



SERIE

Cuadernos
de Trabajo

SALUD Y BUEN TRATO A LA INFANCIA
Y ADOLESCENCIA EN ANDALUCÍA

SALUD Y BUEN TRATO A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA EN ANDALUCÍA

Serie CUADERNOS DE TRABAJO



Ficha catalográfica:

CUADERNOS sobre salud y buen trato a la infancia y adolescencia en Andalucía / coordinadores, Manuel Rodríguez Rodríguez, Antonio Garrido Porras ; autores, Amelia Fernández Valverde ... [et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de Salud, [2010] 148 p. : gráf. ; 21 cm. -- [Cuadernos de trabajo].

1. Bienestar del niño 2. Adolescente - 3. Maltrato a los niños-Prevención y control - 4. Atención integral de salud - 5. Andalucía I. Rodríguez Rodríguez, Manuel II. Garrido Porras, Antonio III. Fernández Valverde, Amelia IV. Andalucía. Consejería de Salud V. Serie WA 310.

Coordinadores

Manuel Rodríguez Rodríguez
Antonio Garrido Porras

Autores

Amelia Fernández Valverde
Ángeles Caballero Trigo
Ana López Andrade
Ana Varela Domínguez
Ángeles García Janeiro
Antonio Garrido Porras
Antonia Muñoz Serrano
Antonio Rico García
Bienvenida Oliver Navarro
Carmen Banda Gallego
Carmen de Manuel Vicente
Carmen Herrera Justiniano
Consuelo Muñoz Asensio
Custodio Calvo Macías
Daniel López Vega
Eliás Navarro Dorado
Fco. José Balboa Guillén

Inmaculada Ortega Fraile
Jesús Jiménez Morago
Jesús Parejo Merino
J. Antonio Fernández Mosquera
Joaquín Lucena Romero
José Rodríguez Bello
Juan Gil Arrones
Juan Torralba Albella
Juan José Fernández de Velasco Galán
Luisa Caldera Tejada
Macarena Anchoriz Esquitino
María Santos Rodríguez
M^a Dolores Martínez Foncueva
M^a Paz Conde Gil de Montes
Manuel Rodríguez Rodríguez
Mariano Hernanz García
Otilia Retamero Olmos
Rafael Muriel Fernández

Revisores

Josefa Vázquez Murillo
Jordi Pou Fernández

Jesús Palacios González
Ignacio Gómez de Terreros
Miguel Garrido Fernández
José María Sánchez Bursón
Rafael del Pino López
Jose Manuel Galiana Auchel
Agustina Hervás de la Torre
Celia Nevado Fernández
Anastasia Arbolea Martínez
Guadalupe Longo Abril
Mónica Padial Espinosa

Agradecimientos

Ilustraciones, niños y niñas del C.E.I.P.
Josefa Navarro Zamora de Coria del Río

Edita

Junta de Andalucía. Consejería de Salud

Depósito Legal: SE-6940-2010

Diseño, maquetación e impresión
4Tintas - Sevilla

ÍNDICE GENERAL

PRESENTACIÓN	5
CUADERNOS DE TRABAJO	
Cuaderno I	
Intervención Integral desde salud ante el maltrato infantil. Enfoque de derechos de la Infancia	11
Cuaderno II	
¿Qué deben saber quienes trabajan en el sistema sanitario sobre el maltrato infantil?	39
ANEXOS	
Anexo I	
Algoritmo de actuación sanitaria ante el maltrato infantil	107
Anexo II	
Guía de recursos	109
Anexo III	
Sistema de Información sobre maltrato infantil en Andalucía. Hojas de notificación y Parte de remisión al Juzgado	115
Anexo IV	
Modelos oficiales del servicio andaluz de salud	119
Anexo V	
Indicadores de maltrato. Valoración de indicadores de maltrato físico activo que se pueden apreciar en la exploración médica	123
Anexo VI	
Estructura asistencial y organización funcional en centros sanitarios ante el maltrato infantil	139
Anexo VII	
Valoración de salud del abuso sexual a menores	141
Anexo VIII	
Marco normativo para la promoción de los derechos de los menores, la atención del maltrato y la desprotección infantil	143

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

Mary Ellen era una niña de nueve años de edad nacida en la ciudad de Nueva York en 1866. Una trabajadora de la caridad tuvo conocimiento de la situación de esta niña, que era golpeada continuamente, herida con tijeras y atada a una cama. Mary Ellen también presentaba síntomas de desnutrición severos y otras señales de maltrato físico y negligencia. Esta persona intentó intervenir en defensa de Mary Ellen, acudiendo a diversas agencias de protección, incluyendo la policía, el abogado del distrito y el departamento de caridad del estado de Nueva York. Sin embargo, y puesto que no existían en ese momento leyes que recogieran específicamente el maltrato de los niños por sus padres o cuidadores, todos estos estamentos rehusaron emprender cualquier tipo de acción o proporcionar ayuda. Todos los intentos de intervención en favor de Mary Ellen fueron infructuosos hasta que, en su desesperación, esta persona se dirigió a un miembro de la Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales. Puesto que los animales se encontraban legalmente protegidos del tipo de violencia a que Mary Ellen se encontraba sometida, y puesto que Mary Ellen era parte del reino animal, debía ser posible que esta sociedad para la protección de los animales interviniera ante los tribunales en defensa de esta niña. El argumento que se empleó en el proceso judicial era que Mary Ellen merecía, al menos, tanta protección como un perro común. Sobre esta base, se ganaba en 1874 el primer proceso judicial en Estados Unidos que defendía a un menor de los malos tratos físicos y la negligencia. Como consecuencia del caso de Mary Ellen, se formaría la Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Niños”.

Publicado en G. Musitu y P. Allat (Eds.), *Psicosociología de la familia*. Valencia: Albatros. 1994. *Los Malos Tratos en la infancia: tres décadas de investigación*. Enrique Gracia Fuster. Universitat de València.

La infancia, a lo largo de las épocas, ha ocupado el último eslabón en el cadena humana. Los niños, niñas y adolescentes fueron objetos de maltrato, vejaciones y exclusión y ocupaban el espacio social de lo inmaduro, de lo que habitará el futuro, pero sufriendo, mientras tanto, la moratoria social en el presente. La infancia no tenía voz y sus derechos, cuando los tenían, aparecían de hecho subordinados a los de aquellos que debían ampararles en el seno de sus familias.

En las últimas décadas, un importante movimiento internacional instala progresivamente en el debate social la necesidad de visibilizar las desventajas estructurales ligadas al hecho de ser niño o niña, así como de promover sus derechos y de protegerles contra todas las formas de violencia y discriminación. El bienestar infantil y su participación activa en la comunidad son los mejores exponentes del grado de desarrollo democrático, social y moral de una sociedad. La Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas ha sido el tratado internacional más ratificado de la historia y ha supuesto un claro impulso legislativo y político para promover que la infancia sea efectivamente protegida de todas las formas de maltrato, abandono, explotación y violencia.

El maltrato a la infancia es la expresión extrema de la vulnerabilidad de los niños en nuestras sociedades. Es un problema grave que tiene dificultades para ser detectado y atendido y que perjudica seriamente el desarrollo psicológico y físico de los niños, pudiendo llegar a poner en severo riesgo su integridad vital. Más allá de las modalidades de maltrato que recoge la literatura (físico, psicológico, sexual), asistimos hoy en día a la emergencia de nuevos contextos de riesgo en los que los derechos y el bienestar de los menores se

pueden ver seriamente comprometidos. Nos referimos con ello a asuntos como el propio funcionamiento de las instituciones, que muchas veces pueden potenciar fenómenos de revictimización, a la violencia de género, a las consecuencias para los hijos e hijas de separaciones conyugales altamente conflictivas, a algunas prácticas educativas tradicionales en ciertas culturas, como la mutilación genital femenina o los matrimonios forzados, al acoso escolar y los nuevos escenarios de exclusión social... en definitiva, configuraciones sociofamiliares, sociales y culturales que instauran la necesidad de ampliar la perspectiva y las estrategias de intervención de las instituciones y sus profesionales.

La prevención, detección precoz y atención integral del maltrato infantil requiere de un alto grado de sensibilidad social e institucional y de colaboración entre las distintas administraciones. Además, un sistema de protección a la infancia de calidad precisa de adecuados protocolos de intervención, de potentes programas de formación de profesionales y de sistemas de información y vigilancia epidemiológica. Con fecha 20 de noviembre de 2002, se estableció un procedimiento de coordinación entre las Consejerías de Gobernación, de Justicia y Administración Pública, de Salud, de Educación y Ciencia y de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, la Delegación de Gobierno en Andalucía, el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía y la Federación Andaluza de Municipios y Provincias para la atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía. Sin embargo, como estableció el Observatorio de la Infancia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, un Protocolo conjunto entre las distintas instituciones “debe ser complementario de los protocolos sectoriales en cada ámbito profesional relacionado con la detección,

notificación e intervención en casos de maltrato infantil, que ya se vienen realizando”.¹

El ámbito sanitario es uno de los sistemas privilegiados para promover el bienestar infantil y detectar y atender a las víctimas infantiles de maltrato. Los servicios sanitarios disponen de profesionales altamente cualificados, tanto en la dimensión clínica como en la psicosocial, capaces de llevar a cabo exploraciones muy especializadas y útiles para observar distintos tipos de indicadores de maltrato y que en su práctica habitual atienden a toda la población infantil en los distintos momentos del ciclo evolutivo.

Desde el Sistema Sanitario Público Andaluz impulsamos una estrategia que persigue reforzar la atención sanitaria al maltrato infantil en consonancia con el marco normativo e institucional vigente para la protección infantil y ello mediante varias estrategias:

1. Promoviendo un protocolo de intervenciones sanitarias, en cuanto marco de actuación ordenado e integral.
2. Editando y difundiendo materiales y herramientas de conocimiento útiles a los profesionales.
3. Incrementando la sinergia de las respuestas con otras administraciones.
4. Formando a los profesionales y facilitando el trabajo en red y la gestión del conocimiento.

Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil. Módulo de referencia para el desarrollo de un protocolo de actuación en casos de maltrato infantil. Aprobado en el Pleno del Observatorio de la Infancia de 22.11.2007

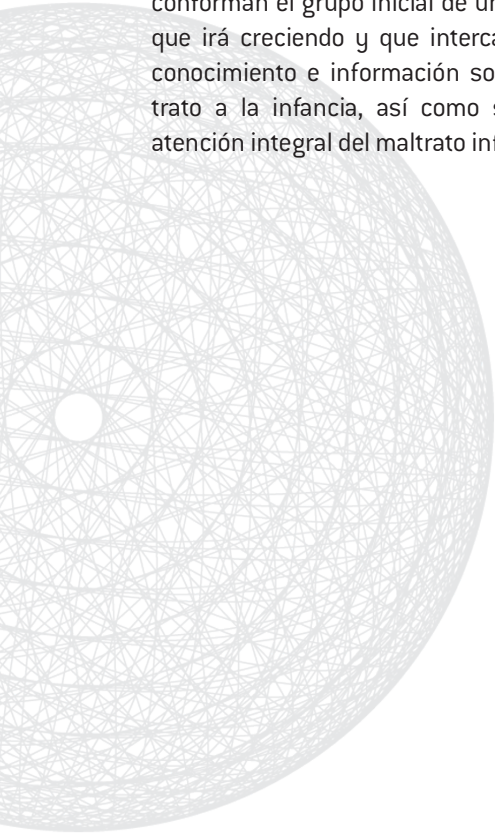
En este marco, el proyecto RED SABIA (<http://www.red-sabia.org/>) surge como una iniciativa de la Secretaría General de Salud Pública de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía para impulsar el buen trato a la infancia y la atención integral y de calidad al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. RED SABIA se configura como un grupo abierto de profesionales sanitarios que trabajan en red para mejorar las buenas prácticas en la asistencia sanitaria a la infancia y la adolescencia, optimizar la detección y cuidado de los casos de maltrato infantil y desarrollar iniciativas de formación, intercambio profesional y gestión del conocimiento en la salud y el buen trato a la infancia desde el Sistema Sanitario Público Andaluz.

En esta lógica la RED SABIA, con el apoyo de la Consejería de Salud, inicia la edición de la Serie “Cuadernos de trabajo” sobre Salud y Buen Trato a la infancia en Andalucía. Se propone, con ello, aportar un enfoque, un método de trabajo y unos instrumentos para mejorar y reforzar la reflexión y la práctica profesional relacionada con la prevención del maltrato infantil y la promoción del buen trato en la atención sanitaria a los niños, niñas y adolescentes, así como un tratamiento integral y de calidad a las víctimas infantiles de cualquier forma de violencia ejercida sobre ellos, siempre en colaboración con aquellas otras instituciones que configuran el sistema de atención a la infancia en Andalucía. La problemática del maltrato infantil debe figurar como un lugar privilegiado en la consideración e intervención de los profesionales sanitarios, mejorando la coordinación con las entidades competentes en materia de protección de menores y avanzando en el conocimiento y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes que sufren cualquier tipo de agresión, abandono y abusos.

Queremos agradecer, en especial, la participación de todas y todos los profesionales del ámbito sanitario y de otras Instituciones que han elaborado y revisado los materiales para la edición de estos primeros **“Cuadernos de trabajo”** de la RED SABIA, en el convencimiento de que conforman el grupo inicial de una red de profesionales que irá creciendo y que intercambiarán experiencias, conocimiento e información sobre la salud y el buen trato a la infancia, así como sobre la prevención y atención integral del maltrato infantil.

Tal como concluyó en 1990 la Cumbre Mundial a favor de la Infancia: “No hay causa que merezca más alta prioridad que la protección y el desarrollo del niño, de quien dependen la supervivencia, la estabilidad y el progreso de todas las naciones y, de hecho, de la civilización humana”

Josefa Ruíz Fernández
Secretaria General de Salud Pública
Sevilla, octubre de 2010





Cuaderno I

INTERVENCIÓN INTEGRAL DESDE SALUD ANTE EL
MALTRATO INFANTIL.

ENFOQUE DE DERECHOS DE LA INFANCIA

CUADERNO I

INTERVENCIÓN INTEGRAL DESDE SALUD ANTE EL MALTRATO INFANTIL. ENFOQUE DE DERECHOS DE LA INFANCIA

ÍNDICE

1. La intervención integral desde salud ante el maltrato infantil: los escenarios de prevención, promoción, asistencia y recuperación	13
1.1 Escenarios de atención al maltrato infantil	14
1.1.1 Escenario de promoción	14
1.1.2 Escenario de prevención	19
1.1.3 Escenario asistencial	22
1.1.4 Escenario de la recuperación	27
2. Hacia un nuevo paradigma en la atención al maltrato infantil basado en el enfoque de derechos de la infancia. Los niños como sujetos de derechos y actores de cambio. Participación infantil	31
3. Bibliografía	35

1. LA INTERVENCIÓN INTEGRAL DESDE SALUD ANTE EL MALTRATO INFANTIL: LOS ESCENARIOS DE PREVENCIÓN, PROMOCIÓN, ASISTENCIA Y RECUPERACIÓN

La atención del maltrato infantil exige una perspectiva integral que articule distintos momentos técnicos y escenarios de intervención:

La **prevención** que actúa sobre los factores de riesgo, que son circunstancias perjudiciales para el desarrollo integral y el bienestar del menor.

La **promoción** de los derechos de la infancia y del buen trato, que responde a objetivos de mejora y bienestar, personal y colectivo.

La **asistencia** social, médica, psicológica y legal.

La **recuperación** del proyecto vital de las víctimas.

Frente a un enfoque tradicional centrado en el déficit y en el riesgo, es preferible priorizar una orientación estratégica que promueva los activos de salud, las competencias y el desarrollo positivo de los niños y de sus entornos. Los **activos de salud** se definen como los recursos con los que cuentan las personas y las comunidades para protegerse de los riesgos para su salud y/o proporcionarse un estado más saludable. En el ámbito del desarrollo infantil, el **modelo de desarrollo positivo** requiere la identificación de aquellas competencias cognitivas, conductuales y sociales que funcionan como activos de salud y bienestar y actualizan las potencialidades de los niños para un despliegue evolutivo en condiciones armoniosas y saludables con su entorno.

MALTRATO	BUEN TRATO
Factores de riesgo (enfoque penal)	Factores protectores (enfoque educativo)
Concepto relativo	Necesidades universales
Más propio del ayer	Más propio del mañana

Concepciones del maltrato (Lopez F. 2006)

El paradigma para el abordaje global de las víctimas infantiles de violencia intrafamiliar debe vertebrarse sobre los siguientes ejes:

- El valor presente de la infancia y su aporte al caudal social (creatividad, ingenuidad, solidaridad).
- La responsabilidad pública de la sociedad para asegurar el bienestar infantil. Perspectiva de buen trato. Modelo salutogénico y de desarrollo positivo.
- Una visión interdisciplinar e intersectorial.
- El enfoque de derechos de la infancia. Empoderamiento y participación. Apoyos para una parentalidad positiva.
- La intervención preventiva sobre las situaciones de riesgo.

- La asistencia a las víctimas con la máxima prioridad y adecuando los procedimientos a las necesidades de los menores, evitando victimización secundaria
- La integración familiar y comunitaria. Recuperación del proyecto vital. Autonomía, control sobre su vida y respeto a la continuidad biográfica

1.1 ESCENARIOS DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL

CONDUCTAS

POBLACIÓN GENERAL



SITUACIÓN DE RIESGO



FAMILIA AFECTADA



PROYECTO VITAL



PROMOCIÓN	PREVENCIÓN			ASISTENCIA
	Primaria	Secundaria	Terciaria	Recuperación
INTERVENCIÓN <ul style="list-style-type: none"> • El valor de la infancia • Buen trato • Participación • Relaciones positivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Corregir tendencias • Detección de desviaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo • Episodios Transgresores • Desestructuración • Omisión de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> • Primero protección • Reducción de daños • Articulación de la terapia • Seguimiento compartido 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia • Recuperación proyecto • Convivencia

Atención actual

1.1.1 Escenario de Promoción

El valor central de la infancia en una sociedad democrática y del conocimiento.

Es preciso admitir los avances que se han producido en el reconocimiento de la personalidad jurídica de la

infancia así como en su protección legal en el ámbito internacional (Convención Europea de Derechos Humanos y la Carta Social Europea), el Estado español (la Constitución española de 1978, la ley 21/1987 y la Ley Orgánica 1/1996) y en las distintas Comunidades Autónomas (en Andalucía, el Estatuto de Autonomía

y la Ley 1/1998] impulsados por la firma de la Convención de Derechos del Niño [1989]. En la década de los ochenta se producen cuatro elementos que condicionan la visión del mundo de la infancia a partir de entonces¹:

- La nueva **legislación protectora** de los derechos de la infancia ya referida que sitúa a los menores de edad en un plano de igualdad efectiva frente a los adultos.
- La potenciación de la **organización administrativa de atención al menor**, articulando una organización institucional específica.
- La intensa **descentralización administrativa** operada en materia de servicios sociales y, en especial, en asuntos de infancia, que ha hecho residir las competencias en las administraciones públicas más cercanas al ciudadano, la autonómica y local.
- Los **Planes de atención a la infancia**, centrados específicamente en este sector de la población, como instrumentos operativos e intersectoriales que guían la actuación profesional.

Además, en los últimos años también es posible observar iniciativas y avances en lo relativo a los derechos, la prevención y la participación de la infancia promovidos por diferentes organismos y entidades en ámbitos como el de las políticas europeas, las

corporaciones locales o la atención sanitaria. Algunos ejemplos de estos programas e iniciativas podrían ser:

- **“Construir una Europa para y con los niños”** del Consejo de Europa. Supone un enfoque estratégico con objetivos a corto y largo plazo, revisión de marcos jurídicos e institucionales y apertura de procesos de participación infantil.
- Las distintas iniciativas y programas de los **Observatorios de Infancia** estatal y autonómicos.
- **Ciudades Amigas de la Infancia** de UNICEF que impulsa y promueve la aplicación de la Convención sobre los Derechos del Niño en el ámbito de las Entidades Locales.
- La **Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)** ha sido lanzada por la OMS y UNICEF para animar a los hospitales, servicios de salud, y en particular las salas de maternidad a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.
- El programa de trabajo centrado en la **Programación de los Derechos del Niño** de Save the Children, como propuesta para el ciclo programático en las políticas.
- En Andalucía, el **Programa de Tratamiento a Familias con Menores** que se desarrolla mediante la suscripción de Convenios con las Corporaciones Locales para una intervención especializada que evite la adopción de medidas de protección que conlleven la separación del menor y la menor de su familia.

1. Desarrollo de las competencias tras 20 años del Estatuto de Autonomía: la construcción del Sistema de Atención a la Infancia de Andalucía. Sánchez Bursón, J.M. . Revista de Administración Pública Andaluza Nº 2 Vol. II (2002): pp. 611-40. Marzo 2003.

La visión actual de la infancia exhibe algunos trazos fuertes:

- Invisibilidad de lo positivo de la infancia (generosidad, creatividad, fantasía, capacidad para jugar) y visibilidad de lo negativo que le acontece (maltratadores hacia sus mayores y entre iguales, disociales y con problemas de conducta, victimización asociada a las nuevas tecnologías, nuevos y compulsivos consumidores)
- Equivalencia del concepto de bienestar infantil con la ausencia de maltrato. Sigue sin ser evidente la necesidad del buen trato y de generar un mundo amigable para la infancia
- Las modalidades de maltrato siguen creciendo, en coherencia con la naturaleza psicosocial del fenómeno. Nuevas situaciones de victimización irrumpen en el ámbito del maltrato infantil: niños víctimas de violencia de género, de rupturas familiares, nuevas formas de abandono y de maltrato institucional...
- A pesar de la sobreabundancia de información sobre la infancia, sigue existiendo un gran desconocimiento sobre aspectos básicos del desarrollo infantil, de su mundo de necesidades y derechos y de modelos positivos de socialización y cuidados.
- Se ha pasado de la negación de la infancia (de su realidad social, afectiva y cultural) a su idealización (proteger a los niños, vulnerables, indefensos, inocentes, antes que a sus derechos). Las falsas representaciones sobre los niños, niñas y adolescentes escamotean sus capacidades cambiantes y sus potencialidades crecientes.

- Los padres padecen exigencias de responsabilidades, cuestionamiento de sus competencias parentales, profesionalización y judicialización de los conflictos afectivos, dificultad para conciliar la vida familiar y laboral
- Se mantiene la tendencia a la mirada privatizadora de la infancia frente a un enfoque que privilegie la situación de los niños como responsabilidad social compartida.
- Prevalece la intervención profesional centrada en detectar y dar respuesta al riesgo y al maltrato, dejando en segundo plano la promoción del buen trato (activos y perspectiva salutogénica) y la prevención.
- Persiste una visión disciplinaria, coercitiva y de extensión de la responsabilidad penal en el abordaje de los desajustes y conflictos que se plantean en el desarrollo evolutivo y social de la infancia

Estrategias de promoción

Es factible plantear estrategias de promoción como las siguientes:

- Sistemas permanentes y compartidos de información sobre la situación de la infancia.
- Protocolos de trabajo interdisciplinar e intersectorial (trabajo en red).
- Promoción de políticas de apoyo a las familias para el ejercicio de sus responsabilidades de crianza, cuidado y promoción de las capacidades de los niños y niñas. Especial consideración a reforzar el papel cuidador del progenitor masculino.

- Fomento de la sensibilización social sobre los derechos, necesidades e intereses de la infancia, movilizándolo a los diferentes escenarios de socialización y redes sociales comunitarias.
- Potenciación de la atención a la infancia y adolescencia en situación de riesgo, discapacidad y/o en situación de exclusión social, estableciendo criterios compartidos de calidad y mejores prácticas susceptibles de evaluación.
- Refuerzo de las actuaciones con la infancia y adolescencia, estableciendo mecanismos preventivos y de rehabilitación ante situaciones de conflicto social.
- Garantía de una educación de calidad para todos que, caracterizada por la formación en valores, la atención a la diversidad y el avance en la igualdad desde una perspectiva de género, fomento, mediante una atención continuada, el máximo desarrollo de las potencialidades desde los primeros años de vida.
- Fomento de intervenciones de prevención, promoción y protección de la salud infantil, de prevención de accidentes y otras causas generadoras de discapacidad, incluyendo aspectos de educación afectivo-sexual y educación para el consumo responsable, prestando una atención especial al diagnóstico y tratamiento de las deficiencias y a la salud mental de la infancia.
- Promoción de un entorno medioambiental, social y cultural que permita el desarrollo adecuado de las capacidades de los niños, niñas y adolescentes, favoreciendo el derecho al juego, ocio y tiempo libre, creando espacios apropiados, cercanos y seguros y promoviendo un consumo responsable.
- Garantía para el ejercicio de la participación efectiva de la infancia como ciudadanía de pleno derecho, al objeto de favorecer su integración social y su toma en consideración en los procesos de decisión.

Estrategias de promoción en profesionales y servicios de salud

En el caso concreto de los profesionales y los servicios de salud, esta estrategia debería considerar algunas de las siguientes orientaciones específicas:

- **Favorecer la toma de conciencia** de que el maltrato es también un problema de salud y como tal debe estar integrado en el sistema sanitario.
- **Respaldar la actuación profesional.** El profesional no puede estar solo. Todas las actuaciones deben contar con el respaldo de las instituciones.
- Favorecer una **actuación multidisciplinar** y una **perspectiva intersectorial** que implique mirar a otros sectores que, como el educativo y el social, pueden enriquecer la actuación del profesional sanitario.
- Promover y enfatizar el **carácter pedagógico y preventivo del rol del profesional sanitario** para transmitir a los padres un mensaje de promoción del buen trato y confianza en sus capacidades:
 - A través del seguimiento del proceso de embarazo, parto y puerperio y de salud infantil y del adolescente.
 - Promoviendo el contacto físico y afectivo entre el recién nacido y sus padres.

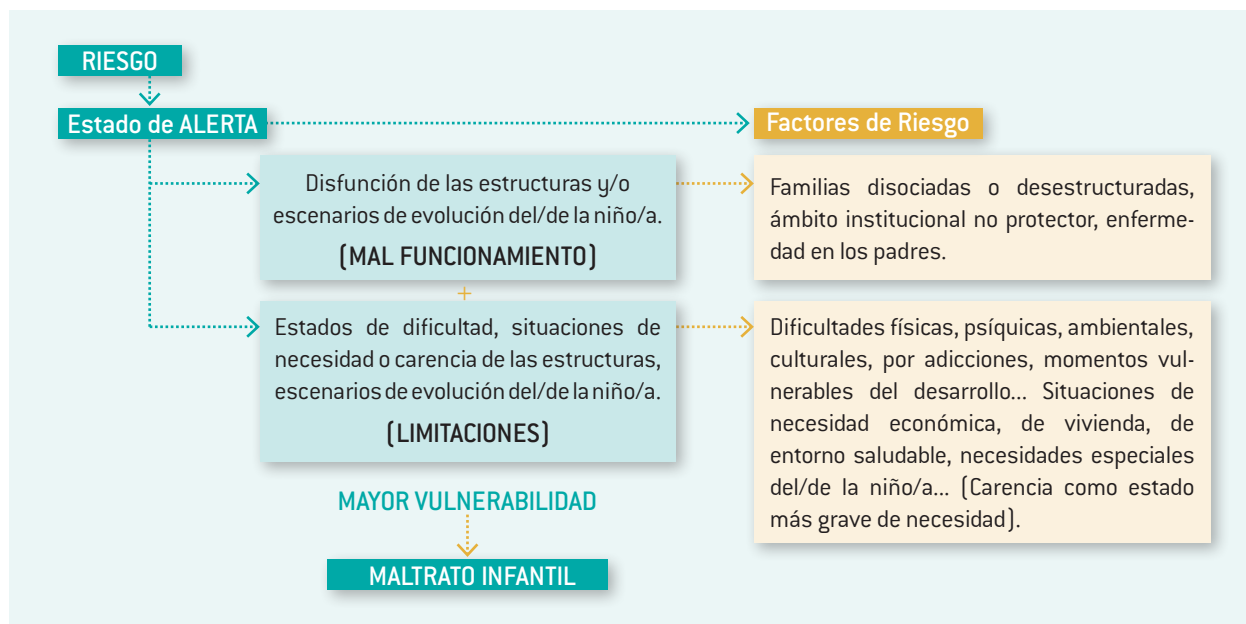
- Facilitando la implicación del padre en el control del embarazo, cuidados del RN y en etapas posteriores.
 - Promoviendo la lactancia materna.
 - Informando a los padres de las necesidades del hijo en las distintas etapas de su desarrollo (alimentación, higiene, afecto, estimulación, juego, aprendizaje, estrategias de resolución de conflictos, explicación de la enfermedad).
 - Organizando actividades de educación para la salud a grupos de padres o a la población general.
 - Capacitándolos, entrenándolos, para que cubran las necesidades y los cuidados de salud y sepan actuar ante los síntomas de enfermedades.
- Potenciar la **capacidad para comunicarse** y resolver problemas imprevistos, el respeto por los conocimientos de los no expertos y la implicación activa de los clientes y usuarios de los servicios.
 - Favorecer en los dispositivos de atención a la infancia y los profesionales que trabajan en ellos el desarrollo de un **estilo más proactivo** en relación con la promoción del buen trato.
 - Desarrollo de **competencias y habilidades profesionales** compatibles con estos planteamientos en relación con la promoción del buen trato en su ejercicio profesional.



1.1.2 Escenario de Prevención

La prevención primaria del maltrato infantil significa intervenir para atenuar o eliminar los **factores de riesgo**. La situación de riesgo se define como un estado de alerta que indica la presencia de factores disfuncionales (físicos, psicológicos, sociales, evolutivos,...) en cualquiera de las estructuras básicas y escenarios de evolución / desarrollo del niño, dejando al descubierto

limitaciones, dificultades, situaciones de necesidad o carencia en la familia, en las instituciones o en el entorno y que pueden llegar a proporcionar una vulnerabilidad en el niño o, en su forma más grave, una situación de maltrato. Los factores de riesgo (indicadores físicos, psicológicos, sociales, evolutivos de mal funcionamiento o disfunción) tienen **valor anticipativo** (nos orientan sobre un posible evolución) y **capacidad asociativa** (interactúan y se refuerzan mutuamente).



Buenas prácticas para la prevención del maltrato infantil Intervenciones preventivas en el maltrato infantil

Los servicios de Atención Primaria (AP) tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil, al

ser los únicos servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado las familias, en un periodo de edad en el que el niño es especialmente vulnerable (menores de 5 años de edad). Pediatras y personal de Enfermería se encuentran en una posición

favorable para detectar niños en situación de riesgo, colaborar en la intervención protectora de la población general y realizar actividades preventivas en niños considerados de riesgo.

Niveles de actuación

1. Prevención primaria, dirigida a todos los individuos de una comunidad, con el objetivo de evitar la presencia de factores de estrés o de riesgo y potenciar los factores protectores. Está íntimamente asociada

a la promoción de un espacio de autoprotección y de buen trato, de resolución de conflictos, de información de las necesidades del menor, de adiestramiento de los padres, de promoción de conductas no violentas, del juego, de las normas...:

- Sensibilización y formación de profesionales en la detección y prevención del maltrato infantil, así como sobre los derechos de la infancia y el marco de protección.

PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

PREVENCIÓN PRIMARIA

Formación profesionales

Incrementar habilidades en los padres mediante la educación sanitaria (accidentes, alimentación, higiene, desarrollo psicomotor, disciplina constructiva)

Preparación al parto

Escuelas de padres

Prevenir embarazos no deseados sobre todo en mujeres jóvenes

Guía anticipadora*

Programa del Niño Sano

Modificar actitudes de los padres ante el establecimiento de normas y límites

Consultas de pediatría

Promocionar las capacidades innatas de los padres

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Identificación de familias de riesgo

Reconocer e intervenir en caso de violencia doméstica entre adultos

Remitir a Salud Mental padres con toxicomanías o trastornos psiquiátricos

Información sobre redes de apoyo institucional o no gubernamental

Coordinación con trabajador social

Visita domiciliaria prenatal y hasta los dos años

Aumentar el número de visitas de seguimiento

Incrementar capacidades y habilidades en los padres

Guía anticipadora*

Promocionar las capacidades innatas de los padres

Promover la estimulación del niño

- Actuar en foros comunitarios de educación para la salud incrementando las habilidades de los padres en el cuidado de los menores y en las relaciones educativas y afectivas que se establecen en la relación padres-hijos.
 - Detectar las situaciones de violencia doméstica o de abuso a la mujer como una medida efectiva para prevenir el maltrato infantil.
 - Intervenir en la búsqueda sistemática de factores de riesgo y factores protectores recabando información de aspectos psicosociales, dinámica familiar, etc. de la población infantil atendida.
 - Trabajo en red (interdisciplinariedad e intersectorialidad).
 - Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes.
 - Evaluar la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, la presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, las ideas parentales sobre el establecimiento de normas y límites (azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas).
 - Promover medidas de apoyo a la lactancia materna.
 - Escuchar y comprender qué dicen los niños y niñas y también qué no dicen.
 - Intervenir en las consultas con amabilidad y empatía, **pero con energía**, cuando observamos prácticas de castigo **desproporcionado** (corporal) (que se establecen inapropiadamente en la relación) de los padres a los hijos (nalgadas, sacudidas, amenazas, reprimenda con abuso psíquico, etc.), (discutiendo) **ofreciendo**.
 - Utilizar “guías anticipadoras” para comunicar a cada edad específica los requerimientos del niño (alimentación, higiene, sueño, cólico del lactante, rabieta, control de esfínteres, etc.), reconocer la dificultad que entraña cada nuevo periodo del desarrollo, brindar orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva y promover la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable.
 - Identificar los puntos valiosos y positivos de los padres, alabar sus esfuerzos, reforzar la autoestima y la competencia.
- 2. Prevención secundaria:** hace referencia a las medidas se establecen para poblaciones identificadas como de “alto riesgo” en relación al maltrato: (reducción de daños y atenuación de los factores de riesgo presentes, seguimiento por parte de los dispositivos especializados, potenciación de los factores protectores, adecuación de las estructuras rígidas e insanas y educación en valores):
- Reconocimiento de situaciones de abandono o trato negligente en el niño.
 - Identificación de situaciones de violencia de género.
 - Derivación del grupo familiar a terapia psicológica para educar en el manejo de emociones como la ira.
 - Remisión a centros especializados a padres con adicción a alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos
 - Ofrecimiento las familias que lo precisen de todos los recursos comunitarios de ayuda psicológica a adultos y niños, social, laboral o económica.
 - Colaboración con el trabajador social de la zona en la definición de objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.
 - Visitas domiciliarias por parte de enfermería.

3. Prevención terciaria: referida a la intervención que se realiza en los casos de malos tratos detectados con el objetivo de atender a la víctima, minimizar las secuelas del maltrato y recuperar el proyecto vital del menor:

- Programas de atención a menores víctimas de maltrato y abusos sexuales.
- Programas de atención a menores víctimas de la violencia de género.
- Programa de Tratamiento Familiar (Ayuntamientos).

Hay que resaltar la importancia de las visitas domiciliarias del personal de enfermería comunitaria².

Los programas de visitas a domicilio efectuadas por enfermeros durante el período prenatal y la primera infancia muestran evidencias de sus logros. Los enfermeros persiguen optimizar los resultados del embarazo y la salud materno-infantil, el desarrollo de los niños apoyando las competencias de crianza y la integración comunitaria de la familia. Los resultados son:

- Mejora de la salud materna.
- Reducción de lesiones durante la infancia.
- Reducción de ulteriores embarazos.
- Incremento de la ocupación laboral de los padres.
- Reducción del recurso al apoyo de los servicios sociales.
- Mejora de la salud mental de los niños.
- Mejora de la integración escolar.

² La primera infancia en perspectiva. Serie editada por Martin Woodhead y John Dates. Primera edición en 2010 a cargo de La Universidad Abierta Child and Youth Studies Group. The Open University. Walton Hall, Milton Keynes. MK7 6AA. Reino Unido.

1.1.3 El escenario asistencial

El buen trato asistencial ante los casos de maltrato infantil

Las buenas prácticas asistenciales ante el maltrato infantil requieren la articulación, en niveles de especialización creciente, de todos los recursos que configuran el **sistema de atención a la infancia**, fundamentalmente de los ámbitos de **servicios sociales, educativo, sanitario, judicial y policial**.

Esta **respuesta en red** precisa de una alta protocolización, interdisciplinariedad y coordinación de las actuaciones.

Desde el **ámbito sanitario**, la respuesta ante un caso de maltrato infantil, debe contemplar los siguientes criterios:

- Máxima priorización y celeridad.
- Procedimientos asistenciales y administrativos específicos y adaptados a las características personales y evolutivas de la persona menor.
- Coordinación interdisciplinar (áreas clínica y social) e intersectorial (servicios sociales, educación, justicia...).
- Respeto a los derechos del menor y a la propia imagen, a las diferencias culturales, religiosas y a sus opiniones, información adaptada a sus capacidades y situación emocional, para otorgamiento de consentimiento informado en mayores de 16 años (y toma en cuenta de la opinión del menor a partir de 12 años).

- No discriminación por sexo o diferencias étnicas o religiosas en cualquier fase del proceso de valoración y asistencia.
- Anteponer el interés superior del menor sobre cualquier otro interés legítimo en los procedimientos asistenciales y administrativos.
- Asegurar la protección necesaria desde los centros sanitarios, incluso facilitando su ingreso hospitalario, si fuera necesario, o el transporte que garantice su asistencia en el centro adecuado.
- Evaluación respetuosa con las necesidades de intimidad y de sus vínculos afectivos. Clima de confianza. Confidencialidad.
- Notificar a otras instancias competentes cuando se dan “indicios razonables de sospecha”.
- Evitar de exploraciones innecesarias o repetitivas (victimización secundaria).
- Contemplar todas las necesidades del menor (medico-asistenciales, de protección, de apoyo psicológico, de información).
- Recoger en la historia clínica una exhaustiva anamnesis (datos aportados por el propio niño, otros profesionales y otras personas como vecinos, parientes...), exploración física, exploración psicológica, pruebas complementarias (radiografías, hemogramas, bioquímicas, TACs, serología, semen, análisis de orina, test de embarazo, valoración psicosocial...).
- Garantizar la seguridad de los profesionales implicados.
- La notificación a través de la hoja de maltrato ha de complementarse, en los casos no leves, con un

Informe a las entidades competentes en materia de protección de menores que contenga datos sobre motivo de consulta, antecedentes del caso, relación de los procedimientos y técnicas de evaluación, resultados obtenidos, diagnóstico del profesional, conclusiones y recomendaciones.

En Andalucía, muchas de las acciones y orientaciones entendidas como de buen trato, están establecidas como derechos de los niños y de las niñas en el *Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de edad*. Algunos ejemplos de buen trato en el escenario asistencial son:

Adecuación del entorno físico ambulatorio y hospitalario:

- Decoración, ambientación y luminosidad con características adecuadas a la infancia; mobiliario y material adaptados a las necesidades de los niños y de las niñas.
- Publicitación de los derechos de los niños y del compromiso del centro sanitario con el bienestar infantil.
- Habitaciones de uso individual.
- Garantía de acompañamiento por los padres u otros familiares.

Actitudes de los profesionales:

- Trato personalizado: cada niño debe tener un profesional de referencia.

- Generar confianza en el menor y la familia.
- Reducir el grado de ansiedad en el/la menor, procurando que se sienta acogido y comprendido y animán-dolo a expresarse y a colaborar.
- Evitar realizar gestos o verbalizaciones (juicios de valor) por los que el niño o niña se sienta que está siendo juzgado o se ponga en duda su testimonio.
- Implicar a otros profesionales con naturalidad y colaborar con ellos.
- Respeto de la personalidad de los niños y niñas, así como de su dignidad humana, y en especial sin discriminación por razón de sexo, etnia, religión o cualquier otro valor cultural o ético, del menor o su familia.
- Respeto de su intimidad y confidencialidad en su estancia hospitalaria.
- Siempre que sea posible y no perjudique su estado de salud, se mantendrá informado al/la menor de las actuaciones en términos adecuados a su edad, desarrollo mental, madurez y estado afectivo y psicológico.
- Proporcionar seguridad: proteger a los niños y niñas en su integridad física y psíquica ante la sospecha de situaciones de maltrato que los pongan en peligro.

Actuación con el niño:

- Trato continuado y sin dilaciones.
- Apoyo psicológico.
- Visión integral de todas las necesidades del menor y de su núcleo familiar.
- Asegurar su protección.
- Evitar victimización secundaria.

Compromiso de formación y supervisión de los profesionales en maltrato infantil.

- Incluir la formación sobre necesidades y derechos de los niños, niñas y adolescentes y sobre maltrato y desprotección infantil en todas las etapas formativas de los profesionales sanitarios (grado, especializada y continua).

La revictimización hace referencia a los riesgos que sufre un menor sobre el que se sospecha que pueda estar padeciendo una situación de maltrato o desprotección y que proceden de una diversidad de acciones, omisiones y trato discriminatorio por parte de profesionales y contextos institucionales: actuaciones y actitudes técnicas, déficits en la colaboración entre las instituciones, procedimientos no adaptados a sus necesidades e interés, servicios organizados sin pensar en la infancia, institucionalización indebida, dilación y duplicidad en las exploraciones, utilización de un lenguaje inapropiado, ausencia de escucha de sus opiniones...

¿Cómo prevenir la revictimización de los niños y niñas víctimas de maltrato y desprotección en los centros sanitarios?

- Evitar la duplicidad de exploraciones e interrogatorios. La exploración física la hará el médico de mayor experiencia en casos de maltrato infantil y, si procede, en presencia de los especialistas que sean necesarios y del médico forense. Si no es imprescindible, el médico que explora al menor no hará un interrogatorio sobre los detalles concretos del maltrato; solo le formulará, si procede, preguntas abiertas (¿qué te ha pasado? ¿como ha sido?).

- Los distintos profesionales compartirán la información disponible a fin de no volver a interrogar al menor o a sus familiares.
- Se explorará a los menores en instalaciones adecuadas a su edad, debidamente equipadas y que permitan mantener su intimidad. Se procederá sin prisas, tratando de obtener el consentimiento y la colaboración del menor, que ha sido previamente informado de forma adaptada a sus capacidades.
- Si el menor no se mostrara colaborador o se negará a ser explorado y dicha exploración fuera imprescindible para el diagnóstico y para el tratamiento, se procedería a sedarlo con el oportuno consentimiento de sus padres o responsables legales; nunca mediante sujeción forzada.
- La exploración ginecológica se deberá realizar, salvo imposibilidad absoluta, por una ginecóloga mujer.
- El centro debe tener protocolizada la atención a menores con sospecha de padecer cualquier forma de maltrato.
- El menor será adecuadamente informado, será escuchado con respeto, se le transmitirá confianza, seguridad y la sensación de que se le cree.

El cuidado de los profesionales que intervienen ante el maltrato infantil.

La figura del profesional ha sido la gran olvidada en los estudios sobre maltrato infantil, habitualmente centrados en la víctima y su agresor. El profesional es el recurso para la protección y reparación del daño infantil, pero además debe actuar como factor potenciador de buenas prácticas.

Es escaso el espacio dedicado a reflexionar sobre el desgaste emocional que sufre el profesional en contacto con niños maltratados y su necesario (auto)cuidado quedando reflejado en la poca literatura al respecto y en el desconocimiento de su incidencia. El profesional corre el riesgo de sufrir lo que se ha denominado como **traumatización vicaria** (McCann&Pearlman, 1990) o **desgaste por empatía** (Figley, 1995) debido a la implicación emocional con los niños maltratados. Esta capacidad de profunda empatía es fundamental e insustituible para realizar bien nuestro trabajo pero, a la vez, nos hace más vulnerables.

La empatía mejora la eficacia de las intervenciones pero también aumenta el riesgo de quedar traumatizado.

Las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales admiten en la actualidad que las situaciones traumáticas pueden afectar a una amplia gama de personas: los directamente afectados, sus familias, los testigos presenciales, los profesionales... El conocimiento de un suceso traumático conlleva un potencial traumatizante porque la exposición al sufrimiento de otras personas puede dañar. Los profesionales están expuestos por ser testigos del relato de las experiencias traumáticas vividas por sus pacientes, experiencias tóxicas por su alto contenido emocional.

Las profesiones en contacto con las vivencias traumáticas de otros seres humanos pueden catalogarse como de Alto Riesgo.

Al estrés o “desgaste” que sufren los profesionales que trabajan con situaciones altamente traumatizantes se pueden sumar los efectos de otros factores de riesgo como:

- El hecho de trabajar en contextos institucionales caóticos, incoherentes, descalificadores y disfuncionales.
- La presencia de algún tipo de trauma no resuelto en la biografía del profesional y que puede reactivarse al contacto con los traumas ajenos.
- Trabajar con pacientes denominados “tóxicos” debido a que su sufrimiento nos afecta más profundamente, como ocurre con los niños.

Por ello, es preciso adoptar una serie de medidas de protección equivalentes al arnés, al traje ignífugo o a la mascarilla y los guantes de otras profesiones.

Estrategias de Protección de los profesionales

ESTRATEGIAS INDIVIDUALES

- Identificar el malestar.
- Crear espacios de vaciamiento con los compañeros.
- No contaminar áreas personales ni redes de apoyo.
- Formación adecuada.
- Tener espacios de “recarga” y oxigenación.
- Elaboración de los propios traumas.
- Conocimiento de los propios límites (omnipotencia/impotencia).
- Posicionamiento equilibrado ante el paciente y su familia.
- Equilibrio entre la sobreinvolucración afectiva y el distanciamiento emocional.
- Apoyarse en una perspectiva de derechos.
- Revisión de las propias falsas creencias.
- Pertenencia a redes profesionales.

ESTRATEGIAS DE EQUIPO

- Diseño del entorno físico.
- Condiciones de seguridad para la integridad del profesional.
- Espacios de vaciamiento y descompresión cotidianos y estructurados.
- Compartir la responsabilidad en las decisiones de mayor riesgo para el usuario y el profesional.
- Liderazgo democrático.
- Supervisión.
- Protocolización de las intervenciones.
- Dinámicas funcionales (hostilidad intraequipo, sociabilidad forzada, jerarquización política, burocratización, sobrevaloración técnica).
- Fomentar la coordinación intersectorial.

ESTRATEGIAS INSTITUCIONALES

- Conciliación de la vida laboral y familiar.
- Promocionar la formación continuada.
- Favorecer tutorías y supervisiones.
- Estabilidad de la plantilla.
- Reconocimiento institucional y social: prestigiar la labor desempeñada.
- Necesidad de “cuidado de equipos”.
- Importancia de la retroalimentación de los sistemas asistenciales.

“Ningún superviviente puede curarse solo y ningún terapeuta puede trabajar con el trauma solo”

(C. R. Figley, 1995)

1.1.4 El escenario de la recuperación

La víctima de maltrato infantil, a pesar de sus experiencias traumáticas, puede recuperar un proyecto vital satisfactorio y la necesaria integración familiar y comunitaria. Desde una perspectiva salutogénica, la recuperación promueve aquellos recursos y competencias que conforman el repertorio de potencialidades del niño para implicarse en relaciones saludables con su entorno.

Sin quitar un ápice de la severidad, gravedad y horror de estas vivencias, no podemos olvidar que es en situaciones extremas cuando el ser humano tiene la oportunidad de volver a construir su forma de entender el mundo, su sistema de valores y su modelo mental de las relaciones, de manera que en esta reconstrucción puede darse un aprendizaje y un crecimiento personal a pesar de la experiencia traumática pero también a partir de ella. La percepción que el ser humano tiene de sí mismo y del mundo que le rodea, y que se gesta desde la más tierna infancia, no es inmodificable (la plasticidad es una de las características más saludables). Si lo fuera, ningún escenario de recuperación sería posible. Los seres humanos somos capaces de escribir y reescribir nuestra propia historia sólo es necesario un entorno propicio. La recuperación contempla todas las áreas de la vida de un niño/a, la educación, la familia, las redes sociales, la participación.

Los principios que rigen los procesos de recuperación de las víctimas de maltrato infantil son:

- Haber sido protegido de manera integral y ubicado en un entorno de buen trato.
- Restituir la esperanza y la confianza básicas.
- Restablecer una identidad positiva.
- Fomentar su autoestima, autonomía y capacidad para pedir ayuda.
- Incentivar la empatía, la reciprocidad y el compromiso ético y solidario.
- Potenciar el juego, la creatividad y la imaginación.
- Promover la capacidad de hacer esfuerzos y configurar proyectos vitales significativos.
- Fortalecer la sensación de control sobre su vida y de compromiso con su entorno.
- Reforzar y extender las “redes de sostén” y vínculos más allá de la familia nuclear.

Frente a una mirada sobre los déficits de las víctimas, apoyarse en los activos saludables y promover las competencias promueve además **resiliencia**, mayor plasticidad y mejores resistencias a los factores de riesgo. En muchas ocasiones, la experiencia traumática no genera vulnerabilidad y sentimientos de indefensión, sino, por el contrario, mayor capacidad de autoprotección y una personalidad más resistente y autosuficiente. La resiliencia distingue dos componentes (Vanistendael, 1994):

- la resistencia frente a la destrucción, es decir, la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión.
- Más allá de la resistencia, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles.

El concepto de resiliencia explica el hecho de que una infancia infeliz no determine necesariamente una vida ulterior disfuncional y con problemas de comportamiento y de relación con los demás. “Los estudios so-

bre familias que se encuentran en condiciones adversas demuestran que la resiliencia está vinculada a dos factores clave: la calidad de las relaciones entre padres e hijos y la disponibilidad de redes comunitarias de apoyo⁴. En todo caso, la elaboración postraumática implica un desarrollo multidimensional en el que se experimentan cambios positivos en determinados ámbitos

de la vida y negativos en otros. Restituir un entorno de buen trato involucra a las competencias parentales, los modelos comunitarios, culturales y de intervención de las administraciones, las políticas de justicia y equidad, las prácticas de redes y la resiliencia de todos los implicados. Stefan Vanistendael ha desarrollado la imagen de la « casita » de la resiliencia.



Las decisiones que afectan a los menores han de respetar varios criterios:

- Adecuarse a los tiempos naturales de la vida de un menor. De aquí la importancia de una intervención precoz. El niño o la niña no pueden esperar

eternamente a que los profesionales se decidan a intervenir, tras lograr fundamentar sus decisiones, o a que sus padres consigan desarrollar las habilidades parentales necesarias que aseguren la calidad de sus cuidados. Ni tampoco pueden estar en un ir y venir de su familia a los recursos de protección ni de los recursos de protección a su familia para volver después a los recursos de protección.

4 Apoyo a los padres. Editor John Oates. Serie La primera infancia en perspectiva. The Open University. Reino Unido. 2010

- Incorporar la participación activa del menor en el proceso de protección y mantenerle adecuadamente informado. Para ello, deben habilitarse “tiempos intermedios”, entre su familia y las medidas de protección o entre unas medidas de protección y otras, en que se le informe de lo que le va a ocurrir, cuáles son las razones así como desculpabilizarle de la situación.
- Agotar los apoyos profesionales y comunitarios a los padres para el ejercicio de una parentalidad positiva.

Con relación a los menores que han sufrido maltrato, uno de los aspectos más cruciales a valorar es si es viable la recuperación de su contexto familiar. Los **activos parentales** para la recuperación serían:

- Capacidad de **vinculación** afectiva sana con los hijos (apego).
- Comprensión de las necesidades materiales, afectivas, cognitivas, sociales de sus hijos (**empatía**).
- Adecuación de las **expectativas** parentales a los distintos momentos evolutivos y a las características de los hijos.
- Capacidad de poner límites y normas mediante una **disciplina positiva**, no coercitiva.
- Capacidad para **controlar los propios impulsos** y modular las emociones, evitando las conductas impulsivas y no mentalizadas.
- Capacidad para asumir la **responsabilidad** de los propios actos y de reparar el daño causado.

- Disponibilidad de **fuentes de apoyo** externas a la parentalidad (integración en redes sociales) y capacidad para utilizar los recursos del entorno.

El estudio de la biografía de los padres, es decir, de sus historias infantiles y de vida, tienen un papel central pero no en un sentido determinista, porque no todo niño maltratado se convierte en padre maltratador, sino como camino para su recuperación desde la comprensión empática de estos padres que no han podido dar a sus hijos lo necesario para asegurarles un desarrollo adecuado. La recuperación familiar no pasa sólo por enseñar a los padres buenos cuidados a sus hijos sino además por ayudarles a reconstruir su pasado, a encontrarle un sentido diferente a sus experiencias infantiles (resemantizar) y a que comprendan cómo esas experiencias, el recuerdo que guardan de ellas y el significado que les dan (creencias) influyen en el modelo de crianza que siguen con sus hijos. Cuando los padres niegan el daño que les causaron sus propios padres o les tienen idealizados, es decir, no se reconocen como sus víctimas, mayores son los riesgos que de que no reconozcan a sus hijos como víctimas de ellos, idealizándose a sí mismos como padres.

En cualquier caso, el proyecto de recuperabilidad de los padres está supeditado a las necesidades y a los tiempos del menor. Por otra parte, el proyecto de recuperación puede requerir la integración del menor en un contexto familiar alternativo, bien porque la intervención temporal con los padres así lo aconseje, o porque se ha establecido el diagnóstico de irrecuperabilidad de los mismos. Igualmente, la protección del menor, así como sus características personales pueden exigir la opción del acogimiento residencial. Esta modalidad de protección está indicada en algunas circunstancias

(evaluación inicial en primera acogida, preparación para acogimiento o adopción, preparación para la independencia, etc.) con el fin de lograr soluciones definitivas.

Uno de los pilares básicos de la recuperación son los **activos profesionales**, entre ellos:

- Formación suficiente. Supervisión. Trabajo en equipo y en red.
- Capacidad empática y de escucha. Habilidades de comunicación.
- Flexibilidad y plasticidad. Capacidad de tolerar emociones intensas y de manejo de las emociones propias. Disponer de áreas personales de “oxigenación” que protejan al profesional de la “traumatización vicaria”.
- Elaboración de los propios traumas.

- Respeto a la intimidad y historia de vida del niño y de su familia.
- Compromiso con la protección y con los derechos de la infancia.
- Pertenencia a contextos institucionales que protejan a sus profesionales.

Por último, los **activos comunitarios y políticos** que favorecen la recuperación serían:

- La existencia de un marco normativo e institucional que asegure una atención integral y protectora de las víctimas de maltrato infantil
- La existencia de un tejido social articulado y denso que arrope a los contextos familiares
- Servicios públicos de calidad, accesibles y en frecuente contacto con las familias.
- Sensibilización social sobre el valor de la infancia y sobre sus derechos.



2. HACIA UN NUEVO PARADIGMA EN LA ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL BASADO EN EL ENFOQUE DE DERECHOS DE LA INFANCIA. LOS NIÑOS COMO SUJETOS DE DERECHOS Y ACTORES DE CAMBIO. PARTICIPACIÓN INFANTIL.

La infancia se identifica con el grupo de edad cuya frontera viene marcada legalmente por la mayoría de edad. El interés por su bienestar es, probablemente, el mejor indicador de la inquietud ética de una sociedad y compromete una doble posición moral: una ética de la fragilidad y de la protección y otra que se extiende en tanto ética del futuro.

A lo largo de la historia, los niños y las niñas han sido tratados por sus padres y por la comunidad con amor pero también, en muchas ocasiones, con crueldad. Conductas frecuentes en la historia de la humanidad hasta siglos recientes fueron el infanticidio, el abuso sexual, el abandono, el castigo físico o la explotación laboral. Hoy día no cabe duda de que consideraríamos maltrato muchas de las prácticas habituales de crianza de estas épocas históricas. En los inicios del siglo XXI, los contrastes son fuertes. La **Convención de los Derechos del Niño** (1989), aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas, es el tratado internacional más ratificado de la historia (forma parte del derecho positivo de cada nación) y supone un hito fundamental en la historia de la visión mundial de la infancia y en la defensa de sus derechos. Sus principios rectores son:

- El derecho a no ser discriminado
- El interés superior del niño
- El derecho a la supervivencia y al desarrollo
- El derecho a ser escuchado

Sin embargo, a pesar de este consenso político internacional, la realidad infantil en el mundo sigue llena de sombras. Millones de niños y niñas son víctimas de violaciones de los Derechos Humanos en general y de los Derechos del Niño en particular, como reflejan las cifras de la ONU:

- Más de 1 millón de niños y niñas en conflicto con la ley se encuentran en centros de detención. En algunos países se aplica la pena de muerte a los menores de edad.
- 1,2 millones de niños y niñas todos los años son víctimas del tráfico de seres humanos con destino a la explotación laboral y sexual.
- 300.000 niños y niñas han sido reclutados por grupos armados y fuerzas gubernamentales en 20 conflictos en todo el mundo.
- Cada año, alrededor de 2 millones de niñas corren el riesgo de sufrir mutilación genital en diferentes países del mundo. Hasta la fecha, entre 100 y 130 millones de mujeres y niñas han sufrido mutilación genital.
- 50 millones de niños y niñas al año no son registrados.
- 120 millones de niños y niñas no reciben enseñanza primaria y 150 millones padecen malnutrición crónica.

En nuestro entorno más cercano también persiste una lógica de exclusión e invisibilidad política de la infancia. Muchos niños y niñas siguen padeciendo situaciones de malos tratos como los que han existido siempre, pero además deben enfrentarse a nuevos fenómenos de victimización relacionados con el consumo y el ocio en un mundo global y en el seno de una familia cambiante (abandono ante la televisión o ante las nuevas pantallas, manipulación y privaciones en separaciones y divorcios, víctimas de situaciones con violencia de género, utilización para la pornografía o la explotación sexual, consumo de drogas, etc...). A comienzo del siglo XXI, la sociedad **adultista** en la que vivimos parece no ser capaz de dejar a un lado, definitivamente, la tentación de extender al espacio infantil las tensiones del mundo adulto: la angustia del rendimiento, la competitividad, el consumo, las desigualdades sociales, los conflictos en la pareja, la presión de los medios, el sexo, las drogas, etc. Los espacios de bienestar ganados a lo largo de las últimas décadas no han evitado, sin embargo, mantener a los niños en una ciudadanía diferida, por cuanto se establece de hecho una moratoria para el ejercicio efectivo de algunos de sus derechos.

A pesar de que más del 30 por ciento de la población universal son niños y niñas, la infancia, sin embargo, se muestra tradicionalmente oculta en las estadísticas sociodemográficas y sociales tras otras categorías como la familia y la escuela. Como señala el **Informe Euronet (2000): "Haciendo frente a la discriminación contra los niños en la Unión Europea"**, la infancia es víctima de una situación de desventaja estructural. Existen fuertes carencias relacionadas con no dar prioridad a este grupo poblacional, promoviendo y protegiendo sus derechos, y con no disponer de un conocimiento preciso sobre los efectos de las políticas gubernamentales en sus

vidas. El Informe llama la atención además sobre la falta de coordinación entre los distintos niveles de intervención y en el hecho de que, por lo general, **a los niños no se les escucha**. Además, se señala que a los niños, niñas y adolescentes:

- Se les niega el acceso a los tribunales.
- No tienen derecho a votar ni a ningún tipo de representación política.
- No se le ofrece una consideración activa en las políticas económicas.
- Se les dedica una proporción muy baja de los presupuestos públicos, incluso en los países más desarrollados.
- No tienen acceso a los medios de comunicación.
- Están afectados desproporcionadamente por políticas generales.
- A menudo se les niega el respeto a su cultura y la religión en las escuelas.
- Se da muy poca o ninguna atención a los intereses de los niños en políticas medioambientales.

Los niños son especialmente vulnerables a los efectos dañinos de la exclusión social y la pobreza. Sus capacidades de enfrentar las condiciones socioeconómicas adversas son limitadas y los efectos de las mismas pueden constituir hándicaps para su desarrollo futuro. En general, las estadísticas e informes socioeconómicos sobre las familias no describen la situación de los niños ni el impacto de las circunstancias desfavorables sobre su bienestar. Los niños y las niñas viven formas de discriminación que no están debidamente estudiadas ni reconocidas.

Por otra parte, los intereses de los niños y niñas no siempre coinciden con los de sus padres y además los diferentes grupos de niños están afectados de manera diferente por la precariedad socioeconómica y la exclusión social. Las oportunidades de integración social y de participación están seriamente afectadas en los niños a consecuencia de su juventud y las políticas de promoción de sus derechos son insuficientes y no contienen el necesario potencial para reconocer que a los niños se les discrimina por razones de edad. Una epidemiología social debe contemplar la desventaja inherente a la infancia como determinante estructural de los problemas de salud y el hándicap en el ejercicio de sus derechos. La discriminación genérica de la infancia se exacerba en el caso de algunos grupos de niños en función de su status particular y de factores como el sexo, la discapacidad, la raza y el racismo, padecer determinadas enfermedades, pertenecer a minorías o la pobreza.

En contraste con esta realidad descrita, crece un **nuevo paradigma** que percibe a la infancia desde una **perspectiva de derechos** (frente a una perspectiva basada en necesidades). Ello supone identificar la responsabilidad pública y legal para brindarles protección y ayuda, conlleva una visión universal, interdependiente e indivisible de los derechos, basados en estándares internacionales y en una perspectiva a largo plazo. (Save The Children, Programación de los Derechos del Niño. Cómo Aplicar un Enfoque de Derechos del Niño en: <http://www.ucm.es/info/polinfan/2006/area-lectura/mod-3/programacion.pdf>).

El enfoque de derechos enfatiza las obligaciones morales y legales de los gobiernos, así como el derecho de los niños y niñas a desarrollar su potencial a plenitud y a ser participantes activos. En definitiva, el reconocimiento del niño como verdadero “**sujeto de derechos**” implica la asunción del principio de las tres “P{s}”: protección, provisión y participación y el tránsito desde un enfoque asistencial, orientado a la mejora de la supervivencia y la salud y educación infantil, a otras perspectivas en las que la centralidad recae en el desarrollo humano y en el marco general de la ciudadanía y derechos del niño. Emerge y se refuerza una corriente internacional que promueve un cambio sustancial en la visión de la infancia. Los niños son **ciudadanos del presente** y **sujetos de derechos**. Hay que promover una nueva formulación de los derechos de la infancia según sus propias definiciones, escucharles e incorporar las voces infantiles a los planes y proyectos. Los niños tienen su propia opinión sobre la mayoría de los asuntos y les gusta que se les ofrezca la posibilidad de ser consultados, tanto en decisiones a largo plazo como en cuestiones cotidianas. La **participación infantil** es una condición del desenvolvimiento democrático de nuestras sociedades, porque los derechos de participación y los derechos de supervivencia o sociales son indivisibles.

La democracia empieza en los niños y todas las políticas tienen que perseguir un mundo apropiado y amigable para la infancia, la promoción de sus derechos y el buen trato.

El mundo reconoce por fin la importancia de la infancia

- 1919** El reconocimiento jurídico internacional de los derechos de la niñez le debe mucho a una mujer inglesa, Eglantyne Jebb. Ella es quien pone en marcha *Save the Children Fund*, como respuesta a la miseria en que la guerra hunde a miles de niños en Europa. Aspira a algo más que a ofrecer un socorro inmediato y, en 1920, se traslada a Ginebra para crear *Save the Children International Union* (que más tarde se convertiría en la Unión Internacional de Protección de la Infancia).
- 1924** La Sociedad de Naciones aprueba la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño, redactada por la Unión Internacional de Protección de la Infancia. La Declaración establece que el niño tiene derecho al desarrollo material, moral y espiritual; a recibir ayuda especial cuando esté hambriento, enfermo, discapacitado o huérfano; a que se le socorra en primer lugar en situaciones graves; a estar protegido contra cualquier explotación económica y a recibir una educación que le inculque un cierto sentido de responsabilidad social.
- 1948** La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración Universal de derechos Humanos, cuyo artículo 25 se refiere al niño como poseedor de “derecho a cuidados y asistencia especiales”.
- 1959** La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración sobre los Derechos del Niño, que reconoce derechos como el derecho a no ser discriminado y el derecho a tener un nombre y una nacionalidad. También consagra en la práctica los derechos de la infancia a la educación, a la atención de la salud y a la protección especial.
- 1979** Las Naciones Unidas declara 1979 como Año Internacional del Niño. El mayor logro del Año es poner en marcha un proceso de mayor significación a largo plazo: La Asamblea General acuerda que se establezca un grupo de trabajo compuesto por miembros de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, por expertos independientes y por delegaciones observadoras de estados que no son miembros de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y organismos de las Naciones Unidas, con el fin de redactar una Convención que sea jurídicamente vinculante.
- 1989** La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba por unanimidad la Convención sobre los Derechos del Niño, que entra en vigor al año siguiente.
- 1990** Se celebra en Nueva York la Cumbre Mundial en favor de la Infancia. A ella asisten 71 Jefes de Estado y de Gobierno. Los dirigentes mundiales firman la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, así como un Plan de Acción para aplicar la Declaración, que establece metas que deben lograrse para el año 2000.
- 1994** El Año Internacional de la Familia reafirma que los programas deberán apoyar a las familias, que son las que alimentan y protegen a los niños, en vez de ofrecer sustitutos a dichas funciones.
- 1999** Se aprueba el Convenio sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación (Convenio Nº 182 de la OIT).
- 2000** Los Objetivos del Desarrollo del Milenio incorporan metas específicas relacionadas con la infancia, entre ellas la reducción de la mortalidad mundial de los niños menores de cinco años en dos terceras partes, y el logro de la educación básica universal a lo largo del período comprendido entre 1990 y 2015. La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba dos Protocolos Facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño: uno sobre la participación de los niños en conflictos armados, y otro sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía.
- 2002** La Asamblea General de las Naciones Unidas celebra una Sesión Especial en favor de la Infancia, reuniéndose por primera vez para debatir específicamente cuestiones relacionadas con la infancia. Cientos de niños participan formando parte de las delegaciones oficiales. Los dirigentes mundiales se comprometen a crear “Un mundo apropiado para los niños”, y reafirma que la familia tiene la responsabilidad básica de la protección, la crianza y el desarrollo del niño, y que tiene derecho a recibir una protección y un apoyo integrales.

3. BIBLIOGRAFÍA

ADIMA (1993)

Guía de atención al maltrato infantil. Sevilla, ADIMA y Junta de Andalucía.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE

On Child Abuse and Neglect. The role of the pediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women. *Pediatrics* 1998 Jun; 101(6):1091-2.

ARÓN, A Y LLANOS MT (2004)

Cuidar a los que cuidan: desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia. *Sistemas familiares*. Año 20. Nº 1-2. www.sistemasfamiliares.com.ar/.../resumenes.html

AVAIM (1994)

Decálogo para la prevención del maltrato institucional en la infancia y la adolescencia. Vitoria, Diputación Foral de Guipúzcoa, Ayuntamiento de Vitoria y Diputación Foral de Álava.

ADVOCACY: CONSTRUCCIÓN DE REDES Y FORMACIÓN

Una experiencia de buena práctica en intervención sobre el abuso sexual infantil. Informe sobre el Programa de Prevención y sensibilización del abuso sexual infantil (1998 - 2004) Save the Children España.

http://www.scslat.org/web/noticias_detalle.php?id=E&tip=P&cod=228&are=&sare=&rgc=8&srgc=&ani=

CENTRO REINA SOFÍA CONTRA LA VIOLENCIA

Menores víctimas de violencia en el ámbito familiar. <http://www.centroreinasofia.es/paneldecontrol/est/pdf/ESTO09-3270.pdf>

CENTRO REINA SOFÍA; 2002

Maltrato Infantil en la familia. España. [1997/1998]. Valencia: Serie documentos 4.

CONSEJERÍA DE ASUNTOS SOCIALES

Procedimiento de coordinación para la atención a menores víctimas de malos tratos en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía; 2003.

CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL

Sistema de información sobre maltrato infantil en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía; 2007. <http://juntadeandalucia.es/boja/boletines/2004/39/d/3.html>

CONSEJERÍA DE SALUD

Buenas prácticas en atención perinatal. Junta de Andalucía. 2008. <http://www.perinatalandalucia.es/>

CYRULNIK, B. (2002)

Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Barcelona: Gedisa.

DÍAZ JA, CASADO J.

Niños maltratados. El papel del pediatra. et al. *An. Esp. Pediatr.* 2000,52 (6), 548-553.

EDITOR JOHN OATES

Apoyo a los padres. Serie La primera infancia en perspectiva. The Open University. Reino Unido. 2010. http://www.bernardvanleer.org/English/Home/Our-publications/Browse_by_topic.html?ps_page=1&getTopic=19?

FRANCISCO JAVIER SORIANO FAURA

Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. *PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia*. Abril 2005.

Prevención y detección del maltrato infantil. Del Curso "Indicadores de Maltrato Infantil: alertas y medidas anticipatorias". Badajoz, 27 al 29 de septiembre de 2004 <http://www.spapex.es/prevmaltrato.htm>

GENERALITAT VALENCIANA 2002

El papel del ámbito sanitario en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil.

GÓMEZ DE TERREROS

Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil Comares. Granada. I. (1997).

GÓMEZ DE TERREROS I.

I Maltrato y abandono. En: Cruz M. Tratado de Pediatría. 9ª ed. Madrid: Ergon; 2006. p. 2096-2106.

GÓMEZ DE TERREROS I

Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil. 2ª ed. Granada: Comares; 1997. Cuad. med. forense n.43-44 Sevilla ene.-abr. 2006.

GRUPO NIDCAP SERVICIO DE NEONATOLOGÍA HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

Cuidados centrados en el desarrollo. recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas.

www.msc.es/organizacion/sns/.../cuidadosDesdeNacimiento.pdf

HINDELY N, RAMCHANDANI PG, JONES DPH

Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. Arch Dis Child. 2006; 91: 744-52.

INFORME EURONET (2000)

“Haciendo frente a la discriminación contra los niños en la Unión Europea.

<http://www.crin.org/docs/ChallengingDiscriminationSPA.pdf>

JESÚS ANTONIO SÁEZ CRESPO

Epidemiología y prevención del maltrato infantil. Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria Madrid, 2008.

<http://www.monografias.com/trabajos73/epidemiologia-prevencion-maltrato-infantil/epidemiologia-prevencion-maltrato-infantil5.shtml>

JIMÉNEZ MORAGO J, MORENO RODRÍGUEZ MC, OLIVA DELGADO A, PALACIOS GONZÁLEZ J, SALDAÑA SAGE D.

El maltrato infantil en Andalucía. Dirección General de Atención al Niño. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Junta de Andalucía. Sevilla, 1995.

JOSÉ A.DÍAZ HUERTAS, JUAN CASADO FLORES, ESPERANZA GARCÍA GARCÍA, MIGUEL ÁNGEL RUÍZ DÍAZ, JOAQUIN ESTEBAN GÓMEZ (DIRECTORES).

Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. 1998. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

JOSÉ MARÍA SÁNCHEZ BURSÓN

La infancia en la Sociedad del Conocimiento Observatorio de Innovación y Participación Junta de Andalucía (Sevilla), España Revista CTS, nº 11, vol. 4, Julio de 2008 (pág. 23-43).

J. PALACIOS, J. JIMÉNEZ, A. OLIVA Y D. SALDAÑA

Malos tratos a los niños en la familia. Familia y desarrollo humano. Alianza Editorial. 1998.

LILIANA ORJUELA LÓPEZ. PSICÓLOGA

Save the Children. Antonio J. Perdices. Abogado. IRSE-Bizkaia [Instituto de Reintegración Social de Bizkaia] Montserrat Plaza. Psicóloga social experta en violencia de género. María Tovar Belmar. Psicóloga. Save the Children. Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar.

http://www.mujeresespanolas.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=538:manual-de-atencion-a-ninos-y-ninas-victimas-de-violencia-de-genero-en-el-ambito-familiar&catid=74:ar gentinos&Itemid=66

MIGUEL COSTA CABANILLAS, JOSÉ MANUEL MORALES, GONZALEZ, MARÍA GARCÍA JUSTE ORTEGA

La prevención en el maltrato infantil. Child Abuse Prevention. Área de Investigación del Centro de Estudios del Menor y la Familia Dirección General del Menor y la Familia Ministerio de Asuntos Sociales. ANUARIO DE PSICOLOGÍA JURÍDICA 1995.

MARTÍNEZ C, DÍAZ, JA.

En: García-Sicilia J, et al. El maltrato infantil. Manual Práctico de Pediatría en Atención Primaria. 1ª ed. Madrid: Publimed; 2001. p. 879-883.

MORENO-JIMÉNEZ, B. ET AL (2004)

El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. Terapia psicológica. Vol. 22. Nº1.

<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/785/78522108.pdf>

MUÑOZ MT.

Pediatría Extrahospitalaria. Aspectos básicos en atención primaria. et al, editors. 3ª ed. Ergon; 2001.

NICE CLINICAL GUIDELINE 89 NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE

When to suspect child maltreatment. Julio 2009.

<http://www.nice.org.uk/>

OBSERVATORIO INFANCIA

Grupo de trabajo sobre maltrato infantil. Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de casos. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.

OBSERVATORIO INFANCIA

Grupo de trabajo sobre maltrato infantil. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2008.

<http://www.observatoriodelainfancia.mspes.es/documentos/HojasDeteccion.pdf>

PAULO SÉRGIO PINHEIRO

Informe Mundial sobre la Violencia contra los niños y niñas. Secretariado General de las Naciones Unidas sobre la Violencia. 2006.

http://www.unicef.org/lac/Informe_Mundial_Sobre_Violencia.pdf

PAÚL J. ARRUABARRENA MI.

Manual de protección infantil 2ª ed. Barcelona: Masson; 2005.

POU J.

Actuación en Urgencias. Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Pediatría Maltrato Infantil. An Esp Pediatr 2002: 291-298.

ROSA PATRÓ HERNÁNDEZ Y ROSA MARÍA LIMIÑANA

Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. Gras. Universidad de Murcia. Anales de psicología. 2005, vol. 21, nº 1 (junio), 11-17.

RED ANDALUZA DE FORMACIÓN CONTRA EL MALTRATO A LAS MUJERES

Protocolo andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Consejería de Salud. Servicio de Promoción de la Salud y Planes Integrales. 2008.

<http://juntadeandalucia.es/servicios/publicaciones/detalle/62723.html>

SABRAFEN, R. Y VEGA

Una pantalla protectora en los encuentros con la violencia: el terapeuta cuidándose para poder cuidar. S (2004): Rev. Sistemas Familiares y otros sistemas humanos. Año 16. Nº 2.

SÁNCHEZ BURSÓN, J.M.

Desarrollo de las competencias tras 20 años del Estatuto de Autonomía: la construcción del Sistema de Atención a la Infancia de Andalucía. Revista de Administración Pública Andaluza Nº 2 Vol. II (2002): pp. 611-40. Marzo 2003.

SAVE THE CHILDREN

Programación de los Derechos del Niño. Cómo Aplicar un Enfoque de Derechos del Niño en:

<http://www.ucm.es/info/polinfan/2006/area-lectura/mod-3/programacion.pdf>

SEPÚLVEDA GARCÍA DE LA TORRE, A.

La Violencia de Género como causa de Maltrato Infantil. Cuad. Med. Forense, 12(43-44), Enero-Abril 2006.

SOLER M^ªD, JIMÉNEZ VM, DE ALFONSETI N.

Maltrato en la infancia. En : Millá M^ªG, Mulas F, Eds. Atención Temprana. Desarrollo infantil, diagnóstico, trastornos e intervención. Valencia: Promolibro; 2005.

SORIANO FAURA F. J.

Prevención y detección del maltrato infantil. Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. [En línea]. Revisado: Septiembre 8.

TONUCCI, FRANCESCO (2007)

"La ciudad de los niños: el rol profético de la infancia en tiempos de crisis", XXI Congreso Interamericano de educación católica, Buenos Aires, 5-10 de febrero.

VANISTENDAEL, S. (2002)

Las felicidad es posible. Barcelona: Gedisa.

WEKERLE C. WOLFE D. A.

Prevention of child physical abuse and neglect: Promising new directions. Clinical Psychology Review. 1993;13:501-540.



Cuaderno II

¿QUÉ DEBEN SABER QUIENES TRABAJAN EN EL SISTEMA SANITARIO SOBRE EL MALTRATO INFANTIL?

CUADERNO II

¿QUÉ DEBE SABER QUIENES TRABAJAN EN EL SISTEMA SANITARIO SOBRE EL MALTRATO INFANTIL?

ÍNDICE

1. ¿En que consiste el buen trato a la infancia?	43
1.1 ¿Qué es la parentalidad positiva?	44
2. El maltrato infantil como un problema grave de salud	47
2.1 Un problema poco visible de todas las sociedades	47
2.2 ¿Es frecuente la violencia en el entorno familiar?	48
2.3 ¿Qué es la protección a la infancia?	48
2.4 ¿Por qué el maltrato infantil es un problema que han de abordar los servicios sanitarios?	49
2.5 ¿Cualquier profesional de salud puede detectar el maltrato infantil?	49
2.6 ¿Qué consecuencias tiene el maltrato para un niño o una niña?	50
3. Definición y magnitud del maltrato infantil. Obstáculos para su detección	53
3.1 ¿Qué se entiende por maltrato a una persona menor de edad?	53
3.2 ¿Conocemos la magnitud del maltrato infantil?	53
3.3 ¿Cuáles son los indicadores de maltrato infantil?	57
3.3.1 Indicadores de maltrato físico	57
3.3.2 Negligencia o abandono	59
3.3.3 Maltrato emocional	60
3.3.4 Maltrato sexual	60
3.4 ¿Por qué es tan compleja la detección del maltrato infantil?	62
4. Tipologías de maltrato. Nuevas modalidades de maltrato infantil. Factores de riesgo y factores protectores ...	65
4.1 ¿Cuáles son las formas de maltrato infantil más comunes que puede observar un profesional sanitario?	65
4.2 ¿Cuáles son los factores de riesgo de maltrato y cuales los factores protectores?	68

5. Consideraciones generales sobre el procedimiento de actuación ante el maltrato infantil	71
5.1 La coordinación interdisciplinar e intersectorial en la intervención	71
5.1.1 ¿Qué principios generales han de orientar las actuaciones ante situaciones de maltrato infantil?	71
5.1.2 ¿Por qué es tan importante la coordinación entre profesionales y entre instituciones en el maltrato infantil?	72
5.1.3 ¿Cómo coordinarse en un centro sanitario?	73
6. Medidas de protección	75
6.1. Obligación legal de comunicar las situaciones de riesgo y desprotección	75
6.1.1 ¿Cuáles la responsabilidad de las administraciones públicas y de sus profesionales?	75
6.1.2 ¿Qué medidas de protección existen?	76
Situaciones de riesgo	76
Situaciones definidas como Desamparo	76
Guarda Administrativa	77
Competencias de las distintas administraciones y obligación de colaborar entre ellas	77
6.1.3 ¿Y si me da miedo denunciar un caso por temor a represalias?	79
7. Funciones y competencias del ámbito sanitario ante el maltrato infantil	81
7.1 ¿Cuál es la función básica de los servicios y profesionales sanitarios en la atención a las víctimas de maltrato infantil?	81
8. La intervención ante el maltrato infantil paso a paso	83
8.1 Paso 1: Detección ¿Cómo detectar indicadores de sospecha?	83
8.2 Paso 2: Notificación ¿Cuándo y cómo debe notificarse?	83
8.2.1 ¿A quién notificar?	84
8.2.2 ¿Cómo notificar?	84
8.2.3 ¿Cuándo se activa el procedimiento de urgencia?	84
8.3 Paso 3: Valoración ¿Cómo se hace la evaluación de un caso de maltrato infantil?	86
8.4 La entrevista con los progenitores y con los niños y niñas a propósito del maltrato	87
8.4.1 ¿Cómo hacer una entrevista con padres o madres?	87
Qué hacer	87
Qué no hacer	87

8.4.2	¿Cómo hacer una entrevista con un niño o niña?	88
	Qué hacer	88
	Qué no hacer	89
8.5	¿Qué hay que tener en cuenta en la obtención de pruebas?	89
8.6	¿Qué pruebas complementarias suelen ser útiles en el diagnóstico del maltrato infantil?	89
8.7	¿En que consiste la valoración social de un caso de maltrato infantil?	91
8.8	¿En qué consiste la valoración psicológica especializada?	91
8.9	¿Cuándo podemos considerar muy probable el diagnóstico de maltrato?	91
8.10	Paso 4: Tratamiento ¿En que consiste el tratamiento?	94
9.11	Paso 5: Seguimiento ¿En que consiste el seguimiento de un caso de maltrato infantil?	94
	¿Cómo deben coordinarse las actuaciones clínicas y psicosociales?	94
9.	El papel de los distintos servicios sanitarios ante el maltrato infantil	97
	¿Qué actuaciones son función de los Centros de Atención Primaria?	97
	¿Qué es importante evaluar, con independencia del momento evolutivo del niño, en cada revisión?	98
	¿Qué papel tiene el Hospital en la atención al maltrato infantil?	98
	¿Cuándo y cómo hay que contar con Salud Mental ante un caso de maltrato infantil?	99
	¿Existen consideraciones especiales en caso de que se trate de abuso sexual?	99
	Recomendaciones específicas para profesionales sanitarios de Atención Primaria de salud	100
	Recomendaciones específicas para profesionales sanitarios de hospitales	100
10.	Bibliografía	101

1. ¿EN QUE CONSISTE EL BUEN TRATO A LA INFANCIA?

Durante siglos, nuestra sociedad ha considerado a los padres como dueños de sus hijos, y por tanto, con poder para hacer con ellos lo que quieran sin que nadie pueda intervenir. Sólo recientemente, a partir de las sucesivas iniciativas internacionales y nacionales, los niños y las niñas han dejado de existir como propiedad de sus padres para contar con una identidad propia y ser titulares de derechos inalienables.

Pero esto, con ser un gran avance, no es suficiente. Más allá del marco legal de protección a la infancia y de contar con buenos sistemas para protegerles de los malos tratos, existe la necesidad de fomentar el buen trato.

Casi todos los padres y madres quieren lo mejor para sus hijos e hijas, desean que crezcan sanos y felices para su desarrollo y bienestar personal; y para ello se proponen ser buenas madres y padres. Ser un padre o una madre competente es contar con los conocimientos, las habilidades y las actitudes necesarias para criar a los hijos e hijas proporcionándoles el afecto y los cuidados necesarios, desarrollando sus capacidades, reconociendo sus logros y estableciendo límites razonables.

La adquisición de competencias parentales se produce mediante el aprendizaje a través de modelos familiares y, en menor medida, de personas del entorno social. Este proceso de aprendizaje condiciona la perpetuación de

pautas de comportamiento de padres a hijos que estos a su vez reproducen o evitan cuando son progenitores, según les parezca que sus padres lo hicieron bien o mal, sin tener una referencia mayor que la propia experiencia. No existen en nuestro medio otras formas de adquisición de competencias y las que se adquieren por ese método no siempre son adecuadas y suficientes para llevar a cabo una crianza satisfactoria y promotora de un buen ajuste social de los hijos.

Aunque actualmente los padres y las madres tienen, en general, unos recursos socioeconómicos mejores que los que había cuando ellas y ellos se criaron, también se enfrentan a unas circunstancias mucho más complejas para la crianza, como son una sociedad más diversa en la que coexisten diferentes tipos de familias (tradicionales, monoparentales, reconstituidas, etc) y distintas culturas; tecnologías, medios de información y comunicación cada vez más sofisticados; dificultades para que padres y madres hagan compatibles sus labores de crianza con el trabajo, etc. Estas circunstancias hacen que los padres y madres perciban que educar a los menores y jóvenes en la actualidad sea un proceso más complejo de lo que lo fue para sus padres y les plantea un reto para dar un buen trato a sus hijas e hijos.

De hecho, si hace 30 años el maltrato físico a una persona menor era frecuente y darle un bofetón o incluso una paliza “a tiempo” no se consideraba como

tal y no hacerlo se consideraba negligente; ahora el maltrato físico es socialmente mal visto, pero no están mal vistas otras formas de maltrato como las que suponen para un niño o una niña pasar la mayor parte de su tiempo privado de los cuidados de sus padres, incluso estando sola prolongados periodos de tiempo, o ser víctima de los conflictos entre sus padres a la hora de un divorcio conflictivo.

1.1 ¿Qué es la parentalidad positiva?

El hecho de ser padre o madre no significa que, automáticamente, se sabe lo que hay que hacer y como hacerlo. El buen trato infantil en las familias, lo que se denomina “parentalidad positiva”, hay que promoverlo brindando apoyo a padres y madres para fomentar actitudes positivas de muestra de afecto, atención, escucha, respeto, comprensión y también de orientación y control; dotarles de conocimientos adecuados sobre las necesidades de niños y niñas a diferentes edades y en distintas circunstancias; y proporcionarles la oportunidad de adquirir habilidades para el cuidado de salud de sus hijas e hijos, para comunicarse con ellas y ellos, para abordar los conflictos familiares sin crispación, ni violencia, ni abuso de poder, etc.

Se han descrito situaciones en las que es más difícil el buen trato a la infancia y la parentalidad positiva:

- Cuando la precariedad económica o la marginación social impiden a la familia contar con los mínimos recursos para una crianza que satisfaga las necesidades básicas de los niños y niñas.
- Cuando los padres o madres son adolescentes, son primerizos con problemas de salud o con necesidades especiales.
- Cuando tienen dificultades para conciliar la vida familiar y laboral, cuando alguno de los progenitores es hijo de personas maltratadoras.
- Cuando alguno de ellos padece una enfermedad mental, una drogodependencia o un déficit cognitivo.
- Cuando se vive en un entorno de violencia.
- Cuando se produce un divorcio conflictivo.
- Cuando el embarazo no es deseado.
- Cuando se trata de un niño adoptado.
- Cuando nace un hijo enfermo o prematuro o con un déficit funcional.
- Cuando la familia convive con personas dependientes a su cargo o con hijos/as con necesidades especiales.
- Cuando la familia es reconstituida.
- Cuando la familia es monoparental y sufre precariedad socioeconómica y un gran número de dificultades sociales.
- Cuando la familia vive en un barrio con escasos espacios y oportunidades para las relaciones sociales y el ocio constructivo para los menores, etc.
- En familias de población migrante con pobres relaciones sociales y escasa red de apoyo natural.

Las competencias parentales necesarias para afrontar la crianza en los diferentes momentos del ciclo evolutivo son diferentes. Padres y madres competentes para criar a un recién nacido pueden claudicar ante ese mismo hijo en la adolescencia. Los niños y niñas tienen necesidades que no pueden satisfacer por sí mismos y

para maltratar a un niño no es preciso tener una actitud hostil hacia ellos, basta con no ocuparse de satisfacer

sus necesidades porque no se conocen, porque no se sabe como hacerlo o porque no se quiere hacer.

Actuaciones parentales positivas que destacan las Recomendaciones del Consejo de Europa por sus efectos beneficiosos sobre el desarrollo de los niños.

- Proporcionar afecto y apoyo.
- Dedicar tiempo para interactuar con los hijos.
- Comprender las características evolutivas y de comportamiento de los hijos a una determinada edad.
- Establecer límites y normas para orientar el adecuado comportamiento de los hijos y generar expectativas de que cooperarán en su cumplimiento.
- Comunicarse abiertamente con los hijos, escuchar y respetar sus puntos de vista, y promover su participación en la toma de decisiones y en las dinámicas familiares.
- Reaccionar ante sus comportamientos inadecuados proporcionando consecuencias y explicaciones coherentes y evitando castigos violentos o desproporcionados.

Decálogo del buen trato infantil

1. Exprésales todos los días tu amor, con palabras y caricias.
2. Escúchalos siempre con atención y cree en lo que te dicen.
3. Acéptalos como son, no olvides que son niños, niñas y adolescentes.
4. Reconóceles sus cualidades, así fortalecerás su autoestima y confianza.
5. Ayúdales a resolver los conflictos mediante el diálogo y facilítales que lleguen a acuerdos de sana convivencia.
6. Dedícales tiempo para la diversión. Juega siempre con ellos.
7. Enséñales con el buen ejemplo.
8. Estimula el aprendizaje valorando sus logros.
9. Conoce, enseña y respeta los derechos de la infancia y los adolescentes, para garantizar su cumplimiento.
10. Dialoga permanentemente y fortalece en ellos los valores.

2. EL MALTRATO INFANTIL COMO UN PROBLEMA GRAVE DE SALUD

2.1 Un problema poco visible de todas las sociedades.

En 2006, el profesor Paulo Sérgio Pinheiro coordinó la realización de un estudio mundial sobre la violencia contra los niños y las niñas por encargo del Secretario General de la ONU. Según el mismo, *“los informes de infanticidio, castigos crueles y humillantes, trato negligente y abandono, abuso sexual y otras formas de violencia contra los niños y niñas existen desde la época de las antiguas civilizaciones. Recientemente, la documentación de la magnitud e impacto de la violencia contra los niños muestra con claridad que es un problema global sustantivo y grave. Tiene lugar en todos los países del mundo, en una variedad de formas y entornos y a menudo está profundamente arraigada en prácticas culturales, económicas y sociales”*. Otras conclusiones principales de este Informe eran:

- La escasez de datos sistemáticos sobre la violencia contra los niños y la insuficiente dotación de recursos financieros y humanos para prevenir y combatir la violencia contra los niños.
- También están ausentes medidas de recuperación para los niños víctimas de malos tratos y abusos.
- Los castigos corporales siguen siendo una práctica ampliamente practicada dentro de la familia y en las

escuelas continúan administrándose regularmente castigos corporales.

- La persistencia generalizada de la violencia contra las mujeres en la familia actúa también perjudicando gravemente a la infancia.
- La participación de niños y niñas en la industria del sexo, incluidas la prostitución y la pornografía, va en aumento.
- También está incrementándose el número de niños de la calle y la vulnerabilidad de éstos a la violencia, la tortura, el abuso sexual, la explotación, el asesinato y el secuestro.
- Los sistemas judiciales y penales no están adecuados a los niños, quienes son víctimas de tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, por parte de agentes de policía o en las comisarías, lugares de detención o cárceles.
- Persisten prácticas tradicionales nocivas, como la mutilación genital femenina, los matrimonios forzados o precoces, la violencia por causa de la dote, el infanticidio de niñas, y la esclavitud.

Como se verá más adelante, el maltrato infantil es un problema mucho más frecuente de lo que se piensa y no es raro que pase desapercibido si no se presenta en forma de lesiones físicas de indudable origen violento.

2.2 ¿Es frecuente la violencia en el entorno familiar?

La violencia contra la infancia es la forma más oculta de violencia. Ciertamente, una parte de la violencia contra los niños y niñas es cometida por extraños. Sin embargo, **la gran mayoría del maltrato a la infancia la realizan personas que forman parte del entorno inmediato del niño o niña:** sus padres y otros familiares, la pareja, los educadores y los compañeros de colegio.

La familia constituye el entorno con mayor potencial para proteger a los niños y niñas contra todas las formas de violencia, pero, paradójicamente, también puede ser un lugar peligroso, sobre todo para los niños más pequeños. En el entorno familiar, la infancia es víctima de agresiones y otros actos de violencia física y psicológica, sexual, y trato negligente. La prevalencia de violencia contra los niños por parte de sus progenitores u otros miembros cercanos de la familia -violencia física, sexual y psicológica y trato negligente- apenas ahora ha comenzado a ser reconocida y documentada.

El abordaje del maltrato en las familias requiere de una visión del conjunto de las relaciones entre sus miembros y partir de la premisa de que la mejor ayuda para los menores, salvo situaciones excepcionales, es siempre que antes de separarlos de sus seres queridos, es preferible que sus familiares sean apoyados en las labores de cuidado y protección.

2.3 ¿Qué es la protección a la infancia?

Las sociedades contemporáneas aspiran a conseguir más bienestar y una vida más saludable para la infancia. En virtud de esto, se está instalando paulatinamente

una mayor sensibilidad hacia la infancia, hacia el respeto de sus derechos y la promoción de las oportunidades necesarias para su bienestar, educación y salud. Asimismo los **derechos de la infancia** y el **interés superior del menor** son cada vez más los ejes rectores de las políticas sociales, de salud, judiciales, etc. Esto debe ser tenido en cuenta por quienes atienden a un niño o una niña en un centro de salud, en un hospital, en la escuela, en un juzgado o en los servicios sociales: **“En caso de duda siempre hay que proteger los derechos de la persona menor y sus intereses”**.

En muchas ocasiones, queriendo o sin querer, se deja que los niños y adolescentes afronten el maltrato en soledad. Si los niños o niñas que sufren maltrato no encuentran a personas en quien puedan confiar y de quienes puedan obtener protección es muy probable que el maltrato continúe. Además quizás el niño o la niña no busque ayuda una segunda vez porque ha perdido la esperanza de encontrar apoyo. Por esto es esencial que la protección a la infancia, que depende del funcionamiento coordinado de diversos organismos y entidades presentes en la comunidad, funciones eficazmente.

Proteger a la infancia es promover la parentalidad positiva y fomentar la detección precoz, la investigación y la intervención de los casos de maltrato infantil.

La protección efectiva de los menores se fundamenta en la existencia de un marco normativo e institucional que cumple dos objetivos:

1. Poner fin a situaciones de maltrato y de desprotección.
2. Colaborar con las familias de los menores para proporcionarles apoyos y recursos cuando sus

circunstancias suponen un riesgo para el bienestar y desarrollo integral de los menores.

Para hacer esto es necesario que las instituciones que intervienen en la protección a la infancia actúen coordinada y complementariamente, utilizando un protocolo de actuación que sea conocido por todos y que evite que la buena voluntad suplante al rigor profesional que es preciso para afrontar estos casos.

2.4 ¿Por qué el maltrato infantil es un problema que han de abordar los servicios sanitarios?

El maltrato infantil es un **problema de salud de primer orden**. Su importancia no sólo se deriva de su frecuencia sino de las graves secuelas que produce, en términos de enfermedad psíquica o física, de discapacidad y de muerte en las edades tempranas de la vida. Se trata de un fenómeno que **tiende a repetirse a lo largo de la vida del menor y a aumentar en intensidad**, a no ser que se intervenga a tiempo.

Es sabido que los niños que sufren maltrato tienen un **riesgo de muerte** desde su nacimiento hasta la adolescencia tres veces mayor que la población infantil general. Como se verá detalladamente más adelante, a corto plazo, las **secuelas** son físicas (neurológicas, osteomusculares, sensoriales), psíquicas (retraso psicomotor, pobreza de autoestima, ansiedad y depresión) y sociales, afectando a la socialización del menor y al desarrollo de conductas desajustadas. Entre las secuelas a largo plazo se encuentran las anatómicas (cicatrices, prótesis, amputaciones, etc.) y problemas funcionales (pérdida de sensibilidad, pérdida de alguna de las funciones viscerales, sorderas, cegueras, cojeras, etc.). Igualmente, son resultados los trastornos psico-

somáticos, somatomorfos, los trastornos emocionales, las adicciones, las alteraciones del sueño, los problemas sexuales, de la alimentación, etc.

A veces el maltrato aparece en su forma más visible, que es la violencia física contra un niño o niña pequeña. A ningún profesional de salud se nos escapa una brutal agresión como las quemaduras intencionadas con cigarrillos, las fracturas o hematomas inexplicables. Pero la mayoría de las veces, el maltrato no aparece de forma tan evidente y, si lo primero que vemos es al niño o niña con esas lesiones en urgencias, muy probablemente han existido signos previos que no hemos podido o sabido ver y, por tanto, hay que tener en cuenta que al pasarse por alto han hecho posible que el maltrato llegue a ese punto.

2.5 ¿Cualquier profesional de salud puede detectar el maltrato infantil?

En el sistema sanitario tenemos frecuentes contactos con las familias por diferentes motivos: en la preparación al nacimiento y el parto en Atención Primaria, en la atención hospitalaria al parto y al nacimiento, en la visita puerperal, en las visitas programadas de seguimiento de salud infantil, en las vacunaciones, en cada visita al pediatra por enfermedad, en urgencias, en las asesorías del programa Forma Joven, en las consultas de la hora joven etc. Cada uno de estos contactos son una oportunidad de valorar si en la familia existen circunstancias que dificulten una parentalidad positiva, si existen factores de riesgo de maltrato por negligencia, abandono o violencia; o si, de hecho, ya existen indicadores de maltrato físico o psíquico.

El sistema sanitario, como el medio educativo, los servicios sociales comunitarios, los juzgados de familia

o de violencia de género, son observatorios idóneos para detectar las necesidades de ayuda de los menores y sus familias y para poner en marcha mecanismos de intervención y apoyo antes de que suceda el maltrato o de que empeore.

La tarea de detectar, apoyar o movilizar los recursos frente al maltrato no es sólo de quienes se dedican a la pediatría. Como se ha visto, quienes vacunan, atienden urgencias, siguen un embarazo, atienden a las puérperas, visitan domicilios, etc están también involucrados y su sensibilidad y formación son fundamentales para afrontar el problema.

Quienes trabajan en medicina de familia, enfermería, trabajo social y salud mental pueden y deben ser sensibles a este problema, aprender a detectarlo y a actuar en consecuencia.

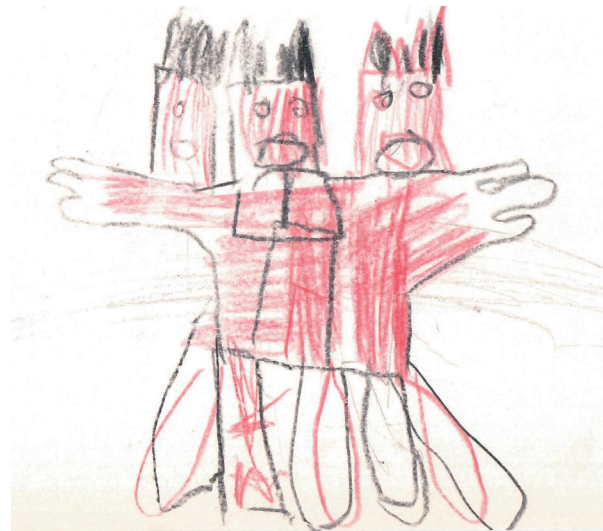
La intervención ante el maltrato infantil es una responsabilidad de todo el sistema sanitario.

2.6 ¿Qué consecuencias tiene el maltrato para un niño o una niña?

El maltrato infantil **distorsiona siempre las relaciones afectivas básicas y el proceso de construcción de la personalidad**. A nivel emocional, es probable, que los niños desarrollen sus relaciones con otras personas marcadas por el miedo y la desconfianza hacia los demás y por la desvalorización propia, dadas las actitudes de insensibilidad y falta de atención de los padres y madres maltratadoras por negligencia o de sobreestimulación y hostilidad en el caso de maltratadores físicos.

En los niños que son víctimas de **maltrato físico**, son frecuentes lesiones que van desde pequeños hematomas, rasguños o quemaduras superficiales, hasta problemas neurológicos, fracturas o heridas graves, incluso la misma muerte. Aquellos que son víctimas de **abandono** sufren frecuentemente carencias nutricionales y enfermedades asociadas a ellas, falta de higiene y de atención sanitaria, así como retrasos en el crecimiento.

En el extremo fatal hay que recordar la advertencia de la OMS (2002): *«Existe un acuerdo general de que las muertes causadas por maltrato infantil son mucho más frecuentes de lo que sugieren los registros oficiales en todos los países en los que se han llevado a cabo estudios sobre mortalidad infantil. Entre las muertes atribuidas al maltrato infantil, la causa más frecuente de fallecimiento es una lesión en la cabeza, seguida por una lesión en el abdomen. También se han recogido un gran número de casos de asfixia intencional como causa de la muerte»*.



En general, entre las **repercusiones más frecuentes** del maltrato infantil se citan:

- Problemas de socialización como aislamiento, inseguridad, agresividad.
- Problemas de rendimiento cognitivo e integración en la escuela.
- Síntomas como insomnio, pesadillas, fobias, ansiedad, trastornos disociativos y de la identidad sexual. Conductas regresivas: enuresis y encopresis.
- Síntomas depresivos (llanto, tristeza, aislamiento). Los niños y adolescentes objeto de maltrato tienen más ideas autolíticas y realizan más intentos de suicidio.
- Alteraciones del desarrollo afectivo, dificultad en la expresión, reconocimiento y manejo de emociones, así como la interiorización de modelos violentos y la posibilidad de repetirlos, tanto en el rol de víctima como en el de agresor.
- Parentalización¹ de los niños y niñas, haciéndoles asumir roles adultos que no les corresponden por su edad.

CONSECUENCIAS MÁS COMUNES DEL MALTRATO INFANTIL

• Aislamiento social	• Depresión
• Agresividad	• Desobediencia
• Alcohol (abuso de /dependencia de)	• Drogas (abuso)
• Alimentación (desorden en la)	• Emocional (desajustes)
• Ansiedad	• Escolar (bajo rendimiento, pocas expectativas absentismo)
• Aprendizaje (problemas de)	• Estrés postrumático
• Atención (disminución de)	• Hiperactividad
• Autoconcepto (pobre)	• Hostilidad
• Autoestima (pobre)	• Humor (cambios de)
• Concentración (disminución de la)	• Impulsividad
• Conducta (cambios de)	• Miedo a la relación con las personas
• Conducta (desórdenes de)	• Socialización (problemas de relación con iguales, de apego, de amistad, de cariño, de socialización)
• Conductas destructivas	• Sueño (alteraciones del)
• Cooperación (pobre)	• Sexualidad (conductas sexuales inapropiadas, agresivas)
• Culpa (sentimientos de)	• Suicidio (ideación, autolesiones)
• Delincuencia (conductas delictivas)	
• Dependencia en las relaciones sociales	

1 Parentalización: Dar a quienes no son padres ni madres la responsabilidad de la crianza de una persona.

3. DEFINICIÓN Y MAGNITUD DEL MALTRATO INFANTIL. OBSTÁCULOS PARA SU DETECCIÓN

3.1 ¿Qué se entiende por maltrato a una persona menor de edad?

El concepto del maltrato infantil es relativamente contemporáneo y ha ido evolucionando a la par que emergía una nueva visión de la infancia vinculada a sus necesidades y derechos. Más allá del maltrato físico, que causa lesiones físicas, progresivamente se han identificado distintas modalidades de agresión y desatención a la infancia que afectan a su salud, a sus vínculos afectivos y a su bienestar. El maltrato es, ante todo, ausencia de buen trato. Buena parte del maltrato infantil se produce de forma velada, poco visible, en el dominio de la intimidad, y sólo es observable a través de indicadores y signos indirectos.

Si bien ciertas formas de maltrato se dan fuera del contexto familiar, las formas más comunes y que afectan a mayor número de niños, ocurren en el interior de las familias

El maltrato infantil se define como aquella *“acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño o la niña de sus derechos y su bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, puede impedir la satisfacción de*

sus necesidades básicas o le puede causar lesiones o enfermedades y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”. (modificado de Centro Internacional de la Infancia de París 1980).

Maltrato no es sinónimo de delito ni de intención de perjudicar al menor. Desde el punto de vista de salud, el diagnóstico médico y psicológico de maltrato no siempre implica que los autores tengan intención (**intencionalidad**) de causar daño a la víctima, se puede maltratar por NO HACER algo para cubrir una necesidad importante del menor; POR NO CUIDAR al niño o la niña como requiere. Tampoco el diagnóstico de maltrato significa que sus autores sean responsables (**responsabilidad**) de una actuación que pudiera ser constitutiva de delito, puede que no sean CONSCIENTES de una necesidad del menor o NO TENGAN LOS MEDIOS ni LOS CONOCIMIENTOS, LAS HABILIDADES O LAS ACTITUDES NECESARIAS para atenderlo. Que no haya intención no quiere decir que no haya maltrato y que no haya delito tampoco.

3.2 ¿Conocemos la magnitud del maltrato infantil?

El estudio del maltrato infantil es muy complejo y dificultoso, debido, entre otros muchos factores, a la falta de una definición universalmente aceptada y la variedad de códigos morales en los distintos países.

En general, incluso en los países más desarrollados, **no se dispone de estudios sistemáticos ni registros suficientes** y homologados. La mayoría de los casos detectados y denunciados corresponden a los casos más graves de maltrato físico, pero otras formas de maltrato, de gran prevalencia, como son el abandono y el abuso sexual tienen más dificultades para su detección y su registro.

A nivel mundial, la OMS calcula que, en 2002, alrededor de 53.000 niñas y niños murieron en el mundo como consecuencia de homicidios. Son los niños muy pequeños los que corren mayor riesgo; en la población de entre 0 y 4 años, las tasas de homicidio son más de dos veces superiores a las registradas en los niños de entre 5 y 14 años (el 5,2 frente al 2,1 por 100 000). La causa más frecuente de muerte la constituyen los traumatismos craneales, seguidos de los traumatismos abdominales y la asfixia intencionada.

Se calcula que, en 2002, 150 millones de niñas y 73 millones de chicos menores de 18 años han experimentado relaciones sexuales forzadas u otras formas de violencia sexual con contacto físico. UNICEF calcula que en África Sub-sahariana tres millones de niñas y mujeres son sometidas a Mutilación Genital Femenina cada año. Cálculos realizados recientemente por la OIT indican que en el año 2004 218 millones de niños trabajaban. Los cálculos relativos al año 2000 ya indicaban que 5.7 millones de personas menores realizaban trabajo forzoso o en condiciones de servidumbre, 1.8 millones eran forzadas a trabajar en la prostitución y la pornografía y 1.2 millones eran víctimas de la trata.

Sólo el 2.4% de los niños y niñas del mundo están protegidos jurídicamente contra el castigo físico en todos los entornos.

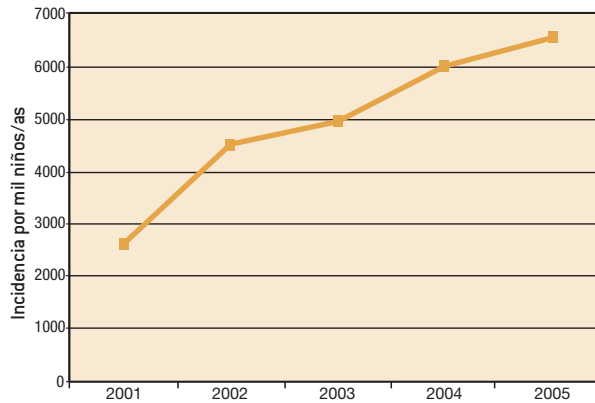
En Europa, los datos disponibles sobre el maltrato infantil tienen muchos problemas comparativos. A pesar de ello, según datos de UNICEF de 2003, cada año mueren unos 3500 personas menores de 15 años como consecuencia directa de malos tratos físicos o negligencias, incluyendo una cada dos semanas en Alemania e Inglaterra y una cada tres semanas en Francia. En Portugal, la tasa de mortalidad debida a maltrato en menores de 15 años por 100.000 habitantes es 3,7, unas 37 veces mayor que la española (0,1 por cien mil).

En un estudio de opinión de UNICEF realizado en 2001 que incluyó 15,200 entrevistas con menores de 9-17 años de 35 países en Europa y Asia Central se encontró que el 54 % de niños de Europa Occidental referían haber sido objeto de comportamientos violentos en su hogar.

En el estado español, los datos que se han venido manejando se obtuvieron de los expedientes de protección al menor existentes en cada Comunidad Autónoma y, por lo general, los expertos han coincidido en que **los casos que llegan a los servicios sociales son apenas el 20 % del total**, asemejándose así a las cifras obtenidas por otros países de nuestro entorno. Se concluye que sólo se atiende a una pequeña parte de menores que vive en situación de riesgo o maltrato. Por otro lado, se ha demostrado que estos últimos porcentajes aumentan en la medida que los servicios comunitarios relacionados con la infancia se especializan y se hacen más sensibles a la detección.

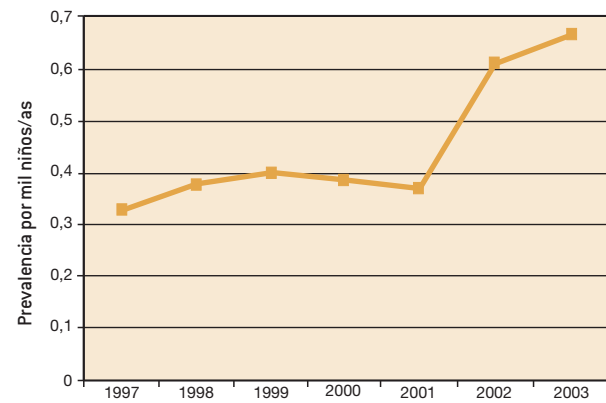
Según datos del **Centro Reina Sofía** para el estudio de la Violencia, la incidencia de menores maltratados aumentó en un 146,29% entre 2001 y 2005. En este periodo la prevalencia por cada 1000 menores tuvo una evolución similar (133,33%). La prevalencia es superior entre las niñas y esa diferencia es mayor cada año.

EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DEL MALTRATO



Fuente: Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia

EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DEL MALTRATO



Fuente: Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia

Otros estudios sobre el maltrato infantil en el estado español constatan que:

- Es más frecuente en niños que en niñas y que muchos de los menores sufren más de una modalidad de maltrato al mismo tiempo.
- El maltrato físico es más frecuentes en menores de 2 años, mientras que el abuso sexual es más frecuente a partir de los 9 años y sobre todo, entre los 12 y los 15 años.
- Suele darse una convergencia de factores de riesgo (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), así como de escasos recursos de apoyo.
- El maltrato emocional es más frecuente en familias con problemas de pareja y trastornos mentales.
- La incidencia global del maltrato suele disminuir a partir de la adolescencia, obviamente por la mayor capacidad que a esas edades tienen los menores para defenderse y escapar de sus agresores.
- Los menores hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género empiezan a ser contemplados por el sistema como víctimas directas de la violencia de género. De hecho, entre un 40 y un 70% de los hombres que maltratan a las mujeres también maltratan a sus hijos e hijas.
- La probabilidad de sufrir maltrato es diez veces mayor entre los chicos y chicas que sufren alguna discapacidad que entre los demás. Se calcula una proporción de 11,5% de víctimas con discapacidad frente al 1,5% de menores sin ella.

- Numerosas muertes de menores de edad no se investigan y no se llevan a cabo autopsias o exámenes post mortem que puedan desvelar que el suceso mortal se ha debido a malos tratos o negligencia accidental².

“La prevalencia encontrada en España en el periodo 1997/1998 fue de 7,16 niños maltratados por 10.000 niños menores de 18 años”³. Algunos estudios estiman que en España y EE.UU. alrededor del 20 al 25% de las niñas y del 10 al 15% de los niños sufren algún tipo

de abuso sexual antes de los 17 años. Existe un gran número de casos y de formas de maltrato que no son vistos como tales por los profesionales que les atienden, por ejemplo casos de menores que no tienen satisfechas sus necesidades básicas: alimentación, afecto, higiene, juego, aprendizaje, cuidados ante las enfermedades, reconocimiento como individualidad personal, reconocimiento de sus progresos, etc. Estos casos no suelen figurar en las estadísticas ni en los estudios de prevalencia, por lo que las cifras disponibles son claramente inferiores a las reales.

Datos competitivos de la frecuencia de los distintos tipos de malos tratos a los que se ven sometidos los niños y niñas españoles objeto de malos tratos

	Cataluña (1991)	Andalucía (1995)	Guipúzcoa (1995)	Expedientes España (1995)
Negligencia	78,5%	72,2%	49,4%	79,1%
Maltrato emocional	43,6%	45,5%	17,4%	42,5%
Maltrato físico	27,0%	22,0%	8,1%	30,1%
Explotación laboral	9,3%	9,4%	0,5%	4,2%
Mendicidad	—	14,3%	1,2%	9,3%
Corrupción	—	16,0%	1,5%	4,2%
Abuso sexual	2,8%	3,6%	1,8%	4,2%
Maltrato prenatal	3,1%	—	—	5,0%
Tasa de incidencia (tantos por mil)	5	15	15	0,44

Fuente: “Los datos del maltrato infantil en España: una visión de conjunto” Jesús Palacios. Infancia y Aprendizaje. 1995

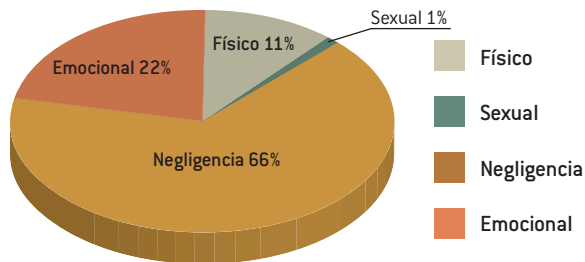
Según el Observatorio de la Infancia (2006), los porcentajes para el estado español son: Negligencia (60,1%), Maltrato emocional (15,6%), Maltrato físico (21,2%), Abuso sexual (3%) y la tasa de incidencia por mil es de 17,2.

2 Pautas sobre sistemas de recogida de datos y seguimiento del maltrato infantil. European Network of National Observatories on Childhood. 2009.

3 Previnfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. Abril, 2005. promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. Autor: Dr. Francisco Javier Soriano Faura.

En Andalucía, con los datos del censo de Población de 1986 la incidencia de menores que sufren algún tipo de maltrato se cifraría en torno a 14 por mil, con la estimación de subir a un 15 por mil aproximadamente de me-

DISTRIBUCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL SEGÚN TIPO



Fuente: Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia

nores con la disminución posterior de la población infantil, según Anuario estadístico de Andalucía de 1993. datos tomados de M^a Carmen Moreno, Jesús Jiménez, Alfredo Oliva, Jesús Palacios y David Saldaña. Detección y caracterización del maltrato infantil en la Comunidad Autónoma Andaluza. Infancia y Aprendizaje, 1995

3.3 ¿Cuáles son los indicadores de maltrato infantil?

La sospecha de maltrato infantil debe basarse en la observación de indicadores, que son signos o conductas que hacen pensar en la posibilidad de maltrato. Normalmente no debe sacarse la conclusión de que existe maltrato ante la presencia de un indicador, sino es la cuidadosa valoración de un conjunto de ellos lo que permite llegar a la conclusión de que se trata de un caso de maltrato infantil.

Los indicadores de sospecha de maltrato se identifican a través de:

- La exploración física del menor o de la entrevista con él (**Indicadores físicos y emocionales**).

- La observación de su conducta. (**Conductuales**).
- La observación de la conducta o de la actitud de sus progenitores o cuidadores (**Comportamentales de los padres**).
- La observación de la relación entre progenitores e hijo o hija (de la **interacción**).
- El conocimiento de las circunstancias sociales y del funcionamiento familiar (**antecedentes**).

3.3.1 Indicadores de maltrato⁴

Indicadores de maltrato físico

A) Signos en el niño o niña

- Magulladuras o hematomas: 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.
- Quemaduras: de puros o cigarros; 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.).

⁴ Tomado de: Maltrato Infantil: detección, notificación y registro de casos*. Observatorio de la Infancia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2006

- Fracturas: 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.
- Heridas o raspaduras: en la boca los labios, encías y ojos; en los genitales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- Lesiones abdominales: hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos constantes.
- Mordedura humana: huella del adulto separación mayor de 3 cms. entre caninos.
- Intoxicaciones: por ingestión de sustancias químicas (medicamentos).
- Münchhausen por poderes: 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.

B) Comportamientos del niño o niña

- Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos se muestra atemorizado 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»

C) Conducta de quien le cuida

- 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

Madres:

- 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

Familia: Conflictos de pareja violentos, tendencia a la droga y automedicación

Padres: antecedentes de autolisis

Además

- 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 estaturponderal.
- 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.

B) Comportamiento del niño niña

- 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).

C) Conducta de quien le cuida

- Vida en el hogar caótica • Muestra evidencias de apatía o inutilidad.
- Mentalmente enfermo o tiene bajo nivel intelectual.

3.3.2 Negligencia o abandono

A) Signos en el niño o niña

- Falta de higiene.
- Retraso del crecimiento.
- Infecciones leves, recurrentes o persistentes.
- Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta seguimiento medico.
- Hematomas inexplicados.

- Tiene una enfermedad crónica.
- Fue objeto de negligencia en su infancia.

3.3.3 Maltrato emocional

A) Signos en el niño o niña

- 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.

B) Conductas del niño o niña

- 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.

C) Conducta en quien le cuida

- 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.
- Tolerancia absoluta a todos los comportamientos del niño sin ponerle límite alguno.

3.3.4 Maltrato sexual

A) Signos en el niño o niña

- 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.

B) Conductas del niño o niña

Conductuales:

- Dice que ha sido atacado sexualmente por un padre /cuidador.
- Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados, inusuales.

Psicosomáticos:

- Trastornos del sueño y alimentación.
- Diversos: algias abdominales, cefaleas, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, etc., que originan intenso consumo médico sin aclarar las causas.

Psíquicos:

- Depresiones crónicas, intentos de autolisis, 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.

C) Conductas de quien le cuida

- 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.



3.4 ¿Por qué es tan compleja la detección del maltrato infantil?

Es común en la literatura reconocer la existencia de creencias equivocadas en el imaginario social que refuerzan las dificultades para conocer el problema. Algunos de estos **mitos culturales y creencias erróneas** son:

- Sobreestimar como causa exclusiva de los malos tratos a los factores socioeconómicos (marginalidad) y desestimar su ocurrencia en las clases sociales más favorecidas.
- Temer que la indagación de una sospecha de maltrato viole la intimidad de las personas o de la familia y que desemboque siempre en la separación del menor de su familia.
- Pensar que los padres maltratadores padecen enfermedades mentales o adicciones y que las personas normales no maltratan a sus hijos.
- Aceptar el maltrato físico como un método educativo.
- Percibir a la infancia como propiedad de la familia.
- Desconfiar de los testimonios de los niños.
- Creer que el maltrato infantil es un fenómeno infrecuente y que, en ausencia de indicadores físicos, no es detectable.
- Concebir a la familia como un entorno exclusivamente protector y proveedor de afecto y cuidados, en el que la violencia y el cariño no pueden coexistir.

Junto a estas falsas creencias concurren **otras circunstancias asociadas** al fenómeno del maltrato infantil que

dificultan su detección y adecuado conocimiento epidemiológico:

- Tiene lugar en el contexto intrafamiliar (privado), lo que favorece su invisibilidad
- Existe una escasa sensibilización social con relación al problema y a su magnitud y sobre los derechos fundamentales de los niños y sus necesidades básicas.
- Los niños pequeños que son víctimas no pueden escapar y su dependencia emocional y desarrollo cognitivo les impide entender lo que les ocurre.
- Es insuficiente la formación pre y postgraduada de los profesionales sobre los factores de riesgo y los indicadores. Incluso muchas veces los comportamientos parentales pueden formar parte de costumbres sociales, culturales o religiosas que el profesional comparte.
- Muchos profesionales piensan que para intervenir y notificar hay que tener la certeza total sobre el diagnóstico de maltrato (miedo a equivocarse)
- Existe la dificultad de diferenciarlos en muchos casos de las lesiones producidas de forma accidental.
- Es deficitaria la cultura profesional de trabajo en red (servicios sociales, educación, justicia, policía...)

El maltrato se detecta más habitualmente en las familias de clases sociales más desventajadas, probablemente porque tienen más contacto con los Servicios Sociales, pero **se da también en clases sociales más favorecidas**, en las que al contar con más recursos para poder solucionar sus problemas mantienen con más facilidad su privacidad.

En el caso de los **profesionales de la salud** podemos relacionar algunos ejemplos específicos de factores que pueden actuar como barreras para la identificación de los malos tratos:

- La preocupación por desatender un trastorno susceptible de tratamiento.
- El temor a perder una relación positiva con una familia que se encuentra ya bajo sus cuidados.
- La sensación incómoda de desconfiar, pensar mal, sospechar o culpar injustamente a un padre/ una madre o un/a cuidador/a.
- La creencia de que no existiera la intención de hacer daño al niño/a.
- La pérdida de control sobre el proceso de protección del menor y las dudas con respecto a sus beneficios (por ejemplo, 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)
- El estrés, la seguridad personal, el temor a las reclamaciones
- Muchos profesionales piensan que si notifican el niño sale más perjudicado que beneficiado porque:
- El agresor ve en el niño el motivo de que se le investigue ó interrogue 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.

Fuente: NICE Clinical Guideline 89 National Institute for Health and Clinical Excellenc. When to suspect child maltreatment. Julio 2009.



4. TIPOLOGÍAS DE MALTRATO. NUEVAS MODALIDADES DE MALTRATO INFANTIL. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES.

4.1 ¿Cuáles son las formas de maltrato infantil más comunes que puede observar un profesional sanitario?

Los niños son sujetos de derechos y, portanto, cualquier vulneración de estos que atente contra su bienestar, sea por algo que se hace (**acción**), que se deja de hacer (**omisión**) o que se hace de manera inadecuada (**negligencia**), es considerado como una modalidad de maltrato infantil, con independencia de que sus autores sean instituciones, personas desconocidas o sus propios familiares. Según el **momento** en el que se produce el maltrato, éste puede ser:

Prenatal, cuando el maltrato se produce antes del nacimiento del niño, bien por acción (hábitos tóxicos de la madre) o por omisión (embarazos sin seguimiento médico, alimentación deficiente, negarse la madre a tratarse una enfermedad curable y provocar que la padezca el recién nacido).

Postnatal, cuando el maltrato se produce durante su vida extrauterina.

Según los **responsables** del maltrato este se clasifica en:

Familiar

Extrafamiliar

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.

Según las **acciones** concretas que constituyen el maltrato infligido, la tipología es:

Maltrato físico: Toda acción de carácter físico voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones físicas en el menor.

Negligencia/abandono físico/cognitivo: Dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.

Maltrato psicológico/emocional: Toda acción, normalmente de carácter verbal, o toda actitud hacia un menor que provoquen, o puedan provocar en él, daños psicológicos.

Abandono psicológico/emocional: Falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e

interacción iniciadas por el menor, y una falta de contacto o de expresividad emocional en las interacciones mutuas, por parte de una figura adulta estable.

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.

Corrupción: conductas (delictivas, consumo de drogas, autodestructivas, prostitución) propiciadas por adultos que refuerzan pautas de conducta antisocial o desviadas, en ocasiones con el fin de sacar un beneficio del menor, y que impiden su normal integración.

Explotación laboral: los padres o cuidadores del niño le asignan con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos que exceden los límites de lo habitual en ese contexto sociocultural, deberían ser realizados por adultos, interfieren claramente en sus actividades y necesidades sociales y/o escolares o son asignados al niño para obtener un beneficio económico o similar.

Maltrato Prenatal: Abuso de drogas o alcohol durante el embarazo, o cualquier circunstancia vital de la madre que se haga incidir voluntariamente en el feto, y que provoca que el bebé nazca con un crecimiento anormal, patrones neurológicos anómalos, con síntomas de dependencia física de dichas sustancias, u otras alteraciones imputables a su consumo por parte de la madre. Este tipo de maltrato también se hace extensivo al progenitor o compañero de la embarazada cuando inflige a ésta conductas maltratantes a nivel físico o no atiende a sus necesidades básicas.

Retraso no orgánico del crecimiento: También denominado retraso psicosocial del crecimiento, se refiere al diagnóstico médico de aquellos niños que no incrementan su peso con normalidad en ausencia de una enfermedad orgánica. Sin embargo, se produce una ganancia sustancial de peso durante la estancia en el hospital o bien hay una recuperación del retraso evolutivo cuando el niño dispone de un ambiente de cuidados adecuados.

Síndrome de Munchausen por Poderes: Los padres o cuidadores someten al niño a continuos ingresos y exámenes médicos alegando síntomas físicos patológicos ficticios o generados de manera activa por ellos mismos (mediante la inoculación de sustancias al menor, por ejemplo). Como consecuencia, éste se ve sometido a continuos ingresos, exámenes médicos y pruebas diagnósticas molestas e innecesarias y que incluso pueden ser perjudiciales para su salud física y mental.

Maltrato Institucional: Cualquier programa, legislación, procedimiento o actuación u omisión por parte de organizaciones o instituciones públicas o privadas o bien procedente del comportamiento individual de un profesional que conlleve abuso, negligencia, detrimento de la salud, del desarrollo y de la seguridad o que viole los derechos básicos de los menores.

Además, otras circunstancias en que los menores son agredidos y otras modalidades de violencia son **menos conocidas** o están empezando a ser reconocidas en su adecuada magnitud.

La violencia de género como causa del maltrato infantil. La violencia de género impacta en los hijos

de modo directo. Está demostrado que el maltrato a la mujer se extiende a hijos e hijas, deteriora su bienestar y su desarrollo y genera secuelas a largo plazo; Las agresiones contra la mujer van acompañadas de violencia contra los menores, perpetuándose así un ciclo de comportamientos destructivos y modelos de conductas negativas en el niño.

Se observa que las niñas se identifican con el rol materno, adoptando conductas de sumisión, pasividad y obediencia y los niños con el rol paterno, adoptando posiciones de poder y privilegio. Se estima que en torno al 60-70% de los niños, niñas y adolescentes que viven en hogares violentos, son víctimas -más o menos- directas de situaciones de maltrato.

TIPO DE EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA	PRINCIPALES CONSECUENCIAS
<p>DIRECTA:</p> <p><i>Los/as menores experimentan el mismo tipo de actos violentos que la madre.</i></p> <p>Insultos, amenazas, humillaciones, desvalorización.</p> <p>Manipulación emocional, intimidación.</p> <p>Maltrato físico activo (bofetones, patadas, palizas...)</p>	<p>Consecuencias físicas (exceptuando lesiones): retraso en el crecimiento, alteraciones del sueño y de la alimentación, retraso en el desarrollo motor, etc.</p> <p>Alteraciones emocionales: ansiedad, depresión, baja autoestima, trastorno de estrés post-traumático, etc.</p> <p>Problemas cognitivos: retraso en el lenguaje, absentismo escolar, fracaso escolar, etc.</p> <p>Problemas de conducta: falta de habilidades sociales, agresividad, inmadurez, delincuencia, toxicomanías, etc.</p>
<p>INDIRECTA:</p> <p><i>Se considera cuando la agresión ocurre en su presencia, y también aún cuando no estén presentes, pero no pueden tomar distancia de sus progenitores.</i></p> <p>Oyen disputas, golpes, perciben terror.</p>	<p>Incapacidad de las víctimas (las madres) para atender a las necesidades básicas de las niñas y niños, por la situación física y emocional en la que se encuentran. Lo que puede generar situaciones de negligencia y abandono hacia los niños y niñas.</p> <p>Incapacidad de los agresores de establecer una relación cálida y afectuosa cercana con sus hijas e hijos. Lo que puede generar serios problemas de vinculación afectiva y establecimiento de relaciones de apego.</p>

Fuente: Sepúlveda García de la Torre. La Violencia de Género como causa de Maltrato Infantil. Cuad. Med. Forense, 12(43-44), Enero-Abril 2006.

La **mutilación genital femenina**: amplia variedad de prácticas que suponen la extirpación total o parcial de los genitales externos o su alteración por razones que no son de índole médica.

El **acoso escolar** (también conocido por su término inglés **bullying**) es cualquier forma de maltrato psicológico, verbal o físico producido entre escolares de forma reiterada a lo largo de un tiempo determinado. El tipo de violencia más común es la emocional y se da mayoritariamente en el aula y patio de los centros escolares. Los protagonistas de los casos de acoso escolar suelen ser niños y niñas en proceso de entrada en la adolescencia.

El maltrato devenido en procesos de **rupturas conyugales** muy conflictivos. En numerosas ocasiones, los menores sufren el predominio de un narcisismo patológico de los padres en la toma de decisiones y una conflictividad desbordada, así como una importante invisibilidad de esta infancia para las instituciones que intervienen.

Cada modalidad de maltrato a la infancia puede darse en una gran diversidad de formas y niveles de gravedad y, en la mayoría de las ocasiones, no se produce de manera aislada e independiente de otros tipos de maltrato.

4.1 ¿Cuáles son los factores de riesgo de maltrato y cuales los factores protectores?

El maltrato infantil es un problema psicosocial y de salud pública que tiene un origen **multicausal**, en el que diferentes factores de riesgo y otros protectores

influyen en su desencadenamiento. Actualmente, el maltrato infantil se explica según el modelo **ecológico** de **Belsky** (1980), en el que el maltrato resulta de la interacción de factores propios de padres e hijos con factores del funcionamiento familiar y socioculturales, algunos de los cuales son protectores y otros de riesgo, según el **modelo de Cicchetti y Rizley** de 1981.

Muchas familias en las que se dan varios **factores de riesgo** no maltratan a sus hijos. Esta situación es explicada por la existencia de **factores protectores o de compensación**. Mientras la presencia de factores de riesgo incrementa la probabilidad de que ocurra el maltrato, los factores protectores disminuyen las posibilidades de que tales situaciones lleguen a producirse. La conducta parental estaría determinada por el equilibrio relativo entre los factores de riesgo y los factores de compensación que experimenta una familia.

Los cuatro factores asociados de forma más consistente con recurrencia de maltrato son:

- Número de episodios previos de maltrato (el tiempo entre episodios de maltrato disminuye a medida que los episodios aumentan en frecuencia).
- Tipo de maltrato (principalmente la negligencia).
- Factores relacionados con el entorno familiar (conflicto entre los padres).
- Factores relacionados con los padres (problemas mentales).

El tiempo de mayor riesgo de recurrencia parece ser durante el primer mes después del episodio de maltrato, disminuyendo posteriormente. Los niños que han sido previamente maltratados tienen un riesgo seis veces superior de recurrencia de maltrato que los que no lo han sido nunca.

MODELO INTEGRAL DEL MALTRATO INFANTIL DE BELSKY		
Niveles ecológicos	Factores potenciadores	Factores compensadores
Desarrollo individual de los padres	<ul style="list-style-type: none"> • Historia familiar de abusos • Falta de afectividad en la infancia de los padres • Baja autoestima • Pobres habilidades personales 	<ul style="list-style-type: none"> • Experiencia en los cuidados del niño • Habilidad interpersonal • Coeficiente intelectual elevado • Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia
Medio familiar:	<p>A) Padres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transtornos físicos/psíquicos (Incluye ansiedad y depresión) • Drogodependencia • Padre/madre solo • Madre joven • Padre/madre no biológico • Disarmonía familiar • Enfermedades/lesiones • Conflictos conyugales • Violencia familiar • Falta de control de impulsos 	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación familiar • Satisfacción personal • Escasos sucesos vitales estresantes • Intervenciones terapéuticas en la familia • Ambiente familiar sin exposición a la violencia • Armonía marital
	<p>B) Hijos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hijos no deseados • Transtorno congénito • Anomalías físicas o psíquicas • Enfermedad crónica • Tamaño de la patria • Nacimiento prematuro • Peso al nacer • Ausencia de control prenatal²⁰ • Transtorno de la conducta del hijo²¹ • Proximidad de edad entre hijos 	<ul style="list-style-type: none"> • Apego materno/paterno al hijo • Satisfacción en el desarrollo del niño
Exosistema:	<p>A) Sociolaboral</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo nivel social/económico • Desempleo²² • Insatisfacción laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Condición financiera
	<p>B) Vecindario</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social • Buena experiencia con iguales
Macrosistema:	<p>A) Sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alta criminalidad • Baja cobertura servicios sociales • Alta frecuencia desempleo • Pobreza de grupo social²³ • Alta movilidad geográfica 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de mejora, de redes de apoyo e integración social de familias vulnerables²⁴ • Programas sanitarios
	<p>B) Culturales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aceptación castigo corporal 	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud hacia la infancia, la mujer, la paternidad de la sociedad

5. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE EL MALTRATO INFANTIL.

5.1 La coordinación interdisciplinaria e intersectorial en la intervención.

5.1.1 ¿Qué principios generales han de orientar las actuaciones ante situaciones de maltrato infantil?

- Todo el sistema de atención a la infancia debe privilegiar la **promoción** de los derechos de los niños, niñas y adolescentes, la generación de **oportunidades** para su efectivo ejercicio y el bienestar de sus familias, así como la prevención y la detección temprana de las situaciones de riesgo.
- La familia, la escuela, los servicios sociales, sanitarios..., y los adultos en general, son responsables de que la satisfacción de las **necesidades** infantiles, de su cuidado y protección. La **familia** es el mejor contexto para satisfacer las necesidades básicas del menor.
- Cuando los progenitores son incapaces o no protegen a sus hijos o hijas de situaciones abusivas o son ellos mismos los agentes del maltrato, la comunidad debe intervenir para proteger a los menores.
- Cuando las niñas o los niños sufren carencias y riesgos que amenazan su adecuado desarrollo, todos los adultos e instituciones públicas tienen el deber de **ayudarles**.
- La intervención ante los casos de maltrato infantil será siempre **prioritaria** y en **coordinación**, mediante los adecuados protocolos de actuación, con todas las administraciones y profesionales que tienen competencias en el bienestar y protección de la infancia (fundamentalmente, servicios sociales, sanitarios, educativos, policiales y de justicia).
- El **interés superior del menor** debe ser el principio en el que estén basadas las decisiones y actuaciones y, en la medida de lo posible, debe respetarse la continuidad de su historia personal y familiar. Los menores tienen derecho a ser escuchados y a participar en todo el proceso de toma de decisiones.
- La atención a los casos de maltrato infantil debe mitigar los procesos de **victimización secundaria**, inspirándose en el principio de mínima intervención y evitando actuaciones repetitivas. Ello es posible siguiendo un protocolo que asegure la adecuada especialización, coordinación e interdisciplinariedad para evitar otros perjuicios psicológicos debidos a una atención deficiente.
- Todos los servicios y profesionales están obligados legalmente a colaborar en dimensionar e investigar el problema. Para ello deben notificar los casos de sospecha razonable mediante la Hoja de Notificación de casos que figura en el anexo.

- El procedimiento de actuación que se debe seguir en los casos de maltrato es diferente en función de ser un caso de maltrato **intra familiar** que conlleve una situación de desprotección o ser un caso de maltrato **extra familiar**. En este segundo caso, son los padres y/o tutores legales los que tienen la responsabilidad de solicitar ayuda y proteger a su hijo/a.
- Sólo en los casos de desprotección por parte de los progenitores son los servicios públicos de atención a la infancia los responsables de asegurar la protección.
- Debe priorizarse la permanencia del o la menor en un entorno libre de violencia, alejando si es necesario a la persona maltratadora.
- El maltrato infantil severo o con grave riesgo de reiterarse, independientemente de los aspectos legales, deberá ser considerado como una **urgencia médica y psicosocial** que requerirá asistencia inmediata.
- La intervención ante los casos de maltrato infantil debe tener un carácter integral y asegurar los diferentes **tipos de necesidades**:
 - De asistencia clínica y psicosocial.
 - De protección judicial-policial-administrativa del menor.
 - De recogida de todo tipo de pruebas e indicios que acrediten la realidad de los hechos.
- Cada caso de maltrato a una persona menor precisa de una **evaluación completa** para tratar de identificar la posible existencia de lesiones y daños

psicológicos y, en su caso y proceder al tratamiento correspondiente en aras de que el menor pueda alcanzar el máximo ajuste psicosocial posible.

- Si se han detectado **indicios de abandono o negligencia** se ha de notificar a las entidades competentes en protección de menores y si hay indicios de un **presunto** delito se deberá poner en conocimiento del Ministerio Fiscal y, en su caso, si procede, en conocimiento del Juzgado mediante la oportuna denuncia.
- La **detección, notificación, evaluación, tratamiento y orientación** son pasos sucesivos de un mismo proceso asistencial en el que debe existir continuidad en el tiempo y en todos ellos se deben tener la máxima consideración hacia las necesidades infantiles.

5.2.2 *¿Por qué es tan importante la coordinación entre profesionales y entre instituciones en el maltrato infantil?*

La **protección a la infancia** se articula en un conjunto de niveles complementarios y de especialización creciente:

Los **padres o responsables legales** de los menores y la red informal de apoyo a la familia (amigos, familiares).

Los **servicios públicos** básicos y especializados (servicios sociales, educación, atención primaria de salud, policía...).

Los **servicios especializados de protección** infantil (administración autonómica), Fiscalía y órganos jurisdiccionales.



El conjunto de servicios básicos y especializados configuran el **sistema de atención a la infancia** que debe asegurar los derechos de los niños, niñas y adolescentes y su protección integral.

Los grandes ámbitos de atención a la infancia son el

Educativo

Sanitario

Policial

Social

Judicial

El marco normativo establece la **corresponsabilidad de todas las administraciones públicas** en la promoción de los derechos infantiles y en la asistencia adecuada para el ejercicio efectivo de estos derechos. Además del marco legal, la **formación** de los profesionales, la **coordinación interdisciplinar e interinstitucional** y los **protocolos sectoriales** son las garantías de una intervención adecuada ante los casos de maltrato infantil.

5.3.3 ¿Cómo coordinarse en un centro sanitario?

La actuación de las diferentes personas involucradas en la atención a un caso de maltrato requiere de coordinación y planificación previa. Cada centro debe organizarse según sus peculiaridades pero, en general, son buenas algunas propuestas:

Identificar personas de referencia, al menos dos, que sientan interés por el tema y estén dispuestas a mejorar su formación sobre él. Estas personas deben servir de apoyo al resto del personal para resolverle dudas, asesorarle y para mantener la coordinación con el resto del sistema de protección. Deben ser conocedoras de los partes judiciales por maltrato infantil emitidos en el centro para que puedan estar al tanto de los casos más graves y ayudar a mejorar la cumplimentación de los mismos.

Organizar sesiones de formación periódicamente sobre maltrato infantil entre el personal del centro, sobre todo, entre medicina, enfermería y trabajo social. Son especialmente importantes las

personas que atienden urgencias, pero la formación debe dirigirse a todo el personal que con actividad asistencial con menores.

Se debe **definir y redactar un protocolo de actuación del centro**, siguiendo las indicaciones de las normas vigentes e identificando personas y responsabilidades, ante los casos de maltrato físico, psíquico o sexual y ante las circunstancias de riesgo y de abandono o desamparo.

Se debe formar sistemáticamente a todo el personal asistencial que se incorpore nuevo, incluidos residentes que hacen guardias, enfermería comunitaria, de pediatría y de urgencias y trabajo social.



6. MEDIDAS DE PROTECCIÓN.

6.1 Obligación legal de comunicar las situaciones de riesgo y desprotección

6.1.1. ¿Cuál es la responsabilidad de las administraciones públicas y de sus profesionales?

De acuerdo a la Ley 1/1998, de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor (artº 17), se entiende como **protección el conjunto de actuaciones para la atención de las necesidades del menor tendentes a garantizar su desarrollo integral y a promover una vida familiar normalizada**. Asimismo, esta misma Ley (artº 3.6) establece que: *“Las Administraciones Públicas de Andalucía actuarán de forma coordinada en aras a garantizar el adecuado ejercicio de los derechos de los menores, fomentando la colaboración con el resto de las Administraciones Públicas del Estado Español”*. La protección es, por tanto, un concepto que involucra las actuaciones de los grandes ámbitos de servicios públicos: educación, salud, servicios sociales, policía, justicia.

De conformidad con este marco legal *“cualquier persona o entidad y, en especial, las que por razón de su profesión o finalidad tengan noticia de la existencia de una situación de riesgo o desamparo de un menor, deberá ponerlo en conocimiento de cualquier autoridad, que inmediatamente lo comunicará a la Administración com-*

petente, Autoridad Judicial o Ministerio Fiscal. En caso de particulares, se mantendrá el anonimato del comunicante si así lo desea” (artº 18.5 de la Ley 1/1998).

Para el logro de los fines previstos en la legislación andaluza de protección a la infancia, las **Administraciones Públicas**, en el ámbito de sus respectivas competencias y respetando la primacía del interés superior del menor, se regirán por los siguientes **criterios de actuación**:

- Se fomentarán las medidas preventivas a fin de evitar situaciones de desprotección y riesgo para los menores.
- Se procurará la permanencia del menor en su propio entorno familiar.
- Cuando las circunstancias del menor aconsejen su salida del grupo familiar propio, se actuará, prioritariamente, a través de medidas de alternativa familiar.
- Cuando no sea posible la permanencia del menor en su propia familia o en otra familia alternativa, procederá su acogida en un centro de protección, con carácter provisional y por el período más breve posible. Se promoverán medidas tendentes a la reinserción familiar del menor, siempre que sea posible.

6.1.2 ¿Qué medidas de protección existen?

Situaciones de Riesgo

Se consideran situaciones de riesgo aquellas en las que existan carencias o dificultades en la atención de las necesidades básicas que los menores precisan para su correcto desarrollo físico, psíquico y social, y que **no requieran su separación del medio familiar**. La apreciación de la situación de riesgo conllevará la puesta en marcha de un programa de intervención social individual y temporalizado que, en todo caso, deberá recoger las actuaciones y recursos necesarios para su eliminación.

Ese programa debe estar dirigido por los servicios sociales comunitarios y apoyado por los sanitarios en lo que les corresponda según cada caso.

Situaciones definidas como Desamparo

De acuerdo al artículo 172.1 del Código Civil la situación de desamparo de un menor se define como la *“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”*. Incluye, por tanto:

NO PUEDEN atender las necesidades de la persona menor.

La **imposibilidad** temporal o definitiva de los progenitores o tutores para ejercer los deberes de protección por fallecimiento, encarcelamiento, enfermedad física, mental o toxicomanías incapacitantes, o una causa de naturaleza similar.

NO QUIEREN atender las necesidades de la persona menor.

Incumplimiento de los progenitores o tutores de los deberes de protección por renuncia, por no reconocimiento de maternidad o paternidad, por abandono total del niño o niña, o por una causa de naturaleza similar.

NO SABEN atender las necesidades de la persona menor.

Inadecuado ejercicio por parte de los progenitores o tutores, bien por acción u omisión, de los deberes de protección.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 172.1 del Código Civil, se consideran **situaciones de desamparo**, que apreciará en todo caso la autoridad administrativa competente, las siguientes:

- a) El abandono voluntario del o la menor por parte de su familia.
- b) Absentismo escolar habitual.
- c) La existencia de maltrato físico o psíquico o de abusos sexuales por parte de las personas de la unidad familiar o de terceros con consentimiento de éstas.
- d) La inducción a la mendicidad, delincuencia o prostitución, o cualquier otra explotación económica del o la menor de análoga naturaleza.
- e) La drogadicción o el alcoholismo habitual del o la menor con el consentimiento o la tolerancia de los padres o guardadores.

- f) El trastorno mental grave de los padres o guardadores que impida el normal ejercicio de la patria potestad o la guarda.
- g) Drogadicción habitual en las personas que integran la unidad familiar y, en especial, de los progenitores, tutores o guardadores del menor, siempre que incida gravemente en el desarrollo y bienestar del menor.
- h) La convivencia en un entorno socio-familiar que deteriore gravemente la integridad moral del o la menor o perjudique el desarrollo de su personalidad.
- i) La falta de las personas a las cuales corresponde ejercer las funciones de guarda o cuando estas personas estén imposibilitadas para ejercerlas o en situación de ejercerlas con peligro grave para el o la menor.

Guarda Administrativa

La Administración de la Junta de Andalucía asumirá y ejercerá solamente la guarda cuando quienes tienen potestad sobre el o la menor lo soliciten, justificando no poder atenderlo por enfermedad u otras circunstancias graves, o cuando así lo acuerde el Juez en los casos en que legalmente proceda.

Competencias de las distintas administraciones y obligación de colaborar entre ellas

Las **Corporaciones Locales** de Andalucía son competentes para el desarrollo de actuaciones de prevención, información y reinserción social en materia de menores, así como para la detección de menores en situación de desprotección y la intervención en los casos que requi-

eran actuaciones en el propio medio. Igualmente, son competentes para apreciar, intervenir y aplicar las medidas oportunas en las situaciones de **Riesgo**. Para ello se valen de los **Servicios Sociales Comunitarios**.

La Administración de la **Junta de Andalucía** es competente para la adopción de medidas de protección que conllevan la separación del menor de su medio familiar (**Desamparo** y **Guarda**). La responsabilidad de esto recae en los **Servicios de Protección de Menores** de las Delegaciones Provinciales de Igualdad y Bienestar Social.

En los casos en que se detecte la existencia de circunstancias que impliquen un riesgo para el desarrollo personal o social de los menores, la Administración de la Junta de Andalucía y la Local colaborarán utilizando los recursos disponibles para evitar que se produzca la situación de desamparo, promoviendo, en su caso, un cambio positivo y suficiente en el comportamiento y actitud de los padres, tutores o guardadores.

En el ámbito judicial, el **Ministerio Fiscal** aporta al proceso de protección las siguientes competencias:

- Investigar hechos denunciados directamente ante la Fiscalía.
- Proponer al Juez medidas de protección cautelares, en los casos de urgencia, e informar a la Entidad Pública competente (Junta de Andalucía) para la adopción posterior de la medida legal de desamparo.
- Asegurar que se preserve el derecho a la intimidad del menor y que se le eviten procedimientos dolorosos o superfluos.
- Garantizar que las acciones penales y/o de protección acordadas preserven el proceso de esclare-

cimiento de los hechos acontecidos y las necesidades ulteriores que el menor requiera derivadas de los procedimientos antedichos (de tratamiento, asistencia legal, separación familiar).

- Intervenir legalmente ejerciendo la acusación en los procesos penales por maltrato a menores.
- Supervisar la situación de los menores con medidas de protección, conociendo, al menos semestralmente, información actualizada de su situación personal.

Gracias a los **Juzgados** se asegura:

- La investigación de la posible existencia de un delito.
- La identificación y encausamiento, si procede, del presunto autor.
- La facilitación de la protección del menor en tanto que es víctima.

- La adopción de medidas que garanticen la valoración y el tratamiento del menor.
- La adecuación de los procedimientos judiciales a las características, estado emocional y derechos específicos de las personas menores de edad.
- La protección y amparo de los profesionales que atienden a los menores con sospecha de padecer malos tratos.

Las **Fuerzas y Cuerpos de Seguridad** colaboran prestando el auxilio necesario a otras instituciones (Servicios Sociales, Educación, Salud.), cuando así se le solicite por parte de éstas, para garantizar la seguridad y la integridad del o la menor y de los profesionales que lo atienden y para la realización de averiguaciones e Informes que les puedan ser solicitados .

INSTITUCIÓN	INTERVIENE EN CASO DE
Servicios Sociales Comunitario de los Ayuntamientos	Niños/niñas en situación de Riesgo
Servicio de Protección de Menores	Ser necesario evaluar si el o la menor están en situación de desamparo
Sistema judicial	Si existen indicios de delito
Policía	Si hay riesgo inminente para la seguridad del menor o del profesional

Todos los y las profesionales están obligados por Ley a comunicar las situaciones de riesgo y desprotección y, en general, toda forma de maltrato a la infancia.

La **Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor** dispone en su artículo 14 que *“las autoridades y servicios públicos tienen obligación de prestar la atención inmediata que precise cualquier menor, de actuar si corresponde a su ámbito de competencias o de dar traslado en otro caso al órgano competente y de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales del menor, o cuando sea necesario, del Ministerio Fiscal.”*

Igualmente, la **Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor** establece en el artículo 10.6: *“los titulares de los servicios de salud y el personal sanitario de los mismos están especialmente obligados a poner en conocimiento de los organismos competentes de la administración de la Junta de Andalucía en materia de protección de menores, la Autoridad Judicial o el Ministerio Fiscal, aquellos hechos que puedan suponer la existencia de situaciones de desprotección o situaciones de riesgo para los menores, así como a colaborar con*

los mismos y resolver tales situaciones en interés del menor”.

El **Decreto 246/2005** de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad dispone, como derecho de los niños, el que los servicios sanitarios protejan *“a las personas menores de edad en su integridad física y psíquica ante la sospecha o detección de violencia de género, malos tratos y abusos físicos, psíquicos o sexuales, incluida la mutilación genital a niñas y cualquier práctica cultural o tradicional que perjudique su integridad, y a poner estas situaciones, así como las de abandono o desamparo, en conocimiento de los Órganos competentes de la Administración de la Junta de Andalucía en materia de protección de menores y de la Autoridad Judicial o del Ministerio Fiscal”.*

6.1.3 ¿Y si me da miedo denunciar un caso por temor a represalias?

También el marco jurídico contempla disposiciones para preservar la identidad de quienes denuncian. Es posible que un o una profesional de salud tenga reparos a la hora de poner un caso de sospecha de maltrato en

conocimiento de los servicios sociales o de la autoridad judicial por miedo a represalias de los maltratadores.

Para evitar esto, la normativa tiene previsto el anonimato de quién declara, de conformidad con el Artº 51.2 del **Decreto 42/2002, de 12 de febrero, del régimen de desamparo, tutela y guarda administrativa**

“El personal que desarrolle sus funciones en los mencionados Servicios, así como el correspondiente a otras Administraciones que colabore con los mismos, por razones de seguridad podrá quedar identificado en los procedimientos en que intervenga sustituyendo su nombre y apellidos por una clave literal o numérica”.

Igualmente, en el artº 23.2 del mismo Decreto se especifica que *“no se dará acceso a los interesados en*

un procedimiento a los datos de identificación de los denunciantes cuando, en atención a las circunstancias concurrentes, ello pusiera en riesgo la seguridad de éstos”. Por esto, si un profesional teme que su identidad sea conocida a propósito de unas diligencias judiciales, el hecho se debe comunicar al juzgado y exponer las razones para ello.



7. FUNCIONES Y COMPETENCIAS DEL ÁMBITO SANITARIO ANTE EL MALTRATO INFANTIL.

El diagnóstico de maltrato y la intervención necesaria es función de un **conjunto articulado de servicios y equipos multidisciplinares** en los que juegan un papel esencial los servicios y profesionales sanitarios. Estos atienden a toda la población infantil y a sus familias, especialmente en los primeros años de vida. Los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física, psíquica o sexual deben recibir una **atención y seguimiento prioritarios** por los centros sanitarios.

7.1 ¿Cuál es la función básica de los servicios y profesionales sanitarios en la atención a las víctimas de maltrato infantil?

1. Todo el personal de medicina de familia, de pediatría, de enfermería (incluidas las matronas) y de trabajo social de los centros sanitarios debe estar capacitado para detectar y actuar correctamente ante la presencia de indicadores de sospecha. Constituyen el primer nivel sanitario de atención al maltrato.
2. Un segundo nivel está constituido por **equipos interdisciplinares**, formados, al menos, por un o una profesional de trabajo social, el o la profesional que detectó la situación y el médico o médica responsable de su asistencia, así como por los y las profesionales de diferentes especialidades que intervienen en la valoración del diagnóstico diferencial. Son equipos que se crean para atender cada caso y dejan de funcionar una vez resuelto. Se denominan equipos porque no se trata de que cada profesional involucrado a la atención al caso haga una parte descoordinada de los demás, sino que todos y todas trabajen en coordinación.
3. Ante la simple sospecha de desasistencia o maltrato, los y las profesionales sanitarios, cualquiera que sea su profesión, deben realizar una evaluación (anamnesis y exploración que incluya indicadores psicosociales de riesgo/maltrato), elaborar un informe y hacer, en su caso, la correspondiente notificación. El Centro sanitario está obligado a denunciar los casos con daño físico, psíquico o sexual a través del correspondiente **parte al Juzgado**, pero también a notificar las **situaciones de riesgo y de-sprotección** a las instancias administrativas con competencia en protección de menores.
4. Si el caso lo sospecha o lo detecta personal de enfermería o de medicina debe comunicarlo al o la profesional de trabajo social. Si además se piensa que el maltrato puede ser un delito, se debe comunicar al juzgado de guardia mediante un parte judicial. Si se piensa que puede haber un riesgo inminente para la seguridad del o la menor, se debe avisar inmediatamente a la policía y si se piensa que el o la menor necesita de medidas inmediatas de protec-

ción se debe notificar al Servicio de Protección de Menores o al juzgado de guardia.

5. Cuando se sospecha de una situación de desprotección o maltrato a un menor, los dispositivos sanitarios deben garantizar en todo momento su **protección inmediata**, la confidencialidad y el anonimato necesarios, así como la emisión de aquellos **Informes** técnicos que puedan ser necesarios para la intervención de otras instituciones.

6. La actuación sanitaria debe ser **integral, coordinada y continuada** en el tiempo. Incluye:

a) Colaborar en la **evaluación y provisión de tratamiento** médico a las víctimas. Deben asegurarse medidas protectoras en caso de riesgo de contagio (inmunización tétanos, hepatitis B, tratamiento profiláctico de enfermedades infecto-contagiosas o lesiones físicas, controles serológicos) y de prevención de embarazo secundario a agresión sexual.

b) Brindar **apoyo emocional** a la víctima y el tratamiento psicológico que sea necesario a través de los especialistas de salud mental infantil.

c) Conseguir **pruebas** médicas que posibiliten la persecución judicial del delito.

d) Participar en el **seguimiento** de niños en riesgo y de familias vulnerables con dificultades psicosociales.

e) Elaborar **informes** adecuadamente documentados y fundamentados que puedan ser utilizados para la evaluación y seguimiento del caso por otras administraciones competentes en protección infantil.

f) Proveer de **apoyo a los padres** sobre pautas adecuadas de crianza infantil, adoptando medidas terapéuticas específicas (frente a toxicomanías y alcoholismo, desórdenes psiquiátricos, planificación familiar, etc.)



8. LA INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO INFANTIL PASO A PASO

La intervención del profesional sanitario ante un caso de sospecha de maltrato infantil debe seguir 5 pasos:

- DetECCIÓN
- NOTIFICACIÓN
- VALORACIÓN
- TRATAMIENTO
- SEGUIMIENTO

8.1 Paso 1: Detección

¿Cómo detectar indicadores de sospecha?

Para detectar los indicadores descritos en esta Guía se puede hacer de tres formas:

1. A través de la **observación clínica** (inspección de la piel y de la exploración de los órganos y aparatos, observación de lesiones, marcas o alteraciones del nivel de nutrición, de higiene, del desarrollo psicomotor o enfermedades cuya causa probable pudiera ser la falta de cuidados o de estímulos necesarios, el trato negligente o el empleo de violencia).
2. A través de la **anamnesis o entrevista** (mediante la formulación de preguntas amplias, sin interrogar sobre circunstancias concretas, sin entrar en discusión sobre los aspectos contradictorios, sin recriminar, y sin transferir criterios morales propios).

3. Estableciendo la **coordinación** necesaria con otros profesionales e instancias para conocer **antecedentes y características del funcionamiento familiar** (integración comunitaria de la familia, ajuste educativo del menor, existencia de otras patologías como toxicomanías, trastornos psiquiátricos, violencia de género..., actitudes de los padres ante las orientaciones profesionales...).

8.2 Paso 2: Notificación

¿Cuándo y cómo debe notificarse?

De cara a la notificación de un caso sospechoso de malos tratos conviene tener en cuenta:

- En el caso del maltrato infantil hay que distinguir la diferencia entre notificar a los servicios sociales comunitarios en caso de que el o la menor esté en riesgo o al Servicio de Protección de Menores en caso de que esté en situación de desamparo, y la emisión de un parte judicial que es la forma de informar al juzgado, en caso de que se sospeche un delito.
- Notificar no equivale a denunciar.
- La Hoja de Notificación y el Parte Judicial son documentos necesarios para posibilitar la intervención.
- Su cumplimentación es una obligación legal para todos los profesionales sanitarios.

- La notificación a otras instituciones debe realizarse cuando existan “**indicios razonables para sospechar.**”
- Después de la notificación es obligatorio mantener la adecuada coordinación interinstitucional con las entidades competentes, remitiendo información complementaria sobre:
 - El seguimiento y diagnóstico efectuado.
 - Sobre cualquier incidencia en la evolución obtenida en los controles de salud establecidos.
- Notificar no exime de las intervenciones que se deben realizar desde el propio ámbito (seguir trabajando con la familia, darle orientaciones, supervisar la salud del menor)

8.2.1 ¿A quién notificar?

A la **Corporación Local**: indicadores de una situación de riesgo.

A la **Junta de Andalucía** (Servicio de Protección de Menores. Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social) ante indicadores de una situación de desamparo o ante una petición de guarda que realicen los padres, cuidadores o tutores legales.

También es posible hacerlo al **Ministerio Fiscal**, quien puede proponer la adopción de medidas de protección cautelares (Se puede contactar a través del Juzgado de Guardia las 24 horas del día).

Al **Juzgado**, cuando existen indicios de un posible delito.

8.2.2 ¿Cómo notificar?

Mediante:

- Hoja de Notificación del Sistema de Información del Maltrato Infantil de Andalucía.
- Parte Judicial (si existen indicios de delito) (Ver documento anexo).

Además si es necesario o no se dispone de cualquier documento en formato oficial, se debe notificar mediante informes con los datos clínicos y psicosociales relevantes.

Es muy importante que tanto en la Hoja de Notificación como en el Parte Judicial y en la historia clínica se anoten los datos relevantes de forma clara y legible, de ello dependerá en gran medida la propia protección del menor porque tanto el sistema judicial como el servicio de protección se basarán en esa información para actuar.

8.2.3 ¿Cuándo se activa el procedimiento de urgencia?

Ante un caso grave que pueda requerir la intervención de la policía, del Servicio de Protección de Menores, del juzgado de guardia o de las urgencias hospitalarias, la notificación en los documentos descritos DEBE COMPLEMENTARSE con una comunicación telefónica que asegure la atención inmediata.

Un procedimiento de urgencia activa de forma inmediata los recursos de protección y atención al menor y debe utilizarse cuando:

- Exista grave riesgo para integridad física o psíquica para el menor.

- Se sospeche que la familia no garantiza su protección inmediata o que podría repetirse la grave situación de maltrato.
- Los familiares no aseguran ni permiten la asistencia o la protección necesarias del menor.

PROCEDIMIENTO DE NOTIFICACIÓN Y ASISTENCIA SEGÚN EL NIVEL DE RIESGO DESDE LOS CENTROS SANITARIOS

Nivel de riesgo	Medidas a adoptar	Procedimiento de coordinación, notificación y asistencia
<p>1. Se detectan indicadores de riesgo, pero no se estima necesaria la separación del menor de su medio familiar y no existe compromiso vital ni de inminente desprotección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración médica inicial, social y psicológica si procede. <p>Prevención primaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientación a la familia • Coordinación con el centro educativo y con los Servicios sociales de la comunidad. 	<p>Procedimiento ordinario</p> <p>Coordinación y notificación</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con Trabajo Social del Centro • Hoja de Notificación a Servicios Sociales Comunitarios • Parte al Juzgado, si existen indicios de delito y solicitud de exploración médico forense, si procede.
<p>2. Existe sospecha de maltrato o negligencia o dudas sobre la capacidad familiar que pueden requerir la adopción de una medida de protección como la separación de su medio familiar, aunque no de forma urgente.</p>	<p>Seguimiento social, médico y psicológico.</p>	<p>Asistencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudio en Centro de Salud o Consultas Externas • Prioridad en las citas y procedimientos
<p>3. Existe grave riesgo de desprotección o maltrato que comprometa la seguridad o la salud del o la menor.</p>	<p>Puede ser necesario solicitar medidas de protección inmediata, la asistencia policial y/o judicial.</p>	<p>Procedimiento de urgencia</p> <p>Coordinación y Notificación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con Trabajo Social del Centro • Hoja de Notificación al Servicio de Protección de Menores y/o a Fiscalía de Menores • Comunicación a Juzgado de Guardia mediante llamada telefónica y Parte Judicial e Informe. <p>Asistencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estudio en Hospital o Unidad de referencia • Valorar ingreso hospitalario

8.3 Paso 3: Valoración

¿Cómo se hace la evaluación de un caso de maltrato infantil?

El proceso de exploración del maltrato infantil exige poner en funcionamiento un protocolo **interdisciplinar e intersectorial** en virtud del cual:

- a) Se ha de valorar la situación somática y emocional del menor (lesiones, afectación emocional, embarazo, enfermedades de transmisión sexual...).

- b) Se garantizará la protección del menor y de los profesionales.
- c) Se cubrirán las necesidades de intervención psicosocial del núcleo familiar.
- d) Se asesorará legalmente al menor y a su familia.
- e) Se realizarán las acciones judiciales que precise el superior interés del menor.

Diagnóstico de maltrato infantil

Historia

Pruebas complementarias

Datos sociales

Examen médico psicológico

8.4 La entrevista con los progenitores y con los niños y niñas a propósito del maltrato.

La entrevista tanto con los progenitores como con los niños y niñas requiere tener en cuenta las dificultades emocionales y de comunicación que se dan en estas circunstancias. Por eso es muy importante tener en cuenta algunas recomendaciones básicas⁵:

8.4.1 ¿Cómo hacer una entrevista con padres o madres?

Qué hacer

En un primer momento

- Presentarse de manera honesta, diciendo cuál es la verdadera razón de la entrevista.
- Asegurarse de que los padres entienden el motivo de la entrevista.
- Preguntar, intentar aclarar dudas sobre los hechos y no acusarlos a lo largo de la entrevista
- Aceptar inicialmente las explicaciones familiares y evitar la confrontación dialéctica.
- Tomar en consideración la discrepancia entre las manifestaciones del menor y la de sus padres.
- Destacar el papel del profesional sanitario como fuente de ayuda para el niño o la niña y para los padres.
- Permitir a los padres admitir, explicar o negar sus alegaciones y dejarles proporcionar la información que consideren conveniente.

- En caso de que el motivo de consulta sea un accidente, hacer una anamnesis específica en la que se indague con detalle sobre lo que ocurrió, el orden de presentación de heridas, la situación exacta en que se produjo, quién cuidaba del menor en ese momento, las relaciones familiares, la reacción de los padres ante las heridas o síntomas, los antecedentes evolutivos del menor, la presencia de testigos.
- Es importante conocer en profundidad el funcionamiento familiar, las concepciones educativas de los padres, la organización general del hogar y sus condiciones de seguridad y el estrés existente en la actualidad.
- Es aconsejable indagar sobre la visión que tienen los padres del niño: si es inquieto o “malo”, si es difícil, si hacen especial énfasis en los déficits o enfermedades que padece, etc.
- También es aconsejable valorar como son las relaciones entre la pareja de progenitores.
- Una vez escuchada la información proporcionada por los padres, y si ésta no es suficiente para aclarar los hechos, hacer preguntas adicionales para clarificarla o completarla.

Qué no hacer

- Manifestar horror, enfado o desaprobación.
- Mantener una actitud punitiva o juzgadora.
- Insistir en preguntas que no quieran responder.
- Hablarles de manera irrespetuosa.
- Hacer inferencias o intentar encontrar culpables.

⁵ Tomado de: **Maltrato Infantil**. Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias

- Aproximarse a los padres de manera acusadora.
- Utilizar palabras vagas o con una fuerte carga emocional, tales como maltrato o abandono.
- Formular preguntas que obligan a dar una respuesta concreta, como sí o no.
- Romper prematuramente los silencios.

8.4.2 ¿Cómo hacer una entrevista con un niño o niña?

Qué hacer

- Hacer la entrevista en privado.
 - Sentarse cerca del niño o la niña.
 - Comenzar por temas neutros antes de entrar en el maltrato que haya podido sufrir lo que le concede al niño un tiempo para acomodarse a nuestro entorno y conocernos.
 - Tratarles de forma cariñosa, manteniendo un contacto no amenazante.
 - Hacer ver que se cree en lo que dicen, manifestando que se confía en ellos.
 - Destacar al niño o la niña que no son culpables del abuso, utilizando frases como “tú no tienes la culpa de lo ocurrido”.
 - Presentarse como una figura de ayuda tanto para el niño o la niña como para sus padres.
 - Ser honesto y sincero y nunca hacer promesas que luego no se puedan cumplir.
 - Ser positivo, manifestando confianza en que todo irá bien.
- Salvo que el o la menor exprese lo contrario, o no se estime aconsejable, se le debe permitir estar acompañado por un familiar o persona de su confianza. Aunque en muchas ocasiones es aconsejable realizar la anamnesis en entrevistas por separado con el padre, la madre y el niño y siempre lo más cercanamente posible al episodio de maltrato.
 - A la persona menor se le debe explicar el contenido de las exploraciones, de forma que pueda entenderlo, el grado de molestias que pudiera causarle, tratar de obtener su colaboración y, en cualquier caso, tomar en cuenta su opinión, utilizando un lenguaje claro y sencillo, adaptado a la edad.
 - Si no es contraproducente para el interés del menor, se procurará el consentimiento de sus familiares o tutores legales. En el caso de menores con doce años cumplidos, la opinión de éstos ha de ser escuchada antes de que se otorgue el consentimiento, si aprecia el personal médico responsable del o de la paciente que dispone de capacidad intelectual y emocional para expresarla. Cuando se trate de personas menores de edad no incapaces ni incapacitadas, pero emancipadas o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación.
 - Respetar el ritmo y el tiempo natural del niño o niña.
 - Podemos y debemos emplear otros mecanismos de expresión que no descansen exclusivamente en la palabra [juguetes, dibujos, gestos corporales].
 - La exploración finaliza volviendo a hablar de nuevo de temas neutros (colegio, aficiones) para que el niño o la niña se vaya con mejores sensaciones y no con tanta angustia.

Qué no hacer

- Manifestar horror, susto o desaprobación ante lo que nos ha contado.
- Dejar que se sienta culpable.
- Indagar o pedir insistentemente respuestas que el niño o la niña no sabe o no está dispuesto a dar.
- Sugerirle respuestas.
- Realizar movimientos amenazantes.
- Pedirle que repita lo que ha ocurrido ante otra persona.
- Realizar la entrevista más de dos personas.
- Emplear medidas de fuerza para inmovilizar al paciente y, si fuera necesario, se deberá proceder a su sedación.

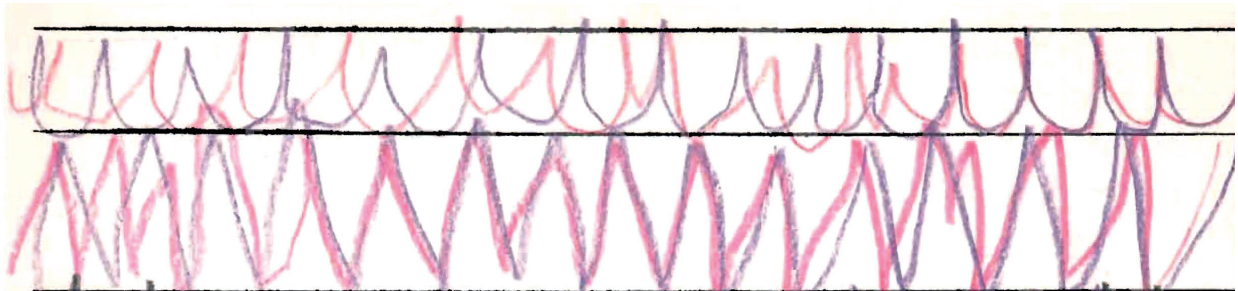
8.5 ¿Qué hay que tener en cuenta en la obtención de pruebas?

- Las pruebas complementarias en los casos de malos tratos infantiles no sólo tienen utilidad clínica, sino que pueden ser fundamentales en la valoración de la gravedad desde los puntos de vista social y judicial.

- Cualquier objeto, fluido o material que se asocie a las lesiones físicas y que pueda ser útil en la evaluación social, psíquica, clínica o judicial debe ser objeto de toma de muestra y conservación. En el caso de agresión sexual, si han transcurrido más de 72 horas no tiene utilidad la toma de muestras de semen.
- En los casos en los que se sospeche un delito se puede solicitar la presencia del forense para el examen físico y toma de muestras, esto garantiza una mejor calidad de las mismas y evita al o la menor la repetición de la exploración.
- Es aconsejable hacer fotografías de las lesiones físicas observadas. Las fotografías deben cuidar en el mayor grado posible incomodar al o la menor y deben guardarse y custodiarse con especial cuidado.

8.6 ¿Qué pruebas complementarias suelen ser útiles en el diagnóstico del maltrato infantil?

La realización de pruebas complementarias debe seguir los criterios establecidos para cada una de las circunstancias clínicas que se presenten.



Técnicas	Indicador de maltrato que se puede encontrar	Indicaciones
Hemograma Estudio de coagulación.	Anemia o enfermedades infecciosas debilitantes.	Presencia de equimosis numerosos y en diferente evolución. Sospecha de malnutrición por abandono de cuidados. Descartar enfermedades infecciosas debilitantes y trastornos de la coagulación.
Bioquímica sanguínea. Proteinograma. Transferrina, albúmina, prealbúmina. Inmunoglobulinas.	Malnutrición por falta de aporte. Trastornos carenciales. Hipocrecimiento psicógeno.	Sospecha de abandono de cuidados necesarios. Maltrato psicológico.
Metabolitos de tóxicos en muestra de orina	Presencia de metabolitos de cannabis, cocaína, heroína, metadona, benzodiazepina.	Sospecha de maltrato y presenta alteraciones neurológicas: agitación o letargia.
Fondo de Ojos	Hemorragias retinianas bilaterales. Edema de papila por hipertensión intracraneal en hemorragia subdural.	Sospecha de maltrato físico. Se sospecha mecanismo por "zarandeo".
Mapa óseo Incluye, por separado, estudio AP y L de cráneo, parrilla costal, pelvis, columna vertebral, pies y manos.	Fracturas en diferentes estadios de consolidación. Fracturas craneales. Fracturas de huesos faciales. Fracturas costales. Hemorragias subperiósticas en copa de champán. Fracturas espiroideas de huesos largos.	Prueba de elección, en menores de 2 años en los que se sospecha maltrato. Puede repetirse a los 15 días si persiste la sospecha.
T.A.C. Craneal	Hematoma subdural y epidural. Fractura craneal.	Sospecha de maltrato y síntomas neurológicos. Niño zarandeado.
R. N. M.	Lesiones cerebrales antiguas y profundas, que pueden ocasionar atrofia cortical secundaria.	Sospecha de maltrato con síntomas neurológicos, para aclarar imágenes de la TAC.
Gammagrafía ósea.	Fracturas antiguas o que no se aprecian en estudios Rx.	Sospecha de maltrato físico en los que no se aprecian fracturas en estudios Rx. O interesa detectar fracturas antiguas.
Ecografía abdominal	Lesiones viscerales.	Sospecha de maltrato físico con afectación general y defensa abdominal.

8.7 ¿En que consiste la valoración social de un caso de maltrato infantil?

La Unidad de Trabajo Social (UTS) del Hospital o Centro de Salud complementará la evaluación médica y establecerá la coordinación necesaria con los Servicios Sociales Comunitarios, el Servicio de Protección de Menores y cualquier otra instancia que tenga información significativa sobre el funcionamiento del núcleo familiar.

Aspectos a valorar

- La **capacidad y características personales** de los padres o cuidadores para asegurar las necesidades del menor (problemas de salud, etapa del ciclo vital...).
- La **actitud** de los padres o responsables legales ante el problema (comprensión, colaboración, implicación...).
- La existencia de **factores de riesgo** o circunstancias desfavorables que pudieran dificultar o impedir la adecuada satisfacción de las necesidades del menor o su salud considerada en sentido integral.

8.8 ¿En qué consiste la valoración psicológica especializada?

Más allá de la valoración general sobre el estado emocional del menor, que puede realizar cualquier profesional, los casos de mayor complejidad y/o gravedad podrán requerir una evaluación psicológica especializada que facilite

1. Conocer el funcionamiento psicológico del menor y el impacto emocional de la situación maltratante.
2. Valorar la veracidad de los relatos del menor.
3. Establecer las necesidades de tratamiento psicológico del menor y/o su familia, si fueran necesario.

Quién la realiza

- **Profesionales de salud mental**, con la suficiente formación y especialización en trabajo con personas menores de edad, así como específicamente en maltrato y abuso sexual a menores.
- Psicólogos especializados de los **Equipos de Tratamiento Familiar** (Corporación Local).
- Psicólogos especializados de los **Servicios de Protección de Menores** (Junta de Andalucía).

8.9 ¿Cuando podemos considerar muy probable el diagnóstico de maltrato?

Algunos signos o síntomas que se observan en un menor podrían ser indicadores de maltrato pero en realidad se deben a otras causas. Es muy probable que estemos ante un caso de maltrato infantil si tras la valoración inicial y la evaluación posterior:

- Se detecta una convergencia de indicadores: verbalización y comportamientos del menor, comporta-

mientos y actitudes de sus familiares, indicadores físicos, antecedentes.

- Se descarta el mecanismo de producción accidental.

- Se descartan causas naturales o fisiológicas.
- Se descartan otras enfermedades que pueden causarlos.

¿Qué factores hay que considerar en la evaluación de gravedad y riesgo?

a) Características del incidente.

1. **Severidad y/o frecuencia del maltrato/abandono:** Existencia de un patrón crónico de maltrato/abandono y gravedad de las sesiones sufridas por el menor.
2. **Cercanía temporal del incidente:** Momento en que se ha producido el último incidente de maltrato/abandono respecto al momento en que se realiza la investigación.
3. **Presencia y localización de la lesión:** Existencia de lesiones físicas y zona corporal donde se encuentran.
4. **Historia previa de informes de maltrato/abandono:** Existencia de uno o más informes en los Servicios de Infancia relacionados con el menor y/o su familia.

b) Factores de vulnerabilidad infantil.

5. **Acceso del perpetrador al niño/a:** Facilidad de acceso de la persona identificada como responsable del maltrato/abandono al menor como para causarle daño de manera activa o pasiva.

6. **Edad y visibilidad por parte de la comunidad**
7. **Capacidad del niño/a para protegerse y cuidarse a sí mismo:** Características de desarrollo del menor que le posibilitan o impiden salvaguardar su integridad ante circunstancias adversas del exterior y grado de dependencia hacia los adultos.
8. **Características del niño/a:** Existencia de problemas comportamentales, discapacidad, irritabilidad, prematuridad...
9. **Salud mental y estatus cognitivo del niño/a:** Existencia de malestar emocional o problemas/trastornos psíquicos.

c) Características del cuidador

10. **Capacidades físicas, intelectuales y emocionales:** Grado en que las limitaciones en tales áreas afectan la capacidad del cuidador para atender adecuadamente al menor.
11. **Capacidades asociadas a la edad:** Existencia de cuidadores adolescentes sin apoyos adultos positivos.

12. **Habilidades parentales y expectativas hacia el niño/a:** Capacidades de los cuidadores para manejar la conducta infantil, adecuación de sus expectativas a las capacidades del niño y reconocimiento y satisfacción de las necesidades emocionales, de aprendizaje y estimulación infantiles.
 13. **Métodos de disciplina y castigo hacia el niño/a:** Utilización de técnicas disciplinarias adecuadas a la edad del niño y utilización (frecuencia e intensidad) del castigo.
 14. **Abuso de drogas/alcohol:** Existencia de dependencia física y/o psicológica hacia drogas o alcohol de manera que ello limita la capacidad del cuidador para atender y proteger al niño.
 15. **Historia de conducta violenta, antisocial o delictiva:** Existencia de ejercicio del cuidador de conductas violentas o negligentes hacia otros adultos o menores.
 16. **Historia personal de maltrato/abandono:** Experimentación por parte del cuidador de situaciones de maltrato/abandono en su propia infancia y repercusión de ello en el cumplimiento actual del rol parental.
 17. **Interacción cuidador niño/a:** Características de la vinculación afectiva y percepción del niño.
- d) **Características del entorno familiar**
18. **Relación de pareja:** Grado en que las características de la relación de pareja interfieren en la capacidad de sus miembros para cuidar y proteger al menor.
 19. **Presencia de un compañero/a o padre/madre sustituto/a:** Grado en que la presencia de un/a compañero/a del cuidador principal afecta al cuidado recibido por el menor.
 20. **Condiciones del hogar:** Nivel de seguridad de la vivienda para el niño y capacidad para cubrir las necesidades básicas de sus habitantes.
 21. **Fuentes de apoyo social:** Disponibilidad por parte de los cuidadores de sistemas de apoyo que les proporcionen ayuda material, emocional e informativa cuando éstos lo requieran.
 22. **Condiciones socioeconómicas y culturales:** paro, inmigración...
- e) **Respuesta ante la intervención.**
23. **Respuesta ante la intervención:** Grado de concienciación sobre el problema y motivación de cambio mostrado por los cuidadores ante la intervención de los Servicios de Protección Infantil.

8.10 Paso 4. Tratamiento

¿En que consiste el tratamiento?

- Tratamiento médico-quirúrgico de las lesiones o fracturas.
- Tratamiento médico adecuado de las enfermedades o trastornos derivados del maltrato que padeciera previamente.
- Tratamiento antibiótico o profilaxis de las enfermedades infecciosas.
- Satisfacción de las carencias alimenticias, de estimulación o de cuidados que han ocasionado síntomas o problemas de salud, mediante aporte de los nutrientes necesarios, de la dieta necesaria, de los estímulos., etc. (apoyándose para ello en el entrenamiento de los padres o cuidadores).
- Pautas psicoeducativas para abordar situaciones de no integración social y de conflicto, mediante orientación sobre recursos y apoyo psicológico y educativo al menor y a sus padres.
- Tratamiento psicológico especializado, si el menor lo requiere.

8.11 Paso 5. Seguimiento

¿En que consiste el seguimiento de un caso de maltrato infantil?

- Desde el momento en que se observan indicadores de desprotección o maltrato infantil se ha de activar un protocolo de seguimiento de la salud y situación familiar del menor.
- Ha de hacerse en coordinación con el resto de instituciones intervinientes para facilitar:

- Una adecuada monitorización del caso
- El intercambio de información que permita el cumplimiento de las funciones que cada cual tiene legalmente encomendadas
- La provisión de los recursos de apoyo psicosocial y terapéuticos a que tiene derecho el niño y su familia.
- Este seguimiento ha de realizarse en todos los casos, no sólo en los que revisten carácter de gravedad.

¿Cómo deben coordinarse las actuaciones clínicas y psicosociales?

La prevención, detección, evaluación y atención del maltrato infantil, dado que es un fenómeno multifactorial en el que interactúan variables personales y ambientales, requiere una **perspectiva interdisciplinar** que, en el caso, de los servicios sanitarios deberá coordinar intervenciones clínicas y psicosociales. La mayoría de las formas de maltrato no causan señales físicas y, por tanto, un enfoque estrictamente médico resulta demasiado limitado para un conocimiento completo de los sucesos que causan un trauma o perjudican gravemente el desarrollo del menor de edad.

Las funciones principales del **área clínica** son:

- Diagnóstico y tratamiento de la víctima de maltrato (lesiones, posibles secuelas, enfermedades de transmisión sexual, embarazo, etc.).
- Recogida de pruebas y testimonios.
- Abordaje del estado emocional del menor y de sus familiares, recabando si es necesario el apoyo de otros profesionales (psicólogos y psiquiatras).

- Cumplimentar los informes técnicos necesarios sobre la salud del menor y la etiología de sus lesiones que puedan requerir otras instancias competentes y registrar en la historia clínica la información significativa obtenida mediante la anamnesis y exploraciones, así como de las respuestas terapéuticas y de los padres o cuidadores.
- Seguimiento periódico del estado de salud del menor (secuelas físicas y psíquicas) y de la colaboración que muestra la familia con las indicaciones profesionales.
- Capacitación a los padres para el cuidado del menor, la satisfacción de sus necesidades y en el fomento de vínculos afectivos padres-hijos positivos
- Detección de riesgos evolutivos, factores de vulnerabilidad, retrasos en el desarrollo o problemas de conducta que no obedezcan a causas orgánicas.

Las funciones del **área psicosocial** de los servicios sanitarios son:

- Recabar antecedentes sociofamiliares e integrar la información sobre el menor y su familia procedente

de otras áreas (servicios sociales, educación, salud...).

- Coordinar la intervención sanitaria con la de otras instancias.
- Evaluar, junto con los otros profesionales sanitarios, las características del contexto familiar y la interacción de los factores de riesgo y de protección para la adopción de las medidas más adecuadas al interés del menor.
- Informar a la familia sobre recursos comunitarios y programas de apoyo que promuevan el cambio de las circunstancias familiares y coordinar la movilización de estos para asegurar la continuidad de la intervención integral e intersectorial.
- Realizar el diagnóstico social del caso y los informes técnicos que faciliten la intervención de otras instancias competentes en protección de menores.
- Mantener el seguimiento sobre el funcionamiento familiar y el grado de colaboración de los padres con los profesionales que intervienen.



9. EL PAPEL DE LOS DISTINTOS SERVICIOS SANITARIOS ANTE EL MALTRATO INFANTIL

¿Qué actuaciones son función de los Centros de Atención Primaria?

En Atención Primaria se plantea la consulta de pediatría como la oportunidad idónea para la detección precoz del maltrato, del riesgo del mismo o de circunstancias que pueden hacer difícil una crianza adecuada.

Sin embargo, existen numerosas oportunidades de contactar con los y las menores y sus familias o tutores, en las que pueden intervenir otros profesionales:

- En las consultas de **atención al embarazo**, en las sesiones de **preparación al parto y el nacimiento** y, sobre todo, en las **visitas puerperales** se pueden detectar madres y padres con circunstancias personales, familiares o sociales que supongan una dificultad o un riesgo para una adecuada crianza.
- En el programa de **Seguimiento de la salud infantil se debe incluir sistemáticamente la observación** de indicadores de riesgo y la evaluación de las circunstancias para una crianza adecuada.
- En el **Programa de Vacunaciones** se dan múltiples contactos que pueden dar oportunidad a que se observen indicadores de riesgo, de hecho, uno de ellos puede ser la no vacunación.
- En urgencias del centro de salud y en los **Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias**,

el personal debe ser sensible al maltrato y estar formado para intervenir.

- En los centros que participan en **Forma Joven** o que cuentan con **Hora Joven**. Quienes participan en ellos deben formarse en la detección y atención al maltrato de adolescentes.

Los y las profesionales sanitarios de atención primaria (enfermería, matrona, medicina de familia, pediatría, trabajo social, etc.) tienen una función privilegiada en:

- El apoyo a una **parentalidad positiva** para establecer unas bases de crianza sanas. Es importante tener orientaciones específicas dentro del Programa de seguimiento de la salud infantil para discutir a cada edad específica los requerimientos del niño o niña (alimentación, higiene, sueño, rabieta, control de esfínteres, etc.), prever la dificultad que entraña cada nueva etapa del desarrollo, brindar orientación educativa y promover la estimulación del niño o niña y el crecimiento emocional estable.
- La **detección precoz** de lesiones y secuelas resultantes de abusos o negligencias.
- La evaluación de **retrasos en el desarrollo** o **problemas de conducta** que no obedezcan a causas orgánicas diagnosticables.

- La detección de riesgo a causa de la incapacidad transitoria o permanente de los padres o cuidadores, ya sea por abuso de sustancias, trastornos psicopatológicos, elevado estrés, problemas conductuales en el niño, etc.
- La coordinación con otros ámbitos profesionales para intervenir con familias en situación de especial vulnerabilidad o riesgo psicosocial.
- La colaboración en la acción protectora dirigida por otros profesionales mediante el suministro de información sobre el estado de salud del niño y las capacidades parentales de los cuidadores, así como apoyando los objetivos de recuperación del menor y del ajuste en el funcionamiento familiar.

¿Qué es importante evaluar, con independencia del momento evolutivo del niño, en cada revisión?

- El significado de consultas sin cita y urgencias poco justificadas y repetidas
- El seguimiento de citas programadas y calendario vacunal.
- Los accidentes en niños pequeños, sobre todo si son repetidos, injustificados, o los padres ofrecen explicaciones incoherentes ó contradictorias.
- Las crisis del funcionamiento familiar (paro, separaciones, muertes...) en donde el maltrato puede surgir como expresión de la carencia de recursos o habilidades para manejar y superar situaciones de estrés.
- La exploración sistemática de genitales y zona anal.

- El desarrollo madurativo y emocional destacando dos aspectos:
 - El retraso y las dificultades del lenguaje, es uno de los problemas asociados específicamente a carencia afectiva.
 - El único común denominador de todo tipo de maltrato, las alteraciones psicológicas.

¿Qué papel tiene el Hospital en la atención al maltrato infantil?

El Hospital es un espacio fundamental para la detección de niños y niñas que sufren maltrato, tanto en los servicios de urgencias, como en la hospitalización neonatal y pediátrica y en las consultas externas. Asimismo, puede funcionar como **espacio de protección** en tanto se determina la medida más adecuada al interés del o la menor.

Los **criterios de ingreso** de una víctima de maltrato infantil pueden ser:

- Necesidad de tratamiento hospitalario
- Necesidad de protección de la víctima
- Gran afectación psicológica

En los casos en los que el maltrato revista mayor gravedad tendrá que derivarse de forma inmediata al **Servicio de Urgencias** del Hospital, donde el o la menor puede quedar ingresada. Un tercio de los niños y las niñas ingresadas por maltrato requieren cuidados intensivos y un 10% de los ingresos por maltrato tienen riesgo de morir a consecuencia de ello.

Se procederá a la exploración física y psicológica, toma de muestras y, en su caso, parte judicial. Para evitar duplicidad de intervenciones, se ha de procurar que el reconocimiento se haga conjuntamente por **médico forense** y especialista(s) hospitalario(s), que emitirán Informe al Juzgado y, en su caso, a la Fiscalía y a la Administración competente. La decisión de que participe el forense depende del juzgado, no del sistema sanitario.

Aunque el o la forense emitan su propio informe, el sanitario hará otro clínico-asistencial, que refleje la valoración médica y psicológica realizada por los distintos especialistas sanitarios, para enviarlo al Servicio de Protección de Menores. A continuación, debe comunicarse a la familia la actuación realizada (ver epígrafe **Cómo hacer una entrevista con padres y madres**).

Durante la hospitalización de cualquier menor es fundamental mantener un **protocolo de observación** por parte de enfermería, que aprecie la calidad de las relaciones padres-hijo/a, las actitudes y las conductas del menor, la calidad y cantidad de las visitas, el interés familiar respecto de la evolución del menor, el posible incremento de sintomatología tras las visitas, etc., especialmente, en los casos de riesgo y posible maltrato y, en general, respecto de toda la población infantil.

¿Cuándo y cómo hay que contar con Salud Mental ante un caso de maltrato infantil?

Los servicios de Salud Mental tienen un papel destacado en las siguientes actuaciones:

Tratamiento psicoterapéutico a las víctimas de maltrato y a su familia, así como apoyar la **capacitación de los padres** para atender adecuadamente a los hijos.

Detección de casos que han sido derivados a esos servicios por problemas emocionales o de conducta y que pueden estar siendo objeto de malos tratos o abusos (bien intra o extrafamiliares).

Diagnóstico de las secuelas psicopatológicas a las víctimas.

Identificación de niños y niñas vulnerables al maltrato (por factores de riesgo personales, del padre o la madre o de las circunstancias sociofamiliares).

Coordinación de la intervención con profesionales de otros ámbitos que intervengan en el proceso de protección del o la menor, proporcionando información periódica sobre su estado de salud psíquica y participando en el desarrollo de los objetivos de la intervención

Promoción, en los niños y niñas, de estrategias y recursos personales que les permita identificar y defenderse de situaciones abusivas.

¿Existen consideraciones especiales en caso de que se trate de abuso sexual?

En el caso de agresiones sexuales es muy importante tener en cuenta el tiempo transcurrido desde el incidente. Puede tratarse de incidentes de abuso sexual pasados o puede constatarse mediante las exploraciones médicas que haya signos indicadores de agresión sexual reciente. En ambos casos, las sospechas o evidencias pueden ser apoyadas por el relato y verificación del propio niño, niña o adolescente. Esto no quiere decir que sea necesario el testimonio del o la menor para proceder a la notificación o a la emisión de un parte judicial, porque no es raro que no quieran o puedan hablar de ello ni que sea adecuado insistirles.

Recomendaciones específicas para profesionales sanitarios de Atención Primaria de salud

- Sólo los casos de agresión sexual recientes (menos de 72 horas) que requieran de una exploración especializada o de extracción de pruebas serán remitidos a la Red Hospitalaria.
- El abuso sexual se considerará maltrato y posible delito, y habrá que notificar la situación de maltrato infantil a los Servicios de Protección y con sospecha del delito al Juzgado.
- El personal sanitario debe valorar la necesidad de intervención terapéutica (Servicio de Salud Mental Infanto Juvenil) tanto si el incidente fue pasado como si es reciente, cuando se sospeche que el niño o niña está afectado por la experiencia traumática vivida.

Recomendaciones específicas para profesionales sanitarios de hospitales

- Los dos últimos puntos que se señalan para la Atención Primaria serán de igual aplicación para la Red Hospitalaria y además:
- El personal sanitario podrá demandar al Juzgado la presencia del Forense para complementar la exploración realizada al niño o niña, siempre que la agresión sexual se haya producido en un tiempo inferior a 72 horas.



BIBLIOGRAFÍA

A.E. ABASOLO TELLERIA

Maltrato infantil. BOL. S VASCO-NAV PEDIATR 2008; 40: 21-23.

CANTÓN, J., CORTÉS, M.R. Y JUSTICIA, M.D. (2002)

Las consecuencias del divorcio en los hijos. Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 2 (3), pp. 47-66.

CDN (CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO) (2006)

Comité de los Derechos del Niño 42º período de sesiones, Observación General N° 8, 21 de agosto de 2006 (CRC/C/GC/8), Ginebra. Publicación de Naciones Unidas.

CENTRE INTERNATIONAL DE L'ENFANCE

Los niños víctimas de servicios y maltratos. Documento para el proyecto C. II. París 1980.

DE LA TORRE, J. (2005)

Las relaciones entre padres e hijos después de las separaciones conflictivas. Apuntes de Psicología. 23 (1), pp. 101-112.

E.G.FUSTER, F. GARCÍA Y G. MUSITU OCHOA. (1988)

Maltrato Infantil: Un Modelo de Intervención desde la Perspectiva Sistémica. Cuadernos de Consulta Psicológica 73.,4,73-82.

ENRIQUE GARCÍA Y GONZALO MUSITU. (1994)

Tipología del maltrato infantil: una conceptualización empírica. Rev. Psicol. Soc Apl. Vol. 4; 1; 53-72.

ESPINOSA BAYA, M.A.

Las hijas e hijos de mujeres maltratadas: consecuencias para su desarrollo e integración escolar. Instituto Vasco de la Mujer. 2004. Disponible en: http://www.educarenigualdad.org/upload/Doc_76_Angeles_Espinosa.pdf

F. JAVIER ROMEU SORIANO SANDRA SIMÓ TEUFEL Mª JOSÉ MARTÍNEZ FERNÁNDEZ EMILIO MAS BANACLOIG

EL Papel Delámbito Sanitarioen La Detección Yabordaje Desituaciones Dedesprotección Omaltrato Infantil Isbn: 84-482-4361-7generalitat Valenciana, Conselleria De Benestar Social Direcció General de la Família, Menor I Adopcions 2006.

GUÍA DE ACTUACIÓN PARA LOS SERVICIOS SANITARIOS DE ASTURIAS

Maltrato Infantil. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Prevenion/guiamaltrato.pdf

GOBIERNO DE ARAGÓN. DEPARTAMENTO DE SALUD Y CONSUMO

Guía práctica para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil desde el sistema de salud de Aragón. Dirección General de Planificación y Aseguramiento. Depósito Legal: Z-2501/2006.

GUSHURST CA.

Childs abuse: behavioral aspects and other associated problems. Pediatr Clin N Am. 2003;50:919-38.

JESÚS PALACIOS

Los datos del maltrato infantil en España: Una visión de conjunto. Infancia y aprendizaje, N° 71, 1995 , pags. 69-76.

JUAN MANUEL MORENO MANSO. 2006

Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. Enseñanza e investigación psicológica. Jul/dic. Vol 11;02 ; 271-292.

J. PALACIOS, J. JIMÉNEZ, A. OLIVA Y D. SALDAÑA. (1998)

Malos tratos a los niños en la familia". Familia y desarrollo humano, 1998. Alianza Editorial.

LAURA FÁTIMA ASENSI PÉREZ

Violencia de género: consecuencias en los hijos. *Psicologiacientífica.com*. 2007. Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-236-violencia-de-genero-consecuencias-en-los-hijos.pdf>

MACMILLAN HL, FLEMING JE, STREINER DL.

Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry*. 2001;158:1879-83.

MIGUEL GARRIDO FERNÁNDEZ. Y VÍCTOR MANUEL GRIMALDI PUYANA

Evaluación del riesgo psicosocial en familias usuarias del Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía. Junta de Andalucía Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. ISBN SE-1224/09.

PINHEIRO, PAULO SÉRGIO (2006)

Informe Mundial sobre La Violencia Contra los Niños y Niñas, Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños, Nueva York. Publicación de las Naciones Unidas. Disponible en: http://www.unicef.org/ceecis/0608_SGSVAC.pdf

PROGRAMA INTEGRAL DE DETECCIÓN Y ABORDAJE DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA DESDE EL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE LA RIOJA

Disponible En: Http://Bor.Larioja.Org/Web/Centrales/Salud/Pdf/Programa_Integral.Pdf

OBSERVATORIO DE LA INFANCIA

Maltrato Infantil: detección, notificación y registro de casos. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2006.

SEPÚLVEDA GARCÍA DE LA TORRE, A.

La Violencia de Género como causa de Maltrato Infantil. *Cuad Med Forense*, 12(43-44), Enero-Abril 2006.

SOLEDAD LARRAÍN Y CAROLINA BASCUÑÁN

Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro desafíos. *Boletín de la infancia y adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del Milenio*. Número 9, julio de 2009 ISSN 1816-7527.

UNICEF (2001)

Young Voices Opinion Survey of Children and Young People in Europe and Central Asia Disponible en: <http://www.unicef.org/polls/eapro/index.html>

UNICEF (2003)

A league table of child maltreatment deaths in rich nations, Innocenti Report Card No.5, September 2003 Disponible en: <http://www.unicef.at/fileadmin/medien/pdf/repcard5e.pdf>

UNICEF (2007)

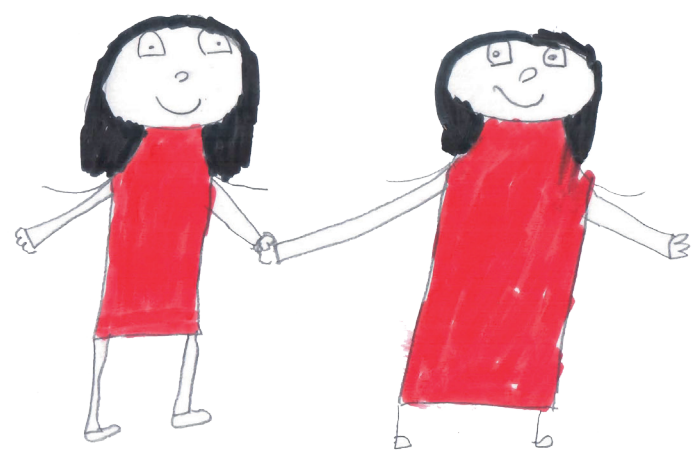
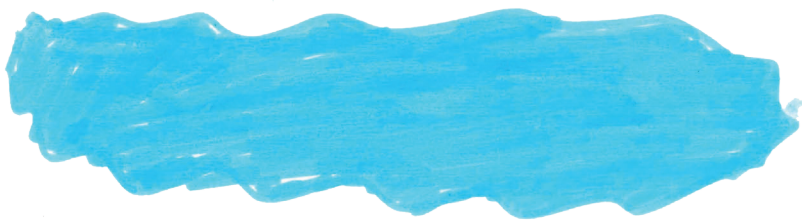
[Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia] (2007a), Estado mundial de la infancia 2008, Nueva York.

UNICEF

Maltrato infantil y relaciones familiares en Chile. 2008 Disponible en: http://www.unicef.cl/unicef/public/archivos_documento/253/maltrato_paraweb.pdf

UNICEF

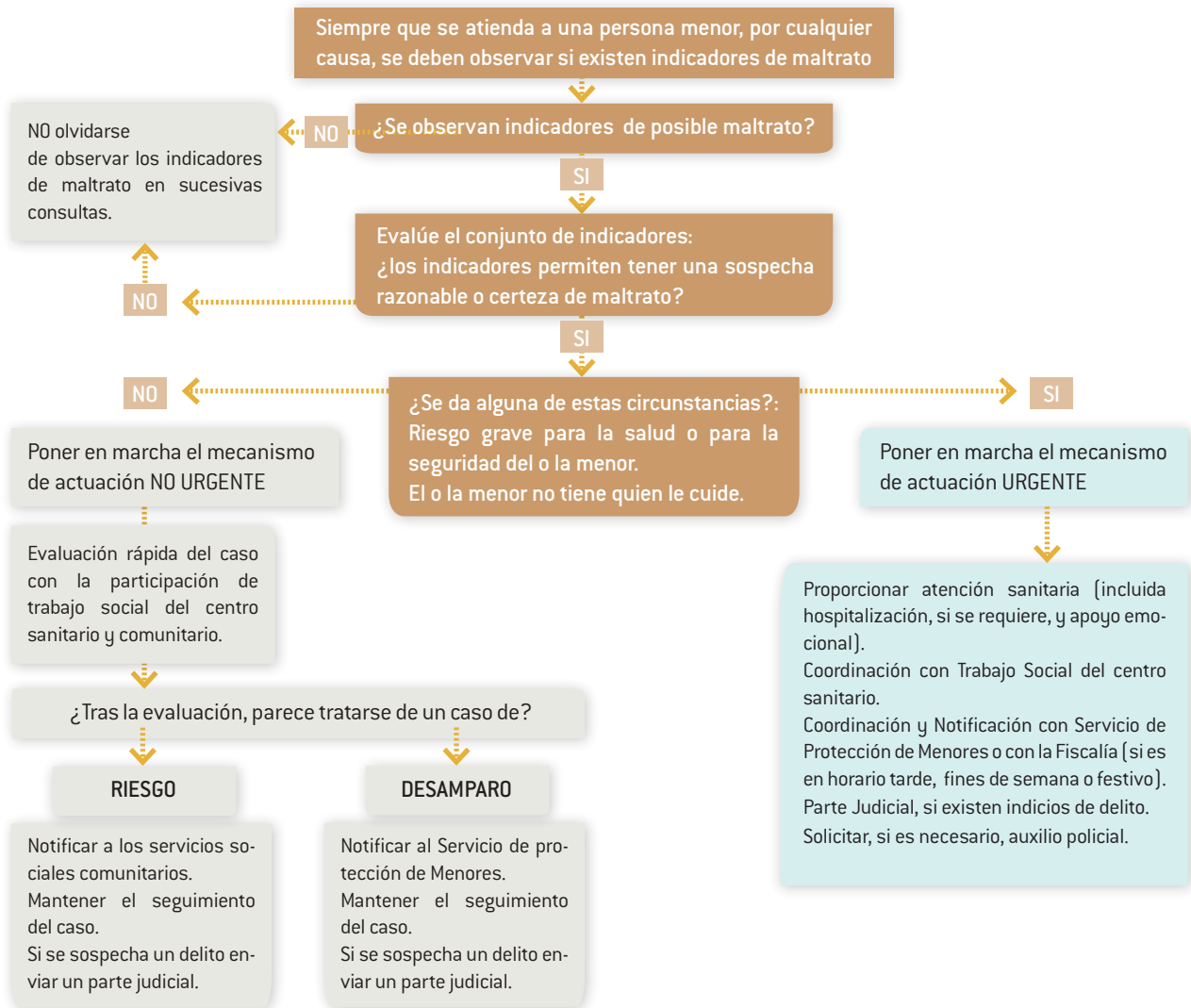
Violence against Children in Europe - Preliminary Review, June 2005. Disponible en: http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/violence_against.pdf





Anexos

ANEXO I. ALGORITMO DE ACTUACIÓN SANITARIA ANTE EL MALTRATO INFANTIL



ANEXO II. GUIA DE RECURSOS

Los Servicios de Prevención y Apoyo a la Familia y los Servicios de Protección de Menores de las Delegaciones Provinciales de la Consejería de Igualdad y Bienestar

Social se encargan de llevar a efecto las competencias encomendadas por la Ley a esta Consejería en materia de promoción y protección de la infancia.

ENTIDAD	DIRECCION Y TELEFONO CONTACTO	
SV. PREVENCIÓN Y APOYO A LA FAMILIA	Tfno.: 950.00.60.05/Fax: 950.00.60.22 C/Tiendas, 12 - 04003 - ALMERIA	Tfno.: 957.35.27.20/Fax: 957.35.28.30 C/Angel Ganivet, s/n - 14003 - CORDOBA
	Tfno.: 956.00.70.00/Fax: 956.00.70.01 Plaza Asdrubal, s/n. Ed.Admtvo. - 11008 - CADIZ	Tfno.:958.53.64.29/Fax: 958.53.67.38 Buenos Aires, nº 1-1ª Planta - 18002 - GRANADA
	Tfno.: 959.00.57.15/Fax: 959.00.57.51 Alcalde Mora Claros, 4-6 - 21003 - HUELVA	Tfno.: 951.04.09.69/Fax: 951.04.09.76 C/San Jacinto, 7-2ª Planta - 29007 - MALAGA
	Tfno.: 953.24.81.08-09/Fax: 953.24.80.20 Paseo de la Estación, 17 - Edif.Trade Center 7ª Planta 23071 - JAEN	Tfno.: 955.89.02.00/Fax: 955.89.03.60 C/Federico García Lorca, 3 - 41005 - SEVILLA
SV. PROTECCIÓN DE MENORES	Tlfno: 774700 / Fax: 708130 C/ Real, nº 5 - 04071 ALMERÍA	Tlfno: 407104 – 407105 Fax: 407003 Plaza Asdrúbal, s/n Edificio Administrativo Junta de Andalucía - 11071 CÁDIZ
	Tlfno: 552723 / Fax: 552830 C/ Ángel Ganivet, 18 - 14071 CÓRDOBA	Tlfno: 124726 / Fax: 124798 C/ Ancha de Gracia, 6 - 18071 GRANADA
	Tlfno: 205706 / Fax: 205773 Alcalde Mora Claros, 4 - 6 - 21071 HUELVA	Tlfno: 213554 Fax: 213114 / 24 Paseo de la Estación, 19 – 3º - 23071 JAÉN
	Tlfno: 951 922211 - 951 93 22 11/ Fax: 922354 CENTRALITA: 922203-04 C/ Tomás Heredia, 18 - 29001 MÁLAGA	Tlfno: 346249 - 346251 Fax: 346359 Centralita: 955.89.02.00 C/ Federico García Lorca, 3 - 41005 SEVILLA

ENTIDAD	DIRECCION Y TELEFONO DE CONTACTO	
FISCALIAS DE MENORES	C/ Méndez Nuñez 18-20 - 04001 Almería Tfno. 950.00.49.06	C/ Echegaray, nº 4 - 21003 Huelva Tfno.959.01.26.04-10
	C/ San Francisco 27-1ª Planta - 11005 Cádiz Tfno. 956.01.17.71/3	C/ Obispo Alonso Suárez 1 23008 Jaén Tfno.953.00.35.18
	C/ Doctor Barraquer, nº 2 14004 Córdoba Tfno. 957.00.57.08/10	Ciudad de la Justicia - C/Pirandelo, nº 7 29006 Málaga Tfno.951.93.80.50
	C/ Arabial, s/n (frente a comercial NEPTUNO) CP 18004 Granada Tfno.958.02.61.58	Avda.de la Buharia, 29-2ª Planta 41018 Sevilla Tfno. 954.54.47.63
AREA DE PROTECCIÓN DEL MENOR DE LA POLICIA AUTONÓMICA ANDALUZA (APROME)	Carretera de Ronda, 285 04005 Almería Tfno: 950 005710/30/ 31 Fax: 950 00 57 12	Avda. Sanlúcar de Barrameda, 3 21071 Huelva Teléfono: 959 01 16 50 - Fax: 959 01 16 51
	Paseo Marítimo S/N 11011 Cádiz Tfno: 956012500 Fax: 956 012 512	Calle Padre Grass, 1 23008 Jaén Tfno: 953 00 68 10 / Fax: 953 006802
	Avda. Gran Capitán, 33 14001 Córdoba Teléfono: 957 00 48 20 - Fax: 957 00 48 21	Avda. de la Aurora, 56 29006 Málaga Teléfono: 951 04 31 50 - Fax: 951 04 31 64
	Plaza del Campo Verde, 2. 1º 18071 Granada Teléfono: 958 02 40 00 - Fax: 958 02 40 01	Avda. Américo Vespucio, 15 41092 Sevilla Teléfono: 955 04 25 00 - Fax: 955 04 25 41

Mediación Familiar e Intergeneracional

La mediación es un procedimiento de resolución de conflictos en el que los miembros de una pareja **en proceso de separación u otros miembros de la familia en situación de conflicto intergeneracional** acuerdan voluntariamente que un profesional especializado, imparcial y neutral (mediador/a) les ayude a alcanzar por sí mismos un acuerdo mutuamente aceptado, que contemple las necesidades todas las personas implicadas, especialmente la de los hijos/as.

Programa Espacio facilitador de relaciones familiares

El programa "Espacio Facilitador de Relaciones Familiares" se configura como un lugar neutral, de intervención temporal, donde se garantiza el derecho de los y las menores a relacionarse con sus progenitores y otros miembros de su familia, en los casos en que aquéllos se encuentren bajo la tutela o guarda de la Administración

Pública competente en materia de protección de menores, así como cualquier otro caso de acogimiento familiar, cuando las características del caso así lo requieran.

Programas de atención a menores víctimas de abusos sexuales

Constituyen un servicio especializado dirigido, por un lado, a la evaluación y diagnóstico de menores posibles víctimas de abuso sexual, con el objeto de verificar o descartar la existencia del mismo, a través de la evaluación psicológica, social y familiar pertinente. Y, por otro, a proporcionar a estos menores un tratamiento psicosocial que les permita superar las secuelas y los trastornos psicológicos y lograr su equilibrio personal y familiar, así como proporcionar la orientación legal y social, que tanto los menores como sus familias, necesiten sobre las pautas y recursos a utilizar para superar el conflicto ocasionado.



PROGRAMA	ENTIDAD	DIRECCION Y TELEFONO DE CONTACTO
"PROGRAMAS DE MEDIACION FAMILIAR" Y "PROGRAMA ESPACIO FACILITADOR DE RELACIONES FAMILIARES"	ASOCIACION MEDIALMER medialmer@medialmer.org	C/ Arapiles, 22, 2º-1ª - 04001-ALMERIA TF: 950.27.60.88/FAX: 950.22.10.37
	ASOCIACION ARCADUZ asociacionarcaduz@hotmail.com	C/ Fernandez Ballesteros, 23, bajo - 11009-CADIZ TF: 956.07.54.75/FAX: 956.07.54.75
	ASOCIACIÓN ENCUENTRA CUERDOS enac@encuentraacuerdos	C/ Sto.Tomas de Aquino, 12, 5º 2 - 14004-CORDOBA TF: 957.49.15.16/FAX: 957.49.15.16
	ASOCIACION DELGOMAR Delgomar.mediacion@gmail.com delgomar@recol.es	C/ Martinez Campos, 10, 1º, ofc. 8 - 18005-GRANADA TF: 958.25.11.78/FAX: 958.25.11.78
	ASOCIACION ALCORES correo@asociacionalcores.org mediacionfamiliar@asociacionalcores.org	Avda. Martín Alonso Pinzón, nº 12-1º A 21003-HUELVA TF: 959.28.16.74/FAX: 959.28.06.90
	ASOC. DE LA LIGA GIENNENSE DE LA EDUCACIÓN Y LA CULTURA POPULAR ligajaen@educacion.org - mediacionjaen@ligaeducacion.org www.ligaeducacionintranet.org	Avenida de Madrid, Nº 46 A, 1º drcha. 23003 -JAEN TFNO. y FAX: 953.08.99.05
ASOCIACION LA MITAD DEL CIELO mitadcielo@hotmail.com	Plaza Los Cristos, 2 - local 2 - 29008-MALAGA TFNO. Y FAX.: 952.60.27.07	
ESPACIO FACILITADOR DE RELACIONES FAMILIARES	ASOCIACION AMUVI amuvi@amuvi.org - www.amuvi.org	C/ Alberto Durero, 1 - local 2 41018 – SEVILLA Tfno.: 954531261/Fax: 954420091
MEDIACIÓN FAMILIAR	ASOCIACION FAMILIA Y PAREJA mediacionfaypa@hotmail.com	C/ La Maria, 16, bajo-2 - 41008 SEVILLA TF: 954.35.69.01/FAX: 954.35.69.01
ATENCIÓN A MENORES VICTIMAS DE ABUSOS SEXUALES	ASOCIACION ADIMA www.adima.com.org	Avda. Hytasa, 5-1º A - 41006 SEVILLA Tfno.y Fax: 954.63.63.58
	ASOCIACION ADIMA www.adima.com.org	Avda. República Argentina, 18 escalera b-3º 4 14004 – CORDOBA - Tfno.957.45.12.91
	ASOCIACION ADIMA www.adima.com.org	C/Alcalde Mora Claros, nº 1-2º A 21001 – HUELVA - Tfno.: 959.24.34.34
	FUNDACION MARGENES Y VINCULOS www.fmyv.es	C/San Pedro, nº 6-2º A - 04001 ALMERIA Tfno.: 950.62.14.39/ Fax:950.27.38.60
	FUNDACION MARGENES Y VINCULOS www.fmyv.es	Plaza Mina, nº 14 - 11001 – CADIZ Tfno.: 956.26.10.32/Fax: 956.26.28.26
	FUNDACION MARGENES Y VINCULOS www.fmyv.es	Paseo de los Coches, Alhambra s/n Centro Angel Ganivet, 3ª Planta- 18009 – GRANADA Tfno.: 958.22.15.22/Fax: 958.22.16.60
	FUNDACION MARGENES Y VINCULOS www.fmyv.es	C/Extremadura, 3- Local 10 - 23009 - -JAEN Tfno.: 953.22.56.58/Fax: 953.22.99.61
FUNDACION MARGENES Y VINCULOS www.fmyv.es	C/Ollerías, nº 17 - 29012 MALAGA Tfno.: 952.21.42.68/Fax: 952.22.97.84	

S.A.V.A.

Se trata de un servicio público y gratuito, gestionado por profesionales criminólogos de los ámbitos jurídico, psicológico y social, que pretende dar una respuesta integral a la problemática de las víctimas de delitos, y ofrecer :

- Atención personalizada.
- Asistencia psicológica en crisis.
- Asesoramiento a las actuaciones policiales, jurídica y sanitarias.
- Información del derecho a obtener el beneficio de la justicia gratuita.
- Información y gestión de las ayudas económicas previstas legalmente, así como de otras prestaciones a las que pudiera acceder.

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS (SAVA)**Palacio de Justicia**

Avda. Reina Regente, s/n. - 04071 Almería
Tfno:950005055/56 /59 /60 - Fax: 950005059

Audiencia Provincial

C/ Cuesta de las Calesas, s/n 1ª planta. 11006 Cádiz
Tfno: 956011630 - Fax:956011612

Juzgado

C/ Regino Martínez, nº 3, 3º B - 11201 Algeciras (Cádiz)
Tfno: 956633299-956027616 Fax: 956633396

Juzgado de Guardia

Plaza de la Constitución, s/n. - 14071 Córdoba
Tfno: 957002460 - Fax: 957002464

Edificio Judicial de La Caleta

Psicóloga: 958028760
Trabajadora Social: 958028759
Jurista: 958028758 - Fax 958028758
Avda. del Sur, nº5 Planta 1ª - 18014 Granada

Palacio de Justicia

Alameda Sundheim, nº28 - 21003 Huelva
Tfno: 959013865/66 /67 /68 - Fax 959013869

C/ Cronista González López, nº 1- bajo - 23007 Jaén

Tfno: 953003047 - Fax 953003078

Ciudad de la Justicia

Centralita: 951939005
FAX: 951939005
C/ Fiscal Luis Portero García, s/n.
29010 Málaga

Edificio de la Audiencia Provincial.**Juzgado de Guardia de Detenidos.**

Prado de San Sebastián, s/n - 41004 Sevilla
Tfno: 955005010 - 955005012
Fax: 955005011

Programas de Apoyo y Atención a menores y familias en situación de dificultad.

En distintas provincias se vienen desarrollando programas dirigidos a menores en situación de riesgo o vulnerabilidad social, que incluyen un tratamiento

integral del menor y su familia, a fin de lograr una vida familiar y una integración social normalizada.

PROVINCIA	ENTIDAD	DENOMINACIÓN	DIRECCIÓN
Almería	Asociación Medialmer	Programa "Argos" de atención integral a familias con menores en conflicto social	c/. Arapiles, 22 - 2º primero 04001 Almería Tel./Fax 950 27 60 88
Cádiz	Asociación Juventudes Marianas Vicencianas	Actividades para la prevención y promoción de menores y jóvenes en desventaja social	c/. Cartagena, s/n. 11300 La Línea de la Concepción [Cádiz] Tel./Fax 956 17 63 45
Córdoba	Asociación Encuentracuerdos	Intervención con menores víctimas de violencia o maltrato familiar	c/. Santo Tomás de Aquino, 12 - 5-2 14004 Córdoba Tel./Fax 957 49 15 16
Granada	Asociación Imeris	Programa de intervención socio-educativa con menores de 12-14 años	c/. Poeta Vicente Aleixandre, local 3 18015 Granada Tel. 958 20 30 71
Huelva	Asociación Ponte	Programa de "Guía" de intervención con familias para la prevención de conductas antisociales en los menores	c/. Puerto de la Mora, 12 - 3º B 41006 Sevilla Tel. 616 85 01 75
Jaén	Asociación Liga giennense de la educación y la cultura popular	Programa de intervención socio-educativa para menores de 14 años	Avda. de Madrid, 46 A - 1º D 23003 Jaén Tel. 953 08 24 66 - Fax 953 27 36 96
Sevilla	Asociación Entreamigos	Programa de prevención, orientación e intervención con menores y adolescentes conflictivos	c/. Escultor Sebastián Santos, conj. 4 bloque 4 bajo - 41013 Sevilla Tel. 954 62 56 58 - Fax 954 61 71 93
	Asociación Montañeros Torreblanca	Programa juego y aprendo en sociedad 2009	c/. Maestro Tejera, 11 - 15 41017 Sevilla Tel. 954 52 34 85

ANEXO III. SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE MALTRATO INFANTIL EN ANDALUCÍA. HOJAS DE NOTIFICACIÓN Y PARTE DE REMISIÓN AL JUZGADO

Sistema de información sobre maltrato infantil de Andalucía.

1. Cumplimentación y tramitación de la hoja de detección y notificación del maltrato infantil.

De conformidad con lo dispuesto en el **Decreto 3/2004**, de 7 de enero, por el que se establece el **Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía** y la **Orden de 23 de junio de 2006** por la cual se aprueba, la Hoja de Detección y Notificación es un instrumento para la recogida y transmisión de información sobre los casos detectados de maltrato infantil. Desde una perspectiva amplia, se considera el **MALTRATO INFANTIL** “cualquier acción, omisión o trato negligente, no accidental, por parte de los padres, cuidadores o por instituciones, que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor e impide e interfiere en su desarrollo físico, psíquico y/o social”. (De Paul, 1988).

Por tanto, el uso de la Hoja se destina fundamentalmente a la notificación de las situaciones de maltrato imputables a los propios progenitores o personas encargadas del cuidado del menor, ya sea en el ámbito familiar o institucional, debiéndose utilizar para otras formas de maltrato (violencia entre iguales, acoso escolar, etc.) las vías establecidas para ello.

La Hoja se presenta en **dos formatos**, la versión impresa y la informática, a la que se accede a través de la página

web de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. **Consta de tres ejemplares**, el primero de los cuales será conservado por el centro notificador, mientras que los otros dos se remitirán de forma conjunta a los servicios sociales competentes de acuerdo al nivel de gravedad del maltrato. Los tres disponen de la misma clave para la identificación inequívoca del caso. Su cumplimentación se destina, de forma exclusiva, a los titulares de los **servicios públicos** y el personal de los mismos (servicios educativos, sanitarios, centros de atención socio-educativa, fuerzas de seguridad, órganos judiciales, servicios sociales...) que detecten durante el ejercicio de su labor profesional, un caso de posible maltrato a menores. Estos profesionales podrán hacer uso de la versión informática de la Hoja si disponen de **certificado digital**.

En virtud del **Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía**, de 20 de noviembre de 2002, (Orden de 11 de febrero de 2004), la notificación de un caso de maltrato por parte de cualquier servicio público a los órganos pertinentes (Servicios Sociales de las Corporaciones Locales o Delegaciones Provinciales de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social), no exime de las intervenciones que se deban realizar desde su propio ámbito de actuación. Se mantendrá además la colaboración oportuna con la instancia responsable del caso, prestando el apoyo necesario que las otras instituciones requieran.

La Hoja de Detección y Notificación dispone de una serie de **apartados** a cumplimentar por el órgano notificador, referidos a los datos de identificación del menor, la fuente de detección, la instancia a la que se comunica el caso, la tipología e indicadores del maltrato, la valoración de su nivel de gravedad, el origen del maltrato, así como las observaciones que se consideren pertinentes. Otras casillas sin embargo, son para uso exclusivo de los servicios sociales competentes (Órgano que propone la inscripción, provincia y fecha de la propuesta).

2. Información Complementaria

Con el fin de contribuir a una mejor investigación y valoración de los hechos por parte de los servicios sociales competentes, se procurará aportar, de forma simultánea a la remisión de la Hoja de Detección y Notificación, documentación en la que se informe sobre el menor, su entorno sociofamiliar, circunstancias en las que se ha detectado el caso, actuaciones realizadas respecto al mismo, o cualquier otro dato que se considere de utilidad.

3. Tramitación De La Hoja

Una vez cumplimentada la Hoja, de acuerdo a lo estipulado en el artículo 8 del Decreto 3/2004, por el que se establece el Sistema de Información sobre maltrato infantil de Andalucía, se procederá del modo siguiente:

- El órgano remitente conservará para sí el primer ejemplar, correspondiente al Servicio o Centro Notificador, y enviará los dos restantes a los Servicios Sociales de la Corporación Local competente, en el caso de que el maltrato se considere leve o moderado o bien a la Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, cuando se haya valorado como grave. Cuando se haga uso de la versión informática de la Hoja, si el maltrato es **leve o moderado**, se imprimirán los tres ejemplares de la misma, para su posterior envío por correo normalizado de acuerdo a lo mencionado en el párrafo anterior. En los casos graves, se podrá realizar el envío telemático a la Delegación Provincial, y se conservará, previa impresión, el ejemplar correspondiente al profesional que notifica. Todo ello no es incompatible con la utilización de cualquier otro medio de comunicación que se estime necesario, especialmente en los casos de urgencia donde pueda estar en peligro la integridad del menor.
- Los Servicios Sociales de la Corporación Local o la Delegación Provincial, tras la realización de las actuaciones pertinentes, y en función de lo previsto en el Decreto 3/2004, cumplimentarán y enviarán el tercer ejemplar a la Dirección General de Infancia y Familias, una vez acordada la propuesta de inscripción de los datos relativos al caso en el Sistema de Información sobre maltrato infantil de Andalucía.

HOJA DE DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

CLAVE IDENTIFICATIVA

--	--	--	--	--	--	--	--

(Antes de su cumplimentación, leer atentamente las instrucciones)

Orden de de de (BOJA n.º de fecha)

1	IDENTIFICACIÓN DEL MENOR
1.º APELLIDO 2.º APELLIDO NOMBRE	
FECHA DE NACIMIENTO SEXO <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	
DOMICILIO LOCALIDAD	
PROVINCIA CP TELEFONOS	

2	FUENTE DE DETECCIÓN <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			
CENTRO O SERVICIO				
DIRECCIÓN				
PROFESIÓN DEL NOTIFICADOR <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> TELEFONOS				

3	INSTANCIA A LA QUE SE HA COMUNICADO EL CASO
<input type="checkbox"/> Servicios Sociales de la Corporación Local.	
<input type="checkbox"/> Delegación Provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social	
Fecha:	

4	VALORACIÓN GLOBAL DEL MALTRATO
<input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Grave	

5	TIPOLOGÍA E INDICADORES DEL MALTRATO																																																																																																																																																																					
<p>A. Maltrato Físico: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Magulladuras o moratones diversos y en distintas fases de cicatrización.</p> <p><input type="checkbox"/> Quemaduras de cigarrillo o por inmersión en líquido caliente.</p> <p><input type="checkbox"/> Los padres no explican de forma convincente las causas de las heridas.</p> <p><input type="checkbox"/> Otros. (Señalar) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>B. Maltrato Psicológico: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Reacciones de temor y de miedo ante estímulos sociales.</p> <p><input type="checkbox"/> Actitud silenciosa y manifiesta tristeza sin motivo aparente.</p> <p><input type="checkbox"/> Los padres amenazan al menor con castigos extremos.</p> <p><input type="checkbox"/> Otros. (Señalar) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>C. Negligencia/Abandono Físico/Cognitivo: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Aparece constantemente sucio, hambriento o inadecuadamente vestido.</p> <p><input type="checkbox"/> Constante falta de supervisión o es dejado solo durante largos periodos de tiempo.</p> <p><input type="checkbox"/> Ausencias escolares habituales o retrasos continuos injustificados.</p> <p><input type="checkbox"/> Otros. (Señalar) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>D. Abandono Psicológico/Emocional: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Comportamiento apático, inhibición en el juego.</p> <p><input type="checkbox"/> Los padres o cuidadores no responden a las reacciones sociales espontáneas del menor</p> <p><input type="checkbox"/> Otros. (Señalar) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>E. Abuso Sexual: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <p><input type="checkbox"/> Lesiones físicas localizadas en la zona genital.</p> <p><input type="checkbox"/> Conductas, conocimientos y afirmaciones sexuales impropias de la edad del menor.</p> <p><input type="checkbox"/> Otros. (Señalar) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>																																																																												<p>F. Corrupción: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <p>Transgresión constante de las normas sociales.</p> <p>Conductas delictivas</p> <p>Otros. (Señalar) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>G. Explotación Laboral: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <p>Absentismo escolar reiterado y no justificado.</p> <p>Participación en actividades de mendicidad.</p> <p>Otros. (Señalar) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>H. Maltrato Prenatal: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <p>Falta de control o seguimiento médico del embarazo.</p> <p>Consumo inadecuado o abuso de drogas o alcohol.</p> <p>Otros. (Señalar) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>I. Retraso No Orgánico en el Crecimiento: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <p>Ausencia de enfermedad orgánica que justifique el retraso.</p> <p>Recuperación del retraso físico y/o evolutivo en un ambiente de cuidados adecuados</p> <p>Otros. (Señalar) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>J. Síndrome de Munchausen por poderes: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <p>Aparición recurrente de enfermedades o síntomas sin causa justificada.</p> <p>Excesiva demanda por los padres de ingresos hospitalarios o exámenes médicos.</p> <p>Otros. (Señalar) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>K. Maltrato Institucional: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</p> <p>Vulneración de los derechos de los menores por las instituciones o profesionales.</p> <p>Desatención de sus necesidades básicas.</p> <p>Otros. (Señalar) <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>																																																																																										

ORIGEN DEL MALTRATO:	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				

COMENTARIOS Y OBSERVACIONES	
------------------------------------	--------------

(A rellenar por la Administración)

Órgano que propone la inscripción:

Ayuntamiento de:

Delegación Provincial de:

Provincia:

Fecha de la propuesta:

ANEXO IV. MODELOS OFICIALES DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. PARTE JUDICIAL MOD. P016

Instrucciones para la cumplimentación del Parte Judicial

El modelo de parte Judicial para remitir al Juzgado que corresponda será de aplicación en todos los centros y servicios sanitarios tanto públicos como privados que atiendan casos de lesiones que deban ser puesto en conocimiento de la Autoridad Judicial en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía. En los centros en los que esté disponible la conexión con el sistema DIRAYA o cuenten con otros registros similares, será cumplimentado informáticamente. Además, estará disponible el modelo autocopiativo en todos los centros sanitarios. En este caso para cumplimentarlo deberá utilizarse bolígrafo y letra clara, legible y sin tachaduras y habrá de comprobarse que la copia es legible.

Los datos aquí recogidos se registrarán por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, garantizándose la confidencialidad, seguridad e integridad de los mismos y su utilización para los fines que constituyen su objeto.

Visto lo anterior, las copias del parte se entregarán:

1. Al Juzgado de Guardia, a la mayor brevedad posible y en todo caso, en el plazo máximo de 24 horas.
2. A la persona interesada siempre que no perjudique su situación, indicándole en tal caso que si teme

llevarlos consigo, se pueden facilitar a un familiar o persona de su confianza o ser guardada en el centro asistencial hasta su solicitud.

3. Al Centro Sanitario que haya emitido el Parte Judicial y, siempre que sea posible, se archivará una copia en la historia clínica y en todo caso se anotará el episodio que dió lugar a su emisión, haciendo constar que el parte se remitió a la autoridad competente.
4. La última copia será remitida a la Delegación Provincial de Salud con fines estadísticos excepto en los casos en que sean cumplimentado en Diraya. Los campos sombreados no deberán ser autocopiativos, impidiendo que sean cumplimentados para evitar la recogida de datos identificativos de carácter personal de la personas implicadas.

Los apartados que procedan deben cumplimentarse en su totalidad.

Lesiones presumiblemente producidas por:

Violencia de genero: todo acto de violencia física y psicológica, incluida las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad, ejercida sobre la mujer por parte de quien sea o haya sido su cónyuge, o esté o haya estado ligado por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia.

Agresión sexual: acción con empleo de fuerza, intimidación, amenaza o sorpresa que atenta contra la libertad

sexual de la persona. Engloba cualquier tipo de comportamiento sexual no deseado o no consentido: agresión sexual sin contacto corporal (exhibicionismo, mensajes, gestos, palabras obscenas, obligar a realizar actos sexuales...), agresión sexual con contactos corporal (caricias, tocamientos, masturbación...), agresión sexual con violación o tentativa (penetración vaginal, anal o bucal ya sea con órgano sexual, dedos o cualquier objeto).

Agresión: acción violenta que incluye tanto las de índole físico como las de tipo verbal.

Maltrato: cualquier acción, omisión o trato negligente que vulnera los derechos fundamentales de la persona y compromete la satisfacción de las necesidades básicas de la persona e impida o interfiera en su desarrollo físico, psíquico y/o social. Incluye los malos tratos tanto físicos, psíquicos y secuelas hacia menores, personas mayores o personas dependientes (aquellas que por falta o pérdida de la capacidad física y/o psíquica están en situación de dependencia de los demás). En el caso de maltrato infantil deberá además cumplimentarse y tramitarse de acuerdo al procedimiento establecido en el Decreto 3/2004, de 7 de enero (por lo que se establece el Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía), la Hoja de detección y notificación del maltrato infantil, disponible a través de la web de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

Otros: abarcará aquellas situaciones que no estén recogidas en los apartados anteriores y precisen ser comunicadas al Juzgado. En los casos en que se señalen esta opción se especificará la posible causa.

Lesiones que presenta: se describirán lo más detalladamente posible las lesiones que presenta la persona (naturaleza, localización, forma, disposición, longitud,

aspecto, número, data y otras características de interés). En relación con las mismas cuando sea posible se realizará fotografías de esta, solicitando previamente autorización a la persona atendida, según modelo normalizado y serán archivadas en la historia clínica.

Además deberá recogerse el estado psíquico y emocional en el que se encuentra la persona cuando acude al centro.

Deberán detallarse las pruebas complementarias que se realicen y las medidas terapéuticas el pronóstico clínico y si tras la atención la persona ha sido dada de alta o derivada a otro servicio, en cuyo caso deberá especificarse.

Asimismo, se facilitará la recogida de información relacionada con el posible origen de las lesiones, datos de la persona que las ha podido causar según refiere la víctima, si ésta acude al centro sola o acompañada y si tras la atención se sospecha que la causa de las lesiones es diferente a lo que refiere la víctima.

También deberán recogerse antecedentes de interés relacionados con el hecho que motiva la asistencia, consignándose la opción "no refiere información en este sentido" si la persona no responde a las cuestiones que el modelo de parte recoge.

Se especificará si la persona atendida tiene menores u otras personas a su cargo y otros datos de interés para el órgano judicial, así como si se contacta telefónicamente con otros recursos y específicamente en todas las ocasiones en que se deba comunicar de forma urgente el caso atendido al Juzgado de Guardia, si ha sido puesto en conocimiento del Juzgado telefónicamente y a que hora. Cuando esto último no se haga habra de justificarse.

PARTE JUDICIAL MOD. P.016

PERSONAL FACULTATIVO	Hospital/Centro de Salud/Concutorio:	Fecha: / /
	Parte emitido por el Dr./a.:	Hora:

DATOS DE FILIACIÓN DE LA VÍCTIMA	Nombre y Apellidos:				Sexo: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre
	DNI:	Fecha de Nacimiento: / /	Edad:	País de origen:	Tel.:
	Dirección:				Municipio (CP):

LESIONES PRESUMIBLEMENTE PRODUCIDAS POR	<input type="checkbox"/> Violencia de género: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica <input type="checkbox"/> Sexual	<input type="checkbox"/> Agresión Sexual:	<input type="checkbox"/> Agresión
	<input type="checkbox"/> Maltrato: <input type="checkbox"/> Infantil <input type="checkbox"/> Personas Mayores: <input type="checkbox"/> Personas dependientes	<input type="checkbox"/> Intoxicación	
	<input type="checkbox"/> Accidente: <input type="checkbox"/> Doméstico: <input type="checkbox"/> Escolar: <input type="checkbox"/> Vía pública <input type="checkbox"/> Laboral: <input type="checkbox"/> Tráfico:	<input type="checkbox"/> Otros: (especificar)	
	<input type="checkbox"/> Otros (especificar)		

LESIONES QUE PRESENTA: (describir el tipo de lesiones, descripción, localización y posible fecha de las mismas)

.....

.....

ESTADO PSÍQUICO Y EMOCIONAL: (describir los síntomas emocionales y la actitud de la víctima)

.....

.....

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS:

.....

MEDIDAS TERAPÉUTICAS: (incluir medidas profilácticas, tratamiento farmacológico, curas locales, tratamiento quirúrgico, etc.)

.....

PRONÓSTICO CLÍNICO, salvo complicaciones: Leve Moderado Grave Muy Grave

PLAN DE ACTUACIÓN (incluir el alta o la derivación a otros u otras especialidades y recursos, los ingresos, si han sido necesarios y el seguimiento requerido)

.....

.....

DATOS RELACIONADOS CON LOS HECHOS QUE MOTIVAN LA ASISTENCIA, SEGÚN MANIFIESTA

Dirección/lugar de la agresión/incidente:

.....

Fecha: / / Hora:

Ha usado objetos en la agresión: Sí (especificar) NO

Le amenaza con hacerlo: Sí (especificar) NO

¿Conoce a la persona agresora? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nombre y Apellidos de la persona agresora:
	Dirección y/o teléfono de contacto:
	Relación/parentesco con la persona agresora:

Otras víctimas en el mismo incidente:

Testigos del incidente:

Acude: Sola/o Acompañada/o de: (nombre) (persona/relación)

Ejemplar para el JUZGADO

Observaciones (como han ocurrido los hechos, utilizando y entrecomillado, cuando sea posible, las mismas palabras de la víctima):

.....

.....

.....

.....

.....

Se sospecha que la causa de las lesiones sea diferente a la que requiere la persona

ANTECEDENTES DE INTERÉS

Es la primera vez que sufre agresión

Ha sufrido agresiones anteriormente

Indicar desde cuándo y describir las características de estas agresiones y la evolución de las mismas:

.....

.....

.....

Denuncias previas: SI NO

Hay testigos de esas agresiones: Sí (especificar) NO

Había otras víctimas en esas agresiones: Sí (especificar) NO

No refiere información en este sentido

OBSERVACIONES

Tiene menores u otras personas dependientes a su cargo: Sí (especificar) NO

Otros datos de interés para el órgano judicial (no quiere presentar denuncia, miedo al agresor, a perder la custodia de menores, a las reacciones familiares, porque no tiene dinero, presencia forense, etc.)

.....

.....

.....

Se contacta telefónicamente con otros recursos: Fuerzas y cuerpos de seguridad Servicios Sociales Información mujer Otros (especificar)

.....

.....

Se pone en conocimiento del Juzgado telefónicamente: a las (hora llamada) No (especificar)

.....

.....

Ejemplar para el JUZGADO

En a de de 201_

Firma: _____ CNP:

Identificación, D./Dña.:

ANEXO V. INDICADORES

Tomado de "Maltrato Infantil: Detección, notificación y registro de casos" Observatorio de la Infancia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2006

INDICADORES FÍSICOS DEL NIÑO Y COMPORTAMENTALES DEL NIÑO Y DEL AGRESOR / ACOMPAÑANTE.

Físicos en el niño	Comportamentales en el niño	Conducta del cuidador
<p>MALTRATO FÍSICO</p> <p>Magulladuras o hematomas: 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>Quemaduras: de puros o cigarros; quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (guante) o de los pies (calcetín) o quemaduras en forma de muñeco 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.).</p> <p>Fracturas: 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>Heridas o raspaduras: en la boca los labios, encías y ojos: en los genitales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.</p> <p>Lesiones abdominales: hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos constantes.</p> <p>Mordedura humana: huella del adulto separación mayor de 3 cms. entre caninos.</p> <p>Intoxicaciones: por ingestión de sustancias químicas (medicamentos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos. • Semuestra 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» 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

CONTINUA

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>Münchhausen por poderes: 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> <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. 		<p>Madres:</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>Familia: Conflictos de pareja violentos, tendencia a la droga y automedicación.</p> <p>Padres: antecedentes de autolisis.</p>
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 temprano 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.

INDICADORES FÍSICOS DEL NIÑO Y COMPORTAMENTALES DEL NIÑO Y DEL AGRESOR / ACOMPAÑANTE.

	Físicos en el niño	Comportamentales en el niño	Conducta del cuidador
MALTRATO EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • 0-2 años: Talla corta, retraso no orgánico del crecimiento, enfermedades de origen psicossomático, retraso en todas o en algunas áreas madurativas. • 2 a 6 años: Talla corta, enfermedades de origen psicossomático, retraso del lenguaje, disminución capacidad de atención, inmadurez socioemocional. • 6 a 16 años: Talla corta, enfermedades de origen psicossomático. 	<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. • Tolerancia 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 autolisis, 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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)	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

INDICADORES SEGÚN PROFESIONES / ÁMBITOS DE ATENCIÓN A LA INFANCIA

Ámbito profesional	Indicadores
Hospital	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos desarrollo: aprendizaje, habla, emocional, retraso mental, fracaso escolar,... • Psicósomáticos y funcionales: cefaleas, enuresis, encopresis, trastornos del sueño, anorexia, bulimia,... • Conductuales: masturbación compulsiva, juegos sexuales inapropiadas para su edad, aislamiento, retraimiento, agresividad, fugas hogar, conducta antisocial, hiperactividad,... • Psiquiátricos: automutilación, autolisis, psicosis • Neuróticos: estructuras obsesivas, fobias, depresión, ansiedad, regresión,...

Valoración de indicadores de maltrato físico activo que se pueden apreciar en la exploración médica.

Verbalización del menor. Cuando el menor manifiesta a cualquier persona o profesional, que ha sido objeto de alguna conducta que puede ser compatible con alguna forma de maltrato, debe ser tenido en consideración, investigar la veracidad de sus relatos y, explorar la presencia de otros indicadores de sospecha.

Como indicador de sospecha, la verbalización de los menores es altamente fiable y no debe ser descartada hasta que no se demuestre lo contrario mediante estudio por profesionales especializados.

Si la veracidad de los relatos del menor es avalada (no es descartada) por estudios psicológicos especializados, ***por sí mismo puede establecerse el diagnóstico de maltrato.***

Mediante la adecuada valoración de los relatos del menor, puede demostrarse que el menor miente, que simula síntomas, que ha sido manipulado por terceras personas.

En cualquier caso, un menor que ha verbalizado y ha padecido alguna forma de maltrato puede ser “manipulado”, aleccionado o amenazado, sin que ello suponga que se deban descartar sus relatos iniciales; por lo que la manipulación o alienación del menor por intereses de terceras personas, no descarta el maltrato, sino que supone una forma añadida de maltrato.

La retractación o la modificación de sus relatos no implica que el menor miente, porque puede deberse a la elaboración psicológica que hace del hecho, al tiempo transcurrido, a la evolución en el manejo de conceptos y de palabras que emplea por su edad y su

desarrollo evolutivo, porque olvida detalles, porque está aleccionado o presionado por terceras personas.

Tristeza. Un niño triste padece alguna enfermedad neurológica o alguna forma grave de maltrato. Es frecuente en formas de privación afectiva, falta de estímulos, agresiones físicas, acoso escolar, maltrato entre iguales y en casos de abuso sexual.

No es exclusiva del maltrato infantil, pero obliga a descartarlo. Aparece en la mayoría de las formas de maltrato que conllevan impacto emocional.

Además de la enfermedad neurológica, puede ser necesario descartar trastornos de la nutrición, enfermedades debilitantes o infecciones crónicas.

Equimosis. Los equimosis o hematomas relacionados con agresiones físicas pueden aparecer en codos, antebrazos, muslos o crestas ilíacas, por mecanismos de sujeción de la víctima. Cuando aparecen numerosos equimosis en diferentes fases evolutivas, de color, pueden corresponder a maltrato físico reiterado o a falta de supervisión o negligencia de sus cuidadores. Pueden representar la forma del objeto con el que se han producido: cable, cinturón, regla...

Si se presentan de forma reiterada es necesario descartar trastornos de la coagulación.

Las formas accidentales se localizan en zonas expuestas a impactos: crestas tibiales, codos, rodillas.

Hemorragias. Las hemorragias producidas en heridas abiertas, lesiones viscerales, oculares o cerebrales, cuyo mecanismo de producción no se conoce, no se explica o no concuerda con su naturaleza y localización,

deben ser consideradas como indicadores de maltrato físico, mientras no se demuestre otra causa.

Las hemorragias retinianas bilaterales son producidas en menores que han sido “zarandeados” y en este caso suelen asociarse a hemorragias o hematomas subdurales. Otros traumatismos por aplicación de un golpe o por caída de altura superior a 1,20 metros pueden ocasionar estas lesiones, cuyo mecanismo explicado debe ser explicado y coherente.

A veces estas hemorragias se ponen de manifiesto en menores que presentan letargia o irritabilidad u otras alteraciones neurológicas o trastornos hemodinámicos.

Heridas contusas o incisivas, abiertas o cerradas. Pueden haber sido producidas en formas de maltrato físico por agresión cuando se localizan en zonas anatómicamente protegidas, en diferentes fases de cicatrización, dejan marcas de objetos. Además, el mecanismo de producción referido no es lógico o no concuerda con la naturaleza y localización de las lesiones o marcas (cicatrices).

Es necesario descartar autolesiones y accidentes, por la propia naturaleza y descripción de las lesiones y por los mecanismos de producción explicados.

Alopecia. En los casos de maltrato físico se producen por arrancamiento, por lo que es posible encontrar algunos pelos rotos, en ausencia de lesiones propias de dermatitis capilar, seborréica o micótica.

Mordeduras. Producidas por personas o por animales, pueden constituir formas de maltrato por agresión física o por negligencia de sus cuidadores. Las mordeduras humanas pueden dejar marcas de la arcada dentaria del agresor, con posibilidad de medir la distancia entre las diferentes piezas dentarias. Las mordeduras por ratas

o por perros pueden producirse más frecuentemente en lactantes y en niños pequeños que viven en malas condiciones de habitabilidad y en zonas marginales.

Quemaduras. Deben considerarse indicadores de maltrato las quemaduras que dejan marcas de objetos (plancha, cigarros), por inmersión en líquidos calientes (pies, nalgas, genitales) especialmente en lactantes, en los que no se da una explicación convincente sobre el mecanismo de producción.

Las quemaduras no accidentales, ya sean por inmersión en líquidos caliente o por aplicación de objetos calientes o fuentes de calor, suelen tener límites bien definidos, lineales y en ocasiones tienen la forma del objeto.

Las quemaduras eléctricas, especialmente cuando el lactante no se desplaza, pueden considerarse indicador de maltrato o negligencia de los cuidadores, cuando no existe un mecanismo de producción accidental convincente o cuando son reiteradas.

Fracturas. En general, todas las fracturas óseas son indicadores frecuentemente encontrados en menores que son víctima de maltrato físico, sobre todo en niños menores de dos años. Aparecen hasta en un 55% de las víctimas.

Las más frecuentes se localizan en fémur y en húmero, y suelen ser fracturas transversas producidas por impacto y las fracturas espiroideas producidas por torsión.

En general, las *fracturas faciales*, las *de huesos cortos*, las fracturas *en tallo verde* o *espiroideas*, deben ser consideradas indicadores de maltrato, si no se demuestra otro mecanismo de producción.

De la misma forma, las **fracturas craneales asociadas a hematoma subdural** son características de maltrato, si no se ofrecen explicaciones convincentes de otro mecanismo de producción.

Las fracturas epidurales pueden ser producidas por mecanismo accidental, por caída, o por golpeo con objeto en el contexto de agresiones físicas en las que se debe buscar la marca lineal del objeto aplicado y, la posibilidad de explicaciones incoherentes de los mecanismos de producción.

En los lactantes pequeños son más frecuentes que en otras edades las **fracturas costales** producidas por compresión del tórax con las manos del autor.

También en los lactantes, sobre todo en los que no se desplazan, las fracturas de huesos largos son debidas a maltrato en ausencia de mecanismo accidental convincente expresado por sus cuidadores.

Deben considerarse causadas por maltrato físico las fracturas óseas cuando el menor presenta **varias fracturas en diferente estadio evolutivo de osificación**.

En las formas de maltrato la fractura suele afectar a la metáfisis del hueso, por rotación forzada y por elongación.

A veces se aprecian **hemorragias “en copa de champán”** a nivel subcortical en la metáfisis, por impactación centrífuga en niños sometidos a giros violentos mientras son sostenidos por los pies.

Para descartar el maltrato como causa de la o de las fracturas, como se ha expresado anteriormente, es fundamental que concuerde el mecanismo de producción expresado por sus cuidadores o familiares

con la naturaleza, localización y tiempo de evolución o data de las fracturas.

Las fracturas pueden ser difíciles de detectar porque los signos de formación del callo de osificación se aprecian a partir de los 7 días en el estudio Rx. Y se completan a partir de las 8 semanas.

Es importante para poder valorar adecuadamente las fracturas óseas como indicador de maltrato físico, describirlas con detalles, localizarlas, contrastarla con el mecanismo de producción aducido por sus familiares y establecer la data (el tiempo de evolución del callo de osificación).

En el diagnóstico diferencial deben descartarse alteraciones del metabolismo del calcio y osteogénesis imperfecta, además de los mecanismos accidentales.

Trastornos neurológicos agudos. En casos de letargia, irritabilidad, convulsiones o muerte súbita de causa no explicada, es necesario descartar lesiones cerebrales por maltrato físico o, intoxicación por fármacos o medicamentos.

En estos casos es necesario incluir el maltrato en el diagnóstico diferencial. Por técnicas de imagen se pueden poner de manifiesto hematomas subdurales, epicraneales o edema cerebral. El **hematoma subdural** en un lactante debe hacernos pensar, en primer lugar, en el maltrato físico como etiología. Suelen ser ocasionados por mecanismo de “sacudida” del menor con balanceo anteroposterior de la cabeza, que ocasiona impactos del encéfalo con el cráneo, y suelen estar asociados a **hemorragias retinianas**.

La presencia de **hemorragias retinianas**, sobre todo en menores de dos años, deben ser consideradas como

indicadores de maltrato físico, si no se demuestra otro mecanismo de producción. Cuando son debidas a maltrato suelen ser bilaterales y pueden ir asociadas a hemorragias subdurales en el síndrome del niño zarandeado.

Debe descartarse el mecanismo accidental por caídas desde altura inferior a 1,20 metros, ya que es muy difícil que puedan producir hemorragias subdurales o retinianas bilaterales; aunque a estas alturas se puede producir hematoma epidural. [J. Pou Fernández].

La imagen de hemorragia retiniana puede ser apreciada en examen de fondo de ojos hasta dos o tres semanas después de producirse.

Miedo. El miedo es uno de los síntomas que aparecen con mayor frecuencia en menores que han sido víctima de maltrato por agresiones físicas. El miedo se puede expresar ante las exploraciones de genitales, ante la presencia de determinadas personas, a la figura masculina en general, o miedo a volver a casa o al colegio.

Es un síntoma que el médico o el enfermero obtienen por la observación de su comportamiento y de la relación del menor con otras personas. A veces el menor puede expresarlo verbalmente.

Trastornos del comportamiento. El menor que está padeciendo formas de maltrato presenta con frecuencia alteraciones en su conducta habitual que antes no presentaba: se muestra rebelde, desobediente, agresivo con sus hermanos, con su madre, inhibido en el colegio...

Los trastornos en su conducta secundarios a maltrato representan un cambio en su trayectoria previa, que tienen un momento de inicio que puede ser fácilmente establecido y que se puede relacionar con acontecimien-

tos o cambios en la vida cotidiana del menor: cambios de domicilio, de colegio, de personas convivientes, etc.

Enuresis o encopresis. Sobre todo la enuresis es un síntoma funcional que se presenta con elevada frecuencia en menores que están padeciendo formas de maltrato.

Para considerarlos un indicador de maltrato es necesario descartar causas orgánicas o infecciosas de vías urinarias o alteraciones intestinales y trastornos del desarrollo madurativo; además requiere la presencia de otros indicadores de sospecha de maltrato para apoyar el diagnóstico.

Rechazo al contacto afectivo. Se presenta en menores que no han recibido trato afectivo en las primeras etapas de su vida [deprivación afectiva, falta de estímulos] o que han sido objeto de agresiones físicas o psicológicas.

Lesiones viscerales. Se producen en accidentes graves, caídas desde alturas elevadas o, por maltrato físico, por impacto intenso y directo. Pueden afectar a vísceras abdominales o torácicas.

Las lesiones viscerales abdominales (hígado, riñón, bazo) son, después de las lesiones intracraneales, las causas más frecuentes de mortalidad por maltrato infantil, sobre todo en menores de dos años.

Pueden apreciarse hematomas (colección de sangre), **perforaciones intestinales** o **desgarros vaginales** por introducción de objetos en recto o en vagina, que no se pueden explicar por supuestos mecanismos accidentales como caídas o golpes externos. Es importante conocer si se afectó la ropa, si está rota o manchada de sangre o, si por el contrario, está intacta.

Las lesiones pulmonares no accidentales pueden ser ocasionadas mediante heridas penetrantes, por acción

de costillas rotas o por compresión torácica intensa, que pueden ocasionar **neumotórax o neumomediastino**. Otras veces se aprecia **edema o hemorragia**, sin neumotórax, por efecto de una contusión torácica.

Como criterio general, el maltrato físico debe incluirse en el diagnóstico diferencial ante la presencia de lesiones viscerales. Será valorado como indicador de maltrato cuando no existe una explicación convincente para considerar el mecanismo accidental, cuando existen fracturas óseas recientes o antiguas o, cuando se detectan otros indicadores de maltrato físico.

Valoración de los indicadores de abuso o de agresión sexual.

Tristeza. Es un síntoma que se repite con frecuencia en menores que son víctimas de abuso sexual, sobre todo cuando son obligados, sometidos a presión o amenaza, o sufren dolor o daño físico. No es un indicador exclusivo de abuso sexual o de otras formas de maltrato infantil, pero obliga a descartarlo. Aparece en la mayoría de las formas de maltrato que conllevan impacto emocional.

Verbalización del menor. Cuando el menor manifiesta a cualquier persona o profesional, que ha sido objeto de alguna conducta que puede ser compatible con alguna forma de abuso o de agresión sexual, debe ser tenido en consideración, y se debe investigar la veracidad de sus relatos y explorar la presencia de otros indicadores de sospecha.

Como indicador de sospecha, la verbalización de los menores es altamente fiable y no debe ser descartado hasta que no se demuestre lo contrario mediante estudio por profesionales especializados.

Si la veracidad de los relatos del menor es avalada (no es descartada) por estudios psicológicos especializados, **por sí mismo puede establecerse el diagnóstico de abuso sexual.**

Mediante la adecuada valoración de los relatos del menor por profesionales especializados, puede demostrarse si el menor miente, si simula síntomas o, si hubiera sido manipulado o aleccionado por terceras personas.

En cualquier caso, un menor que ha padecido y ha verbalizado un abuso sexual, puede ser “manipulado”, aleccionado o amenazado para silenciarlo o para que modifique sus relatos iniciales, sin que ello suponga que deban ser descartados; por lo que **la manipulación o alienación del menor por intereses de terceras personas, no descarta o invalida el diagnóstico de abuso, sino que supone una forma añadida de maltrato.**

La retractación o la modificación de sus relatos no implica que el menor mintió, ya que puede deberse a la elaboración psicológica que hace del hecho, al tiempo transcurrido, a la evolución en el manejo de conceptos y de palabras que emplea por su edad y su desarrollo evolutivo, porque olvida detalles o, porque está aleccionado o presionado por terceras personas; lo que no resta valor predictivo al relato inicial.

Heridas o marcas en genitales. La sospecha de que una menor pudiera ser objeto de abuso sexual obliga a realizar una exploración ginecológica por una profesional con experiencia en la valoración de las posibles alteraciones.

Las lesiones en genitales pueden ser permanentes o temporales. Las heridas de la mucosa genital pueden

cicatrizarse y resolverse íntegramente en un plazo de 3 a 5 días, por lo que es importante proceder pronto a la exploración ginecológica.

También pueden quedar cicatrices o marcas permanentes para toda la vida.

Erosiones, arañazos, equímosis o hematomas. En piel de vulva, en mucosa de labios mayores o menores, en vestíbulo vaginal, en clítoris pueden apreciarse lesiones que deben ser consideradas como indicadores de abuso sexual mientras no se demuestre otra causa.

Se descarta la causa accidental cuando existen lesiones en zonas anatómicamente protegidas (labios menores e introito vaginal) y no existe afectación de las estructuras externas.

Las autolesiones por rascado o por introducción de objetos dejarían marcas o lesiones externas o lesiones únicas y de escasa importancia: tamaño, profundidad... porque el dolor sería un factor suficiente para impedir un daño superior. En estos casos deberían tenerse una explicación convincente y no existirían otros indicadores de abuso.

Pueden ser recientes, cuando existen puntos sangrantes o actividad inflamatoria; o antiguas, cuando no existe actividad inflamatoria y se encuentran lesiones en fase de cicatrización con fibrosis y retracción.

Alteraciones del contorno de la membrana himeneal. El hímen es una membrana con cierta elasticidad, con un tamaño variable, que puede estar más o menos desarrollada por la acción de estrógenos en la pubertad. No existe el hímen roto como variabilidad anatómica, congénita.

Puede existir variabilidad individual en cuanto al grosor de la mucosa, morfología (oval, semilunar) o existencia de tabicaciones o columnas.

Las **escotaduras, dislaceraciones**, constituyen roturas parciales del hímen. Se producen en introducción total o parcial de dedos, pene u objetos y, aunque pueden localizarse en cualquier punto, se encuentran más frecuentemente alrededor de las 11 y la 1 de la esfera del reloj o, a las 5 y a las 7, dependiendo de la posición del agresor y de la víctima.

La existencia de escotaduras o desgarros en todos los puntos del contorno (rotura completa del hímen) o la **ausencia de hímen** o hímen desflorado, es un indicador de abuso reiterado o de haber mantenido relaciones génito-genitales completas en varias ocasiones.

Dilatación del orificio himeneal. A veces, la mayor elasticidad de la membrana, como característica individual, permite la dilatación del orificio sin que llegue a romperse el contorno en introducciones digitales o de pene.

No es posible señalar una medida fisiológica del orificio himeneal. Como norma general, debemos entender que un hímen ha sido dilatado mediante introducción de dedos, pene u objetos, cuando permite la visualización del tercio externo de la vagina en niñas de cualquier edad.

Por lo tanto, debe considerarse que **ha sido alterado el orificio himeneal que permite visualizar el tercio externo de la vagina**, la introducción de espéculos virginales sin causar dolor en niñas en edad prepuberal o, la introducción de espéculos no virginales o la palpación vaginal con dos dedos.

Fisuras perianales. Deben considerarse indicadores de sospecha de abuso sexual las fisuras perianales que no se relacionan con enfermedades digestivas ni son secundarias a estreñimiento o, que permanecen o vuelven a aparecer cuando se controlan y se normalizan la consistencia de las deposiciones o las enfermedades causales.

Rotura de esfínter anal. Es indicador de certeza de agresión o de abuso sexual, en ausencia de un mecanismo convincente de producción o enfermedad del tubo digestivo.

Estreñimiento. Debe ser considerado como indicador de sospecha de abuso sexual cuando el estreñimiento es secundario a la existencia de lesiones.

Equimosis o marcas extragenitales. Las víctimas de abuso sexual pueden presentar lesiones, cicatrices o marcas, en zonas diferentes de genitales y región perianal o bucal.

Pueden ser lesiones en piel, recientes o en fase de cicatrización, marcas de objetos o de mecanismos empleados en la sujeción de la víctima o en empleo de violencia.

Deben ser considerados como indicadores físicos de agresión sexual o de abuso con empleo de violencia los equimosis redondeados, marcas de la impresión los dedos o de cuerdas u objetos, en antebrazos, brazos, codos, hombros, caderas ilíacas o muslos.

Sangrado vaginal o anal. Todos los niños y niñas que presentan sangrado anal deben ser estudiados y se debe descartar el diagnóstico de abuso sexual en ausencia de otras posibles causas.

También deben considerarse indicadores de sospecha de abuso sexual los casos de sangrado vaginal cuando se han descartado otras causas.

En ambos casos es necesario localizar el origen del sangrado y descartar la existencia de otras lesiones o de otros indicadores.

Presencia de semen u otro material biológico. Es un indicador de certeza de que ha existido contacto sexual con contacto genital. Es, además, un indicador importante para determinar la identidad del presunto autor de los abusos porque puede aportar ADN de interés médico-legal.

Las muestras biológicas pueden conservarse hasta 48-72 horas y deben ser obtenidas y procesadas por el Médico Forense, tramitadas con la necesaria cadena de custodia para mayor garantía de la prueba.

Infecciones de transmisión sexual (ITS). Las Sociedades profesionales de Dermatología y Venereología y de Obstetricia y Ginecología de España y de Estados Unidos, entre otras, establecen un conjunto de enfermedades infecciosas que **son contagiadas por mecanismo de transmisión sexual**, a través de contacto físico en conductas sexuales que implican contacto genital.

La presencia de cualquiera de estas enfermedades en una persona menor, obliga a incluir el abuso sexual en el diagnóstico diferencial, mientras no se demuestre un mecanismo de transmisión diferente.

Tradicionalmente se han diferenciado estas ITS en relación al agente causal, por la especificidad del mecanismo de transmisión; no obstante, toda infección localizada en genitales por cualquier agente causal,

indica la existencia de un contacto que a veces implica una conducta que puede tener un contenido sexual.

Cada infección localizada en genitales, ano o boca debe ser valorada en cada caso concreto considerando la edad de la menor, su capacidad para mantener relaciones consentidas, sus relatos y los síntomas conductuales que presente.

Abuso sexual seguro	Abuso sexual probable o alta probabilidad.
Gonococia no perinatal	Condiloma acuminado
Sífilis no perinatal	Trichomona vaginalis
VIH no perinatal ni transfusional	Herpes genital (VHS 1-2)
Chlamydia trachomatis	

Infección por VPH. La enfermedad infecciosa de transmisión sexual más frecuente, reconocida por las Sociedades profesionales, es la infección por virus del papiloma humano (VPH), agente causal de **condilomas acuminados** en genitales y en región perianal.

Algunos serotipos se relacionan con infecciones de la mucosa genital, mientras que otros tienen mayor afinidad por la piel. No obstante, cualquier serotipo que se encuentre en la mucosa genital o perianal de un menor puede haber sido contagiado en el contexto de abuso sexual, ya sea por tocamientos o por contacto génito-genital; por lo que, a efectos de establecer un diagnóstico de abuso sexual, siempre deben considerarse como indicadores de sospecha.

Cuando las lesiones que presenta el menor son de serotipo genital (6, 11,16, 18) y el presunto agresor

tiene el mismo serotipo en lesiones localizadas en genitales, existe mayor probabilidad de que el contagio se haya producido por contacto génito-genital.

La transmisión por parte de otras personas puede tener lugar por contacto de las lesiones (en manos, en genitales) con la mucosa genital o anal. Para que sea efectivo el contagio debe mediar un mecanismo de erosión o de lesión que altere la epidermis.

El valor predictivo para el diagnóstico de abusos sexual dependerá, pues, del serotipo de VPH, de la localización (en manos, pene, genitales), de las posibles fuentes de contagio y de la edad del paciente.

La transmisión vertical madre-hijo en el momento del parto no puede ser considerada como causa de infección en lactantes de más de 12-18 meses, aunque algunos autores sitúan el límite a partir de los 9 meses de edad.

No existe en la literatura revisada ningún caso de infección por VPH transmitida por fómites, toallas, agua del baño, en las que no existe contacto directo con las lesiones.

Infección por VHS. El virus herpes 1 ó 2 puede tener diferentes mecanismos de transmisión aunque siempre requiere el contacto entre la persona enferma o portadora y el receptor. En la práctica se descarta el contagio a través de objetos.

Miedo. El miedo es uno de los síntomas que aparecen con mayor frecuencia en menores que han sido víctima de abuso sexual y de otras formas de maltrato, cuando han sufrido amenazas o daño físico.

El miedo lo puede expresar ante las exploraciones de genitales, ante la presencia de personas concretas,

a la figura masculina en general, o a volver a casa o al colegio.

Es un síntoma que el médico o el enfermero perciben por la observación de su comportamiento y de la relación del menor con otras personas. A veces el menor lo puede expresar verbalmente.

Reacción de pánico ante la exploración ginecológica. A veces, la menor expresa una reacción de pánico, de miedo irracional, ante la exploración ginecológica aunque previamente accediera a realizarla y a colaborar. Ese miedo irracional, esa reacción de pánico puede considerarse como la vivencia de una nueva “agresión”

y como un indicador conductual muy específico de haber padecido abuso sexual.

Otras veces, por el contrario, la menor facilita la exploración genital de forma inesperada para lo que cabría esperarse por su edad, “como si estuviera entrenada” a adoptar posturas y a colaborar; sobre todo en niñas pequeñas, de 1 a 5 años de edad, que no han sufrido daño físico ni dolor y, que han participado en las supuestas prácticas abusivas como si se tratara de un juego.

Son percepciones que el médico obtiene de forma subjetiva, en función de su experiencia y de su propio criterio.

Herpes 1 /Herpes 2. Mecanismo de transmisión

Herpes labial:

Se transmite por contacto piel a piel. Puede ser contagiado compartiendo el mismo **vaso**, lápiz labial, **cigarrillo...** **Besar** a alguien con herpes labial puede transferir el virus a cualquier parte del cuerpo donde lo bese (boca, garganta o genitales).

Herpes genital:

Contacto genital por cópula **vaginal o anal**.

Contacto **oral-genital**.

Contacto por medio de las **manos** tras haber tocado un área infectada o por saliva.

Una pareja en una relación a largo plazo puede desarrollar síntomas de herpes por primera vez, ocurre a menudo debido a que uno o ambos son **portadores asintomáticos** y no lo saben.

Una madre puede pasar el virus a su hijo durante el **embarazo** o el parto.

El contagio a través de objetos inanimados, tales como jabón, toallas, ropa, asientos y superficies de baños es **altamente inverosímil**.

Rechazo al contacto afectivo. Como en otras formas de maltrato, los niños y niñas que han sido víctimas de abuso sexual pueden expresar rechazo al contacto afectivo con personas adultas en general o solo con varones o con personas concretas.

Debe ser considerado como un indicador de sospecha de abuso sexual o de otras formas de maltrato, que requiere ser estudiado y valorar la existencia de otros indicadores de sospecha.

Cambios de conducta: agresiva, antisocial, negativista. Los menores que son víctima de abuso sexual o de otras formas de malos tratos, sobre todo si tienen más de 5 años y han sido objeto de amenazas o daño físico, presentan, con frecuencia, cambios en su conducta habitual: se vuelven desobedientes, agresivos con su madre o con sus hermanos, se niega a aceptar normas y límites y, puede bajar en su rendimiento académico.

Estas conductas suponen un cambio en su trayectoria previa y deben ser consideradas como indicadores de sospecha de abuso sexual o de otras formas de maltrato, que deben ser valorados y obligan a investigar otros posibles indicadores de abuso sexual.

Conducta sexualizada. Cuando un menor o una menor presentan una conducta sexualizada o tiene conocimientos de sexualidad impropios de los que les corresponde por su edad y etapa madurativa, debe tenerse como un indicador de sospecha de que ha sido objeto de esas prácticas.

Algunas personas menores que han sido objeto de alguna forma de abuso sexual pueden reproducir las conductas padecidas y convertirse en autores de abuso o de agresión a otros menores.

En algunos casos de agresiones o de abuso “entre iguales”, entre menores, el que se comporta como “agresor” puede ser considerado, a veces, autor de un trastorno de conducta en el área de la sexualidad y, a la vez, como víctima de conductas abusivas o de exposición a situaciones que pueden considerarse formas de abuso sexual.

Conducta autolítica. En algunas ocasiones, descartados trastornos depresivos “primarios”, no secundarios a abuso sexual y otros desencadenantes, las conductas autolíticas deben valorarse como indicadores conductuales de abuso sexual con grave impacto emocional.

Enuresis. Es el síntoma “funcional” que se presenta con mayor frecuencia en menores que han sido víctimas de abuso sexual, descartadas las causas orgánicas y las infecciosas.

Síntomas somatomorfos o de conversión. En ocasiones, las víctimas de abuso sexual presentan síntomas “funcionales”, somatomorfos o psicósomáticos, como dolor abdominal recurrente, crisis de disnea y ansiedad, cefalea, vómitos, o “mareos” que requieren hospitalizaciones frecuentes.

La mayoría de las veces se trata de un mecanismo involuntario, que proporcionan a la víctima el beneficio de la separación del presunto agresor.

Perfil del agresor. En general, no existe un perfil diferenciado del autor de abusos sexuales a menores. Son personas de cualquier nivel socio-económico, generalmente hombre, bien considerado socialmente, que puede tener dificultades de pareja, puede ser consumidores de prostitución y, posiblemente, fue víctima de abuso en su infancia. Puede decirse que tiene un trastorno del comportamiento en el área de la

sexualidad, lo que le hace completamente responsable ante la justicia.

Su comportamiento inicial ante el posible abuso del menor, cuando pertenece al medio intrafamiliar, suele ser de colaboración con las actuaciones profesionales hasta que se adoptan medidas de protección y se les priva del acceso a la menor; entonces se muestran celosos y aparentemente protectores de la víctima.

Alrededor del 15% de los abusos o agresiones sexuales son causados por otras personas menores de edad, los considerados “abusos entre iguales”. El abuso puede producirse en el contexto de acoso o de agresión en grupo desde edades muy pequeñas.



ANEXO VI. ESTRUCTURA ASISTENCIAL Y ORGANIZACIÓN FUNCIONAL EN CENTROS SANITARIOS PARA LA ATENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL.

Para la valoración y atención sanitaria de menores con sospecha de padecer alguna forma de maltrato existen dos niveles y dos momentos asistenciales:

Primer nivel.

Valoración inicial.

Todos los profesionales constituyen el primer nivel asistencial.

Detectan indicadores de sospecha: físicos, conductuales o los relatos del menor o de sus familiares.

Valoran nivel de riesgo vital y de riesgo de desamparo.

Notifican la sospecha.

Facilitan la atención y la protección que pudieran necesitar.

Segundo nivel.

Valoración posterior o global.

Constituido por los diferentes especialistas y profesionales (equipo interdisciplinar) que intervienen en la valoración integral de salud: médica, social y psicológica si procede.

El **Equipo Interdisciplinar**, de estructura funcional, se constituye con los profesionales que intervienen en la valoración y atención cada caso:

–**Trabajador Social.**

–**Pediatra.**

–**Ginecóloga.**

–**Dermatólogo.**

–**Traumatólogo.**

–**Enfermero.**

–**Psicólogo...**

A efectos asistenciales está coordinado por el médico o por el profesional responsable de su asistencia sanitaria, que integra la información de cada uno de los profesionales y elabora un informe asistencial.

A efectos de notificación y de relaciones con otras instituciones (SS. SS. Comunitarios, SPM, ETF, Juzgados, Fiscalía, etc.), el Equipo está coordinado por el o la Trabajadora Social de la UTS del Centro, responsable de la valoración social inicial.

En todos los hospitales debe constituirse un Equipo Interdisciplinar para la valoración de la sospecha de casos de maltrato, constituidos por especialistas con la necesaria formación y reconocimiento institucional.

En cada provincia debe establecerse un **Hospital o una Unidad de Referencia** para consulta y asesoramiento en la valoración global de los casos de sospecha de

maltrato, por su mayor experiencia en la valoración y asistencia de casos, por la existencia de especialistas de referencia y, por la mejor adaptación de los protocolos y de los procedimientos.

En los Hospitales de Referencia deben existir **especialistas de referencia** al menos en las especialidades médicas de Pediatría, Ginecología, Digestivo, Traumatología, Dermatología y Salud Mental.

No obstante, en cada Hospital y en cada Distrito o Centro de Salud es recomendable también la existencia de especialistas de referencia por su mayor experiencia en la valoración de niños o de jóvenes víctimas de malos tratos.

Para casos de abuso sexual, el Hospital o la Unidad de referencia provincial proporciona:

- Protocolos y procedimientos adaptados a personas **menores** que son víctimas de **abuso** sexual.
- Apoyo a la valoración médica por especialistas de referencia.
- Apoyo a la valoración social.
- Apoyo a la valoración psicológica.
- Asesoramiento sobre colaboración con Servicio de Protección de Menores, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y con Juzgados.

Los profesionales de referencia, así como los Hospitales o las Unidades de Referencia provincial estarán debidamente acreditados y autorizados en sus procedimientos por las autoridades sanitarias de la Comunidad Autónoma.



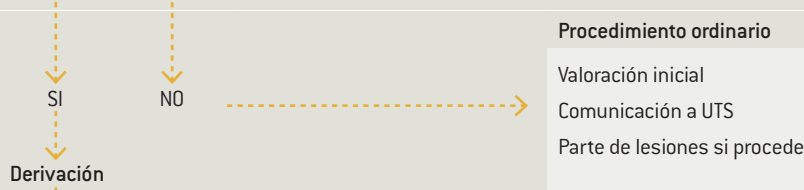
ANEXO VII. VALORACIÓN DE SALUD DEL ABUSO SEXUAL A MENORES.

Nivel 1. Valoración Inicial

Consulta de Atención Primaria o Servicio de Urgencia

- Sospecha de abuso sexual:
- Lo manifiesta el menor o sus familiares.
 - Se detectan indicadores de sospecha.
 - Lo deriva otro profesional para estudio.

- ¿Existe riesgo vital?
 ¿Existe riesgo de desprotección? ¿Es intrafamiliar?
 ¿Requiere exploración por otros especialistas?
 ¿Ha podido ser recientemente?

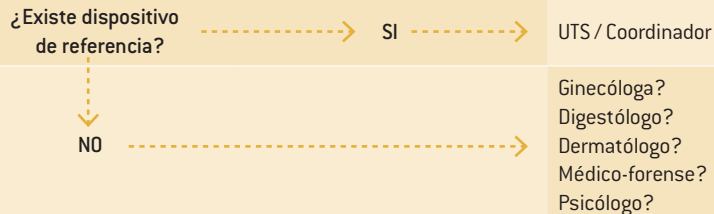


Nivel 2. Valoración posterior o global

Hospital o unidad de referencia

Procedimiento de urgencia

- Coordinación de exploraciones por los especialistas.
- Médico forense si pueden existir lesiones recientes.
- Tratamiento médico-quirúrgico de urgencia.
- Medidas de protección. Valorar ingreso hospitalario.
- Notificación por mecanismo de urgencia.



- Valoración posterior o global:
- De indicadores físicos, conductuales o verbalización.
 - Del diagnóstico de abuso.
 - Del impacto para la salud.

ANEXO VIII. MARCO NORMATIVO PARA LA PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS MENORES Y LA ATENCIÓN DEL MALTRATO Y LA DESPROTECCIÓN INFANTIL

El marco legal que es aplicable en la Comunidad Autónoma de Andalucía determina un conjunto de instrumentos y un escenario jurídico e institucional de gran fortaleza para la protección a la infancia.

1. La Convención de los Derechos del Niño (CDN) de las Naciones Unidas (20 de noviembre de 1989), ratificada por España en 1990, ha impulsado una conciencia creciente en los adultos acerca de la identidad, capacidad, riesgos y necesidades de la infancia y ha facilitado los desarrollos legislativos nacionales que promueven el reconocimiento de los derechos de los niños y niñas. La CDN abarca todos los aspectos de la vida del niño y enfatiza el hecho que los niños son sujetos de derechos. La CDN incorpora el espectro total de los derechos humanos – civiles, políticos, económicos, sociales y culturales – y establece modos específicos de ponerlos a disposición de los niños y niñas. Se aplica a todos los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años. La Convención sobre los Derechos del Niño se funda en cuatro principios generales:

No-discriminación: Todos los derechos se aplican a todos los niños sin excepción. Es obligación del Estado protegerlos frente a cualquier forma de discriminación y promover activamente sus derechos.

El interés superior del niño: Todas las acciones que conciernen al niño deben ser en aras de su Interés

Superior. Se deben desarrollar procedimientos que garanticen que los gobiernos y los órganos que toman decisiones consideren el interés superior del niño antes de adoptar acciones que los afecten. Los niños y niñas deben ser la consideración principal cuando se movilizan y asignen recursos.

Los derechos del niño a la supervivencia y el desarrollo: Todo niño tiene derecho a la vida. El Estado tiene la obligación de garantizar la supervivencia y el desarrollo del niño.

Participación: Las niñas y niños tienen el derecho de involucrarse en las decisiones que los afectan. Obliga a los gobiernos a garantizar que las opiniones de los niños y niñas sean solicitadas y consideradas en todos los asuntos que afecten sus vidas.

2. Ley 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Define, de acuerdo al contenido de la Convención de los Derechos del Niño, los principios rectores de la actuación de los poderes públicos para asegurar los derechos de los menores:

Supremacía del interés del menor.

Mantenimiento del menor en el medio familiar de origen, salvo que sea contrario a su interés.

Integración familiar y social

Prevención de las situaciones perjudiciales para el desarrollo del menor.

Corresponsabilidad de las Administraciones Públicas.

Se produce la desjudicialización de la “protección” (sólo los fiscales mantienen funciones de protección) que se encomienda a las Consejerías competentes de las Comunidades Autónomas (Consejería de Igualdad y Bienestar Social en Andalucía).

3. Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor.

Regula en la Comunidad Autónoma de Andalucía el marco de actuación en materia de promoción y protección de los derechos de los menores.

- Regula, de conformidad con la legislación civil, el desamparo, la tutela y la guarda administrativa, como instrumentos de protección de los derechos de los menores
- Recoge la especial obligación de los profesionales de los servicios de salud y de los centros educativos de poner en conocimiento de los organismos competentes en materia de protección de menores, de la Autoridad Judicial o del Ministerio Fiscal aquellos hechos que puedan suponer la existencia de situaciones de desprotección o riesgo para los menores, así como de colaborar con los mismos para evitar y resolver tales situaciones en interés del menor.
- Establece el reparto competencial entre las Administraciones Públicas Andaluzas:

—Las Corporaciones Locales de Andalucía son competentes para el desarrollo de actuaciones de prevención, información y reinserción social en materia de menores, así como para la detección de menores en situación de desprotección y la intervención en los casos que requieran actuaciones en el propio medio. Igualmente, son competentes para apreciar, intervenir y aplicar las medidas oportunas en las situaciones de riesgo.

—La Administración de la Junta de Andalucía es competente para la planificación, coordinación y control de los servicios, actuaciones y recursos relativos a la protección de los menores en la Comunidad Autónoma, así como para el desarrollo reglamentario. Igualmente, es la entidad pública competente para el ejercicio de las funciones de protección de menores que implican separación del menor de su medio familiar

- Define los criterios de actuación de las Administraciones Públicas Andaluzas:
 - Se fomentarán las medidas preventivas a fin de evitar situaciones de desprotección y riesgo para los menores.
 - Se procurará la permanencia del menor en su propio entorno familiar.
 - Cuando las circunstancias del menor aconsejen su salida del grupo familiar propio, se actuará de forma prioritaria a través de medidas de alternativa familiar.
 - Cuando no sea posible la permanencia del menor en su propia familia o en otra familia alternativa, procederá su acogida en un centro de protección,

con carácter provisional y por el período más breve posible.

- Se promoverán medidas tendentes a la reinserción familiar del menor, siempre que sea posible.
- Se potenciará el desarrollo de programas de formación profesional e inserción laboral de los menores sometidos a medidas de protección, con el fin de facilitar su plena autonomía e integración social al llegar a su mayoría de edad.

4. Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.

Establece los derechos de que son titulares y disfrutan los ciudadanos, con respecto a los servicios sanitarios públicos en Andalucía, y contempla la posibilidad de establecer actuaciones y programas sanitarios especiales y preferentes para grupos específicos de personas reconocidos sanitariamente, entre los que se encuentra el de los niños.

5. Decreto 42/2002, de 12 de febrero, del régimen de desamparo, tutela y guarda administrativa.

Establece los procedimientos que han de garantizar la efectividad de los derechos de los menores, a través de una intervención administrativa que cumpla dos objetivos: por una parte, evitar y, en su caso, poner fin a situaciones de maltrato y de desprotección, y, por otra, colaborar con la familia de los menores para proporcionarles una asistencia que ésta no pueda asumir de forma temporal.

En el artículo 15 (Salud) dispone:

1. Los menores sujetos a medidas de protección tienen derecho a que las exploraciones, estudios y

tratamientos médicos, psicológicos y educativos se practiquen con el mayor respeto y sensibilidad a sus circunstancias, evitando exploraciones repetitivas e intrusivas.

2. Cuando los menores hayan sido objeto de abusos sexuales o de cualquier otro tipo de maltrato, las exploraciones serán realizadas por personal especializado en estas prácticas, y se les aplicará un tratamiento psicoterapéutico para minorar el daño producido.

3. Con carácter previo al desarrollo de cualquier medida terapéutica, se requerirá el consentimiento de los menores, según su grado de madurez.

6. Decreto 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad.

Regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en la Comunidad Autónoma de Andalucía, estableciendo las condiciones en que debe producirse la misma, con el objetivo de ofrecer una atención sanitaria integral, personalizada, y adaptada a sus necesidades específicas.

- Establece los derechos de los menores a la intimidad, confidencialidad y respeto a su dignidad y creencias.
- Dispone la protección de las personas menores de edad en su integridad física y psíquica ante la sospecha o detección de violencia de género, malos

tratos y abusos físicos, psíquicos o sexuales, incluida la mutilación genital a niñas y cualquier práctica cultural o tradicional que perjudique su integridad, y a poner estas situaciones, como las de abandono o desamparo, en conocimiento de los Órganos competentes de la Administración de la Junta de Andalucía en materia de protección de menores y de la Autoridad Judicial o del Ministerio Fiscal.

- Igualmente regula que las personas menores de edad en situación de riesgo social serán objeto de atención especial y programas específicos, si fuera preciso, en los que se adapten los procedimientos y los espacios de atención para abordar integralmente sus necesidades, teniendo presente el principio de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.
- Regula también el Derecho a la información, el consentimiento informado, el acceso a la historia clínica, el derecho al acompañamiento, la educación formal, formación y ocio durante el ingreso hospitalario y durante la asistencia periódica frecuente, el derecho a habitaciones individuales en hospitales del SSPA para personas menores de catorce años y la organización y condiciones para la atención de las personas menores de catorce años en los hospitales.
- Reconoce, en el caso de recién nacidos y lactantes, la especial importancia del establecimiento del vínculo entre la madre y su hija o hijo, así como la constancia de que la lactancia materna es la alimentación más idónea para el recién nacido, sin olvidar la participación activa del padre en el cuidado y atención de la niña o del niño también desde los primeros momentos de su vida.
- Dispone la creación del Consejo de Salud de las personas menores de edad como órgano asesor de la

Consejería de Salud para asuntos relacionados con el interés de las personas menores de edad en lo relativo a su salud y a la atención sanitaria.

7. Decreto 3/2004, de 7 de enero, se establece el sistema de información sobre maltrato infantil en Andalucía.

El Sistema de información sobre maltrato infantil de Andalucía tiene por objeto la protección de los menores a través del adecuado conocimiento epidemiológico de los casos en que éstos sean objeto de malos tratos, su seguimiento y la coordinación de actuaciones entre las Administraciones Públicas competentes en esta materia. Se incluirán en el Sistema de información sobre maltrato infantil de Andalucía aquellos casos detectados, en los que se tenga constancia de que un menor ha sido o está siendo víctima de malos tratos.

8. ORDEN de 11 de febrero de 2004, por la que acuerda la publicación del texto íntegro del Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía.

Con fecha 20 de noviembre de 2002, se estableció un procedimiento de coordinación entre las Consejerías de Gobernación, de Justicia y Administración Pública, de Salud, de Educación y Ciencia y de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, la Delegación de Gobierno en Andalucía, el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía y la Federación Andaluza de Municipios y Provincias para la atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía, en el que, al margen de establecerse las bases de coordinación y las pautas de actuación, las Instituciones firmantes se comprometen a colaborar en la implantación de un sistema de Registro de casos de

maltrato infantil, que aporte información y permita un adecuado conocimiento social sobre la realidad existente sobre los casos de maltrato a menores.

Reconoce a los Servicios Sanitarios como un pilar básico en todo el sistema de atención a la infancia y, particularmente, en aquellos casos de menores que sufren maltrato y dispone, entre otras cosas, que:

- El Centro sanitario garantizará la protección inmediata del menor, la confidencialidad y el anonimato necesarios, así como la emisión de aquellos Informes técnicos que puedan ser necesarios para la intervención de otras instancias o instituciones.
- La actuación sanitaria será integral y continuada en el tiempo. Incluye tratar las lesiones producidas y proveer la correcta intervención terapéutica (enfermedades de transmisión sexual, profilaxis postcoital del embarazo, psicoterapia...).
- El Centro sanitario estará obligado a denunciar los casos de lesión a través del correspondiente

parte al Juzgado de Guardia, pero también a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha a las instancias administrativas con competencia en protección de menores. Cuando tienen la sospecha deben realizar un examen (anamnesis y exploración clínica que incluya indicadores psicosociales de riesgo/maltrato), elaborar un informe y hacer la notificación, sea cual sea su especialización.

- En cada dispositivo sanitario se debe informar de todos los casos de riesgo detectados a la Unidad de Trabajo Social para que ésta se coordine con otras instancias, complemente la evaluación psicofamiliar, oriente y efectúe el seguimiento que el caso precise.
- Cuando, durante la exploración y asistencia al menor, se aprecie riesgo para su integridad, se puede solicitar la intervención del Fiscal de Menores o de la Policía.





Qué es RED SABIA

<http://www.redsabria.org/>

El proyecto RED SABIA surge de una iniciativa de la Secretaría General de Salud Pública (Consejería de Salud. Junta de Andalucía) para impulsar el buen trato a la infancia y la atención integral y de calidad al maltrato infantil desde el ámbito sanitario.

RED SABIA somos un grupo abierto de profesionales sanitarios que trabajamos en red para mejorar la salud y la atención al buen trato a la infancia y la adolescencia. Pese a los avances sociales y sanitarios en muchos campos, la infancia sigue

viviendo en contextos en los que se vulneran sus derechos, en situaciones de riesgo y en muchos casos como víctimas de actos de violencia que no son debidamente identificados y/o atendidos.

Cualquier profesional interesado en la promoción de la parentalidad positiva y del buen trato a la infancia puede encontrar en la Red Sabia una oportunidad de aportar y recibir, de pedir colaboración y ofertar la suya, en definitiva, de compartir sus preocupaciones y puntos de vista sobre la infancia.