

Protocol d'actuació davant de maltractaments en la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut

Edició actualitzada

Març de 2019

Alguns drets reservats

© 2019, dels autors (cal que esmenteu els autors si heu signat un contracte d'edició o cessió de drets amb autors externs al Departament de Salut).

© 2019, Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.

Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObresDerivades 3.0 de Creative Commons.

La llicència es pot consultar a: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/>

Edita:

Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut

Barcelona, març de 2019

Dipòsit legal:

DL X XXXX-201X

Assessorament lingüístic:

Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

URL: http://salutpublica.gencat.cat/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infancia-i-adolescencia/05maltractament-infantojuvenil/protocol-actuacio-maltractaments-infancia.pdf

Sumari

1. Presentació
2. Introducció
3. Objectius
 - 3.1. Objectius generals
 - 3.2. Objectius específics
4. Destinataris i àmbit d'aplicació
5. Epidemiologia, definició i tipologies de maltractament
 - 5.1. Epidemiologia
 - 5.2. Definició de maltractament
 - 5.3. Tipus de maltractaments
6. Prevenció del maltractament infantil
 - 6.1. Elements per fer servir a la consulta per evitar maltractaments
 - 6.2. Factors que influeixen en el risc de patir maltractaments
7. Detecció del maltractament infantil: elements per arribar a la valoració final
 - 7.1. Maltractament físic
 - 7.2. Abús sexual
 - 7.3. Maltractament psicològic o emocional
 - 7.4. Maltractament per negligència i abandonament
 - 7.5. Maltractament prenatal
 - 7.6. Característiques en la detecció de maltractaments en nadons
8. Valoració del cas de maltractament i de la gravetat
 - 8.1. Valoració del maltractament
 - 8.2. Graus de maltractament infantil
9. Procediment que cal seguir després de detectar un cas de maltractament
 - 9.1. Registre unificat de maltractaments infantils
 - 9.2. Notificacions, informes i comunicats
10. Dispositius assistencials per al diagnòstic i tractament
11. Protecció i seguiment de l'infant o l'adolescent maltractat
 - 11.1. Maltractament que necessita mesures de protecció
 - 11.2. Maltractament que no necessita mesures de protecció immediata
12. Protecció dels professionals
13. Bibliografia
14. Abreviacions
15. Annexos
 - Annex 1. Nous conceptes en matèria de maltractament als infants i adolescents relacionats amb les noves tecnologies
 - Annex 2. Estratègies per fer la valoració d'actituds no adequades per part dels progenitors, tutors o cuidadors en la consulta
 - Annex 3. Situacions de desprotecció en l'àmbit familiar
 - Annex 4.1 Tècnica seriada òssia

- Annex 4.2. Grau d'especificitat de les troballes radiològiques no accidentals en infants o adolescents
- Annex 5. Senyals d'alarma en l'exploració física per sistemes
- Annex 6. Abordatge de l'abús sexual infantil en l'àmbit sanitari
- Annex 7. Proves que han de practicar els metges forenses
- Annex 8. Model d'informe d'atenció sanitària per maltractament en la infància o l'adolescència
- Annex 9. Orientació diagnòstica per a la presa de decisions en relació amb l'abús sexual en infants o adolescents
- Annex 10. Tractament i recomanacions d'abordatge de l'abús sexual
- Annex 11. Rol de la xarxa de salut mental en el protocol de maltractaments
- Annex 12. Protocol de maltractament prenatal
 - Annex 12.1. Activació del protocol en l'àmbit d'atenció primària
 - Annex 12.2. Algoritme del protocol del maltractament prenatal en l'àmbit hospitalari
- Annex 13. Característiques especials per a la detecció de maltractaments en nadons
- Annex 14. Altres eines per a la valoració del maltractament
- Annex 15. Quadre orientatiu de gestió integrada enfront del maltractament infantil
- Annex 16. Model de comunicat judicial
- Annex 17. Fitxa de notificació de situació de risc o desemparament infantil des dels serveis de salut
- Annex 18. Abordatge del maltractament infantil en l'àmbit sanitari
- Annex 19. Organització territorial de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (serveis territorials i UDEPMI)
- Annex 20. Dades de contacte de la Fiscalia de Menors

Coordinació:

Albert Giménez Masat. Metge. Sub-direcció General de Promoció de la Salut. Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut

Rosa Fernández Bardón. Metgessa. Cap del Servei de Salut Maternoinfantil. Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut

Carmen Cabezas Peña. Metgessa. Sub-directora general de Promoció de la Salut. Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut

Elaboració:

Grup de Treball per a la Revisió del Protocol de Maltractament Infantil i Adolescent

Antoni Natal Pujol. Pediatre. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Marta Simó Nebot. Pediatra. UFAM - Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues

Cristina Macias Borràs. Treballadora social. UFAM - Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues

Montserrat Bret Garriga. Treballadora social. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Ana Moral Fernández. Infermera. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Friné Brossa Guerra. Pediatra. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Manel Enrubia Iglesias. Pediatre. Centre d'Atenció Pediàtrica Integral de Barcelona Esquerra

Rosa Maria Masvidal Aliberch. Pediatra. ABS Raval Nord

Anna Fàbregas Martori. Pediatra. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Francisca Jurado Luque. Infermera. EAP Casc Antic 1B - SAP Litoral

Francesc Domingo Salvany. Pediatre. ABS Balaguer

Neus Arola Serra. Infermera. ABS Balaguer

Teresa Vallmanya Cucurull. Pediatra. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Elena Alcover Bloch. Pediatra. CAP de Sort (Pallars Sobirà)

Ester Prat Gallart. Infermera. CAP de Sort (Pallars Sobirà)

Gabriela Ricomà De Castellarnau. Pediatra. CAP Rambla Nova - Tarragona

Elena Capell Simó. Infermera. CAP Rambla Nova - Tarragona

Gemma Illa Sagarra. Treballadora social. CAP Muralles

Cristina Gil Bargallo. Treballadora social. EAP Torreforta - La Granja

Maria del Pilar Machado Solanes. Pediatra. EAP Torreforta - La Granja

Neus Jové Edo. Treballadora social. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

Sònia Ponce López. Infermera. CAP Temple. Tortosa

Maria Josepa Gellida Royo. Pediatra. CAP Alcanar

Glòria Estopiñá Ferrer. Pediatra. Hospital Consorci Sanitari de Terrassa

Núria Rosell Soler. Pediatra. ABS Manresa-4

Gemma Solanas Bacardit. Treballadora social. Referent de treball social. Gerència Territorial Catalunya Central. ICS

Pilar de Millan Soriano. Infermera. EAP Calaf

Anna Miralles Puigbert. Pediatra. SSIBE i Hospital de Palamós

Xavier Duran Carvajal. Pediatre. EAP Can Gibert del Pla - Girona

Maria Dolors Riera Vidal. Pediatra. Equip de Pediatria de Drassanes

Maria Eloisa Vioque Calero. Treballadora social. Equip Drassanes

Francesc Formaguera Soler. Pediatre. CAP Drassanes-Hospital Sant Joan de Déu d'Esplugues

Rosa Royo Esqués. Psicòloga clínica.

Fernando Lacasa Saludas. Psicòleg clínic. Coordinador del CSMIJ de Cornellà. Cap de la Secció de l'Àrea Comunitària de Salut Mental de l'Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues

Sergi de Diego Martín. Psicòleg. CSMIJ. Fundació Vidal i Barraquer

Mar Vidal Casado. Psicòloga. CSMIJ Vendrell. Institut Pere Mata

Agnès Mayoral Castany. Psicòloga. Unitat Funcional d'Abusos al Menor

Carmen Gálvez Rendón. Coordinadora tècnica de la Unitat de Pediatria Social de l'Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Fundació Juvanteny

Antònia Guzmán César. Metgessa. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Terres de l'Ebre. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies

Joan Mayoral Simon. Jurista. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies

Maria Júlia Moreto Gimbernà. Metgessa. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies

Maria José Morcillo Buscato. Metgessa. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies

Laia Benito Faiges. Biomèdica. Servei de Salut Maternoinfantil. Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut

Rosalía Sanglas Ramon. Psicòloga. CatSalut

Anna Puente Arias. Metgessa. Departament de Salut

Anna Mompert Penina. Metgessa. Sub-directora general de la Cartera de Serveis i el Mapa Sanitari. Departament de Salut

Maria Teresa Sánchez Cancio. Humanista. Sub-direcció General d'Ordenació i Desenvolupament Professional. Direcció General de Professionals de la Salut. Departament de Salut

Ramona Garcia Macià. Metgessa. Responsable de Prevenció de Riscos Laborals. Departament de Salut

Subcomissió sobre Maltractament Prenatal

Montserrat Bret Garriga. Treballadora social. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Gemma Falguera Puig. Llevadora. Responsable de l'ASSIR Metropolitana Nord. Institut Català de la Salut

Lucía Burgos Cubero. Llevadora. Coordinadora ASSIR Mollet. Institut Català de la Salut

Cristina Martínez Bueno. Llevadora. Responsable corporativa dels ASSIRs Catalunya. Institut Català de la Salut

Eva Vela Martínez. Llevadora. Coordinadora de l'ASSIR dreta. Institut Català de la Salut

Lidia Segura García. Psicòloga. Sub-direcció General de Drogodependències. Departament de Salut

Ana Isabel Ibar Fañanàs. Psicòloga. Sub-direcció General de Drogodependències. Departament de Salut

Elena Carreras Moratons. Ginecòloga. Societat Catalana de Ginecologia i Obstetrícia

Valentí Pineda Solàs. Pediatre. Societat Catalana de Pediatria

Anna Creus Molins. Neonatòloga. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Ester Valls Puente. Llicenciada en criminologia i treballadora social. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona

Jordi Verdaguer Gorchs. Psicòleg clínic. Osona Salut Mental. Consorci Hospitalari de Vic

Montserrat Junquera Rius. Llevadora. ASSIR Garrotxa

Blanca Carcolé Batet. Psicòloga clínica. CAS Tarragona

Rosa Rosean Vila. Llevadora. Osona Salut Mental. Consorci Hospitalari de Vic

Rosalia Sanglas Ramon. Psicòloga. CatSalut

Anna Maria Puente Arias. Metgessa. Departament de Salut

Francesca Duran Suárez. Llevadora. Responsable de llevadoria. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Paulina Viñas Folch. Metgessa. CatSalut

Emilio Pérez Picañol. Pediatre. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Manuela Vázquez Igual. Treballadora social. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Ana Rocío Ciudad Padilla. Treballadora social. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

Anna Suy Franch. Ginecòloga. Societat Catalana de Ginecologia i Obstetrícia

Subcomissió sobre Formació

Antoni Natal Pujol. Pediatre. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Marta Simó Nebot. Pediatra. UFAM - Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues

Anna Fàbregas Martori. Pediatra. Hospital Universitari Vall d'Hebron

Teresa Vallmanya Cucurull. Pediatra. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

Antoni Martínez Roig. Pediatre. Societat Catalana de Pediatria

Manel Enrubia Iglesias. Pediatre. Centre d'Atenció Pediàtrica Integral de Barcelona Esquerra

Francesc Domingo Salvany. Pediatre. ABS Balaguer

Xavier Duran Carvajal. Pediatre. EAP Can Gibert del Pla – Girona

Rosa Maria Masvidal Aliberch. Pediatra. ABS Raval Nord

Francisca Jurado Luque. Infermera. EAP Casc Antic 1B - SAP Litoral

Pilar de Millán Soriano. Infermera. EAP Calaf

Gemma Solanas Bacardit. Treballadora social. Referent de Treball Social. Gerència Territorial

Maria Eloisa Vioque Calero. Treballadora social. Equip Drassanes

Maria Dolores González Vacas. Treballadora social. Consorci Sanitari Parc Taulí

Anna Maria Puente Arias. Metgessa. Departament de Salut

Rosalia Sanglas Ramon. Psicòloga. CatSalut

Maria Teresa Sánchez Cancio. Pedagoga. Sub-direcció General d'Ordenació i Desenvolupament Professional. Direcció General de Professionals de la Salut. Departament de Salut

María José Morcillo Buscató. Metgessa. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies

Subcomissió sobre l'Informe d'Atenció Sanitària i Comunicació Judicial

Josep Ramon Arisa Clusella. Advocat i economista. Coordinador de Procediments i Organització. Assessoria Jurídica. CatSalut

Victòria Trenchs Sainz de la Maza. Pediatra. Hospital de Sant Joan de Déu d'Esplugues

Rosa Maria Isnard Blanchar. Cirurgiana pediàtrica. Unitat de Pediatria Social. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol

Glòria Estopiñá Ferrer. Pediatra. Hospital Consorci Sanitari de Terrassa

Clàudia Coderch Ciurans. Pediatra. Hospital Consorci Sanitari de Terrassa

Xavier Puigdollers Noblom. Advocat. Expresident de la Secció Drets de la Infància i l'Adolescència. Col·legi d'Advocats de Barcelona

Amadeu Pujol Robinat. Metge forense. Cap del Servei de Clínica Medicoforense

Ana Taranilla Castro. Metgessa forense. Divisió Barcelona de l'Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya

Maria Júlia Moreto Gimbernat. Metgessa. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. Departament de Treball, Afers Socials i Famílies

Rosalía Sanglas Ramon. Psicòloga. CatSalut

Imma Vallverdú Duch. Infermera. Regió Sanitària de l'Àrea Integral de Salut. CatSalut

1 Presentació

Els maltractaments i abusos comesos contra els infants i adolescents constitueixen un problema que es manté sovint ocult i que presenta enormes dificultats per ser detectat, sobretot en infants molt petits que no poden verbalitzar-ho o no són conscients de la gravetat dels fets. Si bé la violència física i psíquica contra les dones cada vegada s'està fent més visible, els maltractaments i l'abús sexual, especialment contra infants i adolescents, són objecte encara d'ocultació, fins i tot per les mateixes víctimes, perquè afecten l'esfera més íntima de la persona i per la por de l'escàndol i del rebuig familiar i social.

Prevenir i, si escau, atendre i reparar el dany de les víctimes de maltractament és una tasca que requereix el treball en xarxa de professionals de diferents àmbits i disciplines i implica, necessàriament, una coordinació eficaç. Només d'aquesta manera s'arribarà a erradicar la violència contra infants i adolescents i millorarà l'atenció als que són víctimes de maltractaments.

Per això, aquest nou *Protocol d'actuació davant dels maltractaments en la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut* amplia el seu abast als professionals de l'atenció primària i comunitària, i incideix en el bon tracte a l'infant en la seva màxima amplitud per, d'aquesta manera, no haver de resoldre les conseqüències d'una negligència en l'atenció.

Entre els diversos avenços que aporta aquest protocol, cal destacar la preocupació per evitar la victimització secundària dels infants i adolescents, mitjançant la utilització de recursos senzills com ara evitar les diligències repetides i adequar-se a criteris de mínima intervenció, celeritat i especialització, i així reduir-ne i no prolongar-ne de manera innecessària el sofriment. Així mateix, es vol donar eines als professionals en la seva actuació per ajudar a diferenciar el que pot ser maltractament del que no, reduir el marge d'interpretació subjectiva i afavorir-ne la detecció i notificació.

Qualsevol forma de violència exercida, sustentada per un model social heteropatriarcal, és inacceptable en una societat moderna i avançada, i és encara més greu i injustificable quan qui pateix aquesta violència és un infant o un adolescent i aquesta es produeix en l'àmbit familiar, espai de protecció i seguretat per antonomàsia. Per això, esperem que aquest nou protocol ajudi els professionals de la salut i contribueixi a destinar els esforços a prevenir el maltractament, mantenir una actitud proactiva en la detecció, prioritzar la protecció i el benestar de l'infant i l'adolescent i erradicar la transmissió intergeneracional de comportaments violents.

2 Introducció

El bon tracte a infants i adolescents és responsabilitat de tothom. El bon tracte el constitueixen les diferents manifestacions d'afecte, cura, criança, suport i socialització que reben els infants i adolescents de la seva família, del grup social i de les administracions o institucions, de tal manera que se'ls garanteixi comptar amb les condicions necessàries per a un desenvolupament integral adequat: afectiu, psicològic, físic, sexual, intel·lectual i social.

El maltractament és un problema social i de salut que no pot —ni ha de ser— eludit per ningú. En aquest sentit, cada cas d'infant maltractat ens interpel·la com a ciutadans i com a Administració i provoca més conscienciació davant d'aquesta realitat social.

L'article 40.3 de l'Estatut d'autonomia de Catalunya estableix que els poders públics han de garantir la protecció dels infants, especialment, contra tota forma de maltractament. Per aquest motiu, la Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, va incorporar un nou marc de protecció específica contra el maltractament infantil que preveu totes les situacions, tant si són tributàries d'una declaració de desemparament com si no. Aquesta Llei recull que: «Els poders públics han de prendre totes les mesures necessàries per a protegir els infants i els adolescents de qualsevol forma de maltractament i, especialment, de qualsevol forma de violència física, psíquica o sexual».

A Catalunya, i per tal d'incidir en els maltractaments a infants i adolescents, l'any 1991 s'elabora el document *Els maltractaments infantils a Catalunya: estudi global i balanç de la seva situació actual*, com a resposta a les conclusions aprovades en el Ple del Parlament de Catalunya l'any 1987 (el primer a l'Estat espanyol), i que dona lloc a l'edició de protocols per a la detecció, intervenció i derivació de maltractaments infantils en diferents àmbits. Més tard, l'any 1996 es va elaborar *El llibre d'en Pau: guia per a l'abordatge del maltractament en la infància per als professionals de la salut*. Posteriorment, l'any 1999 el *Protocol bàsic d'actuacions en abusos sexuals i altres maltractaments a infants i adolescents a la demarcació de Barcelona* i el *Protocol hospitalari d'actuació assistencial i medicolegal de les situacions d'abús sexual i maltractament infantil en urgències*. L'any 2006, el Síndic de Greuges va elaborar el *Protocol marc d'actuacions en casos d'abusos sexuals i altres maltractaments greus a infants i adolescents* i, arran d'aquest protocol, l'any 2008 el Departament de Salut, conjuntament amb el Departament de Benestar i Família, va editar el *Protocol d'actuació clínicoassistencial de maltractaments aguts a la infància*. Paral·lelament, i amb l'objectiu de fer el seguiment, conèixer l'abast i les característiques dels casos detectats des de l'any 2009, es va implementar el Registre unificat de maltractaments infantils (RUMI-Salut), que s'adreçava als hospitals que atenen urgències pediàtriques.

També s'han elaborat protocols específics en matèria de violència masclista aplicables a nenes i adolescents (com, per exemple, el *Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina*, 2002, revisat el 2007; el *Protocol marc per a una intervenció coordinada contra la*

violència masclista, 2009, o el Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya, relatiu específicament al maltractament infantojuvenil, 2010).

Per fer un abordatge més coordinat entre els diferents departaments de la Generalitat implicats, l'any 2017 s'edita el *Protocol marc d'actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya*, que desenvolupa articles concrets de la Llei 14/2010, de 27 de maig, amb l'objectiu d'establir uns criteris bàsics, clars i homogenis per possibilitar un abordatge adequat del problema dels maltractaments a infants i adolescents.

Aquest nou protocol marc, liderat des del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, potencia la visió global i integradora (holística), ja que hi conflueixen els protocols específics dels diferents departaments, que comparteixen la mateixa terminologia i plantejament, així com criteris i eines de valoració i el fet indispensable d'actuar conjuntament i coordinadament, evitant la victimització secundària tant com sigui possible.

La revisió d'aquest protocol incorpora els vessants de prevenció, detecció precoç i actuació en l'atenció primària i comunitària, a més dels serveis d'urgències hospitalàries i dels equips funcionals d'expertesa, i també especificitats per a l'abordatge del maltractament prenatal i del maltractament dels infants en els primers mesos i anys de vida.

En l'elaboració del protocol de salut hi han col·laborat més d'una seixantena de professionals de diferents disciplines (pediatres, metges forenses, infermers, psicòlegs, treballadors socials, planificadors sanitaris i juristes), àmbits assistencials (tant de l'atenció primària com hospitalària) de diferents territoris de Catalunya, i, com no podia ser d'una altra manera, professionals de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA), per recollir aportacions i experiències tan variades com ha estat possible.

A més, la Sub-direcció General de Planificació Sanitària, la Sub-direcció General de la Cartera de Serveis i el Mapa Sanitari i el Servei Català de la Salut han dissenyat la reordenació del model d'atenció tenint en compte les necessitats i expectatives actuals, amb una visió integral que potencia el nivell d'atenció primària comunitària i els serveis d'urgència dels hospitals de referència, i identifica i promou els equips funcionals d'experts en el territori on treballen els professionals especialistes en unitats per a l'atenció adequada als abusos sexuals i al maltractament greu.

Finalment, i per fer operatiu aquest protocol, s'ha dissenyat una formació adequada dels diferents professionals sanitaris, així com la provisió d'un sistema de registre únic de maltractaments infantils, per millorar l'eficàcia de les actuacions protectores davant dels maltractaments i abusos contra els infants i adolescents.

3 Objectius

3.1 Objectius generals

- Promoure el bon tracte integral als infants i adolescents des de l'àmbit sanitari.
- Promoure la prevenció, la detecció precoç, l'atenció integral i la rehabilitació dels infants i adolescents que han patit maltractament o abús sexual des de l'àmbit del sistema sanitari, incidint en les situacions de risc.

3.2 Objectius específics

- Contribuir a la reducció o l'erradicació de nous casos de maltractament.
- Contribuir a la sensibilització de la ciutadania sobre el bon tracte als infants i adolescents i la prevenció dels maltractaments.
- Millorar la sensibilització i formació dels professionals de la salut amb relació al bon tracte als infants i la prevenció dels maltractaments a infants i adolescents, promovent una actitud proactiva cap a aquest tema.
- Ajudar les famílies a reduir el risc de maltractament als infants i adolescents.
- Detectar i avaluar els infants i adolescents amb maltractament atesos en l'àmbit sanitari, reduir l'infradiagnòstic i assegurar-ne la protecció.
- Afavorir, sense minva de les garanties processals, assistencials i de protecció, que les actuacions que es duen a terme siguin les necessàries per evitar la victimització secundària i protegir els drets dels infants i adolescents en defensa de la seva integritat i dignitat.
- Oferir atenció integral, seguiment i acompanyament dels casos detectats.
- Millorar la coordinació interdisciplinària entre els diferents professionals que atenen els infants i adolescents.
- Millorar la coordinació entre les diferents institucions que atenen els casos d'infants o adolescents maltractats, establint el procediment de comunicació i notificació tant si són sospites com si són certes de maltractaments infantils.
- Assegurar una activació correcta dels recursos per protegir els infants i adolescents i derivar-los als diferents serveis a fi d'estudiar, abordar els casos i fer el seguiment de la seva situació.
- Evitar la reincidència de maltractaments a infants i adolescents.
- Millorar la protecció dels professionals.
- Incorporar la perspectiva de gènere en totes les mesures relacionades amb la violència contra la infància i l'adolescència.
- Apoderar infants i adolescents per a la detecció i reacció adequada davant de possibles situacions de violència exercida sobre ells.

4 Destinataris i àmbit d'aplicació

Les actuacions previstes en aquest protocol s'adrecen a millorar l'estat de salut a través de la prevenció i l'atenció del maltractament, d'una banda, dels infants i adolescents, fins que aquests assoleixen l'edat legal de majoria d'edat als 18 anys i, de l'altra, dels fetus.

Els professionals implicats en l'aplicació són:

- Professionals sanitaris dels diferents dispositius d'atenció primària, inclosos els de salut mental i de l'atenció a les drogodependències, així com l'altra atenció especialitzada ambulatoria i, en especial, aquells que tractin infants i adolescents i dones en estat de gestació.
- Professionals sanitaris dels hospitals i, en especial, aquells que tractin infants i adolescents i dones en estat de gestació.
- Professionals sanitaris dels serveis d'urgències i, en especial, aquells que tractin infants i adolescents i dones en estat de gestació.

5 Epidemiologia, definició i tipologies de maltractament

5.1 Epidemiologia

A Catalunya, no hi ha un coneixement prou precís sobre la prevalença real del maltractament infantil, perquè no hi ha fonts estadístiques fiables i perquè la investigació en aquesta matèria és escassa.

D'una banda, a l'estudi poblacional *Maltrato infantil en la familia en España*, editat l'any 2011 pel Ministeri de Sanitat, Política Social i Igualtat, en el qual va participar Catalunya, la prevalença era del 5,1 per mil infants fins als 17 anys d'edat.

En aquest estudi, es detecta que el maltractament infantil en la família disminueix a mesura que augmenta l'edat del menor i que els pares són els principals agressors en els casos de maltractament físic, maltractament psicològic i abús sexual, mentre que les mares ho són en els casos de negligència (i possiblement degut a la càrrega més alta de cures que tenen).

Per franges d'edat, els infants dels 0 als 7 anys han patit maltractament físic en una proporció més alta. Pel que fa a la franja d'edat dels 8 a 17 anys, el 70,27% dels menors que pateixen maltractament en la família només presenten un tipus de maltractament; les noies presenten taxes més altes de tots els tipus de maltractament, excepte del maltractament físic, i el tipus de maltractament que presenta una prevalença més alta és el psicològic, en el cas de les noies, i el físic en el dels nois.

L'estudi detecta una relació significativa amb factors de risc afavoridors d'agressions als infants per part dels adults, com haver estat víctima de maltractament infantil en la família, el consum de substàncies (alcohol i altres drogues, i medicaments com ara els ansiolítics i antidepressius), les distorsions cognitives i els models educatius negligents i autoritaris.

D'altra banda, a Catalunya durant l'any 2018 la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (DGAIA) ha declarat la situació de desemparament a 1.181 infants i adolescents, excloent-ne els infants i joves migrants sols. S'observa que el motiu d'obertura d'expedients de desemparament més freqüent és la negligència, que representa el 44% del total de motius declarats. El maltractament psíquicoemocional representa el 12,4% dels motius, el físic el 8,2% i el prenatal el 2,9%. Les situacions compatibles amb abús sexual es donen en l'1,7%. Aquest volum i distribució del motius són equiparables als darrers anys.

En el cas de l'abús sexual, estudis com els de Pereda (2007), López (1994) o De Paul (1995), amb determinats grups poblacionals d'infants o adolescents, han situat la prevalença de l'abús sexual infantil a nivells similars als resultats obtinguts pels estudis internacionals elaborats sobre aquesta matèria en països amb sistemes de benestar més desenvolupats, al voltant del 15%, que es produeix més en les noies (al voltant del 20%) que en els nois (al voltant del 10%), i en qualsevol moment de la trajectòria vital de l'infant, però prioritàriament en la primera adolescència. Aquesta prevalença és superior en el cas d'usuaris de determinats serveis, com per exemple, el sistema de protecció, que és del voltant del 30%. Donada aquesta elevada prevalença, el Consell d'Europa ha impulsat la campanya de sensibilització «One in five».

A Catalunya, no hi ha un sistema d'informació amb els mínims requeriments tècnics de qualitat per permetre fer una aproximació quantitativa als maltractaments infantils. Totes les dades disponibles són no exhaustives i inespecífiques, ja sigui perquè hi ha una infradeclaració del problema o perquè hi ha una infranotificació quan aquest està identificat.

5.2 Definició de maltractament

Definir el **maltractament** a infants i adolescents és complex, per la qual cosa és inequívoc recórrer a la definició de maltractament que estableix l'article 8.1 de la Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència: «Qualsevol infant o adolescent ha d'ésser protegit de qualsevol forma de maltractament, que inclou el maltractament físic, el psicològic, la negligència, el tracte indigno, l'explotació laboral, l'explotació i l'abús sexuals, la corrupció, la manipulació, el mal ús de la seva imatge i qualsevol altra forma d'abús».

L'Organització Mundial de la Salut defineix *maltractament infantil* com els abusos i la desatenció de què són objecte els menors de 18 anys, i hi inclou tots els tipus de maltractament físic o psicològic, abús sexual, desatenció, negligència i explotació comercial o d'altres tipus que causen o poden causar un dany a la salut, desenvolupament o dignitat de l'infant, o posar en perill la seva supervivència, en el context d'una relació de responsabilitat, confiança o poder. L'exposició a la violència en l'àmbit de la parella també s'inclou entre les formes de maltractament infantil.

En aquest sentit, l'Observatori General núm. 13 (2011), del Comitè de Nacions Unides de Drets de l'Infant, sobre «el dret de l'infant a no ser objecte de cap forma de violència» defineix el maltractament infantil de la manera següent:

Acció, omissió o tracte negligent, no accidental, que priva l'infant o l'adolescent dels seus drets i del seu benestar, que amenaça o interfereix el seu ordenat desenvolupament físic, psíquic o social, que poden causar les persones, les institucions o la mateixa societat.

La visió positiva i preventiva tracta d'anticipar-se al problema i estimular el **bon tracte** a l'infant i l'adolescent en la seva màxima amplitud per, d'aquesta manera, no haver de resoldre les conseqüències d'una negligència en la seva atenció.

Des d'un punt de vista proactiu cal definir què s'entén per bon tracte als infants. El bon tracte el constitueixen les diferents manifestacions d'afecte, cura, criança, suport i socialització que reben els infants i adolescents de la seva família, grup social i de les administracions o institucions, de tal manera que se'ls garanteixi comptar amb les condicions necessàries per a un desenvolupament integral adequat: afectiu, psicològic, físic, sexual, intel·lectual i social.

5.3 Tipus de maltractament

El maltractament és una realitat complexa i múltiple pel que fa als tipus, que són categoritzats segons acords relativament arbitraris que depenen del moment i la cultura i que no són excloents. L'Observatori General núm. 13 (2011) del Comitè de Nacions Unides classifica les formes de violència en l'àmbit sanitari de la manera següent:

5.3.1 Maltractament físic

Qualsevol acció no accidental que provoqui o pugui provocar als infants i adolescents danys físics o malalties.

5.3.2 Maltractament per negligència i abandonament

Es produeix quan les necessitats bàsiques de l'infant o l'adolescent (físiques, socials o psicològiques) no són ateses, de manera temporal o permanent, com l'alimentació, la higiene, l'atenció mèdica, l'educació, la roba, la vigilància, la seguretat...

5.3.3 Maltractament psicològic o emocional

Situació crònica amb actuacions o privacions que provoquen a l'infant o l'adolescent sentiments negatius envers la pròpia autoestima i li limiten les iniciatives que té (menyspreu continuat, refús verbal, insult, intimidació, discriminació...). Es distingeix el que es pot produir per conductes actives de l'adult (rebutjar, aïllar, terroritzar, corrompre...) i llavors es parla de **maltractament emocional**, del que es produeix per omissió de conductes (ignorar) i en aquest cas és **abandonament emocional**.

5.3.4 Abús sexual

Situació en la qual un infant o un adolescent és utilitzat per satisfer desitjos sexuals imposats per un adult, ja sigui participant o presenciant activitats sexuals que violen els tabús socials i legals de la societat i que ell no comprèn o per a les quals no està preparat, d'acord amb el seu desenvolupament i, per tant, no hi pot donar el seu consentiment (incest, violació, tocaments, seducció verbal, masturbació en presència d'un menor, pornografia...). També es considera abús les activitats sexuals imposades per un infant a un altre si el primer és considerablement més gran que la víctima, al voltant de cinc anys, o utilitza la força, les amenaces, l'abús de poder o altres mitjans de pressió. El límit d'edat establert per a les relacions sexuals consentides és de 16 anys a l'Estat espanyol.

5.3.5 Maltractament prenatal

Tota acció o ommissió voluntària per part de la dona gestant o indirectament per una tercera persona que posa en perill la salut fetal o bé li causa, directament o indirectament, un dany. També és maltractament prenatal el produït per la persona que maltracta la dona en procés de gestació.

Aquest maltractament pot tenir un efecte de vegades ja identificable prenatalment o bé manifestar-se postnatalment en el nadó.

5.3.6 Submissió quimicofarmacèutica

Situació en què, sense necessitat mèdica, se sotmet l'infant a qualsevol tipus de substància, la qual cosa l'incapacita perquè pugui desenvolupar la seva autonomia, la resistència o el control.

5.3.7 Síndrome de Münchhausen per poders

Es produeix quan els progenitors, tutors o les persones cuidadores simulen malalties de l'infant, provoquen contínues exploracions mèdiques o ingressos hospitalaris i al·leguen símptomes ficticis de manera activa.

5.3.8 Explotació laboral

Situació en què s'utilitza l'infant en edat no laboral per a treballs amb què s'obté qualsevol tipus de guany, que pot anar des de feines físiques dures fins a la utilització passiva o activa per a mendicitat. Si es detecta, s'ha de posar en coneixement dels serveis socials.

5.3.9 Explotació sexual

Situació en què l'infant és obligat o induït a realitzar activitats de prostitució i/o pornografia. En cas de detectar-se, s'ha de posar en coneixement dels serveis socials.

5.3.10 Violència masclista

Les nenes i noies adolescents també poden ser víctimes de violència masclista. En aquest àmbit de la violència masclista, s'inclouen formes específiques com:

- **Matrimoni forçat:** quan es produeix sense el consentiment vàlid de com a mínim un dels contraents (a l'Estat espanyol legalment es pot consentir a partir dels 16 anys si estan emancipats i entre els 14 i 16 anys en el cas que hagin obtingut una dispensa judicial) per la intervenció de terceres persones de l'entorn familiar que s'atorguen la facultat de decisió i pressionen perquè es produeixi aquesta pràctica. Cal aplicar el [procediment de prevenció i atenció policial dels matrimonis forçats del Departament d'Interior](#).
- **Mutilació genital femenina:** cal seguir el [Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina del Departament d'Acció Social i Ciutadania](#).

5.3.11 Tràfic d'éssers humans

Cal seguir el [Protocol de protecció de les víctimes de tràfic d'éssers humans a Catalunya](#).

5.3.12 Maltractament mitjançant les tecnologies de la informació i la comunicació

En el món de les noves tecnologies hi ha, constantment, noves eines que són utilitzades per al maltractament d'infants i adolescents, tant entre iguals com dels adults cap als infants i adolescents ([annex 1](#)).

Actualment, una d'aquestes eines és el ciberassetjament entre iguals, que es produeix quan un infant o un adolescent és maltractat de forma repetida i al llarg del temps per part d'un o més menors d'edat mitjançant l'ús d'eines tecnològiques. En el cas dels centres educatius, cal aplicar el [Protocol de prevenció, detecció i intervenció davant l'assetjament i el ciberassetjament entre iguals](#) del Departament d'Ensenyament.

5.3.13 Maltractament institucional / victimització secundària

Maltractament provocat per qualsevol legislació, programa, servei, actuació o procediment que provingui de poders públics o privats i de les seves actuacions, quan vulneren els drets bàsics dels infants o adolescents. La victimització secundària fa referència a la mala atenció o atenció inadequada que rep la víctima per part del sistema penal, i institucions de la salut, policia, entre d'altres, per les repetides situacions per les quals ha de passar després d'haver estat afectada per maltractament, fet que la perjudica psicològicament i emocionalment de manera més profunda i traumàtica.

6 Prevenció del maltractament infantil

La prevenció ha d'anar destinada a tota la població. Els centres educatius, junt amb els centres sanitaris, són espais privilegiats per a la promoció del bon tracte i l'aplicació de mesures preventives.

Per a la promoció del bon tracte a l'infant i la prevenció dels maltractaments s'ha de donar suport als progenitors, tutors o cuidadors en els freqüents moments de dificultat de la vida i ajudar-los a tenir unes expectatives realistes sobre els seus fills, i d'aquesta manera millorar la seva actuació quan es presentin circumstàncies adverses.

Així doncs, per tal de contribuir a la reducció o l'erradicació de casos nous abans que el problema es presenti, cal implementar mesures preventives per donar suport i apoderament a les famílies perquè fomentin el bon tracte infantil de forma extensa i generalitzada, sense oblidar l'educació per a la millora de l'autoestima i per a l'autoprotecció dels infants, que són els veritables protagonistes. El [Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut en l'edat pediàtrica](#) és una guia orientativa que permet als professionals de la salut fer un seguiment de l'estat i el desenvolupament integral de l'infant.

Amb aquest plantejament podríem detectar, d'una banda, elements de prevenció des de la consulta d'atenció primària i, de l'altra, determinants socials que poden posar l'infant o l'adolescent en risc de maltractament, i que requeriran un abordatge pluridisciplinari.

6.1 Elements per fer servir a la consulta per evitar maltractaments

- Elaborar una història clínica i sociofamiliar, al llarg de la vida de l'infant, que ens permeti conèixer factors desencadenants i incidir en la prevenció de possibles maltractaments, reforçant les habilitats parentals positives i mesures de seguretat i rutines apropiades.
- Donar a les dones en edat fèrtil o embarassades i a les seves parelles informació suficient sobre les conductes de risc i les seves greus conseqüències per assegurar una bona atenció prenatal.
- Acompanyar les mares i les seves parelles en els primers moments de la criança del nadó per ajudar-los a tolerar els plors de l'infant, proporcionar-los estratègies per minimitzar-los i evitar sacsejar-lo... Pot ser d'utilitat el fullet [Auxili! El meu bebè no para de plorar](#).
- Tenir presents els determinants socials de la salut i el paper que poden tenir unes condicions socioeconòmiques desfavorables en la presència de malestar emocional en els progenitors i l'estrès relacionat amb la pobresa, l'atur, el consum de substàncies, etc. Cal evitar al mateix temps l'estigmatització de les famílies que es troben en aquestes condicions.

- Promoure una criança positiva i reconèixer la frustració i l'enuig que sovint acompanyen la criança i proporcionar, anticipadament, orientació sobre els estadis del desenvolupament de l'infant que poden ser estressants i desencadenants de maltractament.
- Proporcionar informació i orientació quan tenen a càrrec infants amb diversitats funcionals, així com tècniques per gestionar l'estrès i ser conscients de la necessitat de prendre's períodes de descans amb l'ajut de familiars.
- Ajudar en l'educació dels infants més grans, sobre com treballar aspectes com la intimitat o el respecte al cos, perquè puguin identificar i protegir-se enfront dels abusos i compartir situacions d'incomoditat o abusives per part dels adults, tot i que siguin de confiança ([Programa per la prevenció i atenció de l'abús sexual infantil als equipaments municipals](#)).
- Estar alerta a signes i símptomes de violència dels progenitors, tutors o cuidadors ([annex 2](#)) i de la depressió postpart.
- Dotar d'instruments per respondre davant de situacions de violència o de trastorns mentals perinatals. Familiaritzar-se amb la utilització de recursos comunitaris apropiats.
- Guiar els progenitors, tutors o cuidadors en l'aplicació de tècniques de disciplina positives, eficaces i respectuoses. Advertir sobre les conseqüències de la utilització de les tècniques punitives en la salut de l'infant. Fomentar que els progenitors, tutors o cuidadors utilitzin alternatives com, per exemple, tècniques de temps mort i reforçament positiu.
- Parlar amb els progenitors, tutors o cuidadors sobre el desenvolupament sexual i aconsellar-los sobre la prevenció de l'abús sexual. Proporcionar-los material amb activitats didàctiques per a la prevenció de l'abús sexual en educació primària i secundària ([Programa per la prevenció i atenció de l'abús sexual infantil als equipaments municipals](#)).
- Encoratjar els progenitors, tutors o cuidadors a consultar el servei de pediatria, així com els recursos comunitaris de la zona.
- Col·laborar en intervencions sobre conductes positives com a suport a les escoles, a les biblioteques ([experiència a Balaguer](#)) i als centres socials adreçades a les famílies. Les escoles de pares i mares i els programes de criança positiva, amb el suport de contes, són molt útils. Un exemple de programa d'aquest tipus és el programa "[Créixer en família](#)" del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

6.2 Factors que influeixen en el risc de maltractament

Els principals factors que contribueixen al risc que els infants o adolescents pateixin maltractaments estan relacionats amb **els progenitors, tutors o cuidadors, els mateixos infants i l'entorn** ([taula 1](#)). És necessari tenir en compte que aquests factors poden ser presents en tots els nivells socioeconòmics. Massa sovint s'ha buscat disposar d'una llista de factors de risc aplicables a tota la població, sense tenir en compte que aquestes dades s'han obtingut a partir de casos diagnosticats de maltractament en nivells socioeconòmics baixos, perquè el fet que hi hagi més control social fa que es detectin més maltractaments a les capes socials que més acudeixen als serveis d'atenció públics, raó per la qual s'etiqueta, s'estigmatitza i se segrega encara més aquestes famílies.

A més de valorar el risc de maltractament de l'infant, els professionals de la salut i dels serveis socials han d'identificar i considerar les fortaleses de l'infant i la família. El maltractament tindrà lloc davant l'evidència de factors que predisposen al risc i defecte la manca de factors protectors i quan els estressors excedeixin els suports, tenint en compte la complexa interacció existent entre els diferents factors de risc. Per a una bona prevenció, cal fer un canvi en les creences culturals i superar els prejudicis, millorar en l'aplicació de les polítiques socials i educatives i garantir més equitat i accés als serveis de benestar i salut i a les oportunitats econòmiques.

El maltractament provoca una situació de desprotecció que, d'acord amb els articles 102 i 105 de la Llei 14/2010, de 27 de maig, obliga els serveis socials a actuar i es poden definir com:

- **Situacions de risc** ([annex 3](#))¹: s'entén per *situació de risc* la situació en què el desenvolupament i el benestar de l'infant o l'adolescent es veuen limitats o perjudicats per qualsevol circumstància personal, social o familiar, sempre que per a la protecció efectiva de l'infant o l'adolescent no calgui la separació del nucli familiar.
- **Desemparament** ([annex 3](#))²: es consideren *desemparats* els infants o els adolescents que es troben en una situació en què els manquen els elements bàsics per al desenvolupament integral de la personalitat, sempre que per a la seva protecció efectiva calgui aplicar una mesura que impliqui la separació del nucli familiar.

¹ Classificació segons l'article 102 de la Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència i que recull el *Protocol marc d'actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya* de 2017.

² Classificació segons l'article 105 de la Llei 14/2010, de 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència i que recull el *Protocol marc d'actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya* de 2017

Alguns exemples de factors de risc segons la classificació utilitzada:

Taula 1. Factors i característiques que poden posar l'infant o l'adolescent en risc de maltractament

Infant/adolescent	Progenitors, tutors o cuidadors	Entorn
<ul style="list-style-type: none"> ○ Trastorns del comportament i afectius ○ Malalties cròniques ○ Diversitat funcional ○ Retard del desenvolupament ○ Prematuritat ○ No desitjat / massa desitjat ○ No planificat 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Baixa autoestima i baixa tolerància a la frustració ○ Poc control dels impulsos ○ Consum de risc i d'alt risc d'alcohol i altres substàncies addictives ○ Edat jove del pare o mare o parelles ○ Antecedents del pare o d'abús a la infància ○ Malaltia mental ○ Dèficit de coneixement del desenvolupament de l'infant / expectativa irreal de l'infant ○ Atribució negativa d'aspectes normals del desenvolupament o la conducta de l'infant o l'adolescent 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aïllament social / manca de xarxa de suport ● Pobresa ● Atur / precarietat laboral / sobrecàrrega laboral ● Baix nivell educatiu ● Manca d'habitatge / amuntegament ● Incorporació de terceres persones / canvis sovint de referents adults ● Violència familiar

Font: Adaptada de: Flaherty EG, Stirling J, Committee of Child Abuse and Neglect. The pediatrician's role in child maltreatment prevention. Pediatrics; 2010.

Sovint, molts d'aquests factors coexisteixen i s'interrelacionen, poden interactuar i incrementar el risc de maltractament de l'infanto adolescent.

7 Detecció del maltractament infantil: elements per arribar a la valoració final

La detecció és la primera condició per poder intervenir en els casos de maltractament als infants i adolescents i així poder-los oferir ajuda a ells, a les seves famílies i al seu entorn. Els àmbits d'actuació mitjançant els quals es poden detectar els casos d'infants i adolescents maltractats són: ensenyament, salut, serveis socials, policia, entitats de lleure i esports i altres.

La detecció ha de ser tan precoç com sigui possible per evitar conseqüències més greus a l'infant o l'adolescent i per incrementar les possibilitats d'èxit de la intervenció, tractar les seqüeles i evitar la reiteració.

Des de l'àmbit sanitari, pel que fa a la detecció del maltractament i les seves seqüeles, l'abordatge que fem dependrà del tipus de maltractament de què es tracti, ja sigui crònic o agut, i de la gravetat d'aquestes seqüeles.

Si el professional sanitari troba qualsevol signe d'algun tipus de maltractament ha d'actuar de forma immediata.

La detecció de qualsevol tipus de maltractament requereix una actitud proactiva per part de tots els agents implicats.

La **valoració final de maltractament infantil** ha de ser fruit d'un estudi global de la situació de maltractament, és a dir, s'ha de poder fer a partir del treball interdisciplinari, unint les visions sanitària i psicosocial.

7.1 Maltractament físic

Per fer una bona orientació d'aquest tipus de maltractament, és indispensable una bona història clínica, exploració física i observació de les conductes dels progenitors, tutors o cuidadors i dels infants o adolescents. Cal observar el tipus d'interacció i vincle amb l'infant durant les visites.

En aquest sentit, a la història clínica, entre d'altres, s'ha de fer constar com s'ha produït la lesió, l'edat de l'infant, la localització i el tipus de lesió, el mecanisme que l'ha causat i si hi ha altres lesions.

Les equimosis són les lesions més comunes de maltractament físic, seguides de les fractures. El maltractament físic és la causa d'entre el 12% i el 20% de les fractures en infants fins als 2 anys.

En casos d'evidència de maltractament físic greu cal, alhora, la intervenció i valoració conjunta del metge o metgessa dels serveis d'urgències dels hospitals territorials de referència i el metge o metgessa forense, per evitar la victimització secundària.

7.1.1 Història clínica

- Ha de ser completa, detallada i precisa.
- Ha de tenir en compte els factors i les característiques que poden posar en risc l'infant o l'adolescent.
- Ha de fer constar amb qui ve acompanyat a la consulta.
- Ha de destacar qualsevol circumstància atípica referent a la història traumàtica, les explicacions dels progenitors, tutors, cuidadors o del mateix infant o adolescent, en la mesura que sigui possible, segons l'edat.
- Ha de tenir en compte la continuïtat de símptomes indirectes, com poden ser la cefalea, el dolor abdominal, etc.
- Ha d'indagar sobre l'existència de lesions i possibles maltractaments previs.
- A més de les lesions, és imprescindible anotar-hi els mecanismes de les lesions.

Aspectes que ens poden ajudar a diferenciar el caràcter NO accidental de les lesions:

- Retard a demanar ajuda domèstica o atenció sanitària.
- Història contradictòria entre els progenitors, cuidadors o adults que acompanyen l'infant o l'adolescent.
- Història incoherent o canviant proporcionada pels progenitors, cuidadors o adults que acompanyen l'infant o l'adolescent.
- Història discordant pel que fa als mecanismes etiològics de producció de la lesió.
- Història amb múltiples accidents o traumatismes.
- Millora clínica inexplicable durant l'ingrés hospitalari.
- Fractura d'alta especificitat que no pot haver estat accidental (p. ex. fractura de costelles)
- Fractura en un infant que no camina.

Font: Flaherty EG, Perez-Rosello JM, Levine MA, Hennrikus WL. Evaluating children with fractures for child physical abuse. Pediatrics; 2014.

7.1.2 Exploració física

Les lesions poden classificar-se en els tipus següents:

Lesions mucocutànies

Les més importants són les següents:

- Hematomes i contusions: es troben generalment en diverses fases evolutives, de diferents colors. Generalment, quan no són accidentals es localitzen en superfícies no prominents (cara, esquena, abdomen) i no habituals, tenen formes geomètriques i/o aspecte d'objecte i, a vegades, de mossegada.
- Alopècia traumàtica: per arrencament intencionat, localitzada a la regió occipital o parietoccipital.

- Cremades: són una de les lesions més greus i poden reproduir l'objecte utilitzat; es localitzen en qualsevol part del cos. Les cremades a la part anterior del cos fan sospitar més un fet accidental, mentre que a la part posterior del cos fan sospitar intencionalitat (com per exemple la submersió en una banyera d'aigua bullent o les que cobreixen tota la superfície de les mans (guant) o dels peus (mitjó)).
- Lesions mucoses: molt sovint es localitzen a la cavitat bucal, en forma d'arrencament (per exemple del fre labial) o fractura, pèrdua de peces dentàries i/o hematomes.

Qualsevol lesió mucocutània hauria de ser perfectament descrita i, si és possible, fotografiada en color, a fi de comptar amb un document objectiu en cas de necessitat judicial.³

Lesions osteoarticulares

- A les extremitats són característiques les fractures múltiples i en diferents estadis evolutius. En un mateix estudi radiològic es poden observar fractures recents i antigues.
- A les metàfisis dels ossos són típiques les fractures de nansa de galleda («en cantonada»), per un mecanisme de torsió i estirament forçat i les espiroides o obliqües, produïdes per un mecanisme de compressió i fixació amb rotació simultània.
- A vegades les conseqüències cròniques són coixesa, escurçament i desviació de les extremitats.

En cas de sospita, cal fer una seqüència esquelètica radiogràfica i, davant de dubtes, una gammagrafia òssia. Pot ser d'utilitat repetir la seqüència al cap de 15 dies per descartar lesions ocultes. Ho ha de valorar el radiòleg pediàtric segons la tècnica seriada òssia ([annex 4.1](#)).

- **Al crani** són característiques les fractures úniques o múltiples amb separació del marge. Es poden associar a hematomes subdurals.
- **A les costelles**, freqüentment es tracta de fractures múltiples adjacents a arcs posteriors i a la part lateral.
- **A les vèrtebres**, encara que no són tan freqüents.

Qualsevol fractura d'os llarg en un infant de menys de dos anys és un signe de sospita de maltractament.

³Les fotografies de les lesions es poden fer i incloure en la història clínica amb el consentiment previ, d'acord amb la configuració del Registre d'informació sanitària de pacients, amb l'article 81 i següents de la Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència i, especialment, amb l'article 11.2d) de la LOPD, **que exclou que sigui necessari el consentiment quan la comunicació de les dades tingui com a destinatari el Ministeri Fiscal o els jutges i tribunals, entre d'altres.**

En l'[annex 4.2](#) es recull el grau d'especificitat de les troballes radiològiques no accidentals en infants.

Lesions intracranials

- Les lesions més habituals són les següents: hematoma subdural –és molt característic– interhemisfèric agut localitzat a la regió parietooccipital. El mecanisme de producció és el moviment bruscat de balanceig del cap endavant i endarrere (síndrome de Caffey). Altres: edema cerebral, hemorràgies subaracnoidals, focus de contusió cerebral, infarts isquèmics, atrofia cerebral evolutiva amb degeneració quística i dilatació secundària del sistema ventricular.
- L'hematoma subdural sol associar-se a hemorràgies retinals.
- Tant la síndrome de l'infant sacsejat com les contusions directes en el cap són causes potencials de lesions neurològiques.

És recomanable l'exploració del fons d'ull per detectar-hi hemorràgies retinals.

Lesions viscerals i toràciques

Les lesions característiques són l'hematoma duodenal intramural, que dona un quadre d'oclusió intestinal, i el pseudoquist pancreàtic. En els dos casos són produïts per impacte directe al centre abdominal i compressió de les vísceres amb la columna. Es pot manifestar amb l'abdomen inflat, dolor localitzat i vòmits constants.

Lesions oculars

Les més destacades són l'hematoma periorbitari «en antifaç», a vegades bilateral i acompanyat d'hemorràgies retinals (si aquestes duren més d'una setmana seran «en flamarada», i poden durar fins a 3-4 setmanes).

Lesions òtiques

Les lesions més freqüents són l'otorràgia, hematotimpà, estrip o perforació timpànica, lesió dels ossos i deformació del pavelló auricular (orella de coliflor). Poden quedar com a seqüeles la hipocúcia conductiva o neurosensorial i la sordesa.

Anogenitals

S'ha d'explorar sistemàticament davant d'una sospita de maltractament físic.

Síndrome de Münchhausen “per poders” (malaltia induïda pel cuidador)

Els mateixos adults simulen un quadre de símptomes i signes que fa que els infants estiguin sotmesos a moltes proves i exàmens complementaris i invasius que generen iatrogènia.

Es pot sospitar d'aquest quadre si hi ha les característiques següents:

- Generalment és la persona cuidadora principal qui refereix els símptomes.
- La persona cuidadora principal té uns amplis coneixements mèdics sobre la malaltia o símptomes que presenta l'infant.
- L'infant presenta un «caos bioquímic».
- La persona cuidadora principal «es troba bé a l'hospital» i és molt col·laboradora en el diagnòstic.
- La persona cuidadora principal acostuma a fer múltiples consultes i a canviar de centre sanitari.

En l'[annex 5](#) hi ha sintetitzades les troballes sospitoses més rellevants en l'exploració física per sistemes.

7.1.3 Diagnòstic diferencial del maltractament físic

En el diagnòstic diferencial del maltractament físic cal tenir en compte:

Lesions cutànies

- Malalties hematològiques: hemofílies i altres alteracions dels diferents factors de coagulació, malaltia de Werlhof, malaltia de von Willebrand, síndrome d'Ehlers-Danlos, trombopènies, etc.
- Lesions dermatològiques: herpes circinats o d'altres.
- Les taques de Baltz no s'han de confondre amb hematomes.
- Patrons d'hematomes i cicatritzacions inusuals també poden ser causats per la medicina tradicional o les pràctiques de medicina oriental, com el fregament de monedes, l'aplicació de ventoses i la moxibustió (cremar herbes en la pell sobre punts d'acupuntura). El professional sanitari sempre ha de preguntar sobre les pràctiques terapèutiques alternatives.

Fractures per altres causes

- Malalties de base: raquitisme, hipofosfatàsia, malaltia de Menkes, escorbut, hiperostosi cortical infantil, osteomielitis, osteoma osteoide, sífilis congènita, leucèmia i neuroblastoma.
- Osteogènesi imperfecta: gairebé tots els infants amb aquesta malaltia tenen una coloració blava anormal de l'escleròtica dels ulls. Poden haver tingut fractures espontànies o ossos trencats després d'accidents normals que no causarien mal a un infant sense aquesta malaltia.

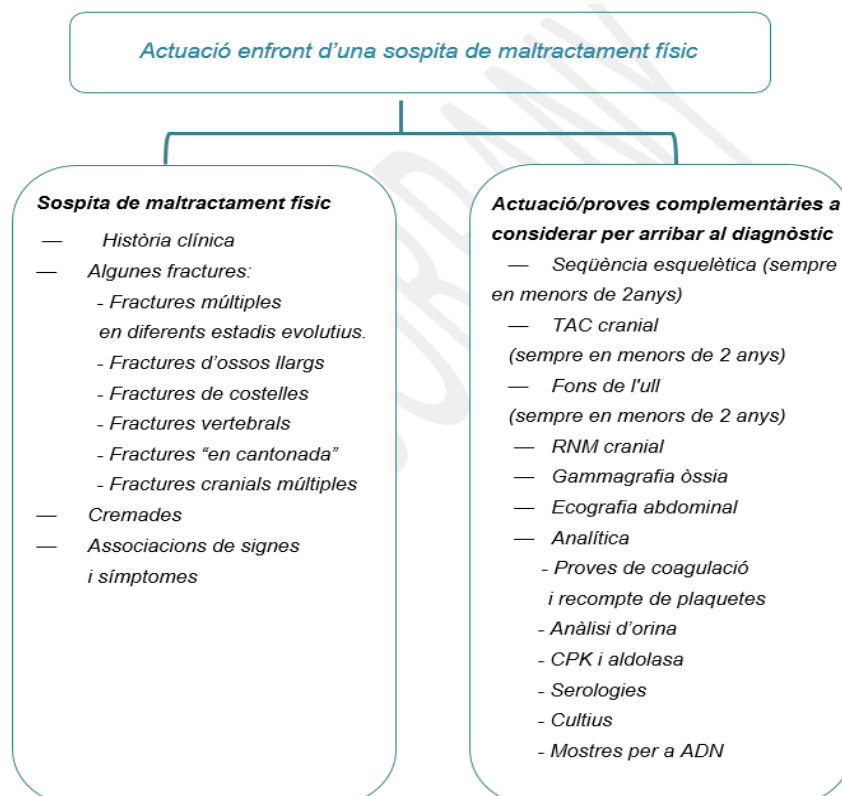
Cremades accidentals

- Les epidermòlisis, sobretot l'epidermòlisi ampul·lar distròfica recessiva, són manifestacions que han existit des dels primers dies de vida.
- La síndrome de la pell escaldada no és una lesió dolorosa i té una distribució totalment irregular.
- L'impetigen ampul·lar d'elements poc nombrosos i separats pot semblar una cremada per cigarreta un cop ha saltat l'ampul·la, però és totalment superficial, i hi ha una evolució diferent de les cremades.

7.1.4 Exploracions complementàries

Les proves complementàries que cal considerar per arribar al diagnòstic estan relacionades directament amb la sospita de maltractament físic.

Per això, l'actuació enfront d'una sospita del tipus de maltractament és la següent:



7.2 Abús sexual

Es poden diferenciar diverses formes d'abús sexual segons si es té en compte l'acte o la forma de presentació. Podem trobar tres tipus d'abús, segons l'acte:

- **Absència de contacte** (voyeurisme, pornografia, diàlegs sexuals...)
- **Contacte sense penetració** (tocaments, masturbació, sexe oral...)
- **Penetració** (anal, vaginal –inclosa la penetració digital o amb objectes– i oral).

D'una altra banda, si es té en compte la forma de presentació, s'han de diferenciar les formes que requereixen una intervenció sanitària immediata de les que no la requereixen. Les formes que sí que requereixen una intervenció sanitària immediata sovint corresponen a les agressions, fetes amb freqüència amb violència, amenaces i/o intimidació, generalment per desconeguts, i acostumen a ser esporàdiques i úniques. Les formes que no requereixen una intervenció sanitària immediata tenen altres connotacions, ja que sovint es donen dins de l'àmbit familiar o de la confiança, amb manca de violència i brutalitat i són repetitives, mantingudes i a vegades consentides i silenciades per la família.

En qualsevol situació en què els progenitors o tutors no són protectors, cal posar-se en contacte de forma immediata amb la DGAIA.

Qualsevol professional sanitari pot trobar-se davant d'una sospita d'abús i haurà de decidir si es tracta d'una situació urgent que requereix atenció sanitària immediata o no (a l'apartat 7.2.2 es detallen quines situacions són urgents des d'un punt de vista sanitari, i en l'apartat 7.2.3 s'expliquen les característiques que ha de tenir la història clínica). Una vegada feta la revelació per part de l'infant o l'adolescent i amb la garantia que la situació serà atesa pel recurs més adient i en un temps adequat, cal tenir en compte no incórrer en interrogatoris repetitius que podrien revictimitzar i contaminar el discurs. Cal assegurar que es dona una atenció empàtica, acollidora i eficaç a l'infant o l'adolescent i les persones que l'acompanyen, però evitar preguntar repetidament i explorar l'infant o l'adolescent, ja que pot ser perjudicial, victimitzador i pot contaminar el seu discurs, i que després sigui difícil o impossible fer el diagnòstic.

7.2.1 El rol dels dispositius de la xarxa d'atenció primària

El rol de tots els dispositius de l'atenció primària, des dels equips d'atenció primària fins a la xarxa de salut mental i als centres de salut sexual i reproductiva, entre d'altres, a part de prevenir, és identificar precoçment i derivar segons les característiques. Els professionals de l'atenció primària tenen un rol molt important en la detecció de totes les formes de maltractament, ja que solen ser els referents en salut més propers per als infants i les famílies, com figures de confiança.

L'abús sexual no és fàcil de detectar des de l'atenció primària, atès que moltes vegades no hi ha evidències físiques. La infradetecció és un fet evident, donades les xifres publicades de victimització sexual a la infància (segons el Consell d'Europa, 1 de cada 5 infants en pateixen).

A vegades es poden presentar lesions físiques que poden ser indicatives d'abús sexual, però cal un estudi exhaustiu per fer el diagnòstic. Aquest fet fa difícil poder fer recomanacions per a la provisió d'intervencions per detectar el maltractament.

Els professionals sanitaris han d'intentar prevenir l'aparició d'episodis d'abús, i en aquest sentit pot ser útil identificar aquells infants amb una història d'**abús sexual** o amb un alt risc de patir-ne. Malgrat tot, cal ser conscient que molts casos passaran en infants i adolescents que no es troben en aquestes circumstàncies. Com que l'avaluació de la sospita d'infants que han patit abusos sexuals sovint implica un interrogatori molt cuidat i prudent, procediments de recollida d'evidències, o equipaments i tècniques d'exploració especialitzades, molts professionals no se senten preparats per dur a terme una valoració mèdica completa. En aquestes circumstàncies, els professionals sanitaris poden derivar l'infant a un altre professional sanitari amb més experiència clínica en maltractament i abús infantils, **als equips funcionals d'experts en abús sexual i maltractament infantil greu**, i evitar la contaminació del relat de l'infant o l'adolescent i la victimització secundària, mitjançant la inducció de resposta i/o l'exploració.

Quan el professional sanitari d'atenció primària i/o ASSIR o d'un altre dispositiu sanitari no hospitalari atengui **una agressió sexual** de menys de 72 hores, ha de garantir la valoració física, psíquica i social de l'infant, i **remetre la víctima al servei d'urgències de l'hospital territorial de referència**, sense que hi hagi rentats ni canvis de roba. En cas de fel·lació, és important evitar, en la mesura que sigui possible, la presa de líquids o aliments abans del reconeixement de la víctima a l'hospital.

Cal assegurar l'arribada a l'hospital, garantir la protecció també durant el trasllat i, sempre que es pugui, avisar el servei destinatari on serà atès l'infant o l'adolescent.

En aquest sentit, la detecció se centra a identificar i valorar els signes i indicadors d'una situació de presumpte abús i requereix un estudi diagnòstic posterior. El diagnòstic té com a objectiu, davant d'una situació de sospita fonamentada, determinar, després de l'estudi de l'entorn social, de l'estat psicològic de l'infant o l'adolescent, de les seves verbalitzacions i de les possibles dades de l'exploració física per un **equip funcional d'experts en abús sexual i maltractament físic greu**, l'existència, amb més o menys probabilitat, d'una situació d'abús sexual.

7.2.2 Circuit de derivació

Des de l'atenció primària hi ha una doble possibilitat de derivació segons si la situació requereix una intervenció sanitària immediata o si no la requereix.

D'una banda, **les situacions que requereixen una intervenció sanitària immediata cal que es derivin al servei d'urgències dels hospitals territorials de referència**. Són les següents:

- Agressió sexual succeïda menys de 72 hores abans d'acudir als serveis assistencials.
- Abús sexual continuat en el temps amb una agressió recent (menys de 72 hores).

- Síntomes recents que facin sospitar un abús (com per exemple malalties de transmissió sexual, embaràs...).
- Risc de pèrdua de proves.
- Necessitat de protecció de la víctima.
- Necessitat de tractament mèdic.

El límit de les 72 hores és degut al fet que passades aquestes hores la probabilitat de trobar proves biològiques disminueix molt. És per això que **els serveis d'urgències pediàtriques dels hospitals referents del territori**, amb suport de professionals de ginecologia, cirurgia pediàtrica o d'altres, si escau, **són els recursos més adients**.

En aquestes situacions resulta evident que cal reduir al màxim el nombre d'impactes psíquics que pugui patir l'infant o l'adolescent després de l'agressió. És per aquest motiu que és indispensable que l'avaluació pediàtrica, amb col·laboració de ginecologia quan sigui necessari, i la medicoforensa es facin en un sol acte, amb independència entre les actuacions sanitàries i pericials, però intentant que no calguin reconeixements nous. En aquest sentit i perquè els reconeixements en casos d'agressions sexuals es facin de forma simultània i coordinada, és necessària la comunicació immediata a través del telèfon amb el jutjat de guàrdia corresponent, que ha d'acordar l'assistència del metge o metgessa forense, o ha d'encomanar al professional de salut més preparat que estigui de guàrdia la recollida de mostres d'interès legal. En tot moment, cal mantenir una actitud professional, **durant l'anamnesi, per no contaminar el discurs i seguir les pautes per a la recollida de la informació** (vegeu l'apartat 7.2.3).

D'una altra banda, hi ha **situacions que no requereixen una intervenció sanitària immediata perquè no cal recollir proves o no perilla la integritat de la víctima**. Tanmateix, en detectar-se maltractament sí que cal la derivació als equips funcionals d'experts en abús sexual i maltractament infantil greu. Així, l'abús o agressió sexual esporàdica o mantinguda que s'ha produït fa més de 72 hores, i **que no necessita protecció immediata**, no requereix una actuació immediata.

En aquests casos, cal recordar que cal evitar fer preguntes i explorar l'infant o l'adolescent, per evitar contaminar el discurs i fer victimització secundària per excés d'exploracions **Aquesta valoració l'han de fer els equips funcionals d'experts en abús sexual i maltractament infantil greu**. El professional sanitari s'ha de centrar a vetllar pel diagnòstic i el tractament, si escau, de les seqüeles en la salut de l'infant, tenint especial cura dels símptomes psicològics que pugui presentar l'infant.

L'abús sexual que **no** requereix una intervenció sanitària immediata representa sovint un percentatge molt elevat de les situacions d'abús, atès que els maltractaments es produeixen en l'àmbit familiar i/o de confiança, de forma esporàdica o mantinguda en el temps. Aquestes situacions **sí** que requereixen una valoració de la capacitat protectora de la família, ja que si la situació es repeteix en el temps l'infant o l'adolescent està desprotegit.

Aquesta forma d'abús sexual infantil presenta una gran dificultat per al diagnòstic, perquè es produeix de forma continuada en els primers anys de vida, en fases precoces del desenvolupament cerebral i, habitualment, no produeix senyals o lesions físiques.

L'absència de senyals físics fa que la clau per al diagnòstic sigui el relat de l'infant o l'adolescent, la qual cosa **requereix professionals amb gran expertesa**.

Aquest tipus d'abús sexual es pot donar o no en entorns amb situacions de negligència i maltractament psicològic i, per tant, **fa necessari**:

a) la valoració de l'estat psicològic no aïllat dels factors desencadenants,

b) l'exploració dels entorns on es mou l'infant (família, escola, àmbit social) i

c) un abordatge multidisciplinari del diagnòstic que inclogui els aspectes mèdics, psicològics i socials, que han de dur a terme els **equips funcionals d'experts en abús sexual i maltractament infantil greu**. Aquest abordatge s'ha de fer tant a les víctimes de situacions d'abús sexual com als adolescents agressors.

En tots els casos necessaris s'ha de valorar l'activació de la Unitat de Detecció i Prevenció del Maltractament Infantil (UDEPMI) i l'equip de valoració de maltractaments infantils (EVAMI) a través de la DGAIA o trucant al telèfon d'Infància Respon, segons el que estableix [l'annex 6](#).

Per al diagnòstic d'aquest tipus de maltractament, l'anamnesi és la dada més important, mentre que l'exploració física i les proves complementàries ens ajuden a completar aquest diagnòstic i corroborar la història del pacient.

Quant a la intervenció clínica, no totes les víctimes necessiten ser tractades psicològicament, perquè, en alguns casos, el tractament pot significar per a l'infant una segona victimització. El tractament està indicat en aquells casos que presentin psicopatologia, com ara ansietat, depressió, malsons, alteracions sexuals, signes de trastorn per estrès posttraumàtic, ja que repercuteixen en la vida de l'infant, i produeixen desadaptació.

En altres casos, el suport familiar, les relacions socials i el retorn a la vida quotidiana són suficients com a factor de protecció del menor. El paper del terapeuta en aquests casos pot limitar-se a servir d'orientació i suport a la família i avaluar periòdicament el desenvolupament psicològic de l'infant o l'adolescent.

Algoritme de l'abordatge de l'abús sexual infantil en l'àmbit sanitari ([annex 6](#))

7.2.3 Història clínica

Cal recordar que **preguntar i explorar l'infant pot ser perjudicial, victimitzador i pot contaminar el discurs** de l'infant, i que després sigui difícil o impossible fer el diagnòstic. La història clínica l'han d'efectuar especialistes en abús sexual (equips funcionals d'experts en abús sexual i maltractament greu).

Com a primera aproximació per valorar la situació, és útil entrevistar els adults que acompanyen l'infant o l'adolescent, sense la presència del menor. La majoria de vegades, només amb la informació que donen es pot decidir de quin tipus de situació es tracta (requereix intervenció urgent o no). Altres vegades cal preguntar alguna cosa al pacient (sobretot si són adolescents, o per exemple, si cal decidir si fer proves per descartar infeccions de transmissió sexual). En aquest cas, és necessari intentar fer el mínim possible de preguntes, i si se'n fa alguna al pacient, sempre han de ser preguntes obertes, del tipus "què t'ha passat?", que no aportin dades que no ha dit el mateix infant o adolescent.

En l'àmbit de l'atenció primària cal només decidir si cal o no derivar-lo a urgències. Sovint no cal parlar amb l'infant ni fer cap exploració física ja que n'hi haurà prou amb la informació aportada pels acompanyants per poder decidir. Si cal una actuació urgent, se l'ha de derivar a urgències de l'hospital de referència i, si no, directament a l'equip funcional d'experts en abús sexual i maltractament infantil greu.

Si **un cas es presenta directament a urgències** però no és una situació que requereixi actuació immediata, s'ha d'actuar com a l'atenció primària (sense entrevista ni exploració física de l'infant o l'adolescent, però sempre assegurant l'acompanyament i el bon tracte a l'infant o l'adolescent) i derivar-lo a l'equip funcional d'experts. Si cal intervenció, també els acompanyants poden facilitar gairebé tota la informació, i s'ha d'intentar fer tan poques preguntes com sigui possible al pacient. S'ha d'obtenir només la informació necessària per:

1. Saber el tipus d'agressió, per saber si cal fer proves o prescriure profilaxis antibiòtica o antivírica.
2. Valorar l'estat psicològic (pot ser útil una valoració conjunta amb psiquiatria/psicologia) per decidir si cal tractament agut de símptomes acompanyants (per exemple d'ansietat...). En cas que es detecti simptomatologia clínica que requereixi una intervenció, cal programar el seguiment adequat per supervisar i controlar l'evolució d'aquesta simptomatologia.
3. Saber si l'agressor/a pot tornar a tenir contacte amb l'infant o l'adolescent, per saber si cal protecció (cal garantir que si es dona d'alta no es repetirà l'abús, ja que en cas contrari pot ser necessari l'ingrés).

Cal fer també una història clínica completa d'antecedents mèdics, al·lèrgies, tractaments prescrits, etc., tal com es fa de forma rutinària en una valoració pediàtrica per qualsevol motiu de consulta.

Com ja s'ha comentat, l'anamnesi l'han de fer **professionals especialistes en abusos sexuals (equips funcionals d'experts en abús sexual i maltractament infantil greu)**, però per a les poques ocasions en què el professional sanitari haurà de fer una anamnesi, els principis bàsics per dur-la a terme són els següents:

- L'ha d'efectuar la persona amb més experiència de la unitat.
- Cal propiciar un ambient acollidor, que promogui la comunicació, la confidencialitat i tanta intimitat com sigui possible.
- Cal cuidar la comunicació no verbal, tenint una actitud d'escolta activa i empàtica, sense mostrar ni sobrepreocupació, que pot angoixar l'infant encara més, ni, evidentment, desinterès.
- Cal evitar qualsevol comportament que pugui ser culpabilitzador. Els infants i adolescents que han patit abusos sovint tenen sentiments de culpa o vergonya. Algunes preguntes poden agreujar aquests sentiments (per exemple: "com és que no vas cridar?", o "com és que vas anar amb aquesta persona?").
- S'ha d'identificar amb qui ve acompanyat l'infant o l'adolescent. Sempre que sigui possible, l'acompanyant no hauria de ser present a l'anamnesi, per minimitzar la influència o distracció de l'infant.
- S'han de fer preguntes obertes del tipus "què t'ha passat?", deixant que l'infant o l'adolescent s'expressi lliurement, per no córrer el perill de modificar el relat. S'ha de ser cautelós per no induir a respostes, ni introduir sense voler conceptes d'adults o informació que no ha dit l'infant. No s'han de fer preguntes que es responguin només amb sí/no, o donant dues opcions ("t'ha passat això o això altre?").
- És fonamental transcriure literalment les paraules dels infants i adolescents, així com la gestualitat i la comunicació no verbal, sense interpretacions ni judicis de valor.
- Sobretot en l'atenció primària, quan se sospiti d'un abús, és important valorar com és el ritme deposicional i miccional (inclosa la presència de símptomes com l'enuresi o l'encopresi), el ritme de son i l'alimentació, i valorar si hi ha canvis de caràcter, regressió, aïllament, pors...

7.2.4 Exploració física

El metge o metgessa que valori un cas de possible abús sexual ha de tenir un ampli coneixement de l'exploració genital i anal normal, dels processos patològics o accidentals genitals i anals no abusius i de les troballes que indiquen un abús sexual.

- Cal tenir en compte que una exploració sense troballes físiques no exclou un abús sexual, i que poden existir lesions sense que hi hagi abús.

- En atenció primària és recomanable explorar la zona genital i anal de forma rutinària en les revisions habituals, per tal de poder valorar canvis si se'n produeixen. Quan hi hagi una sospita fonamentada d'abús que requereixi intervenció d'un servei d'urgències, cal evitar l'exploració, ja que s'haurà de repetir en els dispositius esmentats, i això revictimitza l'infant.
- En una **situació aguda d'evidència d'abús sexual** i en el context d'un servei **d'urgències d'hospitals territorials de referència**, l'exploració física s'ha d'efectuar conjuntament entre el pediatre o pediatra (segons el cas amb ginecòlegs, cirurgians pediàtrics...) i el metge o metgessa forense ordenat per l'òrgan jurisdiccional, i només s'ha de fer una vegada. Si el cas s'ha presentat a l'atenció primària, no cal fer l'exploració, i s'ha de remetre directament.
- S'han de fer constar a la història les manifestacions somàtiques (tremolor, sudoració, pal·lidesa...), el comportament verbal (mutisme, tartamudeig/quequeig...) i les alteracions del comportament (nerviosisme, irritació, por...) que presenti el pacient durant l'exploració, però valorar amb molta prudència aquestes manifestacions, ja que el valor que té per al diagnòstic és relatiu.
- L'ha de dur a terme una persona experta, en un clima de confiança i en un lloc tranquil i garantint la intimitat.
- S'han d'explicar a l'infant tots els passos.
- Es comença amb una exploració general, i després es fa l'anogenital. S'han de buscar altres manifestacions de maltractaments diferents de les de l'abús sexual, atès que poden estar associades.
- S'ha d'evitar majoritàriament la sedació, tot i que algunes vegades pot ser necessària.
- Cal descriure el desenvolupament puberal segons l'estadi de Tanner.
- Les lesions de la regió himenal i anal s'han de descriure segons la numeració de les hores d'un rellotge. Cal especificar en quina posició es fa l'exploració.

Exploració física general

Permet que l'infant adquireixi confiança, avaluar signes de maltractament i altres malalties.

Cal detallar la localització i la importància de les lesions (ferides, contusions, erosions, laceracions), o bé consignar que no n'hi ha. Si n'hi ha, és convenient fer fotografies i adjuntar-les a la història clínica. El consentiment previ dels progenitors per fer les fotografies és recomanable, però, en cas que la situació sigui susceptible de notificar-se a la Justícia, no és imprescindible.

No s'ha d'oblidar l'exploració de la boca, ja que hi ha la possibilitat que l'infant hagi estat forçat a una fel·lació, i en aquest cas hi poden haver lesions o signes de malalties de transmissió sexual.

Exploració genital

A vegades pot ser necessària la sedació del pacient per poder explorar, ja que en cap cas l'exploració pot suposar un nou malestar per a l'infant, que comportaria una victimització secundària.

Cal valorar les característiques de:

- Cara interna de les cuixes
- Llavis majors i menors
- Himen i forqueta vulvar
- Penis i escrot

Signes que indiquen abús sexual a partir de l'exploració genital:¹

- Rascades, ferides i hematomes genitals.
- Esquinçament recent o antic en la porció posterior de l'himen, que s'estén gairebé fins a la base.
- Absència o gairebé desaparició del teixit en la porció posterior de l'himen.
- Ferida o cicatriu en la forqueta posterior vulvar, a la fossa navicular o a l'himen.
- Hematomes o estrips anals.
- Infeccions genitals.

Exploració anal

S'explora amb l'infant situat en decúbit lateral amb les cames arronsades cap al ventre i separant les natges amb la mà, o bé en posició mahometana.

Cal valorar les característiques de:

- Teixit perianal
- Marges de l'anús
- Esfínter anal (to i estructura)

Signes que indiquen un abús sexual a partir de l'exploració anal:¹

- Els hematomes i/o laceracions anals (sense altre origen evident) són l'únic signe d'una penetració aguda.
- El significat dels signes interpretats com a canvis crònics de la regió perianal són objecte de controvèrsia i s'han d'interpretar amb precaució.
- La congestió venosa perianal és freqüent i habitualment es deu a la postura en què s'executa l'exploració.
- Les fissures anals són freqüents en els infants i habitualment secundàries a restrenyiment.
- La desaparició de plecs és habitualment una variant de la normalitat anomenada *diastasis ani*.
- La dilatació anal reflexa (també anomenada *signe de la O*) es pot trobar en infants que no han patit abusos i sense altra malaltia. També pot presentar-se en infants sense abús en cas d'anestèsia o sedació profunda, femta en recte i malalties neuromusculars.
- La presència de condilomes acuminats és un signe de sospita però no d'evidència d'abús sexual.

¹Adaptat de: American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. Pediatrics. 1999;103:186-91.

7.2.5 Exploracions complementàries

Una de les conseqüències que pot tenir un abús sexual és la possibilitat del contagi d'una infecció i/o un possible embaràs en algun cas. Tot i així, el risc depèn de molts factors i canvia en funció de la malaltia. La cerca d'infeccions no està indicada en tots els casos. La seva detecció és important per tal de donar el tractament adequat, i perquè la detecció pot ajudar a confirmar el diagnòstic d'abús.

Cal buscar malalties de transmissió sexual quan:

- Hi ha contacte amb els genitals de l'agressor a la regió genital, anal o oral de l'infant,

amb penetració o sense.

- Hi ha contacte amb sang, semen o orina amb mucoses o pell lesionada de l'infant o l'adolescent.
- S'han produït mossegades entre víctima i agressor.
- Hi ha símptomes de malalties de transmissió sexual (per exemple, secreció vaginal).
- Ho demanen els adults que acompanyen l'infant o l'adolescent o ells mateixos.

Proves clínicoassistencials i forenses

- Comprovar, si és possible, l'estat serològic de l'agressor, sol·licitant l'autorització al jutge si cal.
- Revisar l'estat vacunal de l'infant pel que fa a l'hepatitis B.
- Serologia del VIH, VHB, VHC o sífilis si:
 - Hi ha hagut penetració anal o vaginal i/o recepció oral del semen.
 - L'assaltant era desconegut o eren múltiples, perfil clínic de risc de l'agressor.
 - Clínica suggestiva, encara que la víctima no expliqui contacte genital.
- Estudi citobacteriològic per investigar *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* i *T. vaginalis* recollint una mostra vaginal, rectal i faríngia i cal valorar repetir-la en funció de la clínica al cap de dues setmanes.
- Prova d'embaràs en noies joves, si escau, si hi ha risc de gestació o abans d'administrar l'anticoncepció d'emergència.
- Quan es tracti d'una situació que requereix intervenció sanitària immediata a un servei d'urgències, totes les proves següents s'han de fer conjuntament amb el metge o metgessa forense, ja que les mostres serviran per a una investigació criminal posterior. Cal seguir la normativa vigent d'acord amb l'Ordre JUS/1291/2010 del Ministeri de Justícia, de 13 de maig, per la qual s'aproven les normes per a la preparació i la tramesa de mostres objecte d'anàlisi per l'Institut de Toxicologia i Ciències Forenses (BOE de 19 de maig de 2010, núm. 122, pàg. 43459-43498), que especifica que totes les mostres recollides pel metge o metgessa forense han d'estar sota la seva custòdia fins al lliurament al jutjat. S'han de mantenir degudament identificades i precintades. No poden ser manipulades per altres persones per tal de mantenir la cadena de custòdia, ja que si no poden donar-se com a no vàlides. En [l'annex 7](#) s'especifica com ha de ser la recollida de mostres forenses.

Implicacions dels resultats analítics de les ITS per al diagnòstic d'abús sexual infantil

La confirmació de gonorrea, sífilis o lues, VIH i infecció per *Chlamydia trachomatis* pel laboratori en un contacte sexual és diagnòstic d'abús sexual, sempre que es descarti la transmissió vertical d'aquestes o per via parenteral del VIH.

En canvi, els condilomes, l'herpes genital, la infecció per *Trichomonas vaginalis* o *Gardnerella vaginalis* i la infestació per lladelles poden ser deguts a un abús sexual, però també poden explicar-se per altres mecanismes.

7.2.6 Orientació diagnòstica per a la presa de decisions amb relació a l'abús sexual

Un cop l'equip funcional d'experts hagi arribat al diagnòstic de l'existència d'un probable abús sexual, ha d'elaborar un informe conjunt d'atenció sanitària ([annex 8](#)) que ha de fer arribar als serveis socials, a la DGAIA, a la fiscalia i al jutjat per adoptar les mesures de protecció i judicials que escaiguin.

La recopilació de la informació exposada en l'[annex 9](#) proposa unes directrius per a la presa de decisions que estableixen el nivell de relació de les dades disponibles i l'abús sexual en infants.

7.2.7 Tractament

En les situacions que requereixen una actuació immediata, els professionals dels serveis d'urgències dels hospitals territorials de referència han de:

- Tractar les ferides, si n'hi ha, prevenir que s'infectin i, si cal, fer profilaxi del tètanus.
- Si hi ha signes d'una infecció de transmissió sexual, cal prendre mostres i administrar el tractament pertinent ([annex 10](#)).
- Si hi ha risc d'un embaràs, cal oferir les alternatives possibles ([annex 10](#)). Si ja s'ha produït un embaràs, s'ha d'informar dels drets d'interrupció en funció de l'edat gestacional i, si es decideix continuar amb la gestació, garantir el seguiment adient.
- Psicològicament, sobretot però no únicament si hi ha simptomatologia aguda, cal acompanyar i donar estratègies d'afrontament, informar de quins símptomes poden aparèixer i què cal fer si es manifesten, i valorar si cal tractament farmacològic per superar els primers dies ([annex 10](#)).

En les situacions que no requereixen una actuació immediata, els equips funcionals d'expertesa han d'oferir:

- Físicament, tractar les infeccions si n'hi ha i, si s'ha produït una gestació, informar dels drets d'interrupció en funció de l'edat gestacional, i, si es decideix continuar amb la gestació, garantir el seguiment adient.
- Psicològicament, cal determinar la condició clínica de l'infant o l'adolescent i valorar la unió afectiva i les conseqüències emocionals i/o de relació produïdes per l'abús sexual. S'han d'emprendre tècniques d'avaluació específiques en funció de l'edat de l'infant i del seu procés maduratiu. Els psicòlegs han d'analitzar detalladament el que l'infant explica per tal de trobar-hi distorsions cognitives provocades per l'abús. S'ha de valorar el nivell cognitiu amb tècniques adaptades a cada edat per descartar l'existència d'una psicopatologia que pugui afavorir una fabulació. Una vegada fet el diagnòstic final i avaluada la presència de seqüeles, els psicòlegs han de definir les necessitats i el contingut del tractament psicològic posterior, que s'hauria de basar en la millor evidència disponible sobre els tractaments eficaços per tractar la simptomatologia que presenti l'infant, segons les guies clíniques nacionals i internacionals, així com l'evidència científica. A més, s'ha de treballar amb l'infant per afavorir l'autoprotecció, per evitar revictimitzacions ([annex 10](#)).

7.3 Maltractament psicològic o emocional

S'ha de tenir present, a l'hora de fer la valoració, que molts dels problemes emocionals que poden presentar els infants que han patit un maltractament emocional són comuns als produïts per altres etiologies. L'actitud dels progenitors, tutors o cuidadors pot ajudar a fer el diagnòstic diferencial: mentre que els progenitors, tutors o cuidadors de l'infant o l'adolescent amb problemes emocionals reconeixen generalment l'existència d'un problema, els progenitors, tutors o cuidadors de l'infant maltractat no el reconeixen i, a més, acostumen a refusar els ajuts.

Atès que aquestes situacions de maltractament emocional es mantenen al llarg del temps per part dels adults que conviuen amb l'infant, s'ha de valorar especialment tant la dinàmica relacional infant-adults com la dinàmica relacional entre els adults.

Es pot distingir:

- **el maltractament emocional** (rebutjar, aïllar, terroritzar, corrompre), en què es prenen conductes actives.
- **l'abandonament emocional** (ignorar), en què hi ha omissió de conductes.

CONDUCTES ACTIVES		DEFINICIÓ
Maltractament emocional	Rebutjar	L'adult evita el reconeixement de la presència de l'infant: <i>No devolució dels somriures i vocalitzacions (de 0 a 2 anys) Menyspreus, tracte despectiu, humiliacions verbals, crítiques excessives</i>
	Aïllar	Es priva l'infant de mantenir relacions socials adients <i>L'infant està sol durant llargs períodes de temps (de 0 a 2 anys) Eviten les iniciatives de relacionar-se amb adults i/o iguals, el treuen de l'escola</i>
	Terroritzar	Amenacen l'infant amb un càstig extrem o difús però sinistre <i>Limiten la curiositat i experimentació naturals de l'infant (de 0 a 2 anys) Actituds i conductes desmesurades per intimidar, amenaçar, castigar</i>
	Corrompre	Reforçar pautes de conducta antisocial, desadaptatives especialment relacionades amb àrees d'agressivitat, sexualitat i addiccions <i>Reforcen hàbits estranys i desadaptatius (de 0 a 2 anys) Reforcen l'agressivitat, sexualitat precoç, consum de drogues i altres conductes socialment rebutjades.</i>
	Infants testimonis de violència de gènere o familiar	Els infants viuen en un context familiar on es repeteixen situacions de violència. Els menors que han viscut o viuen en un context de violència de gènere o familiar també han rebut o reben maltractaments, sigui d'una manera directa o bé com a testimonis de les agressions.
OMISSIÓ DE CONDUCTES		DEFINICIÓ
Abandona ment	Ignorar	No disponibilitat dels progenitors. Manca de comunicació <i>No donar resposta a les conductes socials de l'infant, fredor, manca d'afecte, manca d'interès per les necessitats, demandes i quotidianitat de l'infant.</i>

El maltractament psicològic o emocional és la forma més prevalent de maltractament d'infants i adolescents. Els comportaments inclouen actes d'omissió com ignorar necessitats per al seu desenvolupament correcte o accions proactives com rebutjar, insultar o atemorir; pot ser verbal o no verbal, actiu o passiu, i amb o sense intenció per fer mal, i afecta el desenvolupament de l'infant o l'adolescent en l'àmbit cognitiu, social, emocional o físic. Aquest tipus de maltractament fa referència als aspectes cognitius i afectius de qualsevol tipus de maltractament. Sovint és difícil valorar el límit entre una criança inapropiada i un maltractament psicològic, i és difícil d'identificar perquè forma part de la relació habitual entre pares i fills d'una família. Un comportament aïllat dels que apareixen a la taula pot no significar un maltractament; habitualment fa referència a un patró repetitiu de comportament. Moltes vegades es minimitza quan hi ha altres formes de maltractament, però pot ser la font de patiment de moltes persones maltractades i per això és molt important explorar aquest tipus de maltractament en qualsevol cas. Quan succeeix de forma aïllada, és quan és més difícil d'identificar i probablement és el més infravalorat.

Són **factors de risc** l'acumulació d'experiències estressants a la família, el conflicte familiar, els problemes de salut familiar i l'abús de substàncies per part d'algun membre. Els infants exposats a episodis de violència domèstica són molt vulnerables a aquest maltractament.

Les seqüeles o conseqüències d'aquest tipus de maltractament estan relacionades amb les diferents trajectòries evolutives interrompudes i s'han associat a problemes d'aprenentatge, de conducta i de socialització. Aquest maltractament en els primers anys de vida afecta també el vincle i la seva organització, i va acompanyat d'important mobilitat psiquiàtrica a l'adolescència. Cal tenir en compte que al voltant del 60% de persones víctimes de maltractament presentaran algun trastorn mental.

7.3.1 Detecció, avaluació i fonts d'informació

Entrevista clínica: s'ha de preguntar als infants i adolescents per la seva relació amb els seus cuidadors, quina és la seva experiència de la disciplina que s'utilitza al seu entorn i quin tipus de càstigs reben, si es donen. També quines són les expressions d'afecte i de sentir-se estimat. És important fer aquestes entrevistes amb els infants o adolescents privadament, sense els seus cuidadors, encara que els hagin acompanyat a la visita.

S'ha de recollir la corba de creixement (pes i alçada) i les fites de desenvolupament, perquè qualsevol alteració en aquestes pot posar en alerta d'aquest tipus de maltractaments.

L'avaluació psicològica de l'entrevista, qüestionaris específics, registres i observacions directes poden donar informació del patró de relació i cura familiar, així com de l'impacte que té en el menor. A vegades calen observacions repetides de la relació de l'infant amb el seus cuidadors per veure els indicadors d'aquest maltractament, i com més llargues siguin aquestes observacions més es minimitza el risc de no comportar-se com ho fan habitualment. La separació entre una cura deficitària o inadequada i un maltractament pot ser difícil; per això obtenir informació d'altres professionals, tenir entrevistes amb altres membres de la família o amb l'escola pot tenir interès per al diagnòstic diferencial. Cal tenir en compte que molts infants sotmesos a maltractaments psicològics greus els neguen per continuar amb els pares.

Competències que cal avaluar en la relació amb els cuidadors:

- Estratègia dels cuidadors en la criança de l'infant o l'adolescent (habilitat en les funcions parentals, estil de criança, habilitat per empatitzar amb les necessitats de l'infant o l'adolescent i capacitat per reconèixer-lo com una persona autònoma).
- Recursos o habilitats personals dels cuidadors (capacitat intel·lectual, variables de personalitat: autocontrol, responsabilitats laborals, habilitats socials i problemes de salut mental associats).
- Suport social: estat conjugal, familiar, amics, aficions, religió, etc.
- Estressors o canvis vitals pels quals està passant la família.
- Context cultural de l'infant: cal que el professional que faci l'avaluació sigui sensible a les diferències culturals de la família que està explorant i que, en cas de dubte, busqui assessorament extern.

7.3.2 Seqüeles o conseqüències del maltractament psicològic

Cal que a l'**entrevista clínica i l'exploració psicopatològica** de l'infant o l'adolescent s'interrogui sobre símptomes i criteris diagnòstics dels següents trastorns mentals i es detectin:

Alteracions i trastorns del vincle afectiu

Cal explorar un vincle desorganitzat, principalment en la figura de suport principal.

Trastorns adaptatius, trauma i trastorns per estrès posttraumàtic

El maltractament psicològic associat o no a altres formes de maltractament s'ha associat de forma consistent al desenvolupament de símptomes de trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT), fet que empitjora la presentació d'altres trastorns mentals i pot tenir efectes secundaris de tot tipus en un cervell en desenvolupament. L'evidència científica que hi ha al darrere apunta que el diagnòstic clàssic de TEPT no inclou tots els aspectes d'afectació del neurodesenvolupament i es prefereix el nom de «**trauma complex**». El trauma complex afecta el desenvolupament del cervell interferint en la capacitat de l'infant d'integrar la informació sensorial, emocional i cognitiva, la qual cosa porta a reaccions excessives a qualsevol petit estressor.

Trastorns de l'aprenentatge i del neurodesenvolupament

S'ha de parar especial atenció als retards i trastorns del llenguatge i al rendiment acadèmic global.

Trastorns del comportament

També s'han d'explorar els trastorns relacionats amb l'agressivitat, especialment durant l'adolescència, tot i que són més freqüents en les víctimes d'abús sexual i en els fills exposats a violència domèstica.

Trastorns depressius i d'ansietat

Tots dos trastorns són més freqüents en menors víctimes de maltractament, especialment el trastorn depressiu, que és més freqüent a l'adolescència.

Suïcidi en joves

El risc de suïcidi és més alt en pacients víctimes de maltractament. Cal explorar-ne proactivament el risc, específicament en l'entrevista amb les víctimes.

Trastorns de la conducta alimentària

Qualsevol tipus de maltractament s'ha relacionat amb el diagnòstic de trastorns de la conducta alimentària, tant anorèxia com bulímia. Per aquest motiu, s'han d'explorar sempre els símptomes relacionats amb l'alimentació.

Consum d'alcohol i altres substàncies

Qualsevol tipus de maltractament s'ha relacionat amb el consum abusiu de substàncies a l'adolescència (tabac, alcohol, cànnabis i altres substàncies psicoactives en l'edat adulta).

Les manifestacions que es poden descobrir en l'infant que pateix maltractament o abandonament emocional poden agrupar-se segons indicadors físics i conductuals en l'infant o l'adolescent, així com de comportament dels seus responsables, indicadors de maltractament psicològic o emocional.

En el cas de sospita o certesa de maltractament psicològic o emocional, cal fer l'abordatge tal com indica l'[annex 18](#).

7.4 Maltractament per negligència i abandonament

És la **forma de maltractament infantil més freqüent** i no rep l'interès que hauria de tenir degut, probablement, a la multitud de factors que l'originen i que s'escapen de les possibilitats estrictament sanitàries.

L'abandonament n'és la forma més greu. Però també cal incloure-hi els casos en què no es té cura de les atencions sanitàries (per exemple, l'incompliment de tractaments mèdics en malalties cròniques de llarga durada, per oposicionisme cultural o ideològic –consulta de teràpies alternatives–), de l'alimentació i/o d'abric correctes o quan es priva l'infant d'una atenció protectora i/o educativa.

La negligència i l'abandonament no acostumen a rebre atenció fins que s'arriba a una situació indesitjable mesurable o un accident. Davant una sospita seria bo fer un treball conjunt amb altres professionals, com ara els docents de centres educatius..

Les manifestacions o els indicadors que podem trobar en un infant privat de forma crònica de les aportacions nutricionals i/o afectives necessàries són diversos i poden incloure:

Físics

- Retard pondoestatural.
- Manca d'higiene personal.
- Lesions per exposició inadequada a situacions climàtiques.
- Trastorns relacionats amb la manca d'alimentació o una alimentació inadequada.
- Càries dental extensa.
- Cansament que no és habitual.
- Infant que ha estat abandonat o ha patit claudicació.

Conductuals

- Retard psicomotor.
- Trastorns del comportament.
- Trastorns que es manifesten en l'àmbit escolar.

De comportament negligent dels responsables de l'infant:

- Violència masclista.
- Separacions conflictives dels progenitors (utilitzar els fills com a «moneda de canvi»).
- Manca de seguiment i del tractament necessari.
- Manca de seguiment correcte del programa d'activitats preventives i de promoció de la salut en l'infant.
- Poca supervisió i vigilància.
- Manca de dedicació i atenció.
- Organització familiar molt deficient.

En el cas de sospita o certesa de maltractament per negligència i abandonament, cal fer l'abordatge tal com s'indica a l'[annex 18](#).

7.5 Maltractament prenatal

Es considera maltractament prenatal quan no s'ofereixen al fetus totes les atencions que li calen. Pot ser tant d'acció com d'omissió voluntària per part de la dona gestant, la seva parella o indirectament per una altra tercera persona, que posa en perill la salut fetal o bé li causa, directament o indirectament, un dany.

També és maltractament prenatal el produït per la persona que maltracta la dona en procés de gestació, que es recull en el [Protocol per a l'abordatge de la violència masclista en l'àmbit de la salut a Catalunya. Dossier 1 Document operatiu d'embaràs](#).

Aquest maltractament pot tenir un efecte de vegades ja identificable prenatalment o bé manifestar-se postnatalment en el nadó.

Cal valorar diverses **situacions durant l'embaràs** que presenten **factors que afecten la salut fetal, que inclouen:**

- Dona que presenta embaràs sense seguiment adequat, amb risc per al fetus, com ara:
 - Alimentació i nutrició deficient.
 - Infeccions de transmissió vertical.
 - Contaminants ambientals i/o laborals.
 - Rebuig de l'embaràs amb conductes de risc de la dona gestant o la parella.
- Dona gestant amb consum d'alt risc o trastorn per consum de substàncies psicoactives sense seguiment adequat i amb risc per al fetus.
- Dona gestant que presenta trastorns mentals sense seguiment adequat.
- Dona gestant que presenta diversitat funcional sense suport.
- Dona gestant en situació de vulnerabilitat sense suport econòmic, afectiu i/o família o entorn conflictiu.
- Dona gestant i/o la seva parella amb antecedents de maltractaments en fills anteriors.

Totes aquestes situacions, si es produeixen durant l'embaràs, poden comportar un risc per a la salut fetal. El fet que una dona no faci un seguiment adequat del seu embaràs o que faci un consum de substàncies d'alt risc o tingui un trastorn mental greu sense una supervisió adequada són factors de risc que cal valorar conjuntament amb les circumstàncies i tenint en compte els antecedents i la perspectiva temporal. És a dir, per valorar el nivell de risc al qual s'està exposant al fetus, cal tenir en compte la situació de la dona, el suport social, econòmic i afectiu amb què compta, l'evolució del seu trastorn, la seva resposta a les intervencions que se li proposen i la seva capacitat per anar afrontant les situacions que es trobi i oferir un entorn segur i saludable al seu nadó en desenvolupament.

En cap cas, el fet que es doni un únic factor dels que s'enumeren en el quadre d'indicadors de sospita de maltractament prenatal (vegeu la pàgina 50) ha de resultar automàticament en una classificació de maltractament prenatal. Només la presència simultània de diverses d'aquestes circumstàncies i la manca de resposta de la dona a les intervencions que se li proposin determinarà de forma més ajustada si aquesta dona és susceptible d'estar infringint-li un maltractament.

En tots els casos, s'ha de fer, preferentment, promoció, prevenció, detecció precoç i, en cas necessari, cal una intervenció per acompanyar la dona gestant per tal de disminuir els factors que afecten la salut fetal per evitar arribar als indicadors d'alarma. Aquest acompanyament i la seva valoració es farà conjuntament amb tots els agents implicats en el seguiment de l'embaràs.

En l'[annex 12](#) hi ha la descripció de les situacions de risc, l'efecte sobre el fetus, com es detecta, els indicadors de risc i el grau d'aquests indicadors, els indicadors orientatius de risc, com acompanyar per a la millora i els indicadors d'alarma dels fetus en la dona gestant.

Per tal de facilitar els circuits d'actuació davant de situacions de possible maltractament prenatal, en l'[annex 12.1](#) s'especifica l'actuació dels ASSIR i l'atenció primària en el control i seguiment de la dona embarassada, i en l'[annex 12.2](#), l'algoritme de l'actuació des de l'àmbit hospitalari.

7.6 Característiques en la detecció de maltractaments en nadons

Els factors i les característiques que poden posar un nadó en risc de maltractament no difereixen gaire de les que es presenten en la [taula 1](#) d'aquest protocol de maltractament, que fan referència a particularitats tant del nadó, com dels progenitors i del seu entorn.

En contraposició amb els factors de risc, hi ha factors de protecció per evitar el maltractament. En aquest sentit, el professional sanitari pot oferir suport i donar eines als progenitors o cuidadors per a la promoció del bon tracte al nadó, com per exemple el programa "[Créixer en família](#)" del Departament de Treball, Afers Socials i Família.

Un moment de gran vulnerabilitat són els primers mesos de vida del nadó, especialment si es tracta d'un primer fill o filla. Sovint, les expectatives que genera la societat que un nadó dorm i menja plàcidament, i fa infinitament feliços els progenitors fan que davant la realitat de nadons que ploren, que no dormen, que no inicien fàcilment la lactància es pugui generar molta frustració en els pares i mares. Si se suma a la frustració o al desconeixement del risc que pot suposar sacsejar un nadó, es produeixen situacions amb pèrdua de control que posen en greu risc la vida d'aquest nadó. És per això que és recomanable fer cerca activa de signes de fatiga dels progenitors i fer aconsellament preventiu sobre el sacseig a tots el progenitors des dels serveis de neonatologia dels hospitals en coordinació amb els centres d'atenció primària. També és recomanable estar atents a qualsevol petita lesió (petits hematomes, per exemple), que facin sospitar que ja s'ha produït algun tipus de sacseig, ja que hi ha un elevat risc de recidiva i de lesions greus en el futur.

Cal tenir especial cura davant de nadons irritables (per exemple, sospites de reflux gastroesofàgic, sospites d'intolerància a la proteïna de vaca...). Cal reforçar les mesures preventives i incloure el sacseig en el diagnòstic diferencial.

Les equimosis són la lesió més comuna de maltractament físic, mentre que la segona són les fractures. De fet, del 12% al 20% de les fractures en infants de menys de 2 anys són per causa de maltractament físic.

L'augment del perímetre cranial en un nadó és greu i requereix una actuació urgent.

Qualsevol petit traumatisme o hematoma en un nadó, especialment per sota dels 3-6 mesos i si no tenen capacitat de desplaçar-se, és molt indicatiu d'haver patit maltractament i és obligatori tenir-lo en consideració. A més de les lesions cutànies més evidents, el sacseig dels lactants o nadons pot produir fractures metafisials d'ossos llargs, fractures costals, hemorràgies retinals i lesions del sistema nerviós central. Aquestes darreres poden posar en perill la vida del nadó.

L'abús sexual en nadons és infreqüent. L'estudi de Seldes i col·laboradors va trobar que el 3% dels casos d'abús sexual correspon a infants de 0-2 anys i, segons l'informe de Save the Children de l'any 2017, l'edat de més incidència d'abús sexual en nenes és dels 7 als 9 anys, i, en nens, 11-12 anys.

Cal tenir en compte que les vulvovaginitis, l'eritema dels bolquers i les conductes autoexploratòries de la zona genital són habituals en infants petits. Aquestes manifestacions poden alertar alguns progenitors o cuidadors, especialment en situacions en què hi hagi desconfiança del tipus de cura que es tingui de l'infant quan no s'està amb ells (per exemple, a l'escola bressol o quan està a càrrec d'altres familiars). El fet que els infants d'aquesta edat no siguin verbals i no se'ls pugui preguntar pot afegir angoixa.

La forma d'abús sexual més freqüent en general són el tocaments. La penetració, tant vaginal com anal, és molt més excepcional. En nadons, els estudis de Gisbert, Calabuig i el de Rodríguez-Almada indiquen que la penetració (perigenital o anal) per sota dels 2 anys d'edat és anatòmicament inviable, i que si s'arribés a dur a terme produiria lesions molt greus que requeririen cirurgia, cures intensives... i fins i tot podria posar en risc la vida del nadó.

Els tocaments rarament produeixen lesions físiques i el risc de transmissió de malalties és molt baix. Atès que els nadons no són verbals, cal una valoració psicològica molt especialitzada per detectar signes d'abús.

En [l'annex 13](#) es detallen els aspectes més específics per detectar situacions de risc i de maltractament en nadons.

8 Valoració del cas de maltractament i de la gravetat

8.1 Valoració del maltractament

Quan des de qualsevol servei sanitari es tingui coneixement d'un possible cas de maltractament, s'ha de valorar segons els principals indicadors per tipus de maltractament continguts en els diferents apartats de detecció d'aquest protocol, que és recullen a continuació.⁴

En tots els casos cal una intervenció i, especialment, quan coincideixen més d'un factor. Cal observar i tenir en compte la consciència i l'actitud dels progenitors, tutors o cuidadors.

Indicadors de sospita de maltractament físic

Indicadors en infants i adolescents:

- Cremades, escaldadures.
- Torçades, dislocacions òssies, fractures òssies. Lesions internes.
- Lesions abdominals.
- Fractura cranial, lesió cerebral, hematoma subdural. Asfíxia, ofegament.
- Morats, contusions.
- Talls, punxades, mossegades.
- Hi ha un informe mèdic de la síndrome de l'infant sacsejat.
- L'infant o l'adolescent pateix ingressos múltiples en diferents hospitals.

Indicadors actitudinals i conductuals en infants i adolescents:

- L'infant manifesta actituds defensives o de rebuig davant l'apropament físic.
- L'infant es mostra aprensiu quan altres infants ploren.
- Sembla tenir por dels seus progenitors, tutors o cuidadors.
- Informa que els seus progenitors, tutors o guardadors li han causat alguna lesió.
- Dificultats en el control d'esfínters en edats en què ha d'estar assolit.
- Actitud hipervigilant, d'alerta o amb recel.
- Presenta fabulacions (explica històries inventades sobre la seva realitat i se les creu).
- L'infant rep una disciplina severa, inapropiada per l'edat, la falta comesa i la condició d'infant.
- L'infant rep una disciplina rígida, autoritària i amb càstigs físics.

Indicadors actitudinals i conductuals en el progenitors, tutors i cuidadors:

- Amenaces de dany cap a l'infant.
- Els progenitors, tutors o cuidadors no donen cap explicació respecte a la lesió de l'infant, o bé és poc coherent o contradictòria.
- Els progenitors, tutors o cuidadors proven d'ocultar la lesió de l'infant o l'adolescent o protegir la identitat de la persona responsable de la lesió.
- Els progenitors, tutors o cuidadors tenen una percepció significativament negativa de l'infant o l'adolescent.
- Els progenitors, tutors o cuidadors triguen a demanar ajuda per a l'infant o l'adolescent o portar-lo al centre de salut quan està malalt o ferit.

⁴ Segons l'Ordre BSF/331/2013, de 18 de desembre, per la qual s'aproven les llistes d'indicadors i factors de protecció dels infants i joves menors d'edat (DOGC núm. 6530, del 30.12.2013).

Indicadors de sospita d'abandonament físic o negligència

Indicadors en infants i adolescents:

- Presenta una alimentació deficient, manca d'higiene o roba inadequada per a l'època de l'any.
- Presenta un diagnòstic de malnutrició o desnutrició.
- Mostra cansament o apatia permanent.
- Trastorns del son.
- Presenta problemes físics o necessitats mèdiques no ateses (per exemple, ferides sense curar).
- Hi ha una manca en l'atenció sanitària bàsica o de rutina (no acudeix a les revisions, no està vacunat, no segueix els tractaments prescrits, etc.).
- Diu que no hi ha ningú que en tingui cura.
- La vida a la llar és caòtica (per exemple, absència de pautes, d'horaris, etc.).
- Mostra una manca de supervisió constant (com ara accidents domèstics freqüents, llargues estones al sol, etc.).
- Expressa sentiments d'inutilitat.

Indicadors de sospita de maltractament o abús sexual

Indicadors en infants i adolescents:

- Roba interior esquinçada, tacada o amb sang.
- Es queixa de dolor o coïssor a la zona anal genital.
- Mostra contusions o sagnat als genitals externs, la zona vaginal o anal.
- Presenta una infecció de transmissió sexual, compatible amb abús sexual.
- S'evidencien restes de semen a la boca, als genitals o a la roba.
- L'embaràs.
- Presenta dolors freqüents sense causa aparent.
- Mostra una conducta sexual explícita, coneixements de conductes sexuals no apropiats per a la seva edat, o coneixements sexuals sofisticats, inusuals o estranys.
- Sembla reservat, mostra rebuig o té fantasies o conductes infantils extremes.
- Presenta comportaments d'aïllament persistents.
- Diu que ha patit abusos per part d'un progenitor o guardador.

Indicadors en el pare, la mare o el tutor:

- Es mostra extremadament protector o gelós de l'infant.
- No permet la socialització de l'infant.

Indicadors de sospita de maltractament psicològic o emocional

Indicadors en el menor d'edat:

Físics i de desenvolupament

- Mostra problemes alimentaris (menja de manera compulsiva o bé té pèrdua de gana).
- Mostra retards en el desenvolupament físic, emocional i intel·lectual.
- S'autolesiona o mostra intents de suïcidi.
- Mostra una simptomatologia depressiva (tristesia, inhibició, apatia, no juga, es mostra absent, etc.).
- Hipotròfia per abandonament (menors de 3 anys).

Conductuals

- Sembla excessivament complaent, passiu, gens exigent.
- És extremadament agressiu, exigent o rabiós de manera persistent (mostra manca d'autocontrol).
- Mostra relacions hostils i distants.
- Mostra regressions conductuals (conductes molt infantils per la seva edat) o bé conductes massa adultes (fa el paper de pare amb altres infants).
- És testimoni de violència en l'àmbit familiar.
- Presenta conductes d'autoestimulació (balanceig, xumar-se el dit, masturbació) inapropiades per a l'edat i no atribuïbles a altres causes.

Indicadors en el pare, la mare o el tutor:

- Culpa o menysprea l'infant, o bé mostra un rebuig explícit cap a l'infant.
- Mostra un tracte desigual cap als germans.
- No sembla preocupat pels problemes de l'infant.
- Es mostra exigent amb l'infant, per sobre de les seves possibilitats físiques, psíquiques o intel·lectuals.
- Tolera tots els comportaments de l'infant sense posar-li cap límit.
- Compensa amb béns materials l'escassa relació afectiva que manté amb el seu fill o filla.
- Insulta l'infant, el menysprea en públic, es burla del seu patiment.
- Instrumentalitza l'infant o l'implica en conflictes familiars.
- Rebutja les mostres d'afecte de l'infant.

Indicadors de sospita de maltractament prenatal

- La dona presenta embaràs sense seguiment adequat amb risc per al fetus.
- Dona gestant amb consum d'alt risc o trastorn per consum de substàncies psicoactives sense seguiment adequat i amb risc per al fetus.
- Dona gestant que presenta trastorns mentals sense seguiment adequat.
- Dona gestant que presenta diversitat funcional sense suport.
- S'identifiquen altres conductes o situacions de risc (viure al carrer, no acceptació de cap ajuda...) que poden perjudicar el fetus.
- La dona presenta autolesions, especialment a la zona del fetus, intents de perdre l'infant durant l'embaràs, rebuig de l'infant durant la gestació.
- La dona i/o la seva parella presenten antecedents de maltractaments en fills anteriors.
- El nadó té lesions físiques o neurològiques a causa de seguiment inadequat de la dona durant l'embaràs.
- La dona apareix en centres sanitaris en situacions d'emergència o per part i no hi ha evidència de seguiment previ durant l'embaràs.
- El nadó presenta síndrome d'abstinència en néixer, altres manifestacions comportamentals compatibles amb l'exposició prenatal a substàncies psicoactives o resultat positiu de tòxics en orina.

Moltes vegades, per detectar qualsevol tipus de maltractament i per arribar a la valoració final, se'ns presentarà un conjunt de signes físics, emocionals i socials que vindrà reforçat per la investigació que es faci conjuntament amb altres professionals de l'entorn de l'infant o l'adolescent. El simulador Mòdul de gestió de risc (SMSGR) i l'eina de cribratge de situacions de risc i desemparament ([annex 14](#)) són dues eines útils per valorar el risc detectat.

Tot i disposar d'instruments de suport per valorar el cas de maltractament, aquests no substitueixen, però, el criteri dels professionals i, sobretot, la percepció de l'infant o l'adolescent, si escau, i del seu entorn familiar.

Per facilitar la tasca dels professionals sanitaris, l'[annex 15](#) mostra un quadre orientatiu de gestió integrada enfront del maltractament, que a primera vista i en un sol pla pot orientar els professionals sobre situacions originàries de maltractament, el grau de gravetat i com actuar.

8.2 Graus de maltractament infantil

8.2.1 Maltractament lleu o moderat

La situació no és urgent, ja que hi ha indicadors físics, psicològics i/o socials de maltractament que es poden abordar en l'entorn sociofamiliar de l'infant o l'adolescent.

En cas de maltractament intrafamiliar, en què no és necessària la separació de l'infant o de l'adolescent de la família, la intervenció es fa des del servei on s'ha detectat conjuntament amb els serveis socials bàsics.

Cal recordar que el fet de viure una situació de violència masclista o de violència familiar s'ha de considerar com una forma de maltractament.

8.2.2 Maltractament greu

La situació és urgent perquè hi ha indicadors físics, psicològics i/o socials de maltractament que posa en perill la integritat i el benestar de l'infant o l'adolescent.

En cas de maltractament intrafamiliar és necessària la intervenció dels serveis sanitaris d'urgència i dels serveis socials especialitzats per valorar l'adopció de mesures de separació i protecció de l'infant o l'adolescent.

S'ha de tenir en compte el risc per a la salut mental de l'infant o l'adolescent, la seva integritat moral i el desenvolupament de la seva personalitat a conseqüència del maltractament emocional continuïtat o a la manca de cura greu i crònica de les seves necessitats afectives o educatives per part de progenitors, tutors o guardadors.

Cal recordar que el fet de viure una situació de violència masclista o de violència familiar s'ha de considerar com una forma de maltractament.

Per definir la gravetat del maltractament s'ha de tenir en compte la freqüència i la intensitat dels indicadors i el grau de vulnerabilitat de l'infant o de l'adolescent.

Per valorar la vulnerabilitat de l'infant o l'adolescent s'han d'avaluar els factors següents:

- Cronicitat i freqüència del maltractament.
- Accés de l'autor a l'infant o l'adolescent.
- Característiques i condicions en què es troba l'infant o l'adolescent.
- Relació entre l'agressor i l'infant o l'adolescent.
- La presència de discapacitat en l'infant o l'adolescent.
- Característiques dels progenitors o guardadors principals.
- Característiques de l'entorn familiar.
- L'existència o no de demandes prèvies d'ajuda i qui, quan i com es van atendre.

Tanmateix, per valorar la urgència de la intervenció s'han de tenir en compte, bàsicament, els dos paràmetres següents:

- Determinar la **gravetat** del maltractament tenint en compte el tipus de lesió i el nivell de vulnerabilitat de l'infant o l'adolescent.
- Determinar la **probabilitat** que el maltractament es torni a repetir, tenint en compte la cronicitat i la freqüència, l'accessibilitat de l'agressor, les característiques de comportament de l'infant o l'adolescent, el tipus de relació del guardador principal amb l'infant o l'adolescent, les característiques dels progenitors i de l'entorn familiar.

9 Procediment que cal seguir després de detectar un cas de maltractament

Quan el **maltractament és intrafamiliar** i es valora com a **LLEU** o **MODERAT** i, per tant, l'infant o l'adolescent no es troba en una situació de perill i no requereix una acció protectora immediata, s'ha d'abordar el cas en coordinació amb les unitats de treball social sanitari; aquestes faran dins de la seva intervenció un estudi de situació i valoració amb la resta de serveis per concretar si escau derivació a serveis socials bàsics i/o DGAIA. En cas que el servei de salut no disposi de treballadora o treballador social sanitari (TSS), també podrà comptar amb el suport i l'ajut dels serveis socials bàsics de la zona on viu la família de l'infant o l'adolescent, **comunicant per escrit** el cas a aquests serveis de primer nivell. Seran els encarregats de fer l'estudi de la situació i valorar, si escau, la derivació del cas als serveis socials especialitzats (EAIA) en cas que es consideri que l'infant es troba en una situació de possible desemparament o risc greu.

Si el maltractament observat pel servei sanitari, d'acord amb els indicadors continguts en aquest protocol, el risc detectat és **GREU**, el professional pot utilitzar el simulador SMSGR com a eina per completar-ne la valoració. **El servei sanitari ho ha de comunicar immediatament per telèfon i per escrit** a la DGAIA, a través del Servei Territorial en horari laboral o de la UDEMPI les 24 hores del dia, accessible mitjançant el telèfon Infància Respon 116 111, que posarà en marxa els dispositius necessaris per a la protecció efectiva de l'infant o l'adolescent i/o la derivació a l'equip pertinent.

Cal assegurar-se que l'infant arribi de l'atenció primària a l'hospital. Això, de vegades, comporta el transport sanitari o, en casos concrets, cal activar els cossos de seguretat, Mossos d'Esquadra - Guàrdia Urbana, segons el criteri del sanitari.

El comunicat judicial ([annex 16](#)) ha d'arribar també a la Fiscalia de Menors i al jutjat de guàrdia.

Si **el maltractament és extrafamiliar i la família és protectora** només ho ha de comunicar al jutjat de guàrdia, a la Fiscalia de Menors o als Mossos d'Esquadra.

S'ha d'informar la policia si cal una intervenció urgent per protegir l'infant o l'adolescent o el professional sanitari, per comprovar la possible situació de perill d'altres infants o adolescents, relacionats o per descobrir el presumpte autor i/o si cal recollir efectes, instruments o proves del delictes.

En tots els casos s'ha d'informar els progenitors, tutors o cuidadors de l'infant o l'adolescent de les actuacions que es duguin a terme.

Si es valora que l'infant o l'adolescent també es troba, a més, en **una situació de risc de maltractament**, la direcció del centre o dispositiu sanitari s'ha de coordinar amb els serveis socials de la zona, i, si la situació és de possible **desemparament**, la direcció ho ha de comunicar a la DGAIA (a través del Servei Territorial en horari laboral o de la UDEMPI les 24 hores del dia, accessible mitjançant el telèfon Infància Respon 116 111) per tal que coordinin les actuacions pertinents i, si escau, activin els equips d'atenció a la infància i a l'adolescència (EAIA) o els equips de valoració de maltractaments infantils (EVAMI) i s'adoptin les actuacions

En els casos d'abús sexual produït en les darreres 72 hores és indispensable, per evitar la victimització secundària, un únic reconeixement conjunt del personal mèdic del servei d'urgència de l'hospital i metge o metgessa forense.

La comunicació judicial és una obligació legal del professional sanitari i s'ha de fer en tots els casos (article 262 de la Llei d'enjudiciament criminal).

9.1 Registre unificat de maltractaments infantils

Des de l'any 2009 es disposa del Registre unificat de maltractaments infantils de salut (RUMI-salut), l'objectiu del qual és recollir la informació de tots els casos susceptibles de maltractament atesos en la xarxa dels centres hospitalaris de Catalunya que disposen de servei de pediatria, ginecologia i obstetrícia.

A partir de l'any 2019 aquest registre estarà preparat per recollir els casos susceptibles que siguin atesos a l'atenció primària.

Cal registrar els casos de sospita i certesa de maltractament infantil i adolescent en el RUMI salut.

9.2 Notificacions, informes i comunicats

Per tal de facilitar la tasca dels professionals sanitaris a l'hora de recollir la informació de forma estructurada s'han dissenyat tres models de documents: la fitxa de notificació de situació de risc o desemparament infantil dels serveis de salut, l'informe d'atenció sanitària i el comunicat judicial, que s'han d'incorporar en els sistemes d'informació dels diferents dispositius sanitaris i nodrir-los progressivament de les dades de les mateixes històries clíniques corresponents a cada nivell assistencial.

En l'[annex 17](#) es presenta un model de **fitxa de notificació de situació de risc o desemparament infantil des dels serveis de salut** elaborada per la DGAIA, la qual s'ha de fer arribar telemàticament. Aquesta notificació no substitueix la trucada telefònica a Infància Respon 116 111 en tots els casos en què està indicada, com a sospita greu o urgència per abús sexual.

L'[annex 8](#) presenta un **model d'informe d'atenció sanitària**, que s'ha elaborat per tal de recollir la informació tan adequadament com sigui possible, per no interferir en el relat i evitar la victimització secundària de l'infant o l'adolescent. Aquest informe ha de tenir en compte que la descripció sanitària de la sospita de maltractament patit per l'infant o l'adolescent no conté els elements del tipus penal (valoracions de judici i fins i tot imputacions), i ha de ser interpretada per un professional de l'àmbit jurídic.

Per facilitar que l'orientació diagnòstica que es correlacioni amb la descripció sanitària no interfereixi la interpretació jurídica, s'han consensuat i seleccionat els codis de la CIM-10-MC més adients, per cobrir l'ampli ventall que ens proporciona, tant des de l'atenció primària com des dels centres hospitalaris. Els codis fan referència als diferents tipus de sospita de maltractaments (no de certesa) i tenen en compte els aspectes relacionats amb l'esfera psicosocial.

Aquests codis de la CIM-10-MC són:

CODI	DENOMINACIÓ
T76	Abús, desatenció i altres maltractaments a l'infant i adult, sospitats
T76.02	Desatenció o abandonament de l'infant, sospitats
T76.1	Maltractament físic, sospitat
T76.2	Abús sexual, sospitat
T76.22	Abús sexual de l'infant, sospitat
T76.3	Maltractament psicològic, sospitat
T76.9	Maltractament no especificat, sospitat
Z60.9	Problema relacionat amb l'entorn social no especificat
Z65.9	Altres problemes especificats relacionats amb circumstàncies psicosocials
Z65.9	Problema relacionat amb circumstàncies psicosocials no especificades
Z35.3	Supervisió d'embaràs en dones amb antecedents d'atenció prenatal insuficient

Els equips funcionals d'experts en abús sexual i maltractament infantil i adolescent greu, que després de fer un estudi especialitzat poden arribar a determinar la certesa de l'orientació diagnòstica de maltractament, poden utilitzar els codis CIM-10-MC de certesa.

Els codis de certesa són els següents:

CODI	DENOMINACIÓ
T74	Abús, desatenció i altres maltractaments de l'infant i l'adult, confirmats
T74.02	Desatenció o abandonament de l'infant, confirmats
T74.1	Maltractament físic, confirmat
T74.2	Abús sexual, confirmat
T74.3	Maltractament psicològic, confirmat
T74.4	Síndrome de l'infant sacsejat
T74.9	Maltractament no especificat, confirmat
T74.92	Maltractament de l'infant no especificat, confirmat

L'[annex 16](#) és el **comunicat judicial** que s'ha de fer arribar a la Fiscalia de Menors i al jutjat de guàrdia, per via telemàtica, als efectes de possibles responsabilitats per maltractament, i que ha d'anar acompanyat de l'esmentat informe d'atenció sanitària.

Aquest comunicat dona a entendre que les dades que es proporcionen són sanitàries i que la interpretació jurídica quedarà reservada a professionals del dret.

10 Dispositius assistencials per al diagnòstic i tractament

El tractament i seguiment dels infants i adolescents víctimes de maltractament requereixen diferents nivells d'actuació. Un primer nivell des dels **dispositius d'atenció primària**, un segon nivell de **serveis d'urgències d'hospitals territorials de referència** i un tercer nivell **d'equips funcionals d'experts en abús sexual i maltractament infantil greu/unitats integrades**.

Els professionals sanitaris que atenen infants i adolescents i en especial **els equips de pediatria d'atenció primària**, així com els que atenen dones embarassades, són els que tenen cura de la promoció del bon tracte a l'infant i adolescent, la prevenció d'aquests davant de les situacions que són perjudicials per al seu desenvolupament integral i el benestar d'acord amb el que estableix l'article 74 de la Llei 14/2010, de 27 de maig, així com la detecció de possibles casos de maltractament i el diagnòstic dels casos considerats lleus, moderats o greus.

Els casos considerats d'urgència s'han d'adreçar als serveis d'urgències d'hospitals territorials referents que disposin de serveis de pediatria i obstetrícia.

En tots els casos d'abús sexual i de maltractament infantil greu que ho requereixin s'ha de prestar atenció especialitzada d'acord amb el que estableix l'article 93 de la Llei 14/2010, de 27 de maig. Aquest servei l'han de prestar professionals especialitzats, ha de ser integral, gratuït, de proximitat i multidisciplinari. En aquest sentit, es disposa d'**equips funcionals d'experts en abús sexual i maltractament infantil greu / unitats integrades**, distribuïts pel territori, que faran el diagnòstic i tractament inicial, així com la funció d'assessorament als professionals de l'atenció primària i als dels centres hospitalaris.

Quan siguin donats d'alta, el seguiment dels casos que han estat tractats pels equips funcionals d'experts, tindrà continuïtat en l'entorn comunitari de residència, on hi haurà el recurs sanitari i psicosocial adequat.

La DGAIA, segons el que exposa la Llei 14/2010, ha de crear un servei d'atenció especialitzada als infants i adolescents víctimes d'abús sexual, les anomenades *unitats integrades*, on conflueixen els diferents departaments de la Generalitat implicats en la seva atenció. Posteriorment, l'Acord de Govern 65/2016 aprova mesures específiques en aquesta matèria, que recullen l'establiment de les bases per a la creació d'una unitat integrada d'atenció als infants i adolescents víctimes d'abusos sexuals que incorpori, com a mínim, professionals dels departaments de Treball, Afers Socials i Famílies, de Justícia, d'Interior, de Salut i d'Ensenyament.

En aquest sentit, els equips funcionals d'experts constituïts en l'àmbit de la salut s'integraran en aquestes unitats integrades que es vagin creant en el territori, que faran el diagnòstic i el tractament.

Algorisme de l'abordatge maltractament infantil des de l'àmbit sanitari ([annex 18](#))

11 Protecció i seguiment de l'infant o l'adolescent maltractat

11.1 Maltractament que necessita mesures de protecció

Immediata

Per part dels dispositius d'atenció primària:

- A més de l'atenció sanitària cal assegurar la protecció de l'infant o l'adolescent i el trasllat i arribada al servei d'urgències hospitalari per ser atès.

Per part del servei d'urgències d'hospitals territorials de referència:

- Ingress hospitalari, si escau.
- Comunicació a la justícia i a la DGAIA per telèfon (Infància Respon, 116 111) i per escrit a més de registrar-lo en el RUMI.
- Coordinació amb els dispositius d'atenció primària i comunitària.
- Coordinació amb la DGAIA (en els casos de maltractament greu), abans de donar l'alta a l'infant o l'adolescent, per tal d'assegurar-ne la protecció.

Per part de la DGAIA:

- Activar l'equip especialitzat en maltractament infantil que escaigui (EVAMI o EAIA) per avaluar la situació.
- Dictar, si escau, mesura de desemparament preventiu amb retenció hospitalària per poder dur a terme l'estudi de la situació amb la màxima seguretat per a l'infant o l'adolescent.

Seguiment

La DGAIA, com a entitat competent en la protecció dels infants i adolescents, és qui decidirà el seu seguiment posterior perquè sigui protegit. Quan escaigui, fruit de l'estudi fet per l'equip especialitzat corresponent, la DGAIA assumirà la seva tutela i determinarà la mesura protectora més adient en el seu interès.

L'hospital establirà el circuit oportú amb els diferents dispositius d'atenció primària i comunitària que li correspon per territori, per tal de comunicar-los la seva intervenció en cas de maltractament infantil, amb un seguiment coordinat amb la DGAIA. Així, es facilitarà la detecció de maltractaments crònics posteriors en l'àmbit de l'atenció primària i comunitària.

11.2 Maltractament que no necessita mesures de protecció immediata

- Rol específic dels dispositius d'atenció primària i comunitària.
- Coordinació entre tots els nivells d'atenció a la salut: dispositius d'atenció primària i comunitària, hospitals territorials referents i equips funcionals d'experts en abús sexual i maltractament infantil greu.
- Coordinació entre els serveis socials bàsics i/o del territori que puguin intervenir o intervinguin amb la família.
- Coordinació amb els àmbits escolars i de lleure, si escau.

12 Protecció dels professionals

Els professionals sanitaris que atenen infants o adolescents que pateixen o estan en situació de risc de patir un maltractament estan sovint en una situació d'estrès emocional important. És fonamental que les entitats proveïdores on presten serveis garanteixin unes condicions de treball que assegurin que el professional compta amb el suport necessari. Al mateix temps és més fàcil que un professional pugui detectar i declarar una situació de sospita si se sent protegit per l'entitat per la qual treballa.

D'acord amb la Llei d'enjudiciament criminal,⁵ en cas que el professional sanitari tingui coneixement d'algun delictes públic està obligat a denunciar-lo immediatament al Ministeri Fiscal, al tribunal competent o al jutge d'instrucció.

Per tant, quan els maltractaments detectats pugin ser constitutius d'un delictes contra l'infant o l'adolescent, el professional sanitari està obligat a denunciar-lo, obligatòriament, a la Fiscalia de Menors o al jutjat de guàrdia.

D'altra banda, pel que fa a la protecció del professional sanitari, cal tenir en compte el caràcter d'autoritat del professional sanitari en l'exercici de les seves funcions, fet que comporta que es qualifiquin com a atemptat les agressions a aquests professionals, tal com queda reflectit en l'article 550 del Codi penal.⁶

Per poder portar a terme les actuacions lligades a aquesta obligació legal i poder aplicar les diferents actuacions recollides en aquest protocol, és imprescindible per a tots els professionals que estan en contacte amb infants susceptibles d'estar maltractats, i per tant per a tot el col·lectiu que atén a infants, que **l'entitat proveïdora on presten serveis els garanteixi els recursos següents:**

- Un servei de prevenció de riscos laborals que faci una avaluació dels riscos psicosocials als quals poden estar exposats, tenint en compte la idiosincràsia dels usuaris, les condicions estructurals del recurs assistencials, les característiques físiques dels despatxos, la presència de recursos de seguretat, la càrrega de treball, els torns i horaris.
- En funció d'aquestes característiques, cal disposar de plans preventius i d'intervenció específics per assegurar un exercici professional saludable i segur.
- També han de disposar de recursos especialitzats per informar, formar i donar suport mèdic en l'àmbit de la medicina laboral psicològica i psiquiàtrica, si és necessari.
- Qualsevol conseqüència negativa per a la salut dels professionals ha d'estar tractada com una contingència professional.

⁵ Article 262. Els qui per raó del seu càrrec, professió o ofici tinguin notícia d'algun delictes públic estan obligats a denunciar-lo immediatament al Ministeri Fiscal, al tribunal competent, al jutge d'instrucció i, si no n'hi ha, al municipal o al funcionari de policia més pròxim al lloc, si es tracta d'un delictes flagrant.

⁶ Són reus d'atemptat els qui escometin l'autoritat, els seus agents o els funcionaris públics, o utilitzin força contra ells, els intimidin greument o els oposin resistència activa també greu, mentre executin les funcions dels seus càrrecs o amb motiu d'aquestes.

- Cal estar atent a les dificultats que poden significar un obstacle en la detecció precoç dels maltractaments infantils, que poden derivar-se de les competències professionals i amb gran impacte sobre la salut mental dels professionals.
- Els serveis jurídics de l'entitat proveïdora han de donar suport, assessorament i acompanyament en cas de judicis (presència d'un professional sanitari com a expert o testimoni, etc.).

Els principis que són aplicables a la protecció dels professionals es concreten en:

- Principi de confidencialitat.
- Principi de respecte a la dignitat personal.
- Principi de celeritat.
- Principi de veracitat.
- Principi de sigil professional.

La manca de les mesures preventives dels riscos laborals poden impactar negativament per la dificultat en la detecció precoç dels casos i repercutir en el deteriorament de la salut dels professionals i en la seguretat dels usuaris. En concret, això es podria produir per alguns dels motius següents:

- Manca d'una cultura preventiva prèvia a l'organització, d'autocura i de seguiment i vigilància de la salut dels professionals exposats a situacions conflictives i riscos professionals.
- Preocupació i ansietat davant dels dubtes que es poden generar en la detecció de casos, i per la dificultat d'identificar signes i símptomes erràtics, que poden ocasionar conseqüències greus en els usuaris infants, que, d'altra banda, amb un diagnòstic idoni es podrien evitar.
- Manca de confiança, sospites, sentiments de culpa, sobreprotecció, negacions del problema, dificultat per comunicar males notícies de conseqüències greus, per les implicacions per als pares i mares, cuidadors i/o tutors.
- Por de perdre una relació suposadament positiva o inicialment adequada amb una família que ja està sota l'atenció dels professionals de la salut.
- Conductes d'evitació davant de la identificació predictiva dels conflictes que es puguin generar.
- Funcions dividides en pacients adults i infants, i a vegades contradictòries, o amb la necessitat de violar la confidencialitat.
- Comprensió dels motius pels quals s'ha pogut produir el maltractament i creure que els pares i mares, tutors o cuidadors no tenien intenció de fer mal al menor. Justificació. Sobreprotecció. Censura. Acusació. Opinió a favor o en contra sense objectivació.
- Por de la pèrdua de control sobre el procés de protecció de l'infant i els dubtes sobre els beneficis de la detecció o la denúncia.

- Sotmetiment dels professionals a situacions estressants, situacions violentes, síndrome d'esgotament professional, treball per torns, horaris de treball perllongats, poc suport dels companys o dels superiors.
- Actitud defensiva enfront dels pares, mares i/o tutors per dificultats en l'abordatge de situacions conflictives greus per a la salut dels infants i amb implicacions socials i legals.

Relacions interpersonals entre els professionals i els usuaris:

- Cal que la relació entre els professionals i els usuaris es mantingui en un clima de tolerància i respecte, sense que les informacions o relacions personals que es puguin establir puguin transgredir el que totes dues parts entenguin com un comportament respectuós i correcte.
- El context d'atenció sanitària ha de ser de confiança i d'escolta activa, mostrant interès, sense interrompre... Cal mostrar contenció de les emocions, i una gestió emocional adequada i adaptada tant a l'infant com als adults amb tots els seus matisos.
- Informació als infants i als pares i mares o tutors veraç, i adequada a cada situació, sense expressar alarmes, angoixa, culpabilització, ni jutjar cap dels signes, símptomes o fets relatats i observats. Cal que els usuaris coneguin bé els seus drets i els seus deures i que disposin de la informació necessària per dur a terme la visita en les millors condicions possibles de respecte, de confiança.

Cultura preventiva de la violència:

- Augmentar la sensibilitat de la problemàtica de la violència i els maltractaments.
- Desenvolupar una cultura del treball centrada en les persones.
- Promoure entorns respectuosos i en totes les unitats o estructures orgàniques.
- Dotar de personal adequat en nombre i qualificació en particular en els períodes de més activitat, urgències o nocturnitat.
- Evitar les feines amb condicions d'aïllament.
- Formar els professionals per a les feines amb més exigència emocional i en especial les persones amb poca experiència.
- Establir un flux de comunicació entre la direcció i les unitats de treball.
- Disposar d'un codi d'ètica de drets i deures entre professionals i usuaris. Difondre'l.
- Fomentar les sessions informatives, les reunions de treball, el treball en equip i la discussió dels casos especialment conflictius.
- Mantenir vincles amb els recursos externs i conèixer els elements de la xarxa assistencial, legal, amb circuits preestablerts per efectuar una intervenció àgil en cas que es produeixi un diagnòstic de presumptes maltractaments als infants.

Prevenió secundària

- Contenció emocional adreçada als professionals que han estat exposats a un episodi de violència o episodis repetits d'assistència a maltractaments.
- Sol·licitar, si escau, l'activació de la vigilància de la salut al servei de prevenció de riscos laborals.
- Oferir suport logístic i legal.
- Suport mèdic i mesures de suport psicològic perquè els professionals treballin en condicions segures.
- Activar la coordinació amb els recursos jurídics i policials. Intervenció coordinada després de l'atenció d'un cas o un indici de maltractament.
- Reorganitzar les funcions i repartir tasques amb l'equip en cas que les situacions de maltractament infantil, especialment les greus i molt greus, hagin provocat conseqüències d'impacte elevat.
- Adoptar una actitud de sensibilització, prevenció i detecció precoç de la violència i en concret dels maltractaments infantils.
- Incorporar en els plans d'actuació anual i pressupostos les accions concretes destinades a millorar l'apoderament i les competències professionals d'afrontament i de diagnosi dels casos.
- Dissenyar el pla anual de formació específic per a la detecció de casos i mesures de prevenció de l'impacte de la violència sobre els professionals i habilitar i millorar les estratègies individuals d'afrontament.
- Crear una comissió per al tractament i supervisió dels casos.
- Identificar, amb un examen de salut específic, dins del programa de medicina del treball, les competències emocionals exigides prèviament i després de l'atenció a incidents repetits de maltractament infantil.
- Dissenyar un pla formatiu per habilitar i millorar les estratègies individuals d'afrontament.
- Comunicar com a malaltia relacionada amb la feina la possible síndrome d'esgotament professional ocasionada per la gestió de les emocions i, per tant, identificada en cas que es produeixin conseqüències negatives com a contingència professional.
- Mantenir i actualitzar el registre, analitzar l'etiologia, les causes desencadenants, les mesures d'actuació.
- Comunicar les mesures adoptades per la comissió de prevenció de la síndrome d'esgotament professional als professionals que han patit les conseqüències negatives.
- Conèixer els recursos públics i els protocols d'actuació en matèria de la gestió emocional.

13 Bibliografia

- American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: subject review. *Pediatrics*. 1999;103:186-91.
- American College of Radiology. ACR-SPR practice parameter for the performance and interpretation of skeletal surveys in children. Revised 2016 (Resolution 10):1-9.
- Appleton JV, Glaser D. Suspecting child maltreatment: new NICE guidance on when to suspect child maltreatment. *Community Practitioner*. 2009;82(9):34-5.
- Barudy J, Dantagnan M. Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa; 2005.
- Black S. Screening for child abuse in primary care: an investigation into the Seek model. LSUHSC. *Pediatrics*; 2015.
- Browne K, Hamilton-Giachritsis C, Johnson R, Ostergren M. Overuse of institutional care for children in Europe. *BMJ*. 2006;332:485-7.
- Browne K, et al. WHO Information and training package on the prevention of child abuse and neglect. XVth ISPCAN International Congress on Child abuse and Neglect. York, England; 2006, 3-6.
- Carpenter SL, Abshire TC, Anderst JD, Section on Hematology/Oncology, Committee on Child Abuse and Neglect of the American Academy of Pediatrics. Evaluating for suspected child abuse: conditions that predispose to bleeding. *Pediatrics*. 2013 Apr;131(4):e1357-73.
- Chan KL. Evaluating the risk of child abuse: the child abuse risk assessment scale (CARAS). *J Interpers Violence*. 2011;27(5):951-73.
- Christian CW, Block R, Committee on Child Abuse and Neglect. Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics*. 2009;123(5):1409-11.
- Kaufman M; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Care of the adolescent sexual assault victim. *Pediatrics*. 2001;107(6):1476-79.
- Child abuse and neglect. NICE guideline [NG76]. NICE; 2017. Disponible a: nice.org.uk/guidance/ng76.
- Cuestas Montañés E, Juanes de Toledo B. Los niños maltratados tienen más riesgo de problemas de salud a largo plazo. *Evid Pediatr*. 2013;9:9.
- Cyrulnik B. Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa; 2002.
- Davies C, Ward H. Safeguarding children across services: messages from research on identifying and responding to child maltreatment. London / Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2012.
- Domingo F. Nadó que plora, pares al límit i sacseig: què fer? *Pediatría Catalana*. 2001;61(1):35-40.

- Domingo F. Família que plora, professionals al límit i disgust per a tots: ho estem fent bé? Rutlla, la nostra xarxa? *Pediatría Catalana*. 2002;62(2):73-80.
- Domingo F. Pediatres que ploren, gestors que fan la viu-viu i la vida continua. Qui dia passa, anys empeny? *Pediatría Catalana*. 2005;65(4):194-202.
- Domingo F. El maltrato y el abuso sexual infantil en atención primaria de salud. Los pediatras: parte del problema y parte de la solución. *Pediatr Integral*. 2013;17;(10):694-712.
- Dunne MP, Zolotor AJ, Runyan DK, Andrevia-Miller I, Choo WY, Dunne SK, et al. ISPCAN child abuse screening tools retrospective version (ISCAT-R) Delphi study and field testing in seven countries. *Child Abuse Negl*. 2009 Nov;33(11):815-25.
- Echeburúa E, Guerricaechevarría C, Amor PJ. Indicaciones terapéuticas para los menores víctimas de abuso sexual. A: Lameiras Fernández M. Abusos sexuales en la infancia. Abordaje psicológico y jurídico. Madrid: Biblioteca Nueva; 2002. p. 115-37.
- Echeburúa E, Guerricaechevarría C. Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Psicología Conductual*. 2011;19(2):469-86.
- Echeburúa E, Redondo S. ¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino? La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales. Madrid: Ediciones Pirámide; 2010.
- Echeburúa E, Guerricaechevarría C. Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Barcelona: Editorial Ariel; 2000.
- European status report on preventing child maltreatment. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.
- Flaherty EG, Perez-Rossello JM, Levine MA, Hennrikus WL, American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, Section on Radiology, Endocrinology, Orthopaedics, the Society for Pediatric Radiology. Evaluating children with fractures for child physical abuse. *Pediatrics*. 2014;133(2):e477-89.
- Flaherty EG, Stirling J, Committee on Child Abuse and Neglect. The pediatrician's role in child maltreatment prevention. *Pediatrics*. 2010;126;(4):833-41.
- Friedrich, WN, Grambsch, DP, Hewitt L, Koverola SK, Lang C, Wolfe RA, et al. Child sexual behavior inventory: normative and clinical comparisons. *Psychol Assess*. 1992;4(3):303-11.
- Gabel M, Lamour M. Enfants en danger, professionnels en souffrance. Vie de l'enfant. 1a. Toulouse: Éditions érès; 2012.
- Gagné M-H, Bélanger-Gravel A, Clément M-E, Poissant J. Recall and understanding of a communication campaign designed to promote positive parenting and prevent child maltreatment. *Prev Med Rep*. 2018;12:191-7.
- Gancedo Baranda A, coord. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Madrid: Ergon; 2014.
- Gancedo Baranda A, coord. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Madrid: Ergon; 2015.
- García Pérez J, Martínez Suárez V. Guía práctica del buen trato al niño. Madrid: IMC.

Lab Heel; 2012.

- Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham P, Radford L, Glaser D, et al. Recognising and responding to child maltreatment. *Lancet*. 2009;373(9658):167-80.
- Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*. 2009;373(9657):68-81.
- Gisbert Grifo M, Gisbert Calabuig JA. Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales. A: Gisbert Calabuig JA. *Medicina legal y toxicología*. 6a ed. Barcelona: Masson; 2004. p. 579-601.
- Guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2004.
- Harr VC, Fairchild S, Souza L. International models of hospital interdisciplinary teams for the identification, assessment and treatment of child abuse. *Soc Work Health Care*. 2008;46(4):1-16.
- Hashimoto H, Tani H, Ninomiya T, Mori K. The relationship between parents with a history of childhood problems and incidence of consequent child abuse. *J Med Invest*. 2016;63(3-4):209-15.
- Hermann B, Banaschak S, Csorba R, Navratil F, Dettmeyer R. Physical examination in child sexual abuse. *Dtsch Arztebl Int*. 2014;111(41):692-703.
- Hoehn EF, Wilson PM, Riney LC, Ngo V, Bennett B, Duma E. Identification and evaluation of physical abuse in children. *Pediatr Ann*. 2018 Mar;47(3):e97-e101.
- Horno P, Santos A, Molino C. *Abuso sexual infantil: manual de formación para profesionales*. 1a ed. [s. l.]: Save The Children España; 2001.
- Informe sobre l'abús sexual infantil a Catalunya. 1a ed. [s. l.]: Síndic de Greuges de Catalunya; 2016.
- Informe alternativo al quinto y sexto informe de aplicación de la Convención de Derechos del Niño en España (2010-2016). 1a ed. [s. l.]: Síndic de Greuges de Catalunya; 2017. p. 21-5.
- Jenny C, Crawford-Jakubiak JE, Committee on Child Abuse and Neglect; American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics*. 2013 Aug;132(2):e558-67.
- Kaufman M; American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Care of the Adolescent Sexual Assault Victim. *Pediatrics*. 2008 Aug;122(2):462-70.
- Kellog N; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005;116(2):506-12.
- Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, Scheewe DJ, van de Merwe MH, Vooijs-Moulaert AF, et al. Effects of systematic screening and detection of child abuse in emergency departments. *Pediatrics*. 2012 Sep;130(3):457-64.
- *Maltrato infantil en la familia en España*. Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- Mathey L. Pediatric sexual abuse: what every primary care provider should know. *Ann &*

Robert H. Lurie. Children's Hospital of Chicago; 2016.

- Moyer VA, U.S. Preventive Services Task Force. Primary care interventions to prevent child maltreatment : U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Int Med.* 2013;159(4):289-97.
- Muscari ME. Screening for sexual assault in a primary care setting. *Medscape Public Health*; 2017.
- Natal A. El maltractament infantil. Delicte o problema de salut? *Pediatría Catalana.* 2009;69(4):183-87.
- Pereda N. ¿Uno de cada cinco? Victimización sexual infantil en España. *Papeles Psicol.* 2016;37(2):126-33.
- Pou Fernández J. Maltrato infantil. Actuación en urgencias. *Asociación Española de Pediatría. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de urgencias pediátricas.* Barcelona: Hospital de Sant Joan de Déu; 2016. p. 167-72.
- Preventing child maltreatment in Europe: a public health approach. Policy briefing. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2007.
- Protocol marc d'actuacions contra el maltractament a infants i adolescents de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2017.
- Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Informes, Estudios e Investigación. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
- Rodríguez-Almada H. Evaluación médico-legal del abuso sexual infantil. Revisión y actualización. *Cuad Med Forense.* 2010;16(1-2):99-108.
- Sapeira J, Lakhanpaul M, Kemp A, Glaser D. When suspect child maltreatment: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2009;339:230-2.
- Scrandis DA, Watt M. Child sexual abuse in boys: implications for primary care. *J Nurse Pract.* 2014;10(9):706-13.
- Sege RD, Amaya-Jackson L; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect; Council on Foster Care, Adoption and Kinship Care; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Committee on Child Maltreatment and Violence; National Center for Child Traumatic Stress. Clinical considerations related to the behavioral manifestations of child maltreatment. *Pediatrics.* 2017;139(4):e1-13.
- Seldes JJ, Ziporovich V, Viota A, Leiva F. Maltrato infantil. Experiencia de un abordaje interdisciplinario. *Arch Argent Pediatr.* 2008;106(6):499-504.
- Sexual behavior and children: when is it a problem and what to do about it. Harborview Center for Sexual Assault & Traumatic Stress; 2016. [Professional Guidelines]
- Child trauma screening questionnaire (CTSQ). School of Medicine. University of Queensland; 2016.
- Trenchs Sainz de la Maza V, Barcenilla C, Gelabert Colome G, Macias Borrás C, Pou Fernández J. Evolución de los ingresos por maltrato infantil durante 15 años. *An Pediatr (Barc).* 2013;78(2):118-22.

- Tully RJ, Chou S, Browne KD. A systematic review on the effectiveness of sex offender risk assessment tools in predicting sexual recidivism of adult male sex offenders. *Clin Psychol Rev.* 2013;33(2):287-316.
- Ulls que no volen veure. Save the Children Espanya; 2017.
- US Preventive Services Task Force. Interventions to prevent child maltreatment: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2018;320(20):2122-28.
- Van der Kolk B. Commentary: The devastating effects of ignoring child maltreatment in psychiatry – A commentary on Teicher and Samson. *J Child Psychol Psychiatry.* 2016 Mar;57(3):267-70.

14 Abreviacions

ABS	àrea bàsica de salut
ADN	àcid desoxiribonucleic
AP	anteroposterior
APS	atenció primària de salut
ARO	alt risc obstètric
ASSIR	atenció a la salut sexual i reproductiva
ASPCAT	Agència de Salut Pública de Catalunya
CAP	centre d'atenció primària
CAS	centre d'atenció i seguiment a les drogodependències
CatSalut	Servei Català de la Salut
CIM-10-MC	Classificació internacional de malalties, 10a revisió, modificació clínica
CIR	Retard del creixement uterí
CPK	creatina-fosfocinasa
CSMA	centre de salut mental d'adults
CSMIJ	centre de salut mental infantil i juvenil
CSS	centre serveis socials
CTQ	Critical to Quality
CUESB	centre d'urgències i emergències socials de Barcelona
DGAIA	Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència
EAIA	equip d'atenció a la infància i l'adolescència
EAP	equip d'atenció primària
EVAMI	equip de valoració de maltractaments infantils
HDIJ	hospital de dia infantil i juvenil
ICS	Institut Català de la Salut
IMLCFC	Institut de Medicina Legal i Ciències Forenses de Catalunya
ITS	infecció de transmissió sexual
LOPD	Llei orgànica de protecció de dades
RMN	ressonància magnètica
RUMI	Registre unificat de maltractaments infantils
SAP	servei d'atenció primària
SM	salut mental
SmIA	salut mental i addiccions
SMSGR	Simulador del Mòdul de Suport a la Gestió de Risc
SSIBE	Serveis de Salut Integrats Baix Empordà
TAC	tomografia axial computada
TCA	trastorn de la conducta alimentària
TEA	trastorn de l'espectre autista
TEAF	trastorn de l'espectre alcohòlic fetal
TEPT	trastorn per estrès posttraumàtic

TSS	treballador social sanitari, treballadora social sanitària
UDEPMI	Unitat de Detecció i Prevenció del Maltractament Infantil
UFAM	unitat funcional d'abusos a menors
VHB	virus de l'hepatitis B
VHC	virus de l'hepatitis C
VIH	virus de la immunodeficiència humana
XAD	xarxa d'atenció a les drogodependències

15 Annexos

Annex 1. Nous conceptes en matèria de maltractament als infants i adolescents relacionats amb les noves tecnologies

Ciberassetjament pedòfil (*grooming*): pràctiques en línia de certs adults per guanyar-se la confiança d'un menor fingint empatia, tendresa, falsa simpatia, etc. amb la finalitat d'aprofitar-se sexualment del menor (abusos, agressions o obtenció d'imatges pornogràfiques). A la darrera reforma del Codi penal es va incloure el *grooming* com una conducta tipificada (art. 183 ter del Codi penal).

Sèxting: enviament d'arxius amb contingut sexual (principalment fotografies i/o vídeos), produïts pel mateix remitent, a altres persones per mitjà del telèfon mòbil o altres dispositius o del mal ús que se'n pugui fer. A la darrera reforma del Codi penal es va tipificar aquesta conducta en els casos en què no hi ha autorització expressa de la persona que no fa l'enviament (art. 197.7 del Codi penal).

Xarxes socials: són plataformes virtuals que permeten relacionar-se amb persones de qualsevol lloc del món amb la finalitat de compartir continguts, interactuar, crear comunitats sobre interessos similars: treball, amiatat, relacions interpersonals, etc.

Etiqueta: conjunt de normes que regulen el comportament d'un usuari en un grup de notícies, una llista de correu, un fòrum de discussions o en usar el correu electrònic. S'utilitza també per a referir-se al conjunt de normes de comportament general a Internet.

Trolejar: fer sentir malament o molestar algú utilitzant bromes pesades, generar polèmica o comentaris humorístics fora de lloc.

Griefing: acte d'utilitzar o abusar de la mecànica d'un joc (no prevista pels autors) amb la finalitat de molestar o impactar negativament en l'experiència del joc d'un altre jugador. Pot derivar en un ciberassetjament pedòfil si es fa servir el xat, un videojoc per contactar amb menors, oferir bonus, recompenses, etc. És diferent de fer trampes o xatejar. Piratejar i abusar d'errors es considera *griefing* només quan es fa per interrompre un altre jugador.

Youtuber: és un usuari i professió del lloc web Youtube que puja i comparteix vídeos amb l'objectiu de guanyar-s'hi la vida, guanyant popularitat normalment a través d'altres xarxes socials. L'estratègia és aconseguir més subscriptors i visites.

Annex 2. Estratègies per fer la valoració d'actituds no adequades per part dels progenitors, tutors o cuidadors en la consulta

Per valorar situacions de risc en poc temps, es podrien utilitzar estratègies per fer aflorar actituds per part dels progenitors, tutors o cuidadors, com per exemple:

- **Per avaluar els mètodes de correcció que utilitzen a casa**, es pot preguntar: “Quan l'infant o l'adolescent no fa el que vostè vol que faci, com s'ho fa vostè per aconseguir-ho?” O bé: “com s'ho feien els seus progenitors, tutors o cuidadors amb vostè quan feia el mateix?”.
- **Quan qui tenim davant és un infant hipercinètic que està traient de polleguera els seus progenitors o acompanyants** (i també a nosaltres i a l'ordre de la nostra consulta), es pot preguntar: “jo el tinc ací només uns minuts i ja no puc amb ell; com s'ho fa vostè perquè el cregui?”
- Podem **preguntar** a cada progenitor, tutor o cuidador que ens digui **tres qualitats que té el seu fill**, preferiblement davant de l'infant o l'adolescent. Atenció si només troba defectes i/o punts negatius!

Annex 3. Situacions de desprotecció en l'àmbit familiar

Situacions de risc

- a) La manca d'atenció física o psíquica de l'infant o l'adolescent pels progenitors, o pels titulars de la tutela o de la guarda, que comporti un perjudici lleu per a la salut física o emocional de l'infant o l'adolescent.
- b) La dificultat greu per a dispensar l'atenció física o psíquica adequada a l'infant o l'adolescent per part dels progenitors o dels titulars de la tutela o de la guarda.
- c) La utilització, pels progenitors o pels titulars de la tutela o de la guarda, del càstig físic o emocional sobre l'infant o l'adolescent que, sense constituir un episodi greu o un patró crònic de violència, en perjudiqui el desenvolupament.
- d) Les mancances que, pel fet que no poden ésser adequadament compensades en l'àmbit familiar, ni impulsades des d'aquest mateix àmbit per a llur tractament mitjançant els serveis i recursos normalitzats, puguin produir la marginació, la inadaptació o el desemparament de l'infant o l'adolescent.
- e) La manca d'escolarització en edat obligatòria, l'absentisme i l'abandó escolar.
- f) El conflicte obert i crònic entre els progenitors, separats o no, quan anteposen llurs necessitats a les de l'infant o l'adolescent.
- g) La incapacitat o la impossibilitat dels progenitors o els titulars de la tutela o de la guarda de controlar la conducta de l'infant o l'adolescent que provoqui un perill evident de fer-se mal o de perjudicar terceres persones.
- h) Les pràctiques discriminatòries, pels progenitors o tutors o cuidadors, contra les nenes o les noies, que comportin un perjudici per a llur benestar i llur salut mental i física, inclòs el risc de patir l'ablació o la mutilació genital femenina i la violència exercida contra elles.
- i) Qualsevol altra circumstància que, en el cas que persisteixi, pugui evolucionar i derivar en el desemparament de l'infant o l'adolescent.

Situacions de desemparament

- a) L'abandonament.
- b) Els maltractaments físics o psíquics, els abusos sexuals, l'explotació o altres situacions de la mateixa naturalesa efectuades per les persones a les quals correspon la guarda o que s'han portat a terme amb el coneixement i la tolerància d'aquestes persones.

- c) Els perjudicis greus al nadó causats per maltractament prenatal. A aquests efectes, s'entén per maltractament prenatal la manca de cura del propi cos, conscient o inconscient, o la ingestió de drogues, que inclouen alcohol i tabac, o substàncies psicotròpiques per part de la dona durant el procés de gestació, i també produït indirectament al nadó per la persona que maltracta la dona en procés de gestació.
- d) L'exercici inadequat de les funcions de guarda que comporti un perill greu per a l'infant o l'adolescent.
- e) El trastorn o l'alteració psíquica o la drogodependència dels progenitors, o dels titulars de la tutela o de la guarda, que repercuteixi greument en el desenvolupament de l'infant o l'adolescent.
- f) El subministrament a l'infant o l'adolescent de drogues, estupefaents o qualsevol altra substància psicotròpica o tòxica portat a terme per les persones a les quals correspon la guarda o per altres persones amb llur coneixement i tolerància.
- g) La inducció a la mendicitat, la delinqüència o la prostitució per part de les persones encarregades de la guarda, o l'exercici de les dites activitats portat a terme amb llur consentiment o tolerància, i també qualsevol forma d'explotació econòmica.
- h) La desatenció física, psíquica o emocional greu o cronificada.
- i) La violència masclista o l'existència de circumstàncies en l'entorn sociofamiliar de l'infant o l'adolescent, quan perjudiquin greument el seu desenvolupament.
- j) L'obstaculització pels progenitors o els titulars de la tutela o de la guarda de les actuacions d'investigació o comprovació, o llur falta de col·laboració, quan aquest comportament posi en perill la seguretat de l'infant o l'adolescent, i també la negativa dels progenitors o els titulars de la tutela o de la guarda a participar en l'execució de les mesures adoptades en situacions de risc si això comporta la persistència, la cronificació o l'agreujament d'aquestes situacions.
- k) Les situacions de risc que per llur nombre, evolució, persistència o agreujament determinin la privació a l'infant o l'adolescent dels elements bàsics per al desenvolupament integral de la personalitat.
- l) Qualsevol altra situació de desatenció o negligència que atempti contra la integritat física o psíquica de l'infant o l'adolescent, o l'existència objectiva d'altres factors que n'impossibilitin el desenvolupament integral.

Annex 4.1. Tècnica seriada òssia

Protocols de l'ACR-SPR

Esquelet apendicular	Esquelet axial
Húmer (AP) Avantbraç (AP) Mà (AP) Fèmur (AP) Tíbia i peroné (AP) Peu (AP)	Tòrax (AP, lateral, Obliqües D/E) Pelvis (AP, inclosa columna lumbar) Columna lumbosacra (lateral) Columna cervical (lateral) Crani (frontal i lateral)

Font: The American College of Radiology. ACR-SPR practice. Parameter for the performance and interpretation of skeletal surveys in children. Revised 2016 (Resolution 10):1-9.

Annex 4.2. Grau d'especificitat de les troballes radiològiques no accidentals en infants o adolescents

Alta especificitat

- Fractura clàssica de metàfisi i d'ossos durant el 1r any
- Fractura única diafisial d'os llarg en infants < 2 anys
- Fractures a les costelles (especialment posteromedials)
- Fractura escapular
- Fractura d'apòfisi espinosa
- Fractura esternal

Especificitat moderada

- Múltiples fractures (especialment bilaterals)
- Fractures de diferents edats (violència al llarg del temps)
- Separacions de les epífisis
- Fractura i subluxació de cossos vertebrals
- Fractura digital
- Fractures complexes o bilaterals de crani

Comunes, però de baixa especificitat

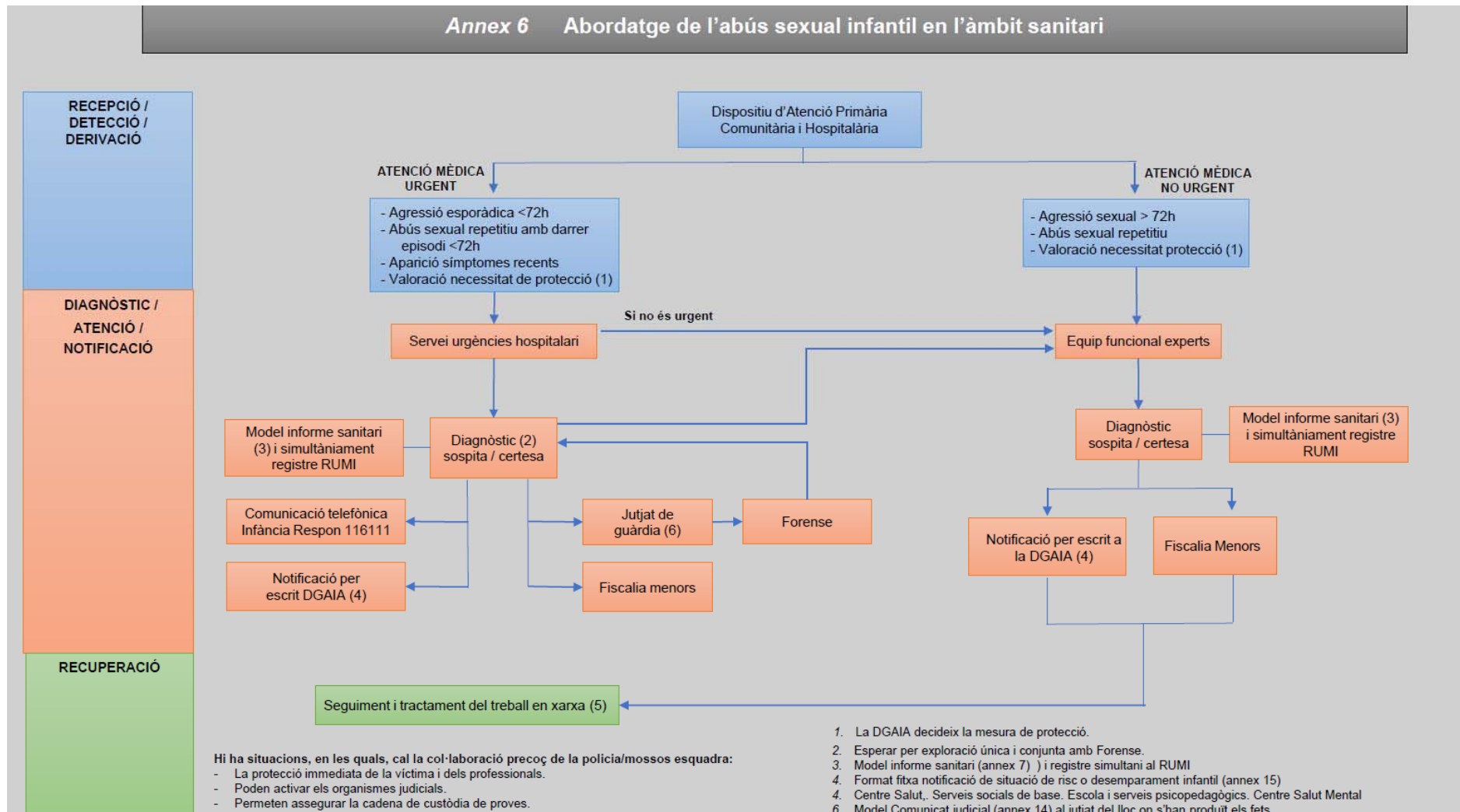
- Engruiximent anular o rodet del subperiòsti (fractura en canya de bambú)
- Fractura clavicular
- Fractura lineal de crani
- Fractura diafisial d'ossos llargs diferents de les d'alta especificitat

Font: Flaherty EC, Perez-Rossello JM, Levine MA, Hennrikus WL; American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect, Section on Radiology, Endocrinology, Orthopaedics, Society for Pediatric Radiology. Evaluating children with fractures for child physical abuse. Pediatrics. 2014;133(2):e477-89.

Annex 5. Senyals d'alarma en l'exploració física per sistemes

<i>Sistemes</i>	<i>Troballes</i>
General	Disminució de la corba de creixement de pes i alçada
Pell	Blaus en localitzacions especials (natges, part dorsal de les cuixes o dels panxells de les cames, esquena)
Cap	Zones doloroses del cuir pilós Manca de cabell Senyals de lesions
Ulls	Petèquies conjuntivals Hemorràgies escleròtiques Lesions al voltant dels dos ulls
Oïdes	Ruptura/sagnat a membranes timpàniques Lesions darrere les orelles
Nas	Luxació nasal
Boca	Manca de dentició, dents lesionades Petèquies en la part posterior de la faringe i del paladar Esquinçament del fre del llavi
Coll	Marques de lesions al voltant del coll. Dolor a la palpació
Pit/mama	Lesions, especialment amb el dits marcats Costelles doloroses Marques de mossegades o lesions al voltant dels mugrons
Abdomen	Marques de lesions, dolorós, cicatrius
Genitourinari	Equimosi, tumefacció, lesions al voltant del penis, l'escrot i la vulva Secrecions del penis i vaginals
Rectal	Laxitud del to de l'esfínter Esquinçaments, fissures, lesions, blaus, sagnat, ulceracions o secrecions
Musculoesquelètic	Múltiples fractures i luxacions articulacions Dolor a la palpació o flexió de la columna
Neurològic	Canvis de l'estat mental Pèrdua de la consciència/deliri
Salut mental	Estat d'ànim, ansietat, risc autolític, funcionament Expressió de temor cap als progenitors/tutors/cuidadors Conformitat amb l'exploració Afecció forta o absent cap als progenitors, tutors o cuidadors

Annex 6



Annex 7. Proves que han de practicar els metges forenses

1. Frotis de totes les secrecions vaginal, anal i bucal

El processament i tramitació de les mostres no ha de superar les 48 hores fins arribar al laboratori.

Mostres vaginales

La presa de mostres s'ha de fer, si és possible, amb espècul lubricat amb sèrum fisiològic i s'ha de donar prioritat per estudiar la presència d'esperma. L'ordre de recollida de preses és la següent:

1. Preses vaginales amb un escovilló sec per a la investigació de l'esperma (dues com a mínim).
2. Preses vaginales amb escovillons estèrils de cotó en medi del manteniment (dues com a mínim) per a l'estudi d'infeccions de transmissió sexual (ITS).
3. Rentada vaginal per a la investigació de l'esperma.

Mostres anals

1. Presa anal amb tampons en sec per a la investigació de l'esperma.
2. Presa anal amb dos tampons de cotó estèrils i en medi de manteniment per a l'estudi d'ITS.

Mostres bucals

1. Presa faríngia amb dos tampons en sec per a la investigació de l'esperma.
2. Presa faríngia amb dos tampons de cotó estèrils i en medi de manteniment per a l'estudi d'ITS.

2. Recollir mostres de:

1. Taques de semen: s'han de remetre les peces de roba que la víctima portava en el moment de l'agressió, així com qualsevol tipus d'objecte del lloc dels fets en què se sospiti la presència de restes de semen.
2. Mostres de sang del suposat agressor i de la víctima, un cop confirmada la presència.
3. Retalls de neteja d'ungles de la víctima (estudi d'ADN pell del possible agressor).
4. Pentinat públic de la víctima (estudi d'ADN possible restes orgàniques de l'agressor).

3. Fotografies indicades pels metges forenses

Annex 8. Model d'informe d'atenció sanitària per maltractament en la infància o l'adolescència

1 Dades del centre o servei sanitari		
Nom		
Adreça		
Localitat		Codi postal
Província		
Telèfon	Data de l'assistència	Hora d'arribada al centre o servei sanitari

2 Dades de filiació de l'infant				
Nom i cognoms			Sexe	
			Masculí	Femení Altre
DNI / passaport / targeta sanitària	Data de naixement	Edat	Lloc de naixement	Nacionalitat
Adreça				
Localitat			Província	Codi postal
Telèfon/s		Nom i cognoms dels pares o tutors legals		

3 Dades relacionades amb els fets que motiven l'assistència	
Lloc, dia i hora dels fets o incident i persona que ho manifesta	
L'infant es presenta:	
Sol	
Acompanyat (institució o persona, relació de parentiu)	
Descripció dels fets utilitzant les cometes per transcriure literalment el relat, sempre que sigui possible. Identificació de l'agressor/a, si la refereix. <i>(Cal recordar que en cas d'abús sexual, l'anamnesi l'ha de fer l'equip funcional d'experts.)</i>	

4 Antecedents d'interès	
Antecedents patològics	
Antecedents de maltractaments anteriors <i>(No es pregunta a l'infant directament, es comprova en els registres o es recull si ho manifesta l'infant i/o acompanyant espontàniament.)</i>	
Historia social (família, habitatge, escolaritat...)	

5	Exploració física (<i>Cal recordar que en cas d'abús sexual, cal una exploració conjunta i única amb el metge o metgessa forense.</i>)
Qui la realitza?	Pediatre/a cirurgià/ana pediàtric/a Ginecòleg/òloga Metge/essa forense Altres
Descripció de les lesions observades (tipus, nombre, localització, forma, mida en cm, color, estat evolutiu)	
Exploració física general i per sistemes	

6	Estat psíquic i emocional (<i>Descripció de les manifestacions conductuals, emocionals i verbals de l'infant i dels acompanyants, relació de l'infant amb els acompanyants.</i>)

7	Proves complementàries
Resultats de les proves realitzades	
Proves sol·licitades i pendents de resultats	
Realització de fotografies Sí No	

8	Evolució durant l'estada en el recurs sanitari (Inclou mesures terapèutiques —tractament farmacològic, cures locals, tractament quirúrgic, etc.—, valoració de protecció a l'infant i contactes amb la DGAIA i el jutjat)

9	Pla d'actuació
Alta	Queda ingressat/ada
Es deriva a altres recursos o especialitats	

10	Orientació diagnòstica (<i>codi d'alta de possibles maltractaments, segons CIM-10-MC</i>)

11	Dades del personal facultatiu sanitari	
Nom i cognoms	Data i hora	Signatura
Número de col·legiat/ada:		

Annex 9. Orientació diagnòstica per a la presa de decisions en relació amb l'abús sexual en infants o adolescents

Dades disponibles				Resposta	
Història d'abús sexual	Síntomes conductuals	Exploració física	Tests diagnòstics	Nivell de relació amb abús sexual	Decisió
Clara declaració	Present o absent	Normal o anormal	Positiu o negatiu	Alt	Notificar
Sense/confusa	Present o absent	Normal o inespecífica	Positiu per gonorrea, clamídia, <i>Trichomonas</i> , VIH, sífilis o herpes*	Alt	Notificar
Sense/confusa	Present o absent	Troballes diagnòstiques	Positiu o negatiu	Alt**	Notificar
Confusa o declaració només d'un progenitor	Present o absent	Normal o inespecífica	Negatiu	Indeterminat	Remetre expert
Sense	Present	Normal o inespecífica	Negatiu	Indeterminat	Possibilitat notificar,*** remetre expert o seguiment

*Si la transmissió no és sexual és improbable.

**Confirmat amb diverses tècniques i/o avaluació amb professionals experts.

***Si les conductes són infreqüents/inusuals en un infant o un adolescent normal.

Font: Adaptat de: Kellog N, Committee on Child Abuse and Neglect. The evaluation of sexual abuse in children. Pediatrics; 2005.

Annex 10. Tractament i recomanacions d'abordatge de l'abús sexual

10.1 Prevenció de malalties de transmissió sexual

S'ha d'utilitzar tractament preventiu per a la gonocòccia, clamídia, tricomonos i sífilis en possible incubació, habitualment amb una combinació de ceftriaxona, azitromicina i metronidazole.

La necessitat de profilaxi contra el VIH (antirretrovirals) i/o virus de l'hepatitis B (gammaglobulina i/o vacunació) s'ha de valorar individualment.

10.2 Prevenció d'un possible embaràs

S'ha d'explicar que la possibilitat d'embaràs en els casos d'agressió sexual és molt baixa. No obstant, cal valorar conjuntament amb l'adolescent i els seus progenitors, tutors o cuidadors les alternatives següents:

Contracepció postcoital hormonal.

Esperar a la pròxima regla o fer un test d'embaràs al cap de dues o tres setmanes. Si es tria aquesta opció, cal informar l'adolescent i els seus progenitors, tutors o cuidadors segons l'edat que, en el cas de confirmar-se un embaràs, aquesta adolescent ha de conèixer la possibilitat que té d'interrompre voluntàriament l'embaràs en el termini legal actualment establert fins a la setmana catorze.

10.3 Abordatge psicològic

En l'abordatge s'examina la intervenció de l'entorn, bàsicament familiar, tant de la víctima com de l'agressor.

10.3.1 Intervenció amb la família

La família haurà d'afrontar una situació dolorosa i les circumstàncies que es derivin de la revelació dels abusos, i és qui ha de garantir la protecció i seguretat de l'infant o l'adolescent. La víctima no sempre requereix tractament psicològic directe. De vegades, l'edat de la víctima o les seves característiques i recursos psicològics dificulten intervenir psicològicament amb ella, o bé perquè l'infant o l'adolescent no necessita intervenció i els familiars o cuidadors sí que poden ajudar. És llavors quan els seus familiars i cuidadors desenvolupen un paper fonamental per a la seva recuperació.

10.3.1.1 Pautes urgents per afrontar l'abús

El primer és garantir la seguretat de la víctima. Ajudar els familiars a adoptar una actitud adient davant la revelació de l'abús i donar estratègies per afrontar-lo i prendre decisions en relació amb les mesures urgents (protecció immediata de l'infant o l'adolescent, denúncia de l'agressor, sortida de l'agressor o de la víctima de la llar...).

La revelació:

QUÈ HEM DE FER	QUÈ NO HEM DE FER
Creure inicialment l'infant o l'adolescent. No posar-lo en dubte.	Culpar l'infant o l'adolescent de l'abús.
Dir-li que no és culpable. Intentar que se senti bé per haver-ho explicat, però no prometre res que no sapiguem del cert si ho podem complir.	Assegurar-li que no li passarà res, que l'abús no es repetirà i que no hi haurà conseqüències a partir de la revelació.
Cuidar la nostra reacció emocional: mostrar protecció a l'infant o l'adolescent, expressar calma, suport emocional.	No dir o fer preguntes com: "per què no ho vas dir abans?", "N'estàs segur/a?", "No deu ser un malentès?", "No t'ho estàs inventant?", "Això no pot ser".
Comunicar l'abús a la família i altres serveis segons els circuits, assegurant en primer lloc la protecció de l'infant.	Expressar alarma o angoixa que espantin més l'infant.
Escollar activament: mostrar interès, no interrompre.	Tractar diferent l'infant o l'adolescent.
No forçar les declaracions, no influir.	Suggestionar-lo amb comentaris o preguntes.
Crear un context de contenció.	

La separació de l'infant o l'adolescent de la seva família ha de ser considerada únicament en casos excepcionals, quan hi hagi elements clars de desprotecció en l'entorn familiar, no s'accepti el relat dels fets i hi hagi un risc clar de revictimització. Els serveis socials especialitzats són els qui decidiran sobre aquesta necessitat de separació i actuaran per proporcionar a la víctima un ambient adequat (família d'acollida, centre de menors o pis tutelat).

10.3.1.2 Assessorament psicoeducatiu

El terapeuta ha d'ajudar els familiars a comprendre el que ha succeït, sobretot quan es tracta d'abús crònic intrafamiliar que ha tingut lloc sense el seu coneixement o sospita.

Cal informar els familiars sobre les possibles conseqüències psicològiques del maltractament en l'infant o l'adolescent, amb l'objectiu de detectar-les i tractar-les en cas necessari. L'escolta activa i respectuosa (donar crèdit al que ha passat), amb l'objectiu de normalitzar la seva vida i el restabliment de les pautes habituals de conducta a la vida quotidiana, és un dels millors predictors de millora. Els familiars poden ajudar l'infant o l'adolescent en la gestió emocional de la situació (comprendre com se sent, escoltar-lo, ajudar-lo a transmetre les emocions...). Cal tenir en compte que cal donar suport també als familiars.

10.3.2 Intervenció psicològica amb les víctimes

La intervenció directa amb les víctimes està indicada quan hi ha la presència de símptomes que interfereixen negativament en la seva vida quotidiana, quan es troba en situació de crisi (sortida de la llar, procés judicial...) i adaptant-se a les seves capacitats cognitives.

Com en qualsevol altra intervenció en la infància, és imprescindible crear una bona relació terapèutica amb la víctima i afavorir un clima de confiança, ajuda i superació.

10.3.2.1 Pautes urgents d'afrontament

- Garantir la finalització dels abusos sexuals i la separació física entre la víctima i l'agressor.
- Assegurar per part dels cuidadors de l'infant o l'adolescent la determinació de protegir-lo a partir d'ara.
- Capacitar la víctima a identificar i comprendre la seva pròpia sexualitat i la de l'adult d'una manera senzilla i objectiva.
- Donar-li pistes clares i inequívokes de quan l'apropament d'un adult té una intencionalitat eròtica.
- Formar i orientar l'infant o l'adolescent en tècniques d'evitació de situacions que suposin un clar risc de patir abusos sexuals, segons experiències passades.
- Ensenyar a l'infant o l'adolescent a ser assertiu per rebutjar peticions no adequades.

10.3.2.2 Fase psicoeducativa i preventiva

L'infant o l'adolescent ha de reconèixer el significat de la sexualitat d'una manera efectiva, objectiva i adaptada al seu nivell de comprensió i desenvolupament. Es tracta que compreguin què són els abusos sexuals, qui els pot cometre potencialment i com es pot actuar quan algú pretén abusar d'ells.

10.3.2.3 Fase terapèutica

a) *Relació de confiança*

Construir un vincle segur amb el terapeuta. Valorar i respectar a cada moment les capacitats de l'infant o l'adolescent per evocar i assimilar les seves vivències per evitar la victimització secundària.

b) *Elaboració cognitiva i emocional de l'abús*

Els infants i adolescents tendeixen a utilitzar mecanismes inapropiats (dissociació, negació...) per recuperar-se del trauma. Es tracta d'ensenyar-los estratègies adequades per disminuir el malestar emocional.

Relatar els abusos, expressar els sentiments i pensaments, en el marc d'una relació de confiança amb el terapeuta i respectant els temps d'elaboració de l'infant o l'adolescent, permeten l'alleujament emocional, alhora que suposen trencar el secret i el sentiment de aïllament que l'acompanya.

c) *Sentiments de culpa, vergonya, estigmatització, tristesa i baixa autoestima*

L'adequació dels sentiments que són habituals en els infants i adolescents que han patit aquestes situacions d'abús es fa reavaluant i modificant les idees distorsionades i mitjançant la validació d'aquests sentiments i la seva acomodació a un model de relació no abusiu.

d) *Reexperimentació emocional i evitació cognitiva*

Es pot presentar en forma de malsons o de pensaments o imatges recurrents invasives. En molts casos compartir en teràpia el relat de les experiències doloroses i l'expressió de les emocions ajuda a elaborar-los i a interrompre els mecanismes de negació o evitació.

Si aquests símptomes de reexperimentació persisteixen cal fer servir tècniques específiques.

e) *Ansietat, pors i conductes d'evitació*

Tot i que aquestes reaccions poden ser considerades com una reacció adaptativa normal en una situació de trastorn per estrès posttraumàtic, es poden generalitzar a altres persones o situacions no perilloses i interferir greument en la vida quotidiana de l'infant i adolescent. Si es produeix aquesta situació, cal que es tracti de forma focal.

f) *Desconfiança en les relacions afectives personals*

Majoritàriament, els abusos són comesos per persones conegudes que mantenien una relació prèvia de confiança amb l'infant o l'adolescent i que l'havien de cuidar. És per això que l'infant o l'adolescent de qui han abusat perd la confiança en si mateix i en els altres i necessitarà guanyar-la novament.

Cal que l'infant i adolescent aprengui a discriminar en qui pot confiar, sense establir generalitzacions errònies.

Discriminar entre bo i dolent, adequat i inadequat, sa i insà, així com distingir els diferents tipus de secrets, permetrà a aquests infants i adolescents generar confiança en un món no abusiu i afavorirà l'autoafirmació sana.

g) Hostilitat, ràbia i agressivitat

Aquestes emocions es poden manifestar amb conductes heteroagressives i antisocials o autoagressives (consum de tòxics, conductes autolítiques...). El terapeuta ha d'ajudar l'infant o l'adolescent a expressar i elaborar la seva ràbia amb procediments constructius i d'elaboració.

h) Alteracions en l'àrea sexual

La sexualització traumàtica té repercussions en el menor que es poden manifestar:

- en forma d'inhibició sexual, que podria arribar a una fòbia o aversió al sexe,
- amb dificultats d'identitat sexual,
- en situacions d'hipersexualització (sexualitat precoç, masturbació compulsiva, excessiva curiositat sexual, promiscuïtat sexual),
- i, en determinades circumstàncies, en l'aparició de comportaments abusius cap a altres infants o adolescents.

La intervenció ha d'anar orientada a adequar la sexualitat segons l'edat del nen i de l'adolescent, modificar les actituds negatives i idees distorsionades sobre la sexualitat, així com a l'establiment de la pròpia identitat sexual.

i) Prevenir la tendència a la repetició personal i/o generacional

Generalment l'abús sexual no queda limitat al menor que el pateix sinó que els afectes que l'acompanyen poden transmetre's a la següent generació. Es considera un indicador per a poder patir abús sexual que un dels progenitors n'hagi sofert.

j) Treballar l'elaboració dels dols

En un abús sexual es donen múltiples dols: la relació amb la persona que els ha produït i amb el que ella significava, la vivència d'una bona infància o adolescència, etc. Serà part de la teràpia treballar sobre aquests aspectes.

k) Aspectes sans, recursos i capacitats

Descentrar-se del trauma i mantenir l'esperança en la recuperació. Buscar el talent; les característiques que l'ajudaran a donar una resposta creativa a les seves vivències.

10.3.3 Intervenció psicològica amb infants o adolescents abusadors

Cal assegurar també l'atenció als infants i adolescents dels quals es confirmi o hi hagi sospites que han abusat sexualment d'un altre infant o adolescent. Aquesta actuació és necessària per diversos motius, entre els quals per evitar que repeteixin conductes abusives, així com descartar que ells mateixos hagin estat víctimes d'abús sexual o maltractament.

En els casos en què es requereixi, l'atenció a aquests joves l'han de fer els equips funcionals d'experts en abús sexual.

Quant a les característiques dels abusadors se sap que:

- Majoritàriament els abusos són comesos per familiars o persones conegudes que mantenen una relació prèvia de confiança.
- Entre els abusadors, independentment de l'edat, predomina el sexe masculí.
- No hi ha un perfil psicològic de l'abusador sexual. Sovint són preadolescents o adolescents desorientats en l'àmbit sexual i relacional, que actuen amb altres infants més petits o més febles.
- Haver estat víctima d'abús sexual o d'un altre tipus de maltractament és un factor de risc per cometre abusos sexuals, però no és així en la majoria de casos.
- El més comú en els infants que han rebut abusos no es convertir-se en abusadors, sinó reforçar-se com a víctimes i repetir d'adults pautes que els situen de nou sota l'abús o la violència per part d'altres persones.

10.3.3.1 Intervenció psicoterapèutica amb l'abusador

- a) **Reconeixement del problema**, tot i que no és necessari en les fases inicials, es considera un indicador de la bona resposta al tractament i de prevenció de possibles situacions d'abús futures.
- b) **Reparació del dany**. Un cop avançat el tractament, cal treballar en la reparació del dany a la víctima i entorn, per ser capaç de transmetre els sentiments, penediment real i actuar en conseqüència.
- c) **Anàlisi de la conducta**, així com els seus **antecedents i conseqüències**, per tal d'ajudar-los a gestionar les emocions que han pogut contribuir a la conducta sexual no adequada.
- d) **Educació emocional**. Cal treballar de forma específica la identificació i l'expressió d'emocions i l'empatia.
- e) **Habilitats socials**. Així mateix, la psicoteràpia va dirigida a millorar les dificultats relacionals i comunicatives, si és que n'hi ha.
- f) **Orientació afectivosexual**. Cal posar èmfasi en les **distorsions cognitives en relació amb la sexualitat**, les relacions personals i el dany que han pogut causar a la víctima.
- g) **Potenciació dels aspectes positius i treball en la prevenció de recaigudes**, abans de finalitzar el tractament.

10.3.3.2 Intervenció psicoterapèutica amb l'entorn familiar

- a) En el tractament a adolescents abusadors, generalment és necessari el treball amb progenitors, tutors o cuidadors perquè puguin afrontar la situació i no la minimitzin.
- b) Són situacions en les quals els progenitors, tutors o cuidadors també necessiten orientació i suport per gestionar les emocions que els genera, sobretot si un germà o germana.
- c) Cal treballar amb els progenitors, tutors o cuidadors la protecció cap a altres infants o adolescents, com a mínim fins que s'hagi avançat en la intervenció.

Annex 11. Rol de la xarxa de salut mental en el protocol de maltractament

1. Xarxa de salut mental comunitària infantil i juvenil

En els serveis comunitaris de salut mental infantil i juvenil s'ha de disposar de professionals de referència per a l'atenció als infants i joves que han patit qualsevol tipus de maltractament.

Aquests professionals referents es poden organitzar per actuar en funció dels casos que els arribin, en forma d'equip funcional i pluridisciplinari a partir dels recursos de salut mental comunitaris del territori d'influència.

Han d'atendre els casos de maltractaments en els quals el pacient presenta seqüeles psicopatològiques rellevants que requereixen un tractament especialitzat. Poden actuar com a interconsultors en la resta de casos i seran l'enllaç amb els equips funcionals d'experts territorials d'abús sexual, amb els quals poden compartir professionals.

Aquests professionals referents poden ser requerits:

- per l'atenció primària de salut (model de col·laboració APS-SMiA).
- pels serveis d'hospitalització i d'urgències.
- pels equips funcionals d'experts per a l'atenció a les agressions sexuals.
- pels equips d'atenció de la DGAIA.

Cal garantir que aquests professionals tinguin formació específica en aquest àmbit.

2. Formació per a la implementació del protocol

Es proposen tres nivells de formació:

- Formació general en detecció per pediatria i ABS. Inclou l'avaluació de cribatge de seqüeles tant físiques com psicopatològiques del trauma i perspectiva de gènere.
- Formació general en psicopatologia associada al trauma per a tots els professionals de CSMIJ i xarxa de salut mental. Inclou la formació en avaluació completa de les seqüeles psicopatològiques del trauma i en el seu tractament, així com la perspectiva de gènere.
- Formació específica per als referents en maltractament dels CSMIJ i els equips funcionals d'experts per a l'atenció a l'abús sexual. També s'hi inclou la formació en avaluació completa de les seqüeles psicopatològiques del trauma i en el seu tractament, així com la perspectiva de gènere.

3. Actuació dels equips del CSMIJ

Detecció proactiva de maltractament i abús en infants i adolescents en seguiment a la xarxa de salut mental.

S'inclou l'avaluació de risc de maltractament i abús en les entrevistes clíniques en tots els casos. Es recomana l'ús del qüestionari de cribatge Critical to Quality ([CTQ](#)) a partir de l'adolescència (12 anys).

Davant de la detecció d'una situació de maltractament en un infant o un adolescent, s'ha d'actuar segons el que s'estableix en el protocol. Sempre s'han d'avaluar les possibles seqüeles psicopatològiques i facilitar una intervenció psicoterapèutica específica per les seqüeles detectades.

En cas que l'infant o l'adolescent hagi estat derivat a un equip funcional d'experts per a l'atenció a l'abús sexual, s'ha de mantenir el seguiment i tractament específic de la psicopatologia no directament relacionada amb l'abús i que requereixi una intervenció específica en el mateix dispositiu (per exemple, TEA, TCA...).

4. Actuació dels hospitals de dia infantils i juvenils

Els pacients d'hospitals de dia infantils i juvenils (HDIJ) presenten una prevalença molt superior de situacions d'abús i maltractament que els dels CSMIJ, raó per la qual, des d'aquests equipaments s'ha d'explorar sistemàticament i de forma proactiva l'existència d'abús i/o maltractament mitjançant entrevista, proves estandarditzades o bé altres eines que facilitin l'expressió del pacient.

En els casos en què, d'acord amb el que es descriu en el protocol, es considera que les actuacions dels serveis comunitaris de salut mental no són suficients, s'han de seguir els criteris i circuits de derivació que es detallen en l'esmentat protocol.

L'abordatge des dels HDIJ permet un tractament més intensiu i integrat en els casos de maltractament i abús. En casos d'especial gravetat, es pot requerir allargar l'estada als HDIJ o fer més reingressos segons l'evolució.

En donar l'alta de l'hospital de dia, s'ha de garantir la correcta transició i continuïtat assistencial amb el CSMIJ que correspongui amb el traspàs d'informació i l'acompanyament en la derivació als referents del CSMIJ en abús i maltractament.

És important garantir que els professionals dels HDIJ tinguin la formació necessària en abordatge del trauma, com a la resta de la xarxa d'SM.

Fecha:

CTQ

Lea cada frase con atención y marque con una cruz la alternativa que refleje mejor su ocurrencia.

Durante mi infancia o adolescencia ...	Nunca	Raramente	A veces	A menudo	Muy a menudo
1. No tenía suficiente para comer.					
2. Sabía que había alguien que me cuidaba y me protegía.					
3. Alguno de mis familiares me llamó cosas como estúpido, vago o feo.					
4. Mis padres estaban demasiado bebidos o colocados cómo para ocuparse de la familia					
5. Hubo alguien en mi familia que me ayudó a sentir que era importante o especial.					
6. Tuve que llevar ropa sucia.					
7. Me sentí querido.					
8. Pensé que mis padres deseaban que no hubiera nacido					
9. Alguno de mis familiares me pegó tan fuerte que tuve que ir al médico o al hospital.					
10. No había nada que quisiera cambiar de mi familia					
11. Alguno de mis familiares me pegó tan fuerte que me dejó moratones o marcas.					
12. Me castigaron con un cinturón, con una tabla, con una cuerda o con otro objeto contundente					
13. Mis familiares cuidaban los unos de los otros					
14. Alguno de mis familiares me dijo cosas ofensivas o hirientes					
15. Creo que fui maltratado físicamente.					
16. Tuve la infancia perfecta					
17. Fui golpeado o apaleado tan gravemente que alguien, como un maestro, un vecino o un médico, se dio cuenta					
18. Sentí que alguien en mi familia me odiaba					
19. Las personas de mi familia se sentían muy unidas las unas a las otras					
20. Alguien intentó tocarme de una manera sexual, o intentó que yo le tocara.					
21. Alguien amenazó con herirme o contar mentiras sobre mí si no hacía algo sexual con él/ella.					
22. Tuve la mejor familia del mundo					
23. Alguien intentó que hiciera cosas sexuales o presenciara actos sexuales					
24. Alguien me importunó sexualmente					
25. Creo que fui maltratado emocionalmente					
26. Había alguien que me llevaba al médico si lo necesitaba.					
27. Creo que fui abusado sexualmente					
28. Mi familia era una fuente de fuerza y de apoyo					

Version española del CTQ autorizada. Escala en validación por Gallardo D, Hernández A, Gutiérrez-Zotes JA, Valero J, Labad A et al., No difundir

Annex 12. Protocol de maltractament prenatal

SITUACIÓ A VALORAR (durant l'embaràs)		1. Dona que presenta embaràs sense el control mèdic adequat, amb risc per al fetus.							
Definició del concepte		El fet de no oferir al fetus unes condicions bàsiques de cura podria constituir un factor de risc de maltractament; cal identificar els factors que ho determinen i valorar quins són els elements causals, siguin per part de la dona tant per acció com per omissió o de l'entorn que actua com a condicionant.							
Observacions									
	Descripció de la situació de risc	Efecte sobre el fetus	Com es detecta?	Indicador de risc	Assignació del grau de risc	Com acompanyar per a la millora	Com actuar davant la NO millora	Indicadors d'alarma	Com actuar davant indicadors d'alarma
1.1	Retarden la 1a visita i/o manca de continuïtat en el seguiment.	No detecció de malformacions congènites. No detecció de malalties maternes/fetals que compliquen l'embaràs. Efectes teratògens de tòxics o fàrmacs.	Des de l'ASSIR o altres centres sanitaris	Són indicadors orientatius. En funció de la combinació d'aquests i a criteri del professional, es valora l'activació del protocol.	Risc baix	Educació per la salut sobre la importància dels controls correctes de l'embaràs i el risc de no fer-ho.	Conèixer els motius pels quals no ha fet abans control gestacional i un abordatge motivacional per aconseguir el control i seguiment de la gestació.	Són indicadors orientatius. En funció de la combinació d'aquests i a criteri del professional, es valora l'activació del protocol.	En funció de la causa: si és per manca de coneixements, recursos i/o habilitats
1.2	Dona gestant que no acudeix a visites o a les proves programades mèdiques/obstètriques.	Els mateixos efectes que en l'apartat anterior, però amb més possibilitats de complicació de l'embaràs, si aquest ja és de risc més elevat.	Revisió de la història clínica	No assistència reiterada i no justificada a les visites o a les proves.	Risc mitjà / alt / molt alt en funció de la malaltia	Informar sobre els riscos i danys associats que comporta el no control i seguiment de l'embaràs. Facilitar mesures i recursos per millorar l'assistència a les visites i proves.	Identificar el motiu pels quals no ha fet el control gestacional. Fer un abordatge motivacional per poder actuar sobre els motius. Reforçar les mesures preses i els recursos utilitzats fins aquest moment. Coordinació amb altres recursos (serveis socials, CAP...)	Persistència de la manca del control i seguiment de l'embaràs amb possibles repercussions maternofetals, malgrat l'acompanyament proposat.	Activar el protocol amb la DGAIA
1.3	Dona gestant amb manca de control mèdic o seguiment del tractament per infeccions de transmissió vertical.	Risc més elevat d'infecció de transmissió vertical al fetus	Anamnesi i cribatge ITS	Situació socioeconòmica desfavorable. Consum de tòxics. Conductes risc d'ITS.	Mitjà/alt	Educació per la salut sobre la importància del control correcte de l'embaràs i el risc de transmissió vertical.	Identificar el motiu pels quals no ha fet el control gestacional. Fer un abordatge motivacional per poder actuar sobre els motius. Reforçar les mesures preses i els recursos utilitzats fins aquest moment. Coordinació amb altres recursos (serveis socials, CAP...). Derivació a ARO.	No compliment del tractament.	Activar el protocol amb la DGAIA
1.4	Embaràs rebutjat amb conductes de risc de la dona gestant o de la parella.	Risc d'avortament o òbit fetal. Prematuritat, retard del creixement...	Anamnesi 1a visita i successives	MAO. CIR.	Alt / molt alt			Metrorràgies 1r trimestre gestació.	Tractament mèdic específic
1.5	Dona gestant amb una nutrició deficient, desnutrició franca, o mala alimentació, perjudicial per al fetus.	Risc més elevat de retard del creixement intrauteri, raquitisme per déficit de vitamina D, alteracions metabòliques, etc.	Anamnesi, exploració física i resultats proves analítiques	IMC baix. Resultats analítics patològics.	Mitjà/alt	Educació per la salut sobre dieta equilibrada. Valorar situació econòmica.	Conèixer els motius del trastorn nutricional.	Resultats analítics patològics. CIR.	Educació per la salut sobre dieta equilibrada. Valorar situació econòmica.
1.6	Maternitat prematura o tardana amb manca de responsabilitat i amb comportaments de risc i/o sense xarxa de suport.	Efectes en relació amb els comportaments de risc.	Anamnesi 1a visita i successives	Manca de xarxa de suport.	Mitjà/alt	Contacte amb serveis socials i sobre dieta i conductes de risc.	Actuar segons comportaments de risc. Educació sanitària i derivació serveis socials.	Resultats analítics patològics. CIR.	Educació per la salut per minimitzar els riscos.
1.7	Dona gestant en contacte amb contaminants ambientals i/o condicions laborals inadequades/exploatació laboral, sense control medicolaboral adequat.	Possible efecte teratogen. Prematuritat, retard del creixement...	Anamnesi 1a visita i successives	Dona gestant en contacte amb contaminants ambientals i/o condicions laborals inadequades/exploatació laboral, sense control medicolaboral adequat.	Mitjà / alt / molt alt	Conèixer exactament el tipus de productes contaminants per poder fer la consulta.		Resultats analítics patològics. CIR.	Educació per la salut per minimitzar els riscos.

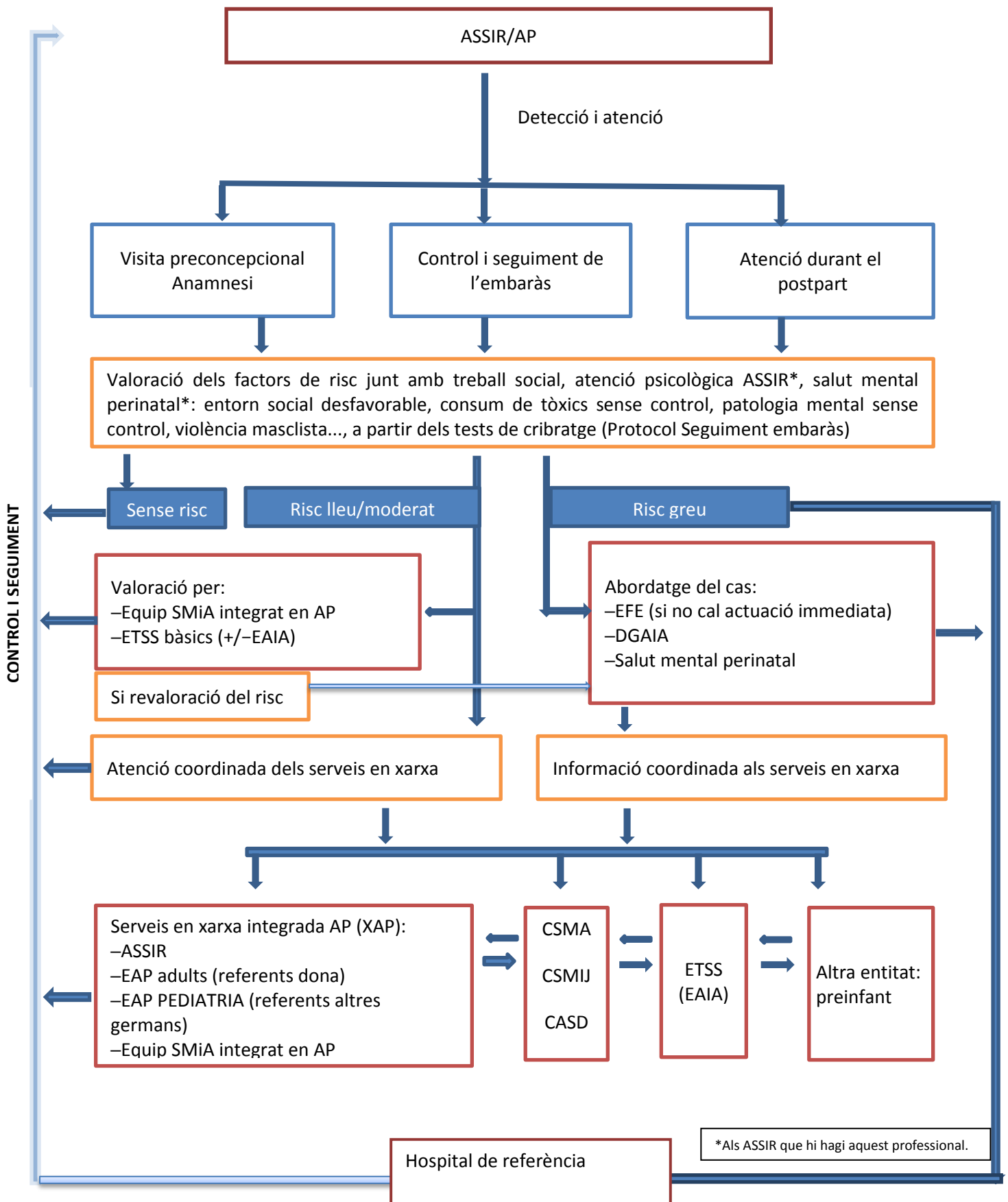
SITUACIÓ A VALORAR (durant l'embaràs)		2. Dona gestant amb consum d'alt risc o trastorn per consum de substàncies (abús o dependència) psicoactives (alcohol, tabac, cocaïna, cànnabis, drogues de disseny, fàrmacs no prescrits...) sense control mèdic adequat i amb risc per al fetus.								
Definició del concepte		Cal explorar si hi ha consum, ja que si és freqüent i d'elevades quantitats d'aquestes substàncies per part de la dona embarassada comporta una situació d'alt risc per a elles, el fetus i el nounat. El consum per part de la parella de la dona pot ser també un factor de risc vers la dona gestant i el fetus. Donat l'efecte negatiu que el consum de substàncies psicoactives pot tenir per al desenvolupament fetal, s'aconsella evitar-ne el consum durant l'embaràs.								
Observacions		Sovint les barreres que dificulten el canvi són més de caire social que mèdiques i culpabilitzar-ne les dones només empitjora la situació. Cal valorar degudament quins recursos socials té disponibles i també la implicació en el seguiment de la parella o d'alguna persona de l'entorn familiar o social de la dona. Notificació a la DGAIA.								
	Descripció de la situació de risc	Efecte sobre el fetus	Segons el protocol seguiment d'embaràs	Com es detecta?	Indicador de risc	Assignació del grau de risc	Com acompanyar per a la millora	Com actuar davant la NO millora	Indicadors d'alarma	Com actuar davant indicadors d'alarma
2.1	Dona gestant policonsumidora per via parenteral, oral o inhalada (heroïna, cocaïna, benzodiazepines...)	En general s'associa a factors de risc d'exclusió social, i d'una baixa autocura personal i de la salut. Si la persona és portadora d'alguna malaltia infecciosa mal controlada hi podria haver transmissió vertical. Segons la substància pot haver-hi afectació en el creixement del fetus i en l'adaptació a la vida extrauterina amb manifestació de síndrome d'abstinència. Es pot complicar si l'ambient familiar és poc estimulant o poc afectuos. Risc d'efectes teratògens si en cas de sobrepossi per opiacis s'administra naloxona.	Protocol de Seguiment de l'embaràs. « Embaràs sense alcohol i sense drogues »	A través de l'anamnesi i entrevista en profunditat (explorant hàbits / patrons de consum), fent ús, si se'n disposa, d'instruments de cribatge (AUDIT, ASSIST) del consum de substàncies i criteris diagnòstics ICD/DSM. Convé explorar també la comorbiditat mèdica i psiquiàtrica, el context familiar i els problemes socials. La negació dels consums per part de dones	Que no estigui vinculada a cap CAS. Que no faci seguiment obstètric. Que en cas que tingui alguna infecció de transmissió sexual no faci seguiment ni tractament si és necessari. Que presenti patologia dual sense seguiment ni tractament si és necessari. Que la dona presenti pràctiques de risc sexual i de consum. Que la dona manifesti un rebuig vers l'embaràs i s'evidenciï una negligència voluntària.	Alt risc	Facilitar informació sobre els riscos i danys associats a les pràctiques de risc que tingui. Explorar barreres i facilitadors per al canvi (parella, família, etc.). Derivació prioritària a tractament i seguiment al CAS i ARO i facilitar l'accés i la vinculació a aquests recursos (acompanyament). Oferir recursos socials per cobrir necessitats bàsiques (<i>housing first</i> , alimentació...) i d'acompanyament. Coordinació amb altres recursos comunitaris.	Identificar amb la dona els motius que impedeixen que ella pugui fer els canvis que es proposa, què està fallant, reforçar les mesures preses fins aquest moment i buscar noves alternatives i recursos. Intensificar el tractament i l'abordatge motivacional conjuntament amb el CAS. Valorar ingress hospitalari (UHD) o altres recursos per contenir situació i mesures de seguiment a l'alta.	No acudir a les visites. Empitjorament de la situació social i/o de salut. Sosпита de negligència voluntària. Consum continuat, increment del consum o consum d'altres substàncies i de les pràctiques de risc.	Valorar ingress hospitalari per contenir situació i mesures de seguiment a l'alta. Comunicar-se amb altres recursos que puguin estar en contacte amb la persona (serveis socials). Intensificar la coordinació i el treball en xarxa. Notificació a la DGAIA.
2.2	Dona gestant amb consums recreatius d'alt risc (alcohol, cocaïna, cànnabis, etc.). En general comporten el consum de dosis elevades en poc temps i s'associen a diversos comportaments de risc.	Possible efecte teratogen. Prematuritat, retard del creixement, TEAF.	Protocol de Seguiment de l'embaràs. « Embaràs sense alcohol i sense drogues »	consumidores és sovint degut al propi trastorn però sobretot a la por a les conseqüències negatives que se'n puguin derivar. Crear un clima de confiança (lliure de prejudicis) i de suport i acompanyament motivacional cap al canvi a la dona és clau perquè la dona es vagi obrint i explicant el que li passa.	Reiteració, tot i haver rebut assessorament d'episodis de consums recreatius intensius d'alcohol, cànnabis i estimulants. Que hi hagi altres conductes de risc associades (sexual, de consum, etc.). Que la dona manifesti un rebuig vers l'embaràs i s'evidenciï una negligència voluntària.	Alt risc	Intensificació de l'abordatge motivacional i seguiment a ASSIR i coordinació amb CAS per a valoració en profunditat del cas.		Consum continuat, increment dels episodis de consum intensiu, de les pràctiques de risc i dels problemes associats (p. ex. familiars/acompanyants que expressen preocupació per aquest patró de consum i les conseqüències).	Avaluar possible trastorn per consum de substàncies i en aquest cas derivar prioritàriament a tractament i seguiment al CAS i ARO. Establir circuit de coordinació entre serveis. Valorar segons evolució, incloure'l al punt anterior 2.1
2.3	Dona gestant amb trastorn per consum d'alcohol. Sovint associat a consum de tabac i de fàrmacs no prescrits.	Elevat risc de TEAF. Possible efecte teratogen. Prematuritat, retard del creixement...	Protocol de Seguiment de l'embaràs. « Embaràs sense alcohol i sense drogues »		Que no estigui vinculada a cap CAS. Que no faci seguiment obstètric. Que presenti patologia dual sense seguiment ni tractament si és necessari. Que la dona presenti altres pràctiques de risc. Que la dona manifesti un rebuig vers l'embaràs i s'evidenciï una negligència voluntària.	Alt risc	Facilitar informació sobre els riscos i danys associats a les pràctiques de risc que tingui. Explorar barreres i facilitadors per al canvi. Derivació prioritària a tractament i seguiment al CAS i ARO i facilitar l'accés i la vinculació a aquests recursos (acompanyament). Oferir recursos socials per cobrir necessitats bàsiques i d'acompanyament. Coordinació amb altres recursos comunitaris.		No acudir a les visites. Empitjorament de la situació social i/o de salut. Sosпита de negligència voluntària. Increment del consum o consum d'altres substàncies i de les pràctiques de risc.	Valorar ingress hospitalari per contenir situació i mesures de seguiment a l'alta. Comunicar-se amb altres recursos que puguin estar en contacte amb la persona (serveis socials). Intensificar la coordinació i el treball en xarxa. Notificació a la DGAIA.
2.4	Dona gestant amb trastorn per consum de substàncies no descrites en els apartats anteriors, que ja sigui pel tipus de substància o substàncies consumides (propietats teratogèniques, efectes sinèrgics, efectes greus o aguts o crònics) o el patró i forma de consum (via, dosi, context) que en fa, presenta un risc important per a ella i el fetus (consum elevat de tabac, cànnabis, cocaïna, fàrmacs no prescrits i no controlats, consums de substàncies d'origen desconegut).	Possible efecte teratogen. Prematuritat, retard del creixement...	Protocol de Seguiment de l'embaràs. « Embaràs sense alcohol i sense drogues »		Que es compleixin més d'un dels criteris següents: que no estigui vinculada a la XAD o unitat de tabaquisme. Que no faci seguiment obstètric. Que presenti patologia dual sense seguiment ni tractament si és necessari. Que la dona presenti altres pràctiques de risc. Que la dona manifesti un rebuig vers l'embaràs i s'evidenciï una negligència voluntària.	Alt risc	Facilitar informació sobre els riscos i danys associats a les pràctiques de risc que tingui. Explorar barreres i facilitadors per al canvi. Derivació prioritària a tractament i seguiment en el CAS o unitat de tabaquisme i ARO. Facilitar l'accés i la vinculació a aquests recursos (acompanyament). Oferir recursos socio-sanitaris per cobrir necessitats bàsiques i d'acompanyament. Coordinació amb altres recursos comunitaris.		No acudir a les visites. Empitjorament de la situació social i/o de salut. Sosпита de negligència voluntària. Consum continuat, increment del consum o consum d'altres substàncies i de les pràctiques de risc.	Intensificar l'atenció a la dona. Valorar ingress hospitalari per contenir situació i mesures de seguiment a l'alta. Comunicar-se amb altres recursos que puguin estar en contacte amb la persona (serveis socials). Intensificar la coordinació i el treball en xarxa. Notificació a la DGAIA.

SITUACIÓ A VALORAR (durant l'embaràs)		3. Dona gestant que presenta trastorns mentals greus sense control.								
Definició del concepte		Trastorn mental que limita o dificulta la seva cura i no segueix controls mèdics o tractament indicats.								
Observacions		En tots els casos d'embaràs en dones amb trastorn mental greu (amb antecedents o que debuti durant l'embaràs) s'ha de preveure un pla de tractament i seguiment que impliqui embaràs-part-postpart i alletament. Aquest pla ha de tenir un o una professional de salut mental referent del cas que coordini l'actuació de la resta d'especialistes necessaris								
	Descripció de la situació de risc	Efecte sobre el fetus	Segons el protocol Seguiment d'embaràs	Com es detecta?	Indicador de risc	Assignació del grau de risc	Com acompanyar per a la millora	Com actuar davant la NO millora	Indicadors d'alarma	Com actuar davant indicadors d'alarma
3.1	Dona gestant amb trastorn mental sense suport i amb mancances en la seva pròpia autocura. Dones amb trastorn mental moderat o greu sense control, inestabilitat de la malaltia i amb comportaments de risc en l'autocura. Explorar també riscos en el seu entorn social i familiar.	Els derivats de la no cura del seu propi cos, del no seguiment de l'embaràs, del no compliment del tractament, etc., pot comportar dificultats en l'establiment del vincle. També retards del neurodesenvolupament del nadó. Els intents d'autòlisi durant la gestació poden tenir efectes negatius pel fetus. Els riscos associats al no compliment de la pauta de medicació psicotròpica durant l'embaràs. La depressió pot comportar risc de part prematur i pes baix en néixer.	Avaluació de la salut mental de la dona durant l'embaràs i el postpart. «Protocol del Seguiment de l'embaràs».	Amb l'anamnesi en profunditat i les exploracions detallades en el nou protocol. És important establir coordinació amb els CSMA i CSMIJ i centres de salut mental per a treball conjunt amb l'ASSIR i valoració del risc.	Quan es compleixin els criteris establerts en el nou protocol.	A valorar depenent de la situació.	Fent detecció precoç. Consensuant circuits i criteris de derivació amb els serveis especialitzats de salut mental i ASSIR i entitats locals de serveis socials.	Revisar els motius de la falta de compliment si és el cas o les possibilitats del tractament i decidir conjuntament amb la dona quan sigui possible i/o amb l'entorn. Fer un seguiment més exhaustiu. Les mesures depenen dels motius. Poden incloure la decisió d'internament de la dona en unitat especialitzada (si existeix en el territori, un servei de salut mental perinatal).	No anar a les visites acordades. Empitjorament dels quadres mèdics i dels símptomes. Alerta amb els entorns socials i familiars; detectar canvis en l'entorn. Detecció de no compliment de les recomanacions terapèutiques.	Revaloració del risc. Valorar la situació i l'entorn de la dona, juntament amb els altres serveis especialitzats implicats en el seguiment de la dona. Pot requerir un ingrés involuntari. Per les característiques de la situació i tenint en consideració la situació del cas, s'ha d'actuar protegint la dona i el fetus, però considerant l'impacte en la dona.
SITUACIÓ A VALORAR (durant l'embaràs)		4. Dona gestant que presenta diversitat funcional sense control.								
Definició del concepte		Diversitat funcional que limita o dificulta la seva cura i no segueix controls mèdics o tractament indicats.								
Observacions		La diversitat funcional engloba casos molt diferents i amb disfuncions molt diferents. S'ha de tenir en compte la valoració de l'entorn socioeconòmic i els recursos existents en l'entorn. En el cas de diversitat funcional intel·lectual tenir en compte i fer plans coordinadament amb els serveis especialitzats (SEMS- DI)								
	Descripció de la situació de risc	Efecte sobre el fetus	Segons el protocol Seguiment d'embaràs	Com es detecta?	Indicador de risc	Assignació del grau de risc	Com acompanyar per a la millora	Com actuar davant la NO millora	Indicadors d'alarma	Com actuar davant indicadors d'alarma
4.1	Dona gestant amb diversitat funcional sense suport i amb mancances en la seva pròpia autocura.	Els derivats de la no cura del seu propi cos, del no seguiment de l'embaràs, del no compliment del tractament, etc. Depenent del tipus de limitació derivada de la diversitat funcional, s'han de valorar els potencials efectes sobre el fetus.	No es detecta cap referència a la diversitat funcional.	Exploració física o anamnesi.	Quan la diversitat limita el seguiment correcte de l'embaràs.	Depenent del grau de diversitat.	Detectar les limitacions potencials i procurar el suport adequat.	Revisar els motius de la falta de compliment. Explorar si són motius inherents a la dona o estructurals.	Les limitacions no són superables i això pot causar un dany en el fetus.	Revalorar el risc i explorar les possibilitats i els recursos existents per donar suport al cas. Si no es troben ajudes a l'entorn, valorar un ingrés terapèutic.

SITUACIÓ A VALORAR (durant l'embaràs)		5. Dona vulnerabilitzada sense suport social, econòmic, afectiu i/o familiar i/o entorn conflictiu								
Definició del concepte		El fet de no oferir al fetus unes condicions bàsiques de cura, que podria constituir una forma de maltractament, i pot ser d'acció o d'omissió tant de la dona com de les institucions.								
Observacions										
Descripció de la situació de risc	Efecte sobre el fetus	Segons el protocol Seguiment d'embaràs	Com es detecta?	Indicador de risc	Assignació del grau de risc	Com acompanyar per a la millora	Com actuar davant la NO millora	Indicadors d'alarma	Com actuar davant indicadors d'alarma	
5.1 Entorn familiar conflictiu , violència masclista , violència familiar amb conseqüències per a la mare o el fetus.	Lesions físiques al fetus. Òbit fetal. Prematuritat, retard del creixement.		Verbalització de la pacient/acompanyant. Valoració per l'equip de treball social sanitari. Coordinació amb: CSS, CAP, serveis específics de tractament de la VG, altres serveis.	Els propis de la VG (RVD-BCN) enllaç i exploracions socials de forma continuada durant tot l'embaràs i postpart.	S'ha de valorar dependent de la situació.	Suport, assessorament i orientació per TS del CAP, Hosp., CSS i/o serveis específics. Suport psicossocial. Valoració de recursos que manquen per millorar la qualitat de vida. Coordinació i establir pla terapèutic individual conjunt.	Identificar amb la dona les dificultats que puguin impedir el canvi i reavaluar el pla terapèutic inicial juntament amb la dona i amb els serveis de referència (TSS del CAP, EBASP, serveis específics...)	No acudeix a les visites. Es desvincula de professionals i serveis. Nous episodis de violència. No hi ha garanties d'entorn protector per als nasciturs.	Informar la dona sobre les conseqüències i dany sobre el nasciturus i la necessitat de protegir-lo. Notificar a la DGAIA.	
5.2 Precarietat: econòmica i d'habitatge sense cap acció per part de les institucions.	Efectes derivats de la manca de cura del propi cos, nutrició deficient, etc.		Verbalització de la pacient/acompanyant. Exploració social per TS referent (CAP, hospital, CSS...). Coneixement previ per coordinació amb altres serveis socio-sanitaris.	Manca d'higiene. Dificultat per arribar a les visites i proves programades per no poder pagar el transport o per altres motius. Vestimenta inapropiada i deixada. Visita domiciliària dels CSS. Informació rebuda dels CSS de la situació sociofamiliar actual.		Derivació al CSS per valorar la situació i cobrir necessitats primàries de la pacient i el futur nadó.	Identificar amb la dona les dificultats que impedeixen la millora i intensificar el suport. Coordinació amb els serveis implicats per reavaluar el pla terapèutic (intensificar suport, visites a domicili...)	No acudeix a les visites. No segueix indicacions dels professionals. El suport prestat és insuficient.	Informar la dona sobre les conseqüències i dany sobre el nasciturus i la necessitat de protegir-lo. Notificar a la DGAIA.	
5.3 Explotació sexual durant l'embaràs amb factors socials de risc.	Risc de malalties de transmissió vertical.		Verbalització de la pacient en l'exploració social. Coneixement per coordinació amb altres serveis socio-sanitaris.	Laceracions, lesions vaginals/ànals... Consum substàncies, etc.		Derivar a serveis específics per a dones en situació d'explotació sexual. Derivar als CSS de zona per cobrir necessitats.	Identificar amb la dona les dificultats que impedeixen la millora. Coordinació amb els serveis implicats per reavaluar el pla terapèutic inicial.	No acudeix a les visites. No segueix indicacions dels professionals. El suport prestat és insuficient. No hi ha garanties d'entorn adequat per als nasciturs.	Informar la dona sobre les conseqüències i dany sobre el nasciturus i la necessitat de protegir-lo. Notificar a la DGAIA.	
5.4 Dona gestant amb situació de risc d'exclusió (pobresa extrema, indigència) i manca de suport social institucional que poden perjudicar la dona i el fetus.	Avortament espontani, prematuritat, retard del creixement...		Estat psicossocial de la pacient detectat en visites al CAP/hospital. Verbalització de la pacient.	Indigència, desnonament, indocumentació aïllament social, immigració amb carències, delinqüència. Possible consum de substàncies: alcohol principalment.		Assessorament. Derivació a recursos socio-sanitaris específics : CAS, CUESB...	Identificar amb la dona les dificultats que impedeixen la millora i intensificar el suport. Coordinació amb els serveis implicats per reavaluar el pla terapèutic (intensificar suport, visites a domicili...).	No acudeix a les visites. No segueix indicacions dels professionals. El suport prestat és insuficient. No hi ha garanties d'entorn adequat per als nasciturs.	Informar la dona sobre les conseqüències i dany sobre el nasciturus i la necessitat de protegir-lo. Notificar a la DGAIA.	
SITUACIÓ A VALORAR (durant l'embaràs)		6. Dona gestant o la seva parella que presenten antecedents de maltractaments en fills anteriors.								
Definició del concepte		Manifestació específica de la dona. Comprovació en els registres disponibles pel sistema de salut.								
Observacions										
Descripció de la situació de risc	Efecte sobre el fetus	Segons el protocol Seguiment d'embaràs	Com es detecta?	Indicador de risc	Assignació del grau de risc	Com acompanyar per a la millora	Com actuar davant la NO millora	Indicadors d'alarma	Com actuar davant indicadors d'alarma	
6.1 Si hi ha antecedents la probabilitat que torni a passar és més elevada.	Lesions físiques al fetus. Òbit fetal. Prematuritat, retard del creixement.		Verbalització pacient/acompanyant. Coordinació amb serveis socials. Comprovació de registres disponibles en el sistema salut. Possible actitud del progenitor a les visites si hi ha altres fills.	Manifestació específica de la dona. Comprovació en els registres disponibles del sistema de salut. Registre, sentència, mesures cautelars, conducta possible de l'agressor vers la família, procediment judicial/administratiu per presumptes maltractaments obert o en sobreseïment.		Seguiment social durant la gestació i postpart. Avaluació de factors d'estrès per habilitar eines. Detectar possibles mancances a cobrir. Valorar possibilitat de tractament psicològic (dona gestant/parella). Coordinació amb els recursos socio-sanitaris de referència.				

Annex 12.1 Activació del protocol en l'àmbit d'atenció primària

Circuit de detecció de la gestació de risc



Annex 12.2 Algorisme del protocol de maltractament prenatal en l'àmbit hospitalari

Detecció de situació de maltractament prenatal (certesa o sospita):

Gestant que presenta un embaràs sense el control mèdic adequat, amb risc per al fetus.

Gestant amb consum d'alt risc per consum de substàncies psicoactives (alcohol, tabac, cocaïna, cànnabis, drogues de disseny, fàrmacs no prescrits...) sense el control mèdic adequat.

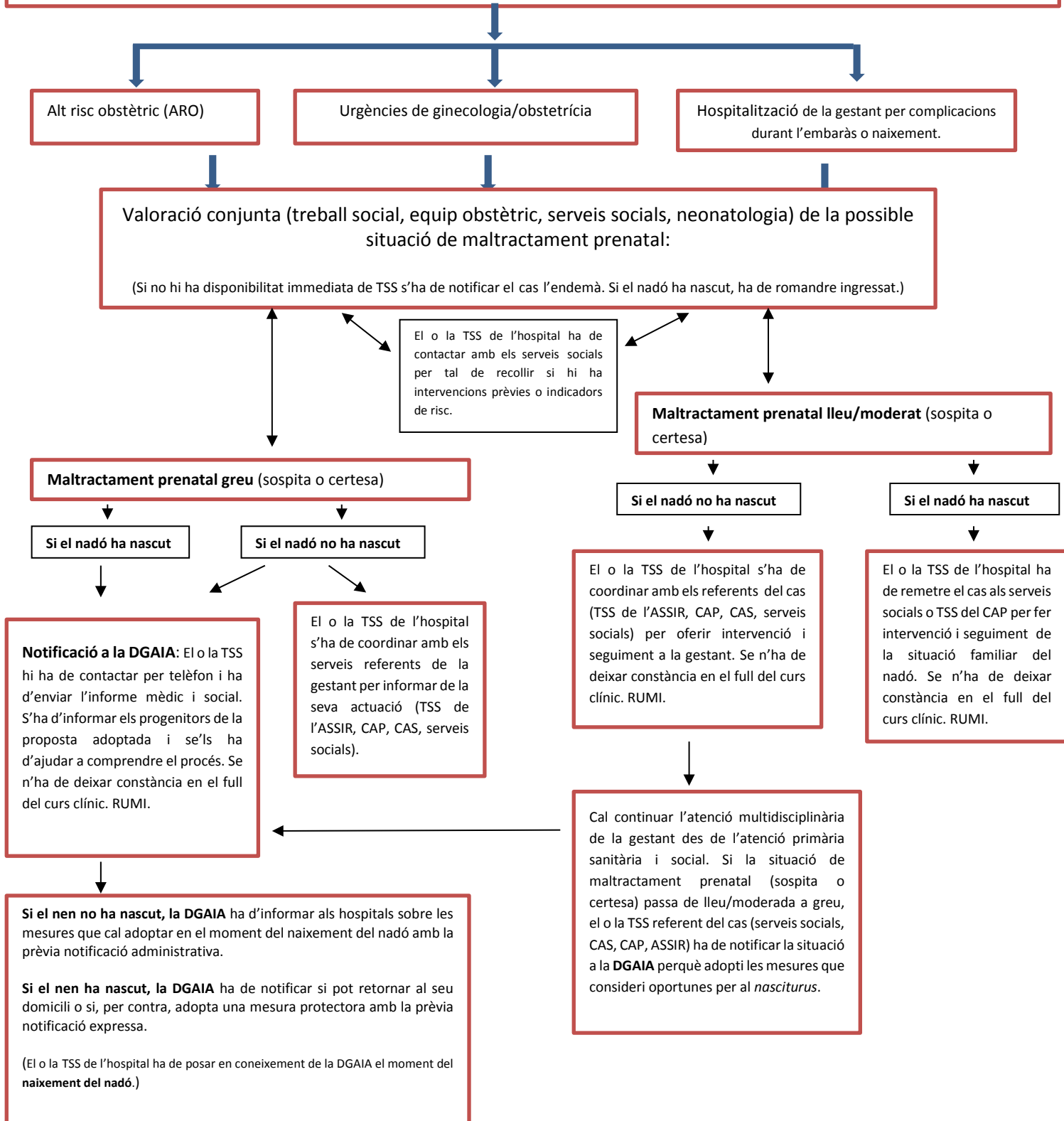
Gestant que presenta trastorns mentals greus sense control.

Gestant que presenta diversitat funcional sense control.

Gestant en situació de vulnerabilitat sense suport social, econòmic, afectiu, familiar o entorn conflictiu.

Gestant o la seva parella que presenta antecedents de maltractaments en fills anteriors.

*La detecció es pot fer a l'hospital o per remissió d'un altre servei.



DGAIA Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència	CAS centre d'atenció i seguiment a les drogodependències
TSS treballador social sanitari, treballadora social sanitària	CAP centre d'atenció primària
ASSIR atenció a la salut sexual i reproductiva	

Annex 13. Característiques especials per a la detecció de maltractaments en nadons

Detecció de situacions de risc en nadons

Nadons	Progenitors	Entorn
<ul style="list-style-type: none"> ○ Trastorns comportamentals i afectius ○ Malalties cròniques ○ Diversitat funcional ○ Retard del desenvolupament ○ Prematuritat ○ No desitjat / massa desitjat ○ No planificat 	<ul style="list-style-type: none"> ● Baixa autoestima i baixa tolerància a la frustració ● Poc control dels impulsos ● Consum de risc i d'alt risc d'alcohol i altres substàncies addictives ● Edat jove del pare o mare ● Antecedents d'abús a la infància ● Malaltia mental ● Dèficit en el coneixement del desenvolupament del nadó / expectativa irreal del nadó ● Atribució negativa d'aspectes normals del desenvolupament o la conducta del nadó 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aïllament social / manca xarxa de suport ● Pobresa ● Atur / precarietat laboral / sobrecàrrega laboral ● Baix nivell educatiu ● Manca d'habitatge / amuntegament ● Incorporació de terceres persones / canvis sovint de referents adults ● Violència familiar

Detecció de situacions de maltractament en nadons

TIPUS DE MALTRACTAMENT	SISTEMA DE DETECCIÓ
Maltractament físic	<p>En les primeres visites d'un nou-nat, cal valorar el grau d'estrès o de fatiga dels progenitors, i donar consells per prevenir el sacseig i facilitar material específic.</p> <p>Un nadó o lactant irritable pot estar en risc de ser sacsejat.</p> <p>Cal tenir especial cura davant de nadons irritables (per exemple sospites de reflux gastroesofàgic, sospites d'intolerància a la proteïna de llet de vaca...)</p> <p>Qualsevol petit traumatisme o hematoma en un nadó (especialment per sota dels 3-6 mesos, i si no tenen capacitat de desplaçar-se), obliga a descartar un maltractament.</p> <p>Davant d'un nadó amb lesions, entre els aspectes que poden ajudar a diferenciar el caràcter NO accidental de les lesions hi ha:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Retard a l'hora de demanar ajuda al domicili o atenció sanitària ● Història contradictòria entre els progenitors ● Història incoherent o canviant proporcionada pel cuidador o progenitors ● Història discordant pel que fa als mecanismes etiològics de producció de la lesió ● Història amb múltiples accidents o traumatismes ● Millora clínica inexplicable durant l'ingrés hospitalari ● Fractura d'alta especificitat de no haver estat accidental.* ● Fractura en un infant que no camina ● Qualsevol hematoma en menors de 3-6 mesos o en infants que no tenen capacitat de desplaçar-se <p>Actuació en el cas de nadons amb sospita de maltractament:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Cal fer una exploració per aparells tal com es recomana en l'annex 4 per no obviar cap signe físic d'agressió. Fotografiar les lesions que es detecten, tal com s'estableix en la pàg. 24

	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ○ Seqüència esquelètica ○ TAC cranial ○ Fons d'ull <p><i>*Alta especificitat de les troballes radiològiques no accidentals en nadons:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Fractura clàssica de metàfisi i d'ossos durant el primer any de vida</i> • <i>Fractures costelles (especialment posteromedials)</i> • <i>Fractura única diafisial d'os llarg en infants menors de 2 anys de vida</i>
Abús sexual	<ul style="list-style-type: none"> • La majoria de vegades, només amb la informació que ens donin els acompanyants del nadó es podrà decidir de quin tipus de situació es tracta. • Donat que els nadons no solen ser verbals, l'avaluació no es podrà fer a partir de l'anamnesi. Cal derivar el nadó a urgències hospitalàries o unitats funcionals expertes en abusos sexuals. • A l'atenció primària no s'ha de fer cap exploració. • Si l'abús s'ha produït fa menys de 48 h, cal exploració física conjunta entre el metge de serveis urgències pediàtriques i el metge forense.
Maltractament per negligència i abandonament	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta un dèficit de creixement per l'edat, manca d'higiene o roba inadequada per a l'època de l'any. • Mostra apatia permanent o desenvolupament psicomotriu no òptim (per manca d'estimulació). • Presenta problemes físics o necessitats sanitàries no ateses (per exemple, ferides sense curar). • Hi ha una manca en l'atenció sanitària bàsica o de rutina (no acudeix a les revisions, no està vacunat, no segueix els tractaments prescrits, etc.).

Per ampliar tota la informació d'aquesta taula, vegeu les [taules](#) del capítol 8.

Annex 14. Altres eines per a la valoració del maltractament

1. Simulador del mòdul de gestió del risc ([SMSGR](#))

Aquest simulador no només ens indicarà el grau de maltractament (lleu, moderat o greu), sinó que també ens orientarà sobre el procediment a seguir.

2. Versió simplificada per al cribatge: [eina de cribatge de situacions de risc i desemparament](#)

Aquest instrument és el més utilitzat pel col·lectiu de professionals tant de la DGAIA com dels serveis socials per discriminar inicialment les situacions de risc i desemparament dels infants i adolescents i ajudar a determinar el nivell d'intervenció adient.

Annex 15. Quadre orientatiu de gestió integrada enfront del maltractament infantil

<p>L'infant o l'adolescent té una condició associada amb maltractament infantil?</p> <p>Si hi ha evidència de lesió física (especialment en el cap), o falta de creixement, o retard del desenvolupament/discapacitat, o demora en buscar atenció sanitària, o l'infant o l'adolescent manifesta alguna forma de maltractament: ALESHORES BUSCA SIGNES DE MALTRACTAMENT INFANTIL (escolta amb atenció el que diu l'infant o l'adolescent)</p>											
<p>OBSERVA i COMPROVA :</p> <ul style="list-style-type: none"> –Evidència compatible de lesió física * (enverinament, contusions facials, múltiples contusions en llocs inusuals, lesions genitals o anals, mossegades, marques de cinturó o flagell, cremades per contacte o escaldadures per immersió i fractures en criatures de <1 any) –Demora del familiar o cuidador en buscar ajut per alguna lesió sense raó convincent –Manca d'explicació o història incongruent amb la lesió –Atenció física de la criatura inadequada (falta de creixement, malalties ignorades, no immunitzades, condicions pobres de la pell, dents, cabells i ungles, atencions repetides de la criatura o germans en serveis sanitaris) –Conducta de l'infant o l'adolescent (afecte indiscriminat, conducta sexualitzada, hiperactivitat agressiva, paralitzat en sentir-se hipervigilat, autolesions, evita el contacte visual amb el cuidador) –Conducta del familiar o cuidador (enutjat, defensiu, repressiu, amenaçador, insensible, excessivament ansiós, baixa autoestima, depressiu, atribueix qualitats negatives a la criatura, poca supervisió, tracte aspre o dur) –Circumstàncies de famílies de risc (història de violència, trastorn per consum d'alcohol o substàncies addictives, malalties mentals, pobre suport social, discapacitat de la criatura, deixa la criatura sola, denegació de l'accés a la criatura, abandonament) <p>*Compte amb el patró de localització i el color de totes les</p>	<p>Classificació</p> <p>Probabilitat</p> <p>maltractament infantil</p>	<table border="1"> <tr> <td style="background-color: #d9e1f2;"> <p>Evidència compatible de lesió física /abús sexual i/o Demora en buscar ajut i/o Manca de correlació entre la història i la lesió</p> </td> <td style="text-align: center; background-color: #d9e1f2;">GREU</td> <td style="background-color: #d9e1f2;"> <p>DERIVACIÓ Serveis d'urgències hospital si abús sexual <72 hores. Equips funcionals d'experts d'abús sexuals si abús sexual > 72 hores</p> <p>NOTIFICACIÓ DGAIA/Jutjat/Fiscalia/Mossos d'Esquadra, prèvia trucada a Infància respon 116 111</p> </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d9e1f2;"> <p>Atenció física de la criatura inadequada i/o Conducta de l'infant/adolescent i/o Conducta del familiar/cuidador i/o Família de risc</p> </td> <td style="text-align: center; background-color: #d9e1f2;">MODERAT</td> <td style="background-color: #d9e1f2;"> <p>PROGRAMACIÓ seguiment clínic o visita domiciliària per l'EAP.</p> <p>NOTIFICACIÓ escrita serveis socials</p> <p>COORDINACIÓ amb serveis socials (SS) i de salut comunitària</p> <p>COUNSELLING als familiars</p> </td> </tr> <tr> <td style="background-color: #d9e1f2;"> <p>Sense signes consistents de Possibles maltractaments, però presència factors afavoridors (taula 1 del protocol)</p> </td> <td style="text-align: center; background-color: #d9e1f2;">LLEU</td> <td style="background-color: #d9e1f2;"> <p>COUNSELLING reforçar les habilitats parentals positives i mesures de seguretat i rutines apropiades.</p> <p>NOTIFICACIÓ escrita a SS</p> <p>COORDINACIÓ amb serveis socials i de salut comunitària</p> </td> </tr> </table>	<p>Evidència compatible de lesió física /abús sexual i/o Demora en buscar ajut i/o Manca de correlació entre la història i la lesió</p>	GREU	<p>DERIVACIÓ Serveis d'urgències hospital si abús sexual <72 hores. Equips funcionals d'experts d'abús sexuals si abús sexual > 72 hores</p> <p>NOTIFICACIÓ DGAIA/Jutjat/Fiscalia/Mossos d'Esquadra, prèvia trucada a Infància respon 116 111</p>	<p>Atenció física de la criatura inadequada i/o Conducta de l'infant/adolescent i/o Conducta del familiar/cuidador i/o Família de risc</p>	MODERAT	<p>PROGRAMACIÓ seguiment clínic o visita domiciliària per l'EAP.</p> <p>NOTIFICACIÓ escrita serveis socials</p> <p>COORDINACIÓ amb serveis socials (SS) i de salut comunitària</p> <p>COUNSELLING als familiars</p>	<p>Sense signes consistents de Possibles maltractaments, però presència factors afavoridors (taula 1 del protocol)</p>	LLEU	<p>COUNSELLING reforçar les habilitats parentals positives i mesures de seguretat i rutines apropiades.</p> <p>NOTIFICACIÓ escrita a SS</p> <p>COORDINACIÓ amb serveis socials i de salut comunitària</p>
	<p>Evidència compatible de lesió física /abús sexual i/o Demora en buscar ajut i/o Manca de correlació entre la història i la lesió</p>	GREU	<p>DERIVACIÓ Serveis d'urgències hospital si abús sexual <72 hores. Equips funcionals d'experts d'abús sexuals si abús sexual > 72 hores</p> <p>NOTIFICACIÓ DGAIA/Jutjat/Fiscalia/Mossos d'Esquadra, prèvia trucada a Infància respon 116 111</p>								
	<p>Atenció física de la criatura inadequada i/o Conducta de l'infant/adolescent i/o Conducta del familiar/cuidador i/o Família de risc</p>	MODERAT	<p>PROGRAMACIÓ seguiment clínic o visita domiciliària per l'EAP.</p> <p>NOTIFICACIÓ escrita serveis socials</p> <p>COORDINACIÓ amb serveis socials (SS) i de salut comunitària</p> <p>COUNSELLING als familiars</p>								
<p>Sense signes consistents de Possibles maltractaments, però presència factors afavoridors (taula 1 del protocol)</p>	LLEU	<p>COUNSELLING reforçar les habilitats parentals positives i mesures de seguretat i rutines apropiades.</p> <p>NOTIFICACIÓ escrita a SS</p> <p>COORDINACIÓ amb serveis socials i de salut comunitària</p>									

Font: Adaptat de: Browne KD, et al. WHO Information and training package on the prevention of child abuse and neglect. 2006

FITXA DE NOTIFICACIÓ DE SITUACIÓ DE RISC O DESEMPARAMENT INFANTIL DES DELS SERVEIS DE SALUT - ANNEX 17

Identificació del cas

Data de comunicació Feu clic aquí per escriure una data.
Comunicació dirigida a: Trieu un element.

Gravetat de la situació de maltractament
 Lleu¹
 Moderat¹
 Greu²

Tipologia de maltractament:
 Físic
 Abús sexual
 Emocional/psicològic

NeglIGència/abandonament
 Prenatal
 Altres: Feu clic aquí per escriure text.

Informació

Descripció de la situació detectada, antecedents i accions dutes des del coneixement dels fets:

Feu clic aquí per escriure text.

Persona menor d'edat presumptament víctima

Cognoms Feu clic aquí per escriure text.
Nom Feu clic aquí per escriure text.
 Home
 Dona
Data de naixement Feu clic aquí per escriure una data.

Domicili (carrer, plaça, número i porta) Feu clic aquí per escriure text.
C.P. Feu clic aquí per escriure text.
Municipi Feu clic aquí per escriure text.

Telèfon 1 Feu clic aquí per escriure text.
Telèfon 2 Feu clic aquí per escriure text.
e-mail Feu clic aquí per escriure text.

S'informa que té alguna discapacitat: Sí No

Persona que acompanya a la víctima

Cognoms Feu clic aquí per escriure text.
Nom Feu clic aquí per escriure text.
Parentiu / relació Feu clic aquí per escriure text.

Telèfon 1 Feu clic aquí per escriure text.
Telèfon 2 Feu clic aquí per escriure text.
e-mail Feu clic aquí per escriure text.

Resposta familiar a la comunicació de la valoració professional

Consciència del maltractament detectat:
 Molta
 Poca
 Gens

Col·laboració durant la intervenció professional:
 Molta
 Poca
 Gens

Capacitat de protecció dels pares:
 Molta
 Poca
 Gens

Risc de nous episodis de maltractament:
 Alt
 Baix

Dades del Centre

Centre Sanitari Feu clic aquí per escriure text.

Adreça (carrer, plaça i número) Feu clic aquí per escriure text.
C.P. Feu clic aquí per escriure text.
Municipi Feu clic aquí per escriure text.

Telèfon Feu clic aquí per escriure text.
Fax Feu clic aquí per escriure text.
e-mail Feu clic aquí per escriure text.

¹ La situació no és urgent ja que existeixen indicadors físics, psicològics i/o socials de maltractament que es poden abordar en l'entorn socio-familiar de l'infant o de l'adolescent. Es pot comptar amb el suport i ajut dels Serveis Socials de la Zona on viu el menor d'edat a qui es fa la notificació.

² La situació és urgent perquè existeixen indicadors físics, psicològics i/o socials de maltractament que posa en perill la integritat i el benestar de l'infant o l'adolescent. Cal dirigir la notificació a la DGAA.

 Generalitat de Catalunya
Departament de Treball, Afers Socials
i Famílies
**Direcció General d'Atenció
a la Infància i l'Adolescència**

Observacions i comentaris addicionals

Feu clic aquí per escriure text.

Relació de documentació annexada:

Feu clic aquí per escriure text.

Responsable de la notificació	Lloc	Data
Feu clic aquí per escriure text.	Feu clic aquí per escriure text.	Feu clic aquí per escriure una data.

Annex 18. Abordatge del maltractament infantil en l'àmbit sanitari

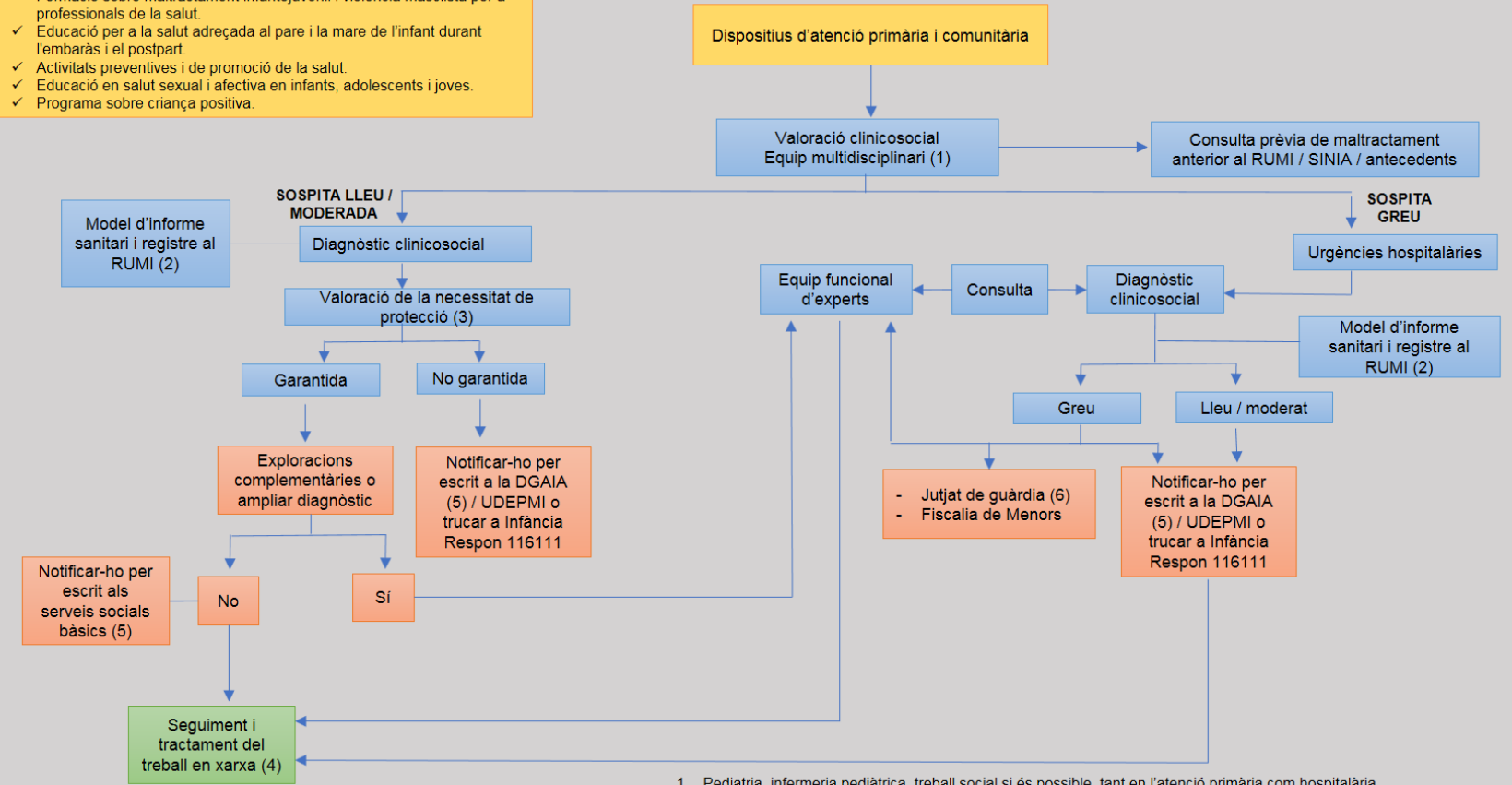
**PREVENCIÓ /
DETECCIÓ /
DERIVACIÓ**

- ✓ Actuacions de sensibilització i conscienciació de la ciutadania.
- ✓ Formació sobre maltractament infantojuvenil i violència masclista per a professionals de la salut.
- ✓ Educació per a la salut adreçada al pare i la mare de l'infant durant l'embaràs i el postpart.
- ✓ Activitats preventives i de promoció de la salut.
- ✓ Educació en salut sexual i afectiva en infants, adolescents i joves.
- ✓ Programa sobre criança positiva.

**VALORACIÓ /
DIAGNÒSTIC**

**ATENCIÓ /
NOTIFICACIÓ**

RECUPERACIÓ



Hi ha situacions en les quals cal la col·laboració precoç de la Policia-Mossos d'Esquadra:

- La protecció immediata de la víctima i dels professionals.
- L'activació dels organismes judicials.
- La garantia de la cadena de custòdia de proves.

1. Pediatria, infermeria pediàtrica, treball social si és possible, tant en l'atenció primària com hospitalària.
2. Model d'informe d'atenció sanitària per maltractament en la infància o l'adolescència (annex 8) i registre simultani al RUMI.
3. La DGAIA decideix la mesura de protecció.
4. Centre de salut, serveis socials de base, escola i serveis psicopedagògics, centre de salut mental.
5. Format de la Fitxa de notificació de situació de risc o desamparament infantil des dels serveis de salut (annex 17).
6. Model de comunicat judicial (annex 16) al jutjat del lloc on s'han produït els fets.

Annex 19. Organització territorial de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (serveis territorials i UDEPMI)

Servei d'Atenció a la Infància i l'Adolescència de Barcelona Ciutat

serveibcnciutat.tsf@gencat.cat

Telèfon: 935 524 438

Servei d'Atenció a la Infància i l'Adolescència de Barcelona Comarques

bustiabcncomarques.tsf@gencat.cat

Telèfon: 935 524 472

Servei d'Atenció a la Infància i l'Adolescència de l'Àrea Metropolitana de Barcelona

bustiaserveiareametropolitana.tsf@gencat.cat

Telèfon: 935 524 478

Servei d'Atenció a la Infància i l'Adolescència de Girona

infancia.tsf.generalitatgirona@gencat.cat

Telèfon: 872 975 910

Servei d'Atenció a la Infància i l'Adolescència de Tarragona

serveitarragona.tsf@gencat.cat

Telèfon: 977 251 986

Servei d'Atenció a la Infància i l'Adolescència de Lleida

saialleida.tsf@gencat.cat

Telèfon: 973 703 600

Servei d'Atenció a la Infància i l'Adolescència de les Terres de l'Ebre

Telèfon: 977 280 999

Servei Infància Respon – Unitat de Detecció i Prevenció del Maltractament Infantil (UDEPMI)

infanciarespon.tsf@gencat.cat

udepmi.tsf@gencat.cat

Telèfon: 116 111

Annex 20. Dades de contacte de la Fiscalia de Menors

Els telèfons per comunicar-se amb la Fiscalia de Menors, segons el circuit que estableix el punt 6 d'aquest protocol són els següents:

A la província de Barcelona

Fiscalia de Protecció de Menors

C. Gran Via de les Corts Catalanes, 111 (edifici F), 8075 Barcelona

Telèfon: 935 549 109

A la província de Girona*

Fiscalia de Girona

Pl. Josep Maria Lidón Corbí, 1, 17001 Girona

Telèfon: 972 942 526

Fax 972 942 374

A la província de Lleida*

Fiscalia de Lleida

C. Canyeret, 3-5, bxs., 25007 Lleida

Telèfon: 973 705 840

Fax 973 700 285

A la província de Tarragona*

Fiscalia de Tarragona

Av. President Lluís Companys, 10, 43005, Tarragona

Telèfon: 977 920 100

Fax 977 920 110

*Des d'aquest telèfon es deriva a la Fiscalia de Protecció de Menors.