

Maltrato Infantil:

Detección,
Notificación
y Registro de Casos



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES

SECRETARIA
GENERAL DE
ASUNTOS SOCIALES

DIRECCION GENERAL
DE ACCION SOCIAL
DEL MENOR Y DE LA FAMILIA

Observatorio
Infancia
GRUPO DE TRABAJO SOBRE MALTRATO INFANTIL

MALTRATO INFANTIL: DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE CASOS

José A. Díaz Huertas

Joaquín Esteban Gómez

Instituto Madrileño del Menor y la Familia
Consejería de Servicios Sociales. Madrid

Francisco Javier Romeu Soriano

Dirección General Familia, Menor y Adopción
Conselleria Bienestar Social. Valencia

Carmen Puyo Marín

Secretaría del Observatorio de la Infancia
Dirección General de Acción Social, del Menor y la Familia
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Francisco Gotzens Busquets

Pilar Pastor Aguilar

Federación Española de Municipios y Provincias
Servicios Sociales. Ayuntamiento de Valencia

Esteban Requena Manzano

Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Valencia

José Seiquer Carasa

M.^a Paz Campoy Sánchez

Secretaría Sectorial de Acción Social, Menor y Familia
Consejería de Trabajo y Política Social. Murcia

Purificación Llaquet Baldedeu

Plataforma de Asociaciones de Infancia (POI)

Jesús García Pérez

Federación de Asociaciones para la Prevención
del Maltrato Infantil (FAPMI)

Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil.

Observatorio de la Infancia

Nuestro agradecimiento por su colaboración en la realización de este documento a
Belinda Alemany y Ana Ortega. Secretarías. Instituto Madrileño del Menor y Familia

Primera reimpresión: octubre de 2006

Catálogo general de publicaciones oficiales
<http://publicaciones.administracion.es>



© Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Edita: Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones
Agustín de Bethencourt, 11. 28003 - Madrid
Correo electrónico: sgpublic@mtas.es
Internet: <http://www.mtas.es>

NIPO: 201-06-245-6
DEPOSITO LEGAL: M. 41.161-2006
Imprime: Fernández Ciudad, S. L.

MALTRATO INFANTIL: DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE CASOS

	Página
Grupo de trabajo sobre maltrato infantil del Observatorio de la Infancia	7
Presentación (Teresa Mogín Barquín)	9
Introducción (Agustín Domingo Moratalla)	11
I. Maltrato infantil	13
Concepto	15
Tipos	
Frecuencia	18
II. Normativa legal	21
III. Proceso de atención al maltrato infantil	27
Introducción	29
Proceso de atención al maltrato infantil	30
Detección / diagnóstico	32
Notificación	37
Intervención / tratamiento	37
IV. Documentación	39
Protocolos sobre detección y notificación. Bibliografía	41
Análisis de documentación	46
V. Hojas de notificación propuestas y registro de casos	49
Unificación de Hojas de detección y notificación y registro de casos de maltrato infantil . . .	51
Consideraciones y registro de casos	54
• Servicios Sociales	57
• Sanidad	63
• Educación	69
• Policía	75
• Detección riesgo social en la embarazada y recién nacido	81

GRUPO DE TRABAJO SOBRE MALTRATO INFANTIL DEL OBSERVATORIO DE LA INFANCIA

Agustín Domingo Moratalla	Director de la Familia, Menor y Adopciones. Consejería de Bienestar Social. Generalitat Valenciana Coordinador. Grupo de Trabajo sobre maltrato Infantil. Observatorio de la Infancia
Carmen Puyo Marín	Dirección General de Acción Social del Menor y la Familia. Secretaria. Observatorio de la Infancia
Comunidades Autónomas	
Leonor Rojo García	• Andalucía Directora General de Infancia y Familia
Miguel Álvarez Garós	• Aragón Director Gerente. Instituto Aragonés de Servicios Sociales
Esperanza Sastre Varela	• Canarias Directora General de Protección al Menor y familia
Cesar Pascual Fernández	• Cantabria Director General de Acción Social
Luis Mas González	• Castilla-La Mancha Director General de Servicios Sociales
Josefina Castillo Sempere	• Ceuta Subdirectora General de Bienestar Social
Manuela Holgado Flores	• Extremadura Directora General de Infancia y Familia
M.ª Teresa Rey Barreiro-Meiro	• Galicia Directora General de Familia
Sagrario Loza Sierra	• La Rioja Directora General de Servicios Sociales
Esperanza García García	• Madrid Directora Gerente. Instituto Madrileño del Menor y la Familia
Mercedes Navarro Carrió	• Murcia Secretaria Sectorial de Acción Social, del Menor y la Familia
Diputaciones Forales	
Juan Francisco Sandin Ramos	• Álava Director General de Bienestar Social
Iratxe Landeta Lekona	• Vizcaya Directora General de Servicios Sociales
Ministerios	
Marta Molina Gutiérrez	Justicia Vocal asesora. Secretaria General Técnica
Julia González Alonso	Sanidad y Consumo Subdirectora General de Promoción de la Salud y Epidemiología
M.ª Dolores Molina de Juan	Educación, Cultura y Deporte Subdirectora General de Acción Educativa Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
Alfonso Marina Hernando	• Dirección General de Acción Social, del Menor y la Familia
Pilar Dávila del Cerro	• Instituto de la Mujer
Manuel Baena Cobo	Federación Española de Municipios Presidente de la Comisión de Servicios Sociales y Accesibilidad
Purificación Llaquet Baldellou	Plataforma de Organizaciones de Infancia Presidenta
Jesús García Pérez	Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil Presidente
Expertos	
José Sanmartín Esplugues	• Director. Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia
Manuel Jesús Dolz Lago	• Fiscal de Menores. Tribunal Superior de Justicia. Comunidad Valenciana

Asistentes a reuniones del Grupo de Trabajo

Luis Albi Pérez	Jefe de Área de Promoción Legislativa. Ministerio de Justicia
Nuria Alday	Psicóloga. Equipo Territorial de Infancia. Álava
M. ^a José Cabanillas	Jefa de Servicio de Prevención y Apoyo a la Familia. Andalucía
M. ^a Paz Campoy Sánchez	Técnico de Apoyo de Protección y Tutela. Murcia
José Manuel Casión Muñoz	Psicólogo. Servicio de Menores. Aragón
José A. Díaz Huertas	Director Programa de Atención al Maltrato Infantil. Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF). Madrid
Joaquín Esteban Gómez	Coordinador Técnico. Programa de Atención al Maltrato Infantil. IMMF. Madrid
M. ^a Antonia Giner Cucarella	Jefa de Sección de Protección Institucional. Vizcaya
Francisco Gotzens Busquets	Jefe de Sección del Menor. Ayuntamiento de Valencia
Sagrario Matéu Sanchis	Jefe del Servicio de Salud Materno-infantil. Ministerio de Sanidad
Esteban Requena Manzano	Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia
Javier Romeu Soriano	Jefe de Sección de Protección de Menores: Valencia
M. ^a Luisa Sáez Tejerina	Jefa de Servicio de Protección e Inserción de Menores. Valencia
José Seiquer Carasa	Jefe de Sección de Protección y Tutela. Murcia
Isabel Vives Duarte	Consejera Técnica. Subdirección General de Estudios y Cooperación. Instituto Mujer
Isabel Zafrilla López	Jefa de Área de Familia, Menor y Adopción. Valencia

Colaboradores temáticos

Pilar Alvarado Ballesteros	Inspector Jefe. Cuerpo Nacional de Policía
Carmen Cabañas Poveda	Letrada Comunidad de Madrid
Ligia Flores Escobar	Dirección General de Acción Social, del Menor y la Familia.
Esteban Gándara Trueba	Inspector Jefe. Cuerpo Nacional de Policía
Pilar Pastor Aguilar	Psicóloga. Servicios Sociales. Ayuntamiento de Valencia

Colaboración elaboración borrador y texto definitivo

Juan Casado Flores	Jefe de Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Niño Jesús. Madrid
Miguel A. Ruiz Díaz	Departamento de Metodología y Psicología Social. Universidad Autónoma de Madrid

PRESENTACIÓN

A pesar de la intensificación de investigaciones para lograr un mejor conocimiento del fenómeno del maltrato infantil, de la puesta en marcha de programas experimentales (sobre prevención y tratamiento) y de los esfuerzos invertidos en las últimas décadas por todos los agentes intervinientes en esta problemática, aún no hemos conseguido el objetivo básico de poner a disposición de los profesionales intervinientes un sistema unificado de detección, notificación y registro de casos, que facilite la cuantificación y permita conocer la dimensión real del problema.

La investigación que se inicia con la sospecha o descubrimiento de los malos tratos debe pasar por la denuncia (y comunicación a las entidades competentes) para que se establezca un protocolo de seguimiento y se recoja toda la información pertinente, con el objetivo de que la posterior toma de decisiones sea más garantista y eficaz, asegurándose así la protección del niño.

Consideramos que el Observatorio de Infancia, como órgano colegiado integrado en el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y en el que participan todas las Comunidades Autónomas, entidades públicas competentes en materia de infancia, así como otras muchas instituciones relacionadas con ella, y donde también está representada la iniciativa social, tiene por objeto la construcción de un sistema de información con capacidad para conocer el grado de bienestar y calidad de vida de la población infantil. Por tanto el Observatorio de Infancia es el marco idóneo para la realización de estudios y trabajos tendentes a la mejora de los sistemas de recogida de información y registro de casos de riesgo y maltrato infantil.

Con la participación de todos se cumplirá fielmente con las funciones que tiene encomendadas el Observatorio, entre las que se contempla la recogida y análisis de la información disponible en las diferentes fuentes nacionales e internacionales sobre infancia, con el propósito de contribuir a realizar una recogida sistematizada de la información que permita planificar la actuación de las Administraciones Públicas.

Madrid, octubre de 2001

SECRETARÍA GENERAL DE ASUNTOS SOCIALES
Dirección General de Acción Social, del Menor y de la Familia.

TERESA MOGÍN BARQUÍN
Directora General
Acción Social, del Menor y la Familia

INTRODUCCIÓN

No cabe duda de la importancia de disponer de sistemas de registro y unificación de criterios en la detección de situaciones de riesgo y desamparo de menores. Ésta es una inquietud que se ha plasmado en diferentes iniciativas pero, sin que por el momento, se haya alcanzado un claro consenso en este sentido.

El objetivo del Grupo de Trabajo sobre maltrato infantil del Observatorio de la Infancia es realizar una propuesta para la unificación de criterios generales acerca del concepto de maltrato infantil y de la intervención sobre el mismo; así como proponer un modelo de Hojas de notificación de los casos detectados que faciliten, por un lado, la atención a los mismos, y por otro, mantener sistemas de vigilancia epidemiológica. Estos, al utilizar los mismos criterios y categorías, permitirían un conocimiento más profundo del fenómeno del maltrato infantil.

La elaboración de este documento ha sido realizada por un Equipo de profesionales pertenecientes al *Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Consejería de Servicios Sociales de Madrid*; a la *Secretaría Sectorial de Acción Social, Menor y Familia de la Consejería de Trabajo y Política Social de Murcia*; a la *Dirección General de Acción Social, del Menor y la Familia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*; a la *Concejalía de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Valencia* en representación de la *Federación Española de Municipios y Provincias*; al *Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia*; a la *Plataforma de Asociaciones de Infancia*; a la *Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI)*; y a la *Dirección General de la Familia, Menor y Adopción de la Conselleria Bienestar Social de Valencia*.

La búsqueda del consenso ha sido una de las premisas fundamentales de este Grupo de Trabajo, equipo multidisciplinar formado por trabajadores sociales, psicólogos, pedagogos, médicos y diplomados universitarios en enfermería, que se refleja en la redacción final. Del mismo modo, hay que agradecer que otros muchos profesionales, de distintos puntos de España y de distintas instituciones, han realizado, de forma desinteresada, valiosísimas aportaciones al documento.

El presente Informe-Manual recoge todas estas aportaciones con el fin de servir de guía o referencia para que paulatinamente las diferentes Comunidades Autónomas vayan confluyendo en sus protocolos de detección y actuación frente a situaciones de desprotección de menores.

Por último no debe olvidarse la importancia que tiene el que, junto con lo anterior, se desarrollen programas de formación sobre maltrato infantil en los distintos ámbitos profesionales relacionados, directa o indirectamente, con la protección a la infancia.

Valencia, octubre de 2001

AGUSTÍN DOMINGO MORATALLA

Director de la Familia, Menor y Adopciones
Conselleria de Bienestar Social
Generalitat Valenciana

Coordinador. Grupo de Trabajo sobre maltrato Infantil
Observatorio de la Infancia

I. MALTRATO INFANTIL

MALTRATO INFANTIL

El trato que se ha dispensado a los menores no ha sido uniforme ni en todas las épocas ni en todas las culturas, entre otras razones porque tampoco ha sido uniforme la posición otorgada explícita o implícitamente a los niños, ni tampoco ha sido similar la duración de la niñez. Obsérvese, por ejemplo, que en tiempos no muy lejanos la niñez se concebía sólo como una etapa previa a la vida adulta, cuyo sentido consistía exclusivamente en ser una preparación o una propedéutica para la vida propia de los mayores. Había que utilizar y aprovechar la infancia para «convertirse en hombres de provecho». Tampoco están demasiado lejos los tiempos en los que se consideraba que a los 12 años los humanos estaban suficientemente preparados para incorporarse a la vida laboral.

No obstante, con el transcurso de los siglos, y como resultado de una evolución lenta y progresiva de los valores acerca de lo que *es* y *debe ser* un niño, hoy se ha llegado al concepto de *infancia* como un período sustantivo, distinto cualitativamente de los otros momentos de la vida.

Sin embargo, sean cuales sean los usos y las costumbres de las distintas culturas, en todas ellas suelen aparecer modos de tratar a los menores que exceden los márgenes socialmente admitidos. Si esa manera de comportarse con los menores se llama *maltrato*, podemos afirmar que el maltrato infantil es una *constante histórica*. Incluso podemos decir con DeMause que, cuanto más nos retrotraemos en el pasado, más expuestos están los niños a una muerte violenta, al abandono, a los golpes, al terror y a los abusos sexuales; es decir, más bajo es el nivel de la puericultura.

Concepto

Definir los malos tratos a la Infancia parece sencillo, sin embargo, en la práctica resulta complejo. Existe un consenso referente a los grandes Síndromes del Niño Maltratado y situaciones de alarma social, pero otras circunstancias no se presentan tan evidentes. Los propios profesionales tienen diferentes criterios, lo que se traduce en la existencia de múltiples definiciones.

El concepto del maltrato infantil inicialmente se hizo en referencia al maltrato físico con un predominio de criterios médicos-clínicos y a la explotación laboral y trabajo de los niños para ir evolucionando hacia la situación actual en que las definiciones se basan en las necesidades y derechos de los niños.

La Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas en su Artículo 19, se refiere al maltrato infantil, como:

Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo.

La legislación española define el desamparo legal, Código Civil art. 172, como:

Situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material.

Las causas por las que cabría la intervención de los servicios de protección infantil se recogen de forma esquemática en el siguiente cuadro:

Causas	Cumplimiento deberes guarda
Orfandad Prisión de los padres Enfermedad o ingreso hospitalario	Imposible
Abandono total Abandono de madre No reconocimiento de los padres	Incumplimiento
Maltrato y abandono físico Maltrato y abandono emocional Abuso y explotación sexual Mendicidad y explotación laboral Incapacidad para el control	Inadecuado

A partir de estos conceptos se establecen los malos tratos a la infancia como:

Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.

Esta definición incluye lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión), o se realiza de forma inadecuada (negligencia), ocasionando al niño no solamente daño físico, psicológico-emocional y social, sino que considerándole persona-objeto de derecho incluye sus derechos y su bienestar, y cuyos autores pueden ser las personas (familiares o no) y las instituciones-administraciones (maltrato institucional).

Tipología del maltrato

El maltrato, no es un hecho aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de múltiples factores: sociales, familiares, personales,...., no siempre delimitados cuantitativa ni cualitativamente. Su clasificación sólo implica determinar el problema emergente o más relevante que afecta al niño pero no debemos olvidar la existencia de una multicausalidad (contextos maltratantes).

El maltrato puede clasificarse desde diversos puntos de vista. Estas perspectivas son las siguientes:

- Según el momento en el que se produce el maltrato
- Según los autores del maltrato
- Según el las acciones concretas que constituyen el maltrato infligido.

La tipología de maltrato resultante puede ser según:

<i>el momento en el que se produce</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prenatal, cuando el maltrato se produce antes del nacimiento del niño. ■ Postnatal cuando el maltrato se produce durante su vida extrauterina.
<i>los autores</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Familiar, cuando los autores del maltrato son familiares del menor, principalmente familiares en primer grado (padres, biológicos o no, abuelos, hermanos, tíos, etc.). ■ Extrafamiliar, cuando los autores del maltrato no son familiares del menor, o el grado de parentesco es muy lejano (familiares en segundo grado) y no tienen relaciones familiares. ■ Institucional, es el maltrato provocado por las instituciones públicas, bien sean sanitarias, educativas, etc. ■ Social, cuando no hay un sujeto concreto responsable del maltrato, pero hay una serie de circunstancias externas en la vida de los progenitores y del menor que imposibilitan una atención o un cuidado adecuado del niño.
<i>la acción o la omisión concreta que se está produciendo</i>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Maltrato físico: Toda acción de carácter físico voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones físicas en el menor. ■ Negligencia: Dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño. ■ Maltrato emocional: Toda acción, normalmente de carácter verbal, o toda actitud hacia un menor que provoquen, o puedan provocar en él, daños psicológicos. ■ Abuso sexual: Cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto u otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual.

Los **malos tratos prenatales**, en algunos casos resultan evidentes los efectos en el niño, otros serían objeto de debate, en otros se aprecia la conveniencia de no culpabilizar a la madre,... En cualquier caso, el hecho de que se planteen a debate estas circunstancias implica el valor que la sociedad concede a la infancia, la importancia que da a los niños.

Cuadro 1. Tipologías del maltrato infantil.

TIPO		ACCIÓN	OMISIÓN
PRENATAL		<p>Circunstancias de vida de la madre en las que exista voluntariedad que influyan negativa o patológicamente en el embarazo y repercutan en el feto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formas: Hábitos tóxicos de la madre: alcoholismo (síndrome alcohólico fetal) toxicomanías (síndrome de abstinencia neonatal) 	<p>No atención a las necesidades y cuidados propios del embarazo que tienen repercusiones en el feto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formas: Embarazos sin seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal
POSTNATAL	FÍSICO	<p>Cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formas: lesiones cutáneas (equimosis, heridas, hematomas, escoriaciones, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, zarandeado asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones, síndrome de Münchhausen por poderes. 	<p>NEGLIGENCIA</p> <p>Desatender las necesidades del niño y los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formas: desatención, abandono, retraso crecimiento no orgánico, «Niños de la calle», constantemente sucio, problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de los cuidados médicos rutinarios (vacunaciones).
	EMOCIONAL	<p>Acción capaz de originar cuadros psicológico-siquiátricos por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formas: rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper o implicar a un niño en actividades antisociales 	<p>Omisión o negligencia en la atención a las necesidades emocionales del niño</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formas: privación afectiva, no atender las necesidades afectivas del niño (cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, rol en la familia, autoestima, etc.), abuso pedagógico
	SEXUAL	<p>Abuso sexual: implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formas: • <i>Con contacto físico</i>: violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, sodomía, tocamientos, estimulación sexual • <i>Sin contacto físico</i>: solicitud indecente a un niño o seducción verbal explícita, realización acto sexual o masturbación en presencia de un niño, exposición de los órganos sexuales a un niño, promover la prostitución infantil, pornografía 	<p>No atender a las necesidades del niño y a su protección en el área de la sexualidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Formas: No dar credibilidad al niño, desatender demanda de ayuda, no educar en la asertividad, madre que prefiere «no verlo» - consentimiento pasivo en el incesto, falta de formación / información, falta de protección,...

Los **malos tratos postnatales** son los que afectan al niño ya en su vida extrauterina, y su tipología es mucho más amplia.

El **maltrato físico por acción**, el más fácil de detectar desde el punto de vista clínico y, por tanto, el que más se diagnostica, se define como cualquier intervención, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo.

Las formas de presentación del **maltrato físico** pueden ser: lesiones cutáneas (escoriaciones, equimosis, heridas, hematomas, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia), fracturas, zarandeado («saken baby»), asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones,..., y síndrome de Münchhausen por poderes.

La **negligencia** como forma de maltrato infantil consiste en dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.

El máximo grado, es el **abandono** que tiene repercusiones psicológicas y somáticas características e, incluso, se podría hablar de una situación sanitaria específica de aquellos que son atendidos en instituciones de protección a la infancia (inclusas, orfanatos, hogares).

Los «**Niños de la Calle**» son aquellos que carecen de hogar y de familiares que les atiendan, viven solos o teniendo familia están de forma continua o transitoria en la calle, que por las obligaciones laborales de sus padres permanecen solos la mayor parte del día disponiendo de llave para entrar en su domicilio pero sin que exista un adulto para su atención / cuidado. Son niños sin escolarizar, realizan actos delictivos, trabajos marginales, prostitución infantil, etc.

La **explotación laboral** podríamos pensar que en las sociedades avanzadas no es un hecho frecuente. Pero la utilización de niños para obtener beneficio, que implique explotación económica, y el desempeño de cualquier trabajo que entorpezca su educación, o ser nocivo para su salud o su desarrollo no solo se da en países pobres o en vías de desarrollo, si no que, la mendicidad, el trabajo profesional en menores,..., también se presenta en nuestra sociedad.

Todas las formas de maltrato tienen repercusiones sobre el área psicológico-emocional del niño. Además, el **maltrato emocional** es una entidad clínica en si misma y definiéndose como toda acción, omisión o negligencia de carácter afectivo, capaz de originar cuadros psicológicos-psiquiátricos, por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño.

Una forma de presentación del maltrato por omisión es el **Retraso Crecimiento No Orgánico** en niños que no incrementan sus parámetros de crecimiento estaturoponderal con normalidad en ausencia de enfermedad orgánica. Su etiología es la inadecuada o falta de atención a sus necesidades psico – afectivas y sociales del niño que tienen consecuencias físicas, afectando a su crecimiento y desarrollo, y su estabilidad psicosocial.

El niño que por exigencias académicas u obligación de asistir a clases extras sin contar con sus posibilidades, impidiendo que tenga tiempo de reposo y juego necesario con el deseo de una mayor formación en un ambiente progresivamente competitivo sufre **abuso pedagógico**. La consecuencia es un grave estrés escolar, que se manifiesta por enfermedades más frecuentes, diversos trastornos psicosomáticos o alteraciones emocionales que son motivo de consulta.

El **abuso sexual**, una de las formas más frecuentes de maltrato infantil, se define como la implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto, siendo formas de abuso sexual *con contacto físico* la violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, sodomía, tocamientos, estimulación sexual, y *sin contacto físico* la solicitud indecente a un niño o seducción verbal explícita, realización acto sexual o masturbación en presencia de un niño, exposición de los órganos sexuales a un niño, promover la prostitución infantil, pornografía

Dentro de las tipologías del maltrato infantil esta el **maltrato institucional** que es el derivado de cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión de los poderes públicos que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño.

Frecuencia

La prevalencia real del maltrato infantil es desconocida, ya que la mayoría de los casos no son detectados. La propia naturaleza del problema, que en gran número se produzcan dentro de la propia familia, el miedo a la denuncia, la formación insuficiente de los profesionales, que el agredido sea un niño, etc., condicionan el conocimiento del número de casos. Diferentes expertos asemejan la situación a la de un Iceberg, estimando que los casos detectados serían sólo una parte de los casos reales (Figura 1).

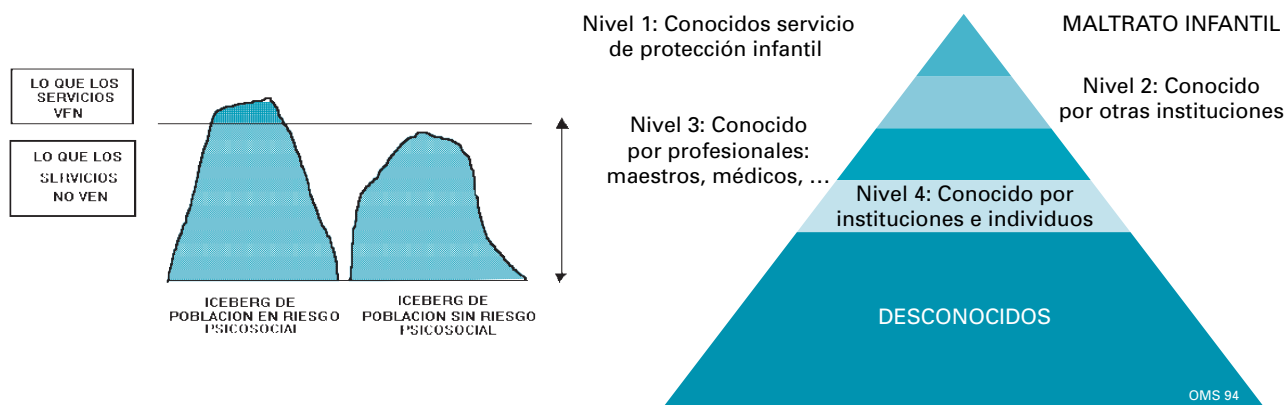


Figura 1. Los icebergs del maltrato (Morales JM, Costa M, 1997).

Existen una serie de mitos y falsas creencias que influyen en este desconocimiento de las magnitudes reales de este problema (Gutiérrez P, 1997). Los *mitos* más frecuentes, son:

Mitos	Falsas creencias
El maltrato es infrecuente.	Existe la creencia arraigada en la familia como núcleo de afecto donde es difícil creer que exista violencia.
La violencia y el amor no coexisten en las familias.	Se piensa que si existe un clima de violencia familiar es mantenido. Sin embargo, son muchos los niños, que a pesar de los malos tratos recibidos, quieren a sus padres, y esta coexistencia de violencia y amor, hace que el niño crezca aprendiendo que la violencia es aceptable.
El maltrato lo cometen sólo personas con enfermedades mentales, desórdenes psicológicos ó bajo los efectos del alcohol ó las drogas.	Subyace la creencia de que las personas <i>normales</i> no maltratan a sus hijos. En realidad, no existe un patrón de <i>padre abusivo</i> con unos rasgos estables, uniformes y fácilmente distinguible de los padres que no maltratan. Si parece haber algunas características que se encuentran con mayor frecuencia, como: <ul style="list-style-type: none"> — Baja tolerancia a la frustración y expresiones inapropiadas de ira. — Aislamiento social. — Falta de habilidades parentales. — Sentimientos de incapacidad ó incompetencia como padres. — Expectativas no realistas con los hijos. — Percepción de la conducta de sus hijos como estresante.
Noción de «transmisión generacional del maltrato».	Fórmula dogmática que mantiene erróneamente, que todos los hijos maltratados serán maltratadores, y al revés.
El maltrato infantil es fundamentalmente maltrato físico.	Visión restrictiva del problema construida y fomentada a través de los medios de comunicación dando una importancia preferente a los casos con lesiones físicas y abuso sexual. En contraste, existe una alta tolerancia al maltrato físico «leve» ó el psicológico.
El maltrato no existe en clases sociales altas.	El maltrato en la infancia existe en <i>todas</i> las clases sociales. Se diagnostican más casos entre las capas sociales bajas, porque el uso de recursos privados, sociales y sanitarios, impide conocer situaciones de riesgo ó establecidas en clases sociales elevadas.
Los temas psicosociales no son de verdadera medicina.	Si no se considera importante adquirir conocimientos en el área psicoafectiva no estaremos en actitud de entender y diagnosticar el maltrato en la infancia.
Toda intervención debe tener la certeza total del diagnóstico de maltrato.	Impide registrar en las historias clínicas hechos ó factores de riesgo, que podrían dar lugar a una actuación preventiva ó precoz.

Factores que influyen en el desconocimiento de la magnitud del problema son la falta de estudios epidemiológicos y la omisión de los profesionales de comunicar los casos (Cuadro 2. a y b).

Cuadro 2.a. Factores que influyen en el conocimiento real del maltrato: no se detectan (Martínez C, 1997)

- No siempre es fácil su diagnóstico, muchos no llegan siquiera a sospecharse.
- La ausencia de una definición omnicompreensiva, que permita reconocerlos sin grandes dificultades.
- Dificultad de diferenciarlos en muchos casos de las lesiones producidas de forma accidental.
- La formación profesional que recibe el pre y postgraduado sobre el maltrato es escasa o nula e impide identificar las lesiones.
- Criterios personales del propio profesional:
 - Pueden formar parte de costumbres sociales, culturales o religiosas que el profesional comparte.
 - Considerar el castigo físico como medida de disciplina y no como maltrato.
 - Todos los accidentes de la infancia son evitables, y por lo tanto serían malos tratos y viceversa.

Cuadro 2.b. Factores que influyen en el conocimiento real del maltrato: Se detectan; pero no se da parte.

- Las lesiones son consideradas poco importantes
- No se sabe con seguridad, aunque se sospeche, como se han producido (miedo a equivocarse)
- Miedo al pensar que el emitir un parte de lesiones equivale a poner una denuncia
- Preocupaciones de índole personal del profesional: *legales* (tener que declarar), *económicas* (pérdida horas de trabajo, pérdida de clientes), *comodidad* (traslado al juzgado si tiene que prestar declaración), *miedo* (reacción de los padres)
- Experiencias anteriores, en las cuales a pesar de comunicar la sospecha de maltrato a las Autoridades, el niño fue entregado a los padres, sin el tratamiento social previo pertinente
- Muchos profesionales que al comunicar la sospecha de existencia de un maltrato piensan que el niño sale más perjudicado que beneficiado por que:
 - El agresor ve en el niño el motivo de que se le investigue ó interroge y actuará posteriormente con más violencia.
 - Más valen unos malos padres que una buena Institución.
 - Consideran que no deben interferir en los asuntos privados de otras familias.

En España varias iniciativas trabajaron en la década de los 80, para sensibilizar a la opinión pública, profesionales, políticos y figuras representativas de la sociedad sobre la existencia del maltrato a los niños, así como de la necesidad de profundizar en el conocimiento de la dimensión, factores favorecedores y repercusiones del mismo.

En los últimos años se han realizado estudios para determinar la frecuencia de los malos tratos en nuestro país. De ellos son de destacar los realizados en Cataluña, Andalucía, Guipúzcoa, Castilla y León y Valencia; y de ámbito nacional que analiza los expedientes existentes en los servicios de protección a la infancia que dependen de las consejerías de Asuntos Sociales de las Comunidades Autónomas (cuadro 3).

Cuadro 3. Porcentajes de detección por tipología e incidencia estimada en estudios realizados en España

	Cataluña		Andalucía 1995	España 1995 ¹	Guipúzcoa 1995 ²	Madrid 1995 ¹	Castilla- León 1993 ³	Valencia 2000 ⁵	Abuso sexual 1994 ⁶
	1991	2000							
Negligencia	78,5%	50,4%	72,2%	79,1%	49,4%	47,5%	92%	89,4%	—
Maltrato emocional	43,6%	26,5%	45,4%	42,5%	17,4%	9,1%	82-65%	12,8%	—
Maltrato físico	27%	10,5%	22%	30,1%	8,1%	18,5%	31%	19,6%	—
Explotación laboral	9,3%	1,7%	9,4%	4,2%	0,5%	1,3%	4,0%	—	—
Mendicidad	—	—	14,3%	9,3%	1,2%	—	—	—	—
Corrupción	—	1,2%	16%	4,2%	1,5%	—	—	—	—
Abuso sexual	2,8%	6,6%	3,6%	4,2%	1,8%	0,5%	—	4,9%	20%
Maltrato prenatal	3,1%	2,8	—	5,0%	—	1,6%	—	—	—
Tasa de incidencia	5 ‰	5,6‰	15‰	0,44‰	15‰	3,5‰	11,5% ⁴	0,86‰	—
Número de casos	7.590	6.524	4.714	8.575	189	3.888	848	1.379	2.100
Número expedientes	—	—	—	32.483	—	4.916	—	3.565	—

¹ Expedientes de protección al menor.

² Demanda potencial calculada a través de diferentes profesionales.

³ Se investigan aquí menores minusválidos a partir de los archivos de protección de menores.

Se distingue dentro de esta tipología una modalidad activa (abuso emocional, 65 por cien) y una modalidad pasiva (abandono emocional, 82 por cien).

⁴ El 11 por cien representa la prevalencia del maltrato infantil en la población minusválida tutelada en Castilla y León.

⁵ Expedientes de protección al menor incoados en la Comunidad Valenciana los años 1997-98 (Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia, 2000).

⁶ Encuesta realizada a 1200 personas mayores de 18 años de ambos sexos sobre experiencias de abusos sexuales en su infancia.

No obstante esta dispersión de resultados, en los estudios españoles se da una cierta concordancia en una serie de conclusiones sobre las características personales y familiares y sobre las situaciones sociales que rodean a los casos de maltrato, concordancia en ocasiones extensible a los datos que se hallan en otras publicaciones internacionales. Estos puntos de acuerdo son los siguientes:

- El maltrato es algo más frecuente entre los chicos que entre las chicas.
- Se ha confirmado que muchos de los menores maltratados han sufrido más de un tipo de maltrato.
- El maltrato se da en niños de todas las edades. El maltrato físico es más frecuente en menores de 2 años y el abuso sexual es más frecuente a partir de los 9 años y sobre todo entre los 12 y los 15.
- En todos los casos hay una acumulación de factores de riesgo como son los escasos recursos de apoyo; se aducen también factores como el ser niño prematuro, padecer enfermedades frecuentes o ser hiperactivo; y sobre todo situaciones socio-familiares como el desempleo, la desestructuración familiar, ambientes carentes de afecto, el alcoholismo y la drogadicción, o una vivienda inadecuada.

II. NORMATIVA LEGAL ¹



¹ Texto revisado por Ligia Flores Escobar. Dirección General de Acción Social del Menor y la Familia.

NORMATIVA LEGAL

El marco jurídico y de garantías en nuestro país se recoge en la:

CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 27 DE DICIEMBRE DE 1978

que establece el derecho a la vida y la integridad física y moral (art. 15), a la educación (art. 27), a la salud (art. 43),..., y concretamente en el artículo 39:

1. Los poderes públicos aseguraran la protección social, económica y jurídica de la familia
2. Los poderes públicos aseguraran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil. La ley posibilitara la investigación de la paternidad.
3. Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos que legalmente proceda.
4. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.

Entre los textos internacionales más relevantes destacan la:

- **CONVENCIÓN DE DERECHOS DEL NIÑO DE NACIONES UNIDAS** de 20 de noviembre de 1989, ratificada por España en noviembre de 1990 e incorporada al ordenamiento jurídico interno.
- Carta Europea de Derechos del Niño, aprobada por la resolución A-301712/92, de 8 de julio de 1992 del Parlamento Europeo.

Las leyes generales que directamente afectan a la infancia, entre otras son:

- Código Civil (especialmente el Libro I y, dentro de éste el Título VII (de las relaciones paterno-filiales).
- Ley 21/87, de 11 de noviembre, por el que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción y otras formas de protección de menores.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, Ley de Protección Jurídica del Menor y de modificación parcial de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, de modificación del Título VIII del Libro I del Código Penal (Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales).
- Ley Orgánica 14/1999, de 9 de junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad personal y familiar, y a la propia imagen.
- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y deberes de los extranjeros en España y su integración social.
- Ley Orgánica 8/2000, de 22 de diciembre, reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y deberes de los extranjeros en España y su integración social.
- Ley 14/1986, de 25 de abril. General de Sanidad.
- Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del Derecho a la Educación (LODE).
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE).
- Ley 7/1985, de 2 de abril, de Bases de Régimen Local.
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social del Minusválido.
- Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores.
- Ley 25/1971, de 19 de junio, de Protección de Familias Numerosas (si bien gran parte de su contenido ha quedado tácitamente derogado).

El Texto Constitucional, en su artículo 148.1 20, faculta a las Comunidades Autónomas a asumir plenitud de competencias en materia de asistencia social, para lo que desarrollan las correspondientes leyes referentes a la infancia:

**DISPOSICIONES NORMATIVAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS
EN MATERIA DE PROTECCIÓN AL MENOR**

Comunidad Autónoma	Rango	N.º	Fecha	Título	Fecha de Publicación
Andalucía	Ley	1	20/4/98	De los Derechos y la Atención al Menor	BOJA 24/6/98 BOE 24/6/98
Aragón	Ley Ley	10 12	14/12/89 02/07/01	De Protección de Menores De la Infancia y Adolescencia en Aragón	BOE 5/1/90 BOA 20/07/01
Asturias	Ley Decreto Decreto	1 139 46	27/1/95 16/9/99 1/6/00	De Protección del Menor De organización y funciones del Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, Familia y Adolescencia Por el que se aprueba el Reglamento de Acogimiento Familiar y de Adopción de Menores	BOPA 9/2/95 BOPA 18/9/99 BOPA 14/6/00
Baleares	Ley Decreto	7 16	21/3/95 30/1/97	De guarda y protección de los menores desamparados. Crea la Oficina de Defensa de los Derechos del Menor	BOE 19/5/95 BOCAIB18/2/97
Canarias	Ley Decreto Decreto	1 54 105	7/2/97 17/4/98 25/5/99	De atención Integral de los Menores Por el que se regulan las actuaciones de amparo de los menores Por el que se regula la constitución, composición y funciones de la Comisión Interadministrativa de menores	BOC 17-2-97 BOC 6/5/98 BOC 9/6/99
Cantabria	Decreto Ley	66 7	7/9/92 28/4/99	Por el que se aprueba el Reglamento de expedientes administrativos de Adopción, Tutela, Guarda y Acogimiento de Menores Protección de la Infancia y la Adolescencia	BOC 28/9/92 BOE 28/5/99
Castilla y León	Decreto	57	7/4/88	Por el que se dictan normas sobre protección de menores	BOC Y L 14/4/88
Castilla-La Mancha	Decreto Orden Ley	143 3 	18/12/90 10/2/98 31/3/99	Sobre procedimiento en materia de protección de menores Regula el programa de acogimiento familiar de menores en la C.A. de Castilla-La Mancha Del Menor	BOCM 26/12/90 BOCM 20/2/98 BOC 9/6/99
Cataluña	Ley Decreto Ley Decreto	37 188 8 2	30/12/91 28/6/94 27/7/95 7/1/97	Sobre medidas de protección de los menores desamparados y de la adopción De creación de la Comisión de Asesoramiento y Supervisión de personas jurídicas sin ánimo de lucro que tengan asignada la tutela de menores o incapacitados De atención y protección de los niños y adolescentes y de modificación de la Ley 37/91 Por el que se aprueba el reglamento de Protección de Menores desamparados y de la adopción	BOE 21/2/92 DOGC 5/8/94 BOE 30/8/95 DOGC 13/1/97

**DISPOSICIONES NORMATIVAS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS
EN MATERIA DE PROTECCIÓN AL MENOR (Continuación)**

Comunidad Autónoma	Rango	N.º	Fecha	Título	Fecha de Publicación
Cataluña	Decreto	22	30/1/97	Modifica la disposición final del Decreto 2/97, de 7 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de protección de los menores desamparados y de la adopción	DOGC 31/1/97
	Decreto	127	27/5/97	Modifica parcialmente el Decreto 2/97 de 7 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de protección de los menores desamparados y de la adopción	DOGC 30/5/97
	Ley	13	19/11/97	Creación del Instituto Catalán del Acogimiento y la Adopción	DOGC 27/11/97
Comunidad Valenciana	Decreto	31	18/2/91	Por el que se modifica el Decreto 23/88 de medidas de protección de menores en situación de desamparo	DOGV 4/3/91
	Ley	7	5/12/94	De la Infancia	BOE 25/1/95
Extremadura	Ley	4	10/11/94	De protección y atención a menores	BOE 27/12/94
	Decreto	68	5/5/98	Establece la habilitación a entidades colaboradoras para el desarrollo de programas de hogares o pisos de acogida de menores y regulación de la acción concertada de la Consejería de B. Social en esta materia	DOE 14/5/98
Galicia	Ley	3	9/6/97	Gallega de la Familia, la Infancia y la Adolescencia.	DOG 20/6/97
	Decreto	42	7/1/2000	Por el que se refunde la normativadora	DOG 6/3/00
Madrid	Orden	300	15/4/91	Relativa al procedimiento para la constitución de la guarda de menores	BOCM 22/4/91
	Decreto	71	12/11/92	Por el que se modifica el Decreto 121/88 regulador del procedimiento de constitución y ejercicio de la tutela y guarda del menor	BOCM 19/11/92
	Ley	6	28/3/95	De Garantías de los Derechos de la Infancia y Adolescencia en la Comunidad de Madrid	BOCM 7/4/95
	Ley	18	29/4/99	Reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia.	BOCM 19/5/99
Murcia	Ley	3	21/3/95	De la Infancia	BOE 2/6/95
Navarra	Decreto Foral	90	25/3/86	Normas sobre adopciones, acogimiento familiar y atención a menores	BON 7/4/86
Rioja, La	Ley	5	18/3/98	Ley del Menor	BOE 2/4/98
País Vasco					
Álava	Decreto	207	2/7/85	Traspasan los servicios de las Instituciones comunes al Territorio Histórico de Álava en materia de protección, tutela y reinserción social de menores	BPV 18/7/85
Guipúzcoa	Decreto	209	2/7/85	Traspasan los servicios de las Instituciones comunes al Territorio Histórico de Guipúzcoa en materia de protección, tutela y reinserción social de menores	BPV 18/7/85
Vizcaya	Decreto	211	2/7/85	Traspasan los servicios de las Instituciones comunes al Territorio Histórico de Vizcaya en materia de protección, tutela y reinserción social de menores	BPV 18/7/85

III. PROCESO DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL

PROCESO DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL

Introducción

El objetivo de este Grupo de trabajo es hacer una propuesta de Unificación de Hojas de detección y de Registro de casos de riesgo y maltrato infantil.

El objetivo no es establecer el modelo de funcionamiento del sistema de protección de menores o de actuación en casos de maltrato infantil, aunque el presente trabajo también puede tener implicaciones a este respecto.

No obstante, parece necesario establecer que principios generales deben regir toda respuesta institucional al fenómeno del maltrato infantil y, por tanto, como se desarrollan en el presente trabajo.

La actuación ante el maltrato infantil debe:

1. Estar englobada dentro de planes generales,
2. Contemplar unos principios básicos de intervención.
3. Establecer un proceso de atención, y
4. Elaborar manuales con los contenidos del programa.

1. La *atención al maltrato infantil* se enmarca dentro del *Protocolo de actuación ante los malos elaborado por el Observatorio de la Infancia desde el Programa para la Mejora de la Atención Social a la Infancia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) y los correspondientes de cada Comunidad Autónoma.*

Los sistemas de atención social a la infancia actuales están basados en derechos y necesidades, bienestar y promoción social frente a los modelos de proteccionismo y beneficencia.

2. La *buena práctica en la protección social* estaría determinada por *criterios de actuación* considerados como óptimos para alcanzar determinados resultados según los objetivos establecidos.

La actuaciones ante situaciones de maltrato infantil deben estar cumplir una serie de criterios básicos de intervención, entre ellos:

- A. Los niños tiene derecho a que sus necesidades básicas sean cubiertas. La familia, la escuela, los servicios sociales, sanitarios,..., y los adultos en general son responsables de que los niños puedan vivir en condiciones que les permitan satisfacer sus necesidades.
- B. Las instituciones y los servicios no deben estar únicamente en función de que se produzcan graves carencias, sino que son responsables de que los niños desarrollen sus mejores posibilidades.
- C. Los niños están especialmente indefensos y necesitados, no pudiendo proporcionarse a si mismos las respuestas más adecuadas a sus necesidades ni protegerse de todos los riesgos.
- D. La familia es la institución que mejor puede responder a algunas necesidades básicas y proteger a los niños.
- E. La familia por si sola no puede satisfacer todas las necesidades del niño. La escuela, los servicios sanitarios, sociales,..., deben responder a las necesidades básicas de los niños propias de su competencia de forma complementaria con la familia.
- F. Cuando los padres son incapaces o no desean proteger a sus hijos de situaciones abusivas o son ellos mismos los agentes del maltrato, la comunidad debe intervenir para proteger a los menores.
- G. Cuando los niños sufren carencias y riesgos que amenazan su adecuado desarrollo, todos los adultos e instituciones públicas tienen el deber de denunciarlo y ofrecer las ayudas o peticiones de ayuda que sean más eficaces.
- H. Las instituciones y servicios públicos con competencia en protección infantil son el contexto al que la comunidad suele recurrir para proteger a los niños y que vivan en condiciones de desarrollo adecuadas.
- I. Los menores sobre los que sea necesario tomar medidas de protección tienen derecho a un plan que prioritariamente debe hacer lo posible para mantenerlos o integrarlos después de un tiempo (siempre el más corto posible), en la familia.

- J. El interés superior del menor debe ser el principio en que estén basadas las tomas de decisión.
 - K. La oferta que la comunidad haga a los menores que han tenido que ser separados de la familia (padres acogedores, responsables de un centro, propios responsables de los servicios de protección infantil) tiene que satisfacer mejor sus necesidades de lo que estaba haciendo su familia de origen.
 - L. El plan de actuación debe contemplar la mayor colaboración posible de los padres y del propio menor.
 - M. La mejor forma de proteger a los niños del maltrato es ayudar a sus padres o cuidadores a que adquieran o vuelvan a asumir sus funciones de protección y cuidado de sus hijos.
 - N. Los padres afectados por medidas de protección deben recibir ayudas que faciliten su colaboración, debiendo mantenerse el mayor contacto posible con los padres y entre los padres y los hijos, salvo indicación específica por entrañar graves desventajas para el menor.
 - O. En caso de separación definitiva debe proporcionarse al niño las condiciones para establecer otros vínculos de apego estables, ya sea a través de la adopción o de acogimientos permanentes.
3. Proceso de atención debe ser el *marco teórico* que sirva de referente y guiar su trabajo en ámbito de la protección al menor.

El Protocolo del Grupo de Trabajo sobre maltrato infantil del Observatorio de la Infancia establece un Proceso de atención al maltrato infantil que orienta la actuación en las diferentes fases.

- 4. El desarrollo del programa debe buscar la participación de las diferentes instituciones y profesiones implicadas en este problema y buscando un consenso elaborando un documento que sirva de marco de referencia.

La elaboración del Manual recoge las aportaciones de las distintas Comunidades Autónomas y los Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales, Sanidad y Consumo, Justicia, Interior, Plataforma de Asociaciones de Infancia, Centro para el Estudio de la Violencia Reina Sofía y la bibliografía consultada.

Proceso de atención al maltrato infantil

El *Protocolo de actuación ante los malos tratos en la infancia* pretende

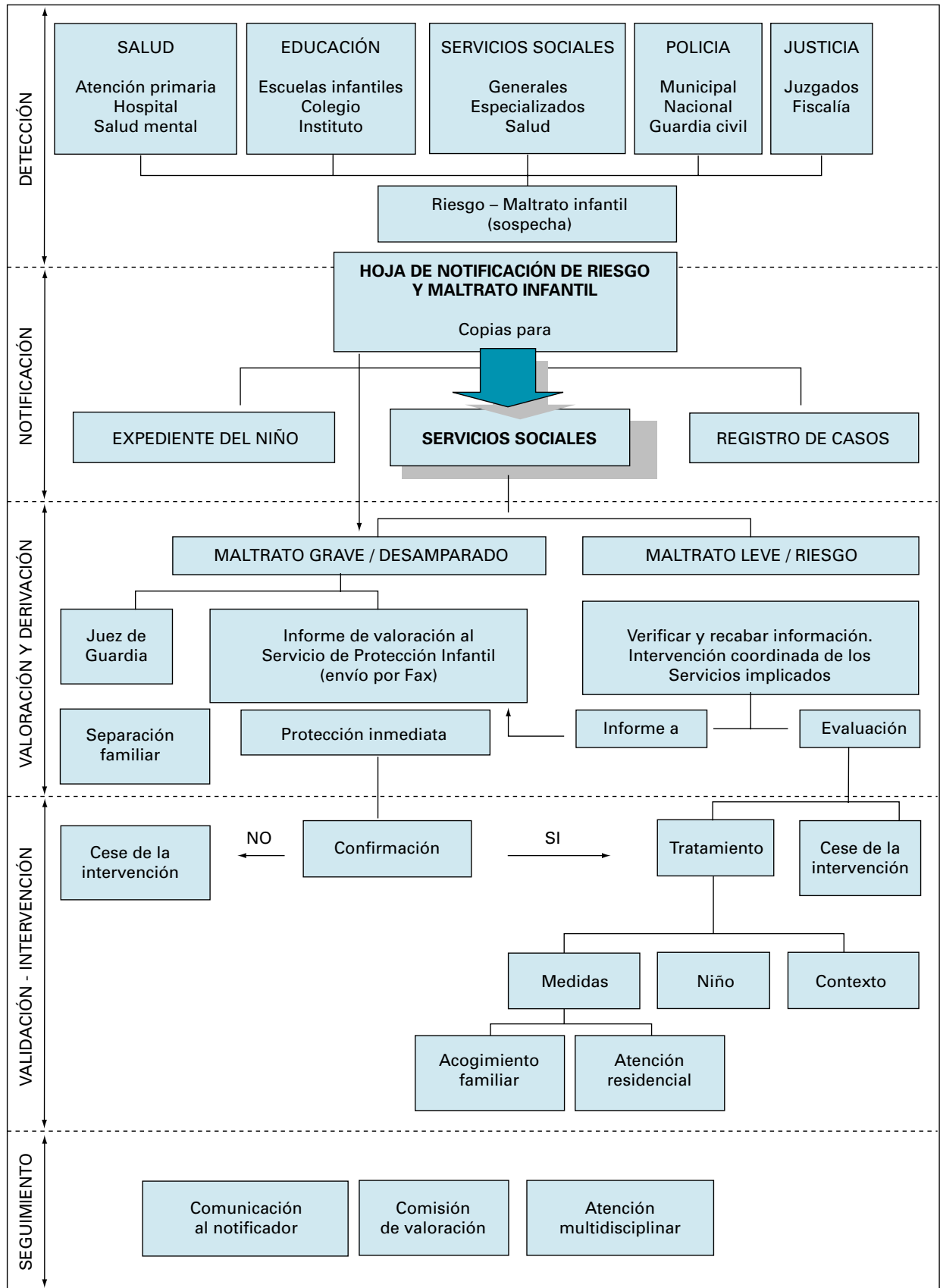
- recoger de manera ordenada y sistemática las actuaciones a realizar en casos de maltrato infantil
- protocolizar el trabajo en los diferentes equipos y servicios
- realizar una propuesta de trabajo de sistema de funcionamiento para el área sanitaria.

El *Proceso de atención al maltrato infantil* que aquí presentamos es una propuesta de trabajo para las distintas áreas de atención a la infancia, ámbitos de trabajo a los que va dirigido este Programa.

El Proceso de atención al maltrato infantil es un esquema básico de fases interdependientes que no necesariamente siguen siempre una dirección lineal. Por ejemplo la gravedad en algunos casos puede exigir como primer paso tomar medidas para garantizar la seguridad y protección del niño como puede ser la hospitalización o ingreso en un Centro de Acogida de Urgencias. (Cuadro 4).

El esquema que presentamos puede coincidir o no con el que se este desarrollando en cada una de las diferentes Comunidades Autónomas, pero nos ofrece una idea general de las *actuaciones* (detección, recepción, investigación, evaluación, planificación, intervención, evaluación, fin intervención) y de los *organismos / servicios* que pueden estar implicados (sanitarios, sociales, educativos, policiales, judiciales, fiscales,...) y según el actual *sistema de protección de menores* (desjudicialización, y competencias de los servicios sociales y de las Comunidades Autónomas).

Cuadro 4. Fases del Proceso de actuación en casos de riesgo y maltrato infantil



(*) Siempre es obligatorio la comunicación a los servicios sociales que son los que tienen las competencias en materia de protección de menores.

(**) Parte de lesiones o para la tutela de menores ante la imposibilidad de contactar con los servicios de las Comunidades Autónomas con la competencia de protección de menores.

(***) Cuando se requiera la intervención del Fiscal de Menores con sus funciones de defensor del menor o de la policía en las ciudades el GRUME (Grupo de Menores de la Policía Judicial) y en el ámbito rural el EMUME (Equipo de Mujer y Menor de la Guardia Civil).

Detección / Diagnóstico

La detección-diagnóstico de maltrato infantil consiste en reconocer o identificar una posible situación de maltrato infantil.

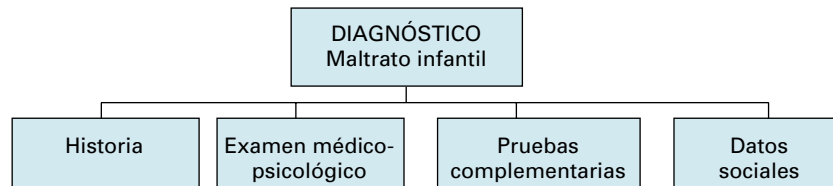
La detección-diagnóstico

- es la primera condición para poder intervenir en casos de maltrato infantil y posibilitar así la ayuda a la familia y al niño que sufran este problema, ya que, como resulta evidente, sino detectamos la situación de malos tratos, difícilmente podremos actuar sobre las causas que dieron lugar a esta situación y proteger al menor.
- debe ser lo más precoz posible para evitar la gravedad de consecuencias para el niño e incrementar las posibilidades de éxito de la intervención, tratar las secuelas, prevenir la repetición, etc.

La determinación de un caso de maltrato infantil debe realizarse en base a cuatro elementos (Cuadro 5):

- *Historia*: datos aportados por el propio niño, otros profesionales (maestro, medico, policía, trabajador social,..) y/o otras personas (vecinos, amigos, parientes,...).
- *Examen psicológico-médico*: existencia de indicadores físicos y comportamentales del niño y en la conducta del agresor / acompañante
- *Pruebas complementarias*: realización de pruebas medicas (radiología, análisis,..), psicológicas (test, entrevistas,..), .. para confirmar o realizar diagnóstico diferencial con otros procesos.
- *Datos sociales*: factores de riesgo presentes que actúan como facilitadores de la existencia del maltrato infantil, que nos van a ayudar a entender por que se produjo esta situación y a orientar en la toma de decisiones y la intervención.

Cuadro 5. Detección-diagnóstico de maltrato



De ahí la importancia de que los profesionales tengan conocimientos suficientes sobre signos, síntomas, pruebas complementarias, etc., que se requieren para sospechar y establecer este diagnóstico así como de indicadores que se presentan en este problema.

Los indicadores son aquellos datos derivados de la historia, de los exámenes medico-psicológicos y de la historia social que señalan la posible existencia de malos tratos.

Presentamos aquellos indicadores:

- físicos y comportamentales del niño y de conducta del agresor / acompañante que pueden estar presentes en las diferentes formas de maltrato infantil: físico, negligencia, emocional y abuso sexual.
- según profesiones / ámbitos de atención a la infancia: se han seleccionado indicadores fácilmente detectables desde distintos ámbitos profesionales y de atención a la infancia sin reincidir en los referentes a aspectos escolares, sanitarios, etc., recogidos en los correspondientes apartados.

- Indicadores físicos del niño y comportamentales del niño y del agresor / acompañante.

	Físicos en el niño	Comportamentales en el niño	Conducta del cuidador
MALTRATO FÍSICO	<p><i>Magulladuras o hematomas:</i> en rostro, labios o boca; en diferentes fases de cicatrización; en zonas extensas del torso, espalda nalgas o muslos; con formas anormales agrupados o como señal o marca del objeto con el que ha sido ocasionado; en varias áreas diferentes indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.</p> <p><i>Quemaduras:</i> de puros o cigarrillos; quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (guante) o de los pies (calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en un líquido caliente: quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas: quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida: parrilla, plancha, etc.).</p> <p><i>Fracturas:</i> en el cráneo, nariz o mandíbula: fracturas en espiral en los huesos largos (brazos o piernas); en diversas fases de cicatrización; fracturas múltiples; cualquier fractura en un niño menor de dos años.</p> <p><i>Heridas o raspaduras:</i> en la boca los labios, encías y ojos: en los genitales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.</p> <p><i>Lesiones abdominales:</i> hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos constantes.</p> <p><i>Mordedura humana:</i> huella del adulto separación mayor de 3 cms. entre caninos.</p> <p><i>Intoxicaciones:</i> por ingestión de sustancias químicas (medicamentos)</p>	<p>Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos Se muestra cuando otros niños lloran. Muestra conductas extremas: agresividad, o rechazo extremos. Parece tener miedo de sus padres, de ir a casa, o llora cuando terminan las clases y tiene que irse a la escuela o guardería. Dice que su padre / madre le han causado alguna lesión. Va excesivamente vestido y se niega a desnudarse ante otros. Es retraído y no participa en actividades y juegos comunes. Ingresos múltiples , en distintos hospitales Hermanos con enfermedades raras, inexplicables o «nunca vistas»</p>	<p>Fue objeto de maltrato en su infancia. Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, falta cometida y condición del niño. No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño o estas son ilógicas, no convincentes o contradictorias. Parece no preocuparse por el niño. Percibe al niño de manera significativamente negativa, por ejemplo le ve como malo, perverso, un monstruo, etc. Psicótico o psicópata Abuso de alcohol u otras drogas. Intenta ocultar la lesión o proteger la identidad de la persona responsable de éste</p>
	<p><i>Münchhausen por poderes:</i> síntomas recurrentes, inventados, inexplicables, desaparecen al separar al niño de su familia y reaparecen al contactar de nuevo, discordancia entre la historia y la clínica y analítica</p>		<p><i>Madres:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Visitan al niño con gran frecuencia, • Manifiestan veneración y sobreprotección hacia su hijo • Con estudios de medicina, enfermeras, aux. clínica,... • Amables, atentas, ... • Colaboradoras con los médicos para encontrar el falso diagnóstico <p><i>Familia:</i> Conflictos de pareja violentos, tendencia a la droga y automedicación</p> <p><i>Padres:</i> antecedentes de autolisis</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Retrasos en la búsqueda de asistencia sanitaria • Niños generalmente lactantes o menores de 3 años • Historia inaceptable, discordante o contradictoria • Hematomas en distintas fases evolutivas. Otras lesiones asociadas. • Asistencia rotando por distintos centros sanitarios. • Signos de higiene deficiente, malnutrición, localización de lesiones en zonas no prominentes • Déficit psicomotor, trastornos del comportamiento. Retraso estaturoponderal. 		

	Físicos en el niño	Comportamentales en el niño	Conducta del cuidador
NEGLIGENCIA-ABANDONO	<ul style="list-style-type: none"> Falta de higiene Retraso del crecimiento Infecciones leves, recurrentes o persistentes Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta seguimiento médico Hematomas inexplicados Accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica Ropa inadecuada para las condiciones climáticas Alimentación y/o hábitos horarios inadecuados Retraso en las áreas madurativas Problemas de aprendizaje escolar 	<ul style="list-style-type: none"> Comportamientos autogratificantes Somnolencia, apatía, depresión Hiperactividad, agresividad Tendencia a la fantasía Absentismo escolar Se suele quedar dormido en clase Llega muy temprana a la escuela y se va muy tarde Dice que no hay quien le cuide Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto Comportamientos antisociales (ej.: vandalismo, prostitución, toxicomanías) 	<ul style="list-style-type: none"> Vida en el hogar caótica Muestra evidencias de apatía o inutilidad Mentalmente enfermo o tiene bajo nivel intelectual Tiene una enfermedad crónica Fue objeto de negligencia en su infancia
MALTRATO EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> 0-2 años: Talla corta, retraso no orgánico del crecimiento, enfermedades de origen psicosomático, retraso en todas o en algunas áreas madurativas 2 a 6 años: Talla corta, enfermedades de origen psicosomático, retraso del lenguaje, disminución capacidad de atención, inmadurez socioemocional. 6 a 16 años: Talla corta, enfermedades de origen psicosomático 	<ul style="list-style-type: none"> 0-2 años: excesiva ansiedad o rechazo en relaciones psicoafectivas (trastornos del vínculo primario); asustadizos, tímidos, pasivos, comportamientos negativistas o agresivos, ausencia de respuestas a estímulos sociales 2 a 6 años: retraso del lenguaje, disminución de la capacidad de atención, inmadurez socioemocional, hiperactividad, agresividad, escasa discriminación y pasividad en las relaciones sociales 6 a 16 años: problemas de aprendizaje y lectoescritura, ausencia autoestima, escasa capacidad y habilidad ante situaciones conflictivas, inmadurez socioemocional, relaciones sociales escasas y/o conflictivas, conductas compulsivas y/o de autolesión, problemas graves control de esfínteres 	<ul style="list-style-type: none"> Culpa o desprecia al niño Es frío o rechazante Niega amor Trata de manera desigual a los hermanos Parece no preocupado por los problemas del niño Exige al niño por encima de sus capacidades físicas, intelectuales, psíquicas Tolera absolutamente todos los comportamientos del niño sin ponerle límite alguno
MALTRATO-ABUSO SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad para andar y sentarse Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada Se queja de dolor o picor en la zona genital Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal Tiene una enfermedad de transmisión sexual Tiene la cerviz o la vulva hinchados o rojos Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia) Infecciones urinarias de repetición 	<p>— Conductuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> Dice que ha sido atacado sexualmente por un padre / cuidador Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados, inusuales <p>— Psicosomáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Trastornos del sueño y alimentación Diversos: algias abdominales, cefaleas, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, etc., que originan intenso consumo médico sin aclarar las causas <p>— Psíquicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Depresiones crónicas, intentos de autólisis, automutilaciones Desvalorización corporal: obesidad, anorexia Problemas de conducta: fugas, fracasos escolares y profesionales Promiscuidad sexual, transvestismo, evolución hacia la homosexualidad, prostitución masculina o femenina Criminalidad (bajo forma de abusos sexuales muchas veces). Violencia 	<ul style="list-style-type: none"> Extremadamente protector o celoso del niño Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador Sufrió abuso sexual en su infancia Experimenta dificultades en su matrimonio Abuso de drogas o alcohol Está frecuentemente ausente del hogar

Fuente: Le Boeuf, CM (ed.). The role of the educator in the prevention and treatment of child abuse and neglect. Community Council on Child Abuse & Neglect. 1982:8 (modificado).

• Indicadores según profesiones / ámbitos de atención a la infancia

Ámbito profesional	Indicadores
Tocología Matrona (riesgo)	Embarazo abocado al inicio a interrupción voluntaria Planteamientos de ceder al niño para adopción 1.ª visita médica > 20 semana de gestación Menos de 5 consultas médicas durante embarazo Parejas jóvenes con características de inmadurez Pobre autoestima, aislamiento social o depresión Crisis familiares múltiples Hijo no deseado o poca relación con los padres Enfermedad mental en los padres, toxicomanía
Neonatología Matrona (riesgo)	Madre no esta alegre con el niño Decepción por el sexo Llantos del niño no controlados por la madre Expectativas madre muy por encima posibilidades del hijo Madre ignora las demandas niño para ser alimentado Madre siente repulsión hacia las deposiciones Falta de ilusión al ponerle el nombre Reacción negativa del padre hacia el niño
Consulta (Atención primaria, enfermería)	Incomparecencia a consultas ambulatorias Insistencia en ingresos hospitalarios Inadecuación de las dietas no justificables Inadecuación del vestuario a la climatología No seguimiento calendario vacunal, tratamientos Retrasos inexplicables crecimiento / maduración Engaños familiares en temas de salud, sociales, .. Repetición de accidentes Propios relatos del niño Actitud temerosa hacia sus padres
Hospital	Familias que abandonan al niño sin justificación, mayor preocupación por la televisión, relaciones sociales,..., que por cuidar al niño Padres que realizan visitas de escasa duración Falta comparecencia a hablar con los médicos No aportar datos escritos de otros ingresos Formas corrección agresiva negligente en público Comentarios del niño de actuaciones de los padres Adaptación niño al hospital demasiado fácil o precoz Expresar deseos de no regresar a su domicilio
Urgencias	Retraso en acudir al centro sanitario Prisas atención médica por accidentes mínimos Lesiones incoherentes con el mecanismo explicado Empeoramiento enfermedades crónicas sin tratar Accidentabilidad por negligencias familiares Dificultad para sacar ropa interior del niño Acudir a distintos centros hospitalarios Manifestaciones conductuales inexplicables Actitudes de autoestimulación o autoagresivas Dificultad sociabilización en presencia de familia
Salud mental	<i>Trastornos desarrollo:</i> aprendizaje, habla, emocional, retraso mental, fracaso escolar,... <i>Psicosomáticos y funcionales:</i> cefaleas, enuresis, encopresis, trastornos del sueño, anorexia, bulimia,.. <i>Conductuales:</i> masturbación compulsiva, juegos sexuales inapropiadas para su edad, aislamiento, retraimiento, agresividad, fugas hogar, conducta antisocial, hiperactividad,... <i>Psiquiátricos:</i> automutilación, autolisis, psicosis <i>Neuróticos:</i> estructuras obsesivas, fobias, depresión, ansiedad, regresión,...

Ámbito profesional	Indicadores
<p>Escuela</p> <p>Indicadores en el niño</p>	<p>Señales físicas repetidas (moratones, quemaduras,...) Sucios, malolientes, ropa inadecuada,... Cambio significativo en la conducta escolar sin motivo aparente Conducta sexual explícita, juegos y conocimientos sexuales inapropiados para su edad, masturbación compulsiva o en público Presenta frecuentes dolores inespecíficos sin causa aparente Falta a clase de forma reiterada sin justificación Retraso en el desarrollo físico, emocional e intelectual Conductas antisociales, fugas, vandalismo, hurtos,... Regresiones conductuales conductas muy infantiles para su edad,..)</p>
<p>Escuela</p> <p>Indicadores en los padres</p>	<p>No se preocupan por el menor, no acuden a reuniones Desprecian y desvalorizan al niño en público No permiten contactos sociales del menor (aislamiento social) Están siempre fuera de casa (nunca tiene tiempo para ...) Compensan con bienes materiales la escasa relación personal / afectiva que mantienen con sus hijos Son celosos y protegen excesivamente al niño</p>
<p>Servicios Sociales Generales</p>	<p>Aspecto descuidado en la higiene y en el vestido. Vivienda precaria/ hacinamiento Ingresos económicos muy escasos e inestables. Consumo habitual de alcohol / drogas. Relaciones conyugales conflictivas. Existencia de sintomatología psiquiátrica. Ausencia de apoyos funcionales (familiares, amigos, vecinos, etc.) Dificultades de acceso a los recursos (educativos, sanitarios, etc.) Manifestación de problemas de relación con el menor (es hiperactivo, introvertido, provocador, etc.) Manifestación de problemas de control sobre el menor (hace lo que quiere, es malo, desobediente, etc.) Ausencia de supervisión sobre las actividades del menor (desconocimiento de lo que hace, a dónde va, si acude a la clase, de quienes son su grupo de iguales, etc.) Utilización del menor como apoyo habitual al trabajo y a las tareas domésticas (cuidado de hermanos, etc.) Manifiestan dificultades del menor para relacionarse con su grupo de iguales; se quejan de características marginales de sus amigos. Los padres dificultan o impiden a los profesionales contacto con el menor.</p>
<p>Policía</p>	<p><i>Relacionados con falta cuidado supervisión y/o control por parte de adultos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Deambular solo o con otros menores, en horas de colegio y en horas fuera de colegio, especialmente de noche. • Uso de ropa inadecuada para las condiciones climáticas o escasa higiene. • Intoxicación etílica y consumo de alcohol o drogas. • Fugas de domicilio. • Abuso y explotación laboral o mendicidad. <p><i>Relacionados con la presencia de acciones maltratantes.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Prostitución / pornografía infantil, tenencia o exhibición de pornografía a menores. • Uso de menores en espectáculos públicos de carácter exhibicionista/pornográfico. • Manifestaciones de abuso sexual: Ropas rasgadas, manchadas o ensangrentadas. • Uso de vocabulario y comportamientos sexuales impropios de la edad. • Masturbación compulsiva en público. <p><i>Relacionados con la presencia de actos de rebeldía y/o conductas antisociales.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Comportamientos agresivos y violentos en las aulas contra profesores o alumnos. • Actos de vandalismo, racismo o xenofobia. <p><i>Relacionados con la familia o cuidadores principalmente.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relacionados con la explicación y/o percepción del problema y del menor. Manifestaciones sobre maltrato, abuso sexual o negligencia. 2. Relacionados con circunstancias vitales de la familia. Cambios de conducta no habituales, (conductas agresivas, fracaso escolar, tristeza, comportamientos sexuales inadecuados, miedos).

El diagnóstico de malos tratos a un niño puede requerir la realización de exploraciones médicas que en el caso del maltrato infantil debemos ser especialmente cuidadosos ya que:

- pueden causar reexperiencia del trauma
- deben evitar reexploraciones innecesarias
- prever la participación de un médico forense en casos de exploración genital y anal en abusos sexuales.

Notificación

La notificación del caso es la transmisión de información referente al menor supuestamente maltratado y del propio informante. Lo que se pide al profesional es que detecte «indicios razonables para sospechar» y los informe.

La notificación debe hacerse **siempre** a los servicios sociales y a otras instituciones según los casos. La notificación es:

- una condición necesaria para posibilitar la intervención en casos de maltrato infantil
- una obligación legal y profesional

No solo los casos detectados más graves y evidentes deben ser notificados, también los aparentemente leves y las situaciones de riesgo existe obligación legal de notificarlas.

No obstante, debemos ser rigurosos, ya que si se notifican numerosos casos erróneos se saturan los servicios, se pierde eficacia, las instituciones pierden credibilidad y se pueden producir daños irreparables a los menores y sus familias.

La notificación deberá realizarse a:

- *servicios sociales generales (municipales)* directamente o a través de los servicios sociales *del ámbito laboral* en que desarrolla la actividad el profesional que realizó el diagnóstico / detección.
- *servicios con competencia en protección de menores* en aquellos casos que requieran medidas urgentes: Servicios Sociales con competencias en protección de menores de las Comunidades Autónomas,
- *Juez de Guardia* en los casos regulados por la Ley en que se requiere la comunicación a través de un Parte de lesiones o en aquellas circunstancias en que no sea posible contactar con los servicios sociales con competencias en materia de protección de la Comunidad Autónoma

La notificación debe incluir:

- datos del menor.
- datos del informante.
- datos del caso.

Tratamiento / Intervención

La actuación en casos de maltrato infantil, independientemente del nivel en que se produzca, tiene que cumplir unos requisitos mínimos. Debe:

- actuar sobre todo el problema en su conjunto, sobre todas las circunstancias predisponentes, desencadenantes y modificadoras de su presentación, intensidad y desarrollo del maltrato. No puede ser puntual, tratar sólo el síntoma.
- considerar a la persona como una totalidad, como un conjunto bio-psico-social y su entorno familiar. No debe limitarse al niño, sino al niño, su familia y el medio.
- realizarse por un equipo de profesionales con formación específica en los problemas familiares y de la infancia, con conocimientos de recursos y estrategias propias de estas situaciones (equipo especializado, no por un conjunto de especialistas).
- desarrollo de un trabajo coordinado, en equipo y con bases científicas, y no desde el voluntarismo.

La *actuación en casos de maltrato infantil* conlleva desde el ámbito:

Sanitario	<ul style="list-style-type: none"> • Detección de niños en riesgo y/o maltrato infantil • Tratamiento de las lesiones y comprobación diagnóstica de la etiología • Notificar a servicios sociales
Educativo	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración con Equipo educativo / Dirección y notificar a servicios sociales y/o • Trabajo coordinado con servicios sociales • Seguimiento del niño / familia
Policial	<ul style="list-style-type: none"> • Detección • Trabajo coordinado con servicios sociales • Comunicación al Juez y/o Servicios de Protección.
Servicios sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Detección • Intervención social y en sus caso del sistema de protección infantil. • Atención inmediata y urgente

La atención al niño maltratado presenta unas características particulares y deberá:

- atender las lesiones (atención sanitaria, comprobación diagnóstica, validación de las declaraciones) acompañarse de apoyo emocional y tratamiento psicológico. La *atención clínica* de las lesiones no difiere de otras lesiones equivalentes por otras causas, por lo que en cuanto al tratamiento exclusivamente médico - quirúrgico no existen diferencias.
- considerar el tratamiento de la crisis (lesiones, problemas de salud asociados, posibles secuelas, repetición del maltrato) y después de la crisis (efectos a corto y largo plazo)
- apoyo emocional
- equipo multiprofesional (intervención de los servicios sociales, salud mental,...)
- coordinación
- realizarse un seguimiento posterior del niño y su familia
- prevención

La *validación* (comprobación diagnóstica) deberá determinar la validez de la notificación evaluando:

- veracidad de la denuncia / notificación.
- gravedad del daño infligido al menor.
- riesgo de maltrato o daño y su severidad, y,
- las causas (etiología) que originaron la situación de maltrato (factores de riesgo existente),
- del grado en que las necesidades básicas estén cubiertas y los recursos familiares y sociales en torno al menor.

El *apoyo emocional* es imprescindible en el maltrato infantil ya que las consecuencias y secuelas psíquico-emocionales siempre van a estar presentes en este problema tanto a corto como a medio-largo plazo.

El maltrato infantil es un problema multifactorial con repercusiones múltiples que afecta al niño y su familia por lo que requiere ser atendido por un *equipo multiprofesional*.

La solicitud de *intervención a los servicios sociales* puede ser para:

- solicitar información para confirmación diagnóstica
- posibilidad de facilitar apoyos, ayudas
- adoptar las medidas de protección infantil necesarias
- su conocimiento a los efectos oportunos de trabajo social

Para ello, esta fase debe incluir un protocolo de trabajo / investigación de los servicios sociales de acuerdo al papel y a las herramientas propias de esta profesión.

La *coordinación* es una palabra clave en la intervención en casos de maltrato infantil resultando la realización del trabajo sanitario y social de forma conjunta e imprescindible para la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos de maltrato infantil, correspondiendo a cada ámbito profesional encargarse de las actividades propias de su actividad.

Debe realizarse un *seguimiento posterior del niño y su familia* no limitándose al tratamiento de la crisis.

La *prevención* es un esfuerzo común de toda la sociedad, no solamente de los profesionales e instituciones implicadas.

En resumen, debemos recordar la importancia de:

MOTIVAR	La sensibilización es fundamental en la intervención en maltrato infantil evitando las falsas creencias
OBLIGACIÓN	Además de la obligación moral-deontológica existe la obligación legal de notificar / intervenir en casos de riesgo (sospecha) y de maltrato infantil evidentes
SEGUIMIENTO	La intervención requiere actuar según los distintos factores de riesgo existentes y a lo largo del tiempo
COORDINACIÓN	Los diferentes organismos y profesionales que atienden al niño y la familia deben actuar de forma conjunta y coordinada
BUEN TRATO	El concepto de maltrato infantil contemplarse desde lo que es o debería ser el buen trato y de los principios de actuación desde la ayuda que debe proporcionarse vía servicios sociales como responsables en materia de protección de menores, para actuar sobre los factores de riesgo que facilitaron la producción del maltrato.

IV. DOCUMENTACIÓN

DOCUMENTACIÓN

Protocolos sobre detección y notificación del maltrato infantil

Documentación remitida al Grupo de Trabajo de la que se tiene conocimiento relativa al maltrato infantil.

Comunidad Autónoma	Documento
Andalucía	<ol style="list-style-type: none">1. Instrucciones sobre prevención y atención por los Centros Docentes en caso de maltrato a menores. 19972. La atención a la infancia en Andalucía. Dirección General de Atención al niño. 19933. Jiménez J, Moreno MC, Oliva A, Palacios J, Saldana D. El maltrato infantil en Andalucía. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. 19954. Sánchez EM, Cañas M, Muriel R, Ponce JA, Valdecantos R (dir). Guía de atención al maltrato infantil. Sevilla: ADIMA, 1993
Aragón	<ol style="list-style-type: none">5. Guía sobre maltrato infantil. Diputación General de Aragón.6. Programa de intervención familiar. Documento de trabajo. Dirección General de Bienestar Social.7. Casión JM, Mur MJ, Gómez JD, Lahoz J et al. Detección del maltrato infantil. Análisis de la realidad y propuestas de actuación del Programa de Prevención y Detección de Situaciones de desprotección y maltrato infantil en Aragón. 20018. El maltrato a menores en la ciudad de Zaragoza. Diputación General de Aragón–Equipo de Investigación Sociológica EDIS. 1992
Asturias	
Baleares	<ol style="list-style-type: none">9. Carrión A, Mercadal A, Michelena A. Maltractament infantil. Guia per mestres.10. Michelena A, Cerezo MA. Maltrato infantil en las Islas Baleares: Fomento de su detección y mejora de la intervención desde el servicio de menores. Govern Balear. 199811. Programa experimental de prevenció del maltractament infantil des de l'àmbit escolar. Memoria curs 98/99. Govern de les Isles Balears. 2000
Canarias	<ol style="list-style-type: none">12. Hoja de comunicación de posible situación de desamparo.13. Hoja de denuncia de posible situación de desamparo.14. Grande J (de). Protocolo de facilitación de la detección de los malos tratos a mujeres y menores. Servicio Canario de Salud. 1999
Cantabria	<ol style="list-style-type: none">15. García M, Lozano MJ (dir). Malos tratos en la infancia. Instituto Nacional de la Salud. Cantabria. 199016. Plan de coordinación para la asistencia inmediata a víctimas de agresiones sexuales. CAVAS. 2000
Castilla-La Mancha	
Castilla y León	<ol style="list-style-type: none">17. Modelos de Hoja de notificación y de Informe sobre situaciones detectadas de desprotección infantil18. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Detección y notificación ante situaciones de desamparo y de riesgo en la infancia. Junta de Castilla y León.19. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Investigación y evaluación ante situaciones de desamparo infantil. Junta de Castilla y León.20. Verdugo MA, Gutiérrez B, Fuertes J, Elices JA. Maltrato y minusvalía. Ministerio de Asuntos Sociales. 1993.
Cataluña	<ol style="list-style-type: none">21. Alonso JM, Creus E, Domingo F, <i>et al.</i> El llibre d'en pau. Guia per a l'àmbit de la salut. Generalitat Catalunya. 199622. Martínez Roig A. Detecció, intervenció i derivació de maltractaments infantils pels professionals de la sanitat. Generalitat de Catalunya. 199123. Ingles A (dir). Els maltractaments infantils a Catalunya. Estudi actual i balance de la seva situació actual. 199124. Ingles A (dir). Els maltractaments infantils a Catalunya. Quants, Com, Per què. Centre d'Estudis Jurídics. Generalitat de Catalunya. 2000

Comunidad Autónoma	Documento
Extremadura	25. Hoja de notificación de la Dirección General de Infancia y Familia de la Consejería de Bienestar Social 26. Hoja de notificación del Programa Experimental para la mejora del tratamiento en los casos de riesgo de maltrato infantil 27. Ficha de Detección utilizada de los Programas de Educación por los profesionales de Educación Familiar y Apoyo a Familias Desfavorecidas y en situación de Riesgo Social. 28. Ficha de Recepción de Llamadas del Teléfono al Menor 29. Merideño F (dir). Guía de detección y notificación del maltrato infantil. Consejería de Bienestar Social. 1998
Galicia	30. Guía para a detección do maltrato infantil. Xunta de Galicia. 1999 31. Guía para a detección de situacións de maltrato infantil. Xunta de Galicia. 1997 32. A infancia: problemas e solucións. Relatorios das xornadas. Xunta de Galicia. 2000
La Rioja	33. Escalona MJ, Navas E, Vallés P, Vallespi O. La infancia ignorada. Una aproximación a la desigualdad social en Logroño desde la perspectiva de la educación social. Instituto de Estudios Riojanos. Gobierno de La Rioja. 1995
Madrid	34. Abad D, Albeniz C, Alzu V, Casado J <i>et al.</i> Guía para la atención del maltrato a la infancia por los profesionales de la salud. Consejería de Salud. 1993 35. Casas F, González M, Calafat C, Fornells M. Riesgo y protección en la población infantil: factores sociales influyentes según los profesionales de la Comunidad de Madrid. Consejería de Servicios Sociales. 2000 36. Díaz Aguado MJ, Martínez R (dir). Infancia en situación de riesgo social. Un instrumento para la detección a través de la escuela. Madrid: Consejería de Educación. 1996 37. Díaz Aguado MJ, Martínez R (dir). La. educación infantil y el riesgo social . Su evolución y tratamiento. Madrid: Consejería de Educación. 2001 38. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J (dir). Atención al abuso sexual infantil. Madrid: Consejería de Servicios Sociales. 2000 39. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J (dir). Atención al maltrato infantil desde salud mental. Madrid: Consejería de Servicios Sociales. 2000 40. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J (dir). Atención a la embarazada de riesgo social y prevención del maltrato infantil. Madrid: Consejería de Servicios Sociales. 1999 41. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J (dir). Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 1998 42. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J (dir). Atención al niño de riesgo biopsicosocial desde el ámbito sanitario. Consejería de Servicios Sociales. 1999 43. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Programa para la detección del riesgo social en neonatología. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. 1998 44. Lobo E, Duce R, García E, Martínez MR, Varona B. Guía para la escuela. La protección de los niños y niñas en situación de riesgo social. Consejería de Educación. 1989. 45. Oñorbe M, García M, Díaz Huertas JA (dir). Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario. Madrid: Consejería de Salud. 1995 46. Procedimiento de colaboración para la atención social de menores. Instituto Madrileño del Menor y la Familia - Ayuntamiento de Madrid. 1998 47. Simón C, López JL, Linaza JL. La población infantil en situación de desamparo en la Comunidad de Madrid. Consejería de Servicios Sociales. 1998 48. Hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario 49. Hoja de notificación de riesgo social en la embarazada y el recién nacido 50. Hoja notificación escuela (E 10)

Comunidad Autónoma	Documento
Murcia	51. Parra JA, García J, Mompeán P (dir). Maltrato infantil. Protocolos de actuación. Consejería de Trabajo y Política Social. Murcia. 2000
Navarra	
País Valenciano	52. El papel del ámbito educativo en la detección y abordaje de desprotección infantil y/o maltrato infantil (Borrador avanzado) 53. El papel del ámbito sanitario en la detección y abordaje de desprotección infantil y/o maltrato infantil. (Borrador avanzado) 54. El papel del ámbito policial en la detección y abordaje de desprotección infantil y/o maltrato infantil. (Borrador avanzado)
País Vasco	55. Paúl J (dir) Maltrato y abandono infantil. Identificación de factores de riesgo. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1988 56. Arruabarrena MI, Paúl J. El papel del personal de guarderías en el abordaje del problema del maltrato y abandono en la infancia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1988. 57. Martínez A, Arruabarrena MI, Paúl J. El papel del personal sanitario en el abordaje del problema del maltrato y abandono en la infancia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1988. 58. Arruabarrena MI, Paúl J. El papel del trabajador social en el abordaje del problema del maltrato y abandono en la infancia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1988. 59. Arruabarrena MI, Paúl J. El papel del Agente de Policía en el abordaje del problema del maltrato y abandono en la infancia. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. 1988 60. Redondo E (dir). I Jornadas sobre Infancia Maltratada: Maltrato institucional. Diputación Foral de Álava. 1994 61. Los abusos sexuales a menores. Diputación Foral de Álava. 1994 62. EMAIKER. Menores en situación de riesgo en Álava. Diputación Foral de Álava. 1995 63. Aisa E, Fuente A, Garate J, García T <i>et al.</i> Maltrato y desprotección en la infancia y adolescencia. Diputación Foral de Vizcaya. Gobierno Vasco –. 2000. 64. Plan de Infancia para la atención de las situaciones de desprotección infantil. 2000 65. Protocolo de intervención policial ante situación de maltrato infantil. Diputación Foral de Álava.

Institución	Documento
Ministerio Sanidad y Consumo	66. Jornadas ante el maltrato a la infancia. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1990 67. Sánchez Moro C (dir). Aproximación a un análisis cualitativo de los malos trato a la infancia. Equipo de Investigación EDIS.1988 68. Consejo interterritorial. Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1999
Ministerio de Justicia	69. Memoria de la Fiscalía General del Estado Año 2000 pags. 305-323 70. Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales. 1999 Tomo I. Violencia física y psíquica en el ámbito familiar. Apuntes para una reforma. La violencia en el ámbito familiar: aspectos jurídicos y médico-periciales Tomo II. Delitos contra la libertad sexual. Aspectos jurídicos y médico legales. Proyectos de reforma legislativa. Tomo III. Características psicopatológicas del agresor y la víctima en los supuestos de violencia familiar. Protección de las víctimas de los delitos violentos y contra la libertad sexual.
Ministerio del Interior	71. División de Formación y Perfeccionamiento. Curso de tratamiento policial de menores. Dirección General de la Policía.

Institución	Documento
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales	
Instituto de la Mujer	72. Violencia contra las mujeres. 1995
Dirección General de Acción Social, del Menor y la Familia	<p>73. Gracia E, Musitu G. Programa de formación para profesionales del ámbito social en materia de malos tratos a la infancia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1999</p> <p>74. Arruabarrena MI, Paúl J, Torres B. El maltrato infantil. Detección, notificación, investigación y evaluación. 1994</p> <p>75. López F, Torres B, Fuertes J, Sánchez JM. Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1994</p> <p>76. Documento sobre la violencia en el ámbito familiar. Conclusiones del Grupo de Trabajo</p> <hr/> <p>Materiales de Trabajo</p> <p>77. (53) Programa experimental para la prevención, detección e intervención en situaciones de riesgo de maltrato no grave. Región de Murcia. 2000</p> <p>78. (54) Maltrato infantil en las Islas Baleares: fomento de su detección y mejora de la intervención desde el Servicio de Menores 1995-1997</p> <p>79. (55) Programa experimental de atención y tratamiento a familias con problemas de maltrato infantil. Principado de Asturias. 2000</p> <p>80. (56) Experiencias de investigación de malos tratos a la infancia. Memoria del Programa experimental sobre Abuso sexual infantil. Generalitat Valenciana. 2000</p> <p>81. (59) Los malos tratos en el ámbito familiar valorados por los servicios sociales comunitarios. Explotación específica del Sistema de Información de Usuarios de Servicios Sociales en Asturias y Murcia. 2000</p> <p>82. (67) Programa de integración familiar. Comunidad Autónoma de Galicia. 2001</p> <p>83. (70) Leyes de Protección a la infancia de las Comunidades Autónomas. 2001</p> <p>84. Observatorio de la Infancia</p> <p>85. Catalogo de Estudios e Investigaciones</p> <p>86. Estudio Delphi para la elaboración de una Hoja de Notificación de casos de maltrato infantil. Madrid: Centro Universitario de Salud Pública. 2000</p>
Senado	<p>87. Informe de la Ponencia para el estudio de la Problemática de los hechos y comportamientos violentos relacionados con los menores de edad, constituida en el seno de la Comisión de Interior y Función Pública. 1998</p> <p>88. Informe de la Ponencia constituida en el seno de la Comisión de Relaciones con el Defensor del Pueblo y de los Derechos Humanos sobre la Problemática del Menor en España. Boletín Oficial de la Cortes Generales Senado 3 de mayo de 1989 Pág. 11953-11975</p> <p>89. Informe del Defensor del Pueblo sobre Violencia escolar. Defensor del Pueblo. 1999</p>
Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Valencia	<p>90. Sanmartín J. Violencia contra niños. Ariel. 1999</p> <p>91. Maltrato infantil en la familia. Comunidad Valenciana (1997-1998).</p> <p>92. Raine A, Sanmartín J. Violencia y psicopatía. Ariel. 2000</p> <p>93. Materiales sobre violencia en la escuela.</p>
Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI)	<p>94. El maltrato infantil: guía para maestros. Asociación Murciana de apoyo a la infancia maltratada. 1996</p> <p>95. I Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Barcelona. 1989</p> <p>96. II Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Vitoria. 1991</p> <p>97. III Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Madrid. 1993</p> <p>98. IV Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Sevilla. 1995</p> <p>99. V Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada. Valencia. 1999</p>

Institución	Documento
International Society for Prevention Child Abuse and Neglect (ISPCAN)	100. IV European Congress on Child Abuse and Neglect. Padua, Italia. 1993 101. VI European Congress on Child Abuse and Neglect. Barcelona, España 1997 102. VIII European Congress on Child Abuse and Neglect. Jerusalén, Israel. 1999 103. Daro D, Downs B, Keeton K, McCurdy K <i>et al.</i> World perspectives on child abuse: An international resource book. National Committee on Child Abuse Prevention Research. ISPCAN. 1992 104. Bross DC, Miyoshi TJ, Miyoshi P, Krugman RD. World perspectives on child abuse: The fourth international resource book. ISPCAN. 2000
Save the children	105. Horno P. Educa. No pegues. Materiales didácticos. 1999 106. Molino M. El menor como víctima en el proceso judicial. 107. Nyman A, Svensson B. Chicos. Abuso sexual y tratamiento. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2000 108. Holman K. Tratamiento de jóvenes agresores sexuales. 2001 109. Holman K. Abuso sexual infantil. Programas de prevención. ¿Cuál es el efecto del trabajo en prevención. 2001
Plataforma Asociaciones Infancia (POI)	110. Martínez M. El niño en Europa. Representaciones sociales de los adolescentes madrileños sobre la violencia. 2000
Organización Mundial de la Salud (O.M.S.)	111. WHO Regional Office for Europe. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention WHO/HSC/PVI/99.1 Ginebra, Suiza 1999 112. WHO. First Meeting on Strategies for Child Protection EUR/ICP/FMLY/ 01.03.01 Padua, Italia 1998 113. Child Health and Development, Division of Family Health, Injury Prevention Programme, Division of Emergency and Humanitarian Action and Division of Mental Health. Protocol for the study of interpersonal physical abuse of Children. Switzerland, World Health Organization. 1994
Parlamento Europeo	114. Decisión 293/2000/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de enero de 2000 por la que se aprueba un Programa de acción comunitario (programa Daphne) (2000-2003) sobre medidas preventivas destinadas a combatir la violencia ejercida sobre los niños, los adolescentes y las mujeres.
Varios	115. Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez MC. Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos. 1997 116. Ochotorena J, Arruabarrena MI. Manual de protección infantil. Barcelona. Masson. 1996 117. Child Welfare League of America. Standards for abused or neglected children and their families. 1989

Análisis de la documentación

La documentación utilizada para la realización del presente trabajo ha sido la remitida por las diferentes Comunidades Autónomas e instituciones que han colaborado en su realización y otras que se han considerado de interés.

Evidentemente no es toda la bibliografía existente en nuestro país, sino aquellos documentos que se han remitido o que a juicio del Grupo de trabajo resultan de interés para la realización del presente documento.

La documentación se ha clasificado según:

1. Generales	Guías-manuales de atención al maltrato infantil que incluyen diferentes ámbitos profesionales
2. Sanidad	Guías-manuales-publicaciones específicas para el ámbito sanitario sobre atención al maltrato infantil
3. Educación	Guías-manuales-publicaciones específicas para el ámbito educativo sobre atención al maltrato infantil
4. Servicios sociales	Guías-manuales-publicaciones específicas para el ámbito de los servicios sociales sobre atención al maltrato infantil
5. Justicia	Guías-manuales-publicaciones específicas para el ámbito judicial - legal sobre atención al maltrato infantil
6. Policía	Guías-manuales-publicaciones específicas para el ámbito policial sobre atención al maltrato infantil
7. Estudios epidemiológicos	Estudios sobre factores de riesgo e incidencia-prevalencia del maltrato infantil
8. Hojas notificación	Modelos de Hojas de notificación
9. Factores riesgo	Estudios sobre factores de riesgo y maltrato infantil.
10. Abuso sexual	Guías-manuales-publicaciones específicos sobre abuso sexual infantil
11. Salud mental	Guías-manuales-publicaciones específicas sobre salud mental y maltrato infantil
12. Maltrato institucional	Guías-manuales-publicaciones específicas sobre maltrato institucional y maltrato infantil
13. Teléfono	Guías-manuales-publicaciones específicas sobre teléfonos de atención al niño maltratado
14. Plan infancia	Planes integrales de atención a la infancia
15. Programa Maltrato infantil	Programas específicos sobre maltrato a desarrollar / en desarrollo

El análisis de la documentación se ha realizado, según las diferentes Comunidades Autónomas o instituciones participantes en este Grupo de Trabajo, elaborando un cuadro en el que consta el número que corresponde al Documento según el apartado de Documentación, correspondiendo la X a documentos que no están recogidos en el apartado de documentación por ser documentos no publicados o que no se ha dispuesto de un ejemplar.

ESQUEMA (*)

	Generales	Sanidad	Educación	Servicio social	Justicia	Policía	Estudios epidemiol.	Hojas notific.	Factor riesgo	Abuso sexual	Salud mental	Maltrato institut.	Teléf.	Plan infancia	Programa Maltrato
Andalucía	4		1				3							2	
Aragón	5						8								6,7
Asturias															79
Baleares			9,11	10											78
Canarias		14						12,13							
Cantabria		15								16					
Castilla La Mancha															
Castilla León	18,19						20	17						X	
Cataluña		21,22					23,24								
Extremadura	29						25,26, 27						28		
Galicia	X														82
La Rioja							33								
Madrid		34,41,42,45	36,37,44	46			47	48,49,50	35,40,43	38	39			X	X
Murcia	51		94												77
Navarra															
País Valenciano		53	52			54	91			80					
País Vasco		57	56	58		59			55						
Diput. Vizcaya	63													64	
Diput. Álava						65	62			61		60			
M. Sanidad		66,67					68								
M. Justicia							69			70					
M. Interior						71									
M. Educación															
M.T. A. Sociales	74,75,76			73	80			86							77 a 82
Reina Sofía	90		93				91			X	92				
Plataforma Save the Children			105		106					107 a 109					
FAPMI	95 a 99		94												
ISPCAN	100 a 102						103,104								
OMS		111,112						113							

(*) Los números corresponden al Documento según el apartado de Documentación. La X a documentos no publicados o que no se ha dispuesto de ejemplar.

V. HOJAS DE NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE CASOS PROPUESTAS

HOJAS DE NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE CASOS PROPUESTAS

Unificación de Hojas de detección y notificación y registro de casos de riesgo y maltrato infantil

La atención al maltrato infantil requiere determinar conceptos y topologías comunes, facilitar la notificación de los profesionales y establecer registros de casos homogéneos.

Este proyecto pretende solventar las dificultades del párrafo anterior *incrementando las fuentes* a través de las cuales se detecta el maltrato para poder ganar una *visión más global del problema*. Para ello se pretende contar con la colaboración directa de los Servicios Sociales, de los Servicios Sanitarios, de los Profesores y de la Policía. Con este fin se presentan una serie de protocolos, simples y de fácil cumplimiento, para cada una de esas instituciones, que sirvan para alertar a los Servicios correspondientes ante la existencia de alguna víctima de maltrato; ese mismo protocolo, entre otras cosas, llegará a una entidad que contabilice el número de casos y los tipos de maltrato que se vayan produciendo.

Los objetivos, entre otros, son:

- Cubrir un hueco importante en el conocimiento del fenómeno del maltrato infantil que en la actualidad es, básicamente, a través de los expedientes de protección y, por lo tanto, a través de aquellos casos que pasan por los Servicios Sociales y además con un determinado nivel de gravedad.
- Implicar, y no sólo sensibilizar, directamente a los profesionales de los distintos ámbitos de atención a la infancia con el fenómeno del maltrato.
- Facilitar la notificación incluso los profesionales que no tienen información inicial del sistema de protección de menores (de alguna manera las Hojas propuestas se «autodirigen»: en cada copia se indica para quien va dirigida).
- Unificar en un mismo material impreso la Guía o Manual de detección con el soporte físico de la notificación.
- Utilizar *concepto de maltrato* y sus *tipologías* comunes.

La detección precoz de las situaciones de riesgo y/o maltrato infantil debe ser realizada por cualquier profesional o persona que éste en contacto con el niño, sea cual sea su ámbito de trabajo. Así, los profesionales de la salud, maestros, trabajadores sociales, policías, psicólogos, etc., por su accesibilidad al niño y su entorno sociofamiliar, tiene posibilidad de detectar precozmente situaciones de este tipo, siendo la detección un punto fundamental si se quiere dar respuesta a estas situaciones.

Por todo ello, se proponen **hojas de detección y notificación de riesgo y maltrato infantil para los diferentes ámbitos profesionales** (salud, educación, policía, servicios sociales) que conlleven la comunicación a los servicios con competencias en materia de protección a la infancia, los **servicios sociales**, al objeto de asegurar la atención a los casos y, por otra parte, a un registro de casos a los efectos **epidemiológicos**, además de quedar constancia en su **expediente / historia**.

La cumplimentación de las respuestas en la práctica no debe tener un carácter rígido sino meramente orientativo, por lo que será la valoración que realice el profesional lo que decidirá la notificación o no de la situación. Asimismo, se ha de tener en cuenta que en cada caso los indicadores tendrán un peso distinto haciendo de cada situación una problemática distinta.

Registro de casos

Se llevará a cabo mediante un registro acumulativo de casos. A través de este registro, los profesionales estarán obligados a declarar los casos de riesgo o sospecha que precisaran la utilización de los servicios sociales o por presentar específicamente posible riesgo y/o maltrato infantil.

Objetivo

El registro de los casos detectados de riesgo y maltrato infantil se realiza a través de una hoja de registro que debe ser cumplimentada por el profesional de los servicios de salud (atención primaria, hospitales, salud mental, servicios municipales de salud,...), sociales (generales, especializados,...), educativos (escuelas infantiles, colegios,...), policiales (municipal, autonómica, guardia civil, policía nacional),..., que detecta el caso.

La hoja de registro se ha desarrollado como un instrumento de recogida de información para la detección de casos. No se trata de un instrumento diagnóstico, sino que es una herramienta que permita la comunicación de casos de riesgo o su sospecha de una forma cómoda, detallada y estandarizada para

todos los centros. La hoja intenta recoger los principales indicadores de riesgo y maltrato infantil y según los distintos ámbitos profesionales. Con ello se pretende recordar los indicadores más evidentes y permitir el registro rápido y fiable de los mismos.

La incorporación de los casos comunicados al sistema acumulativo permitirá una estimación de la incidencia de riesgo, el estudio de los perfiles,...

Metodología

Tras una revisión de la literatura existente sobre el tema se seleccionaron los indicadores de riesgo de más fácil detección por los diferentes profesionales, el Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil del Observatorio de la Infancia junto con expertos seleccionaron, redactaron y consensuaron los indicadores más relevantes, indicadores han sido acompañados de una leyenda explicativa.

Las versiones iniciales de los cuestionarios fueron sometidas a grupos de jueces expertos que evaluaron la pertinencia de los ítems, su redacción y su sistema de registro y valoración. Dichas aportaciones fueron incorporadas a la versión final del instrumento. En la fase de validación se estimarán los valores de fiabilidad interjueces, validez y consistencia interna.

Material y métodos

Las *Hojas de registro* consisten en cuestionarios a doble cara en papel autocopiativo para tres ejemplares. Constan de cuatro partes. Tres en la parte delantera y una en la parte trasera de la hoja (ver figura 2).

En la parte delantera se encuentran:

1. Un listado cerrado de síntomas de los que se puede seleccionar su presencia en el niño, su gravedad y si se trata de sospecha o de confirmación de maltrato.
2. Un recuadro para poder escribir otros síntomas o comentarios no recogidos en el cuestionario cerrado. Esta pregunta es abierta.
3. Un recuadro de identificación en el que se recogen los datos de identificación de la madre, del niño y del notificador.

En la parte trasera se encuentra:

4. Un conjunto de leyendas explicativas para aquellos indicadores o síntomas que no sean evidentes por su redacción.

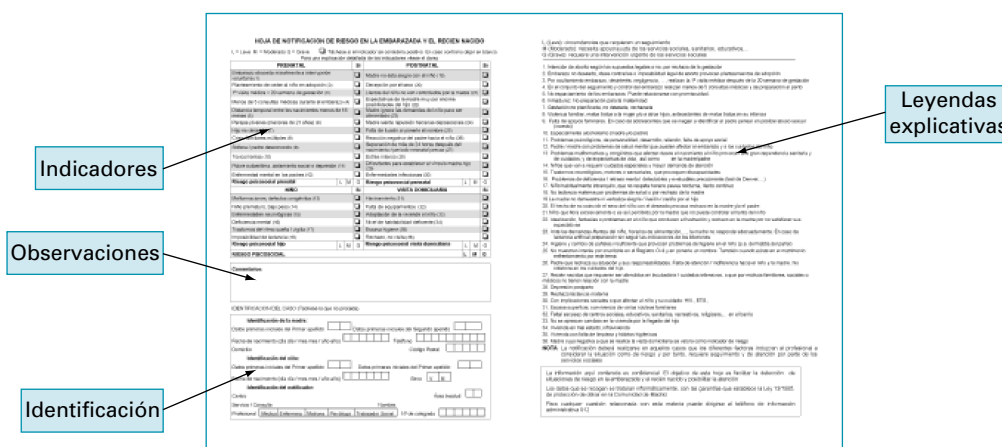


Figura 2. Partes de las Hojas de notificación.

Se pretende que la hoja de registro sea autocontenida sin que necesite la referencia de materiales externos adicionales. Sin embargo, el cuadernillo de hojas va acompañado de un manual explicativo.

De las tres copias:

- una se adjunta a la historia / expediente para el seguimiento del caso,
- otra se entrega a los servicios sociales del centro para la evaluación e intervención, y
- la tercera se remite al servicio de tratamiento de datos para el registro acumulativo de casos.

Los cuadernillos / blocs en los que las Hojas de notificación constan de:

• Carátula	Cartón / superficie dura que permita escribir sobre ella y no copiarse en la otras. En ella figura la identificación / título.
• Contraportada	En la cara posterior de la carátula. Recoge las Instrucciones para el uso de las hojas de notificación.
• Indicadores	En la parte posterior del cuadernillo facilita la lectura de aquellos elementos que identifiquen las lesiones, signos y síntomas como maltrato infantil.
• Hojas de notificación (papel autocopiativo)	Cada notificación consta de tres hojas para remitir a registro de casos, servicios sociales y para incorporar al expediente / historia.

Población de referencia

La población de referencia son todos los niños, menores entre 0 y 18 años de edad, que sean atendidos en centros de la red pública de asistencia sanitaria, social, educativa, policial y de servicios sociales de las respectivas Comunidad Autónomas.

Considerando que estas fuentes de detección abarcan los principales campos de atención a la infancia y que la utilización de estos servicios por parte del niño y su familia es frecuente, la cobertura alcanzada debería ser elevada.

En el caso del Registro de casos de Riesgo social en la embarazada y recién nacido la población de referencia son todas las mujeres embarazadas y recién nacidos que sean atendidos por profesionales de la red pública de asistencia sanitaria.

Considerando que la población de mujeres embarazadas y recién nacidos en situaciones de riesgo social acude a estas consultas con gran periodicidad, a través de los diferentes programas de salud la cobertura alcanzada debería ser elevada.

Observaciones

La utilización de la hoja de registro no implica que dejen de utilizarse otros cauces de comunicación que se estimen necesarios.

Metodología



La declaración sistemática mediante una hoja en papel autocopiativo que recogerá los datos comenzará el 1 de enero de 2002 y se realizarán informes semestrales.

Recogida de datos

La recogida de datos se hará mediante correo a franquear en destino.

Para ello se deberá realizar una solicitud en Correos.

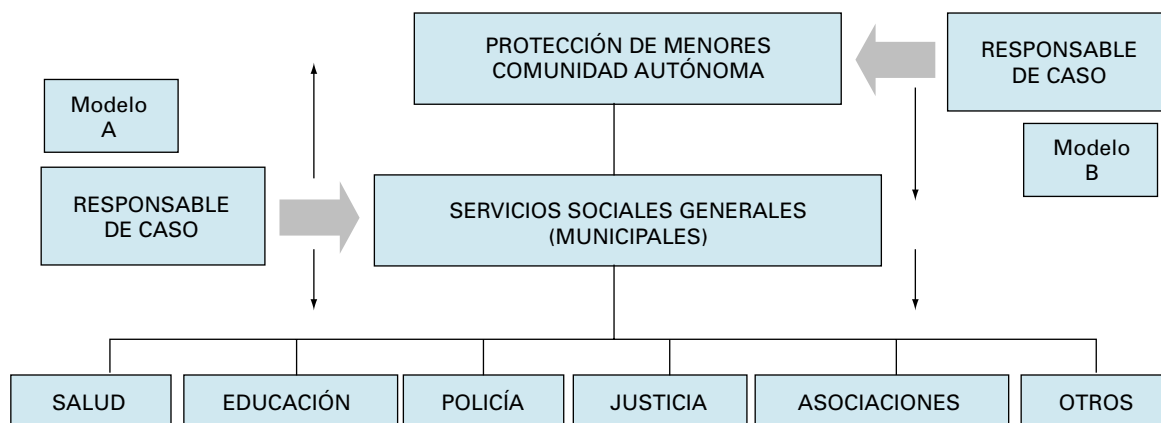
El apartado de correo puede ser utilizado respetando el formato para los diferentes registros (sanidad, educación, policía, servicios sociales,...).

RESPUESTA COMERCIAL B.O.C. n° XX de X.XX.2001 Autorización n° XX.XXX		NO NECESITA SELLO A franquear en destino
		Protección de la Infancia o ¿? Apdo. n° XXX F.D. Código Postal (Ciudad)

Consideraciones y sistema de registro de casos

En la actualidad existen dos modelos de trabajo, en casos no graves que no requieren asumir la tutela de forma inmediata, dependiendo de a quien se comunican y asume la responsabilidad de los casos, quien inicia y dirige las actuaciones: los servicios sociales generales (municipales) o los servicios de protección de menores de la Comunidad Autónoma (Cuadro 6).

Cuadro 6. Intervención en casos de maltrato infantil según el organismo *Responsable de caso*.



Analizamos las características de cada opción, sus ventajas y dificultades y, finalmente, realizamos la propuesta que nos parece más adecuada a este Grupo de Trabajo.

La Entidad responsable del caso son los Servicios Sociales Generales (Municipales) que corresponden por zona
Modelo A

Los servicios sociales del ámbito profesional que detecte el caso:

- realizarán las intervenciones profesionales que consideren oportunas, y
- comunicarán siempre el caso a los Servicios Sociales Generales (Municipales).

Los Servicios Sociales Generales (Municipales) ante aquellos casos de los que tenga conocimiento:

- Si valoran que hay situación de urgencia deberán solicitar la adopción de medidas urgentes de protección o a la Consejería u otros órganos competentes (Juzgado de Guardia, Fiscalía de Menores,...)
- De no darse esta situación, los propios Servicios Sociales Generales deberán estudiar («investigar») la situación para valorar la existencia del maltrato y adoptar decisiones.
- Si posteriormente se valora necesaria la adopción de medidas de protección secundaria, los Servicios Sociales realizarán el correspondiente informe y propuesta a la Consejería. Esta entidad decidirá la medida siguiendo, a partir de aquí, el circuito del Modelo B.
- Si los propios Servicios Sociales Generales valoran la posibilidad de intervención con la familia, tomarán dicha decisión por sí mismos, sin que se realice valoración por parte de la Consejería, e intervendrán hasta que se considere oportuno.

Ventajas:

- El conocimiento de la situación de riesgo o maltrato es mucho más rápida y, en consecuencia, también se puede intervenir inmediatamente sin retrasos provocados por la comunicación formal de la Consejería.
- Los distintos servicios pueden verse estimulados a cumplimentar las hojas y a comunicar situaciones que se valoran de riesgo dado que tienen constancia de la funcionalidad y aprovechamiento de dicha comunicación por su inmediatez.

- Pueden realizarse devoluciones a los distintos servicios notificadores, utilizando el mismo soporte de la hoja, enriqueciendo y estimulando la coordinación y el propio hecho de la notificación de las situaciones.
- La proximidad de las instituciones y el conocimiento de los profesionales favorece la coordinación.
- Los profesionales, en caso de considerarlo necesario o de discrepancia, pueden acudir a una instancia superior sin judicializar el tema: los servicios de protección de la Comunidad Autónoma.

Dificultades:

- La Consejería, como entidad competente en materia de protección de menores, no tendrá conocimiento global de todas las situaciones de riesgo y maltrato detectadas, sino únicamente de aquellas que provocan informe / propuesta por parte de los Servicios Sociales Generales. Por lo tanto, la Consejería no podrá emitir criterios válidos que orienten y limiten las intervenciones a realizar, dado que desconocerá la mayor parte de los casos que están siendo objeto de intervención.
- En el caso de valorar la necesidad urgente de tomar medidas de protección solicitándolo a la Consejería, se puede producir un retraso en la aplicación de la misma dado que, entre otros requisitos, deberá producirse coincidencia en la valoración de ambas entidades (Consejería y Servicios Municipales), lo que implica elaboración de informes, derivación del caso, etc.
- El peso de la decisión de actuar para investigar situaciones notificadas, así como de la decisión de intervenir directamente con la familia, recae exclusivamente sobre la responsabilidad de los Servicios Sociales Generales, dado que no se valora la situación desde ninguna otra instancia. Es dudoso que dicha responsabilidad, por sus consecuencias, deba recaer directamente en los servicios sociales municipales.
- La existencia de desacuerdos en la valoración realizada por los servicios derivantes (centro de salud, escuela etc., que a su vez participan en la intervención) y por los Servicios Sociales Generales, puede impedir –de hecho- que se realice una intervención funcional al no existir una entidad que, de forma externa y desde una posición jerárquicamente superior, pueda orientar dicha intervención.
- Los Servicios Sociales Generales no reciben «legitimación» ni «mandato» de la Consejería para «investigar» situaciones y/o intervenir con ciertas familias.

Entidad responsable del caso es Protección de Menores de la Comunidad Autónoma
(Consejería de Servicios Sociales)
Modelo B

Los servicios sociales del ámbito profesional que detecte el caso:

- realizarán las intervenciones profesionales que consideren oportunas, y
- comunicarán siempre el caso a Entidad responsable en materia de Protección de Menores de la Comunidad Autónoma (Consejería de Servicios Sociales).

En esta opción se entiende que la Entidad con competencia en materia de Protección del Menor de cada Comunidad Autónoma ha de recibir notificación de todas las situaciones de riesgo y maltrato detectadas dado que es la entidad competente que:

- corresponde conocer todas y cada una de estas situaciones.
- puede aplicar medidas de protección en caso de urgencia sin acudir a otra instancia.
- tiene la facultad para solicitar estudio sobre el caso a Servicios Sociales Generales.
- puede decidir la medida que corresponde (Intervención de Servicios Generales o medidas de protección secundaria)
- decide la finalización de la medida llegado el caso
- ha de tener actualizado el registro de situaciones para planificación de programas y recursos; estudios estadísticos; etc.

La decisión de la medida que se aplique, sea cual fuere, la toma el órgano competente (Consejería de Servicios Sociales). En cualquier caso «legítima» la intervención a desarrollar desde Servicios Sociales Generales.

Desde los Servicios Sociales Generales, una vez estudiada la situación, se puede realizar propuesta a la Consejería: Adoptar medidas de protección (acogimiento / adopción en familia o en residencias) o propuesta de intervención desde los propios servicios generales.

Ventajas:

- Esta opción recoge el proceso que parece lógico en cuanto a competencias en materia de protección de menores, es decir, le corresponde a la Consejería el conocimiento de todas las situaciones (no sólo para decidir las medidas sino también para conocimiento estadístico de la realidad de cada Comunidad, planificación de programas y recursos, etc.).
- Por otra parte, en caso de urgencia, tiene la posibilidad de aplicar medidas de protección de forma inmediata.
- Al solicitar informe a los Servicios Sociales Generales, la Consejería «legítima» la intervención a realizar desde estos servicios en lo que se refiere a «investigar» la situación.
- Posteriormente, la entidad competente es la que decide la medida a tomar. Si esta medida es la intervención desde los Servicios Sociales Generales, sigue siendo la Consejería quien «legítima e impulsa» la intervención.

Dificultades:

- La notificación obligada a la Consejería puede retrasar los estudios sobre el caso y, llegado el momento, la propia intervención desde los Servicios Sociales Generales, con el riesgo que ello implica.
- La notificación obligada a la Consejería puede ser un «freno», para distintos servicios, a la cumplimentación de la hoja y una exigencia añadida de «mayor rigor», efecto que puede no producirse si el envío de la hoja se realiza directamente a los Servicios Sociales con los que se relacionan habitualmente.
- Se pierde inmediatez en la atención al caso, lo que puede parecer un inconveniente a los servicios de zona derivantes.
- No puede realizarse con inmediatez algún tipo de «devolución / acuse de recibo» al servicio que ha realizado la detección, utilizando el mismo soporte de la notificación.

Propuesta del Grupo de Trabajo

A juicio de este Grupo de Trabajo, resulta más lógico el primer modelo (A), comunicación a los Servicios Sociales Generales a través de los respectivos profesionales de los distintos ámbitos de atención a la infancia, y que los problemas se resuelvan a cada nivel comunicando a los Servicios de Protección de Menores solo aquellos casos en que se considere se deben realizar intervenciones según las atribuciones de dicha Entidad.

Según el sistema de tres hojas autocopiativas (copias para expediente - historia, trabajador / servicios sociales del ámbito profesional y, servicios de protección de la Comunidad Autónoma) propuesto en el:

- **Modelo A:** la copia dirigida a los servicios de la Comunidad Autónoma será solo a los efectos epidemiológicos, no teniendo validez como notificación del caso a los efectos de intervención.
- **Modelo B:** la copia dirigida a los servicios de la Comunidad Autónoma tendrá doble utilidad, servirá como notificación a los efectos de intervención y a los efectos epidemiológicos.

Las Hojas de notificación se proponen para:

- Servicios Sociales
- Sanidad
- Educación
- Policía
- Detección de riesgo social en la embarazada y el recién nacido (prevención del maltrato infantil).

LOS SERVICIOS SOCIALES: OBSERVATORIO PRIVILEGIADO PARA LA DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

La detección de una situación de malos tratos está rodeada de múltiples dificultades. Quizá la principal se refiera al establecimiento de los límites a partir de los cuales el desarrollo normalizado de un menor deba ser objeto de intervención por parte de los sistemas de protección social. No obstante, al margen de esta dificultad básica, podemos identificar otros impedimentos más funcionales en la detección del maltrato:

- Los malos tratos se producen en un ámbito de «privacidad». Por tanto, son difícilmente observables de forma directa. La detección ha de realizarse a través de indicadores.
- Los malos tratos físicos son detectables por las huellas que dejan en el cuerpo del niño. Por lo tanto, sus indicadores son directos y visibles. No ocurre lo mismo en el caso del maltrato emocional y de la negligencia (excepto los casos de desnutrición o descuido crónico) dado que sus efectos son larvados.
- La atribución de causas culturales diferenciales y el respeto a la intimidad de la familia, complejiza considerablemente el trabajo de detección.

Una consecuencia de la dificultad y complejidad de la detección del maltrato infantil es la necesidad de implicar en la misma a todos los servicios y entidades susceptibles de captar la presencia de alguno de estos indicadores. Desde esta perspectiva parece no sólo lógico, sino incluso imprescindible, contar con los Servicios Sociales como espacio privilegiado de detección. Algunas consideraciones que los sustentan son:

1. Los estudios más recientes sobre la problemática de los malos tratos utilizan, como teoría explicativa, el *modelo ecológico*, que postula la intervención de factores múltiples (características de la víctima, y del agresor, estresores ambientales, etc.) que operan de forma simultánea en la aparición de cualquier episodio de violencia familiar. Una aproximación al problema del maltrato infantil, desde los Servicios Sociales, es necesariamente globalizadora. De hecho la «globalización» es uno de los principios generales de actuación que aparece de forma recurrente en la legislación sobre esta materia. Implica la atención al individuo, desde su núcleo familiar y convivencial de origen, inmerso en una realidad social compleja.
2. La atención desde los Servicios Sociales se orienta a resolver aquellas dificultades que impiden al individuo obtener su pleno desarrollo, ya sean consecuencia de su historia individual ó del establecimiento de relaciones disfuncionales con su entorno. El campo de observación e intervención de los servicios sociales es, en consecuencia, muy amplio, ya que abarca tanto las dificultades que acontecen en el ámbito individual o familiar, como aquellas que impiden el acceso normalizado a los recursos. Dada esta amplitud en el campo de intervención, la posibilidad de detección de indicadores de malos tratos desde los Servicios Sociales es evidente.
3. La tipología de los individuos / familias que se atiende desde los Servicios Sociales mantiene, con frecuencia, relaciones disfuncionales con otros servicios y subsistemas. Ello se debe a que cumplen de forma deficiente los requisitos mínimos para acceder a estos recursos, requisitos que no son explícitos la mayoría de veces: cuidado en la higiene y vestimenta; cumplimiento de horarios de cita; capacidad para prever plazos; realizar trámites; etc.. Por este motivo, los Servicios Sociales son un recurso privilegiado, en tanto que accesible, en la detección de las dificultades por las que atraviesan este tipo de familias. Si identificamos la imposibilidad o dificultad de acceso a los recursos como un importante estresor, podemos hipotetizar un mayor índice de ocurrencia de malos tratos en este tipo de familias y en la necesidad de implicar a los Servicios Sociales Generales en la detección de estas situaciones.
4. Los Servicios Sociales, identificados por la población y distintas entidades como tradicionales receptores de las «denuncias» de situaciones de maltrato infantil, cuentan con personal técnicamente cualificado, en sus Servicios de Información y Orientación, para reconocer aquellos indicadores que revelan la presencia de esta problemática. Por otra parte, las demandas relativas a situaciones de maltrato son de más difícil recepción por parte de otros servicios o entidades dedicados a áreas de atención más específicas.
5. Dado que los Servicios Sociales se plantean como un objetivo prioritario facilitar el acceso de los usuarios a los distintos recursos, reciben periódicamente las informaciones obtenidas de diferentes entidades y servicios (colegios, centros de salud, etc.) que, por otra parte, difícilmente se encuentran conectados entre sí. Esta coordinación permanente de los Servicios Sociales con otros servicios les proporciona una importante información acerca de cada caso, lo que facilita la detección del maltrato infantil.

Las distintas legislaciones autonómicas sobre Servicios Sociales otorgan la titularidad de los Servicios Sociales Generales a las Corporaciones Locales, es decir, a los entes más cercanos a la realidad social y al desarrollo de la vida de los ciudadanos. El Plan Concertado para el Desarrollo de las Prestaciones Básicas de Servicios Sociales por parte de las Entidades Locales ha contribuido a consolidar, en todo el Estado, una red de Servicios Sociales Generales o de Atención Primaria que les convierten, a través de todos los municipios o mancomunidades, en un observatorio privilegiado de las necesidades sociales de cada comunidad y, en consecuencia, en un instrumento imprescindible a la hora de plantearse la detección del maltrato infantil.

ANOTACIONES AL PROTOCOLO DE DETECCIÓN DEL MALTRATO DESDE LOS SERVICIOS SOCIALES

1. Objetivos priorizados

1. Detección de situaciones de maltrato infantil.
2. Facilitar la comunicación / derivación a entidades responsables.
3. Posibilitar estimaciones de incidencia, estudio de perfiles, etc., para orientar investigaciones, planificaciones, etc.

2. Lugar de cumplimentación

Esta hoja de registro ha sido elaborada para su cumplimentación desde los Servicios Sociales Generales. Ello no la invalida absolutamente para que pueda ser utilizada desde los Servicios Sociales Especializados.

Dentro de los Servicios Sociales Generales, se entiende que esta hoja de registro debe ser cumplimentada por los profesionales del «*Servicio de Información y Orientación*». Esta consideración se fundamenta en que:

1. Al margen de los programas y servicios que se presten en los Centros Municipales de Servicios Sociales (equipamiento básico de los Servicios Sociales Generales) en función de las distintas legislaciones autonómicas, el Servicio de Información y Orientación es una de las prestaciones básicas del Plan Concertado y, en consecuencia, está presente en toda la red de Servicios Sociales Generales del Estado.
2. Por otra parte, el Servicio de Información y Orientación es considerado como la puerta de entrada al sistema de Servicios Sociales Generales. Este aspecto garantiza la uniformidad de este espacio en todos los servicios sociales generales, tanto por su condición de primer nivel de atención y contacto con los usuarios, como por el contenido de la propia prestación.
3. Por lo tanto, la cumplimentación de esta hoja de registro en el Servicio de Información garantizará, por una parte, la máxima amplitud de detección que pueda realizarse desde los Servicios Sociales Generales y, por otra, la equiparación /comparación entre los aspectos cuantitativos y cualitativos de esta detección.
4. Algunas Comunidades Autónomas dotan internamente a los Centros de Servicios Sociales de programas y profesionales especializados en la atención a la problemática específica de familia e infancia. No se ha descartado la cumplimentación de esta hoja de registro desde estos servicios a pesar de que:
 - Esta estructura no es generalizable a los servicios sociales generales de todas las autonomías.
 - La derivación, a dichos servicios internos de atención al menor, se suele realizar desde los propios Servicios de Información, una vez valorada alguna situación de riesgo para el menor.

3. Criterios de elaboración y aplicación

1. La dificultad de la detección de los malos tratos condiciona la petición a los profesionales responsables de valorar una realidad que probablemente, a nivel de Servicios Sociales Generales, sólo se intuye, dado que su constatación implica necesariamente medios más complejos. La cuota de subjetividad que implica asumir una valoración de este tipo se supone queda justificada por la gravedad de la situación objeto de atención y por la posibilidad de ampliar el número de situaciones que, sin etiquetarse como maltrato, puedan requerir intervenciones preventivas.
2. Por tanto, el proceso de cumplimentación de esta hoja de registro debe partir de la intuición/valoración del profesional relativa a la atención que los adultos responsables puedan estar prestando a los menores, mientras el profesional cumplimenta la correspondiente ficha social en el Servicio de Información y Orientación. Esta primera valoración orientará posteriores peticiones de información a la familia en las que sea posible enfocar, de forma más concreta, las dificultades que la familia encuentra en el cuidado y supervisión de los menores.
3. La información contenida en esta hoja de registro intenta no exceder de aquella que pueda obtenerse en una o, a lo sumo, dos entrevistas. Este registro, en su cumplimentación, no exige la contestación a todos y cada uno de los ítems ya que ello podría implicar una sobrecarga de trabajo y dedicación al servicio encargado de la detección. La adscripción de nuevas tareas a servicios ya saturados puede dar lugar a la inhibición de los profesionales ante la tarea solicitada.
4. Los profesionales responsables de la cumplimentación de la hoja de registro deben estar informados del destino de los datos contenidos en el mismo con el fin de poder informar al usuario de su valoración acerca de la situación de riesgo y de la necesidad de intervención de otros servicios que cuentan con recursos y medios técnicos más adecuados.
5. La comunicación al usuario de la cumplimentación del protocolo de detección, e incluso de su contenido, evitará que se creen situaciones de indefensión que no favorecen las intervenciones posteriores, y en cualquier caso debe implicar una oferta de apoyo especializado.

**HOJAS DE NOTIFICACIÓN
DE
RIESGO Y MALTRATO INFANTIL
DESDE LOS
SERVICIOS SOCIALES**



**LOGOTIPO
COMUNIDAD
AUTONOMA**

Indicadores generales familiares

<input type="radio"/> Monoparentalidad ¹	<input type="radio"/> Familia reconstituida ²
<input type="radio"/> Embarazo adolescente ³	<input type="radio"/> No convivencia del menor con padres biológicos ⁴
<input type="radio"/> Descuido en higiene y vestimenta ⁵	<input type="radio"/> Ingresos insuficientes o inestables ⁶
<input type="radio"/> Hacinamiento y/o vivienda precaria ⁷	<input type="radio"/> Consumo de alcohol y/o drogas ⁸
<input type="radio"/> Conflicto conyugal ⁹	<input type="radio"/> Sintomatología psiquiátrica ¹⁰
<input type="radio"/> Ausencia de apoyos funcionales ¹¹	<input type="radio"/> Dependencia / conflicto familia extensa ¹²

Cuidados mínimos

<input type="radio"/> Dificultades alimentación ¹³	<input type="radio"/> Dificultades horarios (comidas, sueño, guardería) ¹⁴
<input type="radio"/> Dificultad seguimiento indicaciones médicas ¹⁵	<input type="radio"/> Dificultades seguimiento indicaciones escolares ¹⁶
<input type="radio"/> Dificultades de acceso al sistema sanitario ¹⁷	<input type="radio"/> Retrasos desarrollo / Enfermedades reiteradas ¹⁸

Situación escolar

<input type="radio"/> Dificultades acceso al sistema educativo ¹⁹	<input type="radio"/> Rendimiento escolar deficiente / fracaso escolar ²⁰
<input type="radio"/> Absentismo escolar ²¹	<input type="radio"/> Trastornos de comportamiento en el aula ²²

Núcleo de convivencia

<input type="radio"/> Dificultades de relación con el menor ²³	<input type="radio"/> Ausencia supervisión actividades ²⁴
<input type="radio"/> Explotación laboral o doméstica ²⁵	<input type="radio"/> Expectativas inadecuadas ²⁶
<input type="radio"/> Ausencia control comportamiento ²⁷	<input type="radio"/> Aprobación del castigo físico ²⁸

Entorno social del menor

<input type="radio"/> Ausencia supervisión actividades ²⁹	<input type="radio"/> Comisión de faltas y/o delitos ³²
<input type="radio"/> Grupo de pares marginal ³¹	<input type="radio"/> Dificultades de relación con grupo de pares ³⁰

Valoración del maltrato (Valoración global profesional) (Tache todo lo que corresponda)

Físico ³³ <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Emocional ³⁴ <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Negligencia ³⁵ <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Abuso sexual ³⁶ <input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G
--	---	---	--

Valoración de las posibilidades de intervención Ninguno Mucho

Valoración del grado de conciencia de la situación de maltrato	1	2	3	4	5
Valoración del potencial de cambio de la familia	1	2	3	4	5

Fuente/s de detección (institución que deriva el caso)

<input type="radio"/> Servicios sociales	<input type="radio"/> Salud	<input type="radio"/> Salud mental	<input type="radio"/> Colegio	<input type="radio"/> Policía
<input type="radio"/> Juez	<input type="radio"/> Fiscal de Menores	<input type="radio"/> Asociaciones	<input type="radio"/> Otros (especificar):	

Comunicado a

<input type="radio"/> Protección de Menores	<input type="radio"/> Juez	<input type="radio"/> Fiscal	<input type="radio"/> Otros (especificar):
---	----------------------------	------------------------------	--

Observaciones

IDENTIFICACIÓN DEL CASO

Identificación del niño

Apellido 1 Apellido 2 Nombre

Sexo V H Nacionalidad Fecha de nacimiento

Día día mes mes año año

Localidad Fecha de notificación

Dirección Código postal Teléfono

Identificación del notificador

Apellido 1 Apellido 2 Nombre

Centro Teléfono

ANEXO

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento,

M (Moderado): necesita apoyo / ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,...

G (Grave): requiere intervención urgente de los servicios sociales.

Indicadores

- ¹ El núcleo familiar está formado por uno de los padres y el/los menores.
- ² Sólo uno de los miembros de la pareja tiene relación biológica con el menor.
- ³ La madre quedó embarazada antes de cumplir los 20 años de edad.
- ⁴ El menor convive habitualmente con familiares o amigos de sus padres biológicos.
- ⁵ El miembro de la familia que realiza la demanda presenta evidente descuido en su vestimenta y/o higiene.
- ⁶ Ninguno de los miembros de la familia se encuentra regularmente contratado. Los ingresos familiares que se pueden justificar documentalmente no exceden las —ptas. de renta per cápita anual.
- ⁷ La vivienda en la que reside la familia no reúne condiciones de habitabilidad, y/o su superficie es escasa en relación con sus miembros.
- ⁸ Se hipotetiza consumo de alcohol o drogas. El miembro de la familia que realiza la demanda comunica que uno de los padres o ambos consumen o han consumido.
- ⁹ El usuario comunica la existencia de problemas de relación entre los miembros de la pareja parental.
- ¹⁰ Alguno de los miembros de la familia se encuentra en tratamiento por el Equipo de Salud Mental. Alguno de los padres presenta discurso incoherente, ansiedad excesiva, llanto continuado, etc.
- ¹¹ Los miembros de la pareja parental manifiestan carecer de apoyos familiares y/o vecinales para resolver sus dificultades.
- ¹² Los miembros de la pareja parental comunican la existencia de relaciones conflictivas con alguna o ambas familias extensas. El núcleo de convivencia precisa necesariamente del apoyo (económico, cuidado menores, etc.) de una o ambas familias extensas.
- ^{13, 14, 15, 16} La pareja parental responde de forma inadecuada a preguntas relacionadas con la alimentación, horarios, sueño, dispensa de medicación, tareas escolares, etc. Refieren que el menor presenta dificultades en alguna de estas áreas.
- ¹⁷ Los miembros de la familia carecen de cobertura sanitaria. Los miembros de la familia no utilizan los servicios de Atención Primaria, acudiendo habitualmente a urgencias. Refieren problemas de relación y/o «entendimiento» con el personal sanitario.
- ¹⁸ Se hipotetizan retrasos en talla y peso, problemas psicomotores, enfermedades reiteradas o ingresos hospitalarios frecuentes.
- ¹⁹ Los miembros de la pareja parental responden de forma inadecuada a preguntas relacionadas con la escolaridad del menor: desconocen curso en el que está, nombre del profesor, si tiene tareas para casa, etc.
- ²⁰ El usuario comunica problemas de rendimiento escolar, retraso, etc.
- ²¹ El centro escolar comunica faltas de asistencia no justificadas. Los miembros de la pareja parental reconocen absentismo.
- ²² El centro escolar o los miembros de la pareja parental reconocen trastornos de comportamiento: ausencia de hábitos, dispersión, conductas de provocación, agresiones, etc.
- ²³ La pareja parental refiere problemas de relación con el menor: «hiperactividad», introversión excesiva, conductas de provocación,...
- ²⁴ El menor pasa la mayor parte del día solo o fuera del domicilio.
- ²⁵ El menor «ayuda» a los padres diariamente en su trabajo. El menor se hace cargo del cuidado de sus hermanos más pequeños.
- ²⁶ Los miembros de la pareja parental exigen al menor comportamientos no adecuados a su edad y/o características.
- ²⁷ Los miembros de la pareja parental manifiestan que el menor es «incontrolable», «malo», no obedece, etc.
- ²⁸ Los miembros de la pareja parental consideran el castigo físico como una forma de educación.
- ²⁹ Los miembros de la pareja parental ignoran cuáles son las actividades del menor, si acude o no a clase, quiénes forman su grupo de referencia, lugares que frecuenta, etc.
- ³⁰ Se refieren comportamientos violentos del menor con sus iguales.
- ³¹ Los miembros de la pareja parental refieren que el menor frecuenta un grupo de pares con características de marginalidad: absentismo, consumo incipiente de drogas, actividades delictivas, etc.
- ³² El menor ha cometido algún delito.
- ³³ Cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo: heridas, hematomas, fracturas, mordeduras, quemaduras,...
- ³⁴ El adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. menosprecio continuo, desvalorización, insultos, intimidación y discriminación, amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto. Retraso crecimiento sin causa orgánica justificable. Sobreprotección
- ³⁵ Desatender las necesidades del niño y los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.
- ³⁶ Abuso sexual: implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto.

Valoración profesional : Se pide al profesional que tipifique el tipo de maltrato observado y su grado.

Valoración del grado de conciencia de la situación de maltrato: Se pide al profesional que puntúe, de 1 a 5, el grado de preocupación y/o conciencia de la familia acerca del problema planteado, de tal modo que:

1 = La familia realiza otras demandas y sólo atiende a los problemas relacionados con el menor a partir del enfoque del profesional.

5 = Los problemas de atención al menor motivan las demandas. Los miembros de la familia están dispuestos a intentar diversas soluciones.

Valoración del potencial de cambio de la familia: Se pide al profesional que puntúe de 1 a 5 el potencial de cambio de la familia:

1 = La familia no se muestra insatisfecha con su situación actual que se asemeja a la de sus padres, abuelos, etc. Los miembros de la familia no poseen recursos personales, formativos, etc. para posibilitar una intervención tendente a generar cambios de situación.

5 = La familia se muestra muy insatisfecha con su situación actual, mostrándose dispuesta a seguir indicaciones profesionales para modificarla. Se valora que la familia posee recursos suficientes para conseguir modificar su situación.

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención.

La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la Ley:

- L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Directiva 95/46 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, Relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Leyes correspondientes de las Comunidades Autónomas de regulación del uso de informática en el tratamiento de datos personales

Instrucciones para el uso de la Hoja de Notificación

Este instrumento es un cuestionario para la notificación y recogida de información sobre casos de maltrato infantil y abandono. Este cuestionario no es un instrumento diagnóstico sino una hoja estandarizada de notificación de los casos de maltrato evidente o de sospecha de maltrato que puedan aparecer en nuestras consultas.

Para utilizar el cuestionario se debe tachar con una «X» todos los síntomas de los que se tenga evidencia o de los que se sospeche su presencia, rellenar la ficha de identificación y enviar el cuestionario por correo.

El cuestionario consta de un inventario de síntomas, un recuadro para comentarios, una leyenda explicativa de los síntomas y un apartado de identificación del caso.

El inventario de síntomas se desglosa por apartados de tipologías. Éstos son: síntomas de maltrato físico, síntomas de negligencia en el trato del menor, síntomas de maltrato emocional y síntomas de abuso sexual. Es importante resaltar que *los síntomas no son exclusivos entre sí*. Con frecuencia será necesario utilizar uno o varios indicadores de los distintos apartados de síntomas para perfilar el caso.

Sospecha	<input type="radio"/>
Maltrato	<input type="radio"/>

El primer apartado a rellenar se encuentra en la esquina superior derecha. En este recuadro se debe tachar si se trata de un caso *evidente de maltrato* o si sólo existe la *sospecha* de que existe maltrato. En las leyendas se encuentra una definición de lo que es la sospecha.

La hoja de registro consta de 32 ítems; tres valoraciones profesionales; datos de identificación de los menores.

En cuanto a los *ítems* hay que precisar que:

- Los 12 iniciales surgen de la cumplimentación de la ficha social tipo que se rellena habitualmente desde los Servicios de Información y Orientación.
- Los 20 ítems restantes surgen o de la demanda de la familia o de un enfoque del profesional sobre los temas posibles que aparecen de la recogida de información de la ficha social.
- No se incluyen indicadores específicos referidos a posible maltrato físico o abuso sexual, dado que no son fácilmente accesibles ni observables desde estos servicios sociales generales.

Los indicadores poseen una nota aclarativa, la cual se indica mediante un número. La aclaración se encuentra situada en la parte posterior del propio cuestionario. Es recomendable leer estas notas cuando el indicador no resulte evidente. Si existieran otros síntomas o indicadores no contemplados en el listado, se deberá hacer uso del apartado de comentarios y reflejarlos allí.

En cuanto a las *valoraciones profesionales*:

- En la valoración del tipo de maltrato se mantiene la clasificación de L (leve), M (moderado) y G (grave).
- Para las otras dos valoraciones se utiliza una escala de 1 a 5.

Comentarios

Existe un recuadro en el que se puede escribir otros síntomas o indicadores que no aparezcan reflejados en el cuestionario original. También es posible reflejar aquí comentarios que puedan ser pertinentes para la aclaración del caso o sospechas (por ejemplo de tipo biográfico, referentes a la credibilidad de la historia narrada por el sujeto o debidas a la reiteración de síntomas y visitas) que lleven al profesional a comunicar el caso.

Por último, existe un área dedicada a la identificación de la persona que realiza la notificación. Es imprescindible rellenar este apartado para que la notificación surta efecto. La información contenida en este y otros apartados es confidencial y se encuentra protegida por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal. La información recogida en el apartado de identificación del

Identificación del niño	
Apellido 1 <input type="text"/>	Apellido 2 <input type="text"/> Nombre <input type="text"/>
Sexo <input type="radio"/> V <input type="radio"/> H	Fecha de nacimiento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Localidad <input type="text"/>	Fecha de notificación <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dirección <input type="text"/>	Código postal <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/>
Identificación del notificador	
Apellido 1 <input type="text"/>	Apellido 2 <input type="text"/> Nombre <input type="text"/>
Centro <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>

notificador no se consigna en la base de datos del registro acumulativo de casos y se utiliza exclusivamente para asegurar la veracidad de la información contenida en la notificación.

Cada hoja de notificación consta de tres copias en papel autocopiativo. Una copia deberá permanecer en la historia clínica para el seguimiento del caso si fuera necesario, otra copia se enviará por correo al servicio de proceso de datos y una tercera copia se entregará al profesional de los servicios sociales.

IMPORTANTE: Cada notificación debe realizarse en un cuestionario nuevo, incluso cuando se refiera al mismo caso en fechas posteriores a la primera detección.

La eficacia de esta Hoja de Notificación depende en gran medida de la calidad de las notificaciones y del esmero con que sea utilizada. La cumplimentación descuidada puede invalidar la notificación del caso. La buena utilización del cuestionario es fundamental para la fiabilidad de las respuestas y las acciones posteriores que puedan ser requeridas.

Para cualquier aclaración dirigirse a:

LOS SERVICIOS SANITARIOS: OBSERVATORIO PRIVILEGIADO PARA LA DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil, como expresión máxima de desamparo y desprotección, es un problema social y de salud de primer orden, en el que los profesionales sanitarios ocupan una posición privilegiada en su prevención y detección e intervención.

Los malos tratos a los niños, en sus distintas formas -físico, negligencias, maltrato emocional y abuso sexual- representan una importante causa de morbimortalidad, especialmente en los primeros años de la vida. El cuadro, descrito originalmente por un pediatra, Henry Kempe, como Síndrome del Niño Apaleado, en la actualidad incluye formas de abuso y negligencias moderadas, graves y leves en las que el maltrato físico puede estar ausente. El diagnóstico de maltrato, la intervención y prevención corresponden a equipos multidisciplinares en los que los profesionales sanitarios tienen un papel fundamental.

El propio concepto de maltrato infantil está siendo objeto de revisión desde la perspectiva de lo que es o lo que debería ser el **buen trato** y de los principios de actuación desde la **ayuda** que debe proporcionarse vía servicios sociales (Ley 21/87, Ley 1/96), como responsables en materia de protección de menores, para actuar sobre aquellos factores de riesgo que dieron lugar a la producción de los malos tratos.

El ámbito sanitario es un observatorio privilegiado para la detección de casos de maltrato infantil. La población infantil, especialmente los niños menores de cinco años, en algún momento acude a los centros sanitarios de Atención primaria (consultas por problemas de salud o revisiones rutinarias del Programa del Niño Sano), servicios hospitalarios, de urgencia, salud mental, municipales de salud (Programa del Niño de riesgo Social), etc., desde las diferentes áreas de atención (médico, enfermera, matrona, psicólogo, psiquiatra, trabajador social,...).

El ámbito sanitario diagnóstica con frecuencia solo los malos tratos físicos graves y/o recidivantes, que aunque es la forma más evidente, es la menos frecuente, siendo no solo los indicadores físicos también los indicios emocionales o conductuales en los menores y sus cuidadores los que deben orientar el diagnóstico, existiendo indicadores específicos desde las distintas áreas de atención sanitaria, así como signos y síntomas *patognomónicos* de maltrato infantil.

La complejidad de este problema requiere también soluciones complejas que no pueden ser abordadas desde un solo ámbito de actuación. Los problemas sociales que afectan a los menores no pueden ser fragmentados ni descontextualizados de su medio, siendo imprescindible una coordinación de todas las instituciones implicadas que permita abordar las situaciones con una visión globalizadora y a través de programas integrales que involucren a instituciones y profesionales que atienden a la infancia y la familia.

La coordinación y cooperación interinstitucional es fundamentales en la atención al maltrato infantil para evitar tanto la falta de asistencia como la duplicidad de servicios y de protocolos comunes / similares en el conjunto de la Comunidad Autónoma.

La prevención es un objetivo prioritario que todo programa de actuación en maltrato infantil debe contemplar como una estrategia fundamental y no solo orientada a prevenir la aparición de casos de malos tratos sino también a su detección precoz y evitando su repetición y secuelas.

En los últimos años la atención a los niños maltratados ha experimentado cambios fundamentales que afectan a la atención desde el ámbito sanitario, que debemos tener en cuenta, como son:

1. *Obligación de comunicar las situaciones de riesgo.* En el pasado los profesionales solo estaban obligados a notificar por la Ley de Enjuiciamiento Criminal (arts. 259,262,264,355) los casos de lesión a través del correspondiente parte al Juez de Guardia. En la actualidad los profesionales están además obligados por la Ley de Protección Jurídica de Menor (Ley 1/96) a notificar también las situaciones de *riesgo* y de sospecha, a los servicios con competencia en materia de protección de menores.
2. *Competencia de los servicios sociales.* Corresponde a los servicios sociales las competencias en materia de protección de menores, incluso la retirada de la patria potestad, exclusiva en el pasado del poder judicial. En la actualidad, en España, es competencia de los servicios de protección de menores de cada Comunidad Autónoma, suspender la patria potestad y asumir la tutela.
3. El *interés superior del niño* debe ser, según la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas, el principio en el que estén basadas todas las decisiones.
4. Los niños sobre los que sea necesario tomar medidas de protección, tienen derecho a un *plan* que prioritariamente deba hacer lo posible para *mantenerlos en su propia familia*, posibilitando la mayor colaboración posible de los padres y del propio niño.

ANOTACIONES AL PROTOCOLO DE DETECCIÓN DEL MALTRATO DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

1. Objetivos priorizados

1. Detección de situaciones de maltrato infantil.
2. Facilitar la comunicación / derivación a entidades responsables.
3. Posibilitar estimaciones de incidencia, estudio de perfiles, etc., para orientar investigaciones, planificaciones, etc.

2. Lugar de cumplimentación

Esta hoja de registro ha sido elaborada para su cumplimentación desde Atención primaria, hospitalaria, salud mental,..., y por cualquier profesional sanitario, considerando profesionales sanitarios a aquellos que desarrollan su actividad profesional en el ámbito de la atención sanitaria. (médico, enfermera, matrona, psicólogo, psiquiatra, trabajador social,...).

3. Criterios de elaboración y aplicación

1. La dificultad de la detección de los malos tratos condiciona la petición a los profesionales responsables, de valorar una realidad que probablemente, excepto en el caso de lesiones, a nivel de Servicios Sanitarios, sólo se intuye, dado que su constatación implica necesariamente medios más complejos. La cuota de subjetividad que implica asumir una valoración de este tipo se supone queda justificada por la gravedad de la situación objeto de atención y por la posibilidad de ampliar el número de situaciones que, sin etiquetarse como maltrato, puedan requerir intervenciones preventivas.
2. Por tanto, el proceso de cumplimentación de esta hoja de registro debe partir de la intuición/valoración del profesional relativa a la atención que los adultos responsables puedan estar prestando a los menores, mientras el profesional cumplimenta la correspondiente Historia clínica. Esta primera valoración orientará posteriores peticiones de información a la familia en las que sea posible enfocar, de forma más concreta, las dificultades que la familia encuentra en el cuidado y supervisión de los niños.
3. La información contenida en esta hoja de registro intenta no exceder de aquella que pueda obtenerse en una o, a lo sumo, dos entrevistas. Este registro, en su cumplimentación, no exige la contestación a todos y cada uno de los ítems ya que ello podría implicar una sobrecarga de trabajo y dedicación al servicio encargado de la detección. La adscripción de nuevas tareas a servicios ya saturados puede dar lugar a la inhibición de los profesionales ante la tarea solicitada.
4. Los profesionales responsables de la cumplimentación de la hoja de registro deben estar informados del destino de los datos contenidos en el mismo con el fin de poder informar al usuario de su valoración acerca de la situación de riesgo y de la necesidad de intervención de otros servicios que cuentan con recursos y medios técnicos más adecuados.
5. La comunicación al usuario de la cumplimentación del protocolo de detección, e incluso de su contenido, evitará que se creen situaciones de indefensión que no favorecen las intervenciones posteriores, y en cualquier caso debe implicar una oferta de apoyo especializado.
6. Los principios de actuación del actual sistema de protección de menores (desjudicialización, responsabilidad de los servicios sociales, intervención en situaciones de riesgo, no separar al niño de la familia, todo según el interés superior del niño) suponen la atención a los casos de maltrato infantil según las necesidades del niño rompiendo con falsas creencias y modelos anteriores basados en el Tutelar de Menores.
7. El criterio general para notificar serían aquellos casos que requieren ayuda y, por tanto, se realiza la comunicación / interconsulta con los servicios sociales.

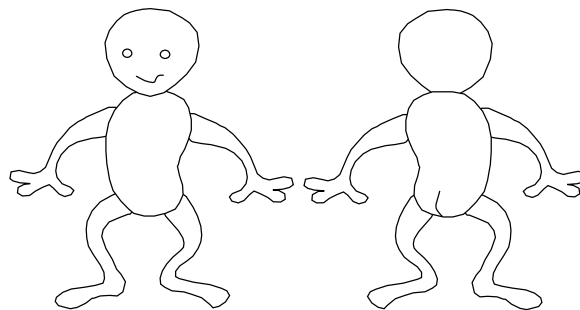
**HOJAS DE NOTIFICACIÓN
DE
RIESGO Y MALTRATO INFANTIL
DESDE EL
ÁMBITO SANITARIO**



**LOGOTIPO
COMUNIDAD
AUTONOMA**

MALTRATO FÍSICO

<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Magulladuras o moratones ¹
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Quemaduras ²
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Fracturas óseas ³
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Heridas ⁴
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Lesiones viscerales ⁵
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Mordeduras humanas ⁶
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Intoxicación forzada ⁷
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Síndrome del niño zarandeado ⁸



Señale la localización de los síntomas

NEGLIGENCIA

<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Escasa higiene ⁹
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Falta de supervisión ¹⁰
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Cansancio o apatía permanente
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹²
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	No va a la escuela
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Ha sido abandonado

Otros síntomas o comentarios:

MALTRATO EMOCIONAL

<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Maltrato emocional ¹³
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Intento de suicidio
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Cuidados excesivos / Sobreprotección ¹⁵

ABUSO SEXUAL

<input type="radio"/> Sí	Sin contacto físico
<input type="radio"/> Sí	Con contacto físico y sin penetración ¹⁶
<input type="radio"/> Sí	Con contacto físico y con penetración
<input type="radio"/> Sí	Dificultad para andar y sentarse
<input type="radio"/> Sí	Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
<input type="radio"/> Sí	Dolor o picor en la zonal genital
<input type="radio"/> Sí	Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal
<input type="radio"/> Sí	Cerviz o vulva hinchados o rojos
<input type="radio"/> Sí	Explotación sexual
<input type="radio"/> Sí	Semen en la boca, genitales o ropa
<input type="radio"/> Sí	Enfermedad venérea ¹⁷
<input type="radio"/> Sí	Apertura anal patológica ¹⁸
Configuración del himen ¹⁹ <input type="text"/>	

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño		Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> Sí	
Apellidos <input type="text"/>		Nombre <input type="text"/>	
Domicilio <input type="text"/>		Localidad <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>
Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input type="text"/>		
Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input type="text"/>			
Identificación del notificador		Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input type="text"/>	
Centro:		Servicio / Consulta:	
Nombre:		Área sanitaria <input type="text"/>	
Profesional	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo	N.º Colegiado <input type="text"/>	

ANEXO

Sospecha: No existen datos objetivos, sólo la sospecha, que se deduce de su historia clínica no creíble o contradictoria, o de la excesiva demora en la consulta.

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento,

M (Moderado): necesita apoyo / ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,...

G (Grave): requiere intervención urgente de los servicios sociales.

- ¹ Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido inflingidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.
- ² Quemaduras de puros o cigarrillos. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).
- ³ Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 2 años.
- ⁴ Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- ⁵ Lesiones viscerales (abdominales, torácicas y/o cerebrales). Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos constantes. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas, o alteraciones del sensorio sin causa aparente.
- ⁶ Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.
- ⁷ Intoxicación forzada del niño por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos
- ⁸ Hemorragias retinianas e intracraneales, sin fracturas.
- ⁹ Constantemente sucio. Escasa higiene. Hambriento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).
- ¹⁰ Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo.
- ¹¹ Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado.
- ¹² Incluye a niños que acompañan a adultos que «piden», vendedores en semáforos y a todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.
- ¹³ Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidos amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto.
- ¹⁴ Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.
- ¹⁵ Sobreprotección que priva al niño del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, juego, actividades escolares).
- ¹⁶ Incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clítoris, que habrá de especificarse en el apartado «Otros síntomas o comentarios».
- ¹⁷ Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonococia y sífilis no neonatal. Son sospechosos de abusos sexuales: Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.
- ¹⁸ Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual. desgarros de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (> 15 mm, explorado el ano decúbito lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual.
- ¹⁹ Normal, imperforado,

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención.

La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la Ley:

- L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Directiva 95/46 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, Relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Leyes correspondientes de las Comunidades Autónomas de regulación del uso de informática en el tratamiento de datos personales.

Instrucciones de uso de la Hoja de Notificación

Este instrumento es un cuestionario para la notificación y recogida de información sobre casos de maltrato infantil y abandono. Este cuestionario no es un instrumento diagnóstico sino una hoja estandarizada de notificación de los casos de maltrato evidente o de sospecha de maltrato que puedan aparecer en nuestras consultas.

Para utilizar el cuestionario se debe tachar con una «X» todos los síntomas de los que se tenga evidencia o de los que se sospeche su presencia, rellenar la ficha de identificación y enviar el cuestionario por correo.

El cuestionario consta de un inventario de síntomas, una figura, un dibujo anatómico, un recuadro para comentarios, una leyenda explicativa de los síntomas y un apartado de identificación del caso.

El inventario de síntomas se desglosa por apartados de tipologías. Éstos son: síntomas de maltrato físico, síntomas de negligencia en el trato del menor, síntomas de maltrato emocional y síntomas de abuso sexual. Es importante resaltar que *los síntomas no son exclusivos entre sí*.

Con frecuencia será necesario utilizar uno o varios indicadores de los distintos apartados de síntomas para perfilar el caso.

El primer apartado a rellenar se encuentra en la esquina superior derecha. En este recuadro se debe tachar si se trata de un caso *evidente de maltrato* o si sólo existe la *sospecha* de que existe maltrato. En las leyendas se encuentra una definición de lo que es la sospecha.

El inventario de síntomas sirve de guía para recordar los síntomas más frecuentes de maltrato. Es posible elegir varios indicadores de todos y cada uno de los apartados. Los indicadores no son exclusivos entre sí.

En los tres primeros apartados (maltrato físico, negligencia y maltrato emocional), se puede elegir el grado de gravedad del síntoma. La gravedad se indica tachando la «L» si es leve, la «M» si es moderado y la «G» si es grave. Si sólo existe la sospecha, deben indicarse los síntomas pertinentes como leves.

En el apartado de maltrato sexual se deben tachar aquellos indicadores de los que se tenga evidencia o sospecha de su presencia. Será frecuente que los indicadores de maltrato sexual aparezcan asociados a los síntomas de maltrato emocional. Cuando sea pertinente, se deberá rellenar la configuración del himen y/o el tamaño de la hendidura himenal en milímetros.

Algunos de los síntomas poseen una nota aclarativa, la cual se indica mediante un número. La aclaración se encuentra situada en la parte posterior del cuestionario. Es recomendable leer estas notas cuando el indicador no resulte evidente, hasta familiarizarnos con los indicadores.

Si existieran otros síntomas no contemplados en el listado, se deberá hacer uso del apartado de comentarios y reflejarlos allí.

El dibujo anatómico debe ser utilizado para indicar la localización de los síntomas. Bastará con sombreado sobre la figura la zona en la que se aprecia el síntoma. Si existieran varios síntomas que se desea localizar y su ubicación sobre el dibujo no fuera suficientemente evidente por el contexto del indicador, se puede indicar con una flecha el indicador al que se refiere el sombreado.

Existen un recuadro en el que se pueden escribir otros síntomas que no aparezcan reflejados en el cuestionario original. También es posible reflejar aquí comentarios que puedan ser pertinentes para la aclaración del caso o sospechas (por ejemplo de tipo biográfico, referentes a la credibilidad de la historia narrada por el sujeto o debidas a la reiteración de síntomas y visitas) que lleven al profesional a comunicar el caso.

En el apartado de identificación del caso se recogen los datos que permitirán localizar y describir al sujeto en la base de datos acumulativa. Es imprescindible recoger las iniciales del paciente, su sexo y su fecha de nacimiento (si se conoce).

Si la notificación se deriva de la defunción del sujeto, deberá tacharse la casilla correspondiente.

Debe consignarse la fecha de la notificación ya que pueden realizarse diversas notificaciones de un mismo caso en el mismo centro o en centros diferentes.

Por último, existe un área dedicada a la identificación de la persona que realiza la notificación. La información recogida en este apartado no se consigna en la base de datos del registro acumulativo de casos y se utiliza exclusivamente para asegurar la veracidad de la información contenida en la notificación. Por ello, es imprescindible rellenar este apartado para que la notificación surta efecto.

Cada hoja de notificación consta de tres copias en papel autocopiativo. Una copia deberá permanecer en la historia clínica para el seguimiento del caso si fuera necesario, otra copia se enviará por correo al servicio de proceso de datos y una tercera copia se entregará al profesional de los servicios sociales.

IMPORTANTE: Cada notificación debe realizarse en un cuestionario nuevo, incluso cuando se refiera al mismo caso en fechas posteriores a la primera detección.

La eficacia de esta Hoja de Notificación depende en gran medida de la calidad de las notificaciones y del esmero con que sea utilizada. La cumplimentación descuidada puede invalidar la notificación del caso.

Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse al teléfono de Información Administrativa 012.

Sospecha
Maltrato

MALTRATO FÍSICO

Magulladuras o moratones¹
 Quemaduras²
 Fracturas óseas³
 Heridas⁴
 Lesiones viscerales⁵
 Morosidades humanas⁶
 Inmovilización forzosa⁷
 Síndrome de niño zarzamora⁸

NEGLIGENCIA

Escasa higiene⁹
 Falta de supervisión¹⁰
 Cansancio o estado permanente¹¹
 Problemas físicos o psicológicos médicos¹²
 Es espeluzno, se le hace trabajar en exceso o no va a la escuela¹³
 Negligencia alimentaria¹⁴

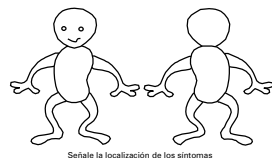
MALTRATO EMOCIONAL

Maltrato emocional¹⁵
 Retraso físico, emocional y/o intelectual¹⁶
 Intento suicida¹⁷
 Conductas excesivas (Sobrepresión)¹⁸

ABUSO SEXUAL

Sin contacto físico¹⁹
 Síntomas comportamentales²⁰
 Con contacto físico y sin penetración²¹
 Ejercicios para aumentar la penetración²²
 Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada²³
 Dolor o picor en la zona genital²⁴
 Comustiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal²⁵
 Condiloma o virus de la zona genital²⁶
 Explotación sexual²⁷
 Síntomas en la boca, garganta u oropa²⁸
 Enfermedad venérea²⁹
 Aparición anal patológica³⁰

Tamaño hendidura himenal (en postura de taha) mm



Otros síntomas o comentarios

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño Caso Fatal (fallecimiento del niño) Sí

Dos primeras iniciales del Primer apellido Dos primeras iniciales del Segundo apellido

Sexo V M Fecha de Nacimiento (día-dígitos mes-año)

Acompañante Padre Madre Tutor Policía Vecino Otro (especificar)

Fecha de Notificación (día-dígitos mes-año)

Identificación del notificador

Centro:

Servicio/Consulta: Área Inicial

Profesional: Médico Enfermera Trabajador Social Matrona Psicólogo N.º Colegiado

LOS SERVICIOS EDUCATIVOS: OBSERVATORIO PRIVILEGIADO PARA LA DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

La escuela es un lugar privilegiado para la detección del maltrato infantil, ya que es uno de los contextos de socialización fundamentales para el niño, todos los niños pasan por ella siendo el contexto escolar donde los niños pasan el mayor tiempo del día y el profesor el agente activo que ésta más tiempo en contacto con los menores, lo que le permite ser testigo del desarrollo socio-emocional e intelectual del niño: observar y conocer el comportamiento del niño en el aula, la interacción con sus iguales,...

El maltrato infantil es un problema comunitario cuya solución requiere acciones a dicho nivel. Los centros escolares, como servicio inmerso en la comunidad, han de comprometerse tanto a nivel institucional como a nivel de cada profesional en particular, a actuar para solucionar el problema.

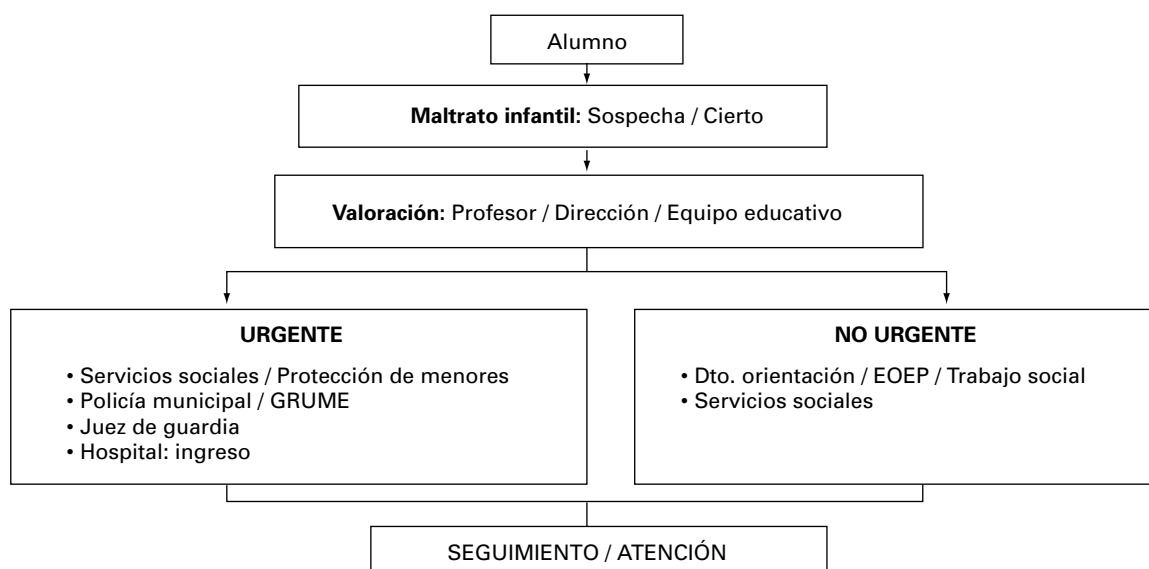
Los centros escolares constituyen uno de los lugares o marcos comunitarios con más posibilidades y más idóneo para las tareas de identificación, tratamiento y prevención del maltrato infantil.

El maltrato que recibe el niño por parte de sus cuidadores tiene graves consecuencias sobre su desarrollo evolutivo, dichas consecuencias pueden llegar a determinar el éxito o el fracaso no sólo en el ámbito del aprendizaje escolar sino también en la competencia social del niño y en aspectos importantes en la posterior adaptación social del sujeto. De ahí la gran importancia de que los profesionales de la educación posean una formación que les ayude a detectar los casos de niños que sean maltratados, conocer las mejores estrategias de intervención, qué hacer ante el niño, cómo dirigir la entrevista con los padres, a dónde dirigirse en caso de que tengan que intervenir agentes especializados, etc.

Algunos niños sienten temor de hablar de lo que les pasa porque piensan que nadie les creerá. Otras veces no se dan cuenta de que el maltrato del que son objeto es un comportamiento anormal y así aprenden a repetir este «modelo» inconscientemente. La falta de un modelo familiar positivo y la dificultad para crecer y desarrollarse copiándolo, aumenta las dificultades para llegar a ser un adulto con capacidad de relacionarse. Puede que no vean la verdadera raíz de sus problemas emocionales, hasta que al llegar a adultos busquen ayuda para solucionarlos.

El diagnóstico de riesgo /o maltrato infantil, sospecha o cierto, debe hacerse en base a información sobre: el estado físico y comportamiento del niño; el comportamiento y actitudes de los padres, a través de las entrevistas y contactos habituales que el personal educativo mantiene con ellos; y, la situación general familiar.

El maestro debe: valorar si la gravedad del caso necesita la investigación y el apoyo de servicios sociales (En caso de duda comentar con un experto); tratar a los padres con respeto y comprensión; informar de los casos de maltrato a los servicios sociales de la zona; y, actuar según los casos:



GRUME: Grupo de Menores de la Policía Judicial. EOEP: Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica.

ANOTACIONES AL PROTOCOLO DE DETECCIÓN DEL MALTRATO DESDE LOS SERVICIOS EDUCATIVOS

1. Objetivos priorizados

1. Detección de situaciones de maltrato infantil.
2. Facilitar la comunicación / derivación a entidades responsables.
3. Posibilitar estimaciones de incidencia, estudio de perfiles, etc., para orientar investigaciones, planificaciones, etc.

2. Lugar de cumplimentación

Esta Hoja de notificación ha sido elaborada para su cumplimentación desde los centros educativos (escuelas infantiles, colegios, actividades de ocio y tiempo libre,...), por los diferentes profesionales (profesores, maestros, educadores) y por todos aquellos que intervengan en la actividad educativa como los Departamento de Orientación (psicólogo, pedagogo), Equipo Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEP), trabajo social

3. Criterios de elaboración y aplicación

1. Para notificar un caso no es necesario tener una certeza absoluta, sino que es suficiente tener una sospecha razonable de ello.
2. La relación entre el profesor y sus alumnos es fundamental. Una relación cercana con los alumnos permite al maestro tener un mejor escenario de lo que pasa. Además, cuando el profesor está en sintonía con los chicos y con los signos del abuso, no es tan difícil detectar el maltrato. Si un maestro conoce bien a sus alumnos en seguida se da cuenta de cualquier cambio brusco en su conducta.
3. Si estimamos que el maltrato infantil es un problema complejo, en el cual al lado del niño agredido hay que considerar al adulto agresor, además de la trama familiar, el entorno social y cultural en que ocurre la interacción..., el enfoque intersectorial es el único posible para planificar las respuestas integrales que el tema requiere. De lo anterior se desprende la relevancia de la coordinación entre los distintos sectores que intervienen en los casos de maltrato infantil.
4. Para muchos niños que sufren de maltrato, la violencia del abusador se transforma en una forma de vida. Crecen pensando y creyendo que la gente que lastima es parte de la vida cotidiana; por lo tanto este comportamiento se torna «aceptable» y el ciclo del abuso continua cuando ellos se transforman en padres que abusan de sus hijos y estos de los suyos, continuando así el ciclo vicioso por generaciones.
5. Cuando se ha valorado la necesidad de notificar el caso en aquellos casos que sea posible, es conveniente informar a los padres que la escuela ha observado problemas en el menor. En algunas ocasiones pueden existir motivos para no informar a los padres por que se resistan a aceptar la situación, posible respuesta agresiva,...; por que pueda perjudicar al menor o pueda crear hostilidad de los padres que pueda dificultar actuaciones futuras de apoyo a realizar desde la escuela.
6. No siempre los responsables van a ser los padres y, en definitiva, lo que implica la notificación es solicitar los apoyos necesarios (*ayuda*) para resolver los problemas que dieron lugar a esta situación que afecta de forma negativa al niño. Es importante aclarar que con la notificación de un caso no solo se esta protegiendo al menor, sino que se pretende rehabilitar a los agresores intentando que el niño retorne a su casa lo antes posible y sin peligro, trabajando sobre los factores que produjeron la inestabilidad familiar. Hay que tener en cuenta que cuanto más tarde se notifique un caso, más crónica será la situación y mas graves serán las secuelas, tanto físicas como psíquicas, que sufrirá el menor.
7. Todo debe realizarse desde la confidencialidad y anonimato de la fuente y los datos y sin perder de vista en ningún momento el interés superior del menor.

**HOJAS DE NOTIFICACIÓN
DE
RIESGO Y MALTRATO INFANTIL
DESDE EL
ÁMBITO EDUCATIVO**



**LOGOTIPO
COMUNIDAD
AUTONOMA**

HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL EN EL ÁMBITO ESCOLAR

L = Leve M = Moderado G = Grave
Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso

Sospecha
Maltrato

Maltrato físico¹ (L) (M) (G)

	Ocasional	Frecuente
Tiene señales repetidas de heridas, golpes, quemaduras..., de difícil justificación ²	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manifiesta haber sido agredido por sus padres ³	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esconde la agresión y/o da respuestas evasivas o incoherentes ⁴	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Negligencia⁵ (L) (M) (G)

Aspecto físico notoriamente descuidado, mal olor, ropa inadecuada, parasitosis repetidas ⁶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desarrollo físico (retraso crecimiento), emocional y/o intelectual inadecuado ⁷	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Llega al Centro sin desayunar y/o presenta apetito desmesurado ⁸	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parece cansado, se duerme en clase ⁹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acude al centro enfermo, no recibe tratamiento médico adecuado ¹⁰	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Absentismo escolar. Se escapa de clase. Asistencia irregular a clase. Llega tarde ¹¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo de alcohol u otras drogas ¹²	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los padres no asisten a reuniones, ni acuden cuando se les cita, ni colaboran con el profesor ¹³	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vuelve solo a casa ¹⁴	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Maltrato emocional¹⁵ (L) (M) (G)

Roba objetos en clase, pide comida ¹⁶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presenta problemas / retraso en la lectoescritura y lenguaje ¹⁷	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No controla esfínteres según su edad o habiendo controlado no controla de nuevo ¹⁸	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud temerosa, silenciosa, manifiesta tristeza ¹⁹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evita hablar de sí mismo y/o su familia ²⁰	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presenta cambios bruscos en su rendimiento escolar / conducta ²¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los padres tienen una imagen negativa, culpan, desprecian o desvalorizan al niño en público ²²	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No quiere volver a casa ²³	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Llama o busca ser objeto de atención ²⁴	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Abuso sexual²⁵ (L) (M) (G)

Presenta dolor / picor en la zona anal / genital ²⁶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocimientos sexuales no adecuados a su edad ²⁷	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conductas provocativas o seductoras, sexuales explícitas ²⁸	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se observa al menor acompañado/a por adultos distintos ²⁹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiene molestias al andar o sentarse ³⁰	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niña o adolescente embarazada (especialmente si se niega a identificar al padre) ³¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masturbación compulsiva o en público ³²	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Violencia entre iguales³³ (L) (M) (G)

	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Observaciones

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño	
Apellido 1.º <input type="text"/>	Apellido 2.º <input type="text"/> Nombre <input type="text"/>
Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H	Nacionalidad <input type="text"/> Fecha de nacimiento <input type="text"/>
	Día día mes mes año año
Localidad <input type="text"/>	Fecha de notificación <input type="text"/>
	Día día mes mes año año
Identificación del notificador	
Centro <input type="text"/>	Dirección <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/>
Apellido 1.º <input type="text"/>	Apellido 2.º <input type="text"/> Nombre <input type="text"/>

ANEXO

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento,

M (Moderado): necesita apoyo / ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,...

G (Grave): requiere intervención urgente de los servicios sociales.

A veces: Se aprecia de forma ocasional

Con frecuencia: Se aprecia de forma habitual. A pesar de las llamadas de atención a los padres la situación continua.

- ¹ Cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo: heridas, hematomas, fracturas, mordeduras, quemaduras,...
- ² Especialmente cuando ha existido retraso en la asistencia sanitaria, presenta distintas lesiones y localizadas en zonas tradicionales de castigo, la historia es discordante o inaceptable, explicaciones extrañas respecto a la lesión, etc.
- ³ Refiere ser objeto de agresiones.
- ⁴ Atribuye lesiones evidentes a accidentes casuales, no responde directamente, exculpa a sus padres, evita desnudarse en público.
- ⁵ Desatender las necesidades del niño y los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.
- ⁶ Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).
- ⁷ Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.
- ⁸ Presenta falta de cuidados básicos por negligencia que se manifiestan en déficit en la alimentación (no por problemas económicos) acudiendo al centro escolar sin desayunar, cuenta no haber hecho alguna comida el día anterior.
- ⁹ Suele estar cansado. Alguna vez se duerme en clase. Le cuesta mucho concentrarse.
- ¹⁰ Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición (cráneo aplanado).
- ¹¹ El centro escolar comunica faltas de asistencia no justificadas. Los padres / tutores reconocen absentismo. Falta a la escuela por escaso interés familiar.
- ¹² Menor de 16 años consume alcohol. Presenta olor a alcohol, intoxicación / coma etílico, síntomas de consumo de drogas, inhala colas o disolventes.
- ¹³ Los padres o tutores responden de forma inadecuada a preguntas relacionadas con la escolaridad del menor: desconocen curso en el que está, nombre del profesor, si tiene tareas para casa, etc. Los padres presentan olor a alcohol o síntomas de consumo de drogas.
- ¹⁴ Niños que deben que deben ser acompañados por adultos debido a su edad y/o distancia del domicilio a la escuela.
- ¹⁵ El adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos, intimidación y discriminación, amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto. Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Sobreprotección.
- ¹⁶ Presume de conductas antisociales. No parece sentirse culpable después de conductas inadecuadas. Realiza pequeños hurtos.
- ¹⁷ Tiene dificultades para expresarse verbalmente. Tiene problemas de aprendizaje.
- ¹⁸ Conductas de regresión que afectan a su desarrollo. Muestra conductas infantiles para su edad.
- ¹⁹ Parece tener miedo a sus padres. Ha hablado alguna vez de suicidarse. Dice que nadie le quiere. Juega o deambula solo. No tiene amigos. Lloro sin causa justificada.
- ²⁰ Evita hablar de sí mismo. Es reservado, se guarda las cosas para sí mismo.
- ²¹ Cambios de conducta/ de humor sin motivos aparentes (fracaso escolar, tristeza, miedos, conductas agresivas, etc.).
- ²² Rechazo verbal hacia el niño. Tendencia a culpabilizarlo o despreciarlo. Le provocan baja autoestima. Muy exigentes con el menor.
- ²³ El niño pasa demasiado tiempo solo cuando está fuera del colegio sin que nadie le atienda.
- ²⁴ Es hiperactivo. Llamadas continuas de atención. Conductas disruptivas. Miente frecuentemente.
- ²⁵ Abuso sexual: implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto.
- ²⁶ Presenta dolores abdominales inespecíficos, se queja de molestias / sangrado en su área genital - anal sin causas aparentes.
- ²⁷ Muestra excesiva preocupación por el sexo. Manifiesta conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales.
- ²⁸ Practica juegos de carácter sexual inusuales para su edad.
- ²⁹ Presenta indicios de problemas sexuales con adultos. Manifiesta conductas de seducción con adultos del sexo opuesto.
- ³⁰ Muestra angustia por cambiarse de ropa en presencia de otros.
- ³¹ Embarazos en adolescentes en que , relacionados con incesto si se niega a identificar al padre.
- ³² Presenta conductas sexuales inadecuadas consigo mismo en público / de forma compulsiva.
- ³³ Se refieren comportamientos violentos del menor con sus iguales, conductas de provocación, agresiones, etc.

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención.

La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la Ley:

- L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Directiva 95/46 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, Relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Leyes correspondientes de las Comunidades Autónomas de regulación del uso de informática en el tratamiento de datos personales

Instrucciones para el uso de la Hoja de Notificación

Este instrumento es un cuestionario para la notificación y recogida de información sobre casos de maltrato infantil y abandono. Este cuestionario no es un instrumento diagnóstico sino una hoja estandarizada de notificación de los casos de maltrato evidente o de sospecha de maltrato que puedan aparecer en nuestras consultas.

Para utilizar el cuestionario se debe tachar con una «X» todos los síntomas de los que se tenga evidencia o de los que se sospeche su presencia, rellenar la ficha de identificación y enviar el cuestionario por correo.

El cuestionario consta de un inventario de síntomas, un recuadro para comentarios, una leyenda explicativa de los síntomas y un apartado de identificación del caso.

El inventario de síntomas se desglosa por apartados de tipologías. Éstos son: síntomas de maltrato físico, síntomas de negligencia en el trato del menor, síntomas de maltrato emocional, síntomas de abuso sexual, y de violencia entre iguales. Es importante resaltar que *los síntomas no son exclusivos entre sí*. Con frecuencia será necesario utilizar uno o varios indicadores de los distintos apartados de síntomas para perfilar el caso.

El primer apartado a rellenar se encuentra en la esquina superior derecha. En este recuadro se debe tachar si se trata de un caso *evidente de maltrato* o si sólo existe la *sospecha* de que existe maltrato. En las leyendas se encuentra una definición de lo que es la sospecha.

Sospecha	<input type="radio"/>
Maltrato	<input type="radio"/>

Los indicadores poseen una nota aclarativa, la cual se indica mediante un número. La aclaración se encuentra situada en la parte posterior del propio cuestionario. Es recomendable leer estas notas cuando el indicador no resulte evidente. Si existieran otros síntomas o indicadores no contemplados en el listado, se deberá hacer uso del apartado de comentarios y reflejarlos allí.

Maltrato físico ¹ (L) (M) (G)	Ocasional	Frecuente
Tiene señales repetidas de heridas, golpes, quemaduras,... de difícil justificación ¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manifiesta haber sido agredido por sus padres ²	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Esconde la agresión y/o respuestas evasivas o incoherentes ³	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Negligencia ⁴ (L) (M) (G)		
Aspecto físico notoriamente descuidado, mal olor, ropa inadecuada, parasitosis repetidas ⁴	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desarrollo físico (retraso crecimiento), emocional y/o intelectual inadecuado ⁷	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Llega al Centro sin desayunar y/o presenta apetito desmesurado ⁵	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parece cansado, se duerme en clase ⁶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Acude al centro enfermo, no recibe tratamiento médico adecuado ¹⁰	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausentismo escolar. Se escapa de clase. Asistencia irregular a clase. Llega tarde ¹¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consumo de alcohol u otros drogas ¹²	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los padres no asisten a reuniones, ni acuden cuando se les cita, ni colaboran con el profesor ¹³	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vuelve solo a casa ¹⁴	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maltrato emocional ¹⁵ (L) (M) (G)		
Roba objetos en clase, pide comida ¹⁶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presenta problemas / retraso en la lectoescritura y lenguaje ¹⁷	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No controla esfínteres según su edad o habiendo controlado no controla de nuevo ¹⁸	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Actitud temerosa, silenciosa, manifiesta tristeza ¹⁹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evita hablar de sí mismo y/o su familia ²⁰	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presenta cambios bruscos en su rendimiento escolar / conducta ²¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los padres tienen una imagen negativa, culpan, desprecian o desvalorizan al niño en público ²²	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No quiere volver a casa ²³	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Llama o busca ser objeto de atención ²⁴	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abuso sexual ²⁵ (L) (M) (G)		
Presenta dolor / picor en zona anal / genital ²⁶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conocimientos sexuales no adecuados a su edad ²⁷	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conductas provocativas o seductoras, sexuales explícitas ²⁸	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se observa al menor acompañada por adultos distintos ²⁹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiene molestias al andar o sentarse ³⁰	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niña o adolescente embarazada (especialmente si se niega a identificar al padre) ³¹	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Masturbación compulsiva o en público ³²	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Violencia entre iguales ³³ (L) (M) (G)		

La gravedad se indica tachando la «L» si es leve, la «M» si es moderado y la «G» si es grave. Si sólo existe la sospecha, deben indicarse los síntomas pertinentes como leves.

En el apartado de maltrato sexual se deben tachar aquellos indicadores de los que se tenga evidencia o sospecha de su presencia. Será frecuente que los indicadores de maltrato sexual aparezcan asociados a los síntomas de maltrato emocional.

Los síntomas poseen una nota aclarativa, la cual se indica mediante un número. La aclaración se encuentra situada en la parte posterior del cuestionario. Es recomendable leer estas notas cuando el indicador no resulte evidente, hasta familiarizarnos con los indicadores.

Si existieran otros síntomas no contemplados en el listado, se deberá hacer uso del apartado de comentarios y reflejarlos allí.

Existe un recuadro en el que se pueden escribir otros síntomas o indicadores que no aparezcan reflejados en el cuestionario original. También es posible reflejar aquí comentarios que puedan ser pertinentes para la aclaración del caso o sospechas (por ejemplo de tipo biográfico, referentes a la credibilidad de la historia narrada por el sujeto o debidas a la reiteración de síntomas y visitas) que lleven al profesional a comunicar el caso.

Por último, existe un área dedicada a la identificación de la persona que realiza la notificación. Es imprescindible rellenar este apartado para que la notificación surta efecto. La información contenida en este y otros apartados es confidencial y se encuentra protegida por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal. La información recogida en el apartado de identificación del notificador no se consigna en la base de datos del registro acumulativo de casos y se utiliza exclusivamente para

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño

Apellido 1º Apellido 2º Nombre:

Sexo V H Fecha de nacimiento (día día / mes mes / año año)

Localidad Fecha de notificación (día día / mes mes / año año)

Centro Dirección Tel.:

Identificación del notificador

Apellido 1º Apellido 2º Nombre:

asegurar la veracidad de la información contenida en la notificación.

Cada hoja de notificación consta de tres copias en papel autocopiativo. Una copia deberá permanecer en la historia clínica para el seguimiento del caso si fuera necesario, otra copia se enviará por correo al servicio de proceso de datos y una tercera copia se entregará al profesional de los servicios sociales.

IMPORTANTE: Cada notificación debe realizarse en un cuestionario nuevo, incluso cuando se refiera al mismo caso en fechas posteriores a la primera detección.

La eficacia de esta Hoja de Notificación depende en gran medida de la calidad de las notificaciones y del esmero con que sea utilizada. La cumplimentación descuidada puede invalidar la notificación del caso. La buena utilización del cuestionario es fundamental para la fiabilidad de las respuestas y las acciones posteriores que puedan ser requeridas.

Para cualquier aclaración dirigirse a:

LOS SERVICIOS POLICIALES: OBSERVATORIO PRIVILEGIADO PARA LA DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

El objetivo y la función primordial que cumple la policía es el encargarse de asegurar el bienestar de los ciudadanos defendiendo su integridad proporcionando seguridad y protección, siendo los niños el sector de población más vulnerable y desprotegido.

Las Fuerzas de Orden Público no solo intervienen cuando los hechos ya se han producido sino que tienen un importante papel en la prevención del maltrato infantil a través de la identificación y comunicación a los servicios sociales de situaciones de riesgo potenciando y participando de manera activa en actividades comunitarias dirigidas a la prevención.

Los agentes de policía en su trabajo han de implicarse en aquellos casos en que los menores son víctimas de delitos, sobre todo, en los ocurridos dentro del ámbito familiar y que son de difícil detección.

Los agentes de policía juegan un papel fundamental en el proceso de detección de casos de maltrato infantil, siempre teniendo en cuenta que la finalidad primera de la intervención es la de proteger al niño, antes incluso que la de castigar al perpetrador.

Los agentes de policía son:

- son los profesionales o servicios de protección a la infancia más conocidos por la población general,
- son fácilmente identificables,
- normalmente son al que acuden los profesionales y ciudadanos en primer lugar
- la cobertura permanente de su servicio a disposición de los ciudadanos, pudiendo responder de manera rápida, casi inmediata, a cualquier solicitud y en todo momento, y
- colaboran con servicios sanitarios, sociales, educativos,..., en diferentes actuaciones.

La intervención de las Fuerzas de Orden Público —Policía Nacional, Policía Local y Guardia Civil— se puede producir para:

- recoger testimonios y pruebas dirigidas a verificar o refutar la existencia de un delito o falta hacia un menor o falta por parte de un menor
- adoptar las medidas de protección / control / sanción y la derivación del caso al Sistema Judicial o de Protección Infantil si es pertinente
- detectar niños que viven en circunstancias familiares y sociales de riesgo
- detener a menores sin domicilio estable
- recoger notificaciones o denuncias de ciudadanos, profesionales, instituciones, padres, menores, etc., relativas a niños en situación de riesgo o desprotección
- proteger y apoyar a los técnicos de los servicios de protección a la infancia en la ejecución del procedimiento y de medidas administrativas cuando hay o se prevé oposición de los padres o, en su caso, trasladar al menor tutelado al centro de destino.

La actuación en casos de maltrato infantil de las Fuerzas de Orden Público en general y del GRUME se caracteriza por:

- Intervención puntual, no seguimiento de los casos cuya competencia asumen los servicios sociales.
- Atención prioritaria y permanente al menor en servicio de veinticuatro horas
- Traslado a centros sanitarios si existen lesiones
- Retirada del menor del contexto familiar e ingreso en Centro de Acogida de Protección o entrega a familiar distinto del autor de los malos tratos
- Investigación del caso de malos tratos: autor, obtención de pruebas, toma de declaración,...
- Coordinación con otros dispositivos de atención educativa, sanitaria, servicios sociales, judiciales, asociaciones y ONGs., etc.

Debe existir una colaboración estrecha además de con el sistema judicial y los servicios sociales con los servicios sanitarios, dispositivo escolar,....

ANOTACIONES AL PROTOCOLO DE DETECCIÓN DEL MALTRATO DESDE LOS SERVICIOS POLICIALES

1. Objetivos priorizados

1. Detección de situaciones de maltrato infantil.
2. Facilitar la comunicación / derivación a entidades responsables.
3. Posibilitar estimaciones de incidencia, estudio de perfiles, etc., para orientar investigaciones, planificaciones, etc.

2. Lugar de cumplimentación.

Esta Hoja de notificación ha sido elaborada para su cumplimentación desde los centros de la Policía Nacional, Guardia Civil y Policía Local.

3. Criterios de elaboración y aplicación

1. Para notificar un caso no es necesario tener una certeza absoluta, sino que es suficiente tener una sospecha razonable de ello.
2. La dificultad de la detección de los malos tratos condiciona la petición a los profesionales responsables, de valorar una realidad que probablemente, excepto en el caso de lesiones, a nivel de los profesionales, sólo se intuye, dado que su constatación implica necesariamente medios más complejos. La cuota de subjetividad que implica asumir una valoración de este tipo se supone queda justificada por la gravedad de la situación objeto de atención y por la posibilidad de ampliar el número de situaciones que, sin etiquetarse como maltrato, puedan requerir intervenciones preventivas.
3. Por tanto, el proceso de cumplimentación de esta hoja de registro debe partir de la intuición / valoración del profesional relativa a la atención que los adultos responsables puedan estar prestando a los menores, mientras el profesional cumplimenta la correspondiente Informe. Esta primera valoración orientará posteriores peticiones de información a la familia en las que sea posible enfocar, de forma más concreta, las dificultades que la familia encuentra en el cuidado y supervisión de los niños.
4. La información contenida en esta hoja de registro intenta no exceder de aquella que pueda obtenerse en una o, a lo sumo, dos entrevistas. Este registro, en su cumplimentación, no exige la contestación a todos y cada uno de los items ya que ello podría implicar una sobrecarga de trabajo y dedicación al servicio encargado de la detección. La adscripción de nuevas tareas a servicios ya saturados puede dar lugar a la inhibición de los profesionales ante la tarea solicitada.
5. Los profesionales responsables de la cumplimentación de la hoja de registro deben estar informados del destino de los datos contenidos en el mismo con el fin de poder informar al usuario de su valoración acerca de la situación de riesgo y de la necesidad de intervención de otros servicios que cuentan con recursos y medios técnicos más adecuados.
6. Si estimamos que el maltrato infantil es un problema complejo, en el cual al lado del niño agredido hay que considerar al adulto agresor, además de la trama familiar, el entorno social y cultural en que ocurre la interacción..., el enfoque intersectorial es el único posible para planificar las respuestas integrales que el tema requiere. De lo anterior se desprende la relevancia de la coordinación entre los distintos sectores que intervienen en los casos de maltrato infantil.
7. Para muchos niños que sufren de maltrato, la violencia del abusador se transforma en una forma de vida. Crecen pensando y creyendo que la gente que lastima es parte de la vida cotidiana; por lo tanto este comportamiento se torna «aceptable» y el ciclo del abuso continua cuando ellos se transforman en padres que abusan de sus hijos y estos de los suyos, continuando así el ciclo vicioso por generaciones.
8. En algunas ocasiones pueden existir motivos para no informar a los padres por que se resistan a aceptar la situación, posible respuesta agresiva,...; por que pueda perjudicar al menor o pueda crear hostilidad de los padres que pueda dificultar actuaciones futuras de apoyo a realizar desde la escuela.
9. No siempre los responsables van a ser los padres y, en definitiva, lo que implica la notificación es solicitar los apoyos necesarios (*ayuda*) para resolver los problemas que dieron lugar a esta situación que afecta de forma negativa al niño. Es importante aclarar que con la notificación de un caso no solo se esta protegiendo al menor, sino que se pretende rehabilitar a los agresores intentando que el niño retorne a su casa lo antes posible y sin peligro, trabajando sobre los factores que produjeron la inestabilidad familiar. Hay que tener en cuenta que cuanto más tarde se notifique un caso, más crónica será la situación y mas graves serán las secuelas, tanto físicas como psíquicas, que sufrirá el menor.
10. La *coordinación* es una palabra clave en la intervención en casos de maltrato infantil resultando la realización del trabajo sanitario y social de forma conjunta e imprescindible para la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos de maltrato infantil, correspondiendo a cada ámbito profesional encargarse de las actividades propias de su actividad.
11. Debe realizarse un *seguimiento posterior del niño y su familia* no limitándose al tratamiento de la crisis.

**HOJAS DE NOTIFICACIÓN
DE
RIESGO Y MALTRATO INFANTIL
DESDE EL
ÁMBITO POLICIAL**



**LOGOTIPO
COMUNIDAD
AUTONOMA**

MALTRATO FÍSICO¹

<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Magulladuras o hematomass ²
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Quemaduras ³
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Fracturas óseas ⁴
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Heridas, arañazos o raspaduras ⁵
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Mordeduras humanas ⁶
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Síntomas de intoxicación por fármacos ⁷

NEGLIGENCIA⁸

<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Comportamientos agresivos y violentos en las aulas contra profesores o alumnos ⁹
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Actos de vandalismo, racismo o xenofobia ¹⁰
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Deambular por la calle en horas de colegio y fuera de este horario, especialmente de noche ¹¹
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Escasa higiene ¹²
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Ropa inadecuada para las condiciones climáticas ¹³
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Intoxicación etílica y consumo de alcohol ¹⁴
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Síndrome de abstinencia y consumo de drogas ¹⁵
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Fugas de domicilio ¹⁶
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Explotación laboral ¹⁷
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Mendicidad ¹⁸

MALTRATO EMOCIONAL¹⁹

<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Intento de suicidio ²⁰
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Llanto injustificado ²¹
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Tristeza, depresión, apatía ²²
<input type="radio"/> L <input type="radio"/> M <input type="radio"/> G	Manifestaciones de infelicidad en el hogar ²³

ABUSO SEXUAL²⁴

<input type="radio"/>	Manifestaciones de abuso sexual ²⁵
<input type="radio"/>	Dolores abdominales o sangrado de genitales ²⁶
<input type="radio"/>	Ropas rasgadas, manchadas o ensangrentadas ²⁷
<input type="radio"/>	Uso de vocabulario impropio de la edad ²⁸
<input type="radio"/>	Comportamientos sexuales impropios de la edad ²⁹
<input type="radio"/>	Masturbación compulsiva o en público ³⁰
<input type="radio"/>	Prostitución infantil ³¹
<input type="radio"/>	Uso de menores en espectáculos públicos de carácter exhibicionista o pornográfico ³²
<input type="radio"/>	Imágenes de pornografía infantil, tenencia de pornografía o exhibición de pornografía a menores ³³

Comentarios

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño	
Apellido 1.º <input type="text"/>	Apellido 2.º <input type="text"/> Nombre <input type="text"/>
Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> H	Nacionalidad <input type="text"/>
Fecha de nacimiento <input type="text"/>	<small>Día día mes mes año año</small>
Dirección <input type="text"/>	Fecha de notificación <input type="text"/>
Localidad <input type="text"/>	Cód. postal <input type="text"/> Teléfono <input type="text"/>
Identificación del notificador	
Policia <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> GRUME <input type="checkbox"/> G. Civil <input type="checkbox"/> ENUME <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Autonómica <input type="checkbox"/>	N.º placa <input type="text"/>
Centro <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento,

M (Moderado): necesita apoyo / ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,...

G (Grave): requiere intervención urgente de los servicios sociales.

- ¹ Cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo: heridas, hematomas, fracturas, mordeduras, quemaduras,...
- ² Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido inflingidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.
- ³ Quemaduras de puros o cigarros. que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas; con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).
- ⁴ Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 2 años.
- ⁵ Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- ⁶ Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.
- ⁷ Intoxicación forzada del niño por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos.
- ⁸ Desatender las necesidades del niño y los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.
- ⁹ Se refieren comportamientos violentos del menor con sus iguales, conductas de provocación, agresiones, etc.
- ¹⁰ Brutalidad, falta de civismo. Justifican / participan en situaciones de segregación, discriminación y/o exterminio en función de criterios raciales, odio-repugnancia hacia los extranjeros.
- ¹¹ Todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.
- ¹² Constantemente sucio. Escasa higiene. Parásitos (piojos,...).
- ¹³ Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).Lleva ropa sucia, rota e inadecuada y desprende mal olor.
- ¹⁴ Consume alcohol con menores de 16 años. Presenta olor a alcohol, intoxicación / coma etílico.
- ¹⁵ Síntomas de consumo de drogas, inhala colas o disolventes.
- ¹⁶ Como consecuencia de las agresiones o por falta de cuidados / supervisión se produce el abandono del hogar, se ha escapado de casa.
- ¹⁷ El niño realiza con carácter obligatorio de trabajos (sean o no domésticos) que exceden del límite de lo habitual, impropios de su edad, que deberían ser realizados por adultos y que interfieren de manera clara sus actividades y necesidades escolares.
- ¹⁸ Incluye a niños que acompañan a adultos que «piden», vendedores en semáforos.
- ¹⁹ El adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos, intimidación y discriminación, amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto. Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Sobreprotección.
- ²⁰ Suicidios / intentos de suicidio relacionados con situaciones de maltrato, negligencia y abuso sexual.
- ²¹ Menores que de forma espontánea y sin motivo presentan llanto como expresión de.
- ²² Manifestaciones emocionales que afectan al estado emocional del niño y/o requieren de atención psicológico-psiquiátrica.
- ²³ Menor refiere situaciones de violencia familiar, problemas de relación.
- ²⁴ Abuso sexual: implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto.
- ²⁵ Menores que refieren haber sido objeto de abusos sexuales: tocamientos, proposiciones, actos sexuales,...
- ²⁶ Presenta dolores abdominales inespecíficos, se queja de molestias / sangrado en su área genital - anal sin causas aparentes.
- ²⁷ Presenta signos de agresión sexual.
- ²⁸ Utiliza expresiones sexuales inadecuadas para su edad.
- ²⁹ Manifiesta conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales. Muestra excesiva preocupación por el sexo. Practica juegos de carácter sexual inusuales para su edad. Manifiesta conductas de seducción con adultos del sexo opuesto.
- ³⁰ Presenta conductas sexuales inadecuadas consigo mismo en público / de forma compulsiva.
- ³¹ Realiza contactos sexuales a cambio de dinero / regalos o por coacciones / amenazas.
- ³² Utilización de menores en espectáculos actividades de carácter obsceno o procaz.
- ³³ Maneja material pornográfico. Pornografía infantil a través de internet.

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención.

La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la Ley:

- L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Directiva 95/46 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, Relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de éstos.
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Leyes correspondientes de las Comunidades Autónomas de regulación del uso de informática en el tratamiento de datos personales

Instrucciones para el uso de la Hoja de Notificación

Este instrumento es un cuestionario para la notificación y recogida de información sobre casos de maltrato infantil y abandono. Este cuestionario no es un instrumento diagnóstico sino una hoja estandarizada de notificación de los casos de maltrato evidente o de sospecha de maltrato que puedan aparecer en nuestras consultas.

Para utilizar el cuestionario se debe tachar con una «X» todos los síntomas de los que se tenga evidencia o de los que se sospeche su presencia, rellenar la ficha de identificación y enviar el cuestionario por correo.

El cuestionario consta de un inventario de síntomas, un recuadro para comentarios, una leyenda explicativa de los síntomas y un apartado de identificación del caso.

El inventario de síntomas se desglosa por apartados de tipologías. Éstos son: síntomas de maltrato físico, síntomas de negligencia en el trato del menor, síntomas de maltrato emocional y síntomas de abuso sexual. Es importante resaltar que *los síntomas no son exclusivos entre sí*. Con frecuencia será necesario utilizar uno o varios indicadores de los distintos apartados de síntomas para perfilar el caso.

Sospecha	<input type="radio"/>
Maltrato	<input type="radio"/>

El primer apartado a rellenar se encuentra en la esquina superior derecha. En este recuadro se debe tachar si se trata de un caso *evidente de maltrato* o si sólo existe la *sospecha* de que existe maltrato. En las leyendas se encuentra una definición de lo que es la sospecha.

MALTRATO FÍSICO ¹			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Magulladuras o hematomas ²
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quemaduras ³
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fracturas óseas ⁴
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Heridas, arañazos o raspaduras ⁵
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mordeduras humanas ⁶
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Síntomas de intoxicación por fármacos ⁷
NEGLIGENCIA ⁸			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Comportamientos agresivos y violentos en las aulas contra profesores o alumnos ⁹
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Actos de vandalismo, racismo o xenofobia ¹⁰
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Deambular por la calle en horas de colegio y fuera de este horario, especialmente de noche ¹¹
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Escasa higiene ¹²
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ropa inadecuada para las condiciones climáticas ¹³
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Intoxicación etílica y consumo de alcohol ¹⁴
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Síndrome de abstinencia y consumo de drogas ¹⁵
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Fugas de domicilio ¹⁶
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Explotación laboral ¹⁷
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mendicidad ¹⁸
MALTRATO EMOCIONAL ¹⁹			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Intento de suicidio ²⁰
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Llanto injustificado ²¹
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tristeza, depresión ²²
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Manifestaciones de infelicidad en el hogar ²³
ABUSO SEXUAL ²⁴			
<input type="radio"/>	Prostitución infantil ²⁵		
<input type="radio"/>	Uso de menores en espectáculos públicos de carácter exhibicionista o pornográfico ²⁶		
<input type="radio"/>	Dolores abdominales o sangrado de genitales ²⁷		
<input type="radio"/>	Ropas rasgadas, manchadas o ensangrentadas ²⁸		
<input type="radio"/>	Manifestaciones de abuso sexual ²⁹		
<input type="radio"/>	Uso de vocabulario impropio de la edad ³⁰		
<input type="radio"/>	Imágenes de pornografía infantil, tenencia de pornografía o exhibición de pornografía a menores ³¹		
<input type="radio"/>	Comportamientos sexuales impropios de la edad ³²		
<input type="radio"/>	Masturbación compulsiva o en público ³³		

Los indicadores poseen una nota aclarativa, la cual se indica mediante un número. La aclaración se encuentra situada en la parte posterior del propio cuestionario. Es recomendable leer estas notas cuando el indicador no resulte evidente. Si existieran otros síntomas o indicadores no contemplados en el listado, se deberá hacer uso del apartado de comentarios y reflejarlos allí.

La gravedad se indica tachando la «L» si es leve, la «M» si es moderado y la «G» si es grave. Si sólo existe la sospecha, deben indicarse los síntomas pertinentes como leves.

Asimismo, se diferenciará según la frecuencia en que se presentan los síntomas: ocasional o frecuente.

En el apartado de maltrato sexual se deben tachar aquellos indicadores de los que se tenga evidencia o sospecha de su presencia. Será frecuente que los indicadores de maltrato sexual aparezcan asociados a los síntomas de maltrato emocional.

Los síntomas poseen una nota aclarativa, la cual se indica mediante un número. La aclaración se encuentra situada en la

parte posterior del cuestionario. Es recomendable leer estas notas cuando el indicador no resulte evidente, hasta familiarizarnos con los indicadores.

Si existieran otros síntomas no contemplados en el listado, se deberá hacer uso del apartado de comentarios y reflejarlos allí.

Comentarios

Existe un recuadro en el que se pueden escribir otros síntomas o indicadores que no aparezcan reflejados en el cuestionario original. También es posible reflejar aquí comentarios que puedan ser pertinentes para la aclaración del caso o sospechas (por ejemplo de tipo biográfico, referentes a la credibilidad de

la historia narrada por el sujeto o debidas a la reiteración de síntomas y visitas) que lleven al profesional a comunicar el caso.

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)	
Identificación del niño	
Apellido 1º	Apellido 2º
Nombre	
Sexo	Fecha de nacimiento
Dirección	Fecha de notificación
Localidad	Cod. Postal
Identificación del notificador	
Policía	Nº placa
Centro	Teléfono

Por último, existe un área dedicada a la identificación de la persona que realiza la notificación. Es imprescindible rellenar este apartado para que la notificación surta efecto. La información contenida en este y otros apartados es confidencial y se encuentra protegida por la Ley Orgánica de 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal. Ley Orgánica de 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal.

La información recogida en el apartado de identificación del notificador no se consigna en la base de datos del registro acumulativo de casos y se utiliza exclusivamente para asegurar la veracidad de la información contenida en la notificación.

Cada hoja de notificación consta de tres copias en papel autocopiativo. Una copia deberá permanecer en la historia clínica para el seguimiento del caso si fuera necesario, otra copia se enviará por correo al servicio de proceso de datos y una tercera copia se entregará al profesional de los servicios sociales.

IMPORTANTE: Cada notificación debe realizarse en un cuestionario nuevo, incluso cuando se refiera al mismo caso en fechas posteriores a la primera detección.

La eficacia de esta Hoja de Notificación depende en gran medida de la calidad de las notificaciones y del esmero con que sea utilizada. La cumplimentación descuidada puede invalidar la notificación del caso. La buena utilización del cuestionario es fundamental para la fiabilidad de las respuestas y las acciones posteriores que puedan ser requeridas.

Para cualquier aclaración dirigirse a:

LA ATENCIÓN A LA EMBARAZADA Y AL RECIEN NACIDO: OBSERVATORIO PRIVILEGIADO PARA LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

Los malos tratos a los niños es un problema social y de salud de primer orden y su prevención es un objetivo prioritario que debe contemplar, como estrategia fundamental, todo programa de atención al maltrato infantil, no solo orientada a la detección precoz y evitación de su repetición y secuelas, sino fundamentalmente, orientada hacia la aparición de casos.

La *detección de riesgo social en la embarazada y el recién nacido, prevención del maltrato infantil*, es una propuesta de trabajo, de avanzar en la atención al niño, la madre y su familia desde el *buen trato* para prevenir el maltrato, atendiéndoles según sus necesidades y derechos como es la actuación sobre los factores de riesgo, la detección y el desarrollo de factores de protección que sirvan de ayuda al niño, madre y familia.

La detección de riesgo social en la embarazada y en el recién nacido y de posible maltrato infantil consiste en reconocer o identificar unas circunstancias en la madre, la vivienda y el recién nacido que favorezcan la posible aparición de situaciones de maltrato infantil

El bienestar del niño va a estar directamente relacionado con el bienestar de la madre, que en determinadas ocasiones va a requerir de ayudas y apoyos sociales y sanitarios durante y después del embarazo.

El embarazo es un periodo de contacto de la madre, de la familia, con el sistema sanitario que permite detectar precozmente factores o situaciones de riesgo y facilitar información sobre la fragilidad y las características madurativas del niño, ventajas de la lactancia materna, recursos sanitarios y sociales del municipio y posibilidades que dispone, etc.

Los factores de riesgo social influyen negativamente en el desarrollo del niño, así como los factores de riesgo biológico (bajo peso al nacer, prematuridad, síndromes malformativos, problemas neurosensoriales, enfermedades crónicas, privación afectiva y emocional,...) y ciertas circunstancias del embarazo.

Todos estos factores pueden afectar al niño ya desde su vida intrauterina y tener una relación directa con una falta de cuidados y un posible no buen trato o maltrato infantil.

No todos los factores de riesgo actúan de igual forma en el niño, pero el hecho de que cuanto más precoz es más lesivo y puede afectar negativamente a más áreas obliga a realizar intervenciones y actividades lo más tempranas posibles.

La importancia de la medicina preventiva en la obstetricia actual y de la investigación en el campo de las ciencias medicosociales son elementos imprescindibles para la consecución del mayor y más óptimo estado de salud maternofetal y neonatal.

Se pretende incorporar a través de las consultas de obstetricia y matronas en los protocolos de atención a la embarazada la *detección de riesgo psicosocial* de forma sistematizada y la intervención desde los servicios sociales en aquellos casos en que se valore como necesario

La notificación del caso es la transmisión de información referente a la mujer embarazada y el recién nacidos de riesgo social y del propio informante. Lo que se pide al sanitario es que detecte «indicios razonables para sospechar» y los informe.

La notificación debe hacerse siempre a los servicios sociales y, a través de estos, a las instituciones que se consideren necesarias por el apoyo y seguridad que puedan facilitar, como Dirección General de la Mujer, Equipos de Atención Temprana, Fiscal de Menores, Policía - Grupo de Menores de la Policía Judicial (GRUME), Maternidad, Pediatra, Médico de Familia, Servicio de Protección de Menores de la Comunidad Autónoma...

La importancia de la trabajadora social tanto por su competencias directas como a través de la coordinación de los diferentes profesionales y recursos relacionados con el caso.

ANOTACIONES AL PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE RIESGO SOCIAL EN LA EMBARAZADA Y EL RECIÉN NACIDO

1. Objetivos priorizados

1. Prevenir el maltrato infantil mediante la detección y actuación ante situaciones de riesgo social en la embarazada y en el recién nacido.
2. Facilitar la comunicación / derivación a entidades responsables.
3. Posibilitar estimaciones de incidencia, estudio de perfiles, etc., para orientar investigaciones, planificaciones, etc.

2. Lugar de cumplimentación

Esta hoja de notificación ha sido elaborada para su cumplimentación desde las consultas de obstetricia, matronas, pediatra, enfermeras, enfermeras visitadoras,...., y por todos aquellos que intervengan en la atención a la mujer embarazada y el recién nacido.

3. Criterios de elaboración y aplicación

1. La dificultad de la detección de los malos tratos condiciona la petición a los profesionales responsables, de valorar una realidad que probablemente, excepto en el caso de lesiones, a nivel de los profesionales, sólo se intuye, dado que su constatación implica necesariamente medios más complejos. La cuota de subjetividad que implica asumir una valoración de este tipo se supone queda justificada por la gravedad de la situación objeto de atención y por la posibilidad de ampliar el número de situaciones que, sin etiquetarse como maltrato, puedan requerir intervenciones preventivas.
2. Por tanto, el proceso de cumplimentación de esta hoja de registro debe partir de la intuición / valoración del profesional relativa a la atención que los adultos responsables puedan estar prestando a los menores, mientras el profesional cumplimenta la correspondiente Historia clínica. Esta primera valoración orientará posteriores peticiones de información a la familia en las que sea posible enfocar, de forma más concreta, las dificultades que la familia encuentra en el cuidado y supervisión de los niños.
3. La información contenida en esta hoja de registro intenta no exceder de aquella que pueda obtenerse en una o, a lo sumo, dos entrevistas. Este registro, en su cumplimentación, no exige la contestación a todos y cada uno de los items ya que ello podría implicar una sobrecarga de trabajo y dedicación al servicio encargado de la detección. La adscripción de nuevas tareas a servicios ya saturados puede dar lugar a la inhibición de los profesionales ante la tarea solicitada.
4. Los profesionales responsables de la cumplimentación de la hoja de registro deben estar informados del destino de los datos contenidos en el mismo con el fin de poder informar al usuario de su valoración acerca de la situación de riesgo y de la necesidad de intervención de otros servicios que cuentan con recursos y medios técnicos más adecuados.
5. La comunicación al usuario de la cumplimentación del protocolo de detección, e incluso de su contenido, evitará que se creen situaciones de indefensión que no favorecen las intervenciones posteriores, y en cualquier caso debe implicar una oferta de apoyo especializado.
6. Los principios de actuación del actual sistema de protección de menores (desjudicialización, responsabilidad de los servicios sociales, intervención en situaciones de riesgo, no separar al niño de la familia, todo según el interés superior del niño) suponen la atención a los casos de maltrato infantil según las necesidades del niño rompiendo con falsas creencias y modelos anteriores basados en el Tutelar de Menores.
7. El criterio general para notificar serían aquellos casos que requieren ayuda y, por tanto, se realiza la comunicación / interconsulta con los servicios sociales.
8. La *coordinación* es una palabra clave en la intervención en casos de maltrato infantil resultando la realización del trabajo sanitario y social de forma conjunta e imprescindible para la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos de maltrato infantil, correspondiendo a cada ámbito profesional encargarse de las actividades propias de su actividad.
9. No sólo los casos detectados más graves y evidentes deben ser notificados, también los aparentemente leves y las situaciones de riesgo existe obligación de notificarlas. Debemos ser rigurosos, ya que si se notifican numerosos casos erróneos se saturan los servicios, se pierde eficacia, las instituciones pierden credibilidad y se pueden producir daños irreparables a los menores y sus familias.
10. Debe realizarse un *seguimiento posterior del niño y su familia* no limitándose al tratamiento de la crisis.

**HOJAS DE NOTIFICACIÓN
DE
RIESGO SOCIAL
EN LA
EMBARAZADA
Y EN EL
RECIÉN NACIDO**



**LOGOTIPO
COMUNIDAD
AUTONOMA**

HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO EN LA EMBARAZADA Y EL RECIÉN NACIDO

Táchese si el indicador se considera positivo. En caso contrario dejar en blanco
Para una explicación detallada de los indicadores véase el dorso

PRENATAL

<input type="checkbox"/> Embarazo abocado inicialmente a interrupción voluntaria ¹	<input type="checkbox"/> Hijo no deseado ⁷
<input type="checkbox"/> Planteamiento de ceder al niño en adopción ²	<input type="checkbox"/> Crisis familiares múltiples ⁸
<input type="checkbox"/> 1.ª visita médica > 20 semana de gestación ³	<input type="checkbox"/> Soltera / padre desconocido ⁹
<input type="checkbox"/> Menos de 5 consultas médicas durante el embarazo ⁴	<input type="checkbox"/> Toxicomanías ¹⁰
<input type="checkbox"/> Distancia entre los nacimientos menos de 18 meses ⁵	<input type="checkbox"/> Pobre autoestima, aislamiento social o depresión ¹¹
<input type="checkbox"/> Parejas jóvenes (menores de 21 años) ⁶	
Valoración Global Prenatal (L) (M) (G)	

NIÑO

<input type="checkbox"/> Malformaciones, defectos congénitos ¹³	<input type="checkbox"/> Deficiencia mental ¹⁶
<input type="checkbox"/> Niño prematuro, bajo peso ¹⁴	<input type="checkbox"/> Trastornos del ritmo del sueño/vigilia ¹⁷
<input type="checkbox"/> Enfermedades neurológicas ¹⁵	<input type="checkbox"/> Imposibilidad de lactancia ¹⁸
Valoración Global Niño (L) (M) (G)	

POSTNATAL

<input type="checkbox"/> Madre no está alegre con el niño ¹⁹	<input type="checkbox"/> Falta de ilusión al ponerle el nombre ²⁵
<input type="checkbox"/> Decepción por el sexo ²⁰	<input type="checkbox"/> Reacción negativa del padre hacia el niño ²⁶
<input type="checkbox"/> Llantos del niño no son controlados por la madre ²¹	<input type="checkbox"/> Estrés intenso ²⁷
<input type="checkbox"/> Expectativas de la madre muy por encima posibilidades del hijo ²²	<input type="checkbox"/> Separación de más de 24 horas después del nacimiento / período neonatal precoz ²⁸
<input type="checkbox"/> Madre ignora demandas del niño para ser alimentado ²³	<input type="checkbox"/> Dificultades para establecer el vínculo madre-hijo ²⁹
<input type="checkbox"/> Madre siente repulsión hacia las deposiciones ²⁴	
Valoración Global Postnatal (L) (M) (G)	

VISITA DOMICILIARIA

<input type="checkbox"/> Hacinamiento ³⁰	<input type="checkbox"/> Nivel de habitabilidad deficiente ³⁴
<input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas ³¹	<input type="checkbox"/> Escasa higiene ³⁵
<input type="checkbox"/> Falta de equipamientos ³²	<input type="checkbox"/> Rechazo, no visita ³⁶
<input type="checkbox"/> Adaptación de la vivienda al niño ³²	
Valoración Global Domiciliaria (L) (M) (G)	

Comentarios

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Táchese lo que no proceda)

Identificación de la madre	
Datos primeras iniciales del Primer apellido <input type="text"/>	Datos primeras iniciales del Segundo apellido <input type="text"/>
Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>
Domicilio <input type="text"/>	Código Postal <input type="text"/>
Identificación del niño	
Datos primeras iniciales del Primer apellido <input type="text"/>	Datos primeras iniciales del Segundo apellido <input type="text"/>
Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input type="text"/>	Sexo <input type="text"/> V <input type="text"/> M
Identificación del notificador	
Centro: <input type="text"/>	Área Insalud <input type="text"/>
Servicio / Consulta <input type="text"/>	Nombre: <input type="text"/>
Profesional <input type="text"/> Médico <input type="text"/> Enfermera <input type="text"/> Matrona <input type="text"/> Psicólogo <input type="text"/> Trabajador Social <input type="text"/>	N.º de colegiado <input type="text"/>

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento.

M (Moderado): necesita apoyo / ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,...

G (Grave): requiere una intervención urgente de los servicios sociales.

- 1 Intención de aborto según los supuestos legales o no, por rechazo de la gestación.
- 2 Embarazo no deseado, ideas contrarias o imposibilidad legal de aborto provocan planteamientos de adopción.
- 3 Por ocultamiento embarazo, desinterés, negligencia, ..., realizan la 1.ª visita médica después de la 20 semana de gestación.
- 4 En el conjunto del seguimiento y control del embarazo realizan menos de 5 consultas médicas y de preparación al parto.
- 5 No espaciamiento de los embarazos. Puede relacionarse con promiscuidad.
- 6 Inmadurez. No preparación para la maternidad.
- 7 Gestación no planificada, no deseada, rechazada.
- 8 Violencia familiar, malos tratos a la mujer y/o a otros hijos, antecedentes de malos tratos en su infancia.
- 9 Falta de apoyos familiares. En caso de adolescentes que se niegan a identificar al padre pensar en posible abuso sexual (incesto).
- 10 Especialmente alcoholismo (madre y/o padre).
- 11 Problemas psicológicos, de personalidad, desarrollo, relación, falta de apoyo social.
- 12 Padre / madre con problemas de salud mental que pueden afectar al embarazo y a los cuidados del niño.
- 13 Problemas malformativos y congénitos que afectan desde el nacimiento al niño provocan una gran dependencia sanitaria y de cuidados, y de expectativas de vida, así como en la madre / padre.
- 14 Niños que van a requerir cuidados especiales y mayor demanda de atención.
- 15 Trastornos neurológicos, motores o sensoriales, que provoquen discapacidades.
- 16 Problemas de deficiencia / retraso mental detectables y evaluables precozmente (test de Denver,...).
- 17 Niño habitualmente intranquilo, que no respeta horario pausa nocturna, llanto continuo.
- 18 No lactancia materna por problemas de salud o por rechazo de la madre.
- 19 La madre no demuestra ni verbaliza alegría / ilusión / cariño por el hijo.
- 20 El hecho de no coincidir el sexo del niño con el deseado provoca rechazo en la madre y/o el padre.
- 21 Niño que llora excesivamente o es así percibido por la madre que no puede controlar el llanto del niño.
- 22 Idealización, fantasías o problemas en el niño que conducen a frustración y rechazo en la madre por no satisfacer sus expectativas.
- 23 Ante las demandas /llantos del niño, horarios de alimentación,..., la madre no responde adecuadamente. En caso de lactancia artificial preparación sin seguir las indicaciones de los biberones.
- 24 Higiene y cambio de pañales insuficiente que provocan problemas de higiene en el niño (p.e. dermatitis del pañal).
- 25 No muestran interés por inscribirle en el Registro Civil y en ponerle un nombre. También cuando existe en el matrimonio enfrentamiento por este tema.
- 26 Padre que rechaza su situación y sus responsabilidades. Falta de atención / indiferencia hacia el niño y la madre. No colabora en los cuidados del hijo.
- 27 Depresión postparto.
- 28 Recién nacidos que requieren ser atendidos en Incubadora / cuidados intensivos, o que por motivos familiares, sociales o médicos no tienen relación con la madre.
- 29 Rechazo lactancia materna.
- 30 Con implicaciones sociales o que afectan al niño y su cuidado: HIV., ETS.
- 31 Escasa superficie, convivencia de varios núcleos familiares.
- 32 Falta/ escasez de centros sociales, educativos, sanitarios, recreativos, religiosos,... en el barrio.
- 33 No se aprecian cambios en la vivienda por la llegada del hijo.
- 34 Vivienda en mal estado, infravivienda.
- 35 Vivienda con falta de limpieza y hábitos higiénicos.
- 36 Madre cuya negativa a que se realice la visita domiciliaria se valora como indicador de riesgo.

NOTA: La notificación deberá realizarse en aquellos casos que los diferentes factores induzcan al profesional a considerar la situación como de riesgo y que, por tanto, requiere seguimiento y de atención por parte de los servicios sociales.

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención.

La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la Ley:

- L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Directiva 95/46 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, Relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Leyes correspondientes de las Comunidades Autónomas de regulación del uso de informática en el tratamiento de datos personales.

Instrucciones de uso de la Hoja de Notificación

Este instrumento es un cuestionario para la notificación y recogida de información sobre casos de embarazadas de riesgo social. Este cuestionario no es un instrumento diagnóstico sino una hoja estandarizada de notificación de embarazadas de riesgo social o de sospecha que puedan aparecer en nuestras consultas.

Para utilizar el cuestionario se debe tachar con una «X» todos los síntomas de los que se tenga evidencia o de los que se sospeche su presencia, rellenar la ficha de identificación y enviar el cuestionario por correo.

El cuestionario consta de 4 inventarios de indicadores, una escala de valoración de riesgo para cada inventario de indicadores, un recuadro para comentarios, una leyenda explicativa de los síntomas y un apartado de identificación del caso.

PRENATAL		SI	POSTNATAL		SI
Embarazo abocado inicialmente a interrupción (1)	<input type="checkbox"/>		Madre no está alegre con el niño (19)	<input type="checkbox"/>	
Parto prematuro de coque del niño en adopción (2)	<input type="checkbox"/>		Decepción por el sexo (20)	<input type="checkbox"/>	
14 visitas médicas > 20 semanas de gestación (3)	<input type="checkbox"/>		Llantos del niño no son controlados por la madre (21)	<input type="checkbox"/>	
Menos de 5 consultas médicas durante el embarazo (4)	<input type="checkbox"/>		Expectativas de la madre muy por encima de las del niño (22)	<input type="checkbox"/>	
Distancia temporal entre los nacimientos menos de 18 meses (5)	<input type="checkbox"/>		Madre ignora las demandas del niño para ser alimentado (23)	<input type="checkbox"/>	
Partos vivos (menores de 21 años) (6)	<input type="checkbox"/>		Madre muestra repugnancia hacia las deposiciones (24)	<input type="checkbox"/>	
Hijo no deseado (7)	<input type="checkbox"/>		Falta de ilusión al ponerle el nombre (25)	<input type="checkbox"/>	
Crisis familiares múltiples (8)	<input type="checkbox"/>		Reacción negativa del padre hacia el niño (26)	<input type="checkbox"/>	
Soltera / padre desconocido (9)	<input type="checkbox"/>		Separación de más de 24 horas después del nacimiento / parto neonatal precoz (27)	<input type="checkbox"/>	
Tocomanías (10)	<input type="checkbox"/>		Estres intenso (28)	<input type="checkbox"/>	
Pobre autoestima, aislamiento social o depresión (11)	<input type="checkbox"/>		Dificultades para establecer el vínculo madre-hijo (29)	<input type="checkbox"/>	
Enfermedad mental en los padres (12)	<input type="checkbox"/>		Enfermedades infecciosas (30)	<input type="checkbox"/>	
Riesgo psicossocial prenatal	<input type="checkbox"/>	L M G	Riesgo psicossocial perinatal	<input type="checkbox"/>	L M G
NIÑO			VISITA DOMICILIARIA		
Malformaciones, defectos congénitos (13)	<input type="checkbox"/>		Hacinamiento (31)	<input type="checkbox"/>	
Niño prematuro, bajo peso (14)	<input type="checkbox"/>		Falta de equipamientos (32)	<input type="checkbox"/>	
Enfermedades neurológicas (15)	<input type="checkbox"/>		Adaptación de la vivienda al niño (33)	<input type="checkbox"/>	
Deficiencia mental (16)	<input type="checkbox"/>		Nivel de habilidades deficientes (34)	<input type="checkbox"/>	
Trastorno del ritmo sueño / vigilia (17)	<input type="checkbox"/>		Escasa higiene (35)	<input type="checkbox"/>	
Impulsos de violencia (18)	<input type="checkbox"/>		Rechazo, no visita (36)	<input type="checkbox"/>	
Riesgo psicossocial hijo	<input type="checkbox"/>	L M G	Riesgo psicossocial visita domiciliar	<input type="checkbox"/>	L M G
RIESGO PSICOSOCIAL	<input type="checkbox"/>	L M G			

El cuerpo central del cuestionario contiene 4 inventarios de indicadores, cada uno de los inventarios corresponde a una situación distinta. Los indicadores se engloban en las cuatro situaciones que pueden afectar al riesgo psicossocial del niño: la situación perinatal, la situación postnatal, la situación del niño y la situación respecto a la visita domiciliaria. Las situaciones no son exclusivas entre sí y deben ser evaluadas en función de la situación de detección del riesgo.

Los inventarios de indicadores sirven de guía para recordar los indicadores más frecuentes de maltrato. Es posible elegir varios indicadores de todos y cada uno de los apartados. Con frecuencia será necesario utilizar varios indicadores de los distintos apartados para perfilar el caso. *Los indicadores no son exclusivos entre sí.*

Bajo los indicadores de cada situación se encuentra una escala para valorar la magnitud de los indicadores seleccionados por la persona notificadora.

Se debe elegir el grado de gravedad de los indicadores. La magnitud de la gravedad se indica tachando: la «L» si es leve, la «M» si es moderado y la «G» si es grave. Si sólo existe la sospecha, deben valorarse los indicadores de la situación correspondiente como leves.

Por último se encuentra una escala global de valoración del «RIESGO PSICOSOCIAL». En esta escala se debe valorar la apreciación global del caso.

Los indicadores poseen una nota aclarativa, la cual se indica mediante un número. La aclaración se encuentra situada en la parte posterior del propio cuestionario. Es recomendable leer estas notas cuando el indicador no resulte evidente. Si existieran otros síntomas o indicadores no contemplados en el listado, se deberá hacer uso del apartado de comentarios y reflejarlos allí.

Existe un recuadro en el que se pueden escribir otros síntomas o indicadores que no aparezcan reflejados en el cuestionario original. También es posible reflejar aquí comentarios que puedan ser pertinentes para la aclaración del caso o sospechas (por ejemplo de tipo biográfico, referentes a la credibilidad de la historia narrada por el sujeto o debidas a la reiteración de síntomas y visitas) que lleven al profesional a comunicar el caso.

En el apartado de identificación del caso se recogen los datos que permitirán localizar y describir al sujeto en la base de datos acumulativa. Es imprescindible recoger las iniciales de la madre. Si se trata de un niño ya nacido, deben recogerse sus iniciales, su sexo y su fecha de nacimiento (si se conoce). Debe consignarse la fecha de la notificación ya que pueden realizarse diversas notificaciones de un mismo caso en el mismo centro o en centros diferentes.

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Táchese lo que no proceda)

Identificación de la madre:	
Datos primeras iniciales del Primer apellido <input type="text"/>	Datos primeras iniciales del Segundo apellido <input type="text"/>
Fecha de nacimiento (día / mes / año) <input type="text"/>	Teléfono <input type="text"/>
Domicilio <input type="text"/>	Código Postal <input type="text"/>
Identificación del niño:	
Datos primeras iniciales del Primer apellido <input type="text"/>	Datos primeras iniciales del Segundo apellido <input type="text"/>
Fecha de nacimiento (día / mes / año) <input type="text"/>	Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M
Identificación del notificador:	
Centro <input type="text"/>	Área Insalud <input type="checkbox"/>
Servicio / Consulta <input type="text"/>	Nombre <input type="text"/>
Profesional <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/>	Nº de colegiado <input type="text"/>

Por último, existe un área dedicada a la identificación de la persona que realiza la notificación. Es imprescindible rellenar este apartado para que la notificación surta efecto. La información contenida en este y otros apartados es confidencial y se encuentra protegida por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal. La información recogida en el apartado de identificación del notificador no se consigna en la base de datos del registro acumulativo de casos y se utiliza exclusivamente para asegurar la veracidad de la información contenida en la notificación.

Cada hoja de notificación consta de tres copias en papel autocopiativo. Una copia deberá permanecer en la historia clínica para el seguimiento del caso si fuera necesario, otra copia se enviará por correo al servicio de proceso de datos y una tercera copia se entregará al profesional de los servicios sociales.

IMPORTANTE: Cada notificación debe realizarse en un cuestionario nuevo, incluso cuando se refiera al mismo caso en fechas posteriores a la primera detección.

La eficacia de esta Hoja de Notificación depende en gran medida de la calidad de las notificaciones y del esmero con que sea utilizada. La cumplimentación descuidada puede invalidar la notificación del caso. La buena utilización del cuestionario es fundamental para la fiabilidad de las respuestas y las acciones posteriores que puedan ser requeridas.

Para cualquier aclaración dirigirse a:

