eso estamos aquí. Yo intentaré contestarle a todo lo que sea, porque ésto es una labor de todos”. Ésto ya es importante, porque tienen ahí un referente (Ped.ServLact.HMS)

a.7. Acercamiento

-Más que cómo se pueden acercar, cómo no se deben alejar. Si ya el personal que los recibe, los recibe con recelo y los padres lo detectan, pues ya no vas a conseguir ninguna información. Entonces, cuanta mayor es la sospecha de maltrato, más suave tiene que ser

el acercamiento. Incluso pienso del personal que los recibe, que si ellos pueden hacer como que obvian el tema, yo incluso lo prefiero. Prefiero abordarlo yo en una segunda instancia. Porque ya entran los padres con un preaviso (Ped.Urg.Priv).

-Una actitud conciliadora... Sí, un poquito que vean que son escuchados y que estos problemas se ven frecuentemente, aunque no los veamos, y mostrar una buena aceptación de la situación, porque corremos el riesgo de que se puedan llevar al niño en el momento después de haber consultado. (Ped.Urg.Hosp.)

-A veces es empezar con un poco de confianza... a veces hay que empezar ofreciendo cosas "pues te apetece esto..." "para que te sientas más cómodo puedes ponerte esto así". Eso la familia lo agradece, que los trates con confianza, no con una distancia. (Ped.Urg.Hosp.)

a.8. Ofrecer ayuda

-Yo siempre les manifiesto que el traer al niño al médico y al hospital, no solamente es para atenderles de una dolencia, que los médicos el interés que tienen es que el niño se desarrolle en un equilibrio físico y psíquico y en armonía. Que hay veces que se detecta que algo no está bien y entonces no es poner en tela de juicio su actuación como padres, sino que se les puede brindar una ayuda porque se ha visto que hay una repercusión negativa en los niños o en el niño, y que de esta forma, conociendo el entorno, la forma de vida en la que se desenvuelven, pues poderles ayudar a mejorar. (TS.HMI)

-A veces hay gente que ha dicho "bueno, pues yo me voy". "Bueno, nosotros estamos aquí, estamos para ayudar..." (Ped.Urg.Hosp.)

-Creo que cuando tienen una confianza en mí, cuando ellos piensan y sienten que yo no voy a por ellos como un inspector que dice "te quito a los niños...". No, no, cuando vean que yo lo que tengo ganas es de ofrecerles mi ayuda, ofrecería toda mi capacidad profesional para ayudarles a salir de un conflicto que lo tienen y que ahí estamos para resolverlo entre todos. (TS.CSAP)

-Cuando tú eres capaz de explicarle que no tiene que mentir, porque con una mentira suya el problema va a seguir siendo de él o de ella. Creo que es importante que a la vez que hacemos eso, nos posicionemos que el problema no es nuestro. Nosotros somos unos canales, todos los profesionales y el trabajador social, más, de ayuda para que las cosas funcionasen mejor. Pero dentro de esa capacidad, nosotros tenemos que respetar que la responsabilidad última, y se le va a pedir, se le va a pedir en última instancia y jurídicamente. (TS.CSAP)

a.9. Explicar

-Informarles, intentar explicarles las consecuencias de lo que puede sufrir la criatura inmediatamente. O sea, lo que puede sufrir en el momento que están con nosotros en el parto. "Si has tomado droga o si has bebido tal.. el crío puede nacer deprimido. Eso significa que no podrá respirar bien y que va a necesitar una asistencia especializada". (Comad.Hosp.)

a.10. Adaptarse a su nivel.

-La forma de atender a los padres y a los niños depende mucho del nivel que tengan los padres. Te tienes que adaptar a ellos, te tienes

que poner a su nivel y a su lenguaje, no te puedes poner a hablar con unos padres en términos técnicos totalmente porque no te entenderán nada. Primero tienes que hablar, no sólo darle el informe, sinó decir "este informe... esto". Luego ponerte a su nivel, acercarte a ellos. (Ped.ServLact.HMS)

-Yo creo que es fácil iniciar una conversación siempre que te pongas a su altura. No puedes ir de autoridad absoluta a una persona que no sabe nada, maltratarla y hablarle con una autoridad tremenda porque ya la has anulado, ya la has anonadado y ya no... todo lo contrario, tienes que intentar que esa persona esté relajada, ponerse a su altura y sentarse si hace falta a su lado, allí en la habitación o donde sea y .. esto es lo que yo hago. Yo hablo a todo el mundo de "tú" y creo que eso es importante". (Ped.ServLact.HMS)

-Pues a través de mejorar las normas de exposición del tratamiento que hay que dar al paciente, dándoselo por escrito y explicándose-lo.... es probable que no se enteren bien, entonces además de decírselo, dárselo por escrito, para que quede claro. Que alguien lo lea y lo pueda leer muchas veces para que se entere, y encima se le explica lo escrito. (Resp.Cald.Hosp..)

-Llegarán a entenderlo, lo entienden. A mí me dicen que no entienden al psiquiatra a pesar de que llevan cuatro años hablando con él. Pues yo creo que cuando un profesional no entiende al usuario o al paciente, la praxis está totalmente anulada. Es como si no se hubiese trabajado si no hay un entendimiento. (TS.CSAP)

a.11. No culpabilizar

-Ante la sospecha, hay que ser muy equilibrado y ecuánime ante la familia, controlando muy bien la contratransferencia, controlando muy bien los sentimientos que en nosotros puede suscitar eso, porque en el caso de maltrato familiar va a haber que trabajar con el niño ... Y el primer contacto ha de ser como digo, muy controlado en el sentido de no culpabilizar, de no transmitir emociones negativas, porque seguramente con esa familia se ha de trabajar, y segundo, como sea esa recepción, podemos provocar una pérdida de contacto (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

a12. Interesarse por la familia

-Yo pienso que interesándose... tomando información de cómo es la familia, no sólo en la estructura, sino también en su dinámica. ¿Dónde viven?, ¿Qué miembros componen la familia? ¿Qué trabajos están desempeñando los miembros de la familia?, ¿Qué satisfacción hay con ese trabajo?, ¿Qué condiciones reúne la vivienda?, y cómo funciona esa familia?, ¿qué tipo de relación se tiene?, no sólo en la familia nuclear, sino también en la familia más extensa. Claro, pero todo esto hay que saberlo hacer muy bien, todo esto es una información, es seguir un guión a lo largo del tiempo en el que ese niño esté en el hospital, en el servicio de pediatría o en la consulta. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Pero en relación a lo que me decías de cómo abordar, lo que te decía antes, expongo quién soy, expongo mi interés, expongo que nos interesa conocer la situación en general familiar que ese crío tiene, entonces recojo unos datos fundamentales en relación con la composición familiar, recursos económicos que tienen, con la escolarización, qué otros familiares hay cercanos a la familia que mantienen relación... Un poco con la situación socioeconómica y familiar en general, entonces es cuando me hago una idea... (TS.Hosp.)

a.13. Cuidar el lugar en el que se les recibe

-Normalmente yo, a los niños .. yo voy al servicio médico, a un despacho, para que la conversación sea más cómoda y privada.... Y luego a la familia. Yo siempre creo que es más oportuno aquí en el despacho, porque facilita la forma de expresión y de comunicación (TS.HMI)

-Desde luego, procuro según qué casos no citarlos aquí en el despacho, sino que soy yo la que acudo a la habitación donde está el niño, en vez de que la familia tenga que subir aquí. Soy yo la que accedo. A veces, el hecho de que el pediatra les diga "tienen que subir a hablar con la Trabajadora Social"... (TS.Hosp.)

-Todo esto lo hacemos sin ningún niño, aunque el niño sea mayor, nosotros intentamos que en la primera información del diagnóstico de sospecha... hacemos eso, buscar, aunque tenemos dificultades para tener un espacio de despacho para el familiar que sea íntimo, pero buscamos un sitio apartado, porque también eso es muy importante. (Ped.Urg.Hosp.)

-La mejor manera sería recibirlos en un despacho íntimamente. Eso actualmente en esta unidad es difícil (Ped.Urg.Hosp.)

b. Cómo hablar del maltrato

-No decirles frontalmente que lo que hay es una sospecha de maltrato. ... Con mucho arte, para que no se alteren (CSAP.Ped y Mir)

-Si el maltrato está siendo dentro de la familia, entonces hay que ser absolutamente cuidadoso, porque la familia va a hacer generalmente una negación (Sex.CPS)

b.1. Hablar con uno de los padres individualmente.

-En lo del maltrato es muy difícil entrar porque ... lo niegan, generalmente lo niegan, entonces yo sí que he hecho lo de coger a la madre sola y decir "nos da la impresión de que este niño ha sido maltratado. Y según cómo sea la madre, en un momento determinado dice "bueno, es que podría tener muy mal genio", o "es que a veces me pongo.." (Ped.ServLact.HMS)

-Si ha venido con el padre que no es maltratador, puede largar y puedes conseguir toda la información de una atacada (Ped.Urg.Priv)

b.2. Poco a poco, ir preparando el ambiente para entrar en el tema del maltrato.

-Yo me preocupo principalmente por la patología, incluso exagerando la gravedad del cuadro, pero pensando en el niño, no pensando cómo se lo ha hecho. Aquí hay dos cosas, lo que tiene el niño y cómo se lo ha hecho. Hasta saltar al tema directamente, te preocupas primero por lo que tiene el niño, insistes "pues esto.. vaya cantidad de morados, pues esta fractura cómo se la hizo, vaya fractura que tiene..". En el primer momento lo que te preocupas es del niño, pues eso, va generando en el padre ... vas preparando el caldo de cultivo para ver por dónde salen los tiros, porque luego viene la pregunta clave "¿qué ha pasado aquí?". (Ped.Urg.Priv)

-Hay que hacer llegar "hemos visto signos en el niño, o cosas, lo que vamos observando, no sólo nosotros, sino todo el personal, que nos hace pensar que ... entonces yo ..., con toda confianza, contéstame si quieres, si no...". "¿pero a este niño quién lo cuida?", "¿tiene especial atención quien lo cuida?, ¿tú trabajas?, ¿no trabajas?, ¿crees que

alguien le puede reñir mucho o incluso pegarle?. Esas lesiones que tiene o estas dos fracturas cerebrales en siete días. "es que se ha caído no sé dónde", "un poco raro, ¿no?, ¿qué pasa?". (Ped.ServLact.HMS)

-Entonces la comadrona eso lo ve (falta de higiene), eso es una señal de algo, claro. ¿En casa qué pasa?. Tú intentas humanamente, pero en un caso así, yo no notifico. Yo le pregunto a la mujer, intento preguntarle. Todo dependerá de lo que ella me quiera contestar (Comad.Hosp.)

-En principio se les hace una visita estándar para ellos, para mí no. Yo le hago una exploración especialmente profunda y, si quiero, pido radiografías que considere pertinentes, siempre intentándolas meter dentro del contexto por el cual ellos han consultado. "Parece que me he encontrado aquí..." y luego, poco a poco, irle contando "¿esto cómo se lo ha hecho?", intentando levantar .. al comienzo lo menos posible" (Ped.Urg.Priv)

-¿cómo abordar?, primero me intereso por la situación familiar en general. No voy directa al tema que me puede preocupar, evidentemente. Lo primero, yo necesito hacerme una visión general de esa familia, no voy a saco a ver qué pasa con este tema (TS. Hosp.)

-Preguntando por la causa "¿y esto cómo ha sido?". Si sabes llevar el hilo de las preguntas, al final algo te tiene que decir. (Ped.Urg.Priv)

-Yo creo que se lo plantearía de un modo indirecto. En el caso de que hubiera maltrato físico buscaría una explicación de la madre, que fuera la propia madre la que dijera..... Tratar de asegurarte bien que eso puede ser un maltrato y tratar de identificar cuál es la causa de las lesiones ¿por qué se comporta así?; si es que es un niño tímido, o tiene problemas, por ejemplo, en el colegio, ¿es un niño con problemas de relación?" (DUE, Urg, Hosp.)

-Cuentan una cosa, vemos como actúan, vemos si se relajan y luego se bloquean porque se dan cuenta de que es observado y que preguntamos más cosas de las que gustan (Ped.Urg.Hosp.)

-No puedo el primer día plantearles a esos padres o a esos tutores que estoy observando una negligencia, pero sí que puedo empezar a trabajar con ellos, y yo lo hago en concreto: ¿cuáles son los patrones educativos que tiene esa familia?. Y a través de que me refieran cuál es su estilo de vida, yo puedo observar y transcribir si se trata de un estilo de vida más o menos saludable. (TS.CSAP)

-Eso no se consigue en la primera entrevista, creo que lo primero que hay que establecer en la primera entrevista es la empatía para que tenga cierta confianza en tí, si no, se van a cerrar a la primera de cambio y no van a volver, porque estamos destapando una caja de pandora, que no es agradable y que, en el fondo, esos padres o tutores saben perfectamente que en algunas áreas no están actuando correctamente. Lo saben porque si no, no lo ocultarían. Cuando lo ocultan es porque no tienen la tranquilidad de que están actuando correctamente. (TS.CSAP)

-Hablándole de hábitos sanos. Yo lo hago hablándoles de hábitos sanos, de lo que considero salud física, psíquica y del entorno, y cómo nos produce un estado de felicidad o de infelicidad. Yo relaciono mucho la salud con la felicidad y con el bienestar psíquico. Entonces, casi todo el mundo entiende que cuando se tiene salud se siente feliz, y cuando se siente feliz se tiene salud. Un poco pidién-

dole colaboración de cuáles son las áreas que consideran que en su vida no están equilibradas, qué sucede con el ambiente familiar, con el ambiente laboral, con los ingresos que tiene esa familia, con el entorno en el que se mueve, con los apoyos que contamos todos para estar equilibrados, dónde hay lagunas, dónde hay apoyos... (TS.CSAP)

b.3. A partir de nuestra preocupación por su hijo

-¿Cómo iniciar el tema? Pues lógicamente aprovechando que el crío esté ingresado, lógicamente el tema principal que se trata con los familiares siempre se centra en el niño, y cuál es el problema del niño, y qué nos preocupa del niño. Un poco por ahí es por donde yo trataré de entrar en esa familia en función de lo que se trate (TS.Hosp.)

-Pues a las palabras de que "ésto como profesionales no nos encaja", como una cosa accidental o casual. Entonces hay que ir a decirles que "ésto no va a ser así. Ustedes han venido aquí a consultarnos lo que les preocupaba, y ahora los responsable del niño somos nosotros". Yo creo que eso sí que les llega a las familias. Porque hay alguno que puede decir "yo me llevo a mi hijo y firmo el alta voluntaria" Pues no, en este momento hay que hacerles ver que ha venido a un sistema público de salud y que por un niño vamos a hacer todo hasta el final. (Ped.Urg.Hosp.)

-Con palabras comprensibles, claras, frases cortas, y fundamentalmente el primer mensaje sería nuestra preocupación por ayudar al niño (Ped.Urg.Hosp.)

b.4. Basarse en datos médicos.

-Cuando hay evidencias de unos efectos físicos y el médico lo constata, ya tengo yo esa referencia. Por tanto, es el instrumento que después puedo incluir en la entrevista para que los padres manifiesten cuál es la circunstancia que afecta al niño en cuanto a esos malos tratos. (TS.HMI)

-El Pediatra tendrá que dar una explicación lo más exhaustiva posible, lo más aséptica posible, y lo más próxima también afectivamente, emocionalmente posible. Y ahí, voy a subrayar el saber controlar la contrarreferencia, aunque esto sea psicologizar la relación del pediatra con las familias. Pero el pediatra va a ocuparse del abordaje y del tratamiento de sus síntomas físicos, y en el momento que se tenga información o sospecha, el pediatra desde una actitud serena y tras dar explicaciones médicas sobre la situación del niño, tendrá que abordar la sospecha con los padres. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Desde la patología que presente el niño, pasando a saber transmitir que no se encuentra una explicación clave cuando hay un cuadro infeccioso... que no es una enfermedad por una causa viral lineal, y que se está preocupado porque hay una causa oscura en este sentido, que hay unas lesiones o unas secuelas, un mal funcionamiento fisiológico en determinados aparatos o sistemas, y que tiene que ver con una tensión, que tiene que ver con un estrés o que tiene que ver con una situación que no es normal en el entorno próximo al niño. Yo creo que habría que empezar por ahí. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Intentamos no nombrar la palabra maltrato. Lo que haríamos sería recalcar algunos datos de la historia, a ver si en esos momentos ya vemos alguna cosa o contradicciones de contar una cosa ahora y luego contar otra, y si tenemos unas claras sospechas, pues decirle

abiertamente "oye, esto no lo vemos muy claro". Y ante situaciones que no nos aclaramos, los profesionales que habitualmente atendemos esto, pues pensamos que "esto se debe..." (Ped.Urg.Hosp.)

b.5. Sinceridad.

-Pues si es evidente, no hay por qué ir subrayando el tema. Pues a través de pruebas y demás que se ha constatado. Y de hecho, el médico, ante la sospecha, ha mandado un parte al juzgado que probablemente ellos ya conocen, porque si no se lo comentan, desde luego se lo digo yo. Y creo que hay situaciones que no cabe andar con paños calientes, hay que afrontar los hechos y las cosas. Pues diciendo que todos somos humanos, pero claro, que el niño no se puede defender y que por supuesto hay una obligación en ellos y hasta dónde se pueda derivar (TS.HMI)

-Pero claro, luego están las conclusiones. En función de las conclusiones, el que hay veces que les tengo que decir, aunque no sirva de gusto para ninguna de las dos partes, que el caso requiere, desde la actuación policial por una investigación y por todo, hasta presentar el caso a protección o a fiscalía (TS.HMI)

-A mí me ha pasado, de levantar la liebre. Pero ya no exactamente en maltrato físico, sino en problemas de separados. De eso hay mucho. Que al niño hay realmente un maltrato afectivo, y lo emplean como arma arrojadiza. Eso es muy habitual. Hay que decírselo a los padres (Ped.Urg.Priv)

-Yo creo que siendo sincero y abordando el tema con interés de ayudar. Es un tema que hay que saber controlar muy bien los propios sentimientos que despierta en el profesional el caso. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Sí, claro, tiene que llegar un momento que digamos "esto pensamos que es un maltrato", no le quiero decir que acusemos a nadie directamente. Pero si ella ve que la estamos acusando... perdemos mucho, perdemos el contacto. (Ped.Urg.Hosp.)

-Hay momentos que tienes que nombrar desde el principio que nosotros vamos a ponernos en contacto con el juzgado de guardia. Esa palabra para la familia es violenta al principio, pero también hace centrarse. Por supuesto que es en una última reserva, porque luego a veces les tienes que decir que hemos hecho parte. Pero creo que es una buena arma que tenemos para el que no quiere colaborar, o incluso en situaciones de tanta tensión que incluso te amenazan, porque a veces te dicen "oiga usted, cómo se atreve, ésto no puede ser, yo ..." (Ped.Urg.Hosp.)

-Si la situación es grave, en principio es mas fácil. Es duro el abordaje, pero tiene que ser más claro. Tiene que ser un mensaje directo. (Ped.Urg.Hosp.)

-Hay que decírselo con empatía, pero hay que decirlo, "consideramos que este niño no está suficientemente atendido en estas áreas, salud, higiene, en la alimentación, en el vestido, en los controles de las vacunas. Si usted pone remedio, estamos aquí para ayudarles. Pero si no, tendremos que pasar a otro tipo de instancias". Y es así, hay que mojarse. (TS.CSAP)

-Con empatía. Con empatía e intentando ofrecerles, y yo lo hago habitualmente, mi mano en cuanto a capacidad de ayuda pero pidiendo responsabilidades. Creo que hay que combinar muy clara-

mente que nosotros estamos en contra de la violencia, violencia física y psíquica que contempla el niño, que el menor necesita unos cuidados y que si las personas responsables o tutores no ejercen ese tipo de responsabilidad, hay que pasarlo a otros niveles. (TS.CSAP)

-Ahora se le está pidiendo a nivel de un procedimiento, digamos, ordinario. Pero si esto continúa, el procedimiento es judicial. Yo lo digo, yo lo suelo explicar cuando hay una cierta empatía y cuando sobre todo tienen confianza en mí. (TS.CSAP)

b.6. El maltrato como un síntoma del malestar familiar

-Ya que a la familia, a priori, hay que transmitir esto. Bueno, el problema no es el niño, casi nunca el problema es el niño, si hablamos de psicopatología, el problema es la familia y el niño forma parte de la familia, y eso ya habría que transmitirlo desde el primer momento. No tener intención acusadora, ir controlando, por supuesto, los sentimientos de rechazo, sino transmitir que hay un problema en el niño y que es reflejo de un funcionamiento familiar. Luego ya irá saliendo la situación concreta del maltrato. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Y si no surge nada explícito, nosotros deberemos con mucho tacto dar a entender que en este caso no objetivamos sintomatología ni alteraciones explicables desde el punto de vista médico. Y que sí estamos viendo un malestar psíquico o psicopatológico, ya claramente psicopatológico, difícil de filiar como una enfermedad determinada. Es decir, que ese niño esté reflejando algo que está pasando en esa familia, de un mal funcionamiento de esa familia, vamos a enfocarlo así (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

c. Alianza con el adulto no maltratador

-Ése es el problema, que el paciente te elige a ti. Entonces, habitualmente, lo que haces es hacerte fuerte con el padre no maltratador. Ésa es la única agarradera que tienes, que haya un enfrentamiento entre ellos y entonces como tú has, digamos, descubierto el problema, pues el padre se suele aferrar. El padre que no quiere que haya maltrato. Aun así es problemático. Al final suele haber una discusión y acabas desapareciendo tú. (Ped.Urg.Priv)

-Hombre, yo desde luego, lo primero, sensibilizar a la madre por los medios, por fuertes que sean, que están a mi alcance. Lo que interesa es que se sensibilice lo suficiente como para que empiece a evitar esos malos tratos. Si eso no lo consigues, qué más te da decir lo que quieras. Pues bueno, poner en conocimiento de la asistente social y denuncia (Ped.Urg.Priv)

-Cuando hay una actuación médica, psicológica y psiquiátrica interesada sobre el tema, y los adultos implicados en el problema lo están percibiendo, y en esa primera aproximación, ya lo hemos dicho antes, con el DUE y con un profesional más cualificado en el diagnóstico y en el tratamiento del niño, pues el adulto se va a dar por aludido. El adulto, un poco, sabe lo que está pasando. A veces la madre, al cabo de dos o tres entrevistas exploratorias, pues nos ha contado qué es lo que está pasando en casa. Y ella no es... es una víctima más del maltrato. Entiendo que ella, al ser cómplice, es una víctima, porque psicológicamente es una fuente de gran sufrimiento y de gran tensión. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Nosotros citamos a la familia. Solamente acudió la madre y pusimos el caso, a la vez, en conocimiento de nuestra terapeuta de familia, que a su vez es la trabajadora social. Con la madre se trabajó. Con

la madre hubo unas entrevistas muy difíciles, porque la madre era sabedora pero a la vez negadora, como defensa de lo que estaba ocurriendo con esta hija. Al final, confrontándola con el problema y trabajando con la hija las repercusiones que la expresión en el ámbito y en el espacio terapéutico del problema podría originar, se llegó a la conclusión de que la madre debería de tomar cartas en el asunto. Porque si la madre no ponía cartas sobre el asunto, nosotros podríamos poner en conocimiento de Menores lo que estaba ocurriendo. Yo pienso que ahí habría que crear una comisión de profesionales cualificados. Una comisión de expertos que abordase específicamente este tema, no sólo en cuanto a diseñar actuaciones, sino precisamente también para coordinar desde información hasta intervenciones concretas. Una comisión de expertos. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Entonces, por si acaso... pues hice mi intervención de educación sanitaria, de decir hombre... "tienes que darte cuenta que esto... es total... y el niño..." (Ped.Due.CSAP)

-Pero hay otros niveles que no son de teleasistencia, y que son de ir allí directamente como un educador social, o el voluntariado, que se acerque a las casas y colabore en ese tipo de cosas. Y se vea que el niño recibe la medicación, porque hay personas que han sido citadas y son un desastre educativamente. Ellos se han condicionado a la anarquía total y son incapaces de hacer nada derecho. Pero a estas alturas, o se les educa a ellos o no se puede... es que el tema empieza por ahí. Tienes que estar encima continuamente para conseguir modificaciones de conducta. Y si alguien en la familia tiene sentido común y le modifica la conducta, ése sería el eslabón de contacto para que sea el que cuida... el que vive dentro. Y eso necesita ese tipo de ayuda, de tipo social. (Resp.Cald.Hosp..)

d. Volver a citar a la familia / seguimiento

-Se puede intentar hacer otra visita para otro tipo de actividad. (CSAP.Ped y Mir)

-Nosotros lo que intentamos es hacer ver a los padres que tienen que venir a sus revisiones, vacunarlos, intentar traerlos limpios, y venir cuando se les manda, para que los niños estén sanitariamente bien, por lo menos. Eso es lo que intentamos, pactar con ellos el que haya unos mínimos de asistencia (CSAP.Ped y Mir)

-En muchos casos sí que es posible volver a ver a las personas que acompañan, a la familia.... En general hay buena disposición (Sex.CPS)

-Sí que se hace un seguimiento desde aquí. Primero se hablaría con ellos (padres adolescentes con riesgo de maltratar), se ve qué recursos hay dentro de lo que es la familia nuclear, e incluso lo que es la familia extensa (Sex.CPS)

-Ten en cuenta que los pediatras que funcionan aquí de manera privada también tienen un seguimiento de sus niños, incluso igual más intensa que en los centros de salud, porque en los centros de salud hay muchos niños. Aquí los pacientes nos cuentan vida, milagros y todo. (Ped.Urg.Priv)

-Aquí es muy difícil. Si con una persona que has hablado quiere colaborar y te la has ganado, la puedes citar en la siguiente guardia, o hacer que vaya a tu consulta. Pero claro, es que aquí no sé de dónde viene. (Ped.Urg.Priv)

-Entonces habría que concertar una cita, una primera entrevista con la familia, recabar información de cómo es el funcionamiento de la familia, desde la sospecha más o menos fundada de lo que nosotros estamos viendo de un posible maltrato en el paciente, y esa primera entrevista tendría que ser exploratoria (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Llama en primera instancia la comadrona. Sobre todo los primeros meses, que tenemos protocolos muy marcados. Que a las diez y once semanas tienen que hacerse una ecografía, no acuden, pues llamamos "oye, fulanita que tenías tal..."

-El pediatra es un profesional muy cualificado para volver a citar al niño, al paciente y a la familia. Es muy importante que el pediatra tenga clara la impresión, lo más clara posible, ante esos síntomas físicos evidentes, ante esos trastornos de las funciones, como he dicho antes, trastornos digestivos, trastornos del sueño, muchas veces trastornos del apetito, esos síntomas psicológicos más o menos evidentes de cambios en la conducta, en la forma de ser o de reaccionar habitualmente. Hasta que no esté suficientemente aclarado, es personal con cualificación y autoridad suficiente para citar a la familia. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Sí, porque en algunos casos, cuando yo tengo sospecha de que esa familia no vaya por su centro de salud o no acuda por el centro de servicios sociales, aprovecho el ingreso y aprovecho que, en base a ese ingreso, a ese crío se le va a volver a citar otra vez aquí. Pero desde luego, si hay una cosa importante, se le va a volver a ver aquí. Entonces, yo tengo ahí un recurso muy bueno, que es a través del servicio de citaciones (TS.Hosp.)

-Exactamente, nosotros no citamos, podemos citar al paciente pues porque sea un motivo más físico que por un seguimiento del caso. (Ped.Urg.Hosp.)

-Hay muchas fórmulas, yo procuro dejarlo ya claro en esa especie de contrato terapéutico que establezco con ellos, ya para la próxima, "¿estaría usted de acuerdo en que nos viéramos en sucesivas entrevistas cada quince días, estaría de acuerdo en que nos viéramos cada ocho...?". O también en algunos casos depende como pueda a analizar y valorar ese caso, también doy la puerta abierta a que sean ellos que vengan cuando realmente me necesiten y cuando crean que yo les puedo ayudar. Claro, eso en casos leves o moderados (TS.CSAP)

e. Contactar con familia extensa o red de apoyo

-Puedes insinuar, intentar hablar con una hermana, la madre o hacer alguna cosa. (CSAP.Ped y Mir)

-Sí, al abuelo, si existe. Aquí desde luego el abuelo siempre ha funcionado muy bien, si existe.... Nosotros a veces tenemos una gran confianza con una persona que vemos que está normalizada y con esa hablamos A lo mejor viene la tía, viene alguien que es más responsable, que es el portavoz. (CSAP.Ped y Mir)

-En algunos casos sí citamos a otros miembros de la familia. No siempre responden bien, ni muchísimo menos. Pero el hecho de que lo sepan, que tendrían que venir o que podrían tener que venir, a veces produce cambios dentro de la familia que son interesantes. Pero ya te digo que no siempre están dispuestos a venir aquí a colaborar. Tienen miedo. Tienen miedo y de lo primero que se tienen que convencer es de que nosotros no somos ni el juzgado, ni la policía, que a veces no ven una separación muy clara (Sex.CPS)

-(Respecto a sospechas de madres adolescentes con riesgo de posible maltrato). O bien se ponen en conocimiento de menores o bien se intenta contactar con alguien de la familia para ver si es posible que alguien cambie en este sentido (Sex.CPS)

-Un abandono o un maltrato importante, familias drogodependientes o gente que es incapaz. Entonces sí, porque son dependientes de los padres. Entonces necesitan a alguien de quien depender, y es al que hay que llamar (Ped.ServLact.HMS)

-Un punto a tener en cuenta: le digo si cuenta con familia que pueda reforzar esa limitación que ella tiene, e intervenir completando o complementando lo que es su propia incapacidad o limitación. Y después, si quiere, le digo si puedo ponerme en contacto con la familia (TS.HMI)

-Además de eso, no sólo a través de la entrevista que mantengo con los padres, sino que en la planta, en el servicios donde está ingresado el niño les digo "si viene alguien más y no están los padres, mandádmelos, que tengo interés en hablar". Pues por completar la versión. Que a veces, como enmarcaran lo que es una realidad problemática para el niño, o la que están viviendo en la familia, tíos, cuñados, abuelos, también aportan su fuente de información, y eso, por supuesto, ayuda a conocer mas concretamente las circunstancias que rodean al niño (TS.HMI)

-Yo, respecto de los casos que he tenido, no aquí sino en mi consulta, sí. Y he hecho venir a los padres, los abuelos del niño, de unos y de otros (Ped.Urg.Priv)

-En este caso pudimos, la ginecóloga y yo, estar con ella, preguntándole y tal. Y conseguimos contactar con la abuela de esta chica ... Y acogió a su nieta y al biznieta. A través de charlar mucho, a base de enterarnos con el trabajador social de cómo iba el proceso (Comad.Hosp.)

-Los de admisión podrían, por ejemplo, en un determinado caso que intentemos contactar con la familia, pues hacernos la labor de captación de esa familia, de búsqueda. En el sentido de que si vienen a urgencias a las 7 de la tarde, pues admisión sabe que estamos buscando a esa familia, la intenta citar, o le intenta decir "le están intentando localizar (CSAP.Ped y Mir)

-Si lo veo indicado, sí cito a otros miembros de la familia. De hecho lo hago. En muchos casos, es necesario citar a los abuelos. Por ejemplo, cuando hay padres toxicómanos. Es que, para empezar, un recién nacido con unos padres toxicómanos... yo tengo que citar a los abuelos, tengo que saber si hay algún familiar detrás de esa madre toxicómana. Por ejemplo, aunque esté con metadona, hay que asegurarse de si hay familiares detrás de esa madre o ese padre en posible riesgo. Entonces, claro que cito o bien a abuelos, o bien a tíos si lo veo necesario, sin ningún problema, y la gente viene. (TS.Hosp.)

-Con datos que recogimos del abuelo, había un problema de drogadicción (Ped.Urg.Hosp.)

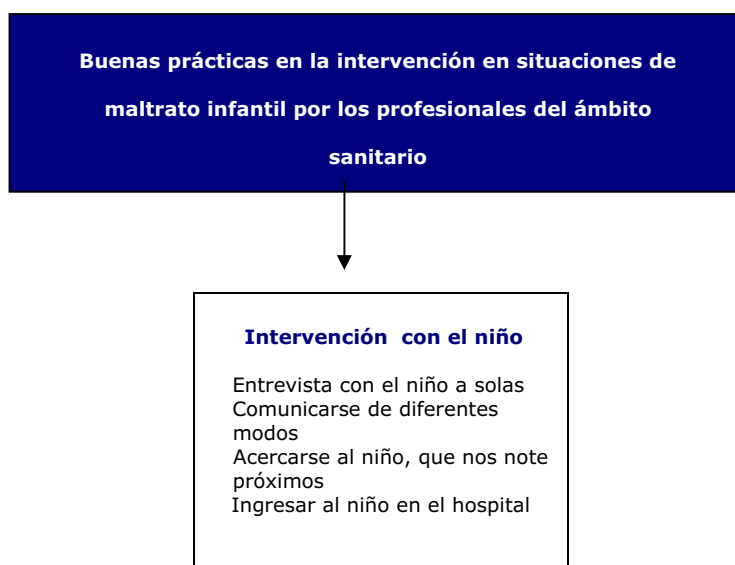
-Sí, más que citar en el momento de la atención, lo que a veces he hecho es aprovechar las visitas si están en el hospital de día, los abuelos, los tíos..., el aprovechar esos momentos en que ellos se turnan. A veces, hay que contrastar cosas. (Ped.Urg.Hosp.)

-En algunas ocasiones y en cosas puntuales, se hace. Se hace también cuando ves a una madre que dices que es un poco... un poco corta, o ves que no entiende. Pues también se habla con ellos, con los familiares... ¿cómo viven?. En estos casos, a veces, son los propios familiares los que vienen: la abuela, alguna hermana o algún familiar... porque ellos saben que los padres están metidos en droga. Hay veces que ellos mismos te lo dicen, aunque no lo hayas detectado. Ellos te lo dicen y ya te pones en comunicación. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Si considero que lo necesito para apoyarme en la impresión diagnóstica, sí (TS.CSAP)



4.1.7. Intervención con el niño



Esquema 8. Intervención con el niño

Otra categoría importante incluida en las “buenas prácticas para la intervención en situaciones de maltrato infantil por los profesionales del ámbito sanitario”, fue la referida a la intervención que debe realizarse con los propios niños. Se agruparon en cuatro factores las aportaciones de los profesionales entrevistados: (1) la utilidad de la entrevista a solas con el niño; (2) el saber comunicarse con los niños; (3) la importancia de que los niños nos noten próximos a ellos y (4) el ingreso de los niños en los hospitales.

Los profesionales consideraron que es fundamental hablar con el niño a solas, separándole de los padres con sutileza. Se debe tener en cuenta que una conversación con un niño se puede establecer a partir de los tres o cuatro años de edad. Para ello, manifestaron conveniente buscar un entorno apropiado en el que se encuentre cómodo y pueda expresar verbal o no verbalmente qué le está pasando. Para ello, convendría que los profesionales dominaran diferentes técnicas que faciliten la comunicación con los niños. Por ejemplo, a través del juego, dibujos o escritura.

Asimismo, los profesionales deberían tener capacidad de percibir las manifestaciones del maltrato, observando el comportamiento y la forma de responder del niño.

Por otra parte, también quedó reflejada en las entrevistas la necesidad de acercarse al niño transmitiéndole una proximidad afectiva, de manera que sienta que los profesionales le comprenden, que saben que algo sucede, y que están ahí para ayudarle. También, consideran importante trabajar el contacto con el niño mediante el interés por las actividades que realiza en la vida diaria y por su familia.

Por último, los profesionales comentaron la necesidad de que el niño permanezca ingresado en el hospital cuando las lesiones que presenta así lo indiquen, a fin de asegurar el tratamiento adecuado, o bien prevenir situaciones de alto riesgo.

Se presentan a continuación algunos ejemplos extraídos de las entrevistas sobre los que se basan estas afirmaciones:

a. Entrevista con el niño a solas

-También hay una entrevista, si el niño es mayorcito, que puede responder a partir de los tres o cuatro añitos. A partir de esa edad ya se le pregunta al niño (DUE, Urg, Hosp.), y en la manera en que el

niño responde o se comporta ya se puede percibir si hay algo extraño (DUE, Urg, Hosp.)

-Normalmente voy al servicio médico, a un despacho, para que la conversación sea más cómoda y privada.... (TS.HMI)

-En niños un poco mayores, incluso se les aísla de los padres con la excusa que sea, y se indaga un poco para ver cómo reaccionan. El niño nunca da mucha información, pero solamente por la forma de moverse y tal se puede sospechar (Ped.Urg.Priv)

b. Comunicarse de diferentes modos

-La DUE va a pasar mucho tiempo con el niño y, sobre todo, el niño mayor va a escribirnos cosas. Animarle a que escriba cosas indirectamente: cuentos... y con el niño pequeño, dibujos. Esto es muy importante: animarle a dibujar. Y a que exprese qué ha querido poner en esos dibujos, o que nos dé una explicación, desde su fantasía infantil. Y aquí ya hay muchas claves que luego el especialista sabrá interpretar. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

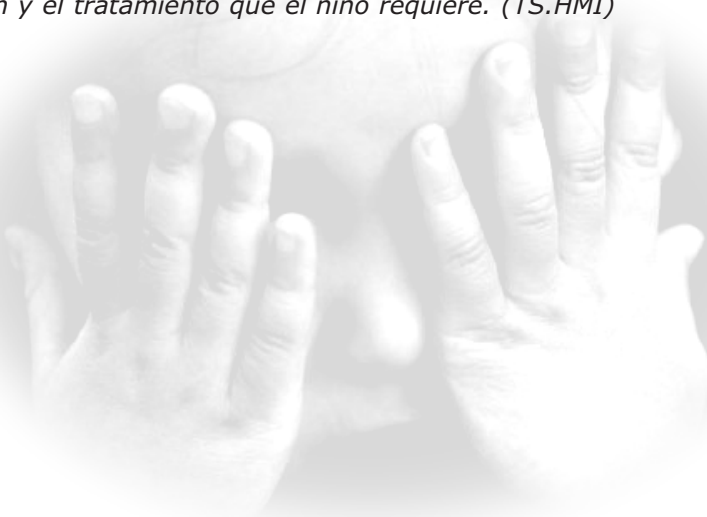
c. Acercarse al niño, que nos note próximos

-Sobre todo, con los niños, habría que interesarse... se debería conseguir una buena transferencia, es decir, una buena relación afectiva. Transmitir, verbalmente y no verbalmente, insisto mucho siempre en el lenguaje no verbal en estos casos. Saber transmitir al niño una proximidad afectiva, que se está ahí para ayudarle. Pero de alguna manera, aunque no se ha verbalizado el problema, saber transmitir que algo se sabe, que algo se intuye, que se está captando que ese niño tiene dificultades. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

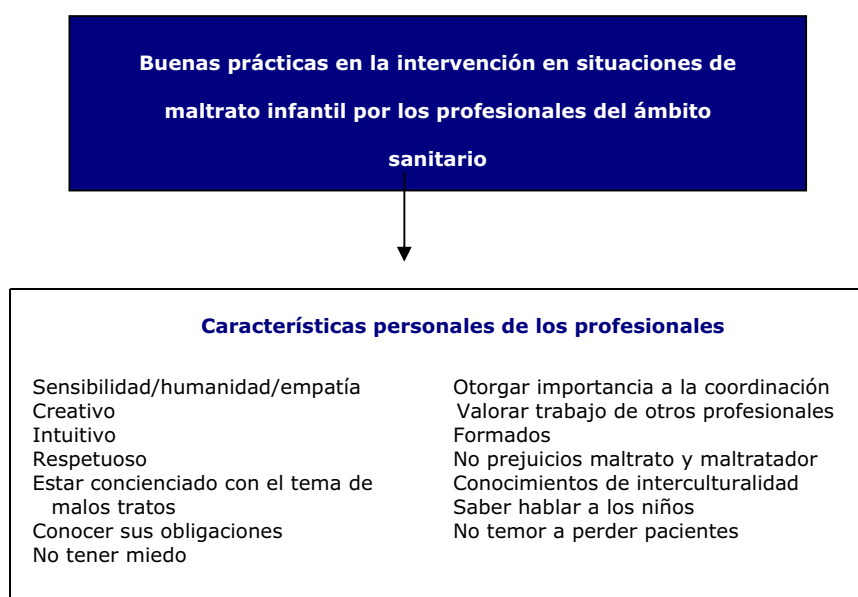
-Trabajar muy bien el contacto profesional con ellos (niños). Interesarse por sus actividades, por su familia (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

d. Ingresar al niño en el hospital

-Si el niño requiere hospitalización, tanto por el tipo de lesiones como por pensar que si vuelve al domicilio, al sitio de precedencia, no va a estar recibiendo unos cuidados adecuados, entonces se le ingresa, se da la atención y el tratamiento que el niño requiere. (TS.HMI)



4.1.8. Características personales de los profesionales



Esquema 9. Características personales de los profesionales

Para finalizar la exposición de los resultados, se presenta la octava y última categoría de intervención profesional. En ella, se han incluido todas las aportaciones de los entrevistados relacionadas con las características o cualidades que deben tener los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias para dar una respuesta óptima al problema de los malos tratos infantiles. Y es que, hay determinados profesionales, que tienen mayor facilidad para trabajar con las familias en las que se da violencia, y/o que se coordinan mejor con otros profesionales.

La sensibilidad, humanidad y empatía fueron nombradas en varias entrevistas. Pero estas cualidades deben además acompañarse por otras como la intuición y la creatividad. La primera, necesaria para detectar casos menos evidentes, y la segunda, para generar alternativas y buscar soluciones. El ser una persona respetuosa, capaz de establecer relaciones adecuadas con todo tipo de personas, también fue reconocido.

Otra característica importante de los profesionales, es su grado de concienciación acerca de la importancia que tienen en la prevención e intervención en situaciones de maltrato infantil. El hecho de estar concienciado les hará estar más alerta ante posibles situaciones de maltrato y planificarán una observación, coordinación o derivación adecuada. Muy relacionada con la concienciación, está además la importancia de que los profesionales conozcan sus obligaciones respecto a este tipo de situaciones. No sólo es cuestión de que los profesionales quieran intervenir, sino que en determinadas ocasiones deben intervenir. Y esto han de saberlo todos los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias. En situaciones graves, los profesionales no deben tener reparo a la hora de comunicar a los padres la existencia del maltrato. El profesional ha de ser valiente a la hora de notificar un caso, con independencia de las amenazas y represalias que puedan sufrir por los familiares del niño maltratado.

El saber trabajar en equipo también es un aspecto que ha sido nombrado como cualidad positiva por los entrevistados. Para ello, es importante que los profesionales otorguen importancia a la coordinación interprofesional e interinstitucional a la hora de realizar intervenciones, y que valoren el trabajo de otros profesionales.

Otro aspecto importante respecto a los profesionales, está relacionado con su formación y sensibilización: qué es el maltrato, cómo se detecta, cómo se interviene, cómo se

notifica, etc. Unido a ello, los entrevistados aludieron a la importancia de no tener prejuicios respecto al maltrato y los maltratadores. Lejos de intervenir desde los prejuicios personales o culturales, consideraron importante adaptar la respuesta a las necesidades reales.

Relacionado también con la formación, surge la preocupación por conocer aquellas culturas de las cuales se desconocen las costumbres. Cada vez más, los profesionales de la salud atienden a personas de diferentes culturas. Será importante tener un mínimo conocimiento de éstas o estar sensibilizado para tener en cuenta y respetar determinadas diferencias para realizar una buena intervención.

Otro tema en el que los profesionales deberían estar formados, tiene que ver con saber comunicarse con los niños. Como se ha mencionado en la Intervención con el niño "(b.) Comunicarse de diferentes modos", los profesionales deberían manejar diferentes técnicas de comunicación –juegos, dibujos, cuentos, etc.–, para poder comprender al niño y saber qué le está ocurriendo.

Para finalizar este apartado, se menciona la particularidad de la actividad privada, en que la concienciación sobre el maltrato infantil es muy importante por encontrar aquí un posible factor de miedo a la pérdida de pacientes.

Se presentan a continuación algunos ejemplos extraídos de las entrevistas sobre los que se basan estas afirmaciones:

a. Sensibilidad/humanidad/empatía.

-Más sensibilidad, humanidad (JUP.Hosp.-Soc.Ped)

-Lo que sí hace falta es muchísima paciencia, tranquilidad, y no alterarse por nada y no tenerles miedo. (Ped.ServLact.HMS)

-Yo creo que es fundamental que nos pongamos en el lugar del otro, y creo que los trabajadores sociales eso lo hacemos, y lo hacemos bien. En general, lo hacemos bastante bien. La empatía la hemos estudiado, la hemos trabajado, estamos sensibilizados para ser empáticos y para ponerte un poco en situación del otro, y nuestro esfuerzo es entenderlo. Y cuando lo entendemos y nos ponemos en su lugar y vemos que hay variables, criterios, condiciones que a todos nos modifican nuestras conductas y nuestras actitudes, en ellos, en el inmigrante todavía debemos hacerlo más. (TS.CSAP)

-No influye tanto el nivel de instrucción, sino que hay gente con una sensibilidad y una captación especial hacia los demás. (TS.CSAP)

-Sensibilización con los problemas en la infancia y compromiso profesional en sus intervenciones. (TS.Hosp..2)

b. Creativo.

-Quiero decir esa obligación, que de hecho tiene que sentir el profesional, de "por este niño maltratado yo puedo hacer algo para que sea menos maltratado". (Ped.ServLact.HMS)

c. Intuitivo

-Que en muchos casos en que se sospecha, a la que se va el paciente ya me viene la auxiliar con el parte del Juzgado para que lo firme. Que lo puedo romper.. pero fíjate tú si hay intuición, que ya saben (Ped.Urg.Priv)

-La verdad es que en el ambiente en que me manejo, a ese nivel ya hay mucha intuición previa (Ped.Urg.Priv)

-Más perspicacia que otros (JUP.Hosp.-Soc.Ped)

d. Respetuoso

-Va todo muy unido y, sobre todo, respeto a la dignidad de todo ser. Respeto a la dignidad, nivel cultural, nivel de instrucción. Todo eso es diferente, pero por eso tiene que ser respetable. (TS.CSAP)

e. Estar sensibilizado con el tema de los malos tratos.

-Profesionales que entienden que su papel como profesionales de la salud incluye la detección y notificación de las situaciones de riesgo y, por tanto, es parte de su actividad asistencial (TS.Hosp.2)

-Son gente que está muy concienciada porque llevan muchos años en pediatría y me lo hacen saber porque saben que son datos que yo necesito para hacer un estudio de ese caso (TS.Hosp.)

-Entonces, cuando ves al niño dices ¿qué va a ser de este niño en este ambiente que vive? ¿quién tiene que actuar aquí?, ¿en el pueblo hay trabajadora social?, ¿el médico, el pediatra del pueblo?. (Ped.ServLact.HMS)

-Hicimos el año pasado esa sesión, esos grupos que han sido desde la gerencia ... dentro de todas las sesiones médicas .. y de hecho, el día 6 de noviembre, viene el Presidente de la Sociedad Aragonesa de Pediatría, y de la Rioja y Soria Ya te digo que el jefe sí está sensibilizado, porque él programó esto. (Ped.ServLact.HMS)

-A nivel internacional, todos conocemos multitud de organizaciones no gubernamentales. Yo conozco la International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, sociedad de la cual soy miembro desde hace muy poquitos meses. Por lo tanto, tampoco la conozco en profundidad. Simplemente comentaros que esta sociedad está compuesta por profesionales de todos los ámbitos involucrados en el maltrato infantil: enfermeras, psicólogos, sociólogos, pedagogos, juristas... todos, incluidos profesionales sanitarios. Y que es un foro divulgativo de información y formación en todos los campos referentes al maltrato y negligencia infantil. En todos los campos preventivos, de actuación, de diagnóstico, etc. Y que se puede acceder a él a través de Internet. (Ped.R.I.I)

-Y luego, hablaría de cómo este pediatra puede ya intervenir, que volvemos a ver, ¿qué ve detrás de un hematoma?, ¿qué ve detrás de una pérdida de peso?, ¿qué ve detrás de un niño con una falta de higiene?. Claro, ahí entramos en la percepción y en las actitudes de nuevo ¿qué percibo detrás de esto?. (TS.CSAP)

-Siempre contamos con su interés, su apoyo, y puedes contar con él. Él está cercano en cuanto a poder decirle "mira, me pasa esto, tengo estas dudas..." En eso tenemos suerte, en tenerlo cerca. Podría coordinar. (Ped.Urg.Hosp.)

-Por supuesto que está sensibilizado para todo (Ped.Due.CSAP)

f. Conocer sus obligaciones.

-Para eso, el profesional tiene que estar sensibilizado y convencido de que tiene una función ahí, de que a ese niño le puede ayudar. No una función sólo, sino una obligación de responsable de la salud de ese niño (Ped.ServLact.HMS)

g. No tener miedo.

-No hay que tener miedo (se refiere al miedo del profesional a comunicarlo a los padres) (Ped.ServLact.HMS)

-Valentía a la hora de notificar un caso, con independencia de las presiones, amenazas o represalias que puedan sufrir por los familiares del niño maltratado, o al miedo de la judicialización del caso. (Ped.R.I.I)

h. Otorgar importancia a la coordinación

-En cualquier caso, la observación quizás más importante con respecto a la coordinación es que es una coordinación voluntaria por iniciativa personal. (USMIJ)

-Lo que pasa es que nos conocemos ya todos y, entonces, a golpe de teléfono, de visitas, de encontrarse con unos profesionales u otros... (Sex.CPS)

-La gente que trabaja bien es gente que se implica, y que sigue el caso hasta sus últimas consecuencias contactando con todos los sectores implicados. (Ped.Due.CSAP)

i. Valorar el trabajo de otros profesionales

-Cada uno su función, pero que los demás se lo agradezcan. "Mira, es que me parece que este niño..." Decirle "muchas gracias, ya lo voy a tener en cuenta". Esto son las relaciones sociales para cualquier cosa que se haga entre personas. (Ped.ServLact.HMS)

-De hecho, el poco tiempo que llevo en este centro de salud (un año y, en el otro, dieciocho), he tenido ya más casos de combinación con pediatría. Pero no depende sólo del número, depende de la predisposición que los profesionales de la pediatría tienen de colaborar en áreas sociosanitarias. (TS.CSAP)

-El maltrato es un problema sociosanitario. Como tal, yo creo que sí que me he formado y me he preparado para atender a ese tipo de respuestas y de problemas, pero no sola. Creo que esto es una carrera de relevos. Tenemos que participar todos, pedirnos ayuda, colaboración. (TS.CSAP)

-Hay un término que a mí me gusta mucho, y es el de la competencia sana, es decir, "pediatra, eres competente para esto" y por eso hablaba de una carrera de relevos. Si termina la actuación, pides ayuda a la enfermera. La enfermera: "eres competente para todo esto y pides ayuda a la auxiliar, a la comadrona, al trabajador social. Yo soy competente para esto pero necesito ayuda de un juez o de un fiscal". Es una carrera de relevos. (TS.CSAP)

j. Formados

-Profesionales que ante el dilema ético que supone este tipo de valoraciones han realizado algún tipo de formación sobre el tema o lo han incluido en sesiones clínicas, etc... (TS.Hosp..2)

k. No prejuicios ante maltrato y maltratadores

-Depende mucho también de las capacidades personales que alguien tiene a la hora de manejarse con los demás y de los prejuicios. Intervienen muchos factores (TS.Hosp.)

l. Conocimientos interculturales o sensibilidad para informarse

-Las culturas también influyen mucho y, además, no se pueden meter en un mismo saco. O sea, que cada cultura tiene una forma de relacionarse en las familias (Ped.ServLact.HMS)

-Si no, hubiéramos llamado a la Casa de las Culturas para que nos manden un intérprete. Esto es fundamental y, además, luego.. es

complicado porque los árabes, los marroquíes o los gitanos, los portugueses, aparte de ser distintas culturas, hay cosas que se pueden consentir y respetar y hay otras que no. La suciedad nunca se puede consentir, o el desorden, quiero decir, o que se traigan la comida de casa. Se les respeta. Es árabe, pues ese niño no come cerdo, porque te lo dicen, y no come porque hay varios menús. Todo eso se le respeta, pero luego hay situaciones tremendas (Ped.ServLact.HMS)

-En las consultas externas no, porque generalmente son comadronas las que inician el control prenatal. Pero cuando tienen que pasar las ecografías y tal; generalmente son médicos hombres... pues empieza ahí un poco a haber una barrera. Mientras van ellas solas aún, pero cuando van con el marido ya es problemático, y ellas dejan de acudir. No porque ellas no quieran, aunque pasan un poco del tema. La verdad es que pasan un poco del tema, que también son influenciadas por su cultura, su modo de vida, por todo (Comad.Hosp.)

-Los problemas, por ejemplo, con los grupos de marroquíes. Muchas veces el marido las acompaña cuando no saben hablar español. Las acompañan y, si no, ellos dicen "es que yo no puedo venir siempre", les digo "entonces que vengan con alguna amiga, alguna vecina o con alguien que hable español y que nos pueda decir, porque si no, no podemos hacer nada por ella". El hecho de la comunicación es muy importante (Comad.Hosp.)

-En Tarragona ya se hizo con trabajadores sociales, ya se hizo un pequeño cursillo con las comadronas, y hemos sacado como un diccionario... que son cuatro folios de ¿cómo te llamas?, ¿cómo te sientes?, ¿dónde te duele?. Y las respuestas que ellas pueden dar en su idioma. Porque hay un colectivo importante de inmigrantes de Marruecos (Comad.Hosp.)

-A nosotros nos llegaron los folios, pero ellas sí que lo trabajaron mucho e incluso habían capacitado a una persona, a una chica marroquí que llevaba muchos años, como para que hiciera de mediadora y, así, ella traducía e iba enseñando (Comad.Hosp.)

-Cuando estaba en Mallorca había en el hospital siempre un traductor, oficialmente en turno de mañana. Y en turno de noche hay un traductor de alemán e inglés. Y el de marroquí sólo estaba por el día, porque por la noche era más difícil (Comad.Hosp.)

-Yo tenía que recurrir a la figura de un intérprete para poder empezar, que eso ya es un hándicap importantísimo si tienes que recurrir a que haya una persona intermediaria entre esa madre y tú. Eso complica más las cosas (TS. Hosp.)

-El problema lo tenemos cuando son casos poco claros, de negligencias, de maltrato psicológico. Ese tipo de cosas son complicadas de evaluar y luego de derivar, y desde luego con las familias que no acceden a recursos habitualmente pues, en fin, no sé, a lo mejor ahora con la población gitana que está trabajando con mediadoras y demás... a lo mejor las mediadoras es una vía para trabajar con familias gitanas que puedan ser negligentes. Que eso es lo que más veo yo, lo que más veo yo es negligencia. (TS.Hosp.)

-Cuando me pasa el caso la pediatra, yo empiezo a plantearme el traer un traductor o alguien con el cual podamos empezar a hablar un idioma similar, en el cual la comunicación sea fluida o, por lo menos, que podamos aportar nuestros puntos de vista y que nos entendamos. (TS.CSAP)

-A raíz de ahí nos dimos cuenta de que, lógicamente, primero tenemos que contar con un factor importante, y es el factor cultural. ¿Cuáles son los patrones culturales de alimentación en su país de origen? (TS.CSAP)

-Después de hacer aquí ese trabajo, se le dieron alternativas para mejorar esa dieta. Pero no las alternativas que se le dan a un español de una clase media X, sino que hay que acoplar esas dietas a su nivel de instrucción, a su nivel cultural y a su nivel económico. (TS.CSAP)

m. Saber hablar con los niños

-Saben cómo hablar con los niños (Ped.Urg.Hosp.)

n. No temor a perder los pacientes.

-Mi recomendación es que no tengan miedo de perder a su paciente. Si te tienes que mojar, te mojas y punto. Cuando solucionas un problema de éstos, es lo más agradecido que hay. Entonces merece la pena. (Ped.Urg.Priv)



4.2. RESULTADOS

En esta Parte I de la investigación, se ha intentado conocer cual es la intervención profesional o buenas prácticas ante situaciones de maltrato infantil por los profesionales del ámbito sanitario. Entendiendo por “buenas prácticas”, aquellas intervenciones y características institucionales e individuales que hacen que la respuesta de los profesionales a la problemática de los malos tratos sea eficaz. Es decir, se ha tratado de averiguar ¿qué funciona bien?, ¿qué hace que determinados servicios detecten situaciones de maltrato infantil, intervengan y se coordinen mejor que otros?, ¿qué hace que determinados profesionales detecten, intervengan y se coordinen mejor que otros?

Para encontrar respuestas a estas preguntas, se ha entrevistado a los propios profesionales que trabajan directamente con niños y con sus familias. A través de 21 entrevistas en las que han participado un total de 25 profesionales, se ha propuesto conocer la opinión de representantes de diferentes servicios y profesiones que componen el sistema sanitario. Para ello, se ha intentado cubrir un amplio rango de servicios sanitarios en contacto con los menores –atención primaria, hospitales, urgencias, centros de salud mental infanto-juvenil, etc.-. Así mismo, también se ha seleccionado la muestra de manera que se ha podido entrevistar a profesionales de múltiples formaciones –pediatras, DUEs, trabajadores sociales, psicólogos, administrativos, auxiliares de enfermería, etc.-.

A modo general, cabe mencionar la buena disposición mostrada por los profesionales contactados para ser entrevistados.

Esta buena disposición, hace pensar en un gran interés por una parte de los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias en profundizar y mejorar su respuesta ante situaciones de maltrato infantil, y colaborar con otras instituciones en la detección e implementación de mejoras.

Además de la alta sensibilización con el tema del maltrato infantil, se quiere mencionar la gran cantidad y calidad de las respuestas obtenidas en las entrevistas.

Gran parte de los entrevistados habían preparado sus respuestas con antelación, por lo que ofrecieron numerosas buenas prácticas, tanto a realizar por compañeros de su misma profesión y servicios, como para realizar por personas de otras profesiones o pertenecientes a otros servicios. Es decir, los profesionales entrevistados propusieron una gran cantidad de ideas útiles para intervenir positivamente, detectando e interviniendo con los casos de maltrato infantil. Su alta sensibilización y profesionalidad han quedado plasmadas en sus respuestas.

Pero, además de detectar las buenas prácticas de los profesionales de las instituciones sanitarias en su respuesta al problema del maltrato infantil, otro de los principales objetivos de esta investigación ha consistido en la elaboración de una categorización con el fin de organizar toda la información recogida. La necesidad de una categorización y organización como la realizada se desprende, en primer lugar, de la carencia de clasificaciones de este tipo. En la bibliografía especializada se pueden encontrar referencias a las buenas prácticas de los profesionales sanitarios respecto a las intervenciones en situaciones de maltrato infantil; sin embargo, la información no ha sido sistematizada hasta el momento. Se ha considerado importante y necesario recoger esta información, analizarla y ordenarla, para tener claras las prioridades y los objetivos a los que habrá que atender para plantear nuevas propuestas de mejora y modificación de la respuesta del sistema sanitario al problema de los malos tratos infantiles. De esta manera, tanto los profesionales –de intervención directa o indirecta- como los políticos, podrán conocer algunas de las buenas prácticas, y pensar y proponer maneras de implementarlas y generalizarlas a todos los servicios que componen el sistema sanitario.

Así, para organizar todas las buenas prácticas aportadas por los profesionales, se diseña un esquema integrador. La categorización resultante consiste en una estructura de 8 categorías, algunas de ellas divididas en varias sub-categorías. Dichas categorías son: (1) quién observa; (2) dónde observar; (3) qué observar; (4) coordinación interna; (5) coordinación externa; (6) intervención con la familia; (7) intervención con el niño y (8) características de los profesionales. Sin embargo, cabe señalar la dificultad para llevar a cabo esta categorización, que estriba en que muchos de los factores que han sido reseñados están interrelacionados, afectándose unos a otros. Por ello, los criterios para diferenciarlos y jerarquizarlos han sufrido muchas transformaciones hasta lograr una estructura satisfactoria. Esta última categorización pareció sencilla, a la vez que completa. Todas las buenas prácticas obtenidas en las entrevistas pueden incluirse en algún apartado, a la vez que la clasificación solapa lo menos posible los factores, y es sencilla para presentar los resultados.

Un aspecto a destacar de los resultados obtenidos se refiere a que, entre las propuestas recibidas desde los diferentes servicios sanitarios y las diferentes profesiones, la mayoría de ellas van en una dirección similar. Por ejemplo: protagonismo del ámbito sanitario en la detección de situaciones de maltrato infantil; implicar a todos los profesionales del ámbito sanitario; necesidad de realizar intervenciones interdisciplinarias a la hora de detectar e intervenir con los niños y sus familias; relevancia del trabajo familiar; necesidad de formación de los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias, etc. Se han encontrado escasas propuestas contradictorias entre sí. Tal vez cabría señalar algunos puntos de divergencia: que el niño se quede hospitalizado en caso de sospechas; la notificación más o menos urgente a Menores o a Fiscalía; y la opinión respecto a la obligatoriedad de notificar toda sospecha de maltrato o la confidencialidad de algunas informaciones. En definitiva, se observa que, incluso entre los profesionales muy sensibilizados en el tema del maltrato infantil, existen divergencias respecto a temas relacionados con la ética profesional y la colaboración con otras instituciones.

A continuación, se intentan resumir muy brevemente los contenidos de cada una de las 8 categorías en las que se han agrupado las buenas prácticas aportadas por los profesionales:

1. "Quién observa". Los entrevistados han manifestado que todos los profesionales que trabajan dentro del ámbito sanitario pueden participar en la mejora de la respuesta ante situaciones de maltrato infantil: Recepcionistas/Administrativos, Celadores, Guardas de Seguridad, Auxiliares, DUEs, Pediatras, Psicólogos/Psiquiatras, Trabajadores Sociales, Comadronas, Ginecólogos, Neonatólogos, Forenses, Maestros... Cada uno de ellos, desde su ámbito de trabajo, su formación y sus competencias, obtiene información que podrá aportar al responsable del caso mejorando la detección del posible maltrato.

2. "Dónde observar". La observación de los niños y de las familias no se debe limitar a la consulta del pediatra, del DUE o del trabajador social. Los profesionales han comentado otros espacios en los que se puede realizar una observación de las interacciones más espontáneas de las familias. Por ejemplo, las salas de espera, las visitas a domicilio, los programas relacionados con la mujer... Son algunos de los espacios que deberían ser más utilizados para detectar y evaluar las relaciones maltratantes.

Relacionado con el lugar de observación, también cabe mencionar que determinados malos tratos son más susceptibles de ser identificados en diferentes servicios. Por ejemplo, hay unanimidad en considerar que:

- En urgencias solamente se pueden observar las situaciones más graves.
- Las negligencias son más susceptibles de ser evaluadas en los centros de atención primaria, bien por lo que se observa en el seguimiento médico del niño, bien porque no acude la familia a las consultas de pediatría.

- El maltrato prenatal o neonatal también se detecta específicamente en los servicios de asistencia prenatal, salas de partos o consulta ginecológica.

3. "Qué observar". En esta categoría se agrupan todas las referencias que hicieron los profesionales acerca de qué observar en una situación de maltrato infantil. Han sido tantas las aportaciones, que se han tenido que agrupar en 4 grandes apartados:

- **Aspectos a observar en el niño.** En él se incluyen diferentes tipos de manifestaciones físicas y psíquicas, así como la tipología de la lesión y las posibles actitudes de los niños que pueden hacer sospechar que son víctimas de malos tratos.
- **Aspectos a observar en la familia.** En este apartado se incluyen diferentes aspectos relativos a la actitud de la familia y a su perfil de salud/social/estilos de vida, que han de despertar preocupación en los profesionales. Si se observan estas circunstancias, puede ser necesario recabar más información sobre la situación de sus hijos.
- **Aspectos a observar en la relación familiar.** Existen determinados comportamientos tanto en las relaciones conyugales como parentales que pueden ser importantes de observar a la hora de identificar situaciones de maltrato.
- **Características de las consultas.** Y por último, existen determinadas características de las consultas que, por su frecuencia, tipo de demanda o no asistencia, también pueden incluirse entre los identificadores de maltrato infantil.

4. "Coordinación interna". La coordinación que se realiza dentro de cada servicio sanitario fue mencionada como un tema clave entre las buenas prácticas. Los profesionales entrevistados mencionaron una gran cantidad de modalidades de coordinación –desde la clásica llamada telefónica, hasta el parte de guardia, pasando por las sesiones clínicas o los grupos de trabajo-. Y es que sea la modalidad que sea, los profesionales destacaron la importancia de compartir la información, planificar intervenciones conjuntas y tomar decisiones comunes como puntos clave de una buena detección, evaluación y derivación de situaciones de maltrato infantil.

También han quedado recogidas en esta categoría las diferentes personas que deben estar implicadas en un trabajo interdisciplinar. Los pediatras y DUEs –que son quienes atienden más directamente a los niños y a las familias– deben coordinarse con otros profesionales en caso de tener sospechas, para realizar una evaluación más completa y tomar las decisiones apropiadas.

5. "Coordinación externa". Muy relacionada con la anterior, esta categoría también fue destacada como prioritaria respecto a las buenas prácticas. El objetivo final de la coordinación es que cada profesional aporte sus conocimientos desde una óptica concreta y diferenciada, llegándose a la unificación a través de la interrelación.

Todos los profesionales entrevistados coincidieron en la necesidad de una respuesta interinstitucional ante los malos tratos infantiles, asumiendo que la calidad de la protección a la infancia depende en gran medida del grado de coordinación de los servicios y profesionales implicados. Fueron numerosos los servicios mencionados con los que consideran necesario coordinarse y que van desde otros servicios sanitarios, hasta el Servicio Especializado de Menores, pasando por los Servicios Sociales de Base.

Sin embargo, la coordinación interinstitucional no es sencilla. Existen múltiples obstáculos –de organización, temporales, relacionales, personales– que pue-

den dificultar una correcta coordinación. Para compensar estas dificultades, se agrupan todas las propuestas que realizaron los profesionales para organizar y preparar una buena coordinación externa en el apartado 4.1.5."a. Aspectos a tener en cuenta".

6. "Intervención con la familia". Esta categoría ha sido sin duda la gran estrella de la investigación. Y es que los profesionales entrevistados aportaron numerosas maneras de trabajar con las familias. Dado que el maltrato infantil es un problema que habitualmente implica a la familia en su conjunto, es preciso saber observar y evaluar a la familia. Para ello, los profesionales del ámbito sanitario han de relacionarse y comunicarse con la familia, de manera que ésta les de la información que necesitan.

Han sido muchas las recomendaciones recogidas en las entrevistas, quedando agrupadas en 5 apartados:

- **¿Cómo acoger a la familia?** Se refiere a cómo realizar el acogimiento familiar, dado que es imprescindible que sientan a los profesionales cercanos si quieren que confíen en ellos.
- **¿Cómo hablar del maltrato?** Recoge las propuestas para la difícil tarea de hablar con la familia sobre maltrato y las relaciones maltratantes.
- **Alianza con el adulto no maltratador.** Alude a la importancia de que los profesionales que trabajan en las instituciones sanitarias puedan establecer una relación de alianza y colaboración con los adultos que conviven en el núcleo familiar, pero que no son los maltratadores directos.
- **Volver a citar a la familia/seguimiento.** Recoge diferentes formas de volver a citar a la familia, para poder hacer una evaluación más exhaustiva o un seguimiento de la situación familiar que ha preocupado a alguno de los profesionales.
- **Contactar con la familia extensa o red de apoyo.** En este último apartado se incluyen propuestas para incorporar en determinados casos a la familia extensa o a la red de apoyo social. Ello permitirá tener más información acerca de la situación del menor, y de lo que está ocurriendo en la familia.

7. "Intervención con el niño". Esta séptima categoría ha sido la más breve de todas. Los profesionales apenas mencionaron a los niños en sus entrevistas, e hicieron pocas propuestas sobre diferentes maneras de comunicarse e intervenir con ellos. Se puede decir que casi todas las alusiones estuvieron relacionadas con "qué observar", y no tanto con "cómo observar", "cómo preguntar", "cómo establecer una relación de confianza con ellos".

Pero a pesar de las escasas propuestas, se recogen algunas relacionadas con la importancia de ver al niño a solas; con poder comunicarse con ellos para detectar su dolor, miedo, angustia; con el cuidado que deben tener los profesionales para establecer una relación de cercanía y confianza con ellos.

8. "Características de los profesionales". Para finalizar, en esta última categoría se agrupan todas las alusiones que hicieron los entrevistados acerca de cuáles son las características de los profesionales del ámbito sanitario que detectan mejor las situaciones de maltrato infantil, que intervienen bien, que se coordinan correctamente, que derivan a los profesionales e instituciones pertinentes.

Muchas de ellas tienen que ver con características personales. Por ejemplo:

- Sensibilidad, humanidad, empatía, creatividad y respeto.

- La sensibilización respecto al maltrato infantil y la toma de conciencia de que el ámbito sanitario es un eje clave en la detección e intervención.
- La actitud y capacidad de trabajar en equipo y de coordinarse con profesionales de diferentes profesiones e instituciones.
- La formación. Esta última fue nombrada como imprescindible a la hora de definir las buenas prácticas. Los entrevistados señalaron un amplio número de temas en los que deberían estar formados los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias. Algunos de los más relevantes fueron: tipologías de maltrato, indicadores, características de las familias maltratadoras, interculturalidad, comunicación, habilidades sociales, etc.

Otro punto a destacar acerca de los resultados obtenidos en esta Parte I de la investigación, es el relacionado con la información obtenida en las entrevistas. A pesar de que éstas estaban centradas en conocer buenas prácticas, los profesionales transmitieron sus preocupaciones sobre problemáticas o dificultades para realizar una buena detección, intervención o derivación de situaciones de maltrato infantil. Es decir, que a pesar de estructurar la entrevista para hablar de aspectos positivos, la entrevistadora tuvo que realizar grandes esfuerzos por centrar la entrevista en buenas prácticas, y no profundizar en los problemas. Y es que los profesionales casi siempre aludían a las dificultades, resultando difícil reenfocar la entrevista hacia aquello que funciona bien.

Algunas de las cuestiones que preocupan a los entrevistados son:

- El desconocimiento de muchos profesionales sobre los diferentes tipos de maltrato y sus indicadores -parece que muchos profesionales no están formados para la observación y detección de estas situaciones-.
- Las condiciones en las que se recibe al niño y a la familia para realizar una buena observación: poco tiempo; instalaciones que no propician el diálogo; instalaciones no preparadas para la observación de los niños, etc.
- La ausencia de protocolos de intervención interna dentro de cada servicio para detectar situaciones de maltrato infantil también fue una problemática mencionada.
- La ausencia de claros protocolos de coordinación interinstitucional. Además de estas cuestiones generales mencionadas por varios entrevistados pertenecientes a diferentes servicios y profesiones, también se recogen muchas otras demandas más específicas.

Y para finalizar, cabe mencionar dos temas ausentes entre las respuestas de los profesionales:

- La prevención primaria.
- La intervención con los niños.

La prevención primaria apenas fue nombrada a lo largo de las entrevistas, mientras que debería de haber sido un tema más presente y especificado. Los profesionales se centraron básicamente en la prevención secundaria y terciaria.

La segunda cuestión que llama la atención es la poca alusión que hicieron los profesionales respecto a la intervención específica a realizar con los niños. Sí que se mencionaron algunas cuestiones a tener en cuenta, y se recogen en el punto "4.1.7. Intervención con los niños". Sin embargo, a pesar de que los niños han sido los protagonistas de esta investigación, y dada la dificultad de comunicarse con ellos -sobre todo en temas tan difíciles como el maltrato, el miedo, los abusos sexuales, el dolor, la familia-, se han encontrado muchas menos alusiones a los niños y a la intervención con ellos, de las esperadas.

4.3. CONCLUSIONES

A modo de introducción de las conclusiones, empezar señalando la importancia de identificar los recursos y las buenas prácticas profesionales. El tema sobre el que se ha centrado la Parte I de la investigación –la intervención de los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias ante situaciones de maltrato infantil– es un tema polémico. De hecho, en las entrevistas los profesionales realizaron algunas objeciones a las respuestas que actualmente dan los servicios sanitarios a esta problemática, y mencionaron numerosas dificultades para realizar una buena intervención. Sin embargo, a través de esta investigación se ha conocido a muchos profesionales sensibilizados con los malos tratos infantiles, que están iniciando un buen trabajo en la detección y en la intervención con estas situaciones.

Son estos profesionales –los que tratan de realizar buenas detecciones, los que se coordinan adecuadamente, los que saben hablar a las familias y con los niños–, los que tienen las respuestas a algunas problemáticas mencionadas. Es a ellos, que conocen las dificultades y los recursos a los que se enfrentan los profesionales del ámbito sanitario para realizar un buen trabajo ante situaciones de maltrato infantil, a los que se debe preguntar sobre “buenas prácticas”. Así, se considera esta investigación como muy interesante, en el sentido de que se han recopilado numerosas formas de intervenir ajustadas a los recursos y necesidades de Aragón. Y es que las recomendaciones se adaptan más a la realidad si son los propios profesionales del sistema quienes las aportan. En este proceso de investigación, el equipo investigador se ha considerado como un instrumento facilitador en la detección, organización y divulgación de estas intervenciones consideradas como eficaces por los profesionales.

A lo largo de las entrevistas, quedó patente el protagonismo que tienen los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias a la hora de detectar, intervenir y derivar situaciones de maltrato infantil. Todos los profesionales coincidieron en definir al ámbito sanitario como un lugar estratégico para la detección de estas situaciones, y para la activación de servicios que garanticen el bienestar de los niños, a pesar de las dificultades a las que se enfrentan. Es por ello imprescindible la sensibilización de este colectivo de profesionales, así como su formación.

Las actuaciones más relevantes que mencionaron fueron:

- a)** La detección de situaciones de maltrato infantil –negligencias, malos tratos físicos, psíquicos, abusos sexuales, etc.-;
- b)** Realización de una primera evaluación del niño y de la familia, en la que deben participar, coordinándose, diferentes profesionales del ámbito sanitario –pediatras, DUEs, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, etc.- y, en ocasiones, diferentes servicios –atención primaria, hospitales, salud mental, etc.- y
- c)** Activación de recursos externos –sociales, educativos, judiciales, tiempo libre, salud mental, etc.- en función de la evaluación del punto anterior, de manera que se garantice la seguridad y el bienestar de los menores.

Otra cuestión que parece importante señalar es la necesidad de entender la respuesta sanitaria al problema de los malos tratos infantiles como una respuesta global, que incluye diferentes niveles de intervención: desde las políticas sanitarias, pasando por la estructuración de los servicios, hasta la sensibilización de todas las personas que trabajan en las instituciones sanitarias en sus diferentes niveles de jerarquía. Las buenas prácticas no se limitan a las buenas habilidades personales de los profesionales. Aunque éstas son necesarias, han de estar enmarcadas por unas estructuras que faciliten el buen hacer. Por ejemplo, son necesarias estructuras que propicien la coordinación, en las que todos los profesionales sean escuchados y puedan participar en la observación de las situaciones de

violencia; que den importancia a la formación; que permitan recibir a los niños y familias en condiciones de realizar una buena evaluación; que tengan unas instalaciones que faciliten la observación de los niños y las familias, etc.

Si se analizan una por una las “buenas prácticas” que se presentan en el apartado “4.1. Análisis”, se puede ver que muchas de estas propuestas son específicas de un tipo de servicios –atención primaria, planta hospitalaria, urgencias, maternidad, etc.-; o de un tipo de profesionales –pediatra, DUE, trabajador social, recepcionista, etc.-. Es decir, no todas las propuestas son generalizables al global del sistema sanitario. Sin embargo, muchas de estas buenas prácticas podrían ser fácilmente adaptables a diferentes servicios o profesiones. Por ello, se considera que el esquema propuesto podría resultar útil –aunque sea parcialmente-, para cualquier tipo de servicio o profesión. Eso sí, con las oportunas adaptaciones según necesidades y recursos.

De entre los aspectos generales comunes a todas las instituciones sanitarias, se seleccionan los 4 puntos que se consideran más relevantes respecto a las “buenas prácticas” obtenidas en esta investigación:

a. Muchos de los recursos existentes se pueden optimizar. Los profesionales entrevistados mencionaron en numerosas ocasiones que existen en el sistema sanitario muchos recursos que, mejor estructurados, podrían ofrecer una mejor respuesta a la problemática del maltrato infantil. A menudo no se trata de incrementar los recursos humanos o los servicios disponibles, sino de organizarlos de manera que se optimice su rendimiento. Por ejemplo, la detección y evaluación de los malos tratos infantiles sería mucho más rápida y eficaz si en ella se implicasen y compartiesen información varios profesionales –pediatras, DUEs, trabajadores sociales, psicólogos, etc.-.

Muchos profesionales entrevistados mencionaron el interés que puede implicar para la mejora de la detección, el incorporar a profesionales con los que, en un principio, no se está contando con su colaboración. Por ejemplo, las personas de recepción, los celadores, los guardas de seguridad, etc. La sensibilización y formación de todos los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias también mejoraría la respuesta general.

Otros recursos que se podrían optimizar son los lugares en los que se puede observar a un niño o a una familia. Los profesionales entrevistados mencionaron que no sólo ha de realizarse la observación y evaluación en las consultas de pediatría. Se deberían aprovechar mejor otros espacios en los que las familias pueden tener interacciones más espontáneas. Por ejemplo, se puede observar en la sala de espera, en las consultas de enfermería, mientras los niños están hospitalizados, en las intervenciones domiciliarias, etc. Las propias instituciones podrían tener en cuenta la importancia de la observación espontánea y propiciarla. Ello daría mucha información a la hora de realizar una buena detección y evaluación de malos tratos infantiles.

b. En pediatría, el paciente es el niño y su entorno familiar. Una de las conclusiones a las que se ha llegado tras analizar las 21 entrevistas realizadas, es que los profesionales e instituciones sanitarias deben tener muy presente que, para realizar una buena detección y evaluación de situaciones de maltrato infantil, hay que trabajar con las familias. La salud del niño depende del bienestar de su familia, por lo que no se puede entender el bienestar del niño sin su situación familiar. Esto implica que los profesionales que trabajan desde el ámbito sanitario han de tener en cuenta lo que ocurre en la familia. Será por ello importante que desde este ámbito no sólo se observe y atienda al niño, sino que también se observe y atienda a la familia. Por ello, los profesionales han de estar formados tanto en la observación y comunicación con niños –cómo ayudarles a que nos comuniquen su dolor, sus miedos, sus vivencias-; como en la observación y comunicación con sus familias –cómo hablar de violencia, cómo evaluar las mentiras o el ocultamiento de información, cómo acercarnos y ofrecer ayuda a la familia, etc.-.

Aunque todos los profesionales del ámbito sanitario pueden participar en la observación de la familia, algunos de ellos –pediatras y DUEs- han de estar preparados para detectar

primeros signos de alarma. Tras una primera sospecha, tanto en observación del niño como de la familia, otros profesionales de intervención deberán de estar muy preparados para una futura evaluación –trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, forenses-. Éstos han de ser especialistas en la observación y evaluación del niño y de la familia.

c. El trabajo interdisciplinar es fundamental para una buena prevención, detección e intervención en situaciones de maltrato infantil. Este es, sin duda, uno de los puntos clave sobre el que los profesionales definieron las buenas prácticas. De hecho, a la hora de analizar y organizar el contenido de las entrevistas, se ha tenido que dividir la coordinación en dos apartados: “4.1.4. Coordinación interna dentro de cada servicio” y “4.1.5. Coordinación externa con otros servicios”. Y, a pesar de haber dividido la información, éstos son los dos apartados más largos de las 8 categorías en las que se han dividido las buenas prácticas.

A modo de resumen, con este punto se hace referencia a que numerosos profesionales, servicios e instituciones, deben colaborar para ofrecer una respuesta integral a la grave problemática de los malos tratos infantiles. Y en ella, por supuesto, están incluidos todos los servicios sanitarios y los profesionales que trabajan en ellos. Sin embargo, esta afirmación es tan importante como poco original. Ya se habla de la importancia de una visión ecológica y una intervención interdisciplinar desde hace al menos dos décadas. La pregunta es: ¿Qué hace que sea tan difícil la coordinación entre diferentes profesionales y entre diferentes instituciones?, ¿qué hace que, a pesar de que es sabida la importancia de la coordinación, ésta a menudo genere tensiones?. Sorprende el hecho de que, incluso en organizaciones tan estructuradas y protocolarizadas como son los servicios sanitarios, sigan existiendo problemas de coordinación y de trabajo en equipo. Tal vez el disponer de respuestas a las siguientes preguntas facilitase algo la coordinación, tanto interna como externa: ¿Quién coordina?, ¿cómo se coordina?, ¿cuándo se hace telefónicamente, por envío de informe o en un encuentro personal?, ¿cómo se estructura una reunión de coordinación?, ¿quién se desplaza?, ¿cómo se saca el mayor rendimiento a una reunión de coordinación?.

A lo largo de las 21 entrevistas realizadas, se han recogido un gran número de propuestas de buenas prácticas para realizar una buena coordinación y trabajo en equipo, tanto dentro de un servicio como entre diferentes servicios. Sin embargo, tras el análisis de resultados, queda la impresión de que una buena o mala coordinación depende en gran medida de cada profesional. Es decir, determinados profesionales se coordinan mejor que otros; conceden más importancia a la coordinación que otros. Sin embargo, se considera que, si todos los profesionales mencionaron la importancia de la coordinación como punto fundamental para un buen trabajo ante situaciones de maltrato infantil, ésta no puede depender únicamente de los profesionales. Por ello, las instituciones han de promover y facilitar la coordinación: plantearla en todos los servicios como útil y necesaria, dotarla de espacios físicos y temporales, formar en estrategias de organización y técnicas de buena coordinación para optimizar el tiempo, y que sean espacios realmente útiles.

d. Las características de los profesionales son actualmente la clave de las buenas prácticas. Un cuarto punto muy interesante de mencionar es la evidencia de que el trabajo en la detección e intervención ante situaciones de maltrato infantil implica muchas cualidades de los profesionales a diferentes niveles:

Por un lado, tienen que tener los suficientes conocimientos para:

- Saber qué es lo que tienen que observar tanto en los niños como en las familias.
- Tener las habilidades necesarias para comunicarse adecuadamente con niños y con familias difíciles, en ocasiones de otras culturas.
- Saber tratar con las familias temas como la violencia, el miedo, los abusos sexuales, los déficits parentales, las amenazas...

- Coordinarse adecuadamente con otros profesionales, tanto dentro de su servicio como con otros servicios. Las habilidades para compartir información, hacer planes de trabajo conjunto y tomar decisiones importantes, han de estar incluidas entre las características de los profesionales.

En definitiva, las características de los profesionales sanitarios que realizan una buena intervención en situaciones de maltrato infantil van mucho más allá del dominio de sus competencias médicas. El buen hacer del profesional –sensibilizado, formado e intuitivo–, se convierte en el ángulo clave de la intervención. Pero ... ¿qué pasa si una DUE no conoce los indicadores de maltrato infantil?, ¿qué pasa si un pediatra no sabe oponerse a las amenazas de unos padres?, ¿qué pasa si una auxiliar no sabe mostrar su empatía ante el dolor de un niño?. Probablemente, la calidad de la intervención disminuirá, y con ello la protección de los menores maltratados.

Por ello, si las características de los profesionales son actualmente la clave de las buenas prácticas y se quiere dar una buena respuesta a la problemática del maltrato infantil, se debe asegurar la sensibilización y formación de los profesionales, de manera que conozcan las buenas prácticas y puedan ponerlas en funcionamiento.

Las buenas prácticas han de ser potenciadas por las instituciones y han de facilitar su implementación para que no quede la buena intervención sólo en manos de una minoría de profesionales sensibilizados por el tema del maltrato infantil. La formación de los diferentes tipos de profesionales; el dotar de espacios de coordinación; las infraestructuras de los servicios para facilitar la observación y evaluación de los niños y sus familias; el estructurar el trabajo interinstitucional; el cuidar las relaciones interpersonales dentro de los servicios,... serán algunos de los retos que los sistemas públicos tendrán que abordar si quieren mejorar la detección e intervención ante situaciones de maltrato infantil.





Parte II:

Propuestas de mejora



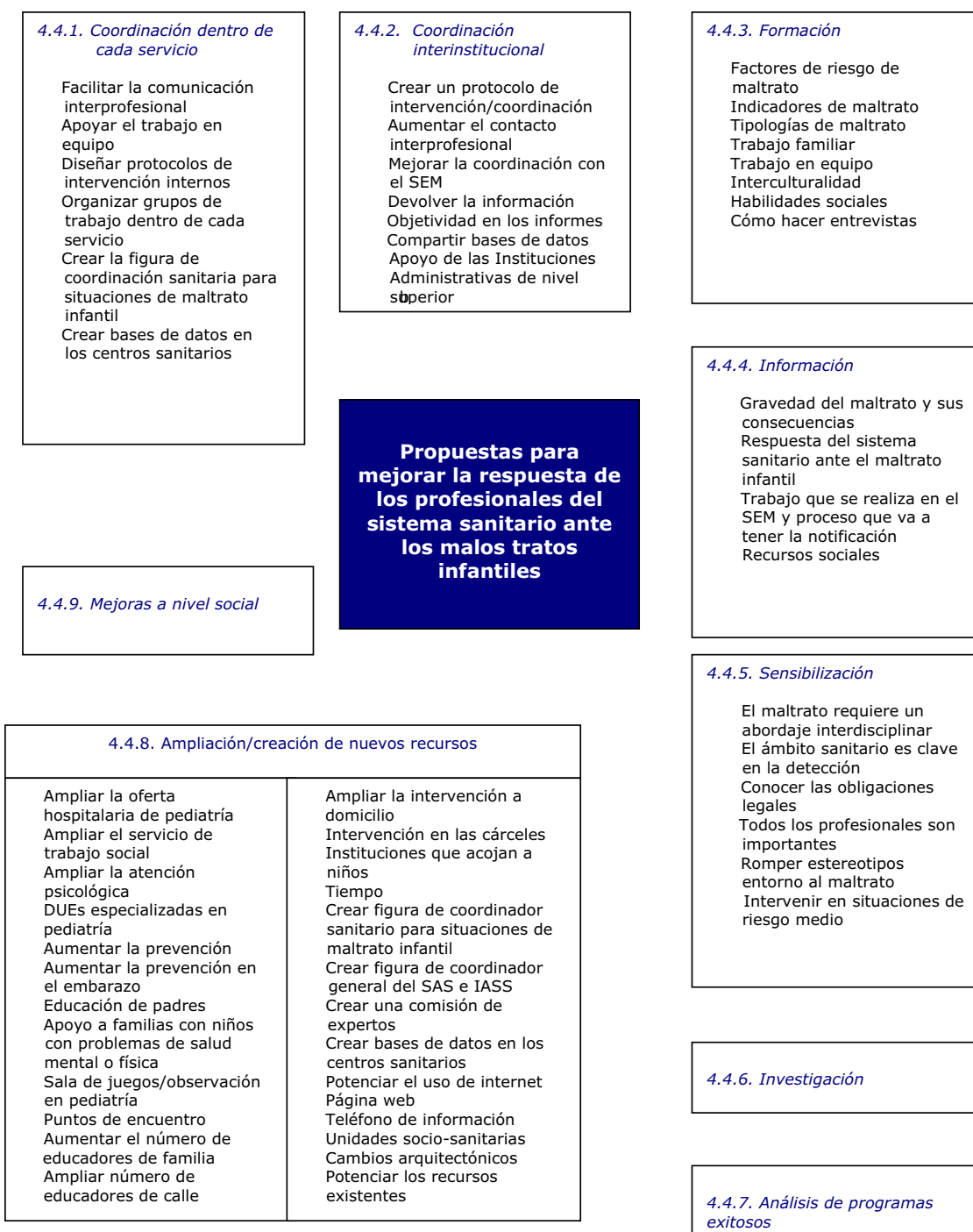
4.4. ANÁLISIS

Al igual que en la Parte I de la investigación, la estructura de presentación del análisis sigue las mismas pautas. En primer lugar, se presenta un esquema resumen de cada una de las categorías y posteriormente el desarrollo del contenido de cada una de ellas, justificadas con fragmentos extraídos de las entrevistas.

Las categorías resultantes en esta Parte II de propuestas de mejora son las siguientes: (1) coordinación dentro de cada servicio; (2) coordinación interinstitucional; (3) formación; (4) información; (5) sensibilización; (6) investigación; (7) análisis de programas exitosos; (8) ampliación/creación de nuevos recursos y (9) mejoras a nivel social.

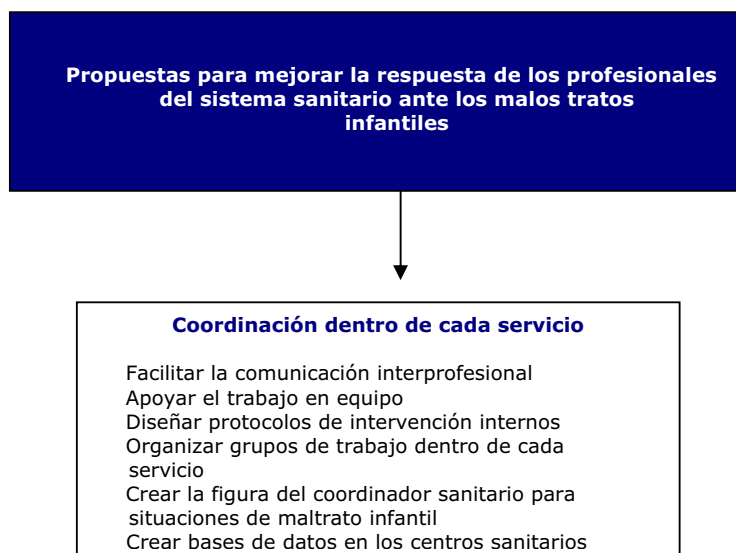
A continuación, se exponen de forma detallada las 9 categorías de propuestas de mejora realizadas por los profesionales para optimizar la prevención, detección, intervención, coordinación y derivación en situaciones de maltrato infantil desde el ámbito sanitario





Esquema 10. Esquema General de Propuestas de Mejora

4.4.1. Coordinación dentro de cada servicio



Esquema 11. Coordinación dentro de cada servicio

El ámbito sanitario está compuesto por diferentes servicios y centros. En cada uno de ellos trabajan un gran número de profesionales que, de una forma u otra, van a atender a los niños y sus familias. Todos ellos han de aportar su granito de arena en la prevención, detección, intervención, coordinación y derivación de situaciones de maltrato infantil. En este trabajo, una palabra clave sin duda es “coordinación” de los diferentes profesionales que trabajan en cada servicio –pediatras, DUEs, auxiliares, trabajadores sociales, celadores, psicólogos, psiquiatras, forenses, etc.-.

En este apartado se han recogido las opiniones y propuestas de mejora aportadas por los entrevistados acerca de este punto clave: la coordinación interna en los diferentes servicios sanitarios.

En primer lugar, los entrevistados destacaron la necesidad de pactar mecanismos de comunicación para facilitar el diálogo entre los diferentes profesionales que pertenecen a un mismo servicio. Y es que, el compartir la información y planificar objetivos comunes para la evaluación e intervención en situaciones de maltrato infantil, mejoraría en gran medida la protección de los niños en riesgo. Son para ello importantes los encuentros interprofesionales, en los que se fomente la comunicación y se posibilite el conocimiento entre los mismos.

Para ello, desde los niveles jerárquicos superiores –Administración, Directores de Instituciones Sanitarias, Jefes y Coordinadores de Servicios, etc.- se debería apoyar el trabajo en equipo y dar directrices para su puesta en práctica. En este sentido, deberían ser tenidos en cuenta y ajustados a las necesidades de un buen trabajo en equipo: los horarios de trabajo de los profesionales, la estructuración de espacios físicos y temporales, la filosofía de trabajo, los mensajes tendentes a la necesidad de coordinarse, etc.

Los profesionales indicaron también la necesidad de diseñar y difundir protocolos de intervención, dado que éstos no existen en todos los servicios, o bien los profesionales desconocen su existencia. Esto conlleva que, muchas veces, sus actuaciones se realicen de manera intuitiva. Puntualizaron que deberían existir unos protocolos generales y otros más específicos, diseñados teniendo en cuenta las particularidades de cada servicio. También comentaron que estos protocolos internos deberían recoger aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Otra propuesta para mejorar la coordinación interna entre los profesionales que trabajan en un mismo servicio, fue la organización de grupos de trabajo. Estos grupos constituirían los espacios más adecuados para proponer la realización de campañas de prevención e intervención y promover la participación de todos los profesionales.

Finalmente, los entrevistados señalaron que sería indicada la creación de la figura de un Coordinador Sanitario dentro de cada servicio, para intervenir en las situaciones de maltrato infantil detectadas; así como la elaboración de una base de datos en los centros sanitarios, en la que se incluirían aquellos casos en los que exista un riesgo de maltrato.

Se presentan a continuación algunos ejemplos extraídos de las entrevistas sobre los que se basan estas afirmaciones. En ellos se detallan algunas de las intervenciones que pueden mejorar la respuesta del sistema sanitario ante la problemática del maltrato infantil:

a. Facilitar la comunicación interprofesional

-Yo creo que la comunicación y vernos, por supuesto. (Ped.Urg.Hosp.)

-Eso nos pasa también aquí. La enfermera que recibe al niño llama por megafonía a sala, pasa el niño y la enfermera pregunta qué le pasa. Alguna vez con el diagnóstico que dice la madre, lo apuntan, nosotros cogemos la ficha... entonces, después del diagnóstico del alta, han dicho "ya veía yo que esa situación, no era normal". O, si el niño acaba ingresando, "ya he visto que..." Sí, entonces, si tuviésemos alguna reunión del equipo que atendemos (desde el recepcionista hasta el que tiene que firmar el tratamiento) pues probablemente nos llevaríamos muchas sorpresas... de que la gente estamos mucho más cerca de lo que parece. (Ped.Urg.Hosp.)

-Nosotros en principio no tenemos ningún mecanismo que hayamos pactado con vosotros (se refiere a personal administrativo) de que cuando ocurre eso nos lo digáis de alguna manera, qué se podría hacer si observáis alguna cosa..... (CSAP.Ped y Mir)

b. Apoyar el trabajo en equipo

-El trabajo en equipo es base de nuestro espíritu constitucional, de los Equipos de Salud Mental. Esto se está deteriorando mucho, pero porque no lo están favoreciendo las administraciones. En el espíritu de estos Servicios Comunitarios de Salud Mental, hasta el administrativo está ya integrado dentro del equipo. Y poco más te puedo decir, nosotros estamos siempre funcionando en ese sentido. Ahora, ya te digo, se están poniendo directrices, formas de remisión y todo eso. Muchas cosas, y todo eso se trabaja en equipo.... pues que se deje de boicotear el trabajo en equipo, que son las directrices que tenemos. Ésa es mi propuesta. (USMIJ)

-Si hubiéramos tenido un apoyo para constituirnos, este eslabón hubiera sido uno más. Éste (el de recepcionista-administrativo) como una parte de un equipo participando en el mismo horario de trabajo, la misma filosofía, y hubiera tenido un papel (USMIJ)

c. Diseñar protocolos de intervención internos

-Sí se podría organizar un protocolo. Ya te digo que se funciona de manera intuitiva. Funciona bastante bien, pero se podría hacer un protocolo, por ejemplo, de sospechar, para intentar sacar algún dato (Ped.Urg.Priv)

-Habría que disponer y utilizar los mismos protocolos de prevención, detección, y actuación consensuados entre los miembros de ese ser-

vicio, y que utilizaran todos el mismo. Al menos dentro de ese servicio, para que no hubiese discrepancias. (Ped.R.I.I)

-De ahí que cada centro... es decir, esos protocolos a nivel comunitario, a nivel nacional para dar una información básica, están perfectos. Pero después cada centro debe de tener su protocolo de actuación dependiendo de su problemática. (Ped.R.I.I)

-Yo pienso que es un protocolo desde lo somático, desde lo somático por exclusión. Tendría que ser así, por exclusión. Se acoge al niño (el pediatra o el servicio de pediatría) y por exclusión se van descartando diagnósticos claros, diagnósticos médicos. En el momento en el que haya sospecha que esos síntomas físicos sean originados por unos posibles malos tratos, entonces se ha de pedir colaboración al trabajador social, al psicólogo y al psiquiatra, quienes a su vez harán un diagnóstico por exclusión. Porque la sintomatología psicológica y psiquiátrica también va a ser muy inespecífica. Entonces habrá que descartar otros posibles cuadros que casi siempre van a tener una causa muy clara. Sería un mecanismo de actuación o unas pautas de actuación desde lo físico a lo psicológico y siempre por exclusión. (Psiqui. Inf. Juv. Hosp.)

-Facilitar vías de coordinación directa, mediante protocolos específicos. (TS.Hosp..2)

-Pues no, así como sí que hay para mujer, para adultos, respecto a esto no estoy muy informada (DUE, Urg, Hosp.)

d. Organizar grupos de trabajo dentro de los servicios

-Primero hacer una convocatoria del personal sensibilizado, de la persona que quiere colaborar, y una vez empezado eso, que se fuera extendiendo a los demás. Hacer un decálogo, de actuaciones, escribirlas y pasarlas por el hospital. Por ejemplo, cinco cosas solamente, para ir poquito a poco. Ir haciendo, y luego ver qué cosas son las que hay que reforzar. ¿Qué no se hace bien?, eso se puede ver enseguida en las reuniones. Sería hacer una campaña con objetivos concretos "queremos que no haya niños maltratados, o que disminuyan los niños maltratados, y somos nosotros los que podemos conseguirlo", porque somos los que nos relacionamos con los niños. Los pediatras tienen mucho que decir ahí. Entonces vamos a ponernos un objetivo por mes, y así hacerlo escrito. Igual que se está haciendo lo del tabaco. Pero eso tiene que ser constante y alargado en el tiempo, con objetivos muy concretos. Y después hacer reuniones a ver si se han cumplido, a ver qué nivel se ha cumplido o se puede cumplir. Yo creo que empezando así... Es que no se puede hacer en una semana ni en unos meses. Se me está ocurriendo que este objetivo se sacaría de las primeras reuniones, de todos "venga, este mes pues vamos a intentar ... que todos los niños que entran por la puerta....", y a todas las madres decirles "si su niño...". Dos preguntas para detectar, que las puede hacer la ATS. Y luego, a ver cómo nos ha salido esto. Al mes siguiente "pues ahora...". Así, a lo mejor, en no sé, a lo mejor no haría falta ni un año, tener controlados a los niños que ... y empezar por ahí, por el maltrato mayor. (Ped.ServLact.HMS)

-Esta es la diferencia entre una organización autárquica donde tres personas o cuatro definen por dónde hay que ir, y otra cosa es que todo el mundo participe con ideas que hace que del conjunto de las opiniones de muchos se dirija por un camino o por otro. (Resp.Cald.Hosp.)

-Esto es un tema para tener una reunión multidisciplinar, que va desde médicos forenses, algún juez, trabajadoras sociales, médicos del servicio de urgencias, ATS, auxiliares... es decir, el grupo de gente que puede tratar temas de este estilo. (Resp.Cald.Hosp.)

e.Crear figura de Coordinador sanitario para situaciones de maltrato infantil

-Para mejorar la coordinación intraservicio, en primer lugar considero que habría que crear esa figura de coordinador sanitario para las situaciones de maltrato infantil dentro de ese servicio. Este coordinador se presupone que está formado y sensibilizado y, si no lo está, habría que formarle y sensibilizarle. Porque él debería ser el que tuviera la misión de sensibilizar y formar a todos los profesionales que intervienen en el ámbito sociosanitario, no solamente médico sino sociosanitario del niño y de su familia, es decir, desde la auxiliar de clínica, la ATS, la Asistente Social, el Psicólogo o Pedagogo que pudiera haber, el Odontólogo, la Recepcionista etc. (Ped.R.I.I)

-Crear la figura de Coordinador Sanitario para las situaciones de maltrato infantil. En aquellos centros de trabajo en los que los profesionales trabajen en equipo o existan diferentes servicios, cabría la posibilidad de crear la figura del coordinador responsable para las situaciones de maltrato infantil. Este profesional intervendría en la sensibilización y formación de sus compañeros, coordinaría las actuaciones preventivas y de detección, e intervendría en la notificación y derivación del caso a los organismos competentes. Asimismo, estaría en contacto con los ámbitos educativos y de servicios sociales de base de su área. (Ped.R.I.I)

-La creación de la figura del coordinador sanitario para las situaciones de maltrato infantil, especialmente en aquellos centros de salud, policlínicas o ambulatorios donde haya un equipo que trabaje, y en los servicios hospitalarios (Ped.R.I.I)

-La idea es que esos coordinadores, que ya he dicho antes que no sabemos si están formados o no, probablemente están muy sensibilizados, pero... si son los que deben de formar y sensibilizar a los demás, se les tiene que formar a ellos previamente. Y a ellos, habría que dar esas charlas o esas conferencias, para que ellos pudieran transmitirlo a los demás. Porque a lo mejor es preferible dar una charla-coloquio a doce coordinadores y poder después hablar y discutir, que dar una conferencia a cien personas en la CAI o en el Colegio de Médicos (Ped.R.I.I).

f. Crear bases de datos en los centros sanitarios

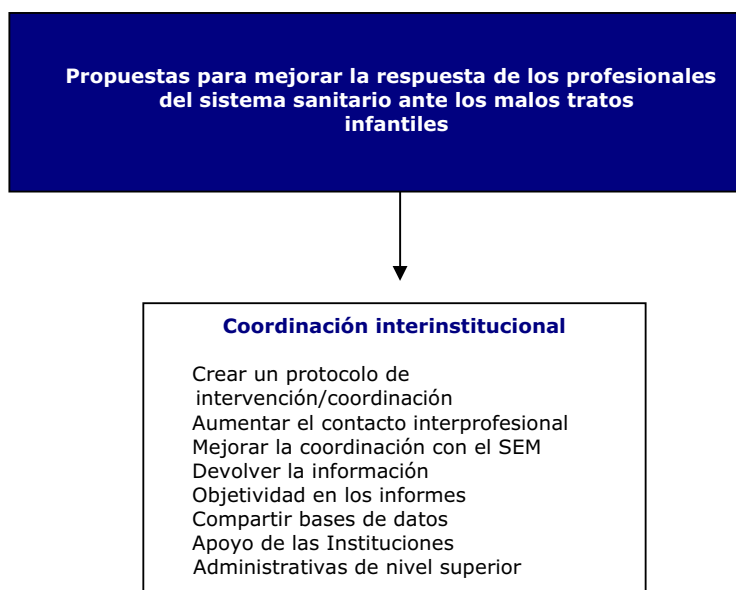
-La creación de una base de datos (en cada uno de los centros sanitarios) de niños en situación de riesgo, sospechosos de sufrir maltrato infantil o con diagnóstico cierto de maltrato. Su responsable sería el coordinador sanitario, anteriormente mencionado. (Ped.R.I.I)

-El tema de la creación de una base de datos, y los miembros de este servicio tendrían que tener acceso a esa base de datos sobre maltrato infantil. Y lo específico así, es la base de datos donde están apuntados, digamos, los niños que se sospecha que puedan sufrir un maltrato o negligencia, los que se han diagnosticado ciertamente, o simplemente se presupone que hay una situación de riesgo. Pues a esa base de datos deberían tener acceso los miembros del equipo que trabajan en el tema o, como mínimo, a través de reuniones periódicas intraservicio, ser informados de dicha problemática por el coor-

dinador. Porque bueno, puedes tener un caso sospechoso, lo notificas dentro de tu centro al coordinador, pero resulta que esa familia cambia de pediatra dentro del mismo centro. Si no existe una coordinación y un conocimiento de que... "¡ojo compañero!, que se me ha pasado una familia a tu cupo y que sospecho que pasa esto. Y que entre otras cosas, no se han pasado porque yo les he preguntado más de la cuenta...". Y si eso otro profesional no lo sabe, empieza de cero. Mientras que si lo conoce, ya puede empezar incluso a actuar y prevenir. (Ped.R.I.I)



4.4.2. Coordinación interinstitucional



Esquema 12. Coordinación interinstitucional

En la mayoría de los casos en que los profesionales del ámbito sanitario detectan situaciones de riesgo o de maltrato evidente, éstos deben de contar con el apoyo o la especialización de otras instituciones o servicios. Es decir, necesitan coordinarse o derivar a las familias para garantizar la protección del menor. Pero este proceso no es sencillo, y se han recogido en esta categoría diferentes propuestas para la mejora de la coordinación de los servicios sanitarios con otras instituciones.

Ha habido unanimidad entre los profesionales entrevistados respecto a la necesidad de diseñar y divulgar protocolos de intervención y coordinación interinstitucional para mejorar la respuesta social a los malos tratos infantiles –prevención, detección e intervención-. Y es que, hoy por hoy, todavía no se dispone de un protocolo compartido.

La finalidad de estos protocolos, comentaron los entrevistados, sería mostrar a los profesionales una estructura clara de actuación; propiciar la coordinación; definir las funciones de cada uno de ellos; y favorecer el intercambio de información entre profesionales de diferentes instituciones.

En cuanto a aspectos concretos de dicho protocolo, las recomendaciones de los entrevistados fueron en las siguientes direcciones: (a) sencillez; (b) claridad; (c) flexibilidad. Para ello, recomendaron que en la elaboración de dicho protocolo se contara con la participación de profesionales de diferentes ámbitos. Además, recomendaron apoyar este protocolo por una guía de detección de maltrato infantil para los profesionales de la salud, y por una hoja de notificación de sospecha.

Otro punto que destacaron respecto a la coordinación con otras instituciones fue la necesidad de propiciar el contacto interprofesional, dado que cuando los profesionales se conocen, la coordinación es más ágil. Consideraron oportunas la realización de reuniones periódicas con otros equipos profesionales relacionados con la detección de situaciones de sospecha o de maltrato evidente, implicando a otras instituciones como servicios sociales, educativos, salud mental, de tiempo libre, etc. En esta línea plantearon que es importante el conocimiento personal de los profesionales con los que se tienen que coordinar, por lo que estos encuentros deberían de ser por distritos pequeños, entre los profesionales de referencia en cada una de las instituciones. Estas reuniones deberían, además, ser periódicas.

Respecto a esta coordinación interinstitucional, se recogieron dos experiencias muy positivas. Sería interesante analizar qué variables hacen que estas experiencias sean satisfactorias, de manera que se puedan generalizar. Como punto a destacar, los profesionales mencionaron la especial importancia de mejorar la coordinación con el Servicio Especializado de Menores.

Otro punto básico mencionado para mejorar la coordinación interinstitucional residió en que las instituciones administrativas cuenten con la opinión de profesionales expertos. Existen comisiones especializadas en temas de maltrato infantil en las que participan representantes de diferentes instituciones, que tienen propuestas concretas respecto a la organización de la coordinación interinstitucional. Dichas propuestas deberían de ser escuchadas, apoyadas e implementadas por las personas responsables a nivel administrativo y político.

Otras tres propuestas concretas respecto a la mejora de la coordinación interinstitucional fueron la importancia de la devolución de información a los profesionales que realizan las notificaciones; la mejora en la calidad de los informes emitidos por parte de los profesionales; y compartir las bases de datos que cada servicio tenga respecto a aquellos casos que se consideren de riesgo.

Pero al hablar de coordinación interinstitucional, los profesionales entrevistados no sólo hablaron de la coordinación en torno a los casos concretos. También mencionaron la importancia de una coordinación entre los diferentes ámbitos –sanitario, educativo, social, salud mental, tiempo libre, policial, ONGs, etc.- a la hora de planificar mejoras en la respuesta que entre todos han de dar a la problemática del maltrato infantil. Y es que las respuestas integrales han de planificarse desde las Administraciones de orden superior –Ministerios, Diputaciones, Consejerías, Subdirecciones, Institutos, etc.-.

Se presentan a continuación algunos ejemplos extraídos de las entrevistas sobre los que se basan estas afirmaciones. En ellos se detallan algunas de las intervenciones que pueden mejorar la respuesta del sistema sanitario a la problemática del maltrato infantil:

a. Creación de un protocolo de intervención/coordinación

-Que intentemos montar una estructura correcta y que sea conocida por todos los que tienen que participar en el organigrama del maltrato, con información bidireccional, que estemos todos bien informados de lo que pasa con cada caso que se declare,... y yo creo que sí que iremos mejor. (CSAP.Ped y Mir)

-Aunque a nivel institucional no está regulada (la coordinación) en un protocolo (Sex.CPS)

-Asegurarse de que los profesionales serán capaces de seguir un protocolo. Que dijéramos nuestra opinión sobre si seríamos capaces de trabajar con un protocolo; si todos seríamos capaces de seguir un protocolo (Sex.CPS)

-La burocracia. Las personas a las que hay que pasar después. Me estoy refiriendo a los fiscales, forenses... no tenemos una coordinación adecuada (Ped.ServLact.HMS)

-Definir funciones. Por ejemplo, la policía no ha de llevar a los niños al hospital si no hay lesiones. Tiene que llamar a otros sitios. Hay algunos, por ejemplo, bien por denuncia o porque alguien ha llamado a la policía, que los trae aquí. ... Y repito que se confirma un caso sí y otro también, que no hay nada más que sospechas, pero que yo no entiendo que sea una situación clínica ni de acudir a un centro sanitario, sino llevarlo... que protección, que fiscalía de menores o quien fuera, la policía municipal y nacional, les dijera que en caso de... hay unos centros, les dan la dirección, se ponen en contacto con

el centro y acogen al niño. Pero yo creo que son más traumáticas, peores y más complicadas las consecuencias de traerlo aquí al hospital (TS.HMI)

-Habría que disponer de los recursos necesarios en los respectivos centros de trabajo, para la creación y puesta en marcha de protocolos y actuaciones de prevención, detección precoz, notificación y terapéuticos. (Ped.R.I.I)

-Antes he comentado que cada centro podría tener o elaborar el suyo propio, pero no está de más realizar una o dos reuniones entre los coordinadores para exponer, digamos, cómo ha evolucionado, cómo ha ido su protocolo, con el fin de consensuarlo con los demás y poder hacer intercambios de ideas, intercambios de información o incluso llegar a un mismo protocolo. (Ped.R.I.I)

-Y, en tercer lugar, que el Gobierno de Aragón ofreciera a los profesionales sanitarios un mecanismo sencillo, rápido y confidencial, para la notificación de casos sospechosos o claros de maltrato infantil. Muy sencillo, rápido y confidencial. (Ped.R.I.I)

-Hacer reuniones o lo que hiciese falta para elaborar un programa, porque si a tí te lo dan ya hecho y te dan ya un guión, pues a veces se lee y a veces no se lee (Ped.Due.CS)

-Desarrollar guías de detección para los profesionales de la salud y protocolos de derivación específicos (TS.Hosp.2)

-Yo considero que tiene que haber un protocolo de actuación unificado, a nivel nacional si es posible. Yo considero que tendría que ser a nivel nacional porque las entidades son las mismas en todos los lados, la entidad de salud, de servicios sociales... (Comad.Hosp)

-Sí, sí, indiscutiblemente ya te digo, muy centrada en la sala de partos he tenido que estar para no darme cuenta... probablemente tiene que existir algo mínimo (Comad.Hosp.)

-Nosotros no tenemos una hoja de notificación de la sospecha, yo no sé si la hay pero los profesionales de urgencias no la tenemos. A lo mejor sería fácil rellenar una hoja y que esa hoja se cursase y se pusiese un destino, una derivación, "lo comunico a primaria" "lo comunico a protección de menores"... (Ped.Urg.Hosp.)

-Pues el procedimiento que queremos que nos quede muy claro con el protocolo que definiremos próximamente es... nos gustaría que no tuviésemos tantos problemas burocráticos, a lo mejor consiste en que nosotros tengamos que llamar... (Ped.Urg.Hosp.)

-¿Cómo abor das los problemas y qué haces luego, qué respaldo les das, cómo coordinas la urgencia...?. (Ped.Urg.Hosp.)

-Habla remos más que de un protocolo escrito y que utilicemos... de unas normas de actuación, porque actualmente estamos revisando una serie de sesiones que se han ido dando sobre todo este último año, y las normas de actuar ante una situación de sospecha de maltrato, que las dio la Doctora Magaña en primavera junto con un forense... pero no han quedado recogidas como un protocolo. Estamos en esta fase de que tengamos un protocolo. (Ped.Urg.Hosp.)

-Sería beneficioso para el sistema sanitario realizar un protocolo, alguna guía... y desde luego hacerlo desde donde lo estáis haciendo, desde arriba hacia abajo. Porque desde abajo, como estamos con

esto desde... pasas a la asistente social y no sabemos hasta dónde puede y los medios que tiene... (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Claro, estamos hablando de un servicio de salud no especializado en maltrato con lo cual sería importante que esos departamentos establecieran un protocolo de actuación y de coordinación. Es que me parece fundamental, tanto de la tutela y protección del niño, como de salud, porque es que estamos hablando de todo. Igual que se hizo este protocolo, que no lo tengo aquí pero te lo puedo enseñar, Protocolo de la Violencia Doméstica en el Ámbito Sanitario, que lo hizo INSALUD en colaboración con el Ministerio de Asuntos Sociales. Pues yo creo que esa serie de cuestiones hay que ponerlas en colaboración y pedir que cada departamento se implique un poquito. (TS.CSAP)

-Cada caso es distinto. Yo creo que decir que hay un protocolo concreto.. para mí sería complicadísimo, porque yo qué sé..., de veinticinco casos que conozco, cada uno tiene su manera de llegar, sus peculiaridades (USMIJ)

-Por cierto, el sistema de notificación creo que debería salvaguardar la identidad del profesional que notifica. (Ped.R.I.I)

-Yo, si existiera un grado de confidencialidad importante a la hora de notificar los casos, desde luego que los profesionales no tendrían que jugarse el tipo y ser valientes para... simplemente estarían haciendo su obligación, que es la de notificar, sin verse involucrados en... "me pegarán a la salida, me van a pinchar las ruedas del coche... o voy a tener que estar en un juicio". (Ped.R.I.I)

-En los hospitales se sienten más arropados e incluso anónimos. Muchas veces esa notificación la delegas en la asistente social del hospital o en la dirección del centro o en la gerencia del centro, y habitualmente no te tienes que enfrentar con la familia, ni estás localizado por la familia, es decir, que la familia ha ingresado en el hospital por maltrato o se ha detectado una vez ingresado el maltrato, pero esa familia no te tiene localizado con facilidad, como a un médico o a un profesional que trabaje en un centro de salud todos los días. (Ped.R.I.I)

-En determinadas situaciones proteger la confidencialidad del que levanta la liebre, eso es muy importante porque a veces se dan casos en los que tú estás denunciando a un padre que es traficante y que lo sabes, y hay mucha gente que al final termina callándose porque ve que las actuaciones no son eficaces y quedan expuestos a que los conozca todo el mundo (Ped.Due.CSAP)

b. Aumentar el contacto interprofesional

-Creo que es porque hay, más que descoordinación, una falta mínima de contacto de unos profesionales con otros: la sanidad, la escuela, la justicia, menores... Hace falta mucha coordinación y además demostrar interés en que desaparezca el maltrato (Ped.ServLact.HMS)

-Comunicación, fundamental, comunicación (Ped.ServLact.HMS)

-En aquella sesión de maltrato infantil, como en todas las demás, hablé con un profesional de menores y me dijo "además voy a ir con el fiscal". Y no tenía nada que ver con las sesiones anteriores, porque era realmente de coordinación con los de fuera... por lo que se vio mucho más cercano el Servicio de Menores. (Ped.ServLact.HMS)

-Pues conociéndonos un poco ... porque si no, es imposible (CSAP.Ped y Mir)

-Que nos conozcamos todos, que podamos tener reuniones, que los ámbitos no sean excesivamente grandes sino que sean más locales, por distritos, para tener gente de referencia con la que poder hablar personalmente, y no por un teléfono de estos automatizados que te digan "pulse dos para el maltrato físico y pulse uno para el maltrato psicológico" ... (CSAP.Ped y Mir)

-Después cabría la posibilidad de realizar reuniones interservicio, exponiendo casos concretos que sirvieran para la sensibilización y formación de los miembros de cada uno de los equipos (Ped.R.I.I),

-Implicar mucho a los primeros escalones en los que se puede detectar: guardería, escuela, familia (JUP.Hosp.-Soc.Ped)

-Los centros de salud tienen buena coordinación en cuanto al absentismo escolar. Se podría copiar este sistema de coordinación. Igual que pasa con absentismo escolar, que también nos reunimos... pero habitualmente nos reunimos con los colegios para que también sepan que nosotros sabemos que a la escuela no van .. les decimos que también tienen que ir a la escuela porque nos han venido del colegio y nos han dicho que no iban ... nosotros les hemos dicho que no está justificado por enfermedad... Suele funcionar, al vernos un poco, que estamos coordinados. (CSAP.Ped y Mir)

-Conocerse y que todos dispusiéramos de espacios y de tiempos para compartir experiencias y experiencias formativas, yo creo que en la medida en la que... no cuando surge el caso, cuando surge el caso es cuando ya lo tienes que tener muy claro..., pero mientras no surge el caso, que se tuvieran una serie de reuniones periódicas sobre trabajo de este tipo, y yo creo que... dispusiéramos de un espacio y de un tiempo comunes en el que nos pudiéramos dirigir los unos a los otros. Yo creo que eso es lo fundamental. (Ped.Due.CSAP)

-De momento a lo mejor sería más costoso, pero una vez establecido tampoco hace falta tanto. O sea, que con reuniones no muy frecuentes podría mantenerse vivo. Es más que nada el tener conocimiento de una serie de profesionales y tener un contacto. (Ped.Due.CSAP)

-Espacio físico para realizar encuentros. A mí se me ocurre el centro este de Ibercaja, que está disponible, o el Centro Cívico Río Ebro, o yo he hecho algún curso en la Fundación Rey Ardid, que también llevan alguna... El Actur en concreto tiene sitios donde poderlo hacer, aquí al lado hay dos: el Centro Municipal y otro de Ibercaja que para este tipo de cosas lo suelen dejar. (Ped.Due.CSAP)

-Pero sí que sería importante que nos reuniéramos periódicamente con los tres sectores, o con los representantes de los tres sectores, con las unidades de salud mental y con los representantes de los colegios o de los equipos del MEC, sobre casos concretos. (Ped.Due.CSAP)

-El contacto periódico para el estudio concreto de casos. Cuando estaba en Oliver, una cosa que se nos ocurrió era las reuniones periódicas con los equipos de MEC, por ejemplo, entonces periódicamente, creo que eran cada tres meses, nos reuníamos y se planteaban una serie de casos concretos con nombres u apellidos. Pues a mí eso me parece que es muy interesante y fácil de hacer, entre comillas, porque hay que disponer de tiempo. Pero no se requiere ningu-

na cosa especial, es reunirse con los profesores del colegio de aquí enfrente sobre casos que tenemos que son problemáticos en el colegio o en el centro de salud, que a veces descubres una información que desde luego no tienes. Yo creo que eso es una de las cosas que trataría de poner en marcha. (Ped.Due.CSAP)

-Pues posiblemente sería importante potenciar la comunicación entre los profesionales tanto de atención primaria como de los hospitales, y entre ellos. Yo también creo que si algunos lo hacen es porque ellos lo ven adecuado y necesario y lo hacen, que en otros sitios no lo ven... o falta gente... Yo a veces pienso que en todas estas cosas hace falta gente. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Todo lo que se hace es a nivel de amistades, de amigos, de conocidos "pues este pediatra o este profesional yo lo conozco... voy a llamarlo, le voy a decir..." a este nivel todo. (Ped.ServLact.HMS)

-Hay una comisión promovida por el Gobierno de Aragón de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, en que la sección de coordinación en la que menores tiene su representante, educación tiene su representante y en teoría es de expertos. Y yo creo que sí que lo es, y tiene iniciativas que luego desde arriba, la función de coordinación no responde. Se está viendo la cantidad de iniciativas o falta de iniciativas que hay en el ámbito asistencial, y que antes se oye a un particular con el que tienes relación o al gerente de turno, que a una comisión de expertos. Entonces, la coordinación adolece por falta de voluntad de hacer las cosas coordinadamente (USMIJ)

c. Mejorar la coordinación con el SEM

-Si alguna vez he tenido que llamar a Menores para que intervengan rápido, a lo mejor en el trayecto se han perdido. No es culpa de nadie; son casos en sí complicadísimos (USMIJ)

d. Devolución de información.

-Yo no veo que hagan nada con esos niños, más que informes.... entonces, no sé muy bien qué debo hacer (CSAP.Ped y Mir)

-Nosotros lo vemos, lo curamos de lo que tiene puntualmente, y le hacemos un informe de alta. Y el niño se va y a lo mejor nunca más sabemos de él, y ha pasado aquí por veinte profesionales distintos. Y todo consta en las historias, se pregunta todo y consta todo, y ahí está el archivo, pero nada más. (Ped.ServLact.HMS)

-Una cosa muy concreta, es que las notificaciones que a veces se dan por parte de los profesionales, que ya se que son pocas, que se contesten, porque yo estoy harto de mandar notas a los jueces y como no son cosas importantes..., es que no tienes ni siquiera una notificación de que eso ha entrado en el juzgado, (Ped.Due.CSAP)

e. Objetividad en los informes

-Yo hago la notificación, pero para eso acompaño, lógicamente, un informe del médico porque yo no puedo abordar lo que es el aspecto clínico de estos malos tratos, tanto físicos como psíquicos. Pero vamos, siempre basándome en lo que los médicos exponen (TS.HMI)

f. Compartir bases de datos

-Habría que comunicar, hacerse de una comunicación de esas bases de datos que dispone cada centro, sobre niños con sospecha o riesgo cierto de maltrato infantil. Hacerse una comunicación de las bases de datos entre los coordinadores de cada centro, de tal forma que

aquellas familias que cambian de residencia, de centro de salud o que se sabe que están solicitando asistencia médica o de urgencias en los diferentes hospitales, poder tenerlo recogido. (Ped.R.I.I)

g. Apoyo de las Instituciones Administrativas de nivel superior

-DGA (E.U.Enf)

-Consejería de Educación, Consejería de Sanidad (JUP.Hosp.-Soc.Ped)

-Pues sin ninguna duda y principalmente, el Gobierno de Aragón. Es el responsable absoluto desde el punto de vista legal, por lo tanto, es el que tiene que participar en toda índole. ¿Y a través de quién? Pues a través del Servicio de Protección del Menor del IASS y de la gerencia del SAS, en este caso para todos los profesionales del sistema sanitario, es decir, que son los que en teoría deberían de participar en todo. ¿Quién más? Pues cualquier otra asociación profesional sanitaria a través de sus Colegios Oficiales y Sociedades Científicas, es decir, que dentro de los profesionales de los centros de salud pues si hay pediatras... la Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria puede tener cosas que decir y que aportar. El Colegio de Enfermería pues puede tener cosas que decir y aportar, etc., etc. ... El Colegio de Odontólogos, el Colegio de Psicólogos... Y finalmente, por supuesto, cualquier otra Asociación Profesional con experiencia en Maltrato Infantil, de cualquier ámbito o cualquier índole, como puede ser la vuestra. (Ped.R.I.I).

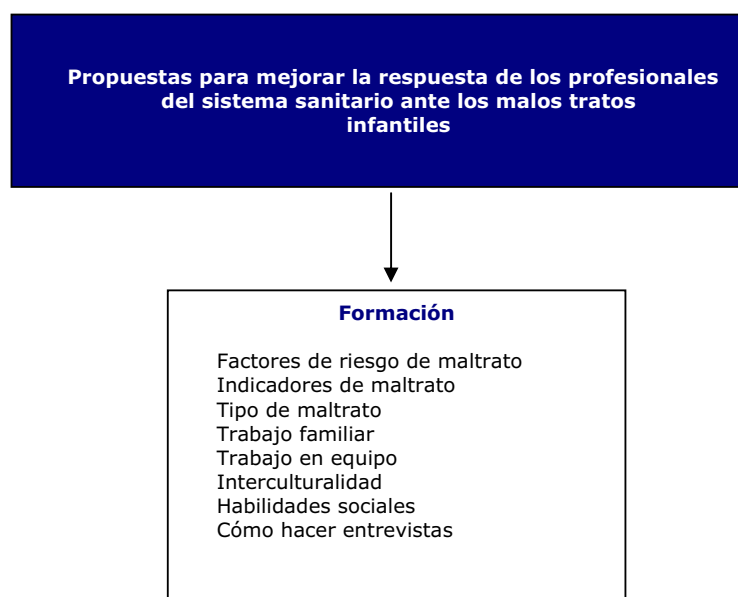
-El Ministerio de Educación, la Unidad de Salud Mental, Centros de Salud, las Unidades especializadas de MEC, los centros que se dediquen a Inmigrantes y alguna ONG significativa que trabaje en la zona, o alguna institución... aquí yo creo que es importante también la Fundación Rey Ardid, que está trabajando bien en algunos de estos temas. (Ped.Due.CSAP)

-Y en los Centros de Tiempo Libre que has dicho tú no sé si hay posibilidad de que eso esté representado de alguna manera. Pues eso, contra más gente dedicada a la infancia mejor. Yo creo que ahí tienen que estar todos los que tienen una relación directa con los niños. (Ped.Due.CSAP)

-Una colaboración en este caso de DGA, el departamento de Prevención y Detección del Maltrato Infantil. Sería interesante una colaboración estrecha con el otro departamento que es salud, salud y bienestar social. Creo que se llama Salud, Consumo y Servicios Sociales o algo así, no estoy muy segura, pero es que me parece fundamental que se interiorice que el maltrato tiene unas consecuencias físicas de salud importantes. (TS.CSAP)

-Creo que debería hacerse de manera conjunta desde el Instituto Aragonés de Servicios Sociales (Servicio de menores) y Salud (donde estuviesen representados los diferentes niveles asistenciales (A. Primaria, Hospitales y Servicios de Urgencias) (TS.Hosp..2)

4.4.3. Formación



Esquema 13. Formación

Los profesionales entrevistados dieron mucha importancia a la formación del personal sanitario para la mejora en la prevención, detección e intervención en situaciones de maltrato infantil. Esta formación debiera adaptarse a los diferentes profesionales que componen el sistema sanitario –pediatras, DUEs, auxiliares, celadores, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, etc.-. Consideraron oportuna una formación mínima desde la enseñanza reglada -Escuelas y Facultades Universitarias- y la formación continúa de los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias.

Sin embargo, matizaron que esta formación debería estar organizada y fomentada desde las propias estructuras sanitarias –dirección de hospital, jefes de servicio, gerencia de atención primaria, etc.-. Y debería de estar adaptada a las condiciones laborales de los profesionales. Por ejemplo, realización de formación en horario laboral y sustituciones durante las horas o días en los que los profesionales van a estar ausentes.

Desde su experiencia y su inquietud por el tema del maltrato infantil, los entrevistados indicaron que incluirían, dentro de estos planes formativos, talleres de formación o formaciones grupales sobre los siguientes contenidos:

- **Factores de riesgo de maltrato** –características de las familias más susceptibles al maltrato y los factores de riesgo sociales, familiares y personales que predisponen al maltrato infantil-.
- **Indicadores del niño maltratado y de los maltratadores** –indicadores físicos, psicológicos, comportamentales, familiares, sociales, etc.-
- **Tipos de maltrato** –físico, psíquico, abuso sexual, negligencia...-.
- **Trabajo familiar** –formación en temas específicos de la familia, de comunicación y aproximación a ella-
- **Trabajo en equipo** –formando a los profesionales en la misma línea y haciendo un trabajo conjunto de formación en equipo-.
- **Interculturalidad** –sensibilizando a los profesionales para evitar los prejuicios hacia otras culturas y orientándolos a facilitar el acercamiento a estas familias-.

- **Habilidades sociales** –para establecer una correcta relación con la familia-.
- **Realización de entrevistas** –cómo realizarlas teniendo en cuenta la comunicación verbal y no verbal, y poder realizar una buena evaluación e intervención-.

Dentro de este mismo apartado de formación, los entrevistados también creyeron conveniente crear canales para la transmisión de información a los profesionales sobre artículos científicos o de investigación que aportaran nueva información acerca del maltrato infantil.

Se presentan a continuación algunos ejemplos extraídos de las entrevistas sobre los que se basan estas afirmaciones. En ellos se detallan algunas de las intervenciones que pueden mejorar la respuesta del sistema sanitario a la problemática del maltrato infantil:

-Recordatorios crónicos, cursos, conferencias, sesiones repetidas (JUP.Hosp.-Soc.Ped)

-¿Cómo se podría ayudar? Pues con sesiones formativas, con guías de atención al niño en urgencias... Yo creo que lo escrito llega más que una charla. Un folleto. A los padres también con carteles, sí, eso sería muy importante. (Ped.Urg.Hosp.)

-Deberíamos mejorar la formación de los profesionales, esto es fundamental porque aquí el peso de las urgencias... tenemos profesionales jóvenes que la experiencia que pueden tener en temas de abordar el maltrato, es poca, te tienen que entrenar, todo requiere un entrenamiento. (Ped.Urg.Hosp.)

-Desde luego, la formación continuada para mí es primordial e imprescindible, y además poder asistir. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Yo creo que alguna charla o algún cursillo así... una jornada de información no iría mal. Si se reparten trípticos, si se hace marketing, luego la gente acudiría más(Comad.Hosp.)

-Formación de celadores (DUE, Urg, Hosp.)

-Si están sensibilizadas (auxiliares), no me parece difícil porque sería un tema... pues de hacer unas reuniones con ellas, dándoles una serie de posibilidades, de importancia que tiene detectar los maltratos, bueno, los niños que posiblemente son maltratados, delimitándoles bien sus funciones, este es otro tema (Ped.ServLact.HMS)

-Lo primero formarlos, entrarían en la formación explicarle a ese personal de admisión qué es lo que se considera maltrato, y después cuáles son los cauces, cómo hemos aprendido los demás de trabajo y de derivación. (TS.CSAP)

-Habría que hacer una formación específica (DUEs y auxiliares) con este tipo de personal, porque en una planta de pediatría donde este niño, posible víctima de malos tratos, ha podido ingresar con síntomas físicos evidentes o con síntomas psicológicos más o menos llamativos... Ese personal tiene que estar preparado para poder pensar que está... o se le ha confirmado que está con un niño que presenta este problema. Y como es un problema tan complicado de enfrentar u tan complicado de resolver, el personal de enfermería debería de tener una formación específica en ello. ¿Todo el personal del hospital tendría que tener unas nociones básicas?. Sí, sobre todo aquellos que más en contacto vayan a estar con el niño. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Yo no sé qué conocimientos de psicología darán en enfermería, la verdad es que lo desconozco, (TS.Hosp.)

-En la propia disciplina de la carrera. Por ejemplo, nosotras sí que

tenemos en el carrera una asignatura materno-infantil. Y aparte de esto, aparte de la universidad, cursos de formación complementaria. (DUE, Urg, Hosp.)

-Sí, en enfermería se da lo que es maltrato infantil, seguro .. Porque yo he estado en charlas a nivel de formación en Barcelona. En la Escuela Universitaria Enfermería he asistido porque me interesaba el tema. Pedí ir de oyente y sí que se da en las asignaturas. (Comad.Hosp.)

-En tercer lugar habría que disponer de los recursos necesarios, en sus respectivos centros de trabajo, para la formación continuada, (Ped.R.I.I)

-Las personas que están implicadas. Por ejemplo dentro del personal sanitario pues quizá empezar por nosotros, por los currantes, pero la institución es la que se tiene que sensibilizar. Cualquier cosa que se haga y la institución no haya participado (con lo cual a nosotros se nos va a plantear a nivel personal, y ya sabes los resultados que tiene eso) pues claro, si aquí trabajamos hasta las dos y media de la tarde todos los días, entonces cualquier cosa que se tenga que hacer y se tenga que hacer fuera del horario laboral con tus recursos o con tus tal, llega un momento que se va a pique. (Ped.Due.CSAP)

-A lo mejor a nivel general se podría hacer alguna sesión divulgativa, donde a enfermería o a auxiliares se les pudieran dar a lo mejor ciertas pautas, o señalar ciertos indicadores para que esas personas pudieran estar más sensibilizadas a la hora de trabajar. Incluso eso tendría que ser una iniciativa que procediera más bien o a través de la Dirección del Hospital o a través del Jefe del Servicio de Pediatría, más que desde una iniciativa mía, quizás más una iniciativa de los jefes, de decir "pues vamos a hacer..." (TS.Hosp.)

-La formación continuada es importante. Y también nos pasa, por ejemplo, que hay formación continuada y muchas veces no se puede ir, porque si no te sustituyen y tienes que ir en tus horas de trabajo, fuera de las horas de trabajo... (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Desde el punto de vista de la gerencia de atención primaria, se pueden hacer talleres de formación (CSAP.Ped y Mir)

-Primero una formación personal por parte de cada trabajador, y el que hubiera también por parte del hospital formación al equipo (DUE, Urg, Hosp.)

-Lo que yo veo interesante dentro del hospital es que sea la propia administración la que forme a los profesionales (DUE, Urg, Hosp.)

-Yo creo que serían formaciones grupales, lo que se llama formación de formadores, sin ninguna duda, porque evidentemente al intervenir con el sistema sanitario estamos interviniendo con personas que van a tener una proyección muy tremenda hacia el exterior, tanto a la hora de captar como a la hora de ser otros los que se acerquen y tengan un trato directo con las personas. Y es la mejor manera de hacer prevención. Y lo que hay que hacer es formar a los sanitarios. A los sanitarios y a todo el sistema (Sex.CPS)

-Pero creo que puede ser más útil lo que se denomina charla-coloquio, es decir, una exposición por un experto, una charla-coloquio emitida por un experto y que las personas que lo escuchen puedan intervenir. Charlas-coloquios emitidas por expertos pero específicamente, si fuera posible, a esos coordinadores que al principio decía

yo de crear esa figura de coordinador. Charlas-coloquios emitidas por expertos a los coordinadores sobre el maltrato infantil y a otros profesionales interesados, pero fundamentalmente, no sería la cuestión decir... "Bueno vamos a hacer un curso sobre esta temática. Que venga quien quiera". (Ped.R.I.I)

-Los artículos científicos formativos y de investigación son básicos, es decir, los médicos nos creemos lo que vemos con un rigor científico..... Al profesional sanitario lo que nos gusta o lo que nos creemos es lo que nos cuenta otro profesional al que consideramos que tiene una experiencia y una credibilidad. Por lo tanto, recopilando de forma cuatrimestral, por ejemplo, artículos científicos ya sean formativos o de investigación de maltrato infantil, recopilando esos artículos y remitiéndolos a cada uno de los centros sanitarios, ya fuera a base de fotocopia o más fácil aun, si esa página Web existiera... (Ped.R.I.I)

-A lo mejor todo escrito quedaría mejor, mediante unas hojas de comunicación, que las cosas, si no, se olvidan. (Ped.Urg.Hosp.)

a. Factores de riesgo de maltrato

-Y si a eso le añadías que el Gobierno de Aragón estadísticamente pudiera transmitir cuáles son las características de las familias más susceptibles al maltrato, de las familias que se conocen ya maltratadoras, y poder decir "¡Ojo! que el perfil básico de una familia maltratadora en la Comunidad de Aragón tiene estas características,... y cuando se te presenta una familia y tú le abres la historia y empiezas a obtener datos y empieza a tener muchos puntos positivos, pues bueno, tú ya lo puedes tener, digamos, como un caso de vigilancia. (Ped.R.I.I)

-Formar a los profesionales sanitarios en el conocimiento de dos cosas: primero, de los factores de riesgo sociales, familiares y personales que predisponen al maltrato infantil. Tras dicha formación, los profesionales estarían en condiciones de poder detectar precozmente situaciones de riesgo para el maltrato infantil y actuar en su prevención. (Ped.R.I.I)

b. Indicadores de maltrato.

-Pero a veces, o no lo sospechas o, si no ves una cosa muy clara, pues es que es un tema muy complicado. (CSAP.Ped y Mir)

-Formar a los profesionales sanitarios en el conocimiento de los indicadores físicos y comportamentales que presenta un niño maltratado y los indicadores comportamentales que presentan los maltratadores. Tras dicha información, los profesionales estarían en condiciones de poder detectar y notificar precozmente situaciones de maltrato infantil. (Ped.R.I.I)

-Con alta probabilidad, ese niño si no sufre un maltrato físico probablemente esté sufriendo un maltrato emocional, ya sea activo o pasivo, simplemente con la violencia que vive dentro de su casa. (Ped.R.I.I)

-Intentar detectar situaciones "sutiles" de maltrato (JUP.Hosp.-Soc.Ped)

-Devolver al niño la importancia que tiene como individuo y como integrante de la sociedad (JUP.Hosp.-Soc.Ped)

-Formación en cualquier sentido. Es decir, yo por lo menos no consi-

dero que tenga una manera clara de poder descubrir algo que no sea muy obvio, o sea, lo que es muy obvio incluso lo sospechas sin haberlo, cuando es una familia problemática y de tanto riesgo... pues a veces entran en tu consulta a bofetadas con el niño. Eso nos ha pasado más de una vez, entonces ya ves que si eso pasa aquí, qué pasará... (Ped.Due.CS)

-A mí personalmente, mucho más la forma de tratar a los niños y la forma cómo van reaccionando esos niños ante esa situación, cómo los padres están dando esa educación (Ped.Due.CS)

-Los profesionales de la salud denuncian los casos de malos tratos en los que hay una evidencia, pero hay más dificultades para identificar los casos en los que hay sospecha, al no contar con una guía de evaluación específica, por lo cual puede depender de la sensibilidad y del compromiso del profesional en estos casos. (TS.Hosp..2)

-Facilitar formación sobre el tema que facilite cómo hacer la detección (TS.Hosp..2)

-Cómo detectar estos casos, conocer qué indicadores de riesgo son útiles para detectar los malos tratos. La detección supone siempre una cierta evaluación del caso, una valoración del estado del niño, sus carencias y los posibles riesgos que le amenazan, y es en esta evaluación donde tienen más dificultades los profesionales de la salud, sobre todo en la detección precoz. (TS.Hosp..2)

-Si se nos formara profesionalmente más y se nos dieran las claves para poder detectar cuándo hay problemas, cuándo hay un crío que necesita de tu ayuda, no sólo el hacerte más ágil o más hábil para detectar problemas físicos, sino para detectar también problemas psicológicos (DUE, Urg, Hosp.)

c. Tipos de maltrato

-Hay sensibilización, pero información no la hay tanta. La gente se limita a cuando dices maltrato físico, moratones o un abuso sexual, algo que sea muy evidente. Los casos de negligencias o malos tratos psicológicos se pierden. Algunos se tienen en cuenta, pero no todos (Comad.Hosp.)

-Pero si a esa estadística numérica, porque los números al final no dicen nada, le añades el que les pudieran decir los tipos de maltrato más frecuentes, porque los médicos siempre estamos un poco al tanto del maltrato físico (que es en teoría el que más preparados estamos para detectar, en el que menos dificultades tenemos), pero si resulta que alguien nos abre los ojos, y el maltrato físico resulta que es al fin el menos frecuente, el menos importante, excepto los casos con agravantes en los que se produce la muerte del niño o una lesión cerebral..., pero que éstos son casos contados, son los que salen en el periódico. Y, sin embargo, si nos abren los ojos sobre la sospecha (o intervenciones que se han hecho ante casos de abuso sexual, y ya no digamos el tema de la negligencia), pues a lo mejor resulta que la comunidad sociosanitaria y el profesional sociosanitario se dedica o se intenta preparar un poco más a la hora de detectar esos casos, no simplemente el típico niño que viene con sus heridas, sus moratones, etc. (Ped.R.I.I)

-Sobre todo empezar a formarnos y hablar el mismo idioma. Si no hablamos el mismo idioma estamos hablando de cánticos celestiales. Cada uno entiende una cosa por maltrato, el maltrato empezamos a hablar y yo tengo la sensación de que sólo tenemos percepción o

referencias al físico, no tanto al psíquico, porque por ser invisible no se puede observar o no se detecta. (TS.CSAP)

d. Trabajo familiar

-Y como necesidad formativa, yo creo que es bueno que se tomase, bueno también en las carreras y todo eso, pero que se tomase en cuenta la necesidad de formación en temas específicos de la familia, de intervención breve... de algunos aspectos de... no de terapia familiar, pero de algunos aspectos de lo que son el enfoque de los temas de la familia, de cómo funciona una familia... de qué tipos de patrones de comunicación puede haber entre ellos y etc. etc. Y yo creo que eso estaría bien para médicos, para enfermeras,... que es una necesidad de formación que yo creo que también es importante. (Ped.Due.CSAP)

-Habilidades de comunicación y de aproximación a las familias (CSAP.Ped y Mir)

e. Trabajo en equipo

- Que tengan capacidad de detectar o canalizar esa situación. O que lo transmitan aquí, porque luego siempre te dicen "si yo ya he visto que había algo raro". Entonces dices ¿por qué no me lo han dicho?, pues porque a lo mejor uno respeta el trabajo del otro y cree que no está cerca el comentárselo, y está igual de cerca que el celador pudiese decirle directamente al pediatra o a una enfermera "oye, veo esto". Que todo tiene importancia. (Ped.Urg.Hosp.)

-Empezaría por la formación, la formación a todos pero en conjunto, no dispersaría.... Haría grupos de formación conjunta, en la cual todos pudiéramos escucharnos cual es nuestra formación previa y nuestra actitud previa ante el maltrato. Eso lo consideraría una de las líneas prioritarias, hacer un trabajo conjunto de formación en equipo. (TS.CSAP)

f. Interculturalidad

-No sólo no saben actuar, sino que hay un rechazo. En general hay esta especie de prejuicios, comentarios como "estos inmigrantes..." Se les trata igual, al niño se le trata igual, se le hace lo mismo (Ped.ServLact.HMS)

-Lo que pasa es que a veces, en la comunidad marroquí por ejemplo, la mayoría no tiene teléfono, es un solo móvil y cuando llamas y no está la persona que habla en español, ya surge una problemática que va creciendo. Si se contacta con la trabajadora social y, a parte, se hace constar en la historia clínica que es una persona que no acude a los controles y no puedes hacer un seguimiento... Y a veces se presentan ya en sala de parto con dos visitas de control prenatal, con lo cual eso nos lleva a un riesgo, a pensar en varias cosas con respecto a la salud de la madre, o a la del crío. No sabes si te estás metiendo con una diabética ... muchas cosas (Comad.Hosp.)

-Actualmente hay mucha educación sanitaria y educación maternal, pero hay personas o grupos poblacionales que no terminan de integrarse. Cuesta llegar a ellos, a los marroquíes, a los gitanos (Comad.Hosp.)

-Sería importante que en los servicios sanitarios, en general, pudiera haber siempre una persona que hiciera esa mediación, esa traducción (Comad.Hosp.)

-Lo que te decía de las revisiones del pediatra, es que la población gitana, la que yo he conocido aquí, va poco al centro de salud. Entonces, ¿ése es un caso para derivar a Menores? ¿a quién derivas este tipo de casos? Es que estas familias no acuden a ningún sitio. (TS.Hosp.)

-Y luego yo creo que también hace falta más formación por nuestra parte y más capacidad de acceso a familias inmigrantes y con otro tipo de dificultades, para entendernos y para saber cuál es su cultura. ... No es lo mismo afrontar un problema de maltrato en una familia... que sé yo, musulmana o magrebí... a lo mejor tienen... hay aspectos culturales que no manejas para nada, a parte de los propios del idioma. Que hay que afrontarlos completamente distinto. Y no digo que tengan más, porque luego resulta que también en las familias españolas de clase alta se dan. Pero bueno, cuando se dan en estos ambientes pues todavía vas más perdido, me parece a mí. (Ped.Due.CSAP)

g. Habilidades sociales

-Formación ¿por qué?. Porque cuando uno tiene una capacidad de escucha correcta y de ver más allá de lo que el otro me dice, voy a ser capaz de extraer la esencia de lo secundario. En las consultas, los pacientes nos cuentan cosas, nos hablan de cosas, pero detrás de ese cuento está esa capacidad de observación tanto verbal como analógica, hay una capacidad de escucha, hay una capacidad para reconducir a través de la empatía, dónde quiero llegar con esa madre, con ese padre... creo que son técnicas y habilidades sociales que tenemos que aprender. (TS.CSAP)

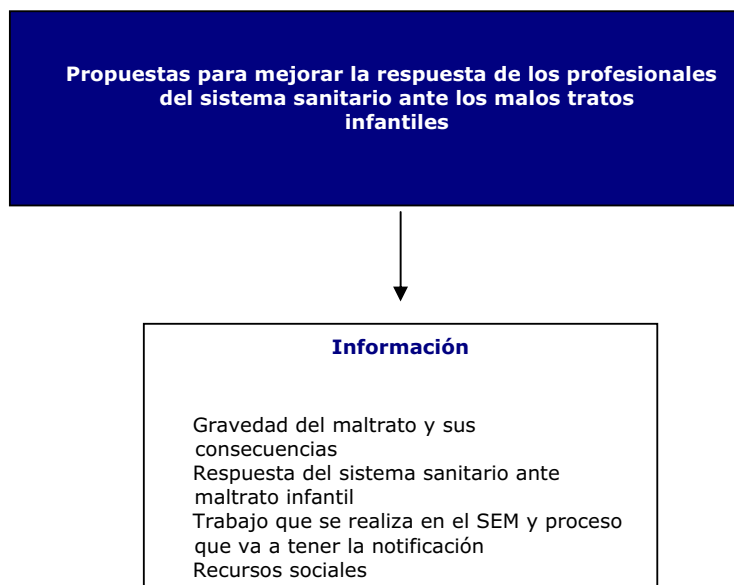
h. Cómo hacer entrevistas

-Yo ahí, perdona, te insistiría en la formación de lo que es una entrevista entre lo verbal y lo analógico, que lo no verbal también está ahí. (TS.CSAP)

-Es verdad que nosotros, los trabajadores sociales, tenemos unas herramientas ya en la carrera que luego te das cuenta que sirven, te tienes que especializar pero que te sirven. Que son la entrevista, una buena entrevista no es lo mismo que una mala entrevista, eso es una buena praxis o una mala praxis profesional. (TS.CSAP)



4.4.4. Información



Esquema 14. Información

En esta cuarta categoría se han agrupado las propuestas que realizaron los entrevistados respecto a la información que debe divulgarse entre los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias y que están en contacto con los niños y sus familias. Para dicha divulgación, propusieron diferentes formatos. Algunos de ellos fueron la realización de charlas, cursos, publicación de libros y dossiers, confección de una página Web, y edición de folletos, trípticos o dípticos y pósters.

Señalaron como importante que los profesionales del sistema sanitario tengan más información sobre la gravedad del maltrato y sus consecuencias –físicas, psicológicas, emocionales, sociales, etc.-. También resaltaron el interés que supondría dar a conocer datos estadísticos que reflejaran la magnitud del maltrato infantil así como información sobre los tipos de maltrato más frecuentes, secuelas físicas, psicológicas y socioeducativas.

Otro tema clave sobre el que consideraron que se deberían enfocar las campañas de información, es la clara definición de cuál debe ser la respuesta a dar por los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias ante las situaciones de maltrato infantil.

Pero además de saber cuál debe ser la respuesta desde el ámbito sanitario, los profesionales de la salud también debieran estar informados acerca del trabajo que se realiza tanto en los Servicios Sociales Comunitarios como en el Servicio Especializado de Menores. Los entrevistados consideraron que existe un gran desconocimiento sobre el posterior circuito de actuación y el proceso por el que va a pasar el niño y su familia tras la notificación. Algunas de las preguntas que se plantearon los profesionales fueron ¿va a estar mejor el niño si lo notifico?, ¿qué le va a pasar a esta familia?, ¿qué hace la DGA con los niños?, ¿dónde está el límite entre la notificación y la no notificación?. El no tener respuestas a estas preguntas puede dificultar que los profesionales de la salud notifiquen las situaciones de maltrato.

Y por último, los entrevistados consideraron importante la divulgación de información sobre recursos sociales y económicos. Y es que, en su opinión, muchos servicios, programas, equipos y profesionales están infrautilizados porque no hay un correcto conocimiento de su existencia ni de la definición de sus funciones. El dar a conocer todos los servicios y programas existentes debería ser un objetivo clave para optimizar su uso.

Se presentan a continuación algunos ejemplos extraídos de las entrevistas sobre los que se han basado estas afirmaciones. En ellos se detallan algunas de las intervenciones que pueden mejorar la respuesta del sistema sanitario a la problemática del maltrato infantil:

-Yo creo que lo ideal sería primero informar, verter información a nivel de los profesionales, de todos los profesionales. Yo creo que alguna charla. Las charlas funcionan, lo hablado entra más. Un díptico o un tríptico ayuda mucho porque si tienes alguna imagen que llame la atención... Porque los manuales, cuando son muy intensos, cuando hay mucho manual, ya no lo lee nadie. (Comad.Hosp.)

-Informar con pósters, libros, trípticos, cursos, etc. (E.U.Enf)

-En segundo lugar, después del reclamo viene lo que de denominaría una información básica, breve y concisa, que serían los trípticos. Estos trípticos ya dan información a aquella persona que ha recibido el impacto del reclamo. Si le interesa lo tiene a disposición y cercano, va a coger ese tríptico para informarse un poco más porque le va a dar una información breve y concisa y puntual de lo que se quiere hacer. Esos trípticos deberían estar distribuidos en cada consulta profesional de los diferentes centros sanitarios para su disposición personal de consulta, o tenerlo siempre a la vista o incluso, si es de distribución hacia las personas que le van a consultar, a sus supuestos pacientes, poder tenerlo a mano para... (darlo). (Ped.R.I.I)

-En tercer lugar, vendría el disponer de información más exhaustiva, y en la información más exhaustiva sería el disponer, ya fuera a nivel personal, uno por cada profesional o uno por cada centro, pero que estuviera a disposición en la biblioteca para lectura de todos, de dossiers distribuidos en cada centro sanitario a disposición de todos los profesionales sanitarios. Y ¿cómo podrían ser?, pues similares a los que habéis elaborado para otros ámbitos educativos, sociales, etc. Los dossiers son magníficos, dan una información básica, breve y concisa, pero con algo más de profundidad y, desde luego, creo que a nivel del ámbito sanitario se debería realizar uno similar a los que ya se han realizado. (Ped.R.I.I)

-Y finalmente, porque esto que acabo de decir, empezando por el póster, el tríptico con la información breve, y el dossier con la información mas exhaustiva, que es lo que se ha hecho hasta ahora, en la actualidad el medio de comunicación príncipe es Internet. Y desde luego a través de Internet, es decir, como formato mas propicio el Internet el... hecho de poder tener una página Web informativa general, y que a través de la cual se pudieran realizar o enviar correos electrónicos con informaciones novedosas, pues sería otro de los formatos propicios para informar a los profesionales. (Ped.R.I.I)

-Pero todo lo que fuera un contenido educativo, o sea un curso del tipo que fuera sobre el maltrato, seguido del conocimiento de los recursos y seguido de unas direcciones, unos teléfonos y un contacto periódico, a mí eso me parece muy bien. Muy interesante. (Ped.Due.CSAP)

-Folletos informativos visuales, sobre todo eso, porque uno habla, habla, pero a veces luego lo ves, la imagen te llega, entonces llegaría. Llegaría a las familias y eso nos puede ayudar a todos. (Ped.Urg.Hosp.)

a. Gravedad del maltrato y sus consecuencias

-Una campaña informativa que llegue al profesional sanitario. Una campaña informativa... pues como en todas las campañas, que ponga de manifiesto en primer lugar la gravedad del maltrato. Porque se pasa de puntillas sobre este tema y el maltrato está más extendido de lo que parece, y el maltrato en los casos más graves va a tener unas secuelas. Unas secuelas no tanto físicas sino sobre todo psicológicas, (Psiq.Inf.Juv.Hosp.)

-En primer lugar sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la magnitud y consecuencias del maltrato infantil, con el fin de que piensen en el problema del maltrato infantil como un problema presente y frecuente en nuestra sociedad. (Ped.R.I.I)

-Estadísticas sobre la magnitud del maltrato infantil en nuestra Comunidad, porque el hecho de que todos los profesionales sabemos que existe el maltrato infantil, por publicaciones científicas, sale de vez en cuando un caso en el periódico, etc,etc. A lo mejor realmente puede haber muchos profesionales que piensen que son datos anecdóticos, que tampoco es para tanto... etc, etc. Mientras que si se supiera con claridad la magnitud en porcentajes, en estadísticas, igual la cosa podría cambiar. (Ped.R.I.I)

-La estadística, especificando la magnitud, los tipos de maltrato más frecuentes, las características de las familias más susceptibles y, si fuera posible, las zonas y barrios (Ped.R.I.I).

-Informar de las secuelas físicas, psicológicas y socioeducativas que el maltrato infantil ha provocado en los casos detectados en los niños de nuestra Comunidad. Los médicos sabemos las secuelas físicas que puede dar el maltrato infantil, pero bueno, si nos dan mas datos y la información a través de según qué vías nos puede sensibilizar más, pero si a parte nos dan información de secuelas psicológicas o socioeducativas, ya no digamos. (Ped.R.I.I)

-Yo creo que un niño con seis-siete años como mucho, una vez que ha interiorizado que su forma de relación es la violencia, a partir de ahí es muy complicado. (Ped.Due.CSAP)

b. Respuesta del sistema sanitario ante el maltrato infantil

-También en el centro de salud hay psicólogos infantiles. Yo me imagino que hay una red ... una conexión entre la atención primaria y el seguimiento de los críos en el centro de salud y los hospitales. Si que hay otros profesionales que ante el toque del pediatra, ante el toque de alarma del pediatra se pondrían en contacto y estudiarían al niño. Aquí también estaría el papel de la enfermera en pediatría (DUE, Urg, Hosp.)

-Pero así como se actúa con los adultos, que se realiza un parte de lesiones, que se entrega una copia para el adulto y otra copia se queda en el hospital y otra va al juzgado... En el caso de los niños yo me imagino que se pondrían en contacto con instituciones... con algún juzgado de menores. Tampoco tengo así mucha información (DUE, Urg, Hosp.)

-Yo diría que habría que tener más información, informar más a todos los componentes del hospital (DUE, Urg, Hosp.)

c. Trabajo que se realiza en el SEM y proceso que va a tener la notificación

-Esta idea no está muy arraigada en el ámbito sanitario (que el niño vaya a mejor si se notifica a la DGA). Yo creo que es lo que lleva a que muchos de estos niños no sean transmitidos no crees que vayan a mejorar mucho. Cuando nosotros lo detectamos ¿qué hacemos con ellos?, ¿qué hace la DGA con ellos? (CSAP.Ped y Mir)

-Yo creo que es un puro circuito, entonces saber (Pediátras, DUEs, residentes) qué circuito se genera cuando tú detectas una sospecha de maltrato. Sospechar, más o menos todo el mundo puede sospechar. El problema es saber si el circuito va a funcionar o no va a fun-

cionar y saber qué va a pasar con esa sospecha ¿dónde va a ir?, ¿cómo va a volver luego la información al profesional?, ¿qué va a pasar con esa familia?, ¿qué va a pasar con ese niño?. Si todo el mundo supiera realmente el circuito cómo funciona, posiblemente sería más capaz de, ante sospechas más pequeñas, el dar información. (CSAP.Ped y Mir)

-Tampoco sé qué mecanismos existen intermedios para mejorar esta situación desde la DGA (CSAP.Ped y Mir)

-La carencia es un poco ver qué ocurre cuando tenemos que actuar y, cuando actuamos, qué ocurre. (CSAP.Ped y Mir)

-En algunos casos dudo en cuanto a la comunicación a Menores (TS.Hosp.)

-Desconocimiento y miedos. Se tiene miedo a comunicar cosas y que piensen "bueno, a esta familia qué le voy a hacer, le voy a perjudicar en vez de a beneficiar, le voy a crear una carga que además de estar el niño malito yo detecto esto... y ahora voy a crear un conflicto, me van a llamar a mí para luego decir si esto era..." que uno piensa que comunicar, a lo mejor, es luego responsabilizarte o justificar, valorar esas lesiones, y yo pienso que somos comunicadores o detectores, nada más. Que nuestra labor se queda en eso, que investigar no vamos a investigar, no es nuestra labor profesional. Entonces, esa formación podría decir "nuestra labor es ésta y luego pasa a otras manos". (Ped.Urg.Hosp.)

-Aquí y en todos los hospitales, hay una especie de escepticismo "para qué, si no va a pasar nada", "para qué vamos a hacer..." esa sensación la hay en todos los profesionales médicos en general (Ped.ServLact.HMS)

d. Recursos sociales

-Un poco más de conocimiento de unos profesionales y otros, y unos servicios de otros, porque no todo el mundo conoce este servicio, por ejemplo, ni que existe, ni dónde está, ni qué es lo que se realiza (Sex.CPS)

-También sería importante que todo el equipo supiera qué recursos hay, que existe trabajador social ¿qué hace un trabajador social?, que existe un pediatra ¿qué hace un pediatra?... el saber un poco todas las funciones de todos los profesionales (Ped.ServLact.HMS)

-Todo el personal sanitario tendríamos que conocer más de cerca los diferentes organismos o instituciones de ayudas sociales y económicas que existen para brindar a estas personas (Comad.Hosp.)

-Claro, porque tú puedes convencer a la mujer, porque a veces le dices "el trabajador social te va a ayudar" y, desde luego, el trabajador social les va a ayudar. Lo que pasa que como tú no les dices, como a veces se niegan y les pierdes el rastro también por eso, tu les dices "mira, sé que si vas con el trabajador social puede conseguirte una ayuda económica o tal...". Si tú les puedes verter un poco más de información, ellas sabrán más. Si les dices "mira, es que te pueden ayudar, te pueden dar leche durante el primer año", por decir algo. "No dejes al crío, no lo abandones, no lo des en adopción porque te pueden ayudar, te pueden dar una casa, puedes ir a vivir a una casa de acogida", o "en un centro de acogida, un tal, pero qué, dónde, cuándo...". Ellas siempre quieren saber un poco más" (Comad.Hosp.)

-Yo creo que sería conveniente que tuviéramos más información de las ayudas socioeconómicas. Al menos los titulares, para decirle a una mujer. Por ejemplo, una mujer quiere dar un crío en adopción, un embarazo no deseado que está convencida que lo quiere dar, y tú claro, no puedes cuestionar su decisión, tienes que apoyarla en la decisión, pero a la vez tienes que hacerle ver que es un paso muy duro, es renunciar completamente..., entonces creo que tendríamos que tener un poquito más de información de las ayudas porque yo sé que tiene que haber ayudas sociales, económicas, para mujeres maltratadas físicamente (Comad.Hosp.)

-Conocernos mejor, que es lo que me parece que estamos haciendo, porque no sabemos... yo personalmente no tengo ni idea de los recursos que se disponen para cuando hay una cosa así, y con el conocimiento pues viene un todo (Ped.Due.CS)

-La gente que trabaja con personas que pueden estar con riesgos, en el momento que se descubren tienes que tener ya muy incorporado y muy claro lo que tienes que hacer, o sea, ya tienes que saber qué mecanismos hay, a qué teléfono se puede llamar, qué gente trabaja allí, qué va pasar... (Ped.Due.CSAP)

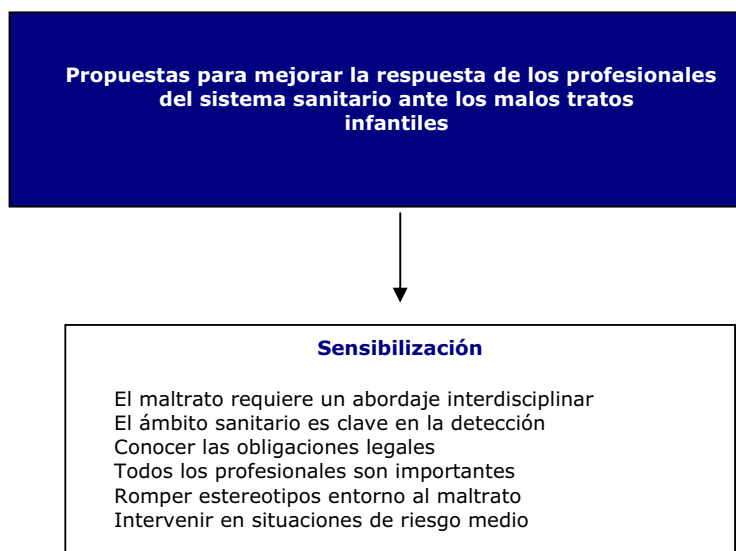
-Yo creo que mientras no mejore ese conocimiento, esa información, esa... Entonces es muy fácil: tal cual, un folleto, un cartel, un libro..., pero eso lo tienes incorporado. Como cuando a nosotros nos ocurre una cosa de una urgencia, puedes actuar porque lo tienes todo dentro. (Ped.Due.CSAP)

-Porque otras informaciones muy... yo creo que no estamos muy bien informados los profesionales de cómo y cuál es la red, sobre todo los jóvenes, los residentes. (Ped.Urg.Hosp.)

-En mi consulta privada ¿dónde está la asistente social?. Entonces es importante que yo tenga toda la información en mi consulta para dársela al padre no maltratador, al que quiera solucionar el problema para que sepa dónde ir ... Lo que te quiero decir es que habría que saber de todo en una consulta privada. Quizás más, porque en un centro de salud no lo tienes que saber tú porque lo sabe la asistente social. Pero en una consulta no, en una consulta tendrías que saber tú desde lo suave, empezar a funcionar con una trabajadora social, hasta lo más fuerte ... si quieres decir ¿cómo pongo una denuncia?. Bueno, "pues vas ahora mismo y la pones o directamente en el juzgado o en la policía nacional". Esa información somera habría que tenerla" (Ped.Urg.Priv)

-Creo que en las clínicas privadas esto no lo ven nunca, y puede que algún día les venga algún caso. Tendrían que tener un mínimo de información (Comad.Hosp.)

4.4.5. Sensibilización



Esquema 15. Sensibilización

Como se ha comentado en numerosas ocasiones, son muchos los profesionales de la salud que directa o indirectamente asisten a los niños. Es por ello que los entrevistados consideraron como prioritaria la sensibilización de todo el personal sanitario respecto al papel que juegan en la prevención, detección e intervención ante situaciones de maltrato infantil. Con ello, la respuesta del sistema sanitario mejoraría notablemente la calidad de su respuesta ante esta problemática.

Para ello, propusieron diferentes formatos: charlas, reuniones profesionales, información continuada mediante publicaciones, campañas gubernamentales en las que intervinieran profesionales cualificados, exposiciones, cursos, refuerzo de la campaña mediante pósters, trípticos, etc. Asimismo, propusieron que las campañas deberían estar diseñadas y divulgadas jerárquicamente: Gobierno, DGA, jefes de servicio, jefes de área, jefes de enfermería, etc.

Comentaron la necesidad que los profesionales de la salud sean conscientes de la importancia de un abordaje interdisciplinar en las situaciones de maltrato infantil, además de tener claro el protagonismo del ámbito sanitario en la detección de situaciones de riesgo, sobre todo desde los centros de atención primaria donde se realiza un seguimiento más cercano del niño y de su familia.

Todos los profesionales son responsables de la salud del niño, por lo que todos deberían conocer cuáles son las obligaciones legales que deben cumplir ante situaciones de desamparo o maltrato infantil.

Un tema clave destacado a la hora de planificar campañas de sensibilización tiene que ver con la ruptura de los estereotipos que rodean al maltrato infantil, ya que se tiende a contemplar sólo el maltrato físico, y hay predisposición a relacionar la figura paterna con los malos tratos, etc... Esto puede conllevar a no observar otro tipo de maltrato, de familias y de situaciones que también son maltratantes.

Finalmente, otro aspecto que abordarían los entrevistados en una campaña de sensibilización sería la importancia de realizar intervenciones en situaciones de riesgo medio. Es decir, no limitarse a evaluar y derivar a otros profesionales e instituciones los casos más graves. Y es que la clave de una buena prevención y protección está en una detección precoz.

Se presentan a continuación algunos ejemplos extraídos de las entrevistas sobre los que se basan estas afirmaciones. En ellos se detallan algunas de las intervenciones que pueden mejorar la respuesta del sistema sanitario a la problemática del maltrato infantil:

-Dar alguna charla o juntarse los profesionales y explicar un poco todos los aspectos del maltrato, que no es sólo pegar al niño; que también es descuidarlo (CSAP.Ped y Mir)

-Yo pienso que lo primero es la sensibilización del profesional de la sanidad, para que primero pueda detectar los casos (Sex.CPS)

-Desde el punto de vista de la gerencia de la Sociedad de Pediatría, también se puede hacer una información sobre el tema y los pediatras. Siembre que se ha tratado este tema a nivel Sociedad de Pediatría ha habido gente que ha publicado libros, se han publicado normas de actuación (CSAP.Ped y Mir)

-Esto tendría que partir desde arriba, y sensibilizar a la gente es muy difícil (Ped.ServLact.HMS)

-Sería una campaña con charlas, con intervenciones de profesionales cualificados y donde se abordasen realidades concretas sociosanitarias del problema. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Desde luego, para sensibilizar, en primer lugar una campaña de tipo gubernamental a través del Gobierno de Aragón, similar a la realizada frente al maltrato doméstico a la mujer, sería básica. Y eso se está viendo en los dos últimos años, la campaña que se ha hecho en esa temática está dando unos resultados fenomenales. (Ped.R.I.I)

-Entonces, esta sensibilización entraría dentro de lo que es la calidad asistencial. La calidad asistencial no es algo de marketing y desde el punto de vista técnico frío, sino desde un punto de vista humano en general, que incluya todos los aspectos: médicos, sociales... (Resp.Cald.Hosp.)

-Cada servicio puede influir y sensibilizar a través de sus jefes de servicio, jefes de enfermería, de los jefes de cada área terapéutica a todos los suyos. Puede haber reuniones conjuntas y por sectores dentro de cada servicio, en este servicio o en cualquiera dentro del hospital. (Resp.Cald.Hosp.)

-De una coordinación por parte de los estamentos del servicio, empezando por que el jefe del servicio promueva este tipo de conocimiento y sensibilización dentro de la gente que trabaja ahí. (Resp.Cald.Hosp.)

-Creo que ésta es una buena forma de sensibilizar, es decir, exponer una serie de dibujos de unos niños que han sufrido maltrato y diferentes tipos de maltratos, poderlos comparar con niños no maltratados. Esto te abre los ojos ¿eh?, esto te abre los ojos y te sensibiliza. Otro método, pues a través de vídeos. Hay instituciones que hacen vídeos sobre diferentes formas de tipos de maltrato, y eso, lo que te entra por los ojos pues... Te impacta más. (Ped.R.I.I)

-Es decir, las vías de información podrían ser múltiples, y probablemente un experto en marketing las especificaría mejor, pero desde luego, el que se te informe de las consecuencias de no detectar, no prevenir, no notificar a tiempo... a un niño maltratado, eso te tiene que hacer pensar muchas cosas. Entonces, cuando tú estás con el miedo de decir "jolín, me meto en este zancocho de notificar, de denunciar, de intervenir..." y pones una balanza, pues... saber con claridad cuales van a ser las consecuencias para ese niño, o no saberlo, o cerrar los ojos, pues te puede lanzar a actuar. (Ped.R.I.I)

-Yo empezaría, en un primer lugar, con un reclamo. El reclamo podrían ser los trípticos, pósters. El póster es un reclamo que hace centrar la atención sobre una imagen y dos frases significativas que te impactan y que te hacen pensar, pero sin dar mas información. Ese reclamo en forma de pósters deberían estar distribuidos en áreas clave de los diferentes centros sanitarios. El área clave se determinaría por los profesionales de ese centro en cada uno de los centros. Ellos sabrán mejor dónde esos pósters podrían estar colocados. (Ped.R.I.I)

-Una charla más que cursos,... unas sesiones (Ped.Urg.Hosp.)

-Creo que habría que trabajar la sensibilización a través de los distintos canales informativos que tenemos en los centros. (TS.CSAP)

-Sensibilizar a los profesionales implicados que atienden a la población infantil para facilitar la detección (TS.Hosp..2)

-Realizar algún tríptico o campaña sobre el tema (TS.Hosp..2)

-Se podría proponer el tema del maltrato infantil en algunas charlas. De hecho, una vez al año se reúnen en Formigal, organizan sesiones, trabajos de investigación, pero está centrado en problemáticas de adultos, que quizás sería un campo a abrir de trabajo. (DUE, Urg, Hosp.)

-Yo creo que se tendrían que hacer programas de sensibilización, que en un primer momentos tendrían que ser voluntarios. No se puede obligar y decir "vamos a hacer un programa de sensibilización de malos tratos" y obligar a que todos los administrativos y recepcionistas vayan (Ped.ServLact.HMS)

a. El maltrato requiere un abordaje interdisciplinar

-Y la actuación es difícil porque es una actuación interdisciplinar, y es difícil incluso en el abordaje del tratamiento, porque va a recibir unas técnicas también específicas y en el abordaje familiar. Para esto haría falta una buena campaña de información, (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

b. El ámbito sanitario es uno más en la detección

-Sensibilizar a los profesionales para que ellos sean capaces de detectar esos signos y síntomas, que en muchos casos son bastante claros (Sex.CPS)

-Yo creo que estar sensibilizados lo primero. Si es cierto que la monotonía... te acostumbras a la monotonía y ya se hacen los comentarios, pero los profesionales, hablo de todos los profesionales, no se sienten protagonistas de que pueden ayudar a que esto desaparezca o a que este niño tenga mejores condiciones (Ped.ServLact.HMS)

-Los profesionales de Atención Primaria se encuentran en una posición favorable para detectar niños en situación de riesgo. (TS.Hosp.2)

- Compromiso por razones éticas y legales. La responsabilidad como profesionales de la salud obliga a tomar una postura activa ante estos casos, no demorando su actuación o eludiendo el problema de pensar que son asuntos privados, por falta de tiempo, por miedo a futuras represalias del agresor, creencia irreal de cambio, predisposición negativa contra determinados grupos sociales,... (TS.Hosp.2)

-Cuál es su papel como profesionales de la salud (TS.Hosp..2)

c. Conocer las obligaciones legales

-Para eso el profesional tiene que estar sensibilizado y convencido de que tiene una función ahí, de que a ese niño le puede ayudar. No una función sólo, sino una obligación, que es el responsable de la salud de ese niño. Entonces, tiene que hacerlo (Ped.ServLact.HMS)

-En tercer lugar ¿qué plantearía?, perder el miedo a la denuncia, a lo jurídico. Creo que hay miedo, y muchas veces no se denuncian los malos tratos porque me meto en un barullo. (TS.CSAP)

-Todos los profesionales que tenemos algún contacto con los niños en nuestro trabajo deberíamos recibir formación sobre estos aspectos, ya que : (a) todos tenemos la obligación legal de denunciar los casos de maltrato y de hacer lo posible por proteger a la infancia(b) los profesionales de la salud deben saber que según la actual legislación, la protección del menor la asume un órgano administrativo que puede automáticamente asumir la tutela del menor sin intervención jurídica. En dicha legislación, sólo los fiscales tienen funciones de protección del menor y (c) dentro de esta responsabilidad se incluye la elaboración del informe médico y del trabajador social, que debe emitirse ante cualquier sospecha de maltrato, por lo que todo profesional que no declare esta situación incurre en motivo de delito. (TS.Hosp.2)

d. Todos los profesionales son importantes

-¿A quién podría avisar en caso de sospechas? Pues yo creo que al inmediato superior. El auxiliar al ATS, y el ATS al médico. Esto tiene que ser así. Otra cosa es que esa persona vea que su inmediato superior no le va a hacer ni caso. Esto también pasa. Y entonces piensa "para qué se lo voy a decir, si me va a decir, oiga..". (Ped.ServLact.HMS)

-Siempre puede haber en una reunión uno que la coordina, pero no necesariamente, en una reunión de todos los ámbitos tiene que ser el máximo el que coordina, puede ser otro el que coordine, o por lo menos que haya una igualdad y que todo el mundo dé su opinión y sea igual de válida. No porque sea el máximo el médico, diga esto, esto y esto. De hecho, se han recibido opiniones buenísimas del celador (Ped.ServLact.HMS)

-No. Jamás , y llevo muchos años, ha salido un pediatra para preguntar "¿has visto a alguien...?". Jamás. Eso sí que no me ha pasado nunca (Recep.HMI)

-A lo mejor a nivel general se podría hacer alguna sesión divulgativa, donde a enfermería o a auxiliares se les pudieran dar a lo mejor ciertas pautas, o señalar ciertos indicadores para que esas personas pudieran estar mas sensibilizadas a la hora de trabajar (TS.Hosp.)

-Concienciación de todos de la enorme importancia del tema (JUP.Hosp.-Soc.Ped)

e. Romper estereotipos entorno al maltrato

-No tenemos por qué tener referencia o tener una visión de que siempre la agresión es padre-hija. En absoluto. Hay que romper con esos tabúes, que realmente son también un tabú para nosotros, para los profesionales (Sex.CPS)

-Otra cosa es romper con los estereotipos clásicos. No sólo los maltratadores son los padres, el padre, el varón, sino que muchas veces

pueden ser las madres. Hay que atender tanto a los malos tratos físicos como psicológicos. Tanto a padres alcohólicos como madres alcohólicas, padres drogadictos como madres drogadictas, cosa que no se suele pensar. Una madre, por serlo, parece que tiene un estatus determinado y que no pueda actuar como una mala madre. (Sex.CPS)

-Pues en esa campaña que hemos dicho de información, subrayar lo que es la confrontación, partiendo de datos de información real. La confrontación con cifras con prevalencia, con dificultades diagnósticas, con dificultades de tratamiento y con la trascendencia de las secuelas psicofísicas que van a quedar, o sea, confrontar con la realidad del problema. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

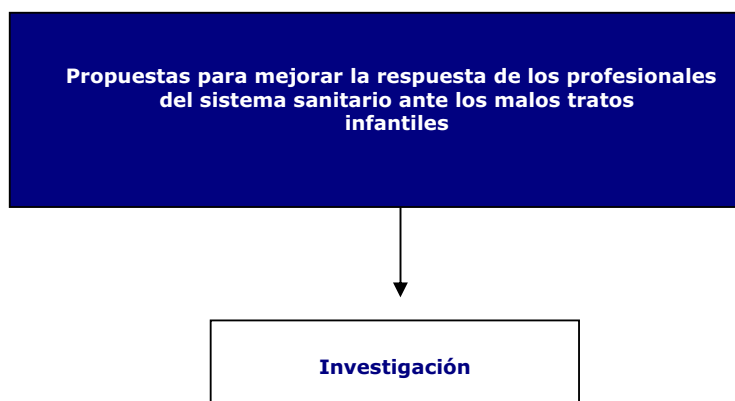
-Por eso, en cuanto al abordaje de otros profesionales que no son trabajadores sociales y que a lo mejor no tienen la preparación necesaria, pues en el sentido de que se pueden caer en prejuicios y se pueden transmitir sentimientos de culpa a los familiares que no se deben. (TS.Hosp.)

f. Intervenir en situaciones de riesgo medio

-Yo creo que se está haciendo bastante bien. Se hace informe de los niños, se habla con los padres... pero estos casos se nos pierden. Desde luego a la trabajadora social sólo se le mandan los muy extras, los casos que son realmente muy llamativos (Ped.ServLact.HMS)



4.4.6. Investigación



Esquema 16. Investigación

En esta sexta categoría se han recogido las propuestas que realizaron los profesionales respecto a fomentar y facilitar la investigación entorno al tema del maltrato infantil, y a la respuesta que debe dar el sistema sanitario.

Los entrevistados mencionaron investigaciones relativas al estudio de la realidad y al estudio de necesidades. Sus resultados deberían constituir sólidas herramientas para mejorar la calidad de las intervenciones en situaciones de desprotección o de maltrato infantil, dado que permitirían tener un claro conocimiento de la realidad, reflejarían las necesidades reales, justificarían la realización de actuaciones, facilitarían la adecuación de los recursos a las necesidades existentes y argumentarían la creación de otros nuevos.

Se presentan a continuación algunos ejemplos extraídos de las entrevistas sobre los que se basan estas afirmaciones. En ellos se detallan algunas de las intervenciones que pueden mejorar la respuesta del sistema sanitario a la problemática del maltrato infantil:

-Quizás también sería un campo a abrir de trabajo y de investigación, el tema del maltrato (DUE, Urg, Hosp.)

-Fomentar la investigación clínica del maltrato infantil en el ámbito sanitario. Creo que, a la larga, mejoraría también la intervención en estos niños. (Ped.R.I.I)

-"Y de esos 150 resulta que el 60% son del Barrio Oliver" bueno, pues desde luego, el plan de actuación de sensibilización debe estar al tanto de la problemática del equipo. Desde luego, tiene que ser de mucho mayor rango en las personas que trabajen en esa zona, que en los de la zona, digamos, Sagasta. (Ped.R.I.I)

-Adaptar los recursos a las necesidades. En el Barrio Sagasta, por poner este ejemplo, puede haber casos de negligencia flagrante y total, pero a lo mejor resulta que los pediatras del Centro Sagasta tienen que estar más al tanto para detectar el maltrato psicológico activo, de un niño que le están, digamos,... maltratando psicológicamente de forma activa o de forma pasiva porque sus padres son unos profesionales... no lo atienden, desde el punto de vista psicológico activo o pasivo, o por falta de atención o porque no se preocupan de él porque están súper-atareados con su profesión y su vida, o de otro tipo. (Ped.R.I.I)

-Para mí lo más importante sería que los recursos estuviesen adecuados a esas necesidades, que no se pongan los recursos sin necesidades y que existan necesidades y luego no haya recursos, o sea, creo que es muy importante para una institución (Ped.Due.CSAP)

-Claro que habría que estudiar primero las zonas para luego realizar las actuaciones. Exacto. Porque no todas las zonas van a necesitar lo mismo. Eso es lo que quiero decir, así que de ese tema ya no hablo nada más. (Ped.Due.CSAP)

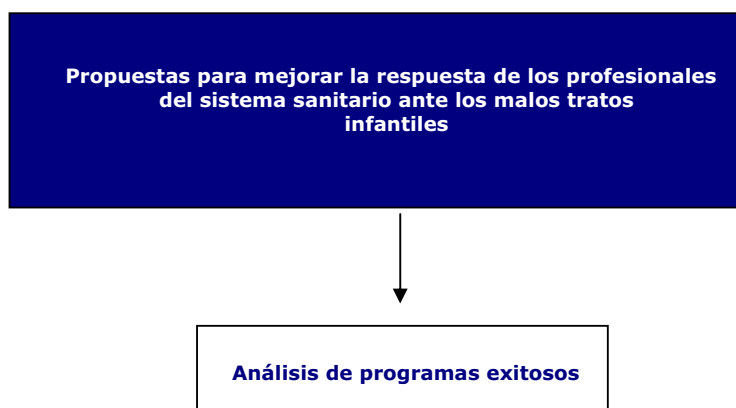
-Puesta en escena de la situación real. Mostrar el problema (JUP.Hosp.-Soc.Ped)

-Los equipos que trabajan muy bien el tema del maltrato infantil y que realizan buenas derivaciones habitualmente suelen ser hospitalarios, y creo que eso es debido primero a su formación (que en algunos casos es mayor por haber realizado estudios, publicaciones e investigaciones sobre el maltrato infantil) (Ped.R.I.I)

-Primero sería investigar, ver lo que pasa y dónde se podrían poner los puntos de atención y de detección. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)



4.4.7. Análisis de programas exitosos



Esquema 17. Análisis de programas exitosos

A nivel nacional e internacional existe una inquietud generalizada sobre la prevención de situaciones de desprotección y maltrato infantil. En este sentido, una propuesta que realizaron los profesionales entrevistados consistió en analizar experiencias que están teniendo éxito en otras Comunidades Autónomas o países, y adaptarlas a la realidad de Aragón.

Estas nuevas referencias permitirían adaptar las "buenas prácticas" que se están llevando a cabo en otros lugares y que mejoran la respuesta que el sistema sanitario da a la problemática del maltrato infantil. Para ello, los entrevistados propusieron analizar y adaptar las actuaciones que se están realizando, las herramientas y materiales que utilizan, así como los planes, programas y proyectos existentes.

Se presentan a continuación algunos ejemplos extraídos de las entrevistas sobre los que se basan estas afirmaciones. En ellos se detallan algunas de las intervenciones que pueden mejorar la respuesta del sistema sanitario a la problemática del maltrato infantil:

-Añadir que se tienen experiencias en otros países y en otras comunidades, en Madrid por ejemplo, que se han puesto en marcha programas específicos que están dando buen resultado. Siempre es importante contar con la experiencia previa de... tener otras referencias, por supuesto. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Joaquín de Paúl, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento, de la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco (E.U.Enf)

-He podido consultar que la hoja de notificación actual que hay de malos tratos diseñada en la Comunidad de Madrid está dando excelentes resultados. (Ped.R.I.I)

-El Programa Gioconda es un programa de la Fundación Rey Ardid, en conexión con una red Europea, dirigido en concreto al Abuso Sexual. Entonces, es un programa de formación de profesionales, pero una vez completada la formación, ahí se ha quedado la cosa. (Ped.Due.CSAP)

-Protocolo del niño maltratado. Elaborado por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Recoge en el protocolo de 0 a 14 años. (TS.Hosp..2)

-Hay un protocolo específico implantado en la Comunidad de Canarias. (TS.Hosp..2)

-Igualmente conozco algunas publicaciones específicas sobre el tema: MARTINEZ A.; DE PAUL, J Martínez A, De Paúl J. "El papel de los distintos profesionales: personal sanitario-pediatra, en Maltrato y abandono en la infancia". Barcelona: Ediciones Martínez Roca;1993. , OLIVAN GONZALVO G. et al. "Actitudes de los pediatras frente al maltrato infantil en Zaragoza". Bol Soc Pediatr Arag Rioj Sor 1993;23(3):69-72. , OLIVAN GONZALVO G. "Indicadores de Maltrato Infantil". 28/10/01. Disponible en www.fisterra.com/guias2/maltrato.htm (TS.Hosp..2)



4.4.8. Ampliación / creación de nuevos recursos



Esquema 18. Ampliación / creación de nuevos recursos

En esta categoría se recogen las propuestas de ampliación o creación de nuevos recursos sanitarios y sociales que transmitieron los profesionales entrevistados.

En primer lugar, sugirieron que el sistema sanitario debería ampliar la oferta hospitalaria de pediatría. Y es que en algunos hospitales no existen servicios o unidades especializadas en pediatría, por lo que sólo reciben a los menores de forma puntual y complementaria a los Centros de Atención Primaria. En estos hospitales no existe la posibilidad de hospitalización y deben derivar los casos graves a hospitales con mayor cobertura.

Consideraron también necesaria la ampliación del servicio de Trabajo Social en el sistema sanitario, y opinaron que es necesario apoyar a las Unidades de Trabajo Social dotándolas de medios de formación y capacitándolas para coordinar actuaciones ante situaciones de sospecha o maltrato. Defiendieron la necesidad de incorporar en los hospitales a trabajadores sociales de forma más continua –la jornada laboral de éstos es de lunes a viernes y, en algunos hospitales, sólo en horario de mañana, coincidiendo con los horarios establecidos en los Centros de Atención Primaria-. También consideraron necesario incorporar esta figura a las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.

De igual modo, comentaron que es necesaria la ampliación de la asistencia psicológica en algunos hospitales –contemplando la posibilidad de ampliar su asistencia en horario nocturno-, y la dotación de DUEs especializadas en pediatría –proponiendo la creación de una especialidad al igual que existe en medicina-.

También resaltaron el interés de promover recursos preventivos a nivel familiar –potenciando la cultura del cuidado del niño mediante la educación de los padres, antes y después del nacimiento-. En ello, los Servicios de Atención Primaria deberían tener un papel destacado. Asimismo, mencionaron la importancia de apoyar a las familias con niños con problemas de salud mental o física.

En cuanto a infraestructuras, los profesionales de la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil a los que se entrevistó hicieron referencia a la necesidad de dotación de salas de juegos/observación en pediatría, así como de puntos de encuentro. También propusieron algunos cambios arquitectónicos que facilitasen el acercamiento a las familias y al niño.

Los entrevistados sugirieron, además, la ampliación de recursos sociales, y consideraron fundamental incrementar el número de educadores de familia y de educadores de calle. También sugirieron potenciar la intervención en los domicilios y en las cárceles, así como la creación de instituciones o residencias de acogida para los niños.

Los entrevistados también comentaron que la observación, evaluación e intervención ante situaciones de maltrato infantil, requiere tiempo. Dotar a los profesionales de más tiempo de dedicación a estos niños y a sus familias, posibilitaría la detección precoz de situaciones de riesgo o de maltrato evidente.

Por otro lado se recogió la propuesta de creación de recursos que mejoraran la coordinación profesional e institucional. Con este fin, mencionaron la creación de la figura de un Coordinador Sanitario para situaciones de maltrato infantil; de un Coordinador General del SAS o IASS; de una Comisión de Expertos o profesionales cualificados que abordara el tema del maltrato infantil y la creación de Unidades Sociosanitarias.

Para facilitar esta coordinación profesional e interinstitucional, los entrevistados opinaron que sería útil la creación de una base de datos en la que estuvieran registrados todos los casos de riesgo y de maltrato.

Otro punto al que hicieron alusión los entrevistados fue el uso de las nuevas tecnologías. Sugirieron dotar a los profesionales de un mayor número de equipos informáticos, y opinaron que se debería crear una página Web sobre Maltrato Infantil, a la que pudieran acceder los profesionales para el intercambio de información y ampliación de conocimientos.

Para finalizar, propusieron la creación de un teléfono de información sobre maltrato infantil accesible a los profesionales. Este teléfono podría informarles y orientarles a la hora de tomar decisiones legales, sociales, etc.-.

Se presentan a continuación algunos ejemplos extraídos de las entrevistas sobre los que se basan estas afirmaciones. En ellos se detallan algunas de las intervenciones que pueden mejorar la respuesta del sistema sanitario a la problemática del maltrato infantil:

a. Ampliar la oferta hospitalaria de pediatría

-Que esta consulta llegara a ser un servicio de pediatría.... En este Hospital todavía falta que se cree un servicio de pediatría en condiciones. (DUE, Urg, Hosp.)

-Está dentro de las Urgencias, pero que se incluya en el Hospital. O sea, esta consulta atiende a los niños en un horario de cinco de la tarde a siete de la mañana siguiente, que sería toda la atención continuada para que se cierre el ciclo de las veinticuatro horas. En los centros de salud se empezaría a las ocho y sería a lo mejor hasta las cuatro o las cinco de la tarde. (DUE, Urg, Hosp.)

-Yo diría que habría que tener más información, informar más a todos los componentes del hospital. Al existir esta pequeña consulta de pediatría, lo que estaría bien es que esta consulta llegara a ser un servicio de pediatría... pues, en condiciones, lo que correspondería a un hospital que atiende a una área de salud de Zaragoza (...) En este

hospital todavía falta que se cree un servicio de pediatría en condiciones. Con respecto a los trabajadores, información, el ser más sensibles para detectar problemas en los niños. (DUE, Urg, Hosp.)

-Al no existir un servicio de pediatría en el hospital, ni una hospitalización (refiriéndose al ingreso de niños), pues creo que mis compañeras que trabajan en otras plantas tampoco sé si llegan a sentir la necesidad de controlar el tema éste de niños. Quizás si estuviera el servicio de pediatría... Sí que existe relación del servicio de urgencias y el hospital pensando en el tema de los adultos. En el tema de niños falta la hospitalización, que se derivaría al Miguel Servet. (DUE, Urg, Hosp.)

b. Ampliar el servicio de trabajo social

-En este Hospital, sólo hay una trabajadora social, aquí en el infantil (Ped.ServLact.HMS)

-Habría que apoyar las unidades de trabajo social y dotarlas de medios de formación y de capacidad de coordinación de todos estos temas. (Ped.Due.CSAP)

-Sería necesario aumentar el personal de trabajo social en el hospital, porque nosotros tenemos la dificultad de que trabajadora social hay actualmente en horario de mañana exclusivamente, que esto es de lunes a viernes, y para el materno infantil, toda la maternidad, toda hospitalización, toda la unidad de urgencias... Entonces claro, el tener nosotros una accesibilidad mejor. Ella atiende a nuestras llamadas pero a veces no de manera inmediata, porque no la localizas inmediatamente. Y luego una cosa muy importante: ¿dónde están las tardes-noches, los festivos, puentes...?. El paciente no consulta habitualmente en horario de centro de salud, que es por la mañana. (Ped.Urg.Hosp.)

-Tampoco tenemos personal de trabajador social dentro de nuestro equipo. Es muy pobre, muy parco, y más para infanto-juvenil. Estamos hablando de una dejación en este sitio de recursos con respecto a lo que puedan tener en Asturias, Galicia y Castilla la Mancha (USMIJ)

-A mí me da la impresión de que las asistentes sociales están a tope. Yo no sé si todo lo que ellas pueden hacer... eso ya sería meterme en otro terreno. A nosotras todas las cosas que les decimos nos atienden. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

c. Ampliar asistencia psicológica

-Quizás tendría que haber también un psicólogo en el hospital, que creo que no hay (DUE, Urg, Hosp.)

-Aumentar el apoyo psicológico por la noche en maternidad (Comad.Hosp.)

d. DUEs especializadas en pediatría

-En el servicio de pediatría de este hospital trabaja un pediatra y residentes en pediatría, y quizás debería de haber una especialización también de una enfermera en pediatría, o un grupo de enfermeras que se especialicen más en el tema de infancia (DUE, Urg, Hosp.)

e. Aumentar la prevención

-Lo que está claro es que lo que es la prevención hay que hacerla, eso está clarísimo, y además esa prevención no sería solo para los

físicos, sería en general (Ped.Due.CSAP)

-Actualmente, la mayor parte de la detección se realiza desde el tercer nivel de prevención, y considero que sería de vital importancia el poder hacer una detección precoz de los casos. Un caso detectado precozmente ofrece mas posibilidades de intervención a nivel familiar y, por tanto, más probabilidades de tener éxito con dicha intervención y, por tanto, podrían evitarse situaciones de desamparo y sus posibles consecuencias: perjuicio o daño para el menor, separación familiar, internamiento en centros,... (TS.Hosp.2)

-Los Servicios de Atención Primaria (AP) tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil, al ser los únicos servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado las familias en un periodo de edad en el que es especialmente vulnerable (menores de 5 años de edad). (TS.Hosp.2)

f. Aumentar la prevención en el embarazo.

-Si se hiciera prevención, al menos en el embarazo (Ped.ServLact.HMS)

-Hay protocolos de educación sanitaria y educación materna (Comad.Hosp.)

g. Educación de padres

-Yo ahora no lo sé, lo que sí sé es que por ejemplo hay una cosa que he recogido en la Ley del Gobierno de Aragón de Salud del Niño y del Adolescente, y es que la educación de los padres en todos sus tramos no está lo suficientemente cubierta, o sea, que no se está haciendo lo suficiente y que hay muchas necesidades en ese sentido. (Ped.Due.CSAP)

-Una verdadera asesoría para los padres. (Ped.Due.CSAP)

-Pero eso está en la Ley de Salud... o sea, que los padres tenemos derecho a... Por lo tanto el Gobierno de Aragón debe de disponer de los recursos para que ese derecho se haga... de hecho es la obligación, vamos. (Ped.Due.CSAP)

-Yo pienso que eso es también un poco falta de cultura sanitaria a los padres. Son padres y nos se les da... para enseñar a estos padres. A lo mejor en atención primaria... alguna charla. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Sería cultura sanitaria. También sería obligación nuestra hacerlo. Hay madres que te lo admiten, hay madres que no. (Sup.DUE.U.Lact.Hosp.)

-Hay que hacer educación sanitaria desde atención primaria, sobre todo porque por sus diferencias culturales puede que no tengan fe en nuestra medicina, no conocen nuestra medicina (TS.Hosp.)

h. Apoyo a familias con niños con problemas de salud mental o física

-Vamos a hablar de atención a familias, de necesidades educativas para familias en concreto, y atención a personas que tienen niños con enfermedades crónicas y que están en riesgo de maltrato. Por ejemplo los prematuros. Ahora hay más prematuros con menos de

mil quinientos gramos... estaremos previniendo el maltrato si facilitamos la atención a esos niños. A los minusválidos... pues bueno, todo esto. Yo creo que es un campo enorme en cuanto a lo que es la atención sociosanitaria. (Ped.Due.CSAP)

-En este caso por el que se rigen los padres: "Bueno, yo quiero a mi hijo pero no lo quiero así. No acepto a mi hijo, porque tiene un problema comportamental o conductual y yo no puedo con él, ahora ya se me rebela con doce años, no me obedece y cuando yo estoy desbordada como padre o madre, le doy un bofetón". El niño está aprendiendo que la única forma de conseguir ciertos objetivos es también devolver el bofetón, porque no se le ha enseñado otro tipo de áreas conductuales que nos permitan resolver los conflictos a través del diálogo o del respeto. (TS.CSAP)

-Los padres lo primero y más difícil es aceptar "tengo un hijo con problemas". Que cuanto mejor preparación tengamos como padres, una formación,... vamos a partir de que con esas dificultades lo quiero y lo respeto, empezamos a hablar un idioma próximo. (TS.CSAP)

i. Salas de juegos/observación en pediatría

-Aquí, cuando vinimos (que después no se le ha dado ninguna utilidad), como un pequeño jardincito o espacio de niños de pediatría para cuando están esperando, que puedan jugar. Como lugar de observación podría ser. Pero lo que conozco no funciona como tal, no hay nadie para observar. (USMIJ)

-Necesitaríamos todos los recursos que no tenemos para nuestro trabajo, por ejemplo necesitaríamos una estructura como tiene el Servicio Infanto-Juvenil de la DGA de Teruel, que se diseñó específicamente para esto (USMIJ)

-Aquí hay mucha queja en contra de la administración, en procedimientos. Porque es lo que ya se aprobó en los planes del año 1990 para dotaciones de equipamientos de áreas de observación, como ya te digo que están en Teruel: una sala de juegos, una sala para observación, con espejos, con cámaras para poder grabar a las familias y todo esto... Por lo que sea se ha pensado que no es interesante eso (USMIJ)

j. Puntos de encuentro

-Está el punto de encuentro, que yo hasta hace poco no sabía que existía. Yo no creo que haya ni coordinación, ni comunicación, y que son casos además muy complejos, porque ya hay una patología parental importante y que son crías muy pequeñas, que hay mucho que hacer y de muy difícil abordaje (USMIJ)

k. Cambios arquitectónicos

-Pues probablemente sería un acercamiento físico ¿no?, de que no hubiese el impedimento de una ventanilla. Y a lo mejor así el primer contacto con el familiar y el niño sería ver cómo llega la gente, ¿cómo está el niño?... eso sí que podría ser... (Ped.Urg.Hosp.)

-Porque la sala de espera no tiene observación sanitaria. (Ped.Urg.Hosp.)

l. Ampliar el número de educadores de familia

-Y luego otra cosa que yo echo en falta y que creo que ayuda menos respecto a lo... en fin estoy hablando de hace años, hace doce o trece años, es el... lo que son los educadores de familia. Yo creo que en un

momento se vinieron abajo los programas y que se empezó a dedicar mucho menos presupuesto a este tipo de recursos, y que hay, pero que yo creo que hay menos de los que había hace algunos años. Y que en algunos casos de familias muy desestructuradas, pues van bien. (Ped.Due.CSAP)

m. Aumentar el número de educadores de calle

-Y en la calle, en algunos sitios... Sí, en el Barrio Oliver, por ejemplo, es muy necesario que haya recursos en la calle, porque donde están los niños es en la calle, y yo en la consulta que tenía... los oía y además los veía, y sabía que no habían ido al colegio ni ayer ni anteayer, y están todos en la calle. Yo creo que también es necesario adaptarse a ese tipo de población. (Ped.Due.CSAP)

n. Aumentar la intervención a domicilio

-Bueno, no lo hemos dicho pero realmente en la literatura científica, realmente, lo que sí se ha comprobado que una medida, pues muy sencilla, como es la visita de una enfermera a domicilio (que aquí no lo hacemos pero que se hace una cosa muy equivalente con todo el programa de lactancia materna), es eficaz en la prevención del maltrato, pero eso se sabe de hace muchísimos años. (Ped.Due.CSAP)

ñ. Intervención en cárceles

-Las cárceles... a mí se me ha ocurrido pensar que hacer una intervención de prevención en la cárceles sería perfecto. (Ped.Due.CSAP)

o. Instituciones o residencias que acojan a niños

-Y desde luego yo creo que faltan instituciones o residencias que sean capaces de acoger a estos niños en condiciones. Faltan medios, faltan recursos tanto materiales como humanos (Sex.CPS)

p. Tiempo

-De lo que carecen los profesionales casi siempre (tiempo). Yo nunca he tenido ese problema en el Provincial, me organizaba yo, teniendo todo el tiempo. Y aquí, estando dentro del Materno Infantil, también tienes tiempo. Otra cosa son los centros de salud, son los que tienen menos tiempo y es fundamental. (Ped.ServLact.HMS)

-Hay que poner recursos, no se puede hacer trabajar siempre a los mismos, y sobrecargarles además de... es decir, ese coordinador de centro no va a estar trabajando exclusivamente para este tema, pero por supuesto, hay que repartir la faena entre las diferentes personas de los servicios, y por supuesto para eso hay que dar recursos, y entre los recursos está el tiempo, es decir, esto no implica una tarea más aparte de la que ya hacías, pues si no el proyecto fracasará. (Ped.R.I.I)

-La diferencia entre la seguridad social y las consultas en este tipo de estructuras es diametral. Entonces claro, aquí hay un trato más personalizado pero con menos medios directos. En la seguridad social el trato no es tan personalizado. Claro, yo no sé cuál es mejor de los dos, pero se hace describir mucho mejor un sitio de éstos (Ped.Urg.Priv)

q. Crear figura de Coordinador Sanitario para situaciones de maltrato infantil

**Ver apartado de coordinación intraservicio.*

r. Crear figura de coordinador general del SAS e IASS

-En el SAS, en el Servicio Aragonés de Salud, pues que el SAS a través de la gerencia pusiera en marcha estos coordinadores responsables de maltrato infantil en cada centro o servicio. Y la existencia de un coordinador general dentro del SAS de maltrato infantil. Que podíamos tenerlo... "pues ¡oye! tienes aquí la red de centros de salud, cada centro de salud tiene un responsable o coordinador de esa temática, que se pueden comunicar entre ellos para contarse sus experiencias, sus protocolos...", sus "¡oye! que ha ido esta familia que sabemos que el padre es alcohólico y que los tenemos en vigilancia porque... hemos visto ya al niño... que no lo traen o lo han traído con una lesión... y sabemos que se ha ido a tu barrio". Y que todos ellos pudieran dar una información a un coordinador general dentro del SAS. (Ped.R.I.I)

-En el IASS lo mismo: la puesta en marcha de un servicio de coordinación general del tema de maltrato infantil, que ya existe. Porque digamos que tiene la competencia, pero para el ámbito sanitario, con un coordinador general sanitario. Es decir, que dentro del IASS con toda su infraestructura, tuviera alguien que estuviera interconectado directamente con ese coordinador del SAS. (Ped.R.I.I)

-Una comunicación directa entre el coordinador del SAS y del IASS (Ped.R.I.I)

s. Crear bases de datos en los centros sanitarios

**Ver en coordinación intraservicio*

t. Creación de una comisión de expertos

-Yo pienso que ahí habría que crear una comisión de profesionales cualificados. Una comisión de expertos que abordase específicamente este tema, no sólo en cuanto a diseñar actuaciones, sino precisamente también para coordinar desde información hasta intervenciones concretas. Una comisión de expertos. (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

u. Unidades sociosanitarias

-Aquí se va a crear una unidad sociosanitaria, en la que en cada servicio habrá un representante médico del área sociosanitaria. Y también yo estaré en contacto con ese grupo en el cual están las trabajadoras sociales. Ése es el sitio donde debe de realizarse ese trabajo, tanto desde el punto de vista de que haya protocolos que puedan ser utilizados en los servicios de urgencias y en los servicios hospitalarios, y sean ellas las que lo canalicen y lo analicen y lo estudien conjuntamente y saquen conclusiones. Y la reacción tanto dentro del hospital como fuera. (Resp.Cald.Hosp.)

w. Potenciar el uso de Internet

-No sé si ahora en todos los centros se dispone de... sé que todos los centros tienen ordenadores, pero tampoco sé si disponen de Internet. Eso ya no lo sé. Pero si no lo disponen, a la larga dispondrán, porque se van a comunicar entre ellos así, es decir... Es una herramienta básica. (Ped.R.I.I)

x. Página web

-Yo creo que una página Web formativa e informativa, que podría ser la misma. Una página Web que informa y dentro de la misma página Web su parte formativa, porque no tienes porque hacer dos, puedes hacer una con su parte informativa y después con su parte for-

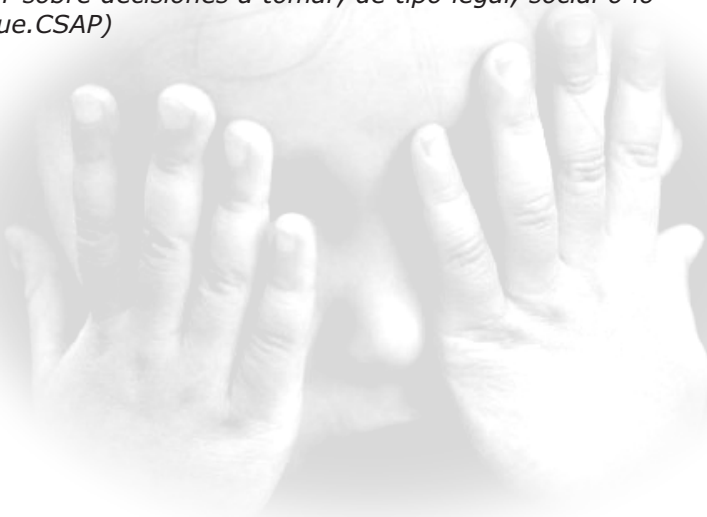
mativa para el que quiera profundizar. Y esa página Web, alojada en el servidor del Gobierno de Aragón ya fuera en el apartado del Instituto Aragonés de Servicios Sociales o en el apartado del Servicio Aragonés de Salud, o en ambos, para que cada uno de los profesionales pudiera acceder a través de la vía de Internet. Por supuesto, habría que informar a través de póster y de trípticos etc. avisando a los profesionales "tenéis a través de ésta dirección [http...](http://...) una página Web informativa y formativa localizada en el portal del Gobierno de Aragón del SAS o del IASS". Ese profesional puede ir ahí a consultar, a informarse y a formarse. Y ¿por qué no? A través de ahí se podría hacer incluso una notificación, correos electrónicos, comunicación de unos responsables a otros, etc., etc. (Ped.R.I.I)

- "Bajables... maltrato infantil, signo de sospecha del abuso sexual... pdf, bajable" y ese artículo que te lo han podido traer en mano, pues muchas veces sabemos que el artículo va a la basura, mientras que ahí lo tienes alojado... Porque si realmente tienes interés lo coges... Porque es lo de siempre, efectivamente, es decir, ahí estará alojado siempre, digamos que es una biblioteca virtual que ahí estaría ese artículo para consulta... Ahí lo tienes bajable para... no tienes que ir ni a la biblioteca a buscar información. (Ped.R.I.I)

- Servicios a través del IASS y del SAS: pues la creación de un servicio responsable de la gestión informativa y formativa para los profesionales sanitarios, es decir, un servicio de personas que gestionara esa supuesta página Web de Internet, que gestionara esos artículos que quieres poner para que sean bajables, esas charlas (quién las va a dar, qué contenido se va a dar, a quién se va a dar). Es decir, un servicio, ya fuera del IASS, del SAS o conjunto, que gestionara digamos la información y la formación que se va a dar. (Ped.R.I.I).

y. Teléfono de información

- Yo creo que eso es una medida básica con respecto a los profesionales e insistiría en que hubiera, pues eso, un teléfono en el que pudiera ser accesible durante todos los días, con alguna persona que fuera capaz de coordinar este tipo de asuntos e incluso con capacidad para orientar sobre decisiones a tomar, de tipo legal, social o lo que sea. (Ped.Due.CSAP)



4.4.9. Mejoras a nivel social



Esquema 19. Mejoras a nivel social.

Para finalizar, se recogen en esta última categoría propuestas que van más allá de la intervención meramente sanitaria. El maltato infantil es un problema que tiene su origen en variables pertenecientes a diferentes niveles –individual, familiar, social y cultural-. Si tomamos el tercer nivel, vemos que existen factores de riesgo en nuestra sociedad que hacen que aumente el riesgo de que en determinadas familias se generen relaciones violentas. Si nuestra sociedad se propone como objetivo erradicar el maltrato infantil, deberá de tener en cuenta estos factores de riesgo y planificar propuestas para disminuirlos. Y ello implica cambios en diferentes ámbitos: sociales, económicos, vivienda, trabajo, salud, etc.-.

Los profesionales entrevistados comentaron que la calidad de vida de las familias que componen la sociedad es un factor protector clave a la hora de prevenir situaciones de desprotección y de maltrato infantil. En esta línea de prevención primaria, mencionaron algunas propuestas de cómo dotar a la sociedad de más recursos sociales y sanitarios. También consideraron importante promover valores familiares y educativos normalizados en familias y niños desde las escuelas y centros de tiempo libre.

Aludiendo a la prevención secundaria, los entrevistados comentaron que sería apropiada, para prevenir situaciones de maltrato infantil, la realización de campañas de sensibilización poblacional, semejantes a las que ya se han realizado para temas preventivos de drogodependencias, accidentes de tráfico, violencia de género etc...

Por último, y de lleno en la prevención terciaria, consideraron esencial mejorar el funcionamiento del ámbito judicial en situaciones de maltrato –acelerando la resolución de los casos y proporcionando información sobre el estado del mismo a los profesionales implicados en la notificación-.

Se presentan a continuación algunos ejemplos, extraídos de las entrevistas, sobre los que se basan estas afirmaciones. En ellos se detallan algunas de las intervenciones que pueden mejorar la respuesta del sistema sanitario ante la problemática del maltrato infantil:

- Las mejoras deben ser más a nivel social que a nivel sanitario... Lo que habría que conseguir son a nivel social mejoras de calidad de vida, que hace que se produzca el maltrato (CSAP.Ped y Mir)
- Incluir el trato normal del niño en todos los sistemas educativos y de ocio (JUP.Hosp.-Soc.Ped)
- Se trata de llegar a las conciencias y esto debe empezar desde la guardería, escuela, familia. Educación + Humanidad + Leyes (JUP.Hosp.-Soc.Ped)

-Sensibilización de la sociedad en general. En primer lugar habría que hacer una campaña dirigida a la población en general, porque es un tema importantísimo, como se puede diseñar una campaña para prevenir las toxicomanías, o para prevenir los trastornos de la conducta alimentaria, o para prevenir los accidentes de tráfico... (Psic.Inf.Juv.Hosp.)

-Trabajar a la sociedad de que el maltrato a un niño es terrible y no se va a tolerar (JUP.Hosp.-Soc.Ped)

-Y luego me parece muy importante el que haya más recursos en el ámbito sociosanitario en la zona, desde el punto de vista de tiempo libre, como hablábamos... dirigidos a niños no maltratados, pero que están en riesgo de maltrato. O que están en otro tipo de riesgo: de tipo psicosocial, de fracaso escolar, de riesgo de adicciones, y tal. (Ped.Due.CSAP)

-Creo que es de toda la sociedad. Yo escucho a muchas mujeres que hace diez años no se atrevían a hablar de ellos y que hoy se atreven a hablar que sufren violencia de género. Pues creo que un tema importantísimo es en los centros escolares. En el colegio había una especie de trabajo de valores, de instruir al niño para que sea una persona responsable cuando vea al compañero a otro niño que está sufriendo algún tipo de maltrato, de violencia. (TS.CSAP)

-Y luego es desesperante el funcionamiento de la justicia. Esto hay que decirlo también. Cuando hay casos de maltrato o de posible maltrato que están en el juzgado, pasan años y años que los casos no se resuelven. A lo mejor es difícil resolverlos, y mientras tanto tú sigues viendo al niño que sigue estando expuesto exactamente a una serie de riesgos... Y al final, uno tiene dudas de si esa intervención ha sido realmente eficaz. Yo tengo un caso de posibles maltratos en el juzgado y que lleva exactamente no sé si cinco o seis años pendiente de resolución (Ped.Due.CSAP)



4.5. RESULTADOS

A través de esta Parte II de la investigación se han tratado de conocer las propuestas de mejora para la intervención ante situaciones de maltrato infantil por los profesionales del ámbito sanitario. Se entiende por estas "propuestas de mejora" aquellos cambios que deberían darse en el sistema sanitario a diferentes niveles – profesionales, servicios, estructuración de los servicios, gestión del presupuesto, organización del personal, etc.- para mejorar la respuesta que han de dar las instituciones sanitarias al problema del maltrato infantil.

En otras palabras, se han tratado de encontrar respuestas a preguntas como ¿qué necesita cambiar el sistema sanitario de Aragón para mejorar la coordinación dentro de sus servicios?, ¿y para mejorar la coordinación con otros servicios?, ¿cómo deberían planificarse las campañas de formación, información, sensibilización de los profesionales?, ¿qué contenidos deberían incluir?, ¿qué instituciones deberían participar en la planificación e implementación de estas mejoras?, etc.

Además de la alta sensibilización con el maltrato infantil, es necesario mencionar también la gran cantidad y calidad de las respuestas obtenidas. Gran parte de los entrevistados habían preparado sus respuestas con antelación, por lo que ofrecieron numerosas propuestas de mejora, tanto a realizar dentro de sus centros de trabajo como en otros centros/instituciones, o en el sistema sanitario global. Es decir, los profesionales entrevistados propusieron una gran cantidad de ideas útiles para mejorar la detección, evaluación, intervención, coordinación y derivación de las situaciones de maltrato infantil. Su alta sensibilización ha quedado plasmada en sus respuestas.

Al igual que en la Parte I, también se diseñó un esquema integrador para organizar las propuestas de mejora aportadas por los profesionales. La categorización resultante consiste en una estructura de 9 categorías, que son: (1) coordinación dentro de cada servicio; (2) coordinación interinstitucional; (3) formación; (4) información; (5) sensibilización; (6) investigación; (7) análisis de programas exitosos; (8) ampliación/creación de nuevos recursos y (9) mejoras a nivel social. Así mismo, para la confección del esquema de las categorías se realizaron varias modificaciones hasta conseguir una estructura definitiva, sencilla y completa, que diera forma a los resultados obtenidos.

De los resultados obtenidos, podemos destacar que la mayoría de las propuestas comentadas por los profesionales van orientadas hacia una misma línea. Por ejemplo: necesidad de mejorar la coordinación tanto entre los profesionales que trabajan dentro de un mismo servicio como entre las diferentes instituciones sanitarias o de otra índole –sociales, educativas, tiempo libre, judiciales, etc.-. La necesidad de planificar y dotar de medios –humanos, temporales y materiales- para la formación, sensibilización e información también ha sido una constante en las propuestas de todos los entrevistados. Ha habido una opinión común en cuanto a la necesidad de potenciar la investigación y el análisis de programas exitosos que se están llevando a cabo en otras comunidades autónomas y países; y han hecho llegar muchas propuestas concretas para la ampliación de los recursos existentes o la creación de otros nuevos. Además, todos los entrevistados mencionaron que estos cambios deben ser apoyados e implementados desde las instituciones administrativas de nivel superior –Ministerio, Diputaciones, Consejerías, Institutos, etc.-. Y otro punto sobre el que ha habido unanimidad entre los profesionales entrevistados, es la necesidad de cambios integrales en la sociedad si se quiere disminuir el problema social del maltrato infantil. Los cambios en el ámbito sanitario han de quedar incorporados en cambios integrales en los que estén implicados otros ámbitos.

Respecto a cómo implementar algunas acciones mencionadas en el párrafo anterior, se han encontrado algunas divergencias entre las propuestas de los profesionales. Por ejemplo, a pesar de que prácticamente todos los profesionales mencionaron la idoneidad de

diseñar un protocolo de intervención interinstitucional para detectar y notificar situaciones de maltrato infantil, existen diferentes propuestas sobre cómo debería ser este protocolo y quién debería diseñarlo. Unos profesionales consideraron que debería ser un protocolo realizado a nivel nacional, común a todas las comunidades autónomas; mientras que otros consideraron que debería ser específico de cada comunidad autónoma. Unos consideraron que deberían ser impuestos desde instituciones externas, mientras que otros defendieron un protocolo construido contando con la opinión de los profesionales que lo van a tener que implementar.

También se han encontrado posiciones contrarias respecto a la formación de los profesionales del ámbito sanitario en temas de intervención ante situaciones de maltrato infantil. Existe bastante acuerdo respecto a los temas sobre los que debería ir enfocada la formación. Sin embargo, no existe tanto acuerdo respecto a quiénes deberían recibir dicha formación. Mientras que unos defendieron la importancia de formar a todos los profesionales, otros propusieron que la formación debe ser voluntaria, ofreciendo formación únicamente a quienes quieran realizarla.

Se resumen a continuación los contenidos de cada una de las 9 categorías en las que se han agrupado las propuestas aportadas por los profesionales:

1. "Coordinación dentro de cada servicio". Los profesionales entrevistados destacaron la importancia de compartir la información, planificar intervenciones comunes y tomar decisiones conjuntamente, como puntos clave de una buena detección, evaluación y derivación de situaciones de maltrato infantil. Y es que todos los profesionales que trabajan dentro del ámbito sanitario –Pediatras, DUEs, auxiliares, administrativos, celadores, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, etc.– pueden participar en la mejora de la respuesta ante situaciones de maltrato infantil. Cada uno de ellos, desde su ámbito de trabajo, su formación, sus competencias y sus limitaciones pueden aportar un granito de arena en la detección, intervención, coordinación o derivación de los niños y sus familias. En esta línea, ha habido unanimidad entre los entrevistados respecto a la importancia de potenciar la coordinación y el trabajo en equipo dentro de los servicios sanitarios. Esto permitiría optimizar los recursos existentes –humanos, temporales, materiales, etc.–, y con ello mejorar la respuesta ante situaciones de maltrato infantil. En esta categoría se han agrupado múltiples propuestas que aportaron los profesionales entrevistados para mejorar esta coordinación: desde el diseño de pactos verbales respecto a la comunicación interprofesional, hasta la creación de una figura de coordinador para situaciones de maltrato infantil dentro de cada servicio, pasando por la organización de bases de datos, de grupos de trabajo, etc.

2. "Coordinación interinstitucional". En la misma dirección que el punto anterior, todos los profesionales entrevistados coincidieron en la necesidad de ofrecer una respuesta interinstitucional a los malos tratos infantiles; asumiendo que la calidad de la protección a la infancia depende en gran parte del grado de coordinación de los servicios y profesionales implicados. Y con el concepto "coordinación interinstitucional" hicieron referencia tanto a la coordinación con otros servicios sanitarios –atención primaria, salud mental, urgencias, consultas externas, etc.– como a la coordinación con otras instituciones implicadas en la protección de los menores –educativas, sociales, tiempo libre, policiales, judiciales, etc.–. Sin embargo, la coordinación interinstitucional no es sencilla. Existen múltiples obstáculos –de organización, temporales, relacionales, personales– que pueden dificultar una correcta coordinación. Para compensar estas dificultades, los profesionales entrevistados realizaron múltiples propuestas. La más mencionada fue la elaboración de un protocolo de intervención/coordinación interinstitucional específico de situaciones de maltrato infantil. Pero además, hablaron de la importancia de aumentar el contacto interprofesional –especialmente con el Servicio Especializado de Menores–, y de organizar la coordinación de modo que se ponga especial cuidado en la devolución de la información y en la elaboración/redacción de los informes. Asimismo, se mencionó el interés que podría tener el uso de las nuevas tecnologías en este apartado, por ejemplo realizando bases de datos de situaciones de riesgo, que se pudiesen compartir desde diferentes instituciones.

3. "Formación". En esta categoría se han agrupado todas las referencias que hicieron los entrevistados acerca de la importancia de una buena formación de los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias para realizar una buena prevención e intervención en situaciones de maltrato infantil. Si se analizan las características de un profesional que realiza buenas intervenciones en este ámbito, se observa que tiene que saber detectar situaciones de maltrato –conocer los diferentes tipos de maltrato, sus factores de riesgo y sus indicadores-; saber hablar con familias y niños de temas tan difíciles como la violencia, el dolor, el miedo; poder trabajar coordinadamente con otros profesionales y con otras instituciones; conocer aspectos básicos de otras culturas; tener una gran cantidad de habilidades sociales; saber estructurar y llevar a cabo una entrevista.

Los profesionales entrevistados mencionaron la importancia de incluir todos estos puntos en la formación de los profesionales. Dicha formación, comentaron, debería darse a diferentes niveles y a todos los profesionales que trabajen en instituciones sanitarias –pediatras, DUEs, auxiliares, celadores, administrativos, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, etc.-. Además, propusieron diferentes modalidades de formación –formación reglada y formación continua a través de talleres, seminarios, difusión de investigaciones, etc-. Ello ayudaría a mejorar la calidad de la respuesta que actualmente el sistema sanitario ofrece a la protección a la infancia.

4. "Información". En esta categoría se han incluido referencias respecto a un punto menos intenso, aunque no por ello menos importante, que el de la formación: la información. Los entrevistados mencionaron algunos puntos clave sobre los que consideraron que todos los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias deberían estar informados, aunque fuese en un nivel básico. Esta información debería ser divulgada en todas las instituciones sanitarias, para mejorar la prevención y detección de situaciones de maltrato infantil, dado que el no estar informado puede conllevar a negligencias en la respuesta sanitaria. Los dos puntos mencionados como clave para futuras campañas de información fueron la gravedad de las situaciones de maltrato –especialmente las consecuencias en los niños- y las obligaciones legales que tienen los profesionales sanitarios a la hora de intervenir con este tipo de situaciones.

Los profesionales entrevistados consideraron que todavía existe desinformación sobre estos puntos, que deberían ser subsanados. Otros temas de interés para informar son el trabajo que se realiza en el Servicio Especializado de Menores; y el proceso por el que pasan los niños y las familias una vez se notifica una situación de maltrato. Y por último, mencionaron la importancia de difundir información a través de campañas de marketing acerca de los recursos sociales con los que tanto los niños como las familias o los profesionales pueden contar para garantizar la protección y el bienestar de los menores. Y es que hay muchos servicios, programas, equipos y profesionales infrautilizados porque no hay un correcto conocimiento de su existencia ni de la definición de sus funciones. Una vez más, las nuevas tecnologías –especialmente internet- fueron mencionadas como herramientas útiles para mejorar la difusión de la información que debe llegar a los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias.

5. "Sensibilización". A lo largo de las entrevistas, los profesionales mencionaron algunos temas importantes sobre los que consideraron que se deberían enfocar futuras campañas de sensibilización. Estos temas están especialmente relacionados con (a) la posición que los profesionales de la salud han de tomar respecto al maltrato infantil –tomar conciencia de que son una entidad clave en la detección y conocer sus obligaciones legales-; (b) la necesidad de contar con otros profesionales y entidades para garantizar la protección y el bienestar de los menores, reconociendo el protagonismo de todos los profesionales y (c) la revisión de posibles creencias y estereotipos –respecto a los maltratadores, los tipos de malos tratos, la gravedad del maltrato, etc.- que pueden estar dificultando un buen trabajo.

Estas campañas, en diferentes formatos, deberían ir enfocadas a todos los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias –pediatras, DUEs, auxiliares, administrativos, celadores, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, etc.-, dado que todos ellos pue-

den jugar un rol importante en la prevención, detección e intervención ante situaciones de maltrato infantil. Además, los profesionales entrevistados defendieron en su mayor parte que estas campañas estén diseñadas y divulgadas por instituciones o personas situadas en rangos jerárquicos de orden superior -Gobierno, DGA, jefes de servicio, jefes de área, etc-.

6. “Investigación”. Otra propuesta de mejora aportada por los entrevistados consistió en fomentar y facilitar la investigación entorno al tema del maltrato infantil y a la respuesta que el sistema sanitario ha de darle. Por una parte, es importante conocer cuál es la realidad del maltrato infantil en Aragón –número de casos detectados, tipologías más frecuentes de maltrato, distribución por barrios, etc.-. Esto permitiría tomar conciencia de la importancia de dar una respuesta interinstitucional, en la que estuviesen implicados los profesionales de la salud. Además, también se mencionó la importancia de investigar cuáles son las necesidades en Aragón –en cuanto a las intervenciones, los recursos humanos, materiales, económicos, formativos, etc.-. Esta información debería ser la base sobre la que planificar cambios que mejoraran la calidad de las intervenciones ante situaciones de desprotección o de maltrato infantil desde las instituciones sanitarias.

Pero los resultados de estas investigaciones, además de importantes para planificar nuevas vías de intervención adaptadas a la realidad de Aragón, deberían ser divulgados entre los profesionales sanitarios que están trabajando directamente con los niños y con sus familias. Se plantó la necesidad de abrir canales de divulgación, de manera que los resultados llegaran a todos los profesionales. Éstos debieran tomar conciencia de cuál es la problemática en Aragón y de cómo debe afectar a su intervención directa.

7. “Análisis de programas exitosos”. En esta séptima categoría se han recogido algunas propuestas que mencionaron los profesionales respecto al interés que puede suponer el analizar y adaptar a la realidad aragonesa otros programas que se estén llevando a cabo en otras comunidades autónomas o países. Esto implicaría el beneficio de no partir de cero al tener que investigar el éxito de determinados programas, intervenciones o materiales; sino que implicaría partir con unas “buenas prácticas de intervención en situaciones de maltrato infantil desde las instituciones sanitarias” que se están llevando a cabo en otros lugares.

8. “Ampliación/creación de nuevos recursos”. Esta categoría ha sido la más amplia. Y es que los profesionales entrevistados aportaron numerosas propuestas acerca de cómo optimizar los recursos –humanos, temporales y servicios- existentes. Asimismo, plantearon una gran cantidad de propuestas para crear nuevos recursos.

Respecto a los recursos humanos del personal sanitario, fue especialmente mencionada la importancia de incrementar la figura del trabajador social, del psicólogo y del DUE especializado en pediatría. Pero además, se mencionaron otros profesionales –educadores familiares, educadores de calle-, que aunque no pertenezcan directamente a las instituciones sanitarias, serían de gran utilidad para mejorar la protección a la infancia. Todos ellos deberían trabajar en coordinación con profesionales sanitarios.

En cuanto a los servicios sanitarios, fue reseñada la necesidad de ampliar la oferta hospitalaria de pediatría; la creación múltiples programas de prevención primaria y secundaria, así como la creación de un teléfono de información en el que los profesionales se pudiesen asesorar. También se propusieron algunas mejoras en la arquitectura de los servicios, de manera que se mejorase la observación de los niños y de las familias; lo que conllevaría a una mejor evaluación de las situaciones de maltrato infantil. Pero también fueron mencionados otros recursos importantes –puntos de encuentro, centros de acogida, programas en las cárceles, etc.-, que, aunque no son directamente sanitarios, sí que deberían ser tenidos en cuenta.

Asimismo, en las entrevistas se plantearon numerosas propuestas para mejorar la coordinación, entre las cuales destaca el uso de las nuevas tecnologías. Y como recurso clave a tener en cuenta: el tiempo. Si desde el ámbito sanitario se pretende mejorar la preven-

ción y detección de situaciones de maltrato infantil, el tiempo ha de ser tenido en cuenta como un factor clave para la calidad de la protección al menor. Es necesario incrementar el tiempo para observar, para evaluar, para entrevistar, para coordinarse, para intervenir.

9. “Mejoras a nivel social”. Para finalizar, en esta última categoría se han agrupado todas las alusiones que hicieron los profesionales entrevistados acerca de cuáles son los cambios sociales que deben producirse para mejorar el bienestar de todos los niños, y asegurar una adecuada protección. Y es que en nuestra sociedad existen numerosos factores que incrementan el riesgo de que en una familia se produzcan relaciones maltratan-tes. Estos factores deben ser disminuidos o compensados si se quiere erradicar el maltra-to infantil en nuestra sociedad; y para ello deben implicarse instituciones de múltiples niveles de gerencia –Gobiernos, Diputaciones, Ayuntamientos, Comarcas, etc.-, y múlti-ples sectores –económicos, sociales, educativos, sanitarios, judiciales, policiales, labora-les, vivienda, etc.-. Y en estas propuestas integrales y generales, por supuesto, el siste-ma sanitario juega un rol importante tanto en la prevención primaria como en la secun-daria y terciaria.



4.6. CONCLUSIONES

A modo de introducción de las conclusiones de esta Parte II, se considera pertinente empezar señalando la importancia de realizar un análisis de las necesidades del sistema sanitario respecto a la respuesta que ofrece a la problemática del maltrato infantil. Dicho interés se basa en una preocupación de la que se habla en diferentes foros –grupos de expertos, congresos, seminarios, colegios oficiales, etc.- y que tiene que ver con la posibilidad de que esta respuesta podría ser más eficaz.

Esta preocupación se ha confirmado a lo largo de las entrevistas realizadas en esta investigación, en las que se han mencionado en numerosas ocasiones las dificultades que están encontrando los profesionales de la salud para realizar una buena prevención, detección y valoración de situaciones de maltrato infantil. Las consecuencias de estas dificultades tienen un impacto directo en la disminución de la respuesta que los profesionales han de dar a los niños y niñas en riesgo.

Se ha considerado por ello interesante la realización de un estudio en el que se recojan cuáles han de ser los cambios que han de generarse en el Servicio Aragonés de Salud para mejorar su prevención e intervención en este ámbito. Para ello, se ha consultado a profesionales pertenecientes al propio Servicio Aragonés de Salud sensibilizados con los malos tratos infantiles, que están realizando un buen trabajo tanto en la detección y la intervención como en la derivación de las familias.

Ya en la justificación de este proyecto se ha mencionado la situación privilegiada en la que se encuentra el Sistema Sanitario para prevenir, detectar e intervenir en situaciones de maltrato infantil. Esta afirmación es más válida todavía cuando nos referimos a los servicios de atención primaria, entendida en una manera amplia, que por su cercanía al ciudadano tiene en su mano la prevención de los malos tratos. Esta afirmación se ha confirmado a lo largo de las entrevistas realizadas. Todos los profesionales han coincidido en definir al ámbito sanitario como un lugar estratégico para la detección de situaciones de maltrato infantil y para la activación de servicios que garanticen el bienestar de los niños, a pesar de las dificultades a las que se enfrentan. Concretamente, las actuaciones más relevantes que se han mencionados son:

- La detección de situaciones de maltrato infantil.
- La realización una primera evaluación del niño y de la familia, en la que han de participar coordinándose diferentes profesionales del ámbito sanitario y en ocasiones diferentes servicios.
- La activación de los recursos externos en función de la evaluación del punto anterior, de manera que se garantice la seguridad y el bienestar de los menores.

Las propuestas de mejora que los profesionales entrevistados han sugerido, están relacionadas la mejora de cada una de estas actuaciones. Y para ello, han de contemplarse cambios a diferentes niveles: desde las políticas sanitarias, pasando por la estructuración de los servicios hasta la sensibilización de todas las personas que trabajan en las instituciones sanitarias, en sus diferentes niveles de jerarquía.

En principio la Diputación General de Aragón ha sido señalada como mayor responsable en la implementación de cambios; dado que tiene las competencias exclusivas en la Comunidad Autónoma en el tema de Protección Infantil. Por ello, los entrevistados han propuesto que desde el Gobierno de Aragón se apoyen sus propuestas relacionadas con la mejora de prevención, detección e intervención en situaciones de desprotección y maltrato infantil.

Es decir, los profesionales han propuesto que los cambios han de producirse desde entidades situadas en un nivel jerárquicamente superior. Desde ellos se deberían planificar y difundir las directrices hacia los diferentes servicios, áreas y programas; que repercutirían posteriormente en el trabajo de los propios profesionales. Además, han considerado también importante contar con la asesoría de expertos pertenecientes a diferentes Asociaciones Profesionales, a través de sus Colegios Oficiales, Sociedades Científicas y Fundaciones.

Al analizar una por una las propuestas de mejora en el apartado "4.4. Análisis", se puede ver que muchas de estas propuestas son específicas de un tipo de servicios –atención primaria, hospitales, urgencias, maternidad, etc-. Por ejemplo, algunas de sus propuestas están relacionadas con cambios en arquitectura de edificios concretos, incremento de determinados recursos humanos, creación de nuevos programas, etc. Es decir, no todas las propuestas son generalizables al sistema sanitario. Sin embargo, muchas de ellas podrían ser fácilmente adaptables a diferentes servicios ajustándolas y adaptándolas a sus necesidades y recursos.

Pero en este apartado de conclusiones no se va a comentar los cambios propuestos para cada servicio sanitario concreto. Se pretende en cambio resumir las propuestas más relevantes realizadas por los profesionales y que éstos consideran que deberían ser apoyadas por la Administración. Se han dividido en dos puntos dichas conclusiones. En el primero, "a. Estructurar y facilitar la coordinación dentro de los servicios y entre los diferentes servicios", se hace referencia a la necesidad que han expresado los profesionales entrevistados respecto a la mejora de los canales de comunicación y de la coordinación interprofesional e interservicio. Estas reflexiones se basan en los puntos "4.4.1. Coordinación dentro de cada servicio" y "4.4.2. Coordinación interinstitucional", presentados en los resultados.

Un segundo punto es el "b. Apoyo a la sensibilización, información y formación". En él se ha querido dejar constancia de la preocupación manifestada por los profesionales respecto a la importancia que debe otorgarse tanto a la sensibilización como a la información y formación de los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias. Las reflexiones incluidas en dicho punto se basan en los puntos "4.4.3. Formación", "4.4.4. Información", "4.4.5. Sensibilización", "4.4.6. Investigación" y "4.4.7. Análisis de programas exitosos", presentadas en los resultados.

a. Estructurar y facilitar la coordinación dentro de los servicios y entre los diferentes servicios. A modo de resumen, con este punto se hace referencia a la necesidad de que numerosos profesionales, servicios e instituciones han de colaborar para ofrecer una respuesta integral a la grave problemática de los malos tratos infantiles. Cada uno de ellos, con una responsabilidad social y unos objetivos sociales específicos y propios. Y en esta respuesta interinstitucional e interprofesional, por supuesto, están incluidos todos los servicios sanitarios y los profesionales que trabajan en ellos.

En este estudio, los profesionales han señalado a lo largo de las entrevistas una gran preocupación respecto a las dificultades que encuentran a la hora de coordinarse, tanto a la hora de compartir información como de establecer líneas comunes de intervención. Esto implica una disminución de la eficacia de su intervención entendida globalmente. En esta línea, han propuesto medidas urgentes de mejora de la comunicación interprofesional. Incluso se puede afirmar que es en este punto sobre el que se ha encontrado mayor unanimidad en las entrevistas: todos los profesionales han mencionado la importancia de mejorar los canales de información y coordinación tanto dentro de cada servicio sanitario como entre diferentes servicios sanitarios y con otros servicios –sociales, educativos, judiciales, tiempo libre, etc.-.

Como aspectos comunes a ambos tipos de coordinación, se ha recogido en las entrevistas la necesidad de clarificar las responsabilidades propias de cada uno de los agentes implicados en las situaciones de maltrato infantil. Además, cada servicio/profesional no debería sólo conocer cuáles son sus responsabilidades, sino que debería de conocer la del

resto de agentes intervinientes. Y por supuesto, la mejora de la coordinación debe de ir acompañada de mecanismos concretos que faciliten la coordinación –protocolos, canales de comunicación, etc.-.

La coordinación interna –entre los profesionales de un mismo servicio- debería ser diseñada e implementada por los responsables de cada institución –hospitales, centros de salud, centros de salud mental Infanto-Juvenil, etc. Cada uno de ellos, en función de sus recursos y necesidades debería diseñar su propio protocolo interno. Para ello, cada centro tendría que dotar de los recursos necesarios para que su protocolo sea efectivo: formar un equipo de diseño, divulgar/formar adecuadamente en el uso de dicho protocolo, dotar de espacios para la coordinación y tiempo para ello, etc.

En cuanto a la coordinación externa –entre diferentes servicios sanitarios o entre servicios sanitarios y otras instituciones-, los profesionales han coincidido en la importancia de elaborar un protocolo de coordinación interinstitucional. La responsabilidad de esta actuación, opinan los entrevistados, debería recaer sobre la administración. Y al igual que en el punto anterior, esta debería de garantizar la correcta implementación del protocolo. Es decir, los profesionales consideran que no se trata solo de diseñar un protocolo, sino que paralelamente deberían realizarse múltiples actuaciones y ajustes. Algunas de estas serían la divulgación, formación, generación de directrices y sugerencias para los responsables de servicio o la facilitación de la coordinación a través de los medios necesarios –tiempo, espacios, medios técnicos, seguimiento, evaluación, etc.-.

Una cuestión importante que llama sin embargo la atención son las escasas referencias que los profesionales han realizado respecto a la coordinación con el Servicio Especializado de Menores. Este servicio podría asesorar y apoyar a los profesionales del ámbito de la salud en cuanto a la observación y la toma de decisiones en su actuación ante los casos de maltrato infantil. Sin embargo, parece que los profesionales del ámbito de la salud no perciben este servicio como un apoyo con el que poder establecer canales de comunicación y al que solicitar orientación.

b. Apoyo a la sensibilización, información y formación. Un segundo aspecto en el que los profesionales entrevistados consideran que la Administración debería de comprometerse es el relacionado con la sensibilización, información y formación de todos los profesionales que trabajan en instituciones sanitarias. Si bien es cierto que consideran que los profesionales del ámbito de la salud están cada vez más sensibilizados con el tema de los malos tratos infantiles, se han encontrado en las entrevistas muchas referencias relacionadas con la falta de información y formación respecto a diferentes aspectos. Algunos de los más mencionados han sido:

- Qué es el maltrato infantil.
- Cuáles son sus indicadores.
- Cuáles son las obligaciones legales ante este tipo de situaciones.
- A quién hay que comunicárselo.
- Qué implica para el profesional y para la familia una notificación.
- Cómo hablar de violencia con una familia.
- Cómo explorar el dolor de un niño.
- Cómo enfrentarse a situaciones de amenazas, etc.

El desconocimiento de todas estas cuestiones puede dificultar un diagnóstico e intervención precoces, que podrían evitar sufrimientos, secuelas y cronicidades. El no tener respuesta a estas y otras preguntas hace que la respuesta de los profesionales del ámbito sanitario no sea óptima, y que no siempre se cubran las necesidades de protección de los menores. Pero como punto clave a destacar, los profesionales entrevistados subrayan la relevancia de que los profesionales sanitarios tomen conciencia de la necesidad de su implicación en cada caso de sospechas. En ocasiones, comentan, el desconocimiento, el miedo a empeorar la situación familiar o la propia rutina impiden tomar decisiones que

requieren un alto compromiso en el seguimiento del caso. Sin embargo, todos los profesionales deberían tener claro que la no intervención implica maltrato institucional.

Por otra parte, una buena detección e intervención en situaciones de maltrato infantil implica muchas cualidades de los profesionales, a diferentes niveles. Por ejemplo, han de tener conocimientos teóricos sobre los indicadores y consecuencias del maltrato, habilidades sociales, técnicas de comunicación, técnicas de gestión de estrés, intuición, capacidad de toma de decisiones y resolución de problemas. En definitiva, las características de los profesionales sanitarios que realizan una buena intervención en situaciones de maltrato infantil van mucho más allá del dominio de sus competencias médicas.

Se considera por ello que tanto la sensibilización como la información y formación para desarrollar todos estos conocimientos y habilidades debería provenir de la formación reglada que se imparte en Escuelas y Facultades Universitarias. Sería pues necesario revisar los programas de formación, e incorporar estas temáticas en algunas de las asignaturas. Pero además, también sería necesaria la formación de los profesionales que están trabajando actualmente en los servicios sanitarios. Y esto compete a la formación continuada.

En este sentido, argumentan los entrevistados, la Administración debería comprometerse en la organización de cursos y programas de formación continuada relacionados con la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil. Y estos cursos deberían impartirse a diferentes tipos de profesionales, adaptando cada programa docente a sus competencias –pediatras, DUEs, auxiliares, trabajadores sociales, psicólogos, psiquiatras, etc.-.

Sin embargo, además de organizar cursos de formación, la Administración también debería facilitar el acceso de los profesionales a dichos seminarios. Y es que actualmente los profesionales tienen grandes dificultades para realizar una buena formación. Por ejemplo, muchos de ellos comentan tener que ir en horario no laboral, o si van no hay una persona que les sustituya en sus responsabilidades laborales. Así, la calidad del trabajo disminuye.

Pero la formación no ha sido contemplada como única propuesta. También se han encontrado en las entrevistas propuestas relacionadas con la realización de campañas de divulgación e información –carteles, trípticos, charlas, webs, encuentros, etc.-, para mejorar tanto la detección como la intervención en situaciones de maltrato infantil. Estas actuaciones, aunque de menor impacto, llegarían a un mayor número de profesionales sanitarios, en un tiempo más breve y con una menor inversión económica.

Muy relacionado con este tema, otra de las conclusiones que a las que se ha llegado a través de este estudio es la necesidad de fomentar y facilitar la investigación en este tema de preocupación que es la prevención e intervención en situaciones de maltrato infantil desde las instituciones sanitarias. Ha sido especialmente mencionada la idoneidad de realizar investigaciones sobre el análisis de la realidad, que faciliten la adecuación de los recursos a las necesidades y argumenten la creación de otros nuevos. También se ha recogido el interés de la realización de investigaciones relacionadas con la evaluación de las intervenciones actuales o el diseño e implementación de proyectos piloto. Y paralelamente, todos los procesos de investigación y propuestas de mejora deberían ir acompañados de una exhaustiva revisión de otras experiencias exitosas nacionales e internacionales. Es decir, sería importante una revisión de las “buenas prácticas” investigadas y evaluadas respecto a la intervención de los profesionales de la salud ante el maltrato infantil.

Para finalizar, y a modo de resumen, se cierra esta Parte II mencionando que actualmente parece que la buena o mala detección e intervención en situaciones de maltrato infantil desde el ámbito sanitario depende mucho de las buenas habilidades personales de los profesionales. Por ejemplo de su sensibilización, de su capacidad de hablar con niños, de su formación en temas de violencia, de su capacidad empática, de su autocontrol, etc. Aunque éstas son necesarias, se considera que han de estar enmarcadas unas estructuras que faciliten el buen trabajo. Por ejemplo, son necesarias estructuras que propicien la

coordinación, en las que todos los profesionales sean escuchados; que den importancia a la formación; que permitan recibir a los niños y familias en condiciones de realizar una buena evaluación; que tengan unas instalaciones que faciliten la observación de los niños y las familias, etc. Y estas estructuras, proponen los profesionales entrevistados, han de ser diseñadas, implementadas y evaluadas por la Administración, a través de la gestión de su presupuesto y el diseño de directrices.

En esta línea, un punto que se considera importante subrayar es el referido a la posibilidad de sacar un mayor rendimiento a los recursos existentes en la actualidad en el Servicio Aragonés de Salud. Muchas de las aportaciones de los profesionales se han referido al mejor uso que podría hacerse de los recursos existentes –recursos humanos, materiales, temporales, etc.-. En definitiva, los profesionales consideran que a menudo no se trata tanto de incrementar los recursos humanos o los servicios disponibles, sino que se trata de organizarlos de manera que se optimice su rendimiento.



5. ■ Próximas líneas de actuación



Intervención Profesional y Propuestas de Mejora



5. PRÓXIMAS LÍNEAS DE ACTUACIÓN

Para finalizar esta memoria, se presentan a continuación algunas de las líneas de acción con las que continuar a lo largo del próximo año. Estas propuestas están enmarcadas en el área "Maltrato y Salud" del "Programa de Prevención y Detección de Situaciones de Desprotección y Maltrato Infantil en Aragón". La primera intervención realizada en este área ha sido la investigación presentada en este informe "La intervención profesional y propuestas de mejora en el ámbito sanitario".

Los siguientes pasos consistirán en divulgar los resultados de la investigación a los profesionales y entidades que se consideren de interés.

Además éstas son las propuestas que se plantean:

1. Devolución de resultados a los profesionales que participaron en las investigaciones.
2. Distribución del informe de la investigación:
"La intervención profesional y propuestas de mejora en el ámbito sanitario".
3. Elaboración de un Documento sobre "El Maltrato Infantil. Propuestas de actuación para su detección desde el Ámbito Sanitario":
 - Redacción del documento teniendo en cuenta para su contenido las aportaciones realizadas por los profesionales en las investigaciones.
 - Maquetación y edición.
4. Diseño de la distribución y formación en el contenido de este Documento.
5. Diseñar actuaciones de sensibilización e información a través de otros soportes (cartelería, trípticos, etc.).
6. Proponer la elaboración de orientaciones para la mejora de la coordinación interna de los diferentes Servicios Sanitarios ante situaciones de maltrato infantil:
 - Elaboración de recomendaciones para la coordinación interna.
 - Propuesta de Protocolos.



ANEXOS



Intervención Profesional y Propuestas de Mejora



ANEXO I Guiones de Entrevistas

Entrevista Profesionales del sistema sanitario Pediatra Atención Primaria

Parte 1. Intervención en situaciones de maltrato infantil

Imaginemos una situación hipotética de una madre que acude a la consulta del pediatra con su hijo.

Es una familia que ya se conoce desde hace tiempo en el centro de salud. Sus dos hijos han acudido con múltiples síntomas: catarros fuertes, problemas en la piel, graves irritaciones en ojos, etc. Se han realizado en diversas ocasiones análisis y siempre se han encontrado carencias de algún tipo. Sin embargo, a pesar de haber explicado el tratamiento, hecho las recetas a los niños y mencionado los futuros cuidados para que no se repitan los problemas; los niños no han sido convenientemente cuidados y han recaído. Cada poco, reaparecen en la consulta.

Hoy ha acudido la madre con uno de sus hijos, y además de carencias a nivel de nutrición, se ha visto un problema de higiene. El pediatra sospecha que puede estar ante una situación de negligencia, y decide que tiene que intervenir. Pero todavía no está seguro de la gravedad de la situación.

Este niño y su familia van a tener contacto con numerosas personas en el centro de salud: recepcionista, auxiliar de clínica, DUE, pediatra, trabajador social, etc. ¿Qué podrían hacer cada uno de ellos para ayudarla?

Recepción/administrativo

¿Cómo se podría incorporar a estas personas en la detección, observación e intervención con los niños víctimas de malos tratos?. Algunas personas de recepción conocen a la familia, y la ven mientras está en la sala de espera:

- ¿Qué le podría decir el personal que los recibe?
- ¿Cómo les podría recibir?
- ¿Qué podrían hacer para ayudar a estos niños?
- ¿Qué podrían observar mientras están en la sala de espera?
- ¿A quién podrían avisar en caso de tener sospechas?

DUEs y auxiliares clínicos

- ¿Cómo se podría incorporar a estas personas en la detección, observación e intervención con los niños víctimas de malos tratos?.
- ¿Cómo podrían acercarse a la familia?, ¿cómo podrían iniciar una conversación?
- ¿Qué podrían decirle a esta mujer y a estos niños?
- ¿En qué momentos podrían acercarse a ellos?
- ¿Qué podrían hacer para ayudar a estos niños?
- ¿Qué podrían observar mientras los niños están en el centro de salud?
- ¿A quién podrían avisar en caso de tener sospechas?

Pediatras

- ¿Cómo podría recibir a la mujer y a los niños para que se sintiesen cómodos?
- ¿Cómo podría hacer llegar a la mujer y sus hijos su preocupación?
- ¿Cómo podría iniciar el tema de la negligencia?
- Si la madre no cambia ¿qué podría hacer este/a trabajador/a social?
- ¿Qué puede observar este/a trabajador/a social que le dé pistas para verificar sus sospechas?
- ¿Cómo les podría poner en contacto con otros servicios?, ¿con cuáles?
- ¿Cómo podría volver a verles y hacer un seguimiento cercano?
- ¿A quién podría avisar en caso de sospechas fundadas?
- ¿Podría citar a otros miembros de la familia?
- ¿Podría hacer algo conjuntamente con el resto del personal que trabaja en el centro de salud (repcionista, DUE, auxiliar, pediatra)

Trabajador/a social

- Mismas preguntas que el Médico.

Jefe de Unidad de Atención primaria

- ¿Qué intervenciones debería realizar el/la jefe/a de Unidad de Atención Primaria?

Parte 2. ¿Qué es lo que se podría hacer desde el ámbito sanitario para mejorar la información, sensibilización, detección, intervención y derivación en situaciones de maltrato infantil?

Imaginemos que le solicitan diseñar un proyecto de mejora en el sistema sanitario respecto a la mejora de la intervención en situaciones de maltrato infantil.

- ¿Por dónde empezaría? Díganos al menos 5 líneas prioritarias que organizaría.
- ¿Qué se podría hacer para sensibilizar, informar y formar a los profesionales del sistema sanitario –pediatras, ginecólogos, DUEs, auxiliares, administrativos-?
- ¿Cómo mejoraría la coordinación intraservicio e interservicio para prevenir e intervenir en situaciones de maltrato infantil?
- ¿Podría contarnos algún caso en el que considera que se intervino especialmente bien?, ¿qué ocurrió para que se interviniese bien?, ¿qué condiciones se dieron?

¿Hay algo importante que se nos haya olvidado preguntar?, ¿algún consejo que nos quiera dar para esta investigación?.

Entrevista Profesionales del sistema sanitario

Trabajador Social. Hospital

Parte 1. ¿Cómo se interviene en el Hospital ante situaciones de maltrato infantil?

Explicación general del protocolo en el hospital y en el servicio de urgencias

Parte 2. Intervención en situaciones de maltrato infantil

Imaginemos una situación hipotética de una niña que está hospitalizada.

Es una niña que recurrentemente es hospitalizada. Presenta diferentes problemáticas –nutritivas, graves irritaciones en la piel, afecciones respiratorias y digestivas, etc.-. Se han realizado en diversas ocasiones análisis y siempre se han encontrado carencias de algún tipo. Sin embargo, a pesar de haber explicado el tratamiento y mencionado los futuros cuidados para que no se repitan los problemas; la niña no ha sido convenientemente cuidada y ha recaído. Sus padres nunca la han llevado a las revisiones del pediatra de atención primaria, a pesar de haber explicado su importancia. Frecuentemente acude a urgencias y necesita ser hospitalizada.

En esta ocasión el/la pediatra sospecha que puede estar ante una grave situación de negligencia, y decide que tiene que intervenir.

Esta niña y su familia van a tener contacto con numerosas personas en el hospital: recepcionista, auxiliar de clínica, DUE, pediatra, trabajador social, etc. ¿Qué podrían hacer cada uno de ellos para ayudarla?

Recepción/administrativo

¿Cómo se podría incorporar a estas personas en la detección, observación e intervención con los niños víctimas de malos tratos?

- ¿Qué le podría decir el personal que los recibe?
- ¿Cómo les podría recibir?
- ¿Qué podrían hacer para ayudar a estos niños?
- ¿Qué podrían observar mientras están en la sala de espera?
- ¿A quién podrían avisar en caso de tener sospechas?

DUEs y auxiliares clínicos

¿Cómo se podría incorporar a estas personas en la detección, observación e intervención con los niños víctimas de malos tratos?

- ¿Cómo podrían acercarse a la familia?, ¿cómo podrían iniciar una conversación?
- ¿Qué podrían decirle a estos padres y a estos niños?
- ¿En qué momentos podrían acercarse a ellos?
- ¿Qué podrían hacer para ayudar a estos niños?
- ¿Qué podrían observar mientras los niños están en el hospital?
- ¿A quién podrían avisar en caso de tener sospechas?

Trabajador/a social

- ¿Cómo podría recibir a los padres y a los niños para que se sintiesen cómodos?
- ¿Cómo podría hacer llegar a los padres y a sus hijos su preocupación?
- ¿Cómo podría iniciar el tema del maltrato?
- ¿Qué podría observar el/la trabajador/a social que le dé pistas para verificar sus sospechas?
- ¿Cómo podría ponerles en contacto con otros servicios?, ¿con cuáles?
- ¿Cómo podría volver a verles y hacer un seguimiento cercano?
- ¿A quién podría avisar en caso de sospechas moderadas?
- ¿Podría citar a otros miembros de la familia?
- ¿Podría hacer algo conjuntamente con el resto del personal que trabaja en el hospital (repcionista, DUE, auxiliar, pediatra)?

Pediatra

- **Mismas preguntas que trabajador/a**

Jefe de Unidad de Pediatría

- ¿Qué intervenciones debería realizar el/la jefe/a de Unidad de Pediatría?

Parte 3. ¿Qué es lo que se podría hacer desde el ámbito sanitario para mejorar la información, sensibilización, detección, intervención y derivación en situaciones de maltrato infantil?

Imaginemos que le solicitan diseñar un proyecto de mejora en el sistema sanitario respecto a la mejora de la intervención en situaciones de maltrato infantil.

- ¿Por dónde empezaría? Díganos al menos 5 líneas prioritarias que organizaría
- ¿Qué se podría hacer para sensibilizar, informar y formar a los profesionales del sistema sanitario –pediatras, ginecólogos, DUEs, auxiliares, administrativos, comadrona-?
- ¿Cómo mejoraría la coordinación intraservicio e interservicio para prevenir e intervenir en situaciones de maltrato infantil?
- ¿Podría contarnos algún caso en el que considera que se intervino especialmente bien?, ¿qué ocurrió para que se interviniese bien?, ¿qué condiciones se dieron?

¿Hay algo importante que se nos haya olvidado preguntar?, ¿algún consejo que nos quiera dar para esta investigación?.

Entrevista Profesionales del sistema sanitario

DUE Servicio de Urgencia

Parte 1. ¿Cómo se interviene en el Servicio de Urgencias ante situaciones de maltrato infantil?

Explicación general del protocolo en el hospital y en el servicio de urgencias

Parte 2. Intervención en situaciones de maltrato infantil

Imaginemos una situación hipotética de una madre que acude al servicio de urgencias con su niño de unos 6 años.

Han solicitado que les atiendan en referencia a múltiples contusiones del niño. Este está muy asustado, cojea y aprieta el brazo contra su pecho. Ahora están sentados, en silencio, esperando ser atendidos.

El personal intuye por el comportamiento de ambos que pueda ser una situación de maltrato infantil.

Este niño y su madre van a tener contacto con numerosas personas en el servicio de urgencias: recepcionista, auxiliar de clínica, DUE, pediatra, trabajador social, etc. ¿Qué podrían hacer cada uno de ellos para ayudarles?

Recepción/administrativo

¿Cómo se podría incorporar a estas personas en la detección, observación e intervención con los niños víctimas de malos tratos?.

- ¿Qué le podría decir el personal que los recibe?
- ¿Cómo les podría recibir?
- ¿Qué podrían hacer para ayudar a estos niños?
- ¿Qué podrían observar mientras están en la sala de espera?
- ¿A quién podrían avisar en caso de tener sospechas?

DUEs y auxiliares clínicos

¿Cómo se podría incorporar a estas personas en la detección, observación e intervención con los niños víctimas de malos tratos?.

- ¿Cómo podrían acercarse a la familia?, ¿cómo podrían iniciar una conversación?
- ¿Qué podrían decirle a esta mujer y a estos niños?
- ¿En qué momentos podrían acercarse a ellos?
- ¿Qué podrían hacer para ayudar a estos niños?
- ¿Qué podrían observar mientras los niños están en el servicio de urgencias?
- ¿A quién podrían avisar en caso de tener sospechas?

Pediatras

- ¿Cómo podría recibir a la mujer y a los niños para que se sintiesen cómodos?
- ¿Cómo podría hacer llegar a la mujer y sus hijos su preocupación?

- ¿Cómo podría iniciar el tema de los malos tratos?
- Si la madre no se sensibiliza ¿qué podría hacer este/a médico?
- Además de los problemas somáticos ¿qué más puede observar el médico que le dé pistas para verificar sus sospechas?
- ¿Cómo les podría poner en contacto con otros servicios?, ¿con cuáles?
- ¿Cómo podría volver a verles y hacer un seguimiento cercano?
- ¿A quién podría avisar en caso de sospechas moderadas?
- ¿Podría citar a otros miembros de la familia?
- ¿Podría hacer algo conjuntamente con el resto del personal que trabaja en el servicio de urgencias (repcionista, DUE, auxiliar, Trabajadora social)?

Trabajador/a social

- Mismas preguntas que el médico

Jefe de Unidad de Urgencias

¿Qué intervenciones debería realizar el/la jefe/a de Unidad de Urgencias?

Parte 3. ¿Qué es lo que se podría hacer desde el ámbito sanitario para mejorar la información, sensibilización, detección, intervención y derivación en situaciones de maltrato infantil?

Imaginemos que le solicitan diseñar un proyecto de mejora en el sistema sanitario respecto a la mejora de la intervención en situaciones de maltrato infantil.

- ¿Por dónde empezaría? Díganos al menos 5 líneas prioritarias que organizaría
- ¿Qué se podría hacer para sensibilizar, informar y formar a los profesionales del sistema sanitario –pediatras, ginecólogos, DUEs, auxiliares, administrativos-?
- ¿Cómo mejoraría la coordinación intraservicio e interservicio para prevenir e intervenir en situaciones de maltrato infantil?
- ¿Podría contarnos algún caso en el que considera que se intervino especialmente bien?, ¿qué ocurrió para que se interviniese bien?, ¿qué condiciones se dieron?

¿Hay algo importante que se nos haya olvidado preguntar?, ¿algún consejo que nos quiera dar para esta investigación?

Entrevista Profesionales del sistema sanitario

Servicios Especializados

1. ¿Qué es lo que se podría hacer desde el ámbito sanitario para mejorar la información, sensibilización, detección, intervención y derivación en situaciones de maltrato infantil?

Imaginemos que le solicitan diseñar un proyecto de mejora en el sistema sanitario respecto a la mejora de la intervención en situaciones de maltrato infantil.

- ¿Por dónde empezaría?
- Díganos al menos 5 líneas prioritarias que organizaría

2. Algunas propuestas concretas (al menos 3 respuestas por área)

- ¿Qué se podría hacer para mejorar la coordinación intraservicio en situaciones de maltrato infantil?
- ¿Qué se podría hacer para mejorar la coordinación interservicio en situaciones de maltrato infantil?
- ¿Qué se podría hacer para sensibilizar a los profesionales del sistema sanitario –pediatras, ginecólogos, DUEs, auxiliares, administrativos-?
- ¿Qué propone para informar a estos profesionales?, ¿qué formatos informativos cree que serían los más propicios?
- ¿Qué propone para formar a estos profesionales?, ¿qué espacios se podrían aprovechar?
- ¿Qué instituciones cree que deberían participar en esta mejora?
- ¿Qué nuevos recursos o servicios cree que deberían ponerse en marcha para dar una óptima respuesta en Aragón?
- ¿Conoce proyectos, programas, servicios, etc. en otras comunidades autónomas o en el extranjero que realicen un buen trabajo en cuanto a la prevención, detección e intervención del maltrato infantil desde el sistema sanitario?

3. Actuales buenas prácticas

- Seguro que conoce profesionales muy sensibilizados en el ámbito del maltrato infantil y que realizan una buena intervención. ¿qué características tienen estos profesionales?, ¿qué hace que detecten e intervengan mejor que otros?
- Seguro que conoce equipos que trabajan muy bien en tema del maltrato infantil, y que realizan una buena intervención. ¿qué características tienen estos equipos?, ¿qué hace que detecten e intervengan mejor que otros equipos?
- ¿Podría contarnos algún caso en el que considera que se intervino especialmente bien?, ¿qué ocurrió para que se interviniese bien?, ¿qué condiciones se dieron?

4. ¿Hay algo importante que se nos haya olvidado preguntar?, ¿algún consejo que nos quiera dar para esta investigación?

ANEXO II Mail o fax del envío de las entrevistas

Zaragoza 14 de Noviembre de 2003

A/A Dña.

Tras la conversación telefónica de ayer, en la que le comenté que desde el Programa para la Prevención y Detección del Maltrato Infantil estamos realizando una investigación para recoger las Buenas Prácticas Profesionales y sus Propuestas de Mejora en la actuación ante casos de Maltrato Infantil, le envío con este Fax el guión de la entrevista que mantendremos el próximo jueves 20 de noviembre, a las 11:30 h.

En pocas palabras, estamos realizando una investigación acerca de cómo mejorar la detección e intervención de situaciones de maltrato infantil por parte de los profesionales del sistema sanitario. Nos centramos concretamente en atención primaria y hospitales.

Desde su experiencia, nos será de enorme utilidad toda la información que nos pueda ofrecer.

Muchas gracias por su interés y colaboración,

Un cordial saludo,

Equipo Técnico

Programa para la Prevención y Detección del
Maltrato Infantil

ANEXO III Carta de validación de las entrevistas

Zaragoza de Noviembre de 2003

A/a

Muy Señor Mío:

Desde el Programa para la Prevención y Detección del Maltrato Infantil nos ponemos de nuevo en contacto con usted para agradecerle su colaboración en la investigación para recoger las Buenas Prácticas Profesionales y sus Propuestas de Mejora en la actuación ante casos de Maltrato Infantil en el Sistema Sanitario.

Como le comentamos en la entrevista del pasado día la segunda fase de este estudio es la validación de las entrevistas por parte de los profesionales que han colaborado en esta investigación. Por este motivo, le enviamos adjunta a esta carta la transcripción de la entrevista para que la revise y nos dé su aprobación para proseguir con el análisis de los datos recogidos.

Le agradeceremos que se ponga en contacto con nosotros en el caso de que desee añadir, puntualizar o corregir cualquier parte de la misma, antes del día 12 de Diciembre de 2003, en las siguientes direcciones:

E-mail: adcara@micorreo.cai.es

Dirección: SUBDIRECCIÓN DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA Y TUTELA

A/a ADCARA

C/ Mariano Supervía, 27.

Zaragoza 50006

Teléfono: 976 71 50 04 Ext. 2043.

Estamos a su disposición para cualquier cosa que necesite. Seguiremos en contacto haciéndole llegar el informe de nuestra investigación.

Muchas gracias por su interés y colaboración.

Un cordial saludo,

Equipo Técnico

Programa para la Prevención y Detección del Maltrato Infantil

**Programa de Prevención de Situaciones de
Desprotección y Maltrato Infantil en Aragón**

**IASS - Instituto Aragonés de Servicios Sociales
ADCARA - Asociación de Desarrollo Comunitario en Áreas de Aragón**

Supervía, 27 • 50006 ZARAGOZA
Telf. 976 71 50 04 ext. 2043 - E-mail: adcara@micorreo.cai.es