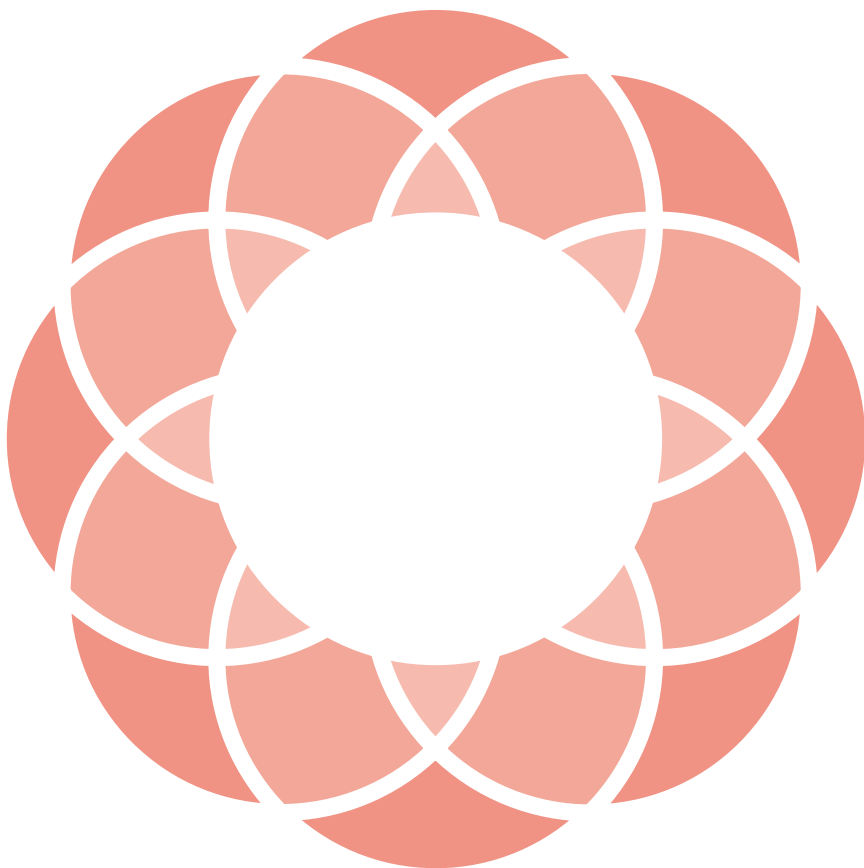


# Guía

## para la **detección y notificación** del **maltrato infantil**

Actuaciones ante el maltrato desde **el ámbito sanitario**



**Govern  
de les Illes Balears**

Conselleria d'Afers Socials,  
Promoció i Immigració  
Direcció General de Menors i Família

<http://aferssocials.illesbalears.cat>





# Guía

para la **detección y notificación**  
del **maltrato infantil**

Actuaciones ante el maltrato desde **el ámbito sanitario**



**Govern  
de les Illes Balears**

Conselleria d'Afers Socials,  
Promoció i Immigració  
Direcció General de Menors i Família

<http://aferssocials.illesbalears.cat>



**Asesoramiento técnico**

Olga Guerra Arabolaza

**Diseño y maquetación**

Inteligencia Publicidad

**Depósito legal**

PM-2042-2010

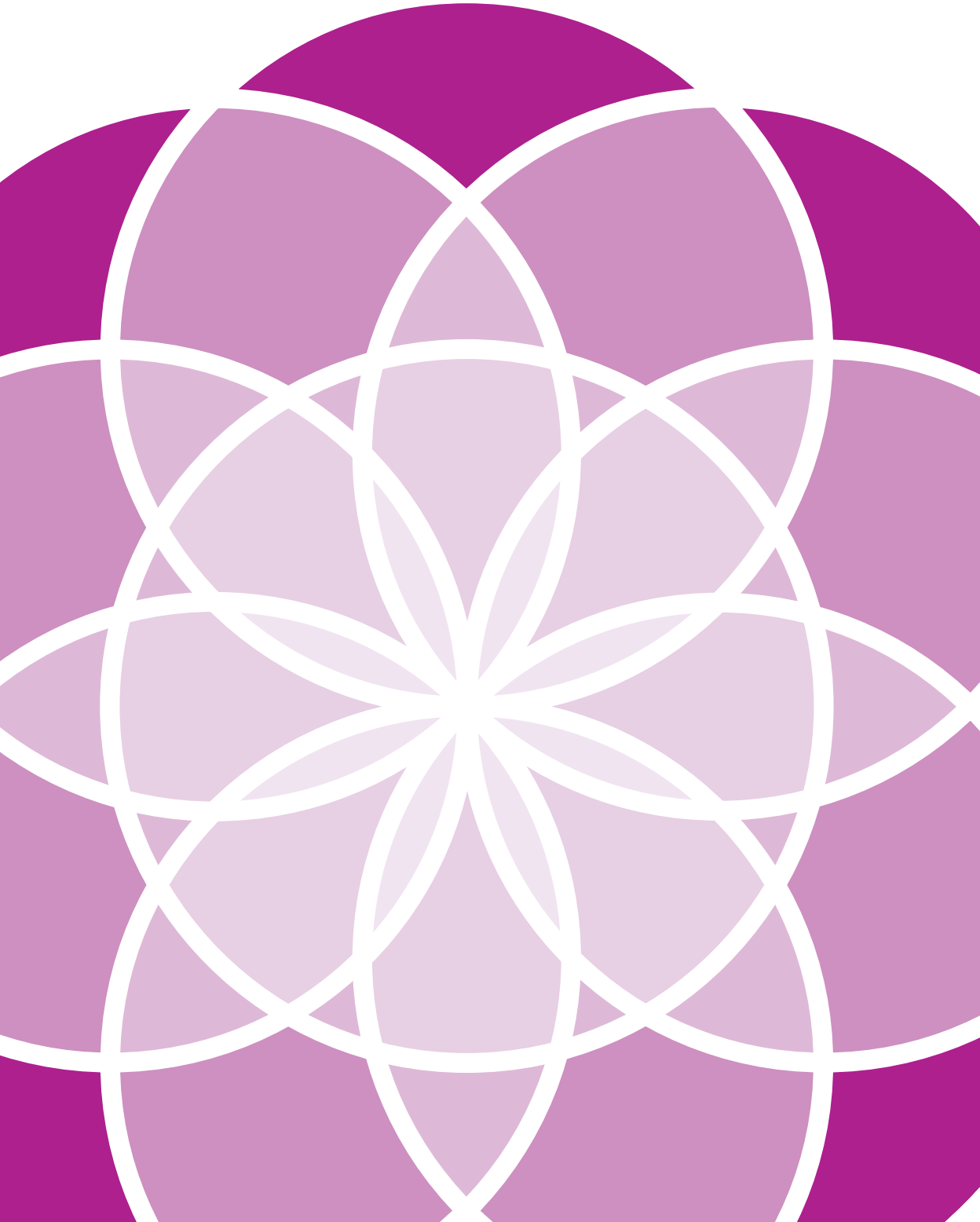




# Índice

---

|  |     |
|--|-----|
| <b>1. PRESENTACIÓN</b>   | 9   |
| <b>2. MARCO LEGAL</b>  | 15  |
| <b>3. MITOS Y FALSAS CREENCIAS SOBRE EL MALTRATO</b>             | 23  |
| <b>4. ¿QUÉ ES EL MALTRATO INFANTIL?</b>                          | 27  |
| 4.1. Concepto de maltrato  | 29  |
| 4.2. Teoría de las necesidades infantiles                        | 31  |
| 4.3. Clasificación del maltrato                                  | 35  |
| 4.4. Indicadores de detección                                    | 38  |
| 4.5. Factores de compensación                                    | 52  |
| <b>5. ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES</b>                       | 55  |
| 5.1. La intervención en situaciones de maltrato infantil         | 57  |
| 5.2. El papel del profesional de los servicios sociales          | 61  |
| <b>6. ENTREVISTA</b>   | 65  |
| 6.1. Entrevista con los padres                                   | 67  |
| 6.2. Entrevista con el niño                                      | 69  |
| <b>7. NOTIFICACIÓN DE LOS CASOS</b>                              | 71  |
| 7.1. ¿Qué es la notificación?                                    | 73  |
| 7.2. Dificultades de la notificación                             | 73  |
| 7.3. ¿Quién tiene que notificar los casos?                       | 73  |
| 7.4. ¿Dónde se tienen que notificar los casos?                   | 74  |
| <b>8. ACTUACIONES ANTE EL MALTRATO DESDE EL ÁMBITO SANITARIO</b> | 76  |
| 8.1. Prevención  | 79  |
| 8.2. Detección   | 80  |
| 8.3. Notificación  | 84  |
| 8.4. Anotaciones al Protocolo                                    | 86  |
| <b>9. LA ATENCIÓN A LA EMBARAZADA Y AL RECIÉN NACIDO</b>         | 89  |
| <b>10. HOJA DE NOTIFICACIÓN</b>                                  | 97  |
| 10.1. Ámbito sanitario   | 99  |
| 10.2. Embarazada y recién nacido                                 | 103 |
| <b>11. DIRECCIONES Y TELÉFONOS DE INTERÉS</b>                    | 109 |
| <b>12. BIBLIOGRAFÍA</b>  | 113 |







1

# PRESENTACIÓN



# PRESENTACIÓN

---

El maltrato infantil es un hecho que convive con nosotros y generador de víctimas inocentes, muchas veces silenciosas y sin capacidad de respuesta. Este problema complejo, del cual se detecta sólo una pequeña parte, ha empezado a ser una prioridad dentro de nuestra comunidad. El primer paso hacia un enfoque global ha sido el acuerdo en la elaboración del Protocolo marco interdisciplinario de actuaciones en los casos de maltrato infantil en las Islas Baleares. Un elemento clave dentro de la aplicación del Protocolo es la implicación de los ámbitos de actuación y, por eso, es importante que tanto los profesionales como los ciudadanos en general mantengan una postura activa ante esta situación, y de esta forma permitir que salgan a la luz.

Alcanzar y garantizar el bienestar de nuestra infancia es una obligación asumida por todas las personas que componemos los diferentes estamentos de nuestra sociedad. Cada grupo social tiene unas funciones determinadas con respecto a la protección y defensa de los derechos del niño: por una parte, está el ámbito de las unidades de convivencia donde los padres o tutores tienen que velar por el bienestar de los hijos, sin embargo, por otra, también los ciudadanos (vecinos, amigos, asociaciones ...) tienen que colaborar en la aplicación de estos derechos y, si detectan situaciones en las cuales los niños no reciben el trato y las atenciones necesarios, tienen la obligación de notificarlas.

También hay otros agentes que intervienen en la educación y el cuidado de los niños; son servicios garantizados de manera universal a nuestros pequeños y representan lo que se define como sociedad del bienestar -la escuela, la seguridad ciudadana, la salud, los servicios y la atención sociales, la protección de los menores, las garantías judiciales-. Todos estos ámbitos, por los cuales un menor pasa, obligatoriamente tienen el deber de garantizar los derechos de los niños y de su entorno familiar, desde sus competencias específicas. Y también son hitos en los cuales diferentes profesionales se encuentran en una situación destacada para observar y notificar posibles situaciones de riesgo o desamparo.

De acuerdo con la normativa vigente, las administraciones públicas están obligadas a garantizar los derechos de los niños; en consecuencia, tienen que establecer y ofrecer los recursos necesarios para que la comunidad pueda ayudar a los niños que lo necesiten y, especialmente, a las familias que se encuentran en riesgo, con el fin de evitar situaciones de desamparo. En las Islas Baleares, los consells insulares son las administraciones competentes para determinar cuáles son los menores en situación de desamparo de los que hay que asumir la guarda o la tutela. Pero la protección general de la infancia, así como detectar cuáles son los menores que sufren cualquier tipo de maltrato, es competencia de toda la Administración.

Por eso, ante esta necesidad de detectar y notificar los casos de maltrato infantil, representantes de todos los ámbitos implicados se han puesto de acuerdo para establecer un sistema de notificación unificado para los casos de maltrato infantil. De acuerdo con este objetivo los diferentes ámbitos -sociales, educativos, de salud, policiales, judiciales...- han elaborado el Protocolo marco interdisciplinario de actuaciones en los casos de maltrato infantil en las Islas Baleares, y para

facilitar la aplicación se ha redactado esta guía para orientar en la detección y notificación del maltrato infantil en las Islas Baleares.

La **GUÍA** se inicia con una relación de normas que conforman el marco legal nacional e internacional y continúa con una descripción de los mitos y las creencias más comunes entorno al maltrato. En el punto cuatro se define lo que se entiende por maltrato infantil, se hace una clasificación de los tipos de malos tratos que hay y los indicadores necesarios para detectarlos, y se concluye con los factores que pueden compensar y proteger las propias familias para reducir la probabilidad de que se produzca el maltrato.

El punto 5 de la **GUÍA** se centra en el ámbito de los servicios sociales, sitúa el modelo de intervención y ubica el papel de los profesionales. El punto 6 da mucha importancia a la entrevista y la mejor manera de hacerla, y distingue entre qué se tiene que hacer y qué no se tiene que hacer en las entrevistas con los padres y con el niño.

La **GUÍA** acaba con toda una parte dedicada a la notificación de los casos: qué es, las dificultades que tiene, quién tiene que notificar los casos y dónde se tienen que notificar. Se adjuntan los modelos de hojas de notificación y direcciones de interés.

En definitiva, el objetivo de esta **GUÍA** es dar el primer paso en la aplicación del Protocolo marco:

- Implicar y sensibilizar a los profesionales de los diferentes ámbitos hacia actuaciones integradas, a fin de que éstos utilicen de manera correcta los indicadores de maltrato.
- Prevenir y actuar de manera coherente ante los casos de maltrato infantil.
- Posibilitar estimaciones de incidencias que nos permitan desarrollar políticas sociales y programas de intervención.

**Francesca Vanrell Amengual**  
Directora general de Menores y Familia

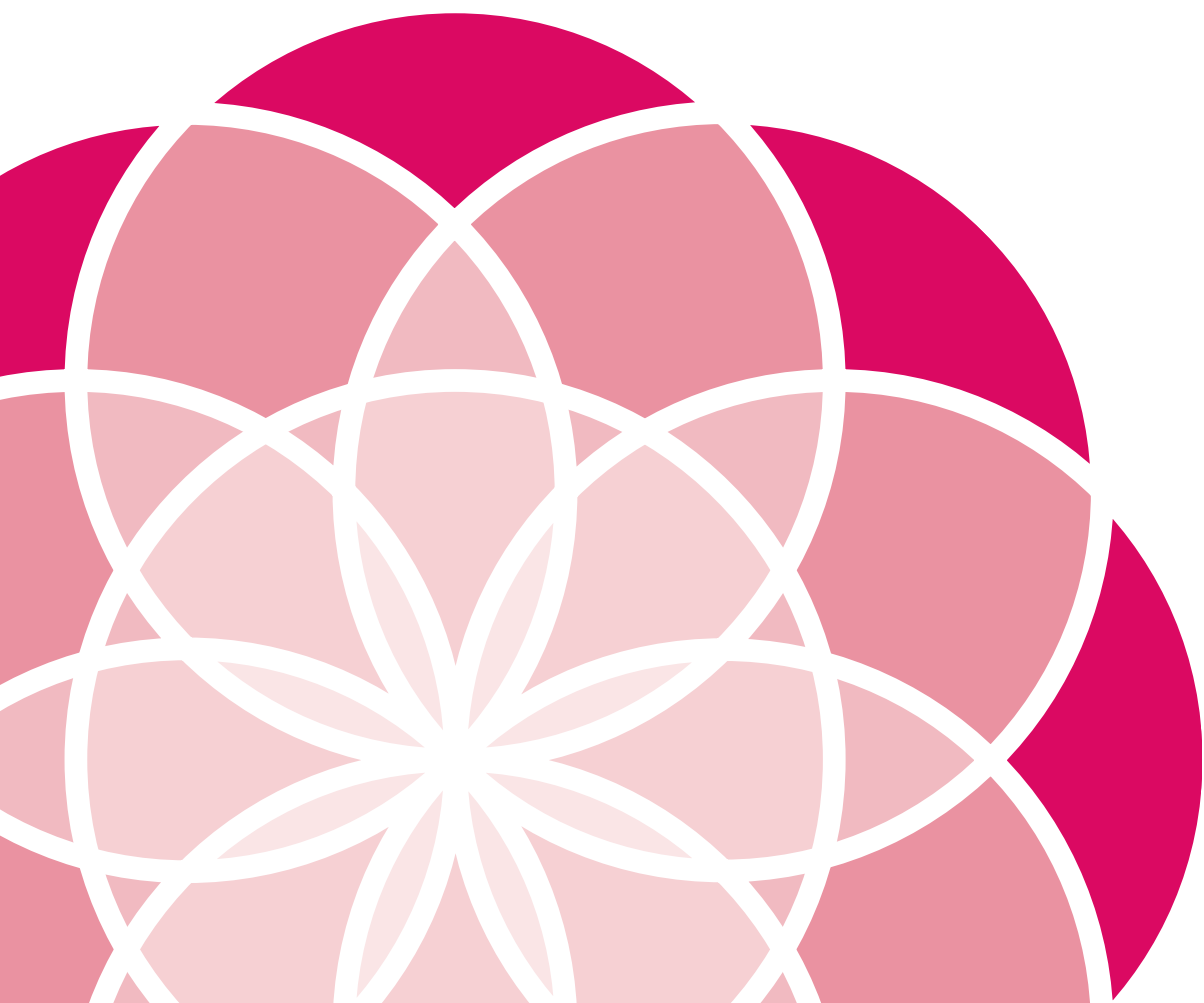
**Fina Santiago Rodríguez**  
Consejera de Asuntos Sociales, Promoción e Inmigración





**2**

**MARCO LEGAL**







# MARCO LEGAL

---

## 2.1. Marco normativo

### 2.1.1. Ámbito internacional

1. La Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, de 20 de noviembre de 1989, ratificada por España mediante el Instrumento de 30 de noviembre de 1990, reconoce al niño como verdadero sujeto de derechos, y recoge todo un catálogo de derechos y facultades, así como las garantías para su efectividad. Se considera al niño no tan sólo como objeto de protección, sino también como sujeto de derecho, y establece el principio de que todas las medidas con respecto a la infancia tienen que basarse en el interés superior del menor.
2. El apartado 8.19 de la Carta Europea de los Derechos del Niño establece que los estados miembros tienen que otorgar protección especial a los niños que sean víctimas de tortura o malos tratos por parte de los miembros de su familia, y que tiene que asegurarse la continuación de su educación y el tratamiento adecuado para su reinserción social.

### 2.1.2. Ámbito nacional

1. La Constitución española de 1978, además de impulsar las grandes reformas del derecho de familia, hace del menor titular de una serie de derechos fundamentales, refuerza su valoración como persona y lo configura como un ser participativo y creador (artículo 39).
2. El Código Civil incluye la definición de desamparo infantil como “situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos en las leyes de guarda de menores, cuando éstos queden privados de la asistencia moral o material necesaria”. El artículo 154 especifica las obligaciones inherentes a la patria potestad.
3. La Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal no contiene ninguna rúbrica dedicada de manera específica a la seguridad personal del menor, pero no por eso se tiene que afirmar que no reconoce la especial vulnerabilidad de los menores y la necesidad de protegerlos ante las situaciones de desamparo. Principalmente, pueden destacar la regulación que se hace en el título III, relativo al delito de lesiones y, en especial, el artículo 153, relativo al maltrato familiar, y en el título VIII, relativo a los delitos contra la libertad y la integridad sexual.

4. La Ley de enjuiciamiento criminal y la Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual, incluyen una serie de medidas de protección de testigos que afectan a la declaración de los menores que son víctimas de abusos sexuales y medidas de definición de lesiones y delitos de malos tratos. Especialmente, hay que hacer referencia a las nuevas disposiciones introducidas en la Ley de enjuiciamiento criminal por la Ley orgánica 8/2006, de 4 de diciembre, de modificación de la Ley orgánica 5/2000, de 12 de enero, de responsabilidad penal del menor.
5. La Ley orgánica 5/2000, de 12 de enero, de responsabilidad penal del menor, modificada por la Ley orgánica 8/2006, de 4 de diciembre, tipifica la responsabilidad de los menores infractores en los casos de maltrato y abusos sexuales.
6. La Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de enjuiciamiento civil, regula los principios generales de actuación ante situaciones de desprotección sociales, incluyendo la de la entidad pública de investigar los hechos que conozca para corregir la situación mediante la intervención de los servicios sociales o, si es el caso, asumir la tutela del menor por ministerio de la ley. El artículo 13 recoge la obligación de que “cualquier persona o autoridad, y especialmente aquéllos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que necesite”.

Esta Ley también recoge el marco de trabajo para las comunidades autónomas, que tienen las competencias en materia de protección del menor, a la hora de declarar medidas de protección (riesgo o desamparo) en casos de abuso/agresión sexual infantil y de maltrato infantil en general.

### 2.1.3. **Ámbito autonómico de las Islas Baleares**

1. El Estatuto de autonomía de las Islas Baleares, aprobado por la Ley orgánica 2/1983, de 25 de febrero, y modificado por la Ley orgánica 1/2007, de 28 de febrero, establece el ámbito competencial bajo el cual tienen que actuar las administraciones implicadas ante los casos de desamparo y maltrato de las personas menores de edad.
2. La Ley 17/2006, de 13 de noviembre, integral de la atención y de los derechos de la infancia y la adolescencia de las Islas Baleares, tiene por objeto asegurar la protección integral de las personas menores de edad, mediante el reconocimiento y la garantía de cuyos derechos son titulares, el establecimiento de un sistema integral que las proteja en todos los ámbitos y la fijación de los principios que tienen que regir la actuación de las entidades responsables de su atención. Se impone a las administraciones públicas de las Islas Baleares una serie de obligaciones que tienen como objetivo el ejercicio efectivo de los derechos de las personas menores de edad y el desarrollo de programas de prevención de situaciones de malos tratos físicos, psíquicos o de abusos sexuales, así como de

cualquier situación que pueda interpretarse como explotación de las personas menores de edad.

Especial relevancia tiene el título IV de la Ley, que regula la protección social y jurídica de la persona menor de edad, entendida como el conjunto de actuaciones sociales y jurídicas para la atención de sus necesidades, tendentes a garantizar el desarrollo integral y a promover una vida familiar normalizada. En el artículo 59 se establece el deber de comunicación y denuncia.

- 3.** Mediante la Ley 8/1997, de 18 de diciembre, se atribuyeron competencias a los consells insulares en materia de tutela, acogimiento y adopción de menores. Esta atribución de competencias se ha visto reforzada, dado que el artículo 70.8 del Estatuto de autonomía atribuye como competencia propia de los consells insulares esta materia.
- 4.** El título II de la Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Islas Baleares, recopila, entre las funciones del sistema público de servicios sociales en sus diferentes escalas de actuación, la aplicación de protocolos de detección, prevención y atención ante malos tratos a personas de los colectivos más vulnerables, entre los cuales se tienen que incluir las personas menores de edad.

#### **2.1.4. Protección de datos**

- 1.** La Directiva 95/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas con respecto al tratamiento de datos personales y a su libre circulación.
- 2.** La Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- 3.** El Real decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el cual se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- 4.** La normativa aplicable de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares de regulación del uso de la informática en el tratamiento de datos personales.

## 2.2. Actuaciones y medidas de protección

Tanto la Ley orgánica 1/1996, de protección jurídica del menor, como la Ley 17/2006, de 13 de noviembre, integral de la atención y de los derechos de la infancia y la adolescencia de las Islas Baleares, establecen la existencia de dos tipos de situaciones en los cuales los menores requieren protección: las situaciones de riesgo y las situaciones de desamparo.

### 2.2.1. Situación de riesgo

De acuerdo con el artículo 60 de la Ley 17/2006, se considera situación de riesgo a aquella en la cual, a causa de circunstancias personales o familiares o por influencias de su entorno, la persona menor de edad se ve perjudicado en su desarrollo personal o social de manera que, sin llegar a la entidad, intensidad o persistencia que fundamentaría la declaración de desamparo y la asunción de la tutela por ministerio de la ley, sea necesaria la intervención de las administraciones competentes para eliminar, reducir o compensar las dificultades y evitar el desamparo. La inclusión en las leyes de las situaciones de riesgo como situaciones objeto de atención, plantea la necesidad de desarrollar programas preventivos que potencien el buen trato hacia el niño. La situación de riesgo, además, permite y obliga a los servicios sociales a intervenir en la familia cuando la situación del niño incluso no ha llegado todavía a la gravedad requerida en los casos de desamparo. Intervenir en estos momentos no sólo mejora el pronóstico positivo de los casos, sino que fundamentalmente evitará las consecuencias negativas que la experiencia de maltrato tiene para los niños.

### 2.2.2 Situación de desamparo

En nuestra legislación, el Código Civil define el desamparo legal (artículo 172) como “situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de menores, cuándo éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material”. Estas situaciones comportarán que la administración competente asuma la tutela (artículo 64 y concordantes de la Ley 17/2006\*, y artículos 3.4 y 3.5 de la Ley 8/1997, de 18 de diciembre, de atribución de competencias en los consejos insulares en materia de tutela, acogimiento y adopción de menores).

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

\*Ley 17/2006, de 13 de noviembre, integral de la atención y de los derechos de la infancia y la adolescencia de las Islas Baleares

| Cumplimiento de los deberes de guarda | Causas   |
|---------------------------------------|--|
| <b>IMPOSIBLE</b>                      | Orfandad<br>Prisión de los padres<br>Enfermedad o ingreso hospitalario   |
| <b>INCUMPLIMIENTO</b>                 | Abandono total<br>Abandono de madre<br>No reconocimiento de los padres   |
| <b>INADECUADO</b>                     | Maltrato y abandono físico<br>Maltrato y abandono emocional<br>Abuso y explotación sexual<br>Mendicidad y explotación laboral<br>Incapacidad para el control |

### 2.2.3. Medidas de protección

Se consideran medidas para disminuir las situaciones de riesgo, las siguientes:

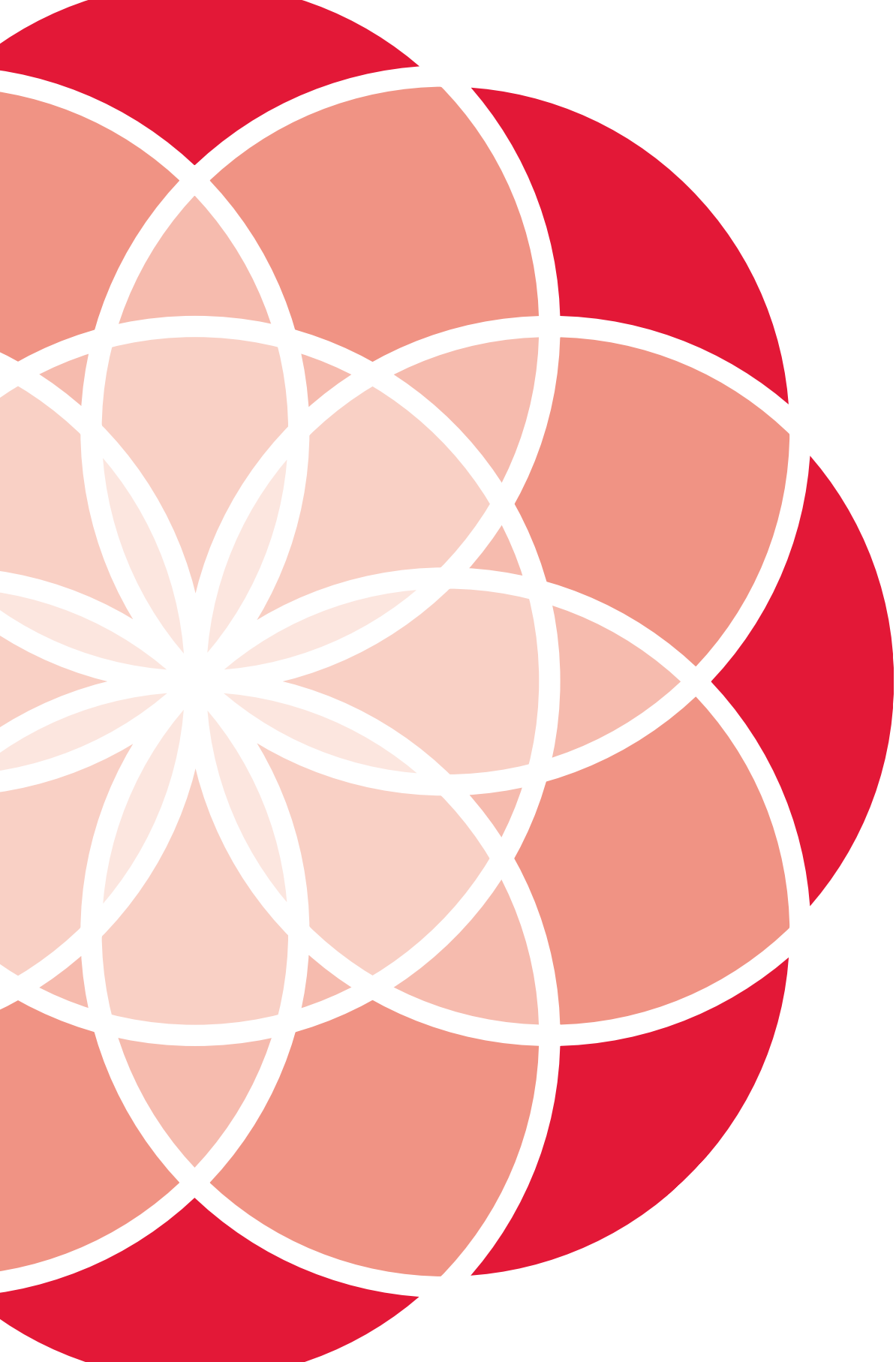
- Apoyo familiar para promover el desarrollo integral del menor en su medio familiar de origen (prestaciones económicas, escuelas infantiles, ayuda al hogar, intervención técnica...).

Se consideran medidas de protección:

- La guarda del menor. La entidad pública asumirá la guarda del menor cuando previamente haya sido declarado en desamparo, a solicitud de los padres, cuando concurran circunstancias graves que les impidan el cuidado de sus hijos y cuando lo dictamine el juez.
- La asunción de la tutela por ministerio de la ley, previa declaración de la situación de desamparo del menor, que comportará la guarda.

Son recursos de protección:

- Acogimiento residencial del menor: supone el ingreso del menor en un centro de protección de menores.
- Acogimiento familiar del menor: supone la convivencia del menor con otra familia o con miembros de la familia extensa. Este acogimiento puede ser simple, permanente o preadoptivo.



# 3

## **MITOS Y FALSAS CREENCIAS SOBRE EL MALTRATO**

# MITOS Y FALSAS CREENCIAS SOBRE EL MALTRATO

---

Tradicionalmente, se ha asociado el maltrato a la infancia exclusivamente al maltrato físico o a situaciones especialmente graves o perversas. Un repaso y una revisión crítica sobre las falsas creencias puede contribuir a identificar mejor este tipo de situaciones y, de esta manera, prevenir la incidencia.

A continuación exponemos algunos de estos mitos, prejuicios y falsas creencias, en que con frecuencia los profesionales también llegamos a participar y dificultamos la visión y la valoración objetiva de los indicadores de desprotección.

| Mitos  | Falsas creencias  |
|--|---|
| El maltrato es infrecuente.  | Está la creencia arraigada que supone a la familia como núcleo de afecto en que es difícil creer que haya violencia.  |
| La violencia y el amor no coexisten en las familias.   | Son muchos los niños que, a pesar de los malos tratos recibidos, aman a sus padres, y esta coexistencia de violencia y amor hace que el niño crezca aprendiendo que la violencia es aceptable.  |
| El maltrato lo cometen sólo personas con enfermedades mentales, desórdenes psicológicos o bajo los efectos del alcohol o las drogas. | Subyace la creencia de que las personas normales no maltratan a sus hijos. En realidad, no hay un patrón de padre abusivo con unos rasgos estables, uniformes y fácilmente distinguibles de los padres que no maltratan. Sí que parece que hay algunas características que se encuentran con una frecuencia mayor, como: <ul style="list-style-type: none"><li>• Baja tolerancia a la frustración</li><li>• Aislamiento social</li><li>• Falta de habilidades parentales</li><li>• Sentimientos de incapacidad o incompetencia como padres</li><li>• Expectativas no realistas con los hijos</li><li>• Percepción de la conducta de los hijos como estresante</li></ul> |



| Mitos   | Falsas creencias  |
|---|---|
| Noción de "transmisión generacional del maltrato".  | No todos los menores maltratados después maltratan, y también sucede al contrario: no ser maltratado/a no garantiza no ser maltratador/a.   |
| El maltrato infantil es fundamentalmente maltrato físico.   | Se tiende a poseer una visión restrictiva del problema y dar una importancia preferente a los casos con lesiones físicas y de abuso sexual. Este error provoca que puedan pasar desapercibidas otras formas de maltrato que pueden tener consecuencias muy graves y con una frecuencia mayor que las anteriores, como el abandono físico, el maltrato psicológico, etc. |
| El maltrato no existe en sectores sociales acomodados.  | Maltrato durante la infancia hay en todas las clases sociales.  |
| La mayoría de los abusos los cometen desconocidos.  | La mayoría de los abusos sexuales se cometen dentro de la familia o por personas muy próximas al niño.  |
| Los niños y los adolescentes a menudo fantasean, inventan historias y mienten cuando dicen que han sufrido abusos sexuales. | Cuando un niño o un adolescente dice que ha recibido abusos sexuales, lo tenemos que creer. Normalmente no miente.  |
| Los niños a menudo seducen a los adultos.   | Podría decirse que para ciertos adultos, algunas conductas de los niños son percibidas como provocativas o seductoras. No obstante, es el adulto quien se siente seducido, no el niño quien seduce.   |
| El incesto o abuso sexual sólo afecta a niños y niñas con comportamientos inadaptados.                                      | El hecho de que algunas de las víctimas tengan un comportamiento sexual excesivamente promiscuo suele ser en la mayoría de los casos una consecuencia del abuso y no una causa.   |
| El abuso sexual es fácil de reconocer.  | No son conocidos por las personas próximas a las víctimas, ya que éste es un problema que tiende a ahogarse o a esconderse.   |



# 4

## ¿QUÉ ES EL MALTRATO INFANTIL?





# ¿QUÉ ES EL MALTRATO INFANTIL?

## 4.1. Concepto de maltrato

Definir los malos tratos a la infancia parece sencillo; no obstante, en la práctica resulta complejo.

A pesar de eso, el Observatorio de la Infancia (órgano adscrito al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad) se refiere a ellos como “acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que interfiere en su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social y/o lo amenaza, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o bien la sociedad misma”.

Algunos aspectos que, por su relevancia, conviene destacar de esta definición son los siguientes:

- Carácter no accidental de las situaciones de maltrato: este criterio es fundamental y básico para determinar si hay maltrato cuando se detectan signos o lesiones físicas en el niño.
- Carácter intencionado o no de las acciones de maltrato: de manera común el maltrato se considera una acción intencional para dañar al niño. No obstante, hay situaciones en las cuales no está clara esta intencionalidad. Por ejemplo, algunos padres negligentes descuidan, sin quererlo hacer o sin saberlo, necesidades importantes del niño. Asimismo, algunos padres que maltratan a los hijos utilizando castigos físicos consideran que lo hacen por su bien o porque es la única forma de que aprendan.
- Repercusiones físicas y emocionales sobre el niño: en algunos tipos de malos tratos, las consecuencias sobre el niño son tanto físicas como emocionales, hecho que comporta una alteración en su óptimo desarrollo, por ejemplo, cuando existe abuso físico.
- Diferente expresión o forma de llevar a cabo el maltrato: puede ser por acción cuando se trata de algún tipo de abuso, dejando de hacer alguna acción (omisión), e incluso cuando la acción se lleva a cabo de forma inadecuada (negligencia).
- Ámbito en que se produce el maltrato: éste puede ser intrafamiliar o extrafamiliar. Si bien la mayoría de los niños son víctimas de malos tratos en su familia de origen, hay que tener presente que también pueden perpetrar malos tratos personas ajenas al contexto familiar e, incluso, instituciones o la misma sociedad.
- Consecuencias para el desarrollo del niño: éstas dependerán de la edad, las características y la vulnerabilidad del niño. Algunos autores señalan que un criterio distintivo importante para determinar si hay maltrato es valorar la existencia de daño potencial sobre el niño.

El maltrato infantil está determinado por múltiples factores y entornos, individuales, familiares, socioculturales que se interrelacionan, y no hay una única causa que lo explique. En estos entornos

se pueden observar y detectar indicadores que se pueden considerar situaciones de riesgo, ya que aumentan la probabilidad de que ocurran episodios de malos tratos. De todos modos, hay familias que presentan diversos de estos indicadores y, no obstante, ofrecen buen trato a sus hijos. Las causas y consecuencias de la aparición de uno o diversos indicadores en cada familia son diferentes según sus recursos individuales, familiares, culturales y sociales.

## 4.2. Teoría de las necesidades infantiles

El conocimiento por parte de los profesionales de cuáles son las necesidades básicas de un niño, al margen de condicionamientos culturales, supone una ayuda importante a la hora de reconocer cuando un niño está siendo maltratado. La situación de un niño será inadecuada cuando estas necesidades no las satisfagan sus propios padres o los organismos competentes.

Una taxonomía de carácter global sobre las necesidades infantiles (físicas, emocionales, cognitivas) nos permitirá definir qué tipo de actuaciones o condiciones aseguran su satisfacción y qué situaciones implican un riesgo para el desarrollo del menor.

Se incluye el conjunto de necesidades infantiles, situaciones de prevención y situaciones de riesgo de vulneración de estas necesidades (López *et al.* 1995).

## 4.2.1. Necesidades de carácter psicobiológico

| Necesidad   | Prevención   | Riesgo  |
|---|--|---|
| Alimentación                                      | Adecuada alimentación de la madre.<br>Lactancia materna.<br>Suficiente, variada, ajustada en el tiempo, adaptada a la edad.  | Ingestión de sustancias que dañan al feto.<br>Desnutrición.<br>Déficits específicos.<br>No apropiada a la edad.<br>Excesos: obesidad. |
| Temperatura                                       | Condiciones de vivienda, vestido y colegio adecuadas.  | Frío en la vivienda.<br>Humedad en la vivienda, falta de calzado, falta de vestido.   |
| Higiene   | Higiene corporal.<br>Higiene de la vivienda.<br>Higiene en la alimentación.<br>Higiene de la ropa.<br>Higiene del entorno.   | Suciedad.<br>Contaminación del entorno.<br>Gérmenes infecciosos.<br>Parásitos y roedores.   |
| Sueño   | Ambiente espacial.<br>Protegido y silencioso.<br>Suficiente según la edad.<br>Durante la noche.<br>Con siestas si es pequeño/a.  | Inseguridad, contaminación de ruidos, interrupciones frecuentes, tiempo insuficiente, sin lugar y tiempos de descanso diurnos.        |
| Actividad física<br>Ejercicio y juego             | Libertad de movimiento en el espacio.<br>Espacio con objetos, con juguetes y otros niños.<br>Contacto con elementos naturales: agua, tierra, plantas, animales, etc.<br>Paseos, marchas, excursiones, etc.   | Inmovilidad corporal.<br>Ausencia de espacio.<br>Ausencia de objetos.<br>Ausencia de juguetes.<br>Inactividad.<br>Sedentarismo.       |
| Protección de riesgos reales<br>Integridad física | Organización de la casa adecuada a seguridad: enchufes, detergentes, electrodomésticos, instrumentos, herramientas, escaleras, ventanas y muebles<br>Organización de la escuela adecuada a la seguridad: clases, patios y actividades.<br>Organización de la ciudad para proteger a la infancia: calles y jardines, circulación, etc.<br>Circulación prudente, niños en la parte trasera del coche y con cinturón.<br>Conocimiento y control de las relaciones de los niños. | Accidentes domésticos.<br>Castigos excesivos.<br>Accidentes en la escuela.<br>Accidentes de tráfico.<br>Falta de control de impulso.  |
| Salud   | Revisiones adecuadas a la edad y el estado de salud.<br>Vacunaciones.  | Agresiones.<br>Falta de control.<br>Provocación de síntomas.  |

## 4.2.2. Necesidades cognitivas

| Necesidad                                  | Prevención   | Riesgo  |
|--|--|---|
| Estimulación sensorial                     | <p>Estimular los sentidos.</p> <p>Entorno con estímulos: visuales, táctiles, auditivos, etc.</p> <p>Cantidad, variedad y contingencia de estímulos.</p> <p>Interacción lúdica en la familia, estimulación planificada en la escuela.</p> <p>Estimulación lingüística en la familia y en la escuela.</p>  | <p>Privación sensorial.</p> <p>Pobreza sensorial.</p> <p>Monotonía de estímulos.</p> <p>No contingencia de la respuesta, currículum escolar no global, no ajustado, no significativo.</p> <p>Falta de estimulación lingüística.</p> |
| Exploración física y social                | <p>Contacto con el entorno físico y social rico en objetos, juguetes, elementos naturales y personas.</p> <p>Exploración de ambientes físicos y sociales. Ofrecer “base de seguridad a los más pequeños”, compartir exploración con ellos (los adultos y los iguales).</p>   | <p>Entorno con estímulos escasos o repetitivos.</p> <p>No tener apoyo en la exploración.</p> <p>No compartir exploración con adultos e iguales.</p>   |
| Comprensión de la realidad física y social | <p>Escuchar y responder de forma contingente a las preguntas.</p> <p>Decir la verdad.</p> <p>Hacerles participar en el conocimiento de la vida, el sufrimiento, el placer y la muerte.</p> <p>Visión biófila de la vida, las relaciones y los vínculos.</p> <p>Transmitir actitudes, valores y normas.</p> <p>Tolerancia con discrepancias y diferencias: raza, sexo, clase social, discapacidades, nacionalidad, etc.</p> | <p>No escuchar.</p> <p>No responder.</p> <p>Responder en el momento inadecuado.</p> <p>Mentir.</p> <p>Ocultar la realidad.</p> <p>Visión pesimista.</p> <p>Anomia o valores antisociales.</p> <p>Dogmatismo.</p> <p>Racismo.</p>    |



### 4.2.3. Necesidades emocionales y sociales

#### a) Necesidades sociales

| Necesidad                             | Prevención  | Riesgo  |
|---------------------------------------|---|---|
| Seguridad emocional                   | <p>Inclinación incondicional: aceptación, disponibilidad, accesibilidad, respuesta adecuada a demandas y competencia.</p> <p>Contacto íntimo: táctil, visual, lingüístico, etc.</p> <p>Capacidad de control.</p> <p>Capacidad de protección.</p> <p>Resolver los conflictos con moral inductiva: explicaciones, exigencias conforme a la edad, coherencia en exigencias, posibilidad de revisión si el niño protesta por la decisión.</p> | <p>Rechazo.</p> <p>Ausencia, no accesibles, no percibir, no interpretar, no responder, no responder de forma contingente, incoherencia en la respuesta.</p> <p>Falta de capacidad de control del niño.</p> <p>Falta de capacidad de protección de peligros.</p> <p>Autoritarismo.</p> <p>Amenaza de retirada de amor.</p> |
| Red de relaciones sociales            | <p>Relaciones de amistad y compañerismo con los iguales: fomentar contacto e interacción con iguales en el entorno familiar y en la escuela: tiempo de contacto, fiestas infantiles, comidas y estancias en casa de iguales, etc.</p> <p>Continuidad en las relaciones.</p> <p>Actividades conjuntas de familias con hijos que son amigos.</p> <p>Incorporación en grupos o asociaciones infantiles.</p>                                  | <p>Aislamiento social.</p> <p>Separaciones largas de los amigos.</p> <p>Imposibilidad de contacto con amigos.</p> <p>Prohibición de amistades.</p> <p>Aburrimiento permanente.</p> <p>Compañeros con conductas de riesgo, a partir de 11/12 años.</p>   |
| Participación y autonomía progresivas | <p>Participación en decisiones y en gestión de lo que afecta y puede hacer a favor de sí mismo/a y de los otros en la familia, la escuela y la sociedad.</p>  | <p>No ser escuchado/a.</p> <p>No ser tenido/a en cuenta.</p> <p>Dependencia.</p>  |

## b) Necesidades sexuales

| Necesidad                        | Prevención  | Riesgo  |
|----------------------------------|---|---|
| Curiosidad, imitación y contacto | Responder a preguntas.<br>Permitir juegos y autoestimulación sexual.<br>Proteger de abusos. | No escuchar.<br>No responder.<br>Engañar, castigar manifestaciones infantiles.<br>Abuso sexual. |

## c) Necesidades con el entorno físico y social

| Necesidad                         | Prevención   | Riesgo   |
|-----------------------------------|--|--|
| Protección de riesgos imaginarios | Escuchar, comprender y responder a sus temores: miedo al abandono, miedo a la enfermedad, miedo a la muerte, rivalidad fraterna.<br>Posibilidad de expresar el miedo.<br>Evitar verbalizaciones y conductas que fomenten los miedos: violencia verbal o violencia física, discusiones inadecuadas, amenazas verbales, pérdida de control, incoherencia en la conducta. | No escuchar.<br>No responder.<br>No tranquilizar.<br>Inhibición emocional.<br>Violencia verbal.<br>Violencia física en el entorno.<br>Amenazas.<br>Pérdida de control.<br>Incoherencia en la relación. |
| Interacción lúdica                | Interacción lúdica en la familia con la madre, el padre y otros familiares.<br>Juego con iguales.  | No disponibilidad de tiempo en los padres.<br>Padres no accesibles.<br>Tono vital triste o apagado de los padres.<br>Falta de juguetes u objetos.<br>Juguetes inadecuados.                             |

## 4.3. Clasificación del maltrato

Hay diversas clasificaciones del maltrato infantil que responden a diferentes criterios. En esta GUÍA se utilizará la clasificación que propone el Observatorio de la Infancia, en la que se clasifica el maltrato en cinco categorías: malos tratos físicos, malos tratos emocionales, negligencia física, negligencia emocional y abuso sexual.

Interesa señalar que con frecuencia los menores maltratados suelen ser víctimas de diversos tipos de malos tratos al mismo tiempo. Así, por ejemplo, un niño que es objeto de malos tratos físicos es posible que esté sufriendo abuso emocional y que se produzcan negligencias importantes en las atenciones por parte de sus padres o cuidadores.

Hay otros tipos de maltrato según la clasificación elaborada por Previnfad, que en esta GUÍA se mencionan brevemente: maltrato prenatal, síndrome de Münchhausen (con más incidencia de detección dentro del ámbito sanitario) y maltrato institucional. En caso de no apreciar ninguna de estas categorías, se tienen que incluir en alguna de las cinco tipologías de maltrato que recoge la clasificación realizada por el Observatorio de la Infancia en sus hojas de notificación.

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

### 4.3.1. Según el momento en que se produce

- Prenatal: cuando el maltrato se produce antes del nacimiento del niño.
- Postnatal: cuando el maltrato se produce durante su vida extrauterina.

### 4.3.2. Según los autores

- Familiar: cuando los autores del maltrato son familiares del menor, principalmente familiares de primer grado (padres, biológicos o no, abuelos, hermanos, tíos, etc.).
- Extrafamiliar: cuándo los autores del maltrato no son familiares del menor, o el grado de parentesco es muy lejano (familiares de segundo grado) o no tienen relaciones familiares.
- Institucional: cualquier legislación, programa o procedimiento, ya sea por acción o por omisión, procedentes de los poderes públicos o privados y de la actuación de los profesionales, al amparo de la institución, que vulnere los derechos básicos del menor, con o sin contacto directo con el niño. Se incluye la falta de agilidad en la adopción de medidas de protección y de recursos.
- 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.

### 4.3.3. Según las acciones concretas que constituyen el maltrato infligido

- **Maltrato físico:** cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en situación de grave riesgo de sufrirlo.

Puede presentar las formas siguientes: lesiones cutáneas (equimosis, heridas, hematomas, excoりaciones, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, sacudidas, asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones, síndrome de Münchhausen por poderes (provocar o inventar síntomas en los niños que inducen a someterlo a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios).

- **Maltrato emocional:** acción capaz de originar alteraciones psicológicas porque afecta a las necesidades del niño según los diferentes estados evolutivos y sus características.

Puede presentar las formas siguientes: rechazar, aterrorizar, aislar, corromper e ignorar al niño. Todas estas conductas pueden causar deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del niño.

También se incluye en esta categoría cualquier esfuerzo activo con el objeto de impedir la interacción infantil (desde la evitación al encierro) por parte de cualquier miembro del grupo familiar, así como la exposición del menor a pautas antisociales o desviadas.

- **Negligencia física:** situaciones en las cuales las necesidades físicas básicas (alimentación, higiene, atenciones médicas y seguridad) del menor no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con él o ella.

Puede presentar las siguientes formas: desatención, abandono, retraso del crecimiento no orgánico, malnutrición, raquitismo, niños de la calle, falta de higiene, problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de las atenciones médicas rutinarias.

- **Negligencia emocional:** omisión o negligencia en la atención de las necesidades emocionales del niño.

Puede presentar las formas siguientes: falta de interés en las reacciones emocionales del niño, no atender sus necesidades afectivas (afecto, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, rol en la familia, autoestima, etc.), desatender las dificultades de carácter emocional que puedan presentarse.

- **Abuso/agresión sexual:** se define como “contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuándo el adulto (agresor) usa al niño para estimularse sexualmente él mismo, al niño o a otra persona. El abuso sexual puede ser también cometido por una persona menor de 18 años cuando ésta es significativamente mayor que el niño (víctima) o cuando el agresor está en una posición de poder o de control sobre otro” (definición aportada por el National Center of Child Abuse and Neglect en 1978).

El Código Penal, dentro de los delitos contra la libertad e indemnidad sexual, tipifica las categorías siguientes:

- **Agresión sexual:** cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con violencia o intimidación y sin consentimiento.
- **Abuso sexual:** cualquier forma de contacto físico con o sin acceso carnal, con contacto y sin contacto físico realizado sin violencia o intimidación y sin consentimiento. Puede incluir: penetración vaginal, oral y anal, penetración digital, caricias, proposiciones verbales explícitas.
- **Exhibicionismo:** es un acto de exhibición obscena ante menores de edad.
- **Explotación sexual de menores de edad:** una categoría en la cual el abusador persigue un beneficio económico y engloba la prostitución y la pornografía infantil. Se suele equiparar la explotación sexual con el comercio sexual infantil. Dentro de la explotación sexual infantil hay diferentes modalidades a tener en cuenta, ya que presentan características e incidencias distintas: tráfico sexual infantil, turismo sexual infantil, prostitución infantil y pornografía infantil.

Se pueden distinguir los siguientes tipos de abuso sexual (Paul y Arruabarrena 2001):

- **Sin contacto físico:** solicitud indecente a un niño o seducción verbal explícita, realización del acto sexual o masturbación en presencia de un niño, exposición de los órganos sexuales a un niño con el fin de buscar gratificación sexual.
- **Vejación sexual:** el contacto sexual se realiza por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño o por forzar, animar o permitir que éste lo haga en las zonas erógenas del adulto.
- **Con contacto físico:** se produce una relación sexual con penetración digital o con objetos (vaginales o anales), sexo oral o penetración con el órgano sexual masculino (vaginal o anal).

## 4.4. Indicadores de detección

### 4.4.1. Maltratos prenatales

#### INDICADORES EN EL NIÑO/A

- Retraso en el crecimiento intrauterino.
- Disminución de la respuesta a la luz.
- Alteraciones dismórficas.
- Aumento de la respuesta por sorpresa.
- Temblor.
- Síndrome de Abstinencia al nacer.

#### CONDUCTA DE LA MADRE

- Embarazo no deseado.
- Retraso en la primera visita al médico o pocas revisiones durante el embarazo.
- Parejas jóvenes.
- Madre sola sin recursos ni apoyo.
- Toxicomanías.
- Pobre autoestima, aislamiento social o depresión.
- Historial de malos tratos a la madre o conflictos en la pareja

### 4.4.2. Indicadores específicos 0-3 años

#### INDICADORES FÍSICOS EN EL NIÑO/A

- Presencias de una lesión o de lesiones múltiples, inexplicables según la versión de los padres.
- Lesiones repetitivas a lo largo del tiempo.
- Lesiones en órganos vitales que ponen en peligro la salud del niño/a, a corto y largo plazo.
- Nuevas lesiones en el contexto hospitalario, tan sólo cuando el niño está solo con los padres.
- Retraso del desarrollo que coexiste con conductas de inhibición y presencia de dolor psíquico.
- Mejora física y psíquica del niño/a una vez ingresa en el hospital o en el centro de acogida.

#### INDICADORES DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO/A

- Retraso del desarrollo que coexiste con conductas de inhibición y presencia de dolor psíquico.
- Presencia abundante de síntomas de introversión, indicativos de depresión:
  - Tristeza, falta de sonrisa.
  - Evitación del contacto personal.
  - Rechazo a los padres.
  - Falta de expresividad facial y gestual.
  - Respuesta apagada a los estímulos.
  - Carece de llanto y ausencia de quejas ante el dolor.
  - Falta de conductas de juego.
  - Balanceo.

## CONDUCTA DEL CUIDADOR/A

- Deseo y capacidad de protección:
  - Incapacidad de aceptación y acciones de rechazo a la maternidad.
  - No aceptación de un embarazo.
  - Falta de control o control tardío del embarazo.
  - Malos tratos prenatales.
  - Carece de seguimiento de las indicaciones de los médicos y otros profesionales.
- Indicadores de psicopatología:
  - Consumo de tóxicos, con una mención especial al consumo de alcohol.
  - Alteraciones adaptativas y de salud mental.
  - Violencia intra y extrafamiliar, con una mención especial a los malos tratos a la madre embarazada.
  - Manifestación de conocimientos y términos médicos especializados, no explicables por el nivel de formación cultural y del entorno social de los maltratadores.
- Calidad de la relación de pareja:
  - Relaciones inestables, conflictivas, violentas entre la pareja.
  - Rupturas de pareja sucesivas y tendencia a la repetición en el establecimiento de relaciones conflictivas.
  - Incapacidad de proteger al niño en situación de violencia familiar.
- Conductas específicas ante los malos tratos:
  - Demora al pedir asistencia médica.
  - Relato incoherente en relación con el mecanismo de producción de las lesiones.
  - Negación radical de que las lesiones son consecuencia de los malos tratos.
  - Incapacidad para conectar con el padecimiento y el dolor del niño.
  - Falta de preocupación por las secuelas de los malos tratos.
  - Carencia de conciencia del trastorno en los maltratadores y, en consecuencia, falta de demanda o rechazo de ayuda profesional.
  - Consultas múltiples de los padres en los hospitales y visitas a urgencias, en las cuales evitan reencontrar a un mismo profesional médico y de ser atendidos por él/la.

## Recomendaciones

Vista la corta edad de los niños, queda clara la necesidad de una **detección y de una intervención precoces**.

Se tiene que ser ágil en la protección inmediata de los niños maltratados, una vez se tiene constancia de estos malos tratos: **nunca se tiene que minimizar ninguna lesión en un niño, ya que puede implicar un riesgo de muerte**.

Se tienen que notificar los indicadores de padecimiento psíquico de un niño, que muchas veces no toman una forma de queja, sino de una inhibición grave de la relación y del desarrollo para evitar la expresión del dolor.

No se tienen que minimizar las conductas y explicaciones incongruentes de unos padres ante las lesiones de su hijo. Unos padres que no se interesan por las secuelas y el padecimiento del niño, nos dan la alerta sobre la existencia de los malos tratos.

Los malos tratos a niños queda claro que están más vinculados a la dinámica relacional padres-hijos o al consumo de tóxicos que a aspectos socioeconómicos. Por lo tanto, se da en todas las clases sociales.

Se tendría que hacer un seguimiento muy próximo de las madres que han presentado, en mayor o menor grado, un rechazo a la maternidad, especialmente cuando eso va acompañado de alteraciones en el núcleo familiar básico y de falta de contención en los núcleos más extensos: relaciones de pareja inestables o violentas, vínculos patológicos, desvinculación con los núcleos familiares de origen, psicopatología diversa.

Es importante que la Administración dé apoyo a los profesionales que trabajan en el ámbito de la protección a la infancia. **El trabajar de forma interdisciplinaria** (social, médica, psicológica, pedagógica, educativa y de apoyo jurídico) y la supervisión externa ayudarán a mantener la fiabilidad y la validez de las determinaciones tomadas y contribuirán a la protección de los equipos técnicos.

### 4.4.3. Maltrato físico (Le Boeuf 1982)

#### INDICADORES FÍSICOS EN EL NIÑO/A

- Morados.
- Quemaduras.
- Fracturas.
- Heridas o raspaduras.
- Lesiones abdominales.
- Mordeduras humanas.
- Cortes o pinchazos.
- Lesiones internas.
- Asfixia o ahogos.
- Envenenamientos.

#### INDICADORES DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO/A

- Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos.
- Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran.
- Muestra conductas extremas, agresividad o rechazo.
- Parece tener miedo de sus padres, de ir a casa, o llora cuando acaba la clase.

#### CONDUCTA DEL CUIDADOR/A

- Ha sido maltratado/a durante la infancia.
- Utiliza disciplina severa, inadecuada para la edad y conducta del niño.
- No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño, o éstas son ilógicas, no convincentes o contradictorias.
- Percibe al niño de manera significativamente negativa.
- Padres que disponen de una red de apoyo deficitaria.
- Padres con poca capacidad de autocontrol.
- Padres irritables, con hiperactividad emocional. Baja autoestima de los padres.
- Toxicomanía y alcoholismo de los padres.
- Familias en que la madre tiene un compañero que no es el padre de sus hijos.



## Síndrome de Münchhausen por poderes

|  |   |
|--|---|
| <b>INDICADORES FÍSICOS EN EL NIÑO/A</b>          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Síntomas recurrentes, inventados, inexplicables, que desaparecen cuando se separa el niño de la familia y reaparecen cuando contacta de nuevo.</li><li>• Discordancia entre el historial clínico y la analítica.</li><li>• El cuadro neurológico o metabólico que presenta el niño suele ser grave.</li><li>• Con frecuencia las muestras de los análisis evidencian un caos bioquímico y una mezcla de sustancias extrañas.</li></ul>  |
| <b>INDICADORES DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO/A</b> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Los niños pequeños suelen presentar mucha dependencia de la madre.</li><li>• A veces presentan conductas agresivas.</li><li>• Durante las exploraciones médicas se muestran, no obstante, extremadamente pasivos y colaboradores.</li><li>• A partir de los 12 a 14 años es probable que colaboren con la madre en la invención de síntomas.</li><li>• Ingresos múltiples en diferentes hospitales.</li><li>• Hermanos con enfermedades raras, inexplicables o "nunca vistas".</li></ul>  |
| <b>CONDUCTA DEL CUIDADOR/A</b>                   | <p><b>Madres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Niega cualquier conocimiento sobre la etiología de los síntomas.</li><li>• Las respuestas que da son imprecisas.</li><li>• Pueden presentar mentira patológica al relatar experiencias diarias y al describir al especialista la situación de la víctima.</li><li>• Visita al niño con gran frecuencia cuando está hospitalizado/a.</li><li>• Muestran veneración y sobreprotección del hijo/a.</li><li>• Con estudios de medicina, enfermeras, auxiliares de clínica ...</li><li>• Amables, atentas. Colaboradoras con los médicos para encontrar el falso diagnóstico.</li></ul> <p><b>Familia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Conflictos de pareja violentos.</li><li>• Tendencia a la droga y la automedicación.</li></ul> <p><b>Padres:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Antecedentes de intentos de suicidio.</li></ul> |
| <b>OTROS INDICADORES GENERALES</b>               | <ul style="list-style-type: none"><li>• Retrasos en la busca de asistencia sanitaria.</li><li>• Niños generalmente lactantes o menores de 3 años.</li><li>• Historia inaceptable, discordante o contradictoria.</li><li>• Hematomas en diferentes fases evolutivas.</li><li>• Otras lesiones asociadas.</li><li>• Asistencia rotatoria por diferentes centros sanitarios.</li><li>• Signos de higiene deficiente, malnutrición, localización de lesiones en zonas no prominentes.</li><li>• Déficit psicomotor, trastornos del comportamiento.</li><li>• Retraso en el crecimiento o peso sin causa orgánica justificada.</li></ul>   |

## Requisitos para señalar la existencia de maltrato físico

Para identificar la presencia de maltrato físico tiene que cumplirse al menos uno de los requisitos siguientes:

1. Se ha percibido al menos una vez la presencia de, como mínimo, uno de los indicadores. Las lesiones físicas no son normales en el rango de lo que es previsible en un niño de su edad y características (bien por la mayor frecuencia o intensidad, por ser lesiones aparentemente inexplicables o no conformes con las explicaciones dadas por el niño o sus padres, etc.).
2. No se ha percibido claramente ninguno de los indicadores señalados, pero hay un conocimiento preciso de que el niño ha sufrido alguno de los tipos de lesiones físicas indicadas como resultado de la actuación de sus padres o tutores. No existen lesiones físicas, pero hay un conocimiento preciso de que los padres o tutores utilizan un castigo corporal excesivo o da palizas al menor.

## Niveles de gravedad en el maltrato físico

1. Leve: el maltrato no ha provocado en ningún momento ninguna lesión al niño, o bien el menor ha sufrido un daño/lesión mínimo que no ha requerido atención médica.
2. Moderado: el maltrato ha provocado al niño lesiones físicas de carácter moderado o que han requerido algún tipo de diagnóstico o tratamiento médico. El niño presenta lesiones en diferentes fases de cicatrización/curación.
3. Grave/urgente: el niño ha requerido hospitalización o atención médica inmediata a causa de las lesiones producidas por el maltrato. El niño sufre lesiones severas en diferentes fases de cicatrización.

### 4.4.3. Maltrato emocional

#### INDICADORES FÍSICOS EN EL NIÑO/A

- Enanismo psicosocial.
- Talla baja y miembros cortos, cráneo y cara mayores en relación con la edad, delgadez, cabello frágil, con placas de alopecia, piel fría y sucia.
- Retraso en el desarrollo.
- Perturbación en el desarrollo físico.
- Enfermedades de origen psicosomático.

#### INDICADORES DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO/A

##### DE 0 A 2 AÑOS:

- Excesiva ansiedad o rechazo de las relaciones psicoafectivas.
- Perturbación en el sueño.
- Complacientes, asustadizos, tímidos o pasivos.
- Ausencia de estímulos emocionales.

##### DE 2 A 6 AÑOS:

- Retraso en el lenguaje. Disminución en la capacidad de atención.
- Inmadurez: mecerse constantemente, chuparse el pulgar, enuresis.
- Conductas extremadamente adaptativas.
- Hiperactividad.
- Comportamientos agresivos o pasivos.
- Inhibición en el juego..

##### DE 6 A 16 AÑOS:

- Retraso en el desarrollo emocional e intelectual.
- Problemas de aprendizaje y lectoescritura.
- Fracaso escolar.
- Ausencia de autoestima.
- Escasa capacidad y habilidad ante situaciones conflictivas.
- Inmadurez socioemocional.
- Relaciones sociales escasas o conflictivas.
- Problemas de control de esfínteres.
- Conductas autolesivas.

#### CONDUCTA DEL CUIDADOR/A

- Culpa o desprecia al niño.
- Es frío/a o rechazante.
- Insulta o desaprueba constantemente al niño.
- Niega amor.
- Trata de manera desigual a los hermanos.
- Parece no preocuparse por los problemas del niño.
- Exige al niño por encima de sus capacidades físicas, intelectuales, psíquicas.
- Tolera absolutamente todos los comportamientos del niño sin poner ningún límite.

## Requisitos para señalar la existencia de maltrato emocional según la edad del niño (Garbarino *et al.* 1986)

### Rechazar:

En general, implican conductas que comunican o constituyen abandono.

- Hasta los 2 años: El padre o la madre rechaza de manera activa aceptar las iniciativas primarias de inclinación del niño. Rechaza las iniciativas espontáneas del niño y las respuestas normales o naturales al contacto humano; rechaza la formación de una relación primaria. Ejemplos de conductas: no devolución de las sonrisas y vocalizaciones del niño.
- De los 2 a los 4 años: el padre o la madre excluye activamente al niño de las actividades familiares. Ejemplos de conductas: no llevarlo a las reuniones o actividades conjuntas con la familia, rechazo de los gestos de afecto del niño (como abrazos), enviar al niño lejos de la familia.
- Edad escolar: el padre o la madre transmite constantemente al niño una negativa valoración de él mismo. Ejemplos de conductas: utilizar frecuentemente apelativos como "muñeco" o "monstruo", menosprecio constante de las consecuciones del niño, hacerlo cabeza de turco de la familia.
- Adolescencia: el padre o la madre rechaza aceptar los cambios en el rol social esperados en el chico o chica, es decir, evolucionar hacia una autonomía y autodeterminación mayores. Ejemplos de conductas: tratar al adolescente como un niño pequeño (infantilizar), someter al adolescente a humillaciones verbales y críticas excesivas, expulsar al joven de la familia.

### Aterrorizar:

En general, se refiere a amenazar al niño con un castigo extremo o con una vaguedad siniestra (el hombre del saco...), con el objetivo de intentar crearle un miedo intenso.

- Hasta los 2 años: el padre o la madre rompe de manera consistente y deliberada la tolerancia del niño al cambio y a los nuevos estímulos. Ejemplos de conductas: burlarse del niño, respuestas a la conducta del niño extremas e impredecibles.
- De 2 a 4 años: el padre o la madre utiliza gestos y palabras exageradas para intimidar, amenazar o castigar al niño. Ejemplos de conductas: amenazas verbales de daño extremo o misterioso (monstruos, etc.), enfados frecuentes con el niño alternados con periodos de afecto artificial.
- Edad escolar: el padre o la madre coloca al niño en situaciones intolerables de doble sentido (si lo hace, está mal; si no lo hace, también). Ejemplos de conductas: mostrar demandas o emociones extremadamente inconsistentes, forzar al niño a escoger entre dos padres enfrentados, cambiar frecuentemente los papeles en las relaciones entre padres e hijos; criticar constantemente, sin dar posibilidad al niño de llegar con éxito a las expectativas puestas en él.
- Adolescencia: el padre o la madre amenaza con exponer al niño a la humillación pública. Ejemplos de conductas: amenazar con revelar características o conductas fuertemente comprometidas (por ejemplo, problemas de enuresis o experiencias sexuales previas) a compañeros u otros adultos, ridiculizar en público.

## Aislar:

En general, se refiere a privar al niño de las oportunidades para establecer relaciones sociales.

- Antes de los 2 años: el padre o la madre niega al niño la experiencia de interactuar de manera continuada con los padres u otros adultos. Ejemplos de conductas: dejar al niño a solas en su habitación durante largos periodos.
- De 2 a 4 años: el padre o la madre enseña al niño a evitar cualquier contacto social que no sea con él o ella. Ejemplos de conductas: castigar las iniciativas del niño hacia otros niños o adultos, enseñar al niño a rechazar las iniciativas sociales.
- Edad escolar: el padre o la madre intenta alejar al niño de relaciones normales con los compañeros. Ejemplos de conductas: prohibirle jugar con otros niños y niñas, prohibirle invitar a otros niños a casa, sacarlo de la escuela.
- Adolescencia: el padre o la madre intenta evitar que participe en actividades organizadas e informales fuera del hogar. Ejemplos de conductas: prohibirle pertenecer a clubes, equipos deportivos, y participar en actividades extraescolares; castigar por participar en experiencias sociales normales (como citas).

## Corromper:

En general, se refiere a conductas que impiden la normal integración del niño y refuerzan pautas de conducta antisociales o desviadas (especialmente en el área de la agresividad, sexualidad y drogas). Eso puede manifestarse de dos maneras:

- Los padres o tutores facilitan y refuerzan pautas de conducta antisociales o desviadas que impiden la normal integración del niño.
- Los padres o tutores utilizan al niño como ayuda o tapadera para acciones delictivas (robos, transportes de drogas, etc.).
- Antes de los 2 años: el padre o la madre pone en riesgo al niño reforzando el desarrollo de hábitos extraños y/o creando adicciones. Ejemplos de conducta: animar al niño a contactos sexuales orales, crear en el niño dependencia hacia las drogas.
- De 2 a 4 años: el padre o la madre refuerza inadecuadamente la agresividad y la sexualidad precoz. Ejemplos de conductas: premiar al niño por agredir a otros niños, implicar al niño en contactos sexuales con adultos o adolescentes.
- Edad escolar: el padre o la madre premia al niño por robar, consumir drogas, atacar a otros niños y por las conductas sexuales precoces. Ejemplos de conductas: incitar al niño a atacar a otros, exponer al niño a pornografía. Animar al consumo de drogas, reforzar conductas sexuales agresivas, implicar al niño en contactos sexuales con adultos.
- Adolescencia: el padre o la madre hace implicarse al niño en formas más intensas y socialmente rechazables de conductas sexuales, agresivas o referentes a drogas/alcohol desviadas. Ejemplo de conductas: implicar al adolescente en prostitución, premiar conductas agresivas o delictivas dirigidas a compañeros y adultos o a los cabeza de turco de la familia, animar al tráfico de drogas y el abuso de alcohol.

## Niveles de gravedad en el maltrato emocional

1. Leve: las conductas de maltrato psicológico no son frecuentes o su intensidad es leve. La situación emocional del niño no presenta secuelas negativas como consecuencia de estas conductas. La presencia en el hogar de un modelo inadecuado para el niño es contrarrestada por la presencia de otro modelo adecuado.
2. Moderado: las conductas de maltrato psíquico son frecuentes y generalizadas. La situación emocional del niño ha recibido un daño significativo, y tiene dificultades por funcionar adaptativamente en diversos de los roles normales para su edad. Hay aspectos positivos importantes en el trato y la atención afectiva de los padres hacia el niño. El modelo inadecuado es el cuidador principal del niño, sin que haya en el hogar otros modelos adecuados; no obstante, el niño no parece verse influido por la imitación de las pautas asociales o autodestructivas.
3. Grave/urgente: las conductas de maltrato psíquico son constantes y su intensidad elevada. La situación emocional del niño presenta un daño severo como consecuencia de esta situación y su desarrollo se encuentra seriamente comprometido. Se requiere tratamiento especializado inmediato. El modelo inadecuado es el cuidador principal del niño, y fallan en el hogar otros modelos alternativos adecuados. El niño se ve claramente afectado en la imitación, o en el aprendizaje del razonamiento moral por las pautas antisociales o autodestructivas del modelo.

### 4.4.4. Negligencia física

#### INDICADORES FÍSICOS EN EL NIÑO/A

- Falta de higiene.
- Ropa inadecuada para las condiciones climáticas.
- Alimentación y/o hábitos horarios inadecuados.
- Retraso en el crecimiento.
- Problemas físicos o necesidades médicas no cubiertas o ausencia de cuidados médicos rutinarios. Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta de seguimiento médico. Infecciones leves, recurrentes o persistentes.
- Hematomas inexplicados.
- Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica.
- Accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas.
- No asiste o falta con frecuencia y sin justificar a la escuela.
- Problemas de aprendizaje escolar.
- Retraso en las áreas madurativas.

### INDICADORES DEL COMPORTA- MIENTO DEL NIÑO/A

- Comportamientos autogratificantes.
- Somnolencia, apatía, depresión.
- Hiperactividad, agresividad.
- Tendencia a la fantasía.
- Absentismo escolar.
- Suele dormirse en clase.
- Llega muy pronto a la escuela y se va muy tarde.
- Dice que no hay nadie que lo cuide.
- Conductas orientadas a llamar la atención del adulto.
- Pide ropa o comida.
- El niño presenta conductas o actividades peligrosas.
- Participa en acciones delictivas, vandalismo, prostitución, drogas, etc.

### CONDUCTA DEL CUIDADOR/A

- Vida caótica en el hogar.
- Muestra evidencias de apatía o inutilidad.
- Mentalmente enfermo/a o tiene bajo nivel intelectual.
- Tiene una enfermedad crónica.
- Fue objeto de negligencia durante la infancia.
- No satisfacen las necesidades básicas del niño o lo hacen mal.

## Requisitos para señalar la presencia de negligencia física

El criterio para señalar la existencia de negligencia física está determinado en gran medida por su cronicidad. Se considerará su presencia únicamente si se presenta un solo indicador o diversos indicadores simultáneamente de manera reiterada o continua.

## Niveles de gravedad en la negligencia física

1. Leve: se produce la conducta negligente, pero el niño no sufre ninguna consecuencia negativa en el desarrollo físico o cognitivo, o en sus relaciones sociales.
2. Moderado: el niño no ha sufrido lesiones o daño físico y/o cognitivo como consecuencia directa de la conducta de sus padres y no requiere, por lo tanto, atención médica o especializada. No obstante, la conducta parental negligente es causa directa de situaciones de rebote hacia el niño (escuela, grupo de iguales, etc.).
3. Grave/urgente: el niño ha sufrido lesiones o daño físico como consecuencia directa de la conducta negligente de sus padres, y se ha requerido atención médica, o bien la negligencia en la conducta parental ha determinado que el niño presente retrasos importantes en el desarrollo (intelectual, físico, social, etc.) que requieren atención y tratamiento especializado.

### 4.4.5. Negligencia emocional

#### INDICADORES DEL COMPORTAMIENTO DEL NIÑO/A

- Desconfianza hacia el adulto, en sus promesas o actitudes positivas.
- Inhibición del juego.
- Paradójica reacción de adaptación a personas desconocidas.
- Excesivamente complaciente, pasivo o no exigente.
- Extremadamente agresivo.

#### CONDUCTA DEL CUIDADOR/A

- Renuncia a su rol parental.
- No disponibilidad de los padres para el niño. Padres inaccesibles.
- Incapacidad para responder a cualquier conducta de los niños.
- No responden a las conductas sociales del niño.
- Falta de supervisión parental.
- Tolerancia absolutamente todos los comportamientos del niño sin ponerle ningún límite.

### Requisitos para señalar la existencia de negligencia emocional

#### Ignorar:

En general, se refiere al estado del padre o la madre de no disponibilidad para el niño, es decir, el padre o la madre está preocupado por sí mismo y es incapaz de responder a las conductas del niño.

- Antes de los 2 años: el padre o la madre no responde a las conductas sociales espontáneas del niño. Ejemplos de conductas: no responder a las vocalizaciones espontáneas del niño, no responder ni fijarse ante la evolución de éste.
- De 2 a 4 años: frialdad y falta de afecto en el tratamiento del padre o la madre al niño, no participación en sus actividades diarias, apartar al niño de las interacciones sociales. Ejemplos de conductas: negativa a conversar con el niño, dejarlo sin un adulto afectivo durante largos periodos de tiempo.
- Edad escolar: el padre o la madre fracasa al proteger al niño de las amenazas o al intervenir a favor de éste cuando el padre o la madre sabe que necesita ayuda. Ejemplos de conductas: no proteger al niño de los ataques de sus hermanos u otros miembros de la familia. No mostrar interés en la evaluación del niño por parte de los maestros u otros adultos. No responder a las peticiones de ayuda del niño para resolver problemas con los compañeros.
- Adolescencia: el padre o la madre renuncia a su rol parental y no muestra interés por él o ella. Ejemplos de conductas: rechazo a comentar las actividades y los intereses del adolescente, concentración en otras relaciones que reemplazan al adolescente como objeto de afecto.



## Niveles de gravedad en la negligencia emocional

1. Leve: las conductas de negligencia psíquica no son frecuentes y/o su intensidad es leve. La situación emocional del niño no presenta secuelas negativas como consecuencia de estas conductas.
2. Moderado: las conductas de negligencia psíquica son frecuentes y generalizadas. Puede hablarse de una falta importante de atención al niño en momentos determinados y/o ante problemas concretos de éste; no obstante, hay aspectos positivos importantes en el trato y la atención emocional que los padres proporcionan al niño. La situación emocional del niño ha recibido un daño significativo, y tiene dificultades para funcionar adaptativamente en diversos de los roles normales para su edad.
3. Grave/urgente: las conductas de negligencia psíquica son constantes y su intensidad elevada. El niño no tiene acceso emocional o de interacción con los padres. No hay una figura adulta dentro del ámbito familiar que compense los efectos negativos de esta negligencia. La situación emocional del niño presenta un daño severo y su desarrollo se encuentra seriamente comprometido. El niño necesita atención/tratamiento especializado.

### 4.4.6. Abuso sexual (Le Boeuf 1982)

#### INDICADORES FÍSICOS EN EL NIÑO/A

- Dificultad para andar y sentarse.
- Ropa interior rasgada, manchada o con sangre.
- 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 cérvix o la vulva inflamadas o rojas.
- Tiene semen en la boca, los genitales o la ropa.
- Presencia de cuerpos extraños en la uretra, la vejiga o el ano.
- Infecciones urinarias de repetición.
- Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia).

## INDICADORES DEL COMPORTA- MIENTO DEL NIÑO/A

### SEXUALES:

- Conductas sexuales impropias de la edad: masturbación compulsiva, caricias bucogenitales, conductas sexualmente seductoras, agresiones sexuales a otros niños más pequeños o iguales.
- Conocimientos sexuales impropios de su edad.
- Afirmaciones sexuales claras e inadecuadas.

### NO SEXUALES:

- Desórdenes funcionales: problemas de sueño, enuresis y encopresi, desórdenes del apetito (anorexia o bulimia), estreñimiento mantenido.
- Problemas emocionales: depresión, ansiedad, aislamiento, fantasías excesivas, conductas regresivas, falta de control emocional, fobias repetidas y variadas, problemas psicósomáticos o labilidad afectiva, culpa o vergüenza extremas.
- Problemas conductuales: agresiones, huidas, conductas delictivas, consumo excesivo de alcohol y drogas, conductas autodestructivas o intentos de suicidio.
- Problemas en el desarrollo cognitivo: retrasos en el habla, problemas de atención, fracaso escolar, retraimiento, disminución del rendimiento, retrasos del crecimiento no orgánicos, accidentes frecuentes, psicomotricidad lenta o hiperactividad.

## CONDUCTA DEL CUIDADOR/A

- Extremadamente protector o celoso del niño.
- Anima al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador/a.
- Sufrió abuso sexual durante la infancia.
- Padres o responsables aislados o con pocas habilidades sociales.
- Confusión de los roles familiares padres/hijos.
- Padre no biológico de los hijos.
- Dificultades en el matrimonio.
- En situaciones de hacinamiento.
- Padres con dificultades para el control de los impulsos: uso abusivo de sustancias tóxicas, violencia doméstica y/o enfermedad mental.

## Requisitos para señalar la presencia de abuso sexual

Para señalar la presencia de abuso sexual se requiere que se haya producido al menos una vez alguna de las situaciones señaladas dentro de la categorización de abuso sexual realizada en capítulos anteriores (sin contacto físico, vejaciones y /o con contacto físico).

## Niveles de gravedad en el abuso sexual

1. Leve: abuso sexual sin contacto físico, protagonizado por una persona ajena a la familia del menor, que ha tenido lugar en una sola ocasión, y en el que el niño dispone del apoyo de sus padres.
2. Moderado: abuso sexual sin contacto físico, protagonizado por una persona ajena a la familia del menor, que ha tenido lugar en diversas ocasiones, en que el niño dispone del apoyo de sus padres.
3. Grave/urgente: incesto (con contacto físico o sin) y abuso sexual extrafamiliar con contacto físico.

Según el Protocolo marco interdisciplinario de actuaciones en los casos de maltrato infantil en las Islas Baleares, todos los casos de abuso sexual, incluida la sospecha, se tienen que notificar como caso urgente.

## 4.5. Factores de compensación

Es importante advertir que la presencia de factores de riesgo no significa automáticamente la aparición de malos tratos o de incapacidad para cuidar adecuadamente a los hijos. De hecho hay familias que presentan algunos de estos factores de riesgo y, sin embargo, ofrecen buen trato a sus hijos.

Así, también hay otros factores que pueden compensar y proteger a estas familias y reducir la probabilidad de que se produzca el maltrato (factores protectores), el conocimiento de los cuales permite entender la importancia de implantar programas y servicios que ayuden a estas familias a reducir las situaciones de riesgo.

Estos factores compensadores pueden considerarse también en el ámbito individual, familiar y sociocultural.

### FACTORES INDIVIDUALES

- Buena capacidad intelectual.
- Reconocer que se han tenido experiencias de maltrato durante la infancia.
- Historia de relaciones positivas con uno de los progenitores.
- Poseer habilidades y talentos especiales.
- Poseer habilidades interpersonales adecuadas.

### FACTORES FAMILIARES

- Tener hijos físicamente sanos.
- Apoyo del cónyuge o pareja.
- Seguridad económica.
- Habilidades de enfrentamiento de problemas, empatía.

### FACTORES SOCIOCULTURALES

- Presencia de apoyos sociales efectivos.
- Ausencia de acontecimientos estresantes.
- Fuerte afiliación religiosa.
- Haber tenido buenas experiencias escolares y relaciones con los iguales.
- Intervenciones terapéuticas.
- Asunción sociocultural del niño como sujeto de derechos.
- Divulgación de los Derechos del Niño reconocidos por las Naciones Unidas.
- Prosperidad económica.
- Normas culturales opuestas al uso de la violencia.
- Buena comunidad con servicios.
- Confortable calidad de vida.
- Fuentes de apoyo social informal.
- Adecuados recursos de cuidado y atención.
- Trabajo estable.







# 5

## ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES





# ÁMBITO DE LOS SERVICIOS SOCIALES

La Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Islas Baleares, señala que el sistema público de servicios sociales está integrado por el conjunto de recursos, prestaciones, actividades, programas, proyectos y equipamientos destinados al bienestar social de la población. Este sistema público de servicios sociales, que funciona de manera integrada y coordinada en red, se orienta a detectar, prevenir y atender las situaciones de vulnerabilidad y a trabajar las situaciones de necesidades descritas en la misma Ley.

El sistema público de servicios sociales que diseña la mencionada Ley, se estructura en servicios sociales comunitarios, que a su vez comprenden los servicios comunitarios básicos y específicos (municipales), y los servicios sociales especializados (los servicios de protección de menores de los consells insulares competentes).

Entre las funciones que corresponden a estos servicios se encuentra la aplicación de protocolos de detección, prevención y atención ante malos tratos a personas de los colectivos más vulnerables, entre los que se encuentran los menores de edad.

## 5.1. La intervención en situaciones de maltrato infantil

La protección a la infancia consiste en garantizar la integración del menor en sus grupos naturales de convivencia, en unas condiciones que posibiliten su participación en la vida familiar, social, cultural y económica, y a potenciar el desarrollo como individuos.

A la hora de tratar las situaciones de maltrato infantil nos encontramos con dos niveles de intervención: uno primario o comunitario, en el cual se incluyen aquellos colectivos profesionales más próximos a la población (servicios sociales comunitarios, escuela, jardín de infancia, ámbito policial, etc.), nivel al que corresponden las funciones de detección, notificación, valoración y seguimiento de casos de maltrato; un segundo nivel más especializado son los equipos de protección de menores, que llevan a cabo la protección en sentido estricto de los casos graves y urgentes.

Tenemos que resaltar la importancia que en la detección y valoración de estas situaciones tiene la coordinación de los profesionales tanto en el mismo nivel como entre diferentes niveles. Toda intervención tiene que seguir un proceso con fases preestablecidas (Fuertes 2002):

### DetECCIÓN Y NOTIFICACIÓN

- Atender inmediatamente a todos los informantes.
- Reconocer o identificar la existencia de situaciones sospechosas de maltrato infantil. Notificar o transmitir información sobre el menor que se sospecha que está siendo maltratado. Recoger

información (identificación del caso, situación notificada, evaluación inicial de la gravedad del caso y determinación del proceso que se tiene que seguir).

Cuando se habla de responsables en la detección y notificación de situaciones de desprotección infantil se hace referencia a:

- Ciudadanos en general (vecinos, familiares, etc.).
- Profesionales en contacto con la infancia (personal sanitario, educativo, de servicios sociales, etc.).

## Investigación

- Comprobar la validez de la notificación.
- Evaluar el riesgo en el que se encuentra al niño.
- Proveer servicios de urgencias, si hace falta.

## Evaluación

- Estudiar y analizar las características del incidente, del menor, de su familia y del entorno, con el fin de determinar la situación en la que se encuentra el menor (de riesgo o de desamparo).
- Conocer las necesidades, circunstancias, motivaciones y potencialidades de la familia.
- Conocer las necesidades especiales y potenciales del niño.
- Determinar los factores causales de la situación.
- Identificar las áreas de intervención.
- Tomar decisiones y elaborar un plan de caso (determinación de la ubicación del menor; objetivos, actuaciones y recursos a desarrollar; medidas administrativas a adoptar).

## Intervención y seguimiento

- Aplicar el plan de caso elaborado.
- Valorar la necesidad de cambios en el plan de caso.

Los servicios sociales especializados de protección de menores son los órganos competentes en la valoración, la intervención y el seguimiento en los casos de maltrato infantil graves o urgentes. No obstante, es importante realizar este proceso en coordinación con los diferentes profesionales en contacto con el menor.

Teniendo en cuenta lo que establece la normativa vigente en materia de protección a la infancia, es competencia de los servicios de protección infantil aquellas situaciones en las cuales:

- El sujeto implicado sea menor de 18 años.
- La situación supone una violación, real o potencial, del derecho del niño a recibir el cuidado

y atención a escala físicos, cognitivos, emocionales o sociales requeridos para asegurar un desarrollo sano.

- Inicialmente, hay indicios razonables para pensar que el daño que recibe el niño (o el riesgo de que el daño se produzca) está motivado por los actos o las omisiones de sus padres o cuidadores.

El término maltrato infantil hace referencia a un amplio conjunto de situaciones a causa del hecho de que no todos los problemas repercuten de igual manera en las atenciones de los niños. Estas situaciones pueden ir desde el riesgo leve, moderado o grave, hasta un desamparo que requiera la separación temporal o definitiva del menor de su entorno familiar.

En una valoración inicial, la urgencia de las situaciones es determinada por:

- Tipo y gravedad del incidente (que se ponga en grave peligro la integridad física o el desarrollo personal del menor).
- Presencia/ausencia de personas que ejerzan un papel protector del menor en su entorno.

La gravedad hace referencia a la intensidad del daño sufrido por el menor, teniendo en cuenta tanto la dimensión de la lesión como sus consecuencias.

El riesgo indica la probabilidad de que una situación o un incidente puedan volver a ocurrir y se vulneren las necesidades básicas del niño.

En España disponemos de instrumentos cuyos objetivos son facilitar la valoración de las situaciones de desprotección infantil. Uno de los aceptados por los profesionales que están en relación con estas situaciones es el creado por Joaquín de Paul y M<sup>a</sup> Ignacia Arruabarrena (2001).

Este instrumento consta de 22 factores agrupados en 5 áreas:

**Características del incidente:**

- Severidad y frecuencia del maltrato/abandono
- Proximidad temporal del incidente
- Presencia y localización de la lesión
- Historia previa de informes de maltrato/abandono

**Factores de vulnerabilidad infantil:**

- Acceso del abusador al niño
- Edad y visibilidad del niño por parte de la comunidad
- Capacidad del niño para protegerse y cuidar de sí mismo
- Características de comportamiento del niño
- Salud mental y estado cognitivo del niño (existencia de malestar emocional, o problemas/trastornos psiquiátricos).

**Características del cuidador/a:**

- Capacidades físicas, intelectuales y emocionales
- Capacidades asociadas a la edad (ejemplos: adolescentes sin apoyos)
- Habilidades parentales y expectativas hacia el niño (capacidad de los padres de manejar la conducta infantil, reconocimiento de las necesidades infantiles ...)
- Métodos de disciplina y castigo hacia el niño
- Abuso de drogas/alcohol
- Historia de conducta violenta, antisocial o delictiva
- Historia personal de maltrato/abandono
- Interacción entre cuidador y niño

**Características del entorno familiar:**

- Relación de pareja
- Presencia de un compañero o padre/madre sustituto que afecta al cuidado que recibe al niño
- Condiciones del hogar
- Fuentes de apoyo social

**Respuesta ante la intervención:**

- Grado de conciencia del problema y motivación para el cambio

## 5.2. El papel del profesional de los servicios sociales

### 5.2.1. Los profesionales de los servicios sociales

Los profesionales de los servicios sociales constituyen un pilar fundamental en la detección tanto de situaciones de malos tratos infantiles como de riesgo social. Por su proximidad a la población, los profesionales de los servicios sociales son buenos conocedores de la realidad social que rodea el maltrato infantil. Muchos casos son detectados a través de los mismos servicios sociales en el transcurso de las diferentes tareas de información, valoración, intervención o seguimiento, individuales o en el núcleo familiar, que realizan. Otras veces, la posibilidad que tienen estos profesionales de coordinarse con servicios como la escuela infantil, el colegio o el centro de salud, les permite tener un conocimiento bastante próximo y rápido de las situaciones de riesgo o desamparo.

En la detección del maltrato infantil desde los servicios sociales se establecen dos objetivos básicos:

- Verificar cualquier sospecha de maltrato que les sea comunicada.
- Reunir toda la información posible con respecto a la situación de maltrato, del menor y del agresor e informar al servicio de protección de menores en los casos previstos.

La verdadera tarea preventiva de los servicios sociales se sitúa fundamentalmente en sus posibilidades de detectar de manera temprana aquellas situaciones familiares con indicadores de riesgo de maltrato infantil. Esta detección precoz permite intervenir preventivamente, antes incluso de que una situación de maltrato se haya producido.

Hay una serie de factores familiares que permiten a los profesionales de los servicios sociales considerar a algunas familias como de alto riesgo. La presencia de algunos de estos indicadores y su capacidad para identificar situaciones de riesgo hace que una vez que estas familias sean identificadas se establezcan los apoyos y recursos necesarios que eliminen o reduzcan este riesgo.

### 5.2.2. Indicadores de riesgo que pueden ser detectados desde los servicios sociales

- Aspecto descuidado en la higiene y en el vestido.
- Vivienda precaria/hacinamiento. Ingresos económicos muy escasos o inestables.
- Relaciones conyugales conflictivas.
- Consumos habituales de drogas/alcohol.
- Violencia doméstica.
- Existencia de sintomatología psiquiátrica.
- Ausencia de apoyos funcionales (familia, amigos, vecinos...).
- Dificultad de acceso a los recursos (educativos, sanitarios...).
- Manifestación de problemas de control sobre el menor (hace lo que quiere, es malo, desobediente...).

- Ausencia de supervisión sobre las actividades del menor (desconocimiento de lo que hace, a donde va, si va a clase, quienes son su grupo de iguales...).
- Utilización del menor como apoyo habitual en el trabajo y en las tareas domésticas (cuidado de hermanos, etc.).
- Dificultades manifiestas del menor para relacionarse con su grupo de iguales. Se quejan de características marginales de sus amigos.
- Los padres dificultan o impiden a los profesionales el contacto con el menor.







**6**

**ENTREVISTA**





# ENTREVISTA

---

Es muy importante recordar que ante cualquier sospecha de maltrato o abuso infantil se tienen que seguir las indicaciones del Protocolo marco interdisciplinario de actuaciones en casos de maltrato infantil en las Islas Baleares en cuanto a la notificación del caso, y se tiene que evitar en todo momento la victimización secundaria del menor. El objetivo es que el niño cuente lo que le ha pasado el menor número de veces posible.

En los casos en que resulte necesario entrevistar al niño o a su familia, hay una serie de recomendaciones que se tienen que tener en cuenta.

## 6.1. Entrevista con los padres: ¿qué se tiene que hacer y qué no se tiene que hacer?

Ante la sospecha de que un niño está siendo objeto de maltrato se tienen que realizar una serie de actuaciones. En primer lugar, la sospecha se fundamentará en indicadores que directa o indirectamente conocemos sobre el niño, sus padres o la situación familiar. En este momento se puede plantear la realización de una entrevista con los padres y con el niño.

Tenemos que tener presente que el tema del maltrato infantil, en general, hace que se movilicen los valores, los prejuicios y los sentimientos más profundos en el profesional (sentimientos de rechazo o censura hacia los padres, etc.). Por eso, es importante que la persona que vaya a llevar a cabo las entrevistas tenga en cuenta este aspecto e intente que sus actitudes personales ante el maltrato infantil no interfieran en sus valoraciones.

A veces no se tiene que informar a los padres de forma inmediata, con la finalidad de evitar dificultades en el proceso de investigación que realizarán los profesionales de la protección infantil (actitudes defensivas en los padres, no colaboración, etc.). No obstante, en general, es importante informar a los padres de las deficiencias que se han detectado en la atención al niño, de los problemas observados en el menor o en la familia, e informarlos también de que se iniciará una notificación o que se está proyectando enviarla.

Si esta información se ofrece con honestidad y profesionalidad puede facilitar el mejor pronóstico del caso.

Algunos de los consejos que tenemos que tener en cuenta cuando hablamos con los padres son (Filip *et al.* 1991) los que se exponen en la tabla siguiente.

| QUÉ SE TIENE QUE HACER  | QUÉ NO SE TIENE QUE HACER   |
|---|---|
| <b>EN UN PRIMER MOMENTO</b>   |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presentarse de manera honesta.</li> <li>• Asegurarse de que los padres entienden el motivo de la entrevista y responder a sus preguntas o dudas.</li> <li>• Mostrar empatía hacia los padres, es decir, tiene que ser capaz de ponerse en su lugar y percibir la realidad desde su punto de vista.</li> <li>• Entender y respetar las diferencias culturales.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manifestar horror, molestia o desaprobación hacia los padres, la situación o el niño.</li> <li>• Hablarles de manera irrespetuosa.</li> <li>• Hacer inferencias o intentar encontrar culpables.</li> <li>• Aproximarse a los padres de manera acusadora y punitiva.</li> </ul>   |
| <b>A LO LARGO DE LA ENTREVISTA</b>  |   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mostrar interés real y auténtico por su situación, sus preocupaciones, sus problemas, su bienestar, etc.</li> <li>• Destacar el papel del profesional como fuente de ayuda.</li> <li>• Permitir a los padres admitir, explicar o rechazar las alegaciones, y dejarles proporcionar información que demuestre sus argumentos.</li> <li>• Una vez escuchada la información proporcionada por los padres, y si ésta no es suficiente para extraer una conclusión, hacer preguntas adicionales para clarificarla o completarla.</li> <li>• Si los padres muestran hostilidad, ansiedad u otros tipos de sentimientos negativos, intentar hacerles ver que se entienden sus sentimientos, que son importantes y pueden ser aceptados.</li> <li>• Preparar a los padres para finalizar la entrevista reduciendo progresivamente la intensidad y pasando de los temas más personales a cuestiones más impersonales.</li> <li>• Se tiene que tratar de finalizar la entrevista de la manera más positiva posible.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilizar palabras vagas o con una fuerte carga emocional, como maltrato o abandono.</li> <li>• Formular preguntas en las que la respuesta sea sí o no, que obligan a dar una respuesta concreta.</li> <li>• Romper prematuramente los silencios. Muchos padres tienen dificultades y resistencias para hablar y necesitan tiempo para eso. El profesional puede ayudarlos mostrándose relajado y tranquilo durante los silencios.</li> </ul> |

## 6.2. Entrevista con el niño: ¿qué se tiene que hacer y qué no se tiene que hacer?

Ante la sospecha de que un niño esté sufriendo una situación de maltrato, hemos de acercarnos a él para mantener una entrevista. El niño puede sentirse confuso, deprimido, culpable o asustado, necesita que el profesional le proporcione seguridad y confianza.

Es importante dejar que el niño lo cuente con sus palabras. No tenemos que entrar en los detalles escabrosos, tenemos que intentar que lo cuente tan pocas veces como sea posible, y que de esta forma no se sienta mal. Para perfilar la situación con más detalle, si hace falta, tenemos que dejar que sean entrevistadores formados los que se encarguen.

### Factores que tenemos que tener en cuenta en la entrevista:

- La edad (en niños menores de tres años tendríamos que recurrir a otros métodos como el dibujo, el juego, los cuentos...).
- El posible impacto negativo que puede implicar la entrevista.
- La capacidad de evaluación y comprensión de la situación.
- La posibilidad de recriminación al niño por parte de su agresor por destapar la situación.
- Posibilidad de continuar el proceso; puede ocurrir que el niño o la familia se cierren cuando perciban el control.

| ENTREVISTA   |  |
|--|--|
| QUÉ SE TIENE QUE HACER   | QUÉ NO SE TIENE QUE HACER  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• La entrevista tiene que ser realizada por una persona de su confianza, a la cual respete y que le dé seguridad para contar lo que ocurre.</li><li>• Realizarla en un lugar privado.</li><li>• Sentarse cerca del niño, procurar que no haya obstáculos entre ambos (mesas, etc.).</li><li>• Tratarlo con afecto, entender que puede sentirse temeroso, asustado o avergonzado.</li><li>• Utilizar un lenguaje claro y sencillo, e intentar evitar palabras técnicas.</li><li>• Asegurar al niño la confidencialidad de la entrevista e informarlo sobre las actuaciones futuras. En caso de tener que notificar el caso, se le explicará cómo es la información que se dará y a quién se comunicará.</li><li>• No crear falsas expectativas al niño sobre lo que puede ocurrir o adónde irá, ya que puede crearle falsas ilusiones que dificulten posteriores intervenciones.</li><li>• <b>En los casos en que se sospeche que el menor ha sufrido o está sufriendo abusos sexuales, no se le tiene que interrogar, para evitar contaminar la declaración del menor. En estos casos, si el menor hace la revelación espontáneamente, lo más adecuado es comunicarlo a las autoridades competentes, que disponen de profesionales especializados.</b></li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• Manifestar horror, pasmo o desaprobación ante lo que nos ha contado.</li><li>• Dejar que se sienta culpable.</li><li>• Indagar o pedir insistentemente respuestas que el niño no está dispuesto a dar.</li><li>• Sugerirle respuestas.</li><li>• Realizar movimientos amenazadores hacia el niño.</li><li>• Pedirle que repita lo que ha ocurrido delante de otra persona.</li><li>• Realizar las entrevistas más de dos personas.</li></ul> |



# 7

## NOTIFICACIÓN DE LOS CASOS







# NOTIFICACIÓN DE LOS CASOS

---

## 7.1. ¿Qué es la notificación?

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

No tienen que detectarse sólo los casos más graves y evidentes, también hay obligación legal de notificar los casos aparentemente leves y las situaciones de riesgo.

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

## 7.2. Dificultades de la notificación

Hay algunas creencias o actitudes que pueden presentar dificultades para que se lleve a efecto la notificación de una situación:

- No denunciar un maltrato infantil porque se considera que los niños son sólo responsabilidad de sus padres.
- No notificar un caso porque se ha limitado a reprender a los padres o familiares y se espera un compromiso de cambio sobre la notificación de maltrato.
- No notificar un caso porque no se tiene una certeza absoluta sobre lo que está sucediendo.
- No conocer los mecanismos y pasos que hay que seguir para notificar estos casos.
- No notificar una situación de maltrato infantil porque se desconfía de aquello que afirma la víctima.
- Falta de confianza ante la actuación de los servicios sociales en general.

## 7.3. ¿Quién tiene que notificar los casos?

Se establece la obligación de toda persona que detecte una situación de riesgo o de posible desamparo de un menor, de prestarle auxilio inmediato y de comunicar el hecho a la autoridad o a sus agentes más próximos (Ley orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, y Ley 17/2006, de 13 de noviembre, integral de la atención y de los derechos de la infancia y de la adolescencia de las Islas Baleares).

## 7.4. ¿Dónde se tienen que notificar los casos?

Los casos se tienen que notificar a los servicios sociales comunitarios si se trata de un caso leve/moderado, y a los servicios de protección de menores si se trata de un caso grave/urgente y/o abuso sexual.

- Servicios sociales comunitarios del municipio correspondiente: casos leves/moderados
- Servicios de protección de menores: casos graves/urgentes

En aquellos casos en los que se requieran medidas urgentes y sean de carácter grave, así como ante aquellos hechos que puedan suponer la existencia de desprotección o riesgo infantil sería recomendable que, junto con la notificación, se emitiera un informe comprensivo de los hechos detectados y verificados, así como de cualquier dato que se considere de interés para valorarlos.

También se tienen que notificar en el juzgado de guardia los casos regulados por la ley en los que se requiera la comunicación a través de un informe de lesiones o en aquellas circunstancias en que no sea posible contactar con los servicios sociales con competencias en materia de protección.



# 8

## **ACTUACIONES ANTE EL MALTRATO DESDE EL ÁMBITO SANITARIO**





# ACTUACIONES ANTE EL MALTRATO DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

---

## 8.1. Prevención

Los servicios de atención primaria tienen un papel destacado en la prevención del maltrato infantil porque son los únicos servicios comunitarios a los que las familias tienen un acceso normalizado y generalizado.

Aunque cualquier estrategia de prevención de malos tratos requiere la participación de diferentes recursos de la comunidad y de las instituciones, la misión del personal sanitario tendría que orientarse a identificar factores de riesgo; potenciar factores protectores en el niño y la familia; aportar información y consejos a los padres sobre alimentación, higiene, desarrollo psicoafectivo y otras atenciones básicas de los hijos; anticipar situaciones propias del desarrollo evolutivo para minimizar preocupaciones y corregir falsas expectativas en los padres, y promover actitudes para el buen trato a la infancia.

Esta tarea preventiva, destinada a la población general, puede iniciarse ya durante el embarazo, a través de las matronas, identificando posibles factores de riesgo, incrementando las habilidades de los padres en la atención de los hijos y promoviendo las relaciones educativas y afectivas.

La prevención del maltrato exige una movilización de recursos, no sólo médicos, sino también sociales, jurídicos, policiales... y requiere, además, que todos estos recursos trabajen de manera coordinada y conjunta a través de redes profesionales.

## 8.2. Detección

### 8.2.1. Importancia de la detección precoz

El sistema sanitario es un espacio ventajoso para detectar y emprender el tratamiento de cualquier tipo de violencia, especialmente por la proximidad y la continuidad de la atención sanitaria respecto al grupo familiar. La identificación de señales de alarma de un posible maltrato infantil es un paso previo e imprescindible para la actuación y la orientación.

Además, las implicaciones del maltrato infantil en la salud del niño hacen que los profesionales del ámbito sanitario tengan un papel fundamental en la prevención, detección e intervención del maltrato infantil.

Señalamos algunos aspectos que revelan la importancia de la detección precoz de estas situaciones en los centros sanitarios:

- Por una parte, la detección precoz de las situaciones de riesgo es fundamental en los menores que presentan déficits en las atenciones que reciben en el hogar, porque cuanto antes se detecte y se notifique una situación de riesgo o de maltrato, mejores serán los resultados en la intervención que se haga con la familia del menor.
- También, desde los centros sanitarios, está la posibilidad de observar indicadores que nos alerten sobre la presencia de malos tratos emocionales que, aunque no sean evidentes físicamente, producen importantes consecuencias negativas en el desarrollo de los niños. Es importante señalar que los malos tratos que afectan a aspectos emocionales o afectivos de los menores son los que cuestan más de detectar y comunicar a otros profesionales a causa de su mayor dificultad de identificación.

La responsabilidad de los profesionales sanitarios dependerá también de su ámbito de actuación y del nivel de atención. Así, desde los centros de salud se mantiene un contacto periódico y estrecho con el niño a lo largo de todo su desarrollo, y se hace un seguimiento continuado de la atención y los cuidados que recibe. Eso, además, permite observar disfunciones en las relaciones entre padres e hijos y profundizar en aquellas situaciones sospechosas de malos tratos.

Desde un hospital se está en condiciones de observar la conducta del menor durante el ingreso, los hábitos y costumbres, la interrelación del niño con su familia, incluso orientar la sospecha clínica en función del tipo de lesiones.

### 8.2.2. ¿Qué es detectar?

Detectar significa reconocer o identificar la existencia de una posible situación de maltrato infantil. Es un paso importante para poder intervenir con el niño o niña y la familia que sufre



esta situación, y proporcionarles la ayuda necesaria para corregirla.

Cuanto antes se detecte la situación de riesgo o maltrato, mejores serán los resultados en la intervención que posteriormente se lleve a cabo.

Determinadas señales pueden alertarnos o ayudar a reconocer una posible situación de maltrato en el niño. La identificación de estos indicadores se puede hacer a partir de datos derivados de la historia clínica y sociofamiliar, del examen físico o, si es el caso, de pruebas complementarias y, también, de la observación de la conducta del niño, la actitud o la competencia de sus padres o cuidadores o de la información obtenida por otros profesionales.

La sospecha de malos tratos puede obligarnos a notificar el caso a los servicios correspondientes. Así, ante la aparición repetida de algún indicador o la concurrencia de diversos, hay que ser cauto y juicioso, pero también decidido. Una vez identificada y analizada la situación de maltrato o desprotección del menor desde el ámbito sanitario, la unidad de trabajo social del centro (si la hay) la notificará a la entidad competente. El protocolo de actuación se detallará en los apartados siguientes.

### **8.2.3. Indicadores de maltrato específicos para el ámbito sanitario**

#### **Indicadores de riesgo en la madre durante el periodo prenatal y neonatal**

- Primera visita médica pasada la semana 20 de gestación
- Falta de control médico
- Habitualmente va a visitas médicas sin cita previa
- Tiene un funcionamiento deficiente en el día a día, dificultades para organizarse de forma racional el tiempo y las obligaciones, falta de hábitos y rutinas
- Es joven, adolescente o inmadura
- Tensiones en la pareja durante el embarazo
- Ausencia de padre o de cualquier persona que pueda ayudar a la madre
- Negligencia personal de la madre (higiene, alimentación...)
- Enfermedades de transmisión sexual
- Toxicomanía o alcoholismo
- Problemas psiquiátricos o psicológicos durante el embarazo
- Carencias afectivas de la madre, baja autoestima o indiferencia emocional
- Actitud negativa enfrente del embarazo
- Embarazo abocado inicialmente a la interrupción voluntaria, hijo/a no deseado/a o falta de aceptación del rol de madre
- Planteamientos de ceder al niño en la adopción

#### **Además, es posible observar los siguientes factores de riesgo después del parto**

- Dificultades para crear el vínculo madre-hijo/a
- Actitud de rechazo hacia el recién nacido

- Ignora las demandas del niño de ser alimentado o atendido
- Siente repulsión hacia las atenciones del niño (alimentación, cambio de pañales...)
- Se muestra decepcionada por las características del niño
- Estado de ánimo deprimido: habla con tristeza y pesimismo de su nuevo hijo/a, falta de ilusión a la hora de ponerle nombre, etc.
- Antecedentes de maltrato en otros hijos

## Indicadores observables desde la consulta de pediatría

- Incomparecencia a consultas ambulatorias
- Insistencia en ingresos hospitalarios sin causa médica justificada
- Inadecuación de las dietas no justificables
- Inadecuación del vestuario a la climatología
- Seguimiento inadecuado de las enfermedades agudas o crónicas. Incumplimiento de los tratamientos médicos prescritos
- Retrasos inexplicables de crecimiento/maduración
- Engaños familiares en aspectos de salud, sociales...
- Repetición de accidentes
- El niño relata escenas de maltrato
- El niño mantiene una actitud temerosa hacia los padres

## Indicadores observables durante los ingresos hospitalarios

- Familias que abandonan al niño sin justificación, muestran más preocupación por la televisión, las relaciones sociales, que por cuidar al niño
- Padres que hacen visitas de duración escasa
- No se presentan para hablar con los médicos
- No aportan datos escritos de otros ingresos
- Los padres se pelean en el centro, rivalizan entre ellos por el niño
- Los padres no dan importancia a las heridas o enfermedades del niño. No se preocupan por su evolución
- Comentarios del niño sobre actuaciones de los padres
- Adaptación del niño al hospital demasiado fácil o precoz
- Hospitalismo inverso: niño que en casa es apático, poco comunicativo, irritable y triste, en el centro adopta una actitud positiva
- El niño expresa deseos de no volver al domicilio

## Indicadores observables desde los servicios de urgencias

- Retraso en ir al centro sanitario
- Lesiones incoherentes con el motivo explicado
- Empeoramiento de enfermedades crónicas sin tratar
- Accidentalidad por negligencias familiares
- Dificultad para quitarle la ropa interior al niño

- Los padres van a diferentes centros hospitalarios
- Manifestaciones conductuales inexplicables en los niños
- Actitudes de autoestimulación o actos agresivos
- Dificultad para ser sociable en presencia de la familia

## **Indicadores observables desde las consultas de salud mental**

- Trastornos en el desarrollo: aprendizaje, habla, desarrollo emocional, retraso mental, fracaso escolar...
- Psicósomáticos y funcionales: cefaleas, enuresis, encopresi, trastornos del sueño, anorexia, bulimia...
- Conductuales: masturbación compulsiva, juegos sexuales inadecuados para su edad, aislamiento, retraimiento, agresividad, escapadas del hogar, conducta antisocial, hiperactividad...
- Psiquiátricos: automutilación, intentos de suicidio, psicosis...
- Neuróticos: estructuras obsesivas, fobias, depresión, ansiedad, regresión...

## **8.3. Notificación:**

### **¿qué hacer ante una situación de maltrato?**

Una vez detectada la situación, empiezan una serie de actuaciones de carácter multidisciplinar cuyo objetivo es proteger al menor y ofrecerle un entorno seguro y saludable para su desarrollo. De nada sirve detectar si después no se comunica a las instituciones que tienen la capacidad de intervenir para solucionar esta situación.

La notificación del caso es una condición necesaria y obligatoria para posibilitar la intervención de los servicios de protección del menor. No sólo se tienen que notificar los casos graves de maltrato, sino que también se tienen que notificar los aparentemente leves o moderados y las situaciones de riesgo.

#### **8.3.1. Actuación en situaciones leves o moderadas**

Consiste en notificar a los servicios sociales comunitarios cualquier indicador o situación que implique que el menor no está siendo atendido con las garantías suficientes para su bienestar, pero los indicadores de desprotección detectados no implican un peligro inminente para la salud y la vida del menor, o no hay sospecha de que se esté sufriendo un abuso sexual.

Las situaciones de riesgo son aquéllas en que no hay daño evidente pero las circunstancias que rodean al menor hacen pensar que se pueda producir. Cuando desde el ámbito sanitario se observen éstas situaciones, las actuaciones que se tienen que llevar a cabo serán las siguientes:

- El profesional sanitario que detecte el caso tiene que rellenar la Hoja de notificación.
- Notificar la situación a los servicios sociales comunitarios.
- Si el centro dispone de una unidad de trabajo social, el profesional sanitario que ha rellenado la Hoja de notificación lo entregará a esta unidad, desde la cual se remitirá a los servicios sociales comunitarios.
- Si el centro no dispone de esta unidad, será el profesional sanitario que ha detectado el caso quien lo remita directamente a los servicios sociales comunitarios.

El profesional que notifique la situación colaborará y se coordinará con los servicios sociales comunitarios en todo aquello relativo al proceso de investigación.

#### **8.3.2. Actuación en los casos urgentes, graves o de abuso sexual**

Se inicia cuando la integridad física o psicológica del menor se encuentre gravemente comprometida o su vida corra peligro, esto es, cuando se cumplan los criterios de gravedad y de probabilidad de que el maltrato vuelva a repetirse.

La actuación de urgencia puede producirse tanto en casos de sospecha fundamentada como en aquellos casos en que hay certeza de malos tratos.

El objetivo principal de la actuación de urgencia es garantizar la seguridad y el bienestar del menor. Por eso, es necesario, además, que el profesional del ámbito sanitario comunique la situación a otros profesionales implicados en la protección a la infancia.

Aparte de las diferencias que se puedan dar en relación con el diagnóstico y el tratamiento entre el ámbito de la atención primaria o el hospital, los profesionales sanitarios que detectan el caso tendrían que notificarlo siguiendo el siguiente procedimiento de notificación:

- Notificar el caso, bien a través de la unidad de trabajo social de su centro o directamente, remitiendo la Hoja de notificación al servicio de protección de menores del Consell insular que corresponda, para la adopción de las medidas oportunas de protección del menor.
- En presencia de lesiones, comunicación de la situación al juzgado de guardia a través del comunicado de lesiones.
- En situaciones urgentes de posibles malos tratos sexuales (abusos/agresiones sexuales) hace falta la notificación inmediata a la autoridad judicial para la exploración conjunta del pediatra y del médico forense, con el fin de evitar reexploraciones y victimizaciones secundarias.

Ante una situación urgente, los profesionales sanitarios del centro de salud pueden remitir el caso al hospital a través del servicio de urgencias, especialmente si hay lesiones graves, situación de desamparo familiar o riesgo de que el caso se pierda.

Otras veces no será necesaria la derivación a un centro hospitalario, pero hará falta notificar el caso al servicio de protección de menores del Consell insular que corresponda, remitiendo la Hoja de notificación, y comunicar al juzgado de guardia, a través de un parte de lesiones, la presencia o la sospecha de abuso sexual.

## 8.4. Anotaciones al Protocolo de detección del maltrato

### 8.4.1. Objetivo

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

Para esto, se presentaron las **hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil**, protocolos simples y fáciles de rellenar que sirven para alertar a los servicios sociales comunitarios ante la sospecha de la existencia de maltrato de un menor; esta misma hoja llegará al registro de datos creado por la Comunidad Autónoma (RUMI), donde se contabilizará el número de casos y los tipos de malos tratos que se vayan produciendo. La tercera hoja permitirá guardar la información recogida de forma ordenada en el expediente del niño.

Los objetivos propuestos son:

- Cubrir una laguna importante en el conocimiento del fenómeno del maltrato infantil, que actualmente se da, básicamente, a través de los expedientes de protección; por lo tanto, a través de aquellos casos que pasan por los servicios sociales y, además, con un determinado nivel de gravedad.
- Implicar y sensibilizar a los profesionales de los diferentes ámbitos de atención a la infancia en el fenómeno del maltrato.
- Utilizar el concepto de maltrato y sus tipologías comunes.

**La hoja de registro supone una herramienta que permite la comunicación de casos de riesgo o de su sospecha de una forma cómoda, detallada y estandarizada.**

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

#### • **Objetivos priorizados**

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

#### • **Lugar**

Esta hoja de registro ha sido elaborada para que la rellene desde los servicios de atención primaria, hospitalaria, de salud mental... cualquier profesional sanitario (se consideran

profesionales sanitarios aquéllos que desarrollan su actividad profesional en el ámbito de la atención sanitaria: médicos, enfermeros, matronas, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales...).

### • Criterios de elaboración y aplicación

1. La dificultad de la detección de los malos tratos condiciona la petición a los profesionales responsables de valorar una realidad que probablemente, excepto en el caso de lesiones, en el ámbito de los servicios sanitarios sólo se intuye, dado que su constatación implica necesariamente medios más complejos. La cuota de subjetividad que implica asumir una valoración de este tipo se supone que queda justificada por la gravedad de la situación que tiene el objeto de atención, y por la posibilidad de ampliar el número de situaciones que, sin etiquetarse como maltrato, puedan requerir intervenciones preventivas.
2. Por lo tanto, el proceso de rellenar esta hoja de registro tiene que partir de la intuición o valoración del profesional relativa a la atención que los adultos responsables puedan estar prestando a los menores, mientras el profesional rellena el historial clínico correspondiente. Esta primera valoración orientará posteriores peticiones de información a la familia en las que sea posible enfocar, de forma más concreta, las dificultades que la familia encuentra en la atención y la supervisión de los niños.
3. La información que contiene esta hoja de registro intenta no exceder de aquélla que pueda obtenerse en una o, como mucho, dos entrevistas. Este registro, a la hora de rellenarlo, no exige que se contesten todos y cada uno de los ítems, ya que eso puede implicar una sobrecarga de trabajo y dedicación al servicio encargado de la detección. La adscripción de nuevas tareas a servicios ya saturados puede dar lugar a la inhibición de los profesionales ante la tarea solicitada.
4. Los profesionales responsables de rellenar la hoja de registro tienen que estar informados del destino de los datos que se incluyen, con la finalidad de poder informar al usuario de su valoración sobre la situación de riesgo y de la necesidad de intervención de otros servicios que disponen de recursos y medios técnicos más adecuados.
5. Comunicar al usuario que se ha rellenado el protocolo de detección, e incluso el contenido, evitará que se creen situaciones de indefensión que no favorecen las intervenciones posteriores y, en cualquier caso, tiene que implicar una oferta de apoyo especializado.
6. Los principios de actuación del actual sistema de protección de menores (desjudicialización, responsabilidad de los servicios sociales, intervención en situaciones de riesgo, no separar al niño de la familia, todo según su interés superior) suponen la atención a los casos de maltrato infantil según las necesidades del niño, y rompe con falsas creencias y modelos anteriores basados en el tribunal tutelar de menores.
7. El criterio general sería notificar aquellos casos que requieren ayuda y, por lo tanto, se realiza la comunicación/interconsulta a los servicios sociales pertinentes.





# 9

## **LA ATENCIÓN A LA EMBARAZADA Y AL RECIÉN NACIDO**



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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La notificación tiene que hacerse siempre a los servicios sociales y, a través de éstos, a las instituciones que se consideren necesarias por el apoyo y la seguridad que puedan facilitar, como el Instituto Balear de la Mujer, equipos de atención temprana, Fiscalía de Menores, Policía Nacional (Servicio de Atención a la Familia, SAF), Guardia Civil (Equipo de Mujer y Menor, EMUME), maternidad, pediatras, médicos de familia, servicio de protección de menores de la Comunidad Autónoma...

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

# Anotaciones al protocolo de detección de riesgo social en la embarazada y el recién nacido

## • Objetivos priorizados

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

## • Lugar

La Hoja de notificación ha sido elaborada para que lo rellenen desde las consultas de obstetricia, matronas, pediatras, personal de enfermería, enfermeras visitadoras... y todos aquellos que intervengan en la atención a la mujer embarazada y el recién nacido.

## • Criterios de elaboración y aplicación

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

usuario de su valoración acerca de la situación de riesgo y de la necesidad de intervención de otros servicios que cuentan con recursos y medios técnicos más adecuados.

- 5.** La comunicación al usuario de la cumplimentación del protocolo de detección, e incluso de su contenido, evitará que se creen situaciones de indefensión que no favorecen las intervenciones posteriores, y en cualquier caso debe implicar una oferta de apoyo especializado.
- 6.** Los principios de actuación del actual sistema de protección de menores (desjudicialización, responsabilidad de los servicios sociales, intervención en situaciones de riesgo, no separar al niño de la familia, todo según el interés superior del niño) suponen la atención a los casos de maltrato infantil según las necesidades del niño rompiendo con falsas creencias y modelos anteriores basados en el Tutelar de Menores.
- 7.** El criterio general para notificar serían aquellos casos que requieren ayuda y, por tanto, se realiza la comunicación / interconsulta con los servicios sociales.
- 8.** La coordinación es una palabra clave en la intervención en casos de maltrato infantil resultando la realización del trabajo sanitario y social de forma conjunta e imprescindible para la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos de maltrato infantil, correspondiendo a cada ámbito profesional encargarse de las actividades propias de su actividad.
- 9.** No sólo los casos detectados más graves y evidentes deben ser notificados, también los aparentemente leves y las situaciones de riesgo existe obligación de notificarlas. Debemos ser rigurosos, ya que si se notifican numerosos casos erróneos se saturan los servicios, se pierde eficacia, las instituciones pierden credibilidad y se pueden producir daños irreparables a los menores y sus familias.
- 10.** Debe realizarse un seguimiento posterior del niño y su familia no limitándose al tratamiento de la crisis.








# 10

## HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL



# 10.1. Ámbito sanitario

Modelo de hoja de notificación de riesgo.



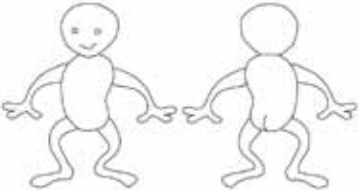
## HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

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

Sospecha   
 Maltrato

### MALTRATO FÍSICO

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



Señale la localización de los síntomas

### NEGLIGENCIA

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

Otros síntomas o comentarios:

### MALTRATO EMOCIONAL

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

### ABUSO SEXUAL

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

Configuración del himen<sup>19</sup>

### IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <b>Identificación del niño</b>  |   | Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input checked="" type="checkbox"/> <b>SI</b>                        |  |
| Apellidos <input style="width: 150px;" type="text"/>  |   | Nombre <input style="width: 150px;" type="text"/>  |  |
| Domicilio <input style="width: 150px;" type="text"/>  |   | Localidad <input style="width: 150px;" type="text"/> Teléfono <input style="width: 100px;" type="text"/> |  |
| Sexo <input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M   | Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100px;" type="text"/>  |  |  |
| Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 100px;" type="text"/> |   |  |  |
| <b>Identificación del notificador</b>   |   | Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100px;" type="text"/>               |  |
| Centro: <input style="width: 150px;" type="text"/>  |   | Servicio / Consulta: <input style="width: 150px;" type="text"/>  |  |
| Nombre: <input style="width: 150px;" type="text"/>  |   | Área sanitaria <input style="width: 100px;" type="text"/>  |  |
| Profesional   | <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo | N.º Colegiado <input style="width: 100px;" type="text"/>   |  |

## ANEXO

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

**L (Leve):** circunstancias que requieren un seguimiento,

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

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

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

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

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

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

## Instrucciones de uso de la Hoja de Notificación

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sospecha  Maltrato

**ANÁLISIS DE SÍNTOMAS**

1. Abandono voluntario  
 2. Abandono involuntario  
 3. Negligencia  
 4. Maltrato físico  
 5. Maltrato emocional  
 6. Maltrato sexual  
 7. Abuso sexual  
 8. Incesto  
 9. Explotación laboral  
 10. Explotación económica

**SEVERIDAD**

L. Leve  
 M. Moderado  
 G. Grave

**ANÁLISIS DE SÍNTOMAS**

1. Abandono voluntario  
 2. Abandono involuntario  
 3. Negligencia  
 4. Maltrato físico  
 5. Maltrato emocional  
 6. Maltrato sexual  
 7. Abuso sexual  
 8. Incesto  
 9. Explotación laboral  
 10. Explotación económica

**ABUSO SEXUAL**

1. Coacción física  
 2. Intercambio de favores  
 3. Coerción psicológica  
 4. Intercambio de favores  
 5. Intercambio de favores  
 6. Intercambio de favores  
 7. Intercambio de favores  
 8. Intercambio de favores  
 9. Intercambio de favores  
 10. Intercambio de favores

Tamaño himenal (medida máxima en mm):

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tachar o señalar lo que proceda)

Identificación del niño:  Caso de defunción del sujeto

Do:  No primer nombre del niño nacido:

Sexo:  Fecha de nacimiento (Escriba mes/año/día):

Nombre:  Apellido:  Fecha de notificación (Escriba mes/año/día):

Identificación del notificador:

Nombre:  Puesto:

Profesional:  Médico  Enfermero  Trabajador Social  Médico  Psicólogo  IP Colegiado:



## 10.2. Embarazada y recién nacido

Modelo de hoja de notificación de riesgo.



### HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO EN LA EMBARAZADA Y EL RECIÉN NACIDO

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

#### PRENATAL

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Embarazo abocado inicialmente a interrupción voluntaria <sup>1</sup>         | <input type="checkbox"/> Hijo no deseado <sup>2</sup>                                   |
| <input type="checkbox"/> Planteamiento de ceder al niño en adopción <sup>3</sup>                      | <input type="checkbox"/> Crisis familiares múltiples <sup>4</sup>                       |
| <input type="checkbox"/> 1.ª visita médica > 20 semana de gestación <sup>5</sup>                      | <input type="checkbox"/> Soltera / padre desconocido <sup>6</sup>                       |
| <input type="checkbox"/> Menos de 5 consultas médicas durante el embarazo <sup>4</sup>                | <input type="checkbox"/> Toxicomanías <sup>15</sup>                                     |
| <input type="checkbox"/> Distancia entre los nacimientos menos de 18 meses <sup>7</sup>               | <input type="checkbox"/> Pobre autoestima, aislamiento social o depresión <sup>11</sup> |
| <input type="checkbox"/> Parejas jóvenes (menores de 21 años) <sup>8</sup>                            |   |
| Valoración Global Prenatal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |   |

#### NIÑO

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Malformaciones, defectos congénitos <sup>12</sup>                        | <input type="checkbox"/> Deficiencia mental <sup>14</sup>                     |
| <input type="checkbox"/> Niño prematuro, bajo peso <sup>13</sup>                                  | <input type="checkbox"/> Trastornos del ritmo del sueño/vigilia <sup>17</sup> |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades neurológicas <sup>16</sup>                                  | <input type="checkbox"/> Imposibilidad de lactancia <sup>18</sup>             |
| Valoración Global Niño <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |   |

#### POSTNATAL

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

#### VISITA DOMICILIARIA

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hacimientos <sup>30</sup>  | <input type="checkbox"/> Nivel de habitabilidad deficiente <sup>36</sup> |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas <sup>31</sup>   | <input type="checkbox"/> Escasa higiene <sup>35</sup>                    |
| <input type="checkbox"/> Falta de equipamientos <sup>32</sup>   | <input type="checkbox"/> Rechazo, no visita <sup>34</sup>                |
| <input type="checkbox"/> Adaptación de la vivienda al niño <sup>33</sup>                                  |  |
| Valoración Global Domiciliaria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  |

#### Comentarios

#### IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Táchese lo que no proceda)

|   |  |
|---|--|
| <b>Identificación de la madre</b>   |  |
| Datos primeras iniciales del Primer apellido <input type="checkbox"/>   | Datos primeras iniciales del Segundo apellido <input type="checkbox"/> |
| Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input type="checkbox"/>  | Teléfono <input type="checkbox"/>                                      |
| Domicilio <input type="checkbox"/>  | Código Postal <input type="checkbox"/>                                 |
| <b>Identificación del niño</b>  |  |
| Datos primeras iniciales del Primer apellido <input type="checkbox"/>   | Datos primeras iniciales del Segundo apellido <input type="checkbox"/> |
| Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input type="checkbox"/>  | Sexo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                 |
| <b>Identificación del notificador</b>   |  |
| Centro: <input type="checkbox"/>  | Área Insalud <input type="checkbox"/>                                  |
| Servicio / Consulta <input type="checkbox"/>  | Nombre: <input type="checkbox"/>                                       |
| Profesional <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | N.º de colegiado <input type="checkbox"/>                              |

**L (Leve):** circunstancias que requieren un seguimiento.

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

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

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

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

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

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

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



## Instrucciones de uso de la Hoja de Notificación

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

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

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

| INDICADOR                                | SE                       | INDICADOR                                 | SE                       |
|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (1)  | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (2)   | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (2)  | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (3)   | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (3)  | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (4)   | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (4)  | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (5)   | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (5)  | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (6)   | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (6)  | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (7)   | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (7)  | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (8)   | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (8)  | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (9)   | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (9)  | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (10)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (10) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (11)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (11) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (12)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (12) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (13)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (13) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (14)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (14) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (15)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (15) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (16)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (16) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (17)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (17) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (18)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (18) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (19)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (19) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (20)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (20) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (21)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (21) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (22)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (22) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (23)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (23) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (24)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (24) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (25)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (25) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (26)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (26) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (27)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (27) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (28)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (28) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (29)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (29) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (30)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (30) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (31)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (31) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (32)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (32) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (33)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (33) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (34)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (34) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (35)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (35) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (36)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (36) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (37)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (37) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (38)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (38) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (39)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (39) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (40)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (40) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (41)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (41) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (42)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (42) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (43)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (43) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (44)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (44) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (45)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (45) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (46)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (46) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (47)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (47) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (48)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (48) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (49)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (49) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (50)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (50) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (51)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (51) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (52)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (52) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (53)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (53) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (54)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (54) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (55)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (55) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (56)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (56) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (57)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (57) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (58)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (58) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (59)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (59) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (60)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (60) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (61)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (61) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (62)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (62) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (63)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (63) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (64)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (64) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (65)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (65) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (66)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (66) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (67)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (67) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (68)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (68) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (69)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (69) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (70)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (70) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (71)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (71) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (72)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (72) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (73)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (73) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (74)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (74) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (75)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (75) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (76)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (76) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (77)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (77) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (78)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (78) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (79)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (79) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (80)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (80) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (81)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (81) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (82)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (82) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (83)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (83) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (84)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (84) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (85)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (85) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (86)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (86) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (87)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (87) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (88)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (88) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (89)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (89) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (90)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (90) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (91)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (91) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (92)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (92) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (93)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (93) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (94)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (94) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (95)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (95) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (96)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (96) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (97)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (97) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (98)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (98) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (99)  | <input type="checkbox"/> |
| Embarazo de riesgo o de alto riesgo (99) | <input type="checkbox"/> | Madre con antecedentes de violencia (100) | <input type="checkbox"/> |

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

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

Bajo los indicadores de cada situación se encuentra una escala para valorar la magnitud de los indicadores seleccionados por la persona no-

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

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

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

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

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (datos de identificación de la madre)

Identificación de la madre:  Datos personales del sujeto notificado

Identificación del niño:  Datos personales del sujeto notificado

Identificación del notificador:  Datos personales del sujeto notificado

Fecha de notificación:  /  /

Lugar:

Nombre:

Apellido:

Código postal:

Ciudad:

País:

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

Por último, existe un área dedicada a la identificación de la persona que realiza la notificación. Es imprescindible rellenar este

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

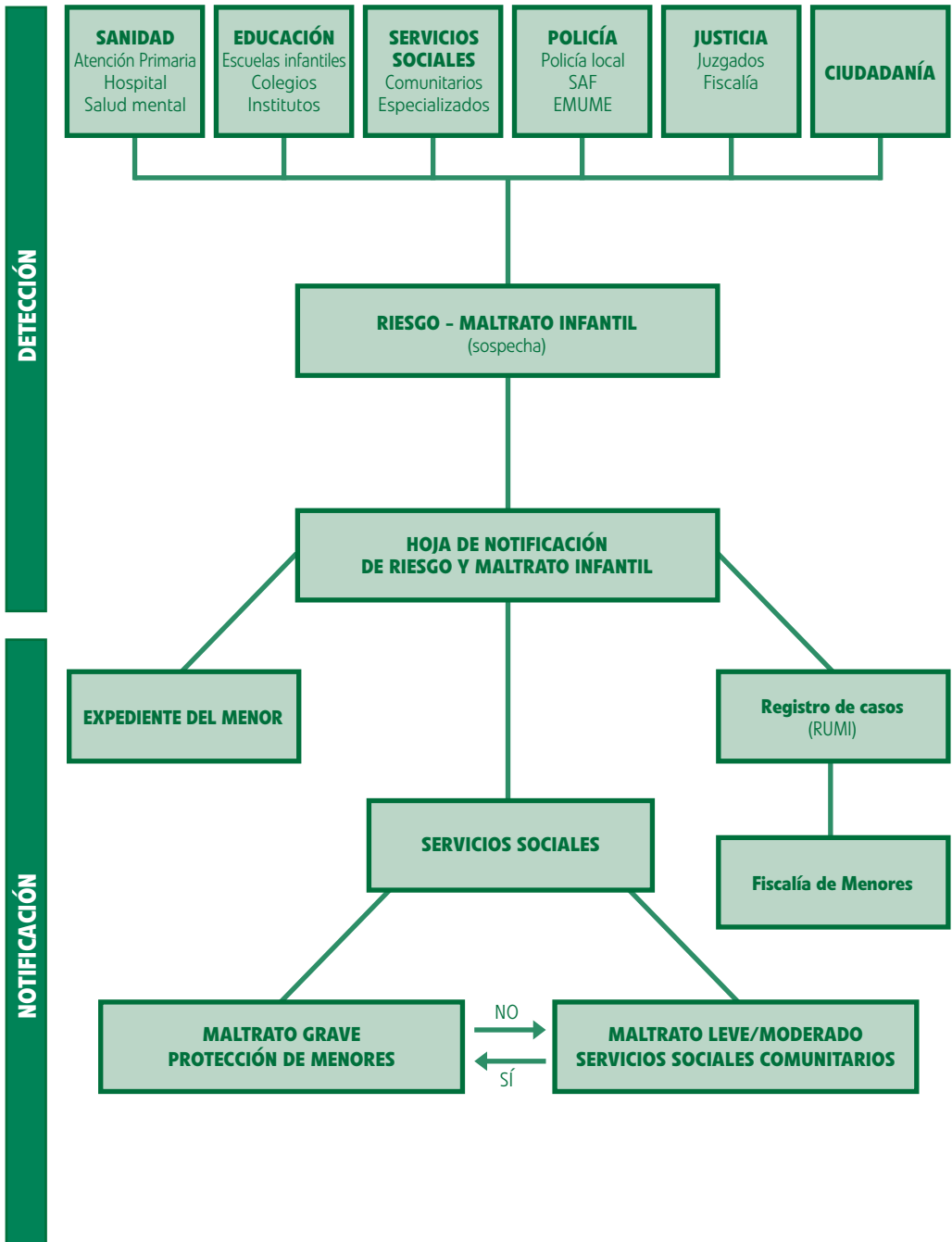
Cada hoja de notificación consta de tres copias en papel autocopiativo. Una copia deberá permanecer en la historia clínica para el seguimiento del caso si fuera necesario, otra copia se enviará por correo al servicio de proceso de datos y una tercera copia se entregará al profesional de los servicios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

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

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

Para cualquier aclaración dirigirse a:

## Circuito general de notificaciones de casos







**11**

**DIRECCIONES  
Y TELÉFONOS  
DE INTERÉS**





# DIRECCIONES Y TELÉFONOS DE INTERÉS

**Teléfono de emergencia:** 112

**Policía local:** 092

**Policía Nacional:** 091

**Guardia Civil:** 062

**Urgencias sanitarias:** 061

## **Gobierno de las Islas Baleares**

Consejería de Asuntos Sociales, Promoción e Inmigración. Dirección General de Menores y Familia  
C/ de Sant Joan de la Salle, 4 B, bajos  
07003 Palma  
Tel.: 971 17 74 00 Fax: 971 17 64 40

## **Consejo Insular de Mallorca**

Servicio de Protección de Menores. Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales (IMAS)  
C/ del General Riera, 67  
07010 Palma  
Tel.: 971 76 33 25 Fax: 971 76 04 75

## **Consejo Insular de Menorca**

Servicio Insular de Familia  
C/ de Vasallo, 33 B  
07703 Mahón  
Tel.: 971 36 12 12 Fax: 971 35 00 03

## **Consejo Insular de Ibiza**

Servicio de Protección de Menores  
C/ de Cosme Vidal Llàser, s/n  
07800 Ibiza  
Tel.: 971 19 56 12 Fax: 971 39 90 94

## **Consejo Insular de Formentera**

Consejería de Bienestar Social y Juventud  
Vénda des Brolls, 53  
07860 Sant Francesc  
Tel.: 971 32 12 71 Fax: 971 32 20 39

## **Juzgados de guardia**

Av. de Alemanya, 5, 4º  
07003 Palma  
Tel.: 971 71 82 24 / 971 71 87 45  
Fax: 971 72 10 07







**12**

**BIBLIOGRAFÍA**



# BIBLIOGRAFÍA

---

DÍAZ AGUADO, MARIA JOSÉ [dir.] ***El desarrollo socio-emocional de los niños maltratados***. Ministerio de Asuntos Sociales, 1996. (Colección "Serie Estudios", 26)

DÍAZ HUERTAS, JOSÉ ANTONIO [et al.] ***Atención al niño en situación de riesgo biopsicosocial***. Madrid: Comunidad de Madrid. Consejería de Servicios Sociales. Instituto Madrileño del Menor y la Familia, 1996.

FILIP, J.; SCHENE, P.; MCDANIEL, N. ***Helping in child protective services. A casework handbook***. Englewood, Colorado: American Humane Association, 1991.

FUERTES, J. ***"Los servicios de protección a la infancia"***. *Cuadernos de Pedagogía*, 310 (2002).

GARBARINO, J.; GUTTMANN, D.; SEELEY, J. W. ***The psychologically battered child***. Londres: Jossey-Bass, 1986.

***Guía de detección y notificación ante situaciones de desamparo y de riesgo en la infancia***. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Gerencia de Servicios Sociales, 1998.

***Guía para detectar, notificar y derivar situaciones de maltrato infantil en Aragón***. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Instituto Aragonés de Servicios Sociales, 2001.

***Guía para la detección y notificación de situaciones de riesgo y maltrato infantil***. Gobierno de Canarias. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Protección del Menor y la Familia.

GÓMEZ PÉREZ, EVA. ***Guía para la atención al maltrato infantil***. Santander: Universidad de Cantabria, 2002.

GRACIA, E.; MUSITU, G. ***El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo***. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1993.

LE BOEUF, CLAIRE M. [ed.] ***The role of the educator in the prevention and treatment of child abuse and neglect***. Community Council on Child Abuse & Neglect, 1982.

LÓPEZ SÁNCHEZ, FÉLIX [et al.] ***Necesidades de la infancia y protección infantil***. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1995. 2 vols.

LÓPEZ SÁNCHEZ, FÉLIX; CAMPO SÁNCHEZ, AMAIA DEL. ***Prevención de abusos sexuales a menores. Guía para padres y educadores***. Salamanca: Amarú Ediciones, 1999.

LÓPEZ, FÉLIX; ETXEBARRIA, ITZIAR; FUENTES, MARÍA JESÚS. **Desarrollo afectivo y social**. Madrid: Pirámide, 1999.

**Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos**. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio de la Infancia, 2006.

MARTÍNEZ FERNÁNDEZ, M.<sup>a</sup> JOSÉ; ROMEU SORIANO, F. J.; SÁEZ TEJERINA, M.<sup>a</sup> LUISA. **El papel del ámbito social en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil**. Valencia: Consejería de Bienestar Social. Dirección General de la Familia, Menores y Adopciones, 2007.

PARRA ORTEGA, J. A.; GARCÍA SERRANO, J.; MOMPEÁN FRANCO, P. [coord.] **Maltrato infantil. Protocolos de actuación**. Consejería de Trabajo y Política Social. Secretaria Sectorial de Acción Social, Menor y Familia. Dirección General de Política Social, 2000.

PAÚL OCHOTORENA, JOAQUÍN DE; ARRUBARRENA MADARIAGA, MARÍA IGNACIA. **Manual de protección infantil**. Barcelona: Masson, 2001.

**Por el buen trato a la infancia**. Junta de Extremadura. Consejería de Bienestar Social. Dirección General de Infancia y Familia.

ROMEU SORIANO, F. J. [coord.] **El papel del ámbito policial en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil**. Valencia: Generalidad Valenciana. Consejería de Bienestar Social. Dirección General de la Familia, Menores y Adopciones, 2002.

— **El papel del ámbito sanitario en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil**. Valencia: Generalidad Valenciana. Consejería de Bienestar Social. Dirección General de la Familia, Menores y Adopciones, 2006.

— **El papel del ámbito educativo en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil**. Valencia: Generalidad Valenciana. Consejería de Bienestar Social. Dirección General de la Familia, Menores y Adopciones, 2006.









**Govern  
de les Illes Balears**

Conselleria d'Afers Socials,  
Promoció i Immigració  
Direcció General de Menors i Família

<http://aferssocials.illesbalears.cat>

