

## Estudio de los factores de riesgo social desde el Hospital

**Autores:** Gil Arrones J.<sup>(1)</sup>, Murachelli C.<sup>(1)</sup>, Molina Muñoz MV.<sup>(2)</sup>, Almeida González C.<sup>(3)</sup>, Fernández Palacín A.<sup>(3)</sup>.  
<sup>(1)</sup> Pediatra. <sup>(2)</sup> Trabajadora Social. <sup>(3)</sup> Un. Investigación.

**Centro:** Hospital de Valme. Sevilla.

**Recibido:** 30-06-2010 **Aceptado:** 01-08-2010

**RESUMEN:** En el entorno familiar y social de los menores pueden existir factores de riesgo social (FRS) que limiten o condicionen el desarrollo o la salud integral de las personas menores en cualquiera de las etapas de la vida. Las diferentes formas de maltrato son incluidas entre los FRS por su naturaleza social, por su complejidad, por la necesidad de tratamiento interdisciplinar y por los efectos potenciales para la salud de la víctima. En este estudio se pone de manifiesto que los FRS y las formas de maltrato a menores no son infrecuentes y que su diagnóstico depende del conocimiento y de la actitud de los médicos y enfermeros en la detección y notificación de los indicadores de sospecha. El centro sanitario (*hospital o centro de salud*) debe proporcionar una estructura funcional que facilite la notificación, la valoración y la atención integral de cada caso.

En los 90 casos estudiados, los diagnósticos más frecuentes han sido formas de maltrato que incluye abuso sexual, seguido por otros FRS. Es significativa la relación entre indicadores de sospecha y el diagnóstico de abuso sexual. Los síntomas o indicadores de sospecha más frecuentes han sido trastornos de conducta. Se ha observado relación entre la tipología familiar, del género y de la edad del menor, con el diagnóstico final. Todos, menos un caso, permanecen como expedientes abiertos para seguimiento médico-social.

**Palabras clave:** Riesgo social. Abuso sexual infantil. Maltrato infantil.

**ABSTRACT:** In the family environment and social of minors can exist risk social factors (RSF) to limit or conditional development or health care for persons under the age in any of the stages of life. The various forms of abuse are included among the RSF by his social nature, by its complexity, by the need of interdisciplinary treatment and by the potential effects on the health of the victim. In this study shows that the RSF and forms of child abuse are not uncommon and that his diagnosis depends on the knowledge and the attitude of the doctors and nurses in the detection and reporting of the indicators of suspicion. The health center (*hospital or health center*) should provide a functional structure to facilitate the notification, the valuation and the care of each case.

In the 90 cases studied, the most common diagnoses have been forms of abuse that includes sexual abuse, followed by other RSF. Significant is the relationship between indicators of suspicion and the diagnosis of sexual abuse. The symptoms or indicators of suspicion more frequently have been behavioral disorders. It has been observed relationship between the typology family, gender and age of the minor, with the final diagnosis. All but one case, remain as files opened for medical follow-social.

**Key Words:** Social risk. Child sexual abuse. Child abuse and neglect.

*Vox Paediatrica 2010; 17(2):7-11*

### INTRODUCCIÓN

La atención integral de salud requiere el abordaje de los problemas orgánicos, psicológicos y sociales de las personas. Los pediatras siempre hemos sabido la importancia que tiene el entorno familiar y social de los niños por ser personas dependientes del medio para recibir la satisfacción de sus necesidades básicas y, por lo tanto, son vulnerables.

Los niños que no tienen resuelta la satisfacción de sus necesidades básicas en cualquiera de sus etapas evolutivas, pueden tener comprometida su salud y su bienestar a corto plazo y su desarrollo en etapas posteriores <sup>(1)</sup>. En este contexto se sitúa el abordaje de los factores de

riesgo social (FRS) que pueden comprometer la salud y el desarrollo de las persona menores. Interesa al pediatra y al médico de familia en la medida en que pueden causar pérdida de la salud, de la sensación de bienestar, y también pueden ocasionar lesiones o enfermedades y, pueden interferir o dificultar la recuperación de la salud en los episodios agudos o crónicos <sup>(2) (3) (4)</sup>.

En la medida en que estos factores de riesgo son reversibles, tienen un gran interés por su potencial preventivo <sup>(5)</sup>. De la observación del entorno y de la exploración del niño que acude a la consulta o al hospital, por cualquier motivo, pueden detectarse síntomas o indicadores que pueden hacer sospechar formas de trato inadecuado o maltrato del menor <sup>(6) (7)</sup>.

La función del pediatra es fundamental para detectar los síntomas o indicadores que permiten plantear la sospecha, para descartar otras posibles causas del diagnóstico diferencial y para valorar el impacto para la salud en relación al desarrollo, estimulación, crecimiento, nutrición e higiene <sup>(8) (9) (10)</sup>. A veces se puede encontrar con situaciones en las que no está garantizada la protección más elemental del menor o en las que puede haber conductas delictivas, por lo que el pediatra debe colaborar en la protección del menor y en el desarrollo de la Justicia <sup>(11) (12) (13)</sup>. **(Gráf. 1).**

La complejidad de estos aspectos y la necesidad de que intervengan profesionales de diferentes sectores y especialidades, requiere que el abordaje de los FRS y de los indicadores de sospecha de maltrato se haga de forma interdisciplinar, donde el pediatra participa con otros especialistas (*ginecólogas, digestólogos, dermatólogos, psicólogos, psiquiatras, etc.*) en la valoración de los aspectos de salud; en colaboración con los trabajadores sociales **(TS)** que realizan la valoración de la familia y del entorno social y, coordinan el conjunto de las actuaciones intersectoriales con los Servicios Sociales Comunitarios, Servicio de Protección de Menores **(SPM)**, Equipos de Tratamiento de la Familia **(ETF)**, Equipos especializados en el diagnóstico y tratamiento psicológico **(EICAS y ADIMA)** y facilitan la notificación y la relación con los juzgados <sup>(9) (11) (14) (15) (16) (17)</sup>.

La detección de **FRS** y de indicadores de sospecha de abuso sexual o de otras formas de maltrato requiere una estructura funcional que facilite el flujo de comunicación entre profesionales dentro del hospital o del centro de salud y, la necesaria formación y actitud de los profesionales que deben conocer los indicadores de sospecha, incluirlos en el diagnóstico diferencial y notificar la sospecha, en cualquier caso, a la **UTS** <sup>(9)</sup>.

En nuestro caso, un hospital de segundo nivel que atiende a una población de 450.000 habitantes, la estructura funcional adopta el formato de un Programa de Pediatría Social **(PPS)** que, entre otras funciones, facilita el entrenamiento y las actuaciones de los profesionales y coordina la valoración asistencial de cada caso. <sup>(18)</sup>.

## OBJETIVOS

1. Conocer las características y la frecuencia de detección de casos de FRS y de maltrato.
2. Conocer las características de los menores que padecen FRS o que son diagnosticados de maltrato.
3. Identificar las variables que se relacionan con la detección y diagnóstico de casos de FRS o de maltrato.

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de los casos de personas menores de 18 años de edad, estudiados por presentar FRS o indicadores de sospecha en un período de 12 meses, entre junio de 2009 y mayo de 2010. Los casos han sido recogidos de los archivos de expedientes de la UTS y han sido consultados los archivos informáticos del hos-

pital en los programas **VALME** y **DIRAYA**. Se emplean técnicas de análisis estadístico descriptivo e inferencial.

Todos los casos de sospecha han sido derivados desde el Servicio de Urgencias Pediátricas, desde el Servicio de hospitalización de Pediatría General y de Neonatología o, derivado por profesionales de otros centros o de otras instituciones para valoración médica. La citada sospecha o la demanda de valoración se dirigen hacia la **UTS** donde se coordina una valoración programada o inmediata, según las características de cada caso, en contacto directo con el médico responsable de su asistencia.

## METODOLOGÍA DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En primer lugar se realizó una depuración de los datos, procediendo inmediatamente a la descripción de los mismos. La variable cuantitativa edad se resumió con media y desviación típica, al ser una distribución simétrica, y las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes. Este análisis se complementó con gráficos de barras.

Para analizar la relación entre determinadas variables y la valoración diagnóstica, se realizaron tablas de contingencia y se aplicó la prueba Chi-Cuadrado o bien, los métodos no asintóticos de Montecarlo y prueba Exacta. La interpretación de las mismas se realizó a través de los residuos de Haberman. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico SPSS 18.0 para Windows.

## RESULTADOS

En 12 meses han sido atendidos en nuestro hospital 90 menores por presentar algún factor de riesgo social o por la sospecha de padecer abuso sexual u otras formas de maltrato. La mayoría de ellos, 68 casos (75,6%) han sido mujeres y un 24,4% hombres.

Existe relación estadística significativa entre el sexo del paciente y la valoración diagnóstica ( $p=0,001$ ), debido a la sospecha de abuso (40% en mujeres frente al 10% en hombres) y a otro maltrato (45,5% en hombres respecto al 12% en mujeres) pero no al riesgo social (igual en ambos, un 46%). al género hombre.

El grupo de edad más frecuente es el intervalo menor de 5 años, en el que se concentra el 40,2% de los casos ya que un 23,0 % de la muestra no están en edad de asistencia pediátrica por tener más de 14 años. En el primer año de vida se concentran los mismos casos que en el intervalo de 5 a 9 años, 24% y 23% respectivamente. En los menores de un año probablemente están incluidos los casos de maltrato prenatal (*síndrome de abstinencia del recién nacido*) y abandono de cuidados necesarios, la forma más frecuentes de maltrato. **(Tabla I).**

Al estudiar la valoración diagnóstica según grupos de edad observamos una relación significativa ( $p<0,0005$ ) debida a los grupos de edades 5-10 años y 10-14 años con sospecha de abuso y riesgo social, un 60% de sospecha de abuso en ambos grupos y un 25% de riesgo social en el primer grupo frente a sólo un 8% en el segundo. Además, en esta relación influye que un 80% de

los mayores de 14 años tienen riesgo social (75%) u otro maltrato (5%). **(Gráfica 2).**

De 67 casos en los que se ha valorado la tipología familiar, la mayoría de los menores, un 65,7% (44), viven en una situación familiar problemática y el 21,4% (18 de 84 con domicilio registrado) viven en centros de acogida dependientes del SPM.

Por otro lado, existe una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,0005$ ) entre el tipo de familia y la valoración realizada sobre el maltrato, la cual se debe a las diferencias existentes en las tasas de sospecha de abuso sexual, iguales en familias normalizadas o en situación legal de desamparo (75% y 80%, respectivamente) frente al 21% en las problemáticas, así como a las diferentes tasas de riesgo social, nulas en las familias normalizadas o en desamparo frente al 61,4% en las problemáticas. **(Gráfica 3).**

En la mayoría de los casos observados, el 64,1% (50 de 78 con el dato recogido) el protocolo de abuso ha sido activado mediante la notificación a la **UTS** por médicos del hospital, en 22 casos (28,2%) se activó a través de otros dispositivos ajenos al hospital y sólo en 6 casos (7,7%) lo activaron los propios familiares. No se conoce el dato en 12 casos.

De los 90 menores, 43 (47,8%) fueron valorados (diagnosticados) y atendidos por padecer algún **FRS**, 29 (32,2%) menores por sospecha de abuso sexual y, 18 (20%) por otras formas de maltrato. **(Tabla II).**

En 29 de 69 menores se han detectado indicadores de sospecha de maltrato o de abuso sexual. El estudio ha obtenido una relación estadísticamente significativa ( $p < 0,0005$ ) entre la presencia o no de indicadores de y el diagnóstico de abuso sexual:

El 80% de los que presentan indicadores de maltrato se diagnostican de sospecha de abuso frente al 15% de los que no los presentan y ninguno de los que presentan indicadores tiene **FRS** frente al 57,5% de los que no los presentan.

De los 43 casos en los que se dispone del dato, 21 de ellos (49%) han sido atendidos por presentar algún trastorno de conducta y sólo 8 por lesiones (18,6%) que indujeron a la sospecha.

La mayoría de los casos (44) han requerido atención médica y social y 36 sólo atención social. Existe relación significativa ( $p < 0,0005$ ) entre las actuaciones y el diagnóstico, un 78% de actuaciones de tipo social se diagnostican de RS frente a un 20,5% de actuaciones de otro tipo (social y médica) y a la vez, sólo un 3% de actuaciones de tipo social son sospecha de abuso frente a un 57% de las actuaciones de otro tipo.

Desde el hospital se ha facilitado en 68 casos (75,6%) la intervención de otras instituciones (*SPM, EICAS, ADIMA, Servicios Sociales Comunitarios, ETF*) para colaborar en la protección, en el tratamiento social o, en el diagnóstico o tratamiento psicológico. A efectos de notificación

de casos de sospecha de maltrato o de desprotección, se han trasladado informes de 28 menores (31% del total de casos), 18 de ellos (64,3%) al SPM, 1 al Juzgado y 9 (32%) a ambos.

No existe relación significativa entre el organismo al que se deriva y el diagnóstico.

De los 90 casos incluidos en el estudio, un 71,1% pertenece al Área del hospital frente a un 16,7% que no pertenece al área hospitalaria y, en 11 casos no se dispone del dato. Es decir, un 81% de los casos registrados pertenecen al área y un 19% no.

## DISCUSIÓN

La valoración y la atención médica y social de cada caso conlleva un proceso de valoración y seguimiento durante varios meses por lo que, solo uno se tiene como “**caso cerrado**”; lo que puede condicionar que, en algunas variables del estudio se llega a tener hasta un 25,6% de casos en los que no se dispone, aún, del dato.

Los niños comienzan a padecer riesgo social y formas de maltrato desde edades muy tempranas, lo que, en nuestra experiencia siempre se ha constatado y refuerza el valor de riesgo que tiene para la salud en las diferentes etapas del desarrollo.

El conocimiento de los síntomas o indicadores de sospecha de maltrato, ha permitido detectar carencias de cuidados y conductas de riesgo para la salud o la inclusión del maltrato en el diagnóstico diferencial, en 29 menores.

Los menores incluidos en este estudio, frecuentemente (el 48,9% de todos) pertenecen a familias problemáticas, ya sea por desestructuración, disfuncionalidad o por relaciones conflictivas entre sus miembros; lo que supone una mayor dificultad y complejidad en su abordaje que, necesariamente, será interdisciplinar y se relaciona con la presencia de **FRS**. Los menores en situación legal de desamparo estudiados se relacionan (*estadísticamente significativa*) con la sospecha de abuso sexual; lo que puede deberse a que el abuso sexual ha formado parte de las condiciones adversas y complejas que determinaron el desamparo legal y que se estudia una vez que se adoptan las medidas de protección.

Un 20% de todos los casos vive en centros de acogida y han sido derivados al hospital para valoración; por lo que debe entenderse que el hospital se ha comportado como centro de referencia para otras instituciones en la valoración de menores con riesgo social o sospecha de maltrato, lo que puede conllevar un sesgo.

Este estudio pone de manifiesto que las formas de abuso sexual se han detectado más frecuentemente entre los 5 y 14 años; lo que constituye un retraso en la edad de detección, en nuestra experiencia, que en años previos ha sido más frecuente en el grupo de edad entre 1 y 5 años.

Los casos de abuso sexual superan a los casos de otras formas de maltrato, quizás porque este hospital se haya convertido en un centro de referencia para otras instituciones para el estudio de casos de sospecha de abuso,

y por la cierta especialización adquirida en la valoración de indicadores de sospecha de abuso sexual. No obstante, este dato sugiere la conveniencia de incrementar la detección de indicadores de sospecha de otras formas de maltrato desde el hospital.

En este estudio, el médico ha sido el principal agente de activación del protocolo de valoración y asistencia, lo que ha permitido el estudio de 50 menores en situación de riesgo y constituye un exponente de las actuaciones de formación y de apoyo realizadas de cara a los profesionales porque, como es sabido, solo se diagnostica lo que se conoce.

## CONCLUSIONES

**1ª.** La problemática social que puede suponer un riesgo para la salud infantil es frecuente en las personas menores de edad que son atendidas en este hospital. Especialmente la tipología familiar problemática puede tener interés predictivo en la detección del riesgo social para la salud del menor.

**2ª.** La detección y notificación de la sospecha por parte de los pediatras han sido necesarias en la mayoría de los casos para iniciar el estudio (interdisciplinar) y llegar al diagnóstico. Para la detección de los casos es importante que el pediatra incluya el maltrato en el diagnóstico diferencial ante la presencia de indicadores o síntomas de sospecha.

**3ª.** Se ha observado relación significativa entre la tipología familiar, el género y la edad del menor, con el diagnóstico final.

**4ª.** Entre los indicadores de sospecha deben ser incluidos especialmente, por su frecuencia, los trastornos de conducta; por lo que puede ser necesario el trabajo coordinado con profesionales de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil.

**5ª.** La notificación de la sospecha a la UTS ha sido facilitadora para iniciar el proceso de valoración social, médica y psicológica y, de la notificación a los servicios sociales.

## BIBLIOGRAFÍA

**1.** Ethier LS, Lemelin JP, Lacharité C. A longitudinal study of effects of chronic maltreatment on children's behavioural and emotional problems. *Child Abuse and Neglect* 2004;(28):1265-1278.

**2.** Dirección Gerencia del Servicio Andaluz de Salud. Actuaciones en caso de asistencia a menores en situación de riesgo o desamparo. Circular 10/1.989, de 19 de julio. BOJA.

**3.** Consejería de Asuntos Sociales. Ley 1/1998 de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor. Art. 10. Salud. Art. 22. Situaciones de riesgo. Junta de Andalucía. Sevilla 1.998.

**4.** American Academy of Paediatrics Understanding the behavioural and emotional consequences of child abuse. *Pediatrics* 2008;122(3):667-673.

**5.** Eckenrode J, Runyau DK. Prevención del maltrato y de la negligencia en la infancia. *Anales Nestlé* 2004;(62):36-48.

**6.** Pou Fernández J. El pediatra y el maltrato infantil. Ergon. Barcelona, 2010.

**7.** Perea Martínez A, Loredo A, Monroy A. El abuso sexual: del silencio ignominioso a una realidad estigmatizante. En: Loredo-Abdalá: Maltrato en niños y adolescentes. Editores de textos mexicanos. México 2004; 75-102.

**8.** Dubowitz H. Prevención del abandono y el maltrato físico en niños: una tarea para el pediatra. *Pediatrics in Review*, 2003;4(1):3-8.

**9.** Gil J, Ostos R, Largo E. Valoración médica de la sospecha de abuso sexual en personas menores de edad. *Cuad Med Forense* 2006; 12(43-44):57-74.

**10.** Robyn S Klein. Clinical manifestations and diagnosis of herpes simplex. UpToDate. Enero 2010.

**11.** Consejería de Asuntos Sociales. Procedimiento de coordinación para la atención a menores víctimas de malos tratos en Andalucía. VI: Servicios sanitarios. Junta de Andalucía. Sevilla 2003.

**12.** Consejería de Asuntos Sociales. Decreto 42/2002, de 12 de febrero. Desamparo, tutela y guarda del menor. Art. 15. Salud. Art. 20. Desamparo. Junta de Andalucía 2002.

**13.** Gómez de Terreros I. Protección jurídica del menor. Los derechos del niño. En: Atención a la infancia con patología crónica. Ed Alhulia. Granada, 2003:69-98.

**14.** Gerber P, Coffman. Nonaccidental head trauma in infants. *Childs Nerv Syst* 2007;23:499-507.

**15.** Masip J, Garrido E. La evaluación del abuso sexual infantil. Ed MAD S.L. Alcalá de Guadaíra. Sevilla.

**16.** Paradise JE. The medical evaluation of the sexually abused child. *Pediatr Clin North Am.* 1990;(6):37-9.

**17.** Rojo JM, Gil J, Escudero J. Manifestaciones cutáneas del abuso sexual en la infancia. *Piel* 2003;18(2):70-7.

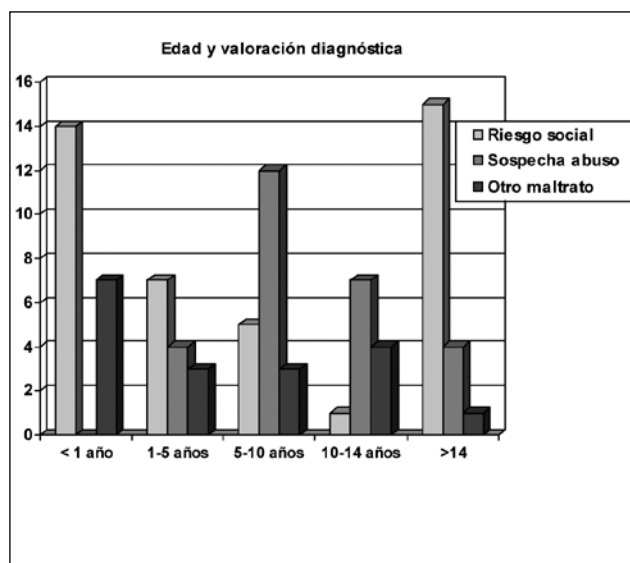
**18.** Trenchs Saínz de la Maza V, y otros: Características de las consultas y manejo desde el servicio de urgencias. *Emergencias* 2008;7(4):133-178.

### GRAFICAS Y TABLAS

Gráfica 1. Actuación en Urgencias ante la presencia de FRS



Gráfica 2. Relación entre grupo de edad y diagnóstico.



Gráfica 3. Relación tipología familiar y diagnóstico

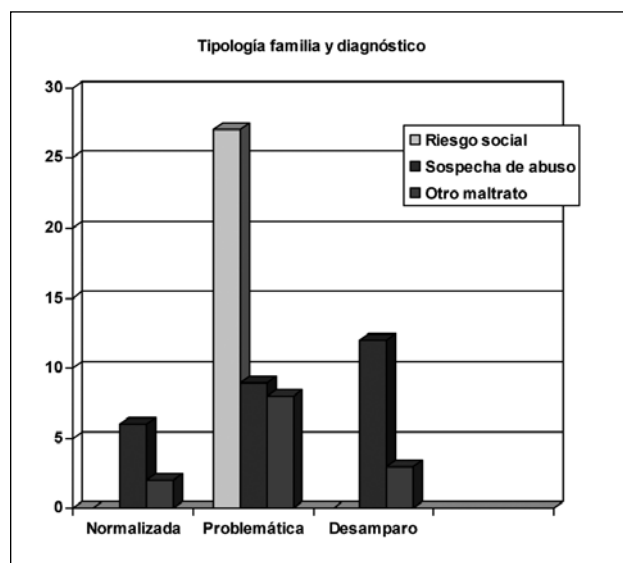


Tabla I. Distribución por grupos de edad

	Frecuencia	% Válido	% Acumulado
< 1 año	21	24,1	24,1
1 - 4 años	14	16,1	40,2
5 - 9 años	20	23,0	63,2
10 -14 años	12	13,8	77,0
> 14 años	20	22,2	23,0

Tabla II. Valoración diagnóstica.

	Frecuencia	% Válido
Riesgo social	43	47,8
Sospecha abuso	29	32,2
Otro maltrato	18	20,0
Total	90	100,0