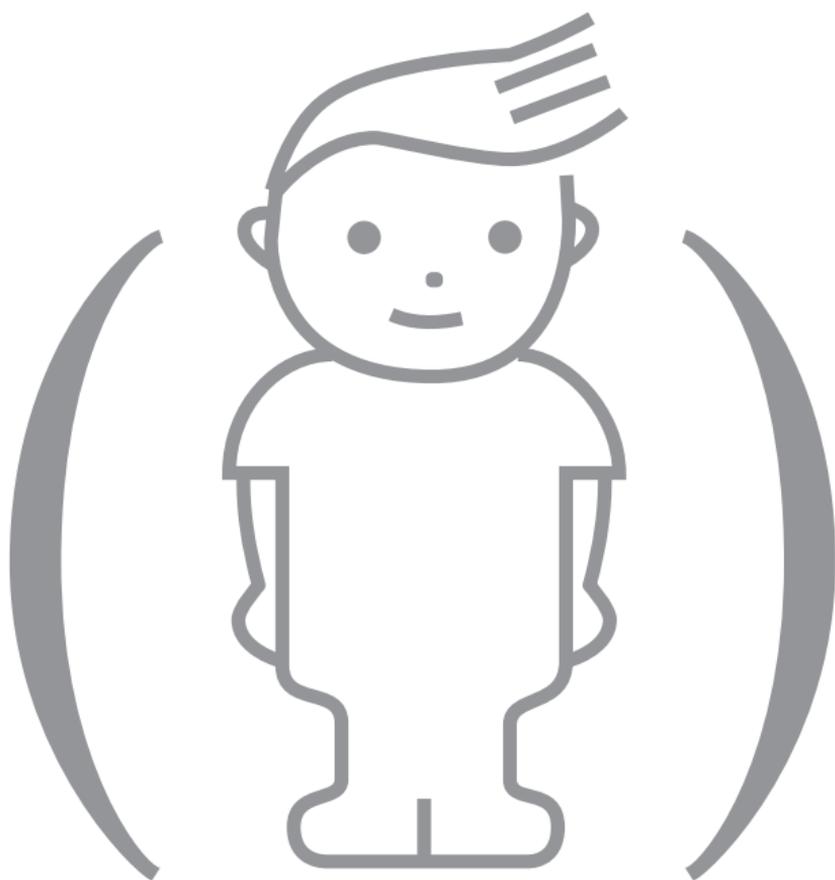


GUÍA PARA EL PROFESIONAL



**ATENCIÓN AL  
MALTRATO  
INFANTIL  
DESDE EL  
ÁMBITO  
SANITARIO**



**PROGRAMA  
DE ATENCIÓN  
AL MALTRATO  
INFANTIL DESDE  
EL ÁMBITO  
SANITARIO**



**Región de Murcia**  
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración  
Dirección General de Familia y Menor

## **ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO**

**Edición Electrónica:** [www.carm.es/ctra/maltratoinfantil](http://www.carm.es/ctra/maltratoinfantil)

### **EQUIPO DE TRABAJO:**

**Jesús Alejandro Salmerón Giménez.**

Técnico Responsable de Información y Estudios.

Dirección General de Familia y Menor.

**Francisco Pérez Hernández.**

Psicólogo.

Dirección General de Familia y Menor.

**Manuel Serrano Gil.**

Médico.

**Amor Gea Serrano.**

Responsable de la Unidad de Trabajo Social y Atención al Usuario.

Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

### **Distribución:**

#### **Edita:**

Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor

**Imprime:** Imprenta Regional

**Elaboración:** Imprenta Regional

**D.L.** MU-2.418-2004

**I.S.B.N.** 84-87926-43-6

## **ÍNDICE**

Págs.

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
<b>LAS NECESIDADES DE LA INFANCIA</b> .....	7
Necesidades físico-biológicas.....	7
Necesidades cognitivas.....	7
Necesidades sociales y emocionales.....	7
<b>MALTRATO INFANTIL: CONCEPTO Y TIPOLOGÍA</b> .....	9
Concepto.....	9
Tipología (según el momento en el que se produce –prenatal, postnatal-, según los autores, según la acción u omisión concreta que se está produciendo –maltrato físico, negligencia, maltrato emocional, abuso sexual-). .....	9
Otros tipos de malos tratos (explotación laboral, maltrato institucional, corrupción)... ..	13
<b>FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MALTRATO</b>	15
Factores de riesgo.....	15
Factores de compensación.....	18
<b>MARCO LEGAL</b> .....	21
Nivel internacional y europeo, nivel estatal, nivel autonómico.....	21
<b>PROTOCOLO DE ACTUACIÓN</b> .....	25
<b>DETECCIÓN DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL</b> .....	29
Indicadores de maltrato infantil como herramienta de detección.....	29
Indicadores de detección desglosados por tipo de maltrato .....	31
Indicadores de detección específicos del ámbito sanitario .....	37
<b>VALORACIÓN INICIAL DE LA SITUACIÓN DE DESPROTECCIÓN</b> .....	47
Valoración de la gravedad.....	47

Valoración de la probabilidad de que el maltrato vuelva a repetirse .....	48
<b>PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN SEGÚN LA URGENCIA DEL CASO .....</b>	<b>51</b>
Procedimiento de actuación ante situaciones no urgentes. ....	51
Procedimiento de actuación antes situaciones urgentes. ....	51
Notificación de la situación de maltrato urgente y no urgente.....	53
<b>MODELO DE HOJA DE NOTIFICACIÓN DEL ÁMBITO SANITARIO.....</b>	<b>55</b>
<b>PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL ÁMBITO SANITARIO .....</b>	<b>56</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>57</b>

## **INTRODUCCIÓN**

La Dirección General de Familia y Menor, en colaboración con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, está implementando el Programa Experimental “Detección, Notificación y Registro de Casos de Maltrato Infantil en la Región de Murcia”.

Este programa abarca la formación de profesionales, estudios epidemiológicos, atención a niños maltratados, prevención, etc. y, en su conjunto, supone implicar tanto a los profesionales del ámbito sanitario, como a instituciones públicas y privadas relacionadas con la atención a la infancia en la detección, intervención y prevención del maltrato infantil. La aplicación de este Programa en el ámbito sanitario de la Región de Murcia se realiza desde la Dirección General de Familia y Menor de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, y en colaboración con la Consejería de Sanidad a través del Servicio Murciano de Salud.

Por todo ello, uno de los primeros pasos que se propusieron fue la implantación de unas hojas de detección y notificación de maltrato infantil en toda la red sanitaria del municipio de Murcia, que paulatinamente se están instaurando en toda la Región de Murcia, y que han sido diseñadas por el Observatorio de la Infancia.

En este sentido, bajo el título “Hojas de Detección y Notificación de Maltrato Infantil” los días 25 y 26 de noviembre de 2003 se desarrolló una primera jornada de formación sobre el Programa Experimental dirigida a profesionales de los centros sanitarios del municipio de Murcia.

El objetivo de esta jornada fue presentar el Programa Experimental, al mismo tiempo que iniciar a los profesionales asistentes en la utilización de las hojas de detección, así como aumentar sus conocimientos acerca de la infancia con especial incidencia en indicadores de riesgo e indicadores de maltrato, con el objetivo último de mejorar las técnicas para abordar la atención integral a la infancia. Esta misma experiencia se está realizando en todos los Centros de Atención Primaria, Centros de Salud Mental y Hospitales del conjunto de la red sanitaria de la Región de Murcia.

Esta guía para el profesional es un resumen aplicado al ámbito sanitario de los “Protocolos de Actuación de Maltrato Infantil” publicados por la Dirección General de Familia y Menor en la dirección <http://www.carm.es/ctra/maltratoinfantil>. Para cualquier consulta respecto al Programa de Atención al Maltrato Infantil en el ámbito sanitario, pueden dirigirse a los teléfonos 968-273160 y 968-365158.

## **LAS NECESIDADES DE LA INFANCIA**

Para poder iniciar intervenciones encaminadas a garantizar el bienestar de los menores es necesario conocer previamente las necesidades de la infancia e identificar las situaciones que incumplen la satisfacción adecuada de éstas y que vulneran los derechos fundamentales de la población infantil.

La adecuada satisfacción de necesidades básicas y universales establece el límite entre el “buen trato” y el “mal trato” y constituye la clave del bienestar infantil. De hecho, la inadecuada atención de los niños es lo que da lugar a las diferentes formas de maltrato y desprotección infantil.

La clasificación de López (1995) es utilizada de una forma generalizada por los profesionales dedicados a la protección infantil, debido a la relación que establece entre las necesidades de los menores y las diferentes formas de maltrato a la infancia, al margen de la forma concreta en que en cada cultura se satisfagan esas necesidades.

- **Las necesidades físico-biológicas.** Hacen referencia a las condiciones que deben cumplirse para garantizar la subsistencia y un desarrollo físico saludable. Este tipo de necesidades incluye la alimentación, la temperatura, la higiene, el sueño, la actividad física, la protección de riesgos y la salud.
- **Las necesidades cognitivas.** Se refieren a las condiciones que deben darse para que las personas puedan conocer y estructurar las experiencias del mundo que les rodea. También son aquellos elementos necesarios para la adquisición de mecanismos de comunicación que le harán accesible a los demás y, a su vez, entender a los otros. Este tipo de necesidades incluye la estimulación sensorial, la exploración física y social, y la comprensión de la realidad física y social.
- **Las necesidades emocionales y sociales.** Hacen referencia a las condiciones que deben cumplirse para que los sujetos presenten un desarrollo afectivo adecuado y saludable. También hacen referencia a aquellos elementos necesarios

para la adquisición de estrategias de expresión de sentimientos y conductas de interacción con los demás. Dentro de esta categoría se incluye la necesidad de ser querido, protegido, apoyado, aceptado, motivado y valorado. Asimismo se considera la necesidad de establecer relaciones de confianza con los cuidadores principales, de amistad y compañerismo con los iguales, de participar en actividades comunes y juegos, de desarrollar conductas progresivamente más autónomas, de ser escuchados y de recibir respuestas.

## **MALTRATO INFANTIL: CONCEPTO Y TIPOLOGÍA**

### CONCEPTO

La **Convención de los Derechos de los Niños de las Naciones Unidas**, en su Artículo 19, se refiere al maltrato infantil como: *“Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo”*.

La legislación española define el desamparo legal, **Código Civil, Art. 172**, como: *“Situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material”*.

A partir de estos conceptos se establece una definición aceptada por una buena parte de los profesionales que trabajan en el tema de la protección infantil y que considera el maltrato infantil como: *“Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”*.

Esta es la definición aportada por el **Observatorio de la Infancia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales**, y será la que a partir de ahora se asumirá como la definición más apropiada para referirse a los malos tratos a la infancia.

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

### TIPOLOGÍA

Son las diferentes formas en que se manifiesta la no atención al niño según sus derechos y sus necesidades.

### MALTRATO PRENATAL

El recién nacido presenta alteraciones como crecimiento anormal, patrones neurológicos anómalos, síndromes de abstinencia, etc. imputables al consumo de drogas, alcohol, o a la falta de cuidados durante el embarazo.

#### *Por acción*

Circunstancias de vida de la madre en las que exista voluntariedad, que influyan negativa o patológicamente en el embarazo y repercutan en el feto.

Formas:

- Hábitos tóxicos de la madre: alcoholismo (síndrome alcohólico fetal), toxicomanías (síndrome de abstinencia neonatal), promiscuidad sexual, enfermedades de transmisión sexual, tensiones graves y múltiples en la pareja durante el embarazo, embarazo abocado inicialmente a la interrupción voluntaria, hijo no deseado, falta de aceptación del rol de madre.

#### *Por omisión*

No-atención a las necesidades y cuidados propios del embarazo, que tienen repercusiones en el feto. Formas:

- Embarazos sin seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal, negligencia personal en alimentación e higiene.

### MALTRATO FÍSICO

Uso del castigo físico como método de disciplina habitual, propinar golpes o palizas al niño debido a la falta de control o a reacciones de ira de los cuidadores; que el niño esté mal alimentado, mal vestido, sucio; que no se atiendan sus necesidades médicas, de seguridad, de educación, etc.

#### *Por acción*

Cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo. Formas:

- Lesiones cutáneas (equimosis, heridas, hematomas, excoriaciones, escaldaduras, quemaduras, mor-

deduras, alopecia traumática), fracturas, zandedado, asfixia mecánica, intoxicaciones, síndrome de Münchausen por poderes (provocar o inventar síntomas en los niños que inducen a someterlos a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios).

***Por omisión (negligencia)***

Situación en que las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, higiene, cuidados médicos) y su seguridad (protección, vigilancia...) no son atendidas temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con el niño o niña. Formas:

- Desatención, abandono, retraso de crecimiento no orgánico, malnutrición, raquitismo, "niños de la calle", constantemente sucio, problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de los cuidados médicos rutinarios (vacunaciones).

**MALTRATO EMOCIONAL**

Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, o constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles (desde evitación hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro del grupo familiar.

***Por acción***

Acción capaz de originar cuadros psicológicos – psiquiátricos por afectar a sus necesidades según los diferentes estadios evolutivos y características del niño (pueden causar serios deterioros en el desarrollo emocional, social e intelectual). Formas:

- Rechazar (negarse a admitir la legitimidad e importancia de las necesidades del niño).
- Aterrorizar (amenazar al niño con un castigo extremo o con uno vago pero siniestro que intentan crearle un miedo intenso).
- Situaciones de violencia doméstica que se producen de forma habitual en presencia del niño o niña.

***Por omisión***

Omisión o negligencia en la atención a las necesidades emocionales del niño. Formas:

- Falta persistente de respuestas por parte de los padres o cuidadores a la proximidad e interacción iniciadas por el niño (privación afectiva).
- Falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura estable.
- No atender las necesidades afectivas del niño (cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, rol en la familia, autoestima, etc.).
- Ignorar (privar al niño de la estimulación necesaria limitando su crecimiento emocional y su desarrollo intelectual).
- Aislar (privar al niño de oportunidades para entablar relaciones sociales).

**ABUSO SEXUAL**

Podemos encontrar que los autores son adultos (utilización que un adulto hace de un menor de 18 años para satisfacer sus deseos sexuales desde una posición de poder o autoridad, pudiendo hacerse uso del engaño, la amenaza o la violencia), u otros menores (situaciones en las que los abusadores son menores de 18 años que abusan de niños de menor edad).

***Por acción***

Abuso sexual, implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto. Formas:

- Con contacto físico: violación, incesto, vejación sexual (tocamiento/manoseo a un niño con o sin ropa, alentar, forzar o permitir a un niño que toque de forma inapropiada al adulto).
- 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, promover la prostitución infantil, pornografía.

***Por omisión***

No atender a las necesidades del niño y a su protección en el área de la sexualidad. Formas:

- No dar credibilidad al niño, desatender su demanda de ayuda, no educar en la asertividad, madre que prefiere “no verlo”, consentimiento pasivo en el incesto, falta de protección, formación e información.

OTROS TIPOS DE MALOS TRATOS

**EXPLOTACIÓN LABORAL**

***Por acción***

Utilización de niños para obtener beneficio económico, que implique explotación y el desempeño de cualquier trabajo que pueda entorpecer su educación, o ser nocivo para su salud o desarrollo físico, mental, espiritual o social. Formas:

- Mendicidad, trabajo profesional, venta ambulante... con desatención al niño.

***Por omisión***

No atender las necesidades educativas del niño y de formación para la vida laboral. Formas:

- Falta de preparación laboral y / o escolarización que afecte a sus posibilidades profesionales atribuibles a omisión o negligencia de los adultos responsables.

**MALTRATO INSTITUCIONAL**

***Por acción***

Cualquier legislación, programa, procedimiento o actuación de los poderes públicos, o derivada de la actuación individual profesional, que comporte abuso, detrimento de la salud, seguridad, estado emocional, bienestar físico, correcta maduración, o que viole los derechos básicos del niño. Formas:

- Burocracia excesiva, realizar exploraciones médicas innecesarias o repetidas, no respetar los derechos del niño...

***Por omisión***

Omisión o negligencia de los poderes públicos, o derivada de la actuación individual profesional, que comporte abuso, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración, o que viole los derechos básicos del niño. Formas:

- Falta de agilidad en la toma de medidas de protección, en la coordinación, en los equipamientos necesarios para la atención al niño y su familia.

***Corrupción***

Los padres facilitan y refuerzan pautas de conductas antisocial o desviadas (especialmente en el área de la agresividad, sexualidad y drogas) que impiden el normal desarrollo e integración social del niño. También se incluyen situaciones en las que los padres utilizan al niño para la realización de acciones delictivas (transporte de drogas, hurtos...).

A pesar de la utilidad práctica de considerar los diferentes subtipos de malos tratos infantiles de forma independiente, es necesario saber que en la realidad no es frecuente encontrar casos en los que únicamente se dé una única categoría de maltrato infantil: lo frecuente es que exista solapamiento entre las distintas formas (maltrato físico y maltrato emocional, abandono físico y emocional, etc.).

## **FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MALTRATO**

Los estudios que abordan el origen del maltrato infantil analizando causas únicas y aisladas muestran resultados poco concluyentes. Las investigaciones actuales sobre el comportamiento humano adoptan una perspectiva en la que se analiza la interacción entre diferentes factores que pueden incidir en ese comportamiento.

### **FACTORES DE RIESGO**

Conocer esta naturaleza multicausal es necesario si queremos detectar situaciones en las que, a pesar de que no se haya producido aún ningún episodio de maltrato infantil, existen determinados factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que ocurran episodios de maltrato, bien por parte de los padres o cuidadores, bien por parte del niño (Wolfe, 1987; Díaz Aguado et al., 1995; Milner, 1990).

#### **FACTORES INDIVIDUALES DE LOS PADRES O CUIDADORES**

- Haber sido objeto de abuso o negligencia en su infancia y carecer de modelos de crianza adecuados.
- Hiperreactividad a los estímulos del ambiente, en concreto a los relacionados con el menor, como son los lloros o juegos, y que conlleva respuestas desproporcionadas e impulsivas.
- Baja tolerancia al estrés, por lo que se ven desbordados fácilmente por las conductas de sus hijos.
- Pocas habilidades para resolver conflictos, niegan el problema, se aíslan o reaccionan agresivamente.
- Déficit de estrategias para resolver los problemas que se presentan en la educación de los niños.
- Trastornos emocionales (ansiedad, depresión, etc.) mentales o físicos, que les impide reconocer y responder adecuadamente a las necesidades del niño.
- Baja autoestima y fuerte dependencia emocional de otras personas, por lo que priorizan su necesidad emocional a la de sus hijos.

- Problemas de ludopatía, drogodependencias o alcoholismo que les impide atender y percibir las necesidades de sus hijos.
- Dificultades para ponerse en el lugar de sus hijos y falta de sensibilidad por sus necesidades.
- Estilo comportamental y conceptual rígido, bajo nivel intelectual, que les dificulta adaptarse a las necesidades cambiantes de sus hijos.

### FACTORES INDIVIDUALES DEL NIÑO

- El nacimiento prematuro, con bajo peso, con temperamento difícil.
- El déficit físico o psíquico.
- Las enfermedades neurológicas congénitas o adquiridas.
- Los problemas médicos crónicos o retrasos en el desarrollo.
- Los problemas de conducta (agresividad, oposición, mentiras, absentismo escolar, etc.).
- La insatisfacción de las expectativas de sus padres (por sexo, salud, atractivo físico, etc.).

También podemos encontrar factores de riesgo relacionados con el funcionamiento familiar (de Paúl et al., 1988; Crittenden, 1985; Cerezo, 1992) y relacionados con el contexto socio-cultural (Gracia y Musitu, 1993; Garbarino et al., 1986).

### FACTORES FAMILIARES

- Composición familiar, cuando se evidencia desestructuración, poca cohesión y cuando los roles y funciones de sus miembros no están delimitados ni definidos. En general, se ha encontrado riesgo asociado a familias formadas por un solo progenitor, elevado número de hijos, padres adolescentes, o excesivamente inmaduros, o familias reconstituidas.
- Los conflictos conyugales que pueden desembocar en episodios de violencia dirigida al hijo. La violencia de la pareja funciona de modelo para la resolución de conflictos del niño con otros y para la legitimación de la violencia como modo de resolver conflictos.

- El estilo perceptivo de los padres con respecto al hijo está distorsionado. Tienden a percibir la conducta de sus hijos de forma negativa, como intencionada para provocarles.
- La falta de expectativas realistas con respecto al comportamiento y capacidades de su hijo: en ocasiones atribuyéndoles más responsabilidades y capacidades de las que pueden asumir, en otras subestimando sus capacidades.
- El desconocimiento acerca de las necesidades infantiles produce con frecuencia sentimientos de incapacidad en los padres y conflictos con los hijos.
- El estilo de disciplina utilizado por los padres es excesivamente laxo o excesivamente punitivo, y manifiestan dificultades para controlar la conducta de sus hijos.
- La baja frecuencia de comportamientos positivos que se dirigen al niño, así como una menor interacción y comunicación con los hijos en general.

### FACTORES SOCIO-CULTURALES

- El desempleo, la pobreza, o los problemas laborales, ya que producen inseguridad, temor, irritabilidad y falta de proyección de futuro.
- El aislamiento social, puesto que conlleva que la familia carezca de fuentes de apoyo y de información, así como de puntos de referencia en el área afectiva y económica.
- La familia vive en un barrio que carece de un sentimiento de identidad, de responsabilidad colectiva y donde las condiciones de vida dominantes son la pobreza, la marginación y la violencia.
- Aprobación social de la violencia como método de resolver los problemas de relación.
- Defensa extrema del valor de la privacidad de la familia.
- Valores y actitudes negativos hacia la mujer, la infancia y la paternidad.

## 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 varios de estos factores de riesgo y, sin embargo, ofrecen buen trato a sus hijos.

Así, también existen otros factores que pueden compensar y proteger a estas familias disminuyendo la probabilidad de que se produzca el maltrato (factores protectores), cuyo conocimiento 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 sucesos estresantes.
- Afiliación religiosa fuerte.
- Haber tenido buenas experiencias escolares y relaciones con los iguales.
- Intervenciones terapéuticas.
- Asunción sociocultural del niño como sujeto de derechos.
- Divulgaciones de los Derechos del Niño reconocidos por la ONU.
- Prosperidad económica.
- Normas culturales opuestas al uso de la violencia.
- Buena comunidad con servicios.
- Confortable calidad de vida.
- Fuentes de soporte social informal.
- Adecuados recursos de cuidado y atención.
- Trabajo estable.



## **MARCO LEGAL**

Pese a que el niño es titular de derechos fundamentales, como menor dicha titularidad es ostentada de forma distinta a los mayores de edad, dada su limitada capacidad jurídica y de obrar, además de que, como personas que se están desarrollando, necesitan de terceros que les cuiden, asistan, eduquen y representen. Esta situación cristaliza en una especial vulnerabilidad que requiere una protección jurídica y administrativa eficaz que debe ser asegurada por los poderes públicos, siendo preciso crear las condiciones que favorezcan en cada menor el pleno desarrollo de su personalidad, así como su integración social.

El marco jurídico ayuda a comprender los procesos y actuaciones que se llevan a cabo desde la Administración Pública en materia de protección infantil. Dada la abundante legislación referente a los derechos de los niños y al maltrato infantil, se opta por presentarla de una forma resumida y cronológicamente ordenada en tres niveles (internacional, estatal y autonómico).

**A nivel internacional y europeo** encontramos la Declaración de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1959 (Resolución 1386, XIV), la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas de 20 de noviembre de 1989 (ratificada por el instrumento de 30 de noviembre de 1990, BOE n.º 313, de 31 de diciembre de 1990) y la Resolución A3-0172/1992, de 8 de julio, del Parlamento Europeo sobre la Carta Europea de los Derechos del Niño, todas ellas referencias legislativas que proclaman los derechos de la infancia instando a ciudadanos, organizaciones particulares, autoridades locales y gobiernos nacionales a reconocer esos derechos y promover su observancia.

**A nivel estatal**, la Constitución Española de 27 de diciembre de 1978 (BOE n.º 311, de 29 de diciembre) protege los derechos del niño a través del reconocimiento de los derechos aplicables a toda persona, tal como queda establecido en el Título I (“De los derechos y deberes fundamentales”), Capítulo Segundo (“Derechos y libertades”). Pero, es más, en el Capítulo

Tercero (“De los principios rectores de la política social y económica”) del Título I, nuestra Carta Magna protege los derechos de los niños de una manera específica, a través de lo establecido en el artículo 39:

*“1. Los poderes públicos aseguran la protección social, económica y jurídica de la familia.*

*2. Los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil. La ley posibilitará la investigación de la paternidad.*

*3. Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos en que legalmente proceda.*

*4. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”.*

Por otra parte, el Código Civil, tras la redacción dada por la Ley 21/1987, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción y otras formas de protección de menores (BOE n.º 275, de 17 de noviembre), configura la adopción como instrumento de integración familiar y en beneficio del adoptado (prevaleciendo el interés de éste sobre cualquier otro interés legítimo) y regula el acogimiento familiar, además de dar normas sobre la tutela y la guarda de los menores desamparados por parte de las Entidades Públicas a las que, en el respectivo territorio, esté encomendada la protección de los menores (la Dirección General de Familia y Menor en el caso de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia).

Concluimos este nivel estatal mencionando 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 (BOE n.º 15, de 17 de enero), que configura un amplio marco jurídico de protección a la infancia, enunciando un reconocimiento general de derechos contenidos en los Tratados Internacionales de los que España es parte, que además deben ser utilizados como mecanismo de interpretación de las distintas normas de aplica-

ción a los menores de edad y regulando los principios generales de actuación frente a situaciones de desprotección social.

**A nivel autonómico**, el Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia, aprobado por Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, (BOE n.º 146, de 19 de junio), en cuyo Título I (“De las competencias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia), artículo 10.1.18. (modificado por Ley Orgánica 1/1991), se establece que corresponde a la Comunidad Autónoma de Murcia la competencia exclusiva en materia de: *“Asistencia y bienestar social. Desarrollo comunitario. Política infantil y de la tercera edad. Instituciones de protección y tutela de menores, respetando, en todo caso, la legislación civil, penal y penitenciaria. Promoción e integración de los discapacitados, emigrantes y demás grupos sociales necesitados de especial protección, incluida la creación de centros de protección, reinserción y rehabilitación”*.

Por otro lado, la Ley 3/1995, de 21 de marzo, de la Infancia de la Región de Murcia (BORM n.º 86, de 12 de abril), enumera los principios rectores y los derechos de la infancia, establece las líneas generales de la acción protectora (medidas de apoyo y de prevención, tutela, guarda, acogimiento, adopción), recoge la gestión de las medidas de reforma, establece las competencias de la Comunidad Autónoma, de las Entidades Locales y de las Instituciones Colaboradoras de Integración Familiar, y regula además las infracciones, sanciones y el procedimiento sancionador.

El elenco legislativo que hemos referido, en suma, plasma los derechos de los menores (contemplándose la capacidad progresiva de los mismos para ejercerlos), establece las responsabilidades, deberes y competencias que configuran un sistema de protección a la infancia maltratada o en riesgo de maltrato (teniendo presente el carácter educativo de todas las medidas que para su atención o protección puedan adoptarse), así como remarca la primacía del interés del menor sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir.



## **PROTOCOLO DE ACTUACIÓN**

La protección a la infancia consiste en garantizar los derechos de los menores, en satisfacer sus necesidades básicas y en promover su integración en los grupos naturales de convivencia, en unas condiciones que posibiliten su participación en la vida familiar, social y cultural y su desarrollo como individuo.

En consecuencia podemos afirmar que la protección de menores integra un conjunto de acciones cuyo propósito es prevenir y corregir una gran diversidad de situaciones de desprotección infantil. Concretamente, las actuaciones con la infancia maltratada integran: la acción protectora propiamente dicha, y las acciones genéricas realizadas por los distintos estamentos para asegurar el buen trato a la infancia.

Ambas acciones van encaminadas a procurar que todos los niños se desarrollen íntegramente como personas y a garantizar sus derechos, estando comprometidos en esta tarea -por imperativo legal- tanto las personas (padres en ejercicio de la patria potestad, ciudadanos), como las instituciones y las organizaciones.

En este sentido, todas las Administraciones Públicas deben:

- Garantizar desde sus competencias específicas los derechos fundamentales de los niños y de su entorno familiar (artículos 39.2 y 4 de la Constitución; artículos 10 y 11 de la Ley Orgánica 1/1996).
- Notificar la existencia de situaciones de desamparo (artículo 13 de la Ley Orgánica 1/1996).
- Adoptar, en el ejercicio de sus competencias, las medidas necesarias para que los dispositivos y recursos de la comunidad ayuden especialmente a las familias en riesgo, a fin de evitar situaciones de desamparo (artículo 14 de la Ley Orgánica 1/1996).
- Promover actuaciones encaminadas a prevenir situaciones de riesgo o desamparo (artículo 11 y 12 de la Ley 3/1995), las cuales implican diferentes niveles de intervención social.

La Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero, y la Ley 3/1995 de 21 de marzo, plantean la existencia de dos tipos de situaciones que expresan la necesidad de niños, niñas y adolescentes de ser protegidos: las situaciones de riesgo y las situaciones de desamparo.

Ciñéndonos a la legislación en vigor, veamos cómo se consideran ambas situaciones:

- **Riesgo:** se define como aquella situación que, por circunstancias personales, interpersonales o del entorno, ocasiona un perjuicio para el desarrollo y bienestar personal o social del menor, sin que sea necesaria la asunción de la tutela por ministerio de la Ley por parte de la entidad pública competente en materia de protección de menores para adoptar las medidas encaminadas a su corrección. Estas situaciones se caracterizan por la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar.
- **Desamparo:** 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 los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material. El incumplimiento de los deberes de guarda hace referencia a abandono total, abandono de madre, no reconocimiento de los padres; el imposible cumplimiento a orfandad, prisión, enfermedad o ingreso hospitalario de los padres; y el inadecuado cumplimiento a maltrato y abandono físico y emocional, abuso y explotación sexual, mendicidad y explotación laboral e incapacidad para el control. La gravedad de estas situaciones es tal, que la única forma de garantizar la seguridad del niño es separarlo de su familia y asumir su tutela.

Partiendo del hecho de que los servicios sanitarios constituyen un lugar privilegiado para prevenir y detectar situaciones de riesgo y/o maltrato infantil, el objetivo básico de este protocolo no es otro sino facilitar y clarificar las funciones de los profesionales del ámbito sanitario, procurando una actuación lo más coordinada posible con el resto de instituciones, quedando estructurado en tres fases el protocolo de actuación:

1. Detección de casos de maltrato infantil.
2. Valoración inicial de la situación de desprotección.
3. Procedimiento ante situaciones no urgentes y ante situaciones urgentes.



## **DETECCIÓN DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL**

El paso previo a cualquier intervención protectora consiste en poder identificar aquellas señales que indiquen desprotección o sospecha de maltrato, y comunicarlas a la entidad competente en la materia.

Cualquier profesional (médico, enfermera, trabajador social, matrona, psicólogo) podrá detectar en su actividad diaria factores de riesgo o indicios que hagan sospechar o evidencien un maltrato infantil.

Los lugares donde, con más facilidad y frecuencia, podrá realizarse esta tarea de detección serán sobre todo:

- En A.P.S.: en la consulta programada de control y seguimiento del Programa del Niño Sano y en la consulta de pediatría, medicina general y matrona.
- En los Servicios de Urgencias: a demanda en el Centro, a domicilio, en la calle.
- En Hospitales: Hospitalización Materno-Infantil y Área de Urgencias.

Cualquier sospecha razonable, o constancia, de alguna situación de riesgo o desamparo, deberá quedar registrada en la Historia Clínica.

### **Indicadores de maltrato infantil como herramienta de detección**

En esta fase de detección se trata de reconocer o identificar una serie de indicadores que pueden estar presentes en las diferentes formas de malos tratos a la infancia. Una característica común de los indicadores es que son observables. Estos pueden referirse tanto a señales corporales, como a comportamientos de los niños afectados y de los adultos encargados de su cuidado, activando la alarma sobre una posible situación de maltrato.

Los indicadores físicos del menor hacen referencia a aquellas señales que pueden observarse en cualquier parte del cuerpo, como las heridas, magulladuras, fracturas, retraso en el desarrollo, etc., o aquellas manifestaciones físicas tales como el peso, la talla, la apariencia, etc., que son resultado de conductas negli-

gentes de los cuidadores, tales como no proporcionar una alimentación adecuada, no proporcionar afectos o cariño de forma adecuada, etc.

Los indicadores comportamentales del menor hacen referencia a aquellas reacciones comportamentales y emocionales de los niños que son consecuencia, inmediata o a largo plazo, del estrés padecido en la situación de maltrato como, por ejemplo, las reacciones de ansiedad, estrés postraumático, bajo autoconcepto, sumisión, inhibición, apatía, depresión, agresividad, cambios bruscos de rendimiento escolar, dificultades de aprendizaje, problemas de atención y concentración, faltas de asistencia a clase, etc.

Los indicadores comportamentales de los padres o cuidadores principales se refieren a la conducta y actitudes que los padres manifiestan en relación a sus hijos, así como la implicación en el cuidado y en la educación. Los niños que padecen malos tratos viven, generalmente, en ambientes familiares adversos caracterizados, entre otras cosas, por una baja responsividad e implicación emocional de los padres o cuidadores principales, altos niveles de conflictividad, relaciones inestables e impredecibles, una alta frecuencia de interacciones negativas y un bajo número de intercambios positivos.

A continuación presentamos una relación de indicadores desglosados en cada uno de los cuatro tipos de maltrato anteriormente mencionados.

**MALTRATO FÍSICO****Indicadores físicos en el niño**

- Magulladuras o hematomas: en rostro, labios o boca; en diferentes fases de cicatrización; en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos; con formas anormales, agrupados o como señal o marca del objeto con el que ha sido ocasionado; en varias áreas diferentes indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.
- Quemaduras: de puros o cigarrillos; quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (guante) o de los pies (calcetín) o quemaduras en forma de buñuelos en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en un líquido caliente; quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas; quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).
- Fracturas: en el cráneo, nariz o mandíbula; fracturas en espiral en los huesos largos (brazos o piernas); en diversas fases de cicatrización; fracturas múltiples; cualquier fractura en un niño menor de dos años.
- Heridas o raspaduras: en la boca, los labios, encías y ojos; en los genitales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- Lesiones abdominales: hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos constantes.
- Mordedura humana: huella del adulto separación mayor de 3 cms. entre caninos.
- Intoxicaciones: por ingestión de sustancias químicas (medicamentos).
- Cortes o pinchazos.
- Lesiones internas.
- Asfixia o ahogamiento.

**Indicadores comportamentales en el niño**

- Cauteloso respecto al contacto físico con adultos.

- Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran.
- Muestra conductas extremas: agresividad o rechazo extremos.
- Parece tener miedo de sus padres, de ir a casa, o llora al terminar las clases y dejar la escuela.
- Dice que su padre/madre le ha causado alguna lesión.
- Va excesivamente vestido y se niega a desnudarse ante otros.
- Es retraído y no participa en actividades y juegos comunes.
- Ingresos múltiples en distintos hospitales.
- Hermanos con enfermedades raras, inexplicables o nunca vistas.

### **Conducta del cuidador**

- Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad y problema de conducta del niño.
- No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño, o éstas son ilógicas, no convincentes o contradictorias.
- Parece no preocuparse por el niño.
- Percibe al niño de manera negativa: malo, perverso, un monstruo.
- Abuso de alcohol u otras drogas.
- Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de ésta.

## **NEGLIGENCIA**

### **Indicadores físicos en el niño**

- Constantemente sucio, con escasa higiene corporal.
- Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej: heridas sin curar) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios.
- Retraso del crecimiento.

- Infecciones leves, recurrentes o persistentes.
- Consultas frecuentes a los servicios de urgencias.
- Hematomas inexplicables.
- Accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas.
- Enfermedad crónica llamativa que no ha generado consulta médica.
- Ropa inadecuada para las condiciones climáticas.
- Alimentación y/o hábitos horarios inadecuados.

### **Indicadores comportamentales en el niño**

- Pide o roba comida.
- Comportamientos autogratificantes.
- Somnolencia, apatía, depresión.
- Hiperactividad, agresividad.
- Tendencia a la fantasía.
- Absentismo escolar.
- Se suele quedar dormido en clase.
- Llega muy temprano a la escuela y se va muy tarde.
- Dice que no hay quien le cuide.
- Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto.
- Permanencia prolongada fuera del hogar.
- Comportamientos antisociales: vandalismo, prostitución, toxicomanías.
- Retraso en las áreas madurativas.
- Problemas de aprendizaje escolar.

### **Conducta del cuidador**

- Vida en el hogar caótica.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Muestra evidencias de apatía o inutilidad.
- Tiene una enfermedad crónica.

- Los padres no presentan el aspecto de abandono de sus hijos.
- Ejerce poca supervisión y vigilancia en sus hijos.
- Despreocupación respecto a las enfermedades de sus hijos y por su prevención (incumplimiento del calendario de vacunaciones).

## MALTRATO EMOCIONAL

### Indicadores físicos en el niño

- Retraso en el desarrollo físico, talla y miembros cortos, cráneo y cara mayores en relación a la edad, piel fría y sucia, delgadez y desnutrición, cabellos frágiles con placas de alopecia...
- 0-2 años: talla corta, retraso no orgánico del crecimiento, enfermedades de origen psicosomático, retraso en todas o en algunas áreas madurativas.
- 2-6 años: talla corta, enfermedades de origen psicosomático, retraso del lenguaje, disminución de la capacidad de atención, inmadurez socioemocional.
- 6-16 años: talla corta, enfermedades de origen psicosomático.

### Indicadores comportamentales en el niño

- Retraso en el desarrollo emocional e intelectual, desconfianza hacia el adulto, inhibición del juego, paradójica reacción de adaptación a personas desconocidas...
- 0-2 años: excesiva ansiedad o rechazo en relaciones psicoafectivas, tímidos, pasivos, asustadizos, comportamientos negativistas o agresivos, ausencia de respuesta a estímulos sociales.
- 2-6 años: retraso del lenguaje, disminución de la capacidad de atención, inmadurez socioemocional, agresividad, pasividad en las relaciones sociales, hiperactividad.

- 6-16 años: problemas de aprendizaje y lectoescritura, ausencia de autoestima, escasa capacidad y habilidad ante situaciones conflictivas, inmadurez socioemocional, relaciones sociales escasas y/o conflictivas, conductas compulsivas y/o de autolesión, problemas graves de control de esfínteres.

### **Conducta del cuidador**

- Renuncia a su rol parental.
- Inaccesibilidad, no disponibilidad para el niño.
- Falta de respuesta a las conductas sociales de los niños.
- Falta de participación en las actividades diarias del niño.
- Insulta o desaprueba constantemente al niño.
- Culpa o desprecia al niño.
- Es frío o rechazante.
- Niega amor.
- Trata de manera desigual a los hermanos.
- Parece no preocupado por los problemas del niño.
- Exige al niño por encima de sus capacidades físicas, intelectuales, psíquicas.
- Tolera absolutamente todos los comportamientos del niño, sin ponerle límite alguno.

## **ABUSO SEXUAL**

### **Indicadores físicos en el niño**

- Dificultad para andar y sentarse, no relacionada con posturas inadecuadas o problemas psicomotores conocidos.
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- Se queja de dolor o picor en la zona genital.
- Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal, escoriaciones en cara interior del muslo.

- Tiene una enfermedad de transmisión sexual.
- Tiene la cérvix o vulva hinchados o rojos.
- Tiene semen en boca, genitales o ropa.
- Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano.
- Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia).
- Infecciones urinarias de repetición.

### **Indicadores comportamentales en el niño**

#### **Conductuales:**

- Dice haber sido atacado sexualmente por un padre/cuidador.
- Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales.
- Parece reservado, rechazante o con fantasías o conductas infantiles, e incluso puede parecer retrasado.
- Tiene escasas relaciones con sus compañeros.
- No quiere cambiarse de ropa para hacer gimnasia o pone dificultades para participar en actividades físicas.

#### **Psicosomáticos:**

- Trastornos del sueño y alimentación.
- Dolor abdominal, cefaleas, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, sin causas claras.
- Enuresis, encopresis.

#### **Psíquicos:**

- Baja autoestima.
- Terrores nocturnos.
- Depresiones crónicas, intentos de autolisis, auto-mutilaciones.
- Desvalorización corporal: obesidad, anorexia.
- Problemas de conducta: fugas, fracaso escolar.
- Promiscuidad sexual, prostitución masculina o femenina, travestismo.
- Criminalidad (bajo forma de abusos sexuales muchas veces), violencia.

### **Conducta del cuidador**

- Extremadamente protector o celoso del niño.
- Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador.
- Experimenta dificultades en su matrimonio.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Está frecuentemente fuera del hogar.

### **Indicadores de detección específicos del ámbito sanitario**

Dada la importancia de que los profesionales tengan conocimientos suficientes sobre los indicadores que se requieren para sospechar y establecer el diagnóstico de maltrato infantil, y ya que existen ciertas peculiaridades de estos indicadores según el ámbito de atención a la infancia del que se trate, resulta oportuno presentar, además, una selección específicamente relacionada con los profesionales sanitarios.

### **INDICADORES DE RIESGO O MALTRATO DESDE EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN SANITARIA.**

Datos derivados de la atención sanitaria que pueden indicarnos situaciones de riesgo o de maltrato infantil.

#### **TOCOLOGÍA / EAP (MÉDICO, MATRONA, ENFERMERA...)**

- Embarazo abocado inicialmente a interrupción voluntaria.
- Planteamientos de ceder al niño para adopción.
- 1.<sup>a</sup> visita médica > 20 semanas de gestación.
- Menos de 5 consultas médicas durante el embarazo.
- Parejas jóvenes con características de inmadurez.
- Pobre autoestima, aislamiento social o depresión, enfermedad mental en los padres.
- Crisis familiares múltiples.
- Hijo no deseado o poca relación con los padres.
- Enfermedad mental en los padres, toxicomanía.
- La madre no está alegre con el niño.

- Decepción por el sexo.
- Llantos del niño no controlados por la madre.
- Expectativas de la madre muy por encima de las posibilidades del hijo.
- La madre ignora las demandas del niño para ser alimentado.
- La madre siente repulsión hacia las deposiciones.
- Falta de ilusión al ponerle el nombre.
- Reacción negativa del padre hacia el niño.

#### CONSULTA (EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA)

- Incomparecencia a consultas ambulatorias.
- Insistencia en ingresos hospitalarios.
- Inadecuación de las dietas no justificables.
- Inadecuación del vestuario a la climatología.
- No seguimiento de tratamientos: vacunación.
- Retrasos inexplicables de crecimiento/maduración.
- Engaños familiares en temas de salud, sociales...
- Repetición de accidentes.
- Actitud temerosa hacia sus padres.

#### HOSPITAL

- Familias que abandonan al niño sin justificación, se preocupan más de la televisión o las relaciones sociales que por el cuidado del niño.
- Padres que realizan visitas de escasa duración.
- Falta comparecencia a hablar con los médicos.
- No aportar datos escritos de otros ingresos.
- Formas de corrección agresiva negligente en público.
- Comentarios del niño de actuaciones de los padres.
- Adaptación del niño al hospital demasiado fácil o precoz.
- Expresar deseos de no regresar a su domicilio.
- Solicitud de alta voluntaria en contra del criterio médico.

### URGENCIAS

- Retraso en acudir al centro sanitario.
- Prisas por atención médica por accidentes mínimos.
- Lesiones incoherentes con el mecanismo explicado.
- Empeoramiento de enfermedades crónicas no tratadas.
- Accidentabilidad por negligencias familiares.
- Dificultad para sacar ropa interior del niño.
- Acudir a distintos centros hospitalarios.
- Manifestaciones conductuales inexplicables.
- Actitudes de autoestimulación o autoagresivas.
- Dificultad de sociabilización en presencia de la familia.

### SALUD MENTAL

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

## LESIONES DE PIEL Y MUCOSAS

<p>Datos clínicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraso en la búsqueda de asistencia sanitaria.</li> <li>• Padres que alegan accidentes sistemáticamente.</li> <li>• Historia inaceptable, discordante o contradictoria.</li> <li>• Lesiones en diferentes estadios de evolución y asociadas a otras manifestaciones de maltrato.</li> </ul>		
<p>Lesiones</p>	<p>Provocadas</p>	<p>Accidentales</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hematomas.</li> <li>• Equimosis.</li> <li>• Laceraciones.</li> <li>• Heridas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parte próxima de las extremidades, zonas laterales de la cara.</li> <li>• Orejas y cuello, genitales y glúteos.</li> <li>• Lesiones de diferente localización.</li> <li>• Identifican huellas de mano/dedos, arcada dentaria, cable eléctrico, hebilla, plancha...</li> </ul>		
<p>Mordisco</p>	<p>&gt; 3 cm. de separación entre la huella de los caninos.</p>		<p>&lt; 3 cm.</p>
<p>Color</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Negruzco, azul oscuro.</li> <li>• Rojo violáceo.</li> <li>• Rojo púrpura.</li> <li>• Verdoso.</li> <li>• Amarillento.</li> </ul>	<p>Tiempo después del traumatismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmediato.</li> <li>• Reciente.</li> <li>• No reciente.</li> <li>• Antigua.</li> <li>• Muy antigua.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 1 día.</li> <li>• 1 a 5 días.</li> <li>• 5 a 7 días.</li> <li>• 7 a 10 días.</li> <li>• 2 a 4 semanas.</li> </ul>

QUEMADURAS		Provocadas	Accidentales
Escaldadura	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bordes.</li> <li>• Salpicaduras.</li> <li>• Forma.</li> <li>• Profundidad.</li> <li>• Grado.</li> <li>• Simetría.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nítidos, precisos.</li> <li>• Ausentes.</li> <li>• Calceín o guante, glúteos en casquete.</li> <li>• Homogénea.</li> <li>• 1.º y 2.º.</li> <li>• Frecuencia bilateral.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difusos, irregulares.</li> <li>• Presentes.</li> <li>• No definidos.</li> <li>• No homogénea.</li> <li>• 2.º y 3.º.</li> <li>• Unilateral.</li> </ul>
Por contacto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forma.</li> <li>• Bordes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cigarrillos, plancha, radiador, tenedor.</li> <li>• Nítidos, precisos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No visible, no precisa.</li> <li>• Difusos.</li> </ul>
Localización		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zonas de castigo: orejas, mejillas, hombros, brazos, palma mano, pie, glúteos, genitales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zonas descubiertas de la piel: frente, mentón, cuello, zona corbata, antebrazo.</li> </ul>
Demanda de ayuda		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diferida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmediata.</li> </ul>

<b>FRACTURAS</b>
<b>Extremidades</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Múltiples en distintos estadios evolutivos.</li> <li>• Diafisarias en espiral u oblicuas.</li> <li>• Metafisarias en “asa de cubeta” o en “esquina” secundarias a mecanismo de torsión y tracción simultáneo.</li> <li>• Despegamiento subperióstico por hemorragia sub-perióstica.</li> <li>• Formación de nuevo hueso subperióstico aparecido a los 7-10 días en forma de calcificación lineal.</li> <li>• Fractura, luxación y desplazamiento epifisario.</li> <li>• Cojera, acortamiento, deformación y desviación de extremidades como secuela.</li> </ul>
<b>Cráneo</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Múltiples, bilaterales, cruzando las suturas, a veces conminutas, con hundimiento, o “diastasadas”, asociadas o no a hematoma subdural y / o hemorragias retinianas.</li> </ul>
<b>Costillas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Múltiples, adyacentes, frecuentes en región posterior o lateral.</li> </ul>
<b>SÍNDROME DEL NIÑO ZARANDEADO</b>
<p>La cabeza del bebé, al ser zarandeado, va bruscamente hacia delante y hacia atrás (la cabeza es muy pesada y los músculos del cuello muy débiles), golpeando el cerebro contra las paredes del cráneo lo que, fácilmente, provoca hemorragias, hematoma subdural sin fractura concomitante, hemorragia retiniana, que pueden causar lesiones cerebrales, ceguera total o parcial y / o retraso mental.</p>

## INTOXICACIONES

Daño físico o que ponga en peligro la salud del niño por ingestión de compuestos o sustancias químicas (medicamentos)	
Síntoma guía	Síntoma acompañante
	Medicamento
Coma, obnubilación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barbitúricos, neurolépticos, fenotiazinas.</li> <li>• Benzodiazepinas.</li> <li>• Metanol, etilenglicol.</li> <li>• Inhibidores monoamino oxidasa (IMAO).</li> <li>• Monóxido de carbono.</li> <li>• Ácido acetil salicílico, etilenglicol, metanol.</li> <li>• Opiáceos, heroína.</li> <li>• Insulina.</li> <li>• Antidepresivos tricíclicos.</li> </ul>
Agitación, delirio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Midriasis, mucosas secas.</li> </ul>
Convulsiones generalizadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insulina.</li> <li>• Cocaína.</li> <li>• Hiponatremia, hipernatremia.</li> <li>• Simpaticomiméticos IMAO.</li> <li>• Antidepresivos tricíclicos.</li> </ul>
Hiperventilación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metanol, etilenglicol, simpaticomiméticos, ácido acetil salicílico.</li> </ul>
Arritmias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Digital, IMAO, simpaticomiméticos.</li> </ul>
Vómitos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eméticos (ipecaacuana).</li> </ul>

<b>SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODERES</b>
<p>Consiste en provocar o inventar síntomas en los niños que induzcan a someterlos a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios</p>
Síntomas
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventados, recurrentes, inexplicables, desaparecen al separar al niño de su familia y reaparecen al contactar con la madre en el domicilio o en el propio hospital.</li> <li>• Discordancia entre la historia familiar y las manifestaciones clínicas.</li> </ul>
Antecedentes
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingresos múltiples en distintos hospitales.</li> <li>• Hermanos con enfermedades "raras", accidentes frecuentes o muertes súbitas.</li> </ul>
Madres
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitan al niño con gran frecuencia, manifiestan "veneración y sobreprotección" hacia sus hijos.</li> <li>• Con estudios de medicina, enfermeras, auxiliares de clínica...</li> <li>• Amables, atentas, colaboradoras en encontrar el falso diagnóstico, inventando síntomas cada vez más sofisticados que engañan a los médicos.</li> </ul>
Médicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creen encontrarse ante enfermedades raras, inexplicables o "nunca vistas".</li> </ul>
Familia
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflictos de pareja violentos, tendencia a la droga y automedicación.</li> <li>• Padres con antecedentes de autolisis.</li> <li>• No aclaran la falsa enfermedad.</li> </ul>
Pruebas complementarias
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caos bioquímico: mezcla de sustancias extrañas con muestras de análisis.</li> <li>• Detección obligada de tóxicos en orina, vómitos y contenido gástrico.</li> </ul>

ANAMNESIS ABUSO SEXUAL									
HISTORIA	Lesiones genitales o anales recientes sin antecedente traumático.								
	<p>Himen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploración en decúbito supino y piernas en “rana”.</li> </ul> <p>Ano</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exploración en posición prono genupectoral.</li> <li>• Dilatación anal diámetro &gt;15-20 mm con ausencia de heces en ampolla rectal.</li> <li>• Orificio anal irregular después de dilatación completa.</li> </ul>								
Pruebas complementarias	E.T.S.								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Germen</th> <th>Abuso sexual</th> <th>Germen</th> <th>Abuso sexual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Neisseria gonorrhoeae.</li> <li>• Treponema pallidum.</li> <li>• V.I.H.</li> <li>• Chlamydia trachomatis.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierto.</li> <li>• Cierto.</li> <li>• Cierto.</li> <li>• Probable.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conditomas acuminados.</li> <li>• Trichomonas vaginalis.</li> <li>• Herpes genital I.</li> <li>• Herpes genital II.</li> </ul> </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Probable.</li> <li>• Probable.</li> <li>• Probable.</li> <li>• Probable.</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table>	Germen	Abuso sexual	Germen	Abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neisseria gonorrhoeae.</li> <li>• Treponema pallidum.</li> <li>• V.I.H.</li> <li>• Chlamydia trachomatis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierto.</li> <li>• Cierto.</li> <li>• Cierto.</li> <li>• Probable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conditomas acuminados.</li> <li>• Trichomonas vaginalis.</li> <li>• Herpes genital I.</li> <li>• Herpes genital II.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Probable.</li> <li>• Probable.</li> <li>• Probable.</li> <li>• Probable.</li> </ul>
	Germen	Abuso sexual	Germen	Abuso sexual					
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neisseria gonorrhoeae.</li> <li>• Treponema pallidum.</li> <li>• V.I.H.</li> <li>• Chlamydia trachomatis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierto.</li> <li>• Cierto.</li> <li>• Cierto.</li> <li>• Probable.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conditomas acuminados.</li> <li>• Trichomonas vaginalis.</li> <li>• Herpes genital I.</li> <li>• Herpes genital II.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Probable.</li> <li>• Probable.</li> <li>• Probable.</li> <li>• Probable.</li> </ul>					
Semen, esperma o enzimas (fosfatasa ácida)	<p>Situación</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vagina.</li> <li>• Ano.</li> <li>• Boca.</li> <li>• Ropa interior, vestidos.</li> </ul>	<p>Espermatozoides</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 6 días.</li> <li>• 3 días.</li> <li>• 12-14 horas.</li> <li>• Hasta su lavado.</li> </ul>	<p>Líquido seminal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 12-18 horas.</li> <li>• 3 horas.</li> <li>• -----</li> <li>• Hasta su lavado.</li> </ul>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultivo orina.</li> <li>• Test embarazo.</li> </ul>									



## **VALORACIÓN INICIAL DE LA SITUACIÓN DE DESPROTECCIÓN**

Cuando por parte de un profesional sanitario se sospeche o constate una situación de maltrato, es necesario que se realice una INTERCONSULTA (reunión de equipo) entre el coordinador del centro o jefe de servicio, médico y enfermera que habitualmente atienden al menor y la trabajadora social del Centro de Salud, Hospital o Centro de Salud Mental, efectuándose una primera valoración de la urgencia de la situación detectada para notificarla a la entidad que corresponda.

El concepto de urgencia debe depender de unos criterios claros y estar lo menos contaminado posible de aspectos subjetivos. Para minimizar los aspectos subjetivos asociados a cualquier proceso de valoración, se presenta a continuación una definición de urgencia y unos criterios orientativos asociados a éste y que son la gravedad y el riesgo. Una situación urgente es aquella en la que la vida del niño corre peligro, o en la que su integridad física y psicológica se encuentra seriamente comprometida. Se trata de aquellos casos en los que existe un peligro inminente para la salud y la vida de un menor, o de los casos en los que existe la sospecha de que se está padeciendo un abuso sexual. **En definitiva, una situación será urgente cuando la gravedad del maltrato que presente el menor sea alta y cuando exista una alta probabilidad de que dicho maltrato vuelva a repetirse.**

### **VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD**

La gravedad de una situación hace referencia a la intensidad o severidad del daño sufrido por el menor en una situación de maltrato. En definitiva, consiste en la dimensión de la lesión o de la negligencia ejercida contra el niño y las consecuencias visibles en él.

Para determinar la gravedad es conveniente tener en cuenta los siguientes elementos:

- **Tipo de lesión.** El daño producido en el menor es fácilmente observable (quemadura, fractura, cortes, moratón, etc.) y se trata de una lesión o daño severo.

- **Localización de la lesión.** El lugar donde se produce la lesión también influye en la gravedad. Así, por ejemplo, es indicativo de mayor gravedad una lesión que pueda afectar a órganos vitales o que tenga repercusiones psicológicas serias como un abuso sexual.
- **Nivel de vulnerabilidad del menor.** La capacidad del menor para protegerse y la visibilidad por parte de la comunidad influyen en la gravedad del suceso (el niño es muy pequeño, presenta déficits físicos, psíquicos o sensoriales, etc.).

### VALORACIÓN DE LA PROBABILIDAD DE QUE EL MALTRATO VUELVA A REPETIRSE

La alta probabilidad de que una situación o incidente de desprotección y daño hacia el menor ocurra o vuelva a ocurrir, puede poner en peligro el desarrollo integral del mismo. Indica aquella circunstancia, sobre todo familiar, que hace pensar que pueden darse situaciones en las que se vulneren las necesidades básicas del niño. Para valorar el nivel de esta probabilidad se considerarán los siguientes factores:

- **Cronicidad y frecuencia.** El daño o la situación de desprotección viene presentándose desde hace tiempo y ocurre con regularidad.
- **Accesibilidad del perpetrador al niño.** Habrá mayor probabilidad de que se vuelva a producir el daño o situación de desprotección si el causante o responsable está cerca del menor (si, por ejemplo, es su padre, y convive en el mismo domicilio), que si es un desconocido.
- **Características comportamentales del menor.** La existencia de posibles problemas de comportamiento o emocionales del menor, puede hacer que los padres se desborden e intenten controlar los problemas de su hijo a través de una disciplina extrema.
- **Tipo de relación del cuidador principal con el niño.** Habrá menos probabilidad de que se vuelva a producir algún tipo de incidente si el tipo de relación del cuidador principal con el menor es de protección, seguridad y accesibilidad.

- **Características de los padres o cuidadores principales.** Existen ciertas características de los padres o cuidadores que pueden perjudicar al menor como, por ejemplo, las capacidades físicas o mentales limitadas, el abuso de drogas o alcohol, tener una conducta violenta o antisocial, etc.
- **Características del entorno familiar.** El entorno socio-familiar del niño puede o no ser protector en función del bajo o alto nivel de estrés, respectivamente. Entre las características de un entorno perjudicial, que pueden incrementar la probabilidad de que se repita un incidente de maltrato, se pueden citar como ejemplo, los problemas de relación de pareja o la existencia de violencia doméstica, las malas condiciones del hogar, los problemas económicos, el aislamiento social de la familia, etc.

**En resumen, la valoración de la urgencia tiene como objetivo saber cuál es el paso siguiente que tiene que dar el profesional de este ámbito, posibilitando iniciar dos caminos de actuación bien distintos. Por un lado, se iniciará el procedimiento de urgencia cuando se cumplan los criterios de gravedad y alta probabilidad de que el maltrato vuelva a producirse y, por otro, se llevará a cabo el procedimiento ante situaciones no urgentes cuando estos criterios no se cumplan.**



## **PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN SEGÚN LA URGENCIA DEL CASO**

La trabajadora social del centro, o en su defecto el coordinador o jefe de servicio, comunicará la situación detectada a los Servicios Sociales de Atención Primaria si no es urgente, o a los Servicios Sociales de Atención Especializada si es urgente, en ambos casos mediante la correspondiente **hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario**.

### **PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES NO URGENTES**

**Consiste en notificar a los Servicios Sociales de Atención Primaria cualquier indicador o situación que implique que el menor no está siendo atendido con las garantías suficientes para su bienestar, no siendo urgente la situación detectada**, es decir, cuando los indicadores de desprotección detectados no impliquen un peligro inminente para la salud y la vida del menor, o no exista sospecha de que se esté padeciendo un abuso sexual.

La notificación se realizará mediante el ejemplar para la intervención de la hoja de notificación, pudiendo contactar además telefónicamente.

La recomendación general es notificar siempre la situación, aunque se trate de una simple sospecha, ya que situaciones aparentemente más leves pueden esconder otras de mayor gravedad, o bien situaciones leves puedan desembocar en otras más graves si no se interviene a tiempo.

### **PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES URGENTES**

**Se inicia cuando la vida del menor corre peligro o cuando su integridad física o psicológica se encuentren gravemente comprometidas**, esto es, cuando se cumplen los criterios de gravedad y probabilidad de que el maltrato vuelva a repetirse anteriormente comentados.

En estos casos la respuesta desde el centro sanitario debe ser lo más ágil posible, comenzando el procedi-

miento realizando la interconsulta e, inmediatamente, tras realizar la valoración de urgencia, para asegurar una intervención rápida y segura **se notificará el caso a:**

- **La Dirección General de Familia y Menor**, mediante el ejemplar para la intervención de la hoja de notificación, pudiendo contactar además telefónicamente. Posteriormente también se puede informar o enviar una fotocopia del ejemplar para la intervención a los Servicios Sociales de Atención Primaria, para que tengan constancia del caso.
- **Los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad**, avisándoles por teléfono o personándose en sus dependencias. Según donde esté el centro sanitario, estos agentes pueden ser distintos: Cuerpo Nacional de Policía y Cuerpo de la Policía Local en zonas urbanas y Cuerpo de la Guardia Civil y Cuerpo de la Policía Local en zonas rurales.
- **El Juzgado de la zona**, interponiendo una denuncia.

En cualquier caso, este tipo de situación **implica una actuación desde el ámbito sanitario que va más allá de la preceptiva notificación del caso a los Servicios Sociales de Atención Especializada**, existiendo dos formas básicas de proteger al menor en aquellas situaciones que revisten mayor urgencia.

**La primera será atender siempre cualquier necesidad relacionada con la salud cuando ésta se halle en peligro**, en casos de lesiones físicas, grave negligencia o sospecha de abuso sexual.

La **segunda** forma de proteger al menor **consiste en trasladarlo a un centro de protección de menores**, en aquellos casos que no sea necesaria la atención médica inmediata. Este traslado será realizado por profesionales de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad. En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia existen distintos tipos de centros de protección que acogen temporalmente a los menores cuando no pueden estar con sus familias. No obstante, son sólo los Centros de Primera Acogida de Menores a los que se recurrirá en una situación de urgencia.

Sin ánimo de ser exhaustivos, ya que las situaciones de urgencia pueden ser muchas, a continuación se

ejemplifican algunas de ellas, con el objetivo de que puedan ser identificadas con mayor facilidad:

- El menor está solo, con signos evidentes de abandono y no hay ningún adulto dispuesto a cuidar de él.
- El niño está muy angustiado, tiene miedo y se niega a volver o a permanecer en el domicilio.
- Se sabe que alguno de los padres ha amenazado verbalmente con matar al niño, o lo ha intentado. Hay marcas en su cuerpo que indican agresión con un arma mortal, o golpes repetidos con un objeto pesado.
- El niño ha sido abusado por un pariente o conocido, y los padres no hacen nada por protegerle, o piensan que el niño lo ha provocado.
- Cualquier otra situación que suponga un peligro inminente para la vida e integridad física o psicológica del menor.

#### NOTIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN DE MALTRATO URGENTE Y NO URGENTE

**La notificación se realizará a través de la hoja de notificación que se propone en los anexos** y que está basada en el modelo teórico expuesto en la presente guía y en los indicadores de riesgo y desamparo del menor y de sus padres o cuidadores principales. Así, la presente propuesta recoge las principales directrices propuestas por el Observatorio de la Infancia para el desarrollo de Protocolos de Observación y Hojas de Notificación de Maltrato Infantil.

Las HOJAS DE NOTIFICACIÓN se presentan en una carpeta con las pertinentes instrucciones de cumplimentación. Tienen un formato autocopiativo:

- UNA COPIA para el EXPEDIENTE SANITARIO.
- OTRA para la INTERVENCIÓN (dirigida a los Servicios Sociales Municipales en el procedimiento de actuación no urgente y a la Dirección General de Familia y Menor – Servicio de Protección de Menores – Sección de Protección y Tutela en el procedimiento de actuación urgente).
- OTRA para el CENTRO DE REGISTRO DE DATOS DE LA COMUNIDAD (ejemplar con franqueo pagado para la Asesoría de Información y Estudios).

Comienza presentando la categorización de “sospecha” o “maltrato”.

A continuación se categoriza el maltrato infantil en maltrato físico, negligencia, maltrato emocional y abuso sexual, desglosando sus respectivos indicadores en 32 ítems que pueden ser señalados por el profesional según la gravedad que estime, es decir: maltrato leve, moderado y grave. Se presenta, además, un dibujo anatómico donde pueden sombreadarse posibles lesiones físicas.

Seguidamente se ofrece un apartado de observaciones, donde se puede incluir la presencia de otros indicadores o cualquier comentario relacionado con ellos, como por ejemplo, desde cuándo se vienen observando situaciones similares, si se sospecha que la situación puede afectar a otros menores, como hermanos, compañeros, etc.

Finalmente se muestra el apartado de identificación del caso, donde se detallan los datos de identificación del menor, los acompañantes y el notificador.

## MODELO DE HOJA DE NOTIFICACIÓN DEL ÁMBITO SANITARIO



Región de Murcia  
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración  
Dirección General de Familia y Menor



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad



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

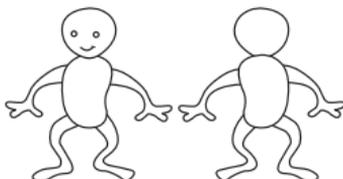
L = Leve M = Moderado G = Grave

(Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso)

Sospecha   
Maltrato

#### MALTRATO FÍSICO

- L M G Magulladuras o moratones 1
- L M G Quemaduras 2
- L M G Fracturas óseas 3
- L M G Heridas 4
- L M G Lesiones viscerales 5
- L M G Mordeduras humanas 6
- L M G Intoxicación forzada 7
- L M G Síndrome del niño zarandeado 8



Señale la localización de los síntomas

#### NEGLIGENCIA

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

#### MALTRATO EMOCIONAL

- L M G Maltrato Emocional 13
- L M G Retraso Físico emocional y/o intelectual 14
- L M G Intento de suicidio
- L M G Cuidados excesivos / sobreprotección 15

#### ABUSO SEXUAL

- SI Sin contacto físico
- SI Con contacto físico y sin penetración 16
- SI Con contacto físico y con penetración
- SI Dificultad para andar y sentarse
- SI Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
- SI Dolor o picor en la zona genital
- SI Contusiones o sangrado en los genitales externos zona vaginal o anal
- SI Cervix o vulva hinchados o rojos
- SI Explotación sexual
- SI Semen en la boca, genitales o ropa
- SI Enfermedad venérea 17
- SI Apertura anal patológica 18
- SI Himen perforado

#### OTROS SÍNTOMAS O COMENTARIOS:

#### IDENTIFICACIÓN DEL CASO

**Identificación del Niño** Caso Fatal (fallecimiento)

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Sexo  V  M Fecha de nacimiento (día/mes/año) \_\_\_\_\_

Acompañante: Padre  Madre  Tutor  Policía  Vecino  Otro (especificar) \_\_\_\_\_

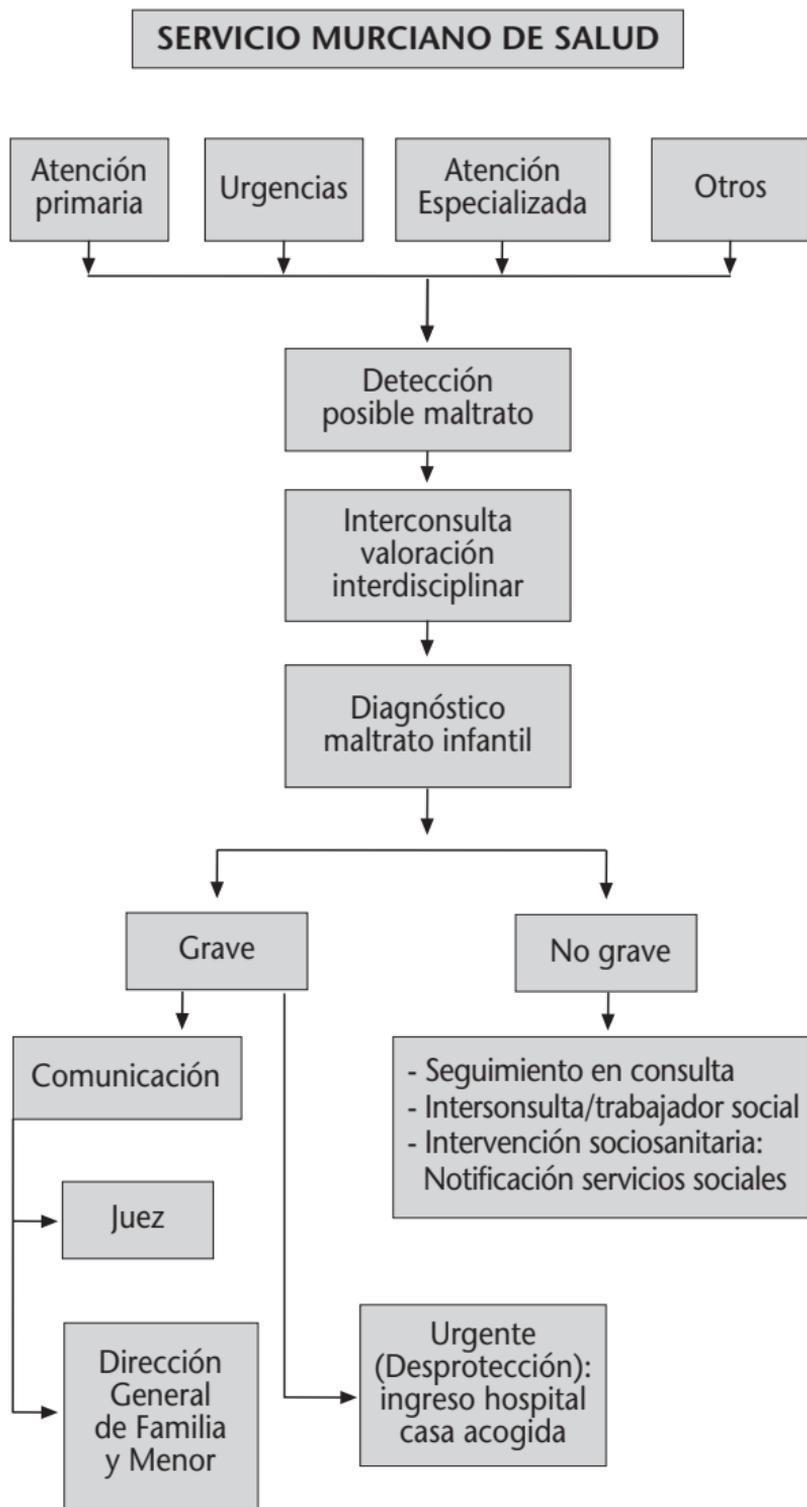
**Identificación del notificador** Fecha de notificación (día/mes/año) \_\_\_\_\_

Centro \_\_\_\_\_ Servicio/Consulta \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Área Sanitaria \_\_\_\_\_

Profesional: Médico  Enfermera  Trabajador Social  Matrona  Psicólogo  N° Colegiado \_\_\_\_\_

## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL ÁMBITO SANITARIO



## BIBLIOGRAFÍA

- Casado Flores J., Díaz Huertas J.A., Martínez González C. (dir). "Niños maltratados". Madrid. Díaz de Santos. 1998.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. "Maltrato infantil: protocolos de actuación". Consejería de Trabajo y Política Social. Secretaría Sectorial de Acción Social. Dirección General de Familia y Servicios Sectoriales. Edición electrónica revisada y actualizada de la 1.ª edición realizada en el año 2000.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Manual para el profesional "Atención al maltrato infantil desde el ámbito de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad". Consejería de Trabajo y Política Social. Secretaría Sectorial de Acción Social. Dirección General de Familia y Servicios Sectoriales. 2005.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Manual para el profesional "Atención al maltrato infantil desde el ámbito educativo". Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración". Dirección General de Familia y Menor. 2007.
- Díaz Huertas J.A., Casado Flores J., García E., Ruiz M.A., Esteban J. (dir). "Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid". Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 1998.
- Díaz Huertas J.A., et al. "Atención al maltrato infantil desde salud mental". Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 2000.
- Díaz Huertas J.A., Esteban J., Romeu F.J., Puyo C. et al. "Maltrato infantil: Detección, notificación y registro de casos". Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2001.
- Díaz Huertas J.A., et al. "Atención al abuso sexual infantil". Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 2000.
- Díaz Huertas J.A., et al. "Detección de riesgo social en la embarazada". Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 1999.

- Gómez Pérez, E. "Guía para la Atención al Maltrato Infantil". Servicio de publicaciones de la Universidad de Cantabria. 2002.
- Grupo de trabajo sobre maltrato infantil del Observatorio de la Infancia. "Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Acción Social, del Menor y de la Familia. 2001.
- Junta de Castilla-León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Gerencia de Servicios Sociales. "Guía de detección y notificación ante situaciones de desamparo y de riesgo en la infancia". 1998.
- López Sánchez, Félix. "Necesidades de la infancia y protección infantil. Fundamentación teórica, clasificación y criterios". Publicado por el Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. 1995.
- López Sánchez, Félix. "Necesidades de la infancia y protección infantil. Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores". Publicado por el Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. 1995.
- Oñorbe M., García Barquero M., Díaz Huertas J.A. (dir). "Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario". Consejería de Salud. 1995.
- Paul J., Arruabarrena M.I. "Manual de protección infantil". Masson. 1996.
- Paul Ochotorenea, M. Ignacia y Bárbara Torres. "Guía de actuación ante situaciones de Maltrato y Abandono Infantil. Detección/Notificación, Investigación y Evolución". Publicado por el Ministerio de Asuntos Sociales. 1996.
- Varios. "Protocolo de actuación para los procedimientos judiciales por malos tratos físicos, psíquicos y delitos contra la libertad sexual de los menores". Jutjats XLVI. Servicio de publicaciones del Decanato de Valencia. Octubre. 1996.
- Varios. "II Congreso estatal sobre infancia maltratada". Vitoria-Gasteiz. Gobierno Vasco. Departamento de Trabajo y Seguridad Social. 1993.

- Varios. "VII Congreso estatal sobre infancia maltratada". Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. 2004.





## PROGRAMA DE ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL

[www.carm.es/ctra/maltratoinfantil](http://www.carm.es/ctra/maltratoinfantil)

Dirección General de Familia y Menor	968 27 31 60
<i>Programa de Atención al Maltrato Infantil</i>	968 36 51 58
Fiscalía de Menores	968 22 92 74
Servicio de Emergencia Móvil de Asistencia Social (SEMAS) Ayuntamiento de Murcia	968 35 86 00 Ext. 2041
EMUME - Guardia Civil	968 23 99 62
Emergencias	112
AMAIM (Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada)	968 20 11 87

Gerencia de Atención Primaria de Murcia	968 39 48 03
Gerencia de Atención Primaria de Cartagena	968 50 66 81
Gerencia de Atención Primaria de Lorca	968 47 72 37
Gerencia del Teléfono 061	968 39 48 11

Hospital Arrixaca	Murcia (El Palmar)	968 36 95 20
Hospital Morales Meseguer	Murcia	968 24 42 00
Hospital General Reina Sofía	Murcia	968 35 62 02
Hospital Psiquiátrico	Murcia (El Palmar)	968 36 57 61
Hospital Sta. M <sup>a</sup> del Rosell	Cartagena	968 12 16 10
Hospital Rafael Méndez	Lorca	968 44 55 51
Hospital Comarcal Noroeste	Caravaca de la Cruz	968 70 91 54
Hospital Virgen del Castillo	Yecla	968 71 98 04
Hospital Los Arcos	S. de la Ribera	968 57 25 24
Hospital Fundación Cieza	Cieza	968 77 55 50
Hospital La Consolación	Molina de Segura	968 64 40 30

