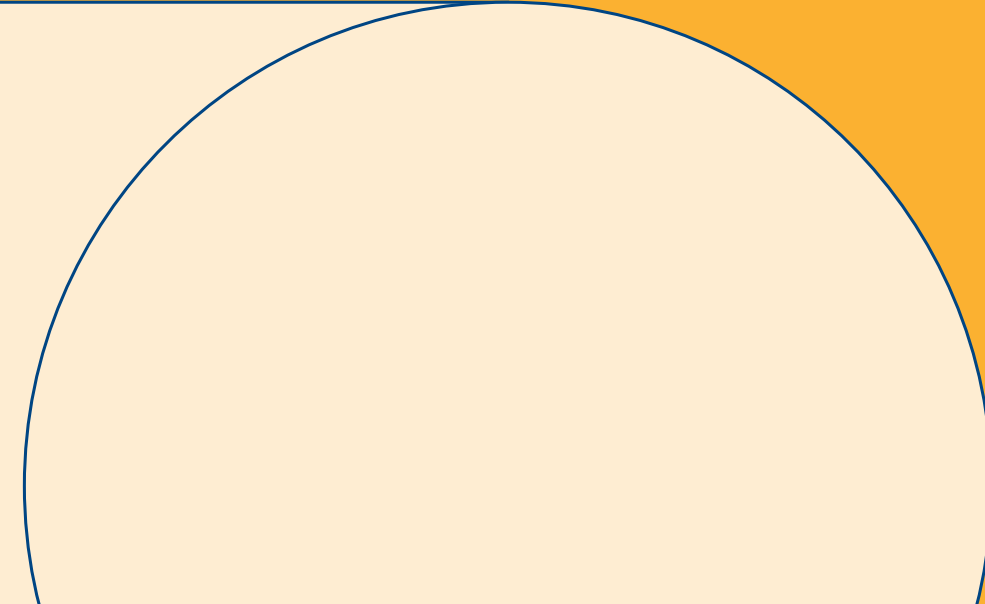




EL PAPEL DEL ÁMBITO SANITARIO EN LA DETECCIÓN Y ABORDAJE DE SITUACIONES DE DESPROTECCIÓN O MALTRATO INFANTIL



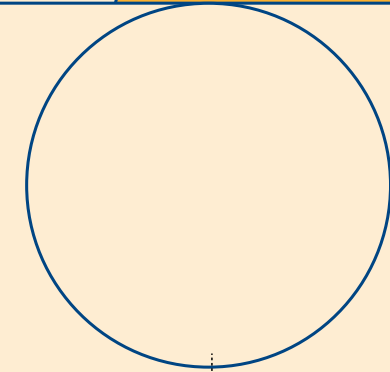
EL PAPEL DEL ÁMBITO SANITARIO EN LA DETECCIÓN Y ABORDAJE DE SITUACIONES DE DESPROTECCIÓN O MALTRATO INFANTIL



 GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT
CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL



 GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT
CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL



**EL PAPEL DEL
ÁMBITO SANITARIO
EN LA DETECCIÓN Y
ABORDAJE DE
SITUACIONES DE
DESPROTECCIÓN O
MALTRATO INFANTIL**



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT
CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL

2006

Edita: GENERALITAT VALENCIANA

© GENERALITAT VALENCIANA, 2004

Elaboración:
CONSELLERIA DE BENESTAR SOCIAL
DIRECCIÓ GENERAL DE LA FAMÍLIA, MENOR I ADOPCIONS
Sandra Simó Teufel
M^a José Martínez Fernández
Emilio Mas Banacloig

Coordinación:
F. Javier Romeu Soriano

Primera edición revisada: Junio 2006

ISBN: 84-482-4361-7
Depósito legal: V-2756-2006

Impresión:
KOLOR Litógrafos, S.L.

Diseño y Maquetación:
Grua Gràfics

ÍNDICE

PRESENTACIÓN

7

0. INTRODUCCIÓN

9

o.1. DESTINATARIOS .....	.11
o.2. OBJETIVOS .....	.12
o.3. CONTENIDO .....	.13

1. ENCUADRE TEÓRICO Y MARCO LEGAL

17

1.1. LAS NECESIDADES DE LA INFANCIA .....	.18
1.1.1. Necesidades físico-biológicas .....	.19
1.1.2. Necesidades cognitivas .....	.20
1.1.3. Necesidades emocionales y sociales .....	.20
1.2. DEFINICIÓN Y TIPOLOGÍA DEL MALTRATO .....	.21
1.2.1. Malos tratos activos .....	.24
1.2.2. Malos tratos pasivos .....	.25
1.2.3. Otros tipos de malos tratos .....	.25
1.3. PORQUÉ SE PRODUCE EL MALTRATO .....	.27
1.3.1. Factores individuales de riesgo .....	.28
1.3.2. Factores familiares de riesgo .....	.29
1.3.3. Factores socio-culturales de riesgo .....	.30
1.4. ALGUNOS MITOS Y FALSAS CREENCIAS SOBRE EL MALTRATO .....	.31
1.4.1. Respecto al maltrato infantil en general .....	.32
1.4.2. Respecto al abuso sexual infantil .....	.33
1.5. MARCO LEGAL SOBRE EL MALTRATO Y DESPROTECCIÓN INFANTIL .....	.34
1.5.1. Normativa aplicable .....	.34
1.5.2. Actuaciones y medidas de protección .....	.35
1.5.3. Entidades públicas competentes .....	.36
1.5.4. Acerca de la responsabilidad penal .....	.37

2. ÁMBITO SANITARIO Y PROTECCIÓN INFANTIL

39

2.1. ¿EN QUÉ CONSISTE LA PROTECCIÓN A LA INFANCIA? .....	.39
2.2. ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA DETECCIÓN DE LOS MALOS TRATOS? .....	.42
2.3. ACTUACIONES Y COMPETENCIAS DESDE EL ÁMBITO SANITARIO ANTE EL MALTRATO INFANTIL .....	.43
2.3.1. Las funciones principales en el área clínica .....	.46
2.3.2. Las funciones principales en el área psicosocial .....	.49
2.4. DIFICULTADES RELACIONADAS CON LA DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL .....	.50

3. LA DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL EN EL ÁMBITO SANITARIO

53

3.1. LA ANAMNESIS CLÍNICA	53
3.2. RECOMENDACIONES A SEGUIR EN LAS EXPLORACIONES MÉDICAS EN LOS CASOS DE MALTRATO	57
3.2.1. Actitud ante la víctima	57
3.2.2. Actitud ante los padres	60
3.3. OBSERVACIÓN DE INDICADORES	62
3.4. INDICADORES DE MALOS TRATOS: FORMAS DE PRESENTACIÓN	67
3.4.1. Lesiones cutáneas	69
3.4.2. Lesiones óseas	70
3.4.3. Lesiones internas	72
3.4.4. Intoxicaciones	73
3.4.5. Síndrome de Münchhausen o trastorno facticio por poderes	75
3.4.6. Indicadores de negligencia	78
3.4.7. Indicadores de maltrato emocional	80
3.4.8. Indicadores de abuso sexual	82
3.4.9. Indicadores de riesgo en el periodo prenatal, neonatal y primera infancia	88
3.5. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PARA LA COMPROBACIÓN DEL MALTRATO	93
3.6. VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DETECTADA	94
3.6.1. Criterios para una primera valoración de la gravedad y el riesgo	95
3.6.2. Clasificación de la situación de maltrato	96

4. ACTUACIONES ANTE LOS MALOS TRATOS

101

4.1. LA ACTUACIÓN PREVENTIVA (PREVENCIÓN PRIMARIA)	103
4.1.1. Prevención del maltrato institucional en el ámbito sanitario	106
4.2. LA ACTUACIÓN EN LOS CASOS DE RIESGO (PREVENCIÓN SECUNDARIA)	108
4.2.1. Prevención del maltrato infantil en la etapa prenatal y postnatal	112
4.3. LA ACTUACIÓN EN LOS CASOS URGENTES (PREVENCIÓN TERCIARIA)	113
4.4. LA FORMA DE NOTIFICAR	116
4.4.1. Contenido del informe médico	117
4.4.2. Contenido del parte de lesiones	117
4.4.3. Contenido del informe social	118
4.4.4. Contenido de la hoja de notificación	119

5. BIBLIOGRAFÍA

122

ANEXOS

127

1. NECESIDADES DE LA INFANCIA	129
2. DEFINICIONES LEGALES Y CONCEPTOS JURÍDICOS RELACIONADOS CON LA PROTECCIÓN DE MENORES	133
3. LISTADO DE LA NORMATIVA INTERNACIONAL, ESTATAL Y AUTONÓMICA EN MATERIA DE FAMILIA, MENOR Y ADOPCIONES	141
4. NOTIFICACIÓN PARA LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA INFANTIL Y LA PROTECCIÓN DE MENORES	147
5. TELÉFONOS DE INTERÉS	151
6. ACTUACIONES DE PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO, ATENCIÓN SOCIOSANITARIA INFANTIL Y PROTECCIÓN DE MENORES	154

PRESENTACIÓN

No cabe duda que la sensibilización social hacia las necesidades de la infancia y la promoción del bienestar infantil es cada vez mayor en la sociedad valenciana. La Generalitat es consciente de la misma y, a su vez, colabora activamente en su potenciación mediante distintas actuaciones. Cabe citar, como ejemplo sobresaliente, el Plan Integral de la Familia e Infancia de la Comunitat Valenciana (2002-2005).

Dentro del marco de actuación que este plan supone, las acciones encaminadas a la detección y notificación del maltrato infantil tienen una relevancia especial.

Fruto de esta voluntad de actuación coordinada es el presente documento, cuyo objetivo fundamental es ofrecer a los profesionales del ámbito sanitario un instrumento que les permita conocer a fondo los aspectos esenciales de la actuación ante las situaciones de desprotección infantil y orientarles en los procesos para su detección y comunicación cuando, en el ejercicio de su labor cotidiana, puedan percibir las mismas.

Al mismo tiempo debe servir como un reconocimiento del papel, activo y decidido, que dichos profesionales vienen desempeñando en el abordaje de problemáticas y cuestiones de índole socio-sanitaria que tanto preocupan a la sociedad valenciana, como pueden ser, entre otras, la protección integral a la infancia y la promoción de la salud infantil.

Vicente Rambla Momplet
Conseller de Sanitat

Alicia de Miguel García
Consellera de Benestar Social

0. INTRODUCCIÓN

La mayoría de niños y niñas de nuestra sociedad encuentra en el contexto que le rodea la protección y atención que necesita para desarrollarse adecuadamente.

La familia como agente de socialización primario es el eje fundamental en cuanto a la protección de menores⁽¹⁾ se refiere, puesto que cubre las necesidades físicas, psico-afectivas y sociales de sus hijos. Normalmente, los padres prestan cuidados adecuados a sus hijos, les procuran una formación integral y les ofrecen relaciones seguras a partir de las cuales el niño puede desarrollar una visión positiva de sí mismo y de los demás, piezas fundamentales para enfrentarse al mundo con confianza y competencia.

Paralelamente, en la sociedad se reconoce una mayor sensibilización con respecto a las necesidades de la población infantil. Ésta ha adoptado progresivamente un papel más responsable y defensor del bienestar de los niños. Derechos tan fundamentales como la integridad física y emocional de los menores, la pertenencia a una familia que provea de seguridad y cuidados y la ausencia de tratos inhumanos o vejatorios, son ampliamente reconocidos por el conjunto de la sociedad.

En ocasiones, los padres dejan de ser agentes protectores e interfieren de forma más o menos grave en el desarrollo adecuado de sus hijos. Es en esos momentos, cuando la protección a la infancia se convierte en una tarea que por imperativo legal, compete al conjunto de la sociedad y a los ciudadanos que la integran. A cada uno de los estamentos sociales le corresponde unas competencias o responsabilidades en la tarea de protección, derivadas de una normativa específica.

Será necesario en los casos más graves promover las medidas para garantizar el desarrollo adecuado de los menores, asegurar la prestación de alimentos, apartar al menor de peligros y evitarle perjuicios.

La Convención sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989, en el artículo 3 establece que “en todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá es al interés superior del niño”. Esta consideración se encontraba ya consagrada en la legislación interna de muchos países, pudiendo encontrar su origen, también, en la Declaración de los Derechos del Niño de 1959, que instaura este principio y sienta las bases para una adecuada protección internacional de esos derechos.

(1) A lo largo de todo el documento cada vez que aparezca la palabra menor o niño se hace referencia a cualquier persona menor de 18 años, es decir a todos los niños, las niñas, y a los adolescentes y las adolescentes.

La Comunidad Autónoma Valenciana asume las competencias en materia de protección de menores a través de su Estatuto de Autonomía aprobado mediante la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio. En toda actuación protectora desarrollada por la Generalitat en materia de menores, están presentes los siguientes principios básicos de actuación:

- **Primacía del interés superior del menor** sobre cualquier otro interés digno de protección.
- **Respeto de los derechos reconocidos a los menores en las leyes y en los tratados y convenios internacionales.**
- **La prevención** como elemento fundamental de la acción protectora.
- **Prioridad por la intervención en el ámbito familiar de los menores**, procurando evitar la separación de los mismos, salvo que sea conveniente para su interés.
- **Informar a la familia de cada una de las medidas de protección que se adopten.**
- Promover **la colaboración del menor y de su familia.**
- **La coordinación**, que permita articular una respuesta adecuada ante la posible dispersión de medios con los que se cuenta.
- **Fomento de la solidaridad y sensibilidad social.**
- **Enfoque de los problemas de manera global** atendiendo a las diversas causas que dan lugar a la marginación del menor, ofreciendo soluciones concretas a cada problema.
- **Agilidad, objetividad, imparcialidad y seguridad jurídica** en la acción protectora.

Las leyes, reflejo de una conciencia social más amplia, han dotado a los menores de un marco jurídico de protección que empieza por la propia sociedad. Así, todos los ciudadanos que detecten una situación de riesgo o un posible desamparo de un menor, están obligados a prestarle auxilio inmediato y comunicar el hecho a la autoridad o a sus agentes más próximos.

Esta obligación genérica se convierte en específica cuando se refiere al deber de los profesionales de la salud de poner los medios necesarios para proteger al menor objeto de malos tratos y de poner la situación en conocimiento de la autoridad competente (Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor, art. 13 y Código de Ética y Deontología Médica, art. 30.2). El incumplimiento de esta obligación les puede hacer incurrir en responsabilidades penales.

El ámbito sanitario tiene un protagonismo especial en la detección del maltrato infantil, en su tratamiento y, sobre todo, en su prevención. El contexto sanitario, ya sea en la consulta a través de revisiones rutinarias, en los servicios especializados del hospital o en los servicios de urgencia, se convierte en un lugar de observación privilegiado. En ocasiones, se tiene que intervenir directamente sobre las lesiones del menor y se pueden tomar las decisiones acerca de la causa de las mismas; esto es, si son accidentales o provocadas. En otras ocasiones, sin que haya que intervenir directamente sobre los casos más graves, el personal sanitario tiene acceso, a través de la exploración, la anamnesis y la comunicación con los padres y cuidadores, a una serie de señales e indicios físicos, emocionales y conductuales en los menores y en sus cuidadores, que le puedan hacer sospechar de la existencia de malos tratos. Los profesionales del ámbito sanitario pueden acceder a una información a la que no pueden acceder otros profesionales. Además, prácticamente la totalidad de la población acude en algún momento a los centros sanitarios o tiene contacto con el personal sanitario. Sobre todo, la población de niños menores de 5 años, extremadamente vulnerable a los malos tratos, es la que se ve especialmente favorecida por la acción de los profesionales de la salud, puesto que los más pequeños no tienen aún ocasión de acudir a otros contextos normalizados, como por ejemplo la escuela.

0.1. DESTINATARIOS

Este manual para la detección del maltrato infantil se dirige a todos los profesionales del ámbito sanitario de la Comunitat Valenciana que, en el desempeño de sus funciones, tienen acceso a algún tipo de observación e información acerca de posibles casos de maltrato o desprotección infantil.

En general, el manual va dirigido tanto a aquellos profesionales que están en contacto directo y continuo con los menores y sus familias, como a aquellos cuyo contacto es esporádico y con carácter de urgencia.

Aunque el colectivo de profesionales del ámbito sanitario es muy heterogéneo, con funciones muy diferenciadas y específicas, en el presente manual se pretende ofrecer una visión unitaria y complementaria de las acciones que realiza el ámbito sanitario ante los casos de malos tratos.

En el manual se ofrece información acerca de aspectos médicos y psicosociales para la detección del maltrato que puede interesar sobre todo a pediatras, médicos de familia, matronas, personal de enfermería, psiquiatras infantiles, pero también a otros profesionales de la salud, como neurólogos, ginecólogos, urólogos, traumatólogos, psicólogos, médicos forenses, dentistas, etc.

El manual también ofrece información sobre las actuaciones a realizar ante los casos de malos tratos y su derivación a las entidades competentes en protección de menores. Estos contenidos se dirigen fundamentalmente a los profesionales de las Unidades de Trabajo Social de los centros de salud u hospitalarios.

OBJETIVOS

0.2

El objetivo general que mueve a la realización de un manual de estas características responde a la necesidad de mejorar la atención que ofrece la administración en su conjunto a los menores que viven en situaciones de desprotección o maltrato.

Además, se pretende recoger toda aquella información que pueda resultarle útil al profesional al enfrentarse a una problemática tan compleja.

A continuación se enumeran los objetivos específicos que se pretenden conseguir.

1. Ofrecer una definición de maltrato infantil que permita a los profesionales reconocer con relativa facilidad esta problemática y compartir un lenguaje común.
2. Reconocer las necesidades más básicas que presentan todos los menores.
3. Indicar algunos de los factores que se encuentran asociados a la aparición del fenómeno del maltrato infantil.
4. Ofrecer indicadores para detectar el maltrato infantil.
5. Señalar los procedimientos a realizar en casos de maltrato infantil.
6. Reflexionar acerca de creencias que mediatizan la detección del maltrato infantil.
7. Indicar cómo se debe tratar a un niño que se sospecha que está siendo maltratado.
8. Orientar acerca de cómo actuar ante los cuidadores sospechosos de haber agredido al niño o de no procurarle los cuidados necesarios.
9. Mostrar las actuaciones preventivas y protectoras que pueden y deben llevar a cabo los profesionales del ámbito sanitario.

10. Establecer criterios para valorar la gravedad del maltrato y el riesgo que corre el menor.

0.3. CONTENIDOS

El presente manual se enmarca dentro de un conjunto de publicaciones destinadas a optimizar el proceso de detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil desde los distintos ámbitos que, de una forma u otra, tienen contacto con la población infantil en la Comunitat Valenciana. Estos ámbitos profesionales tales como los de educación, salud, servicios sociales, las fuerzas y cuerpos de seguridad, etc. representan un eslabón fundamental en el sistema global de atención y protección a la infancia. Sólo desde estos contextos es posible identificar aquellas situaciones que incumplen la satisfacción adecuada de las necesidades de los menores y que vulneran sus derechos fundamentales. Además, sólo desde allí es posible iniciar una serie de intervenciones orientadas a ayudar y proteger a los menores.

A lo largo del documento se proponen pautas de actuación y criterios de decisión derivados de la experiencia de los profesionales del área, de los conocimientos acumulados hasta el momento en materia de “malos tratos a la infancia” y de los recursos legales y administrativos.

En el primer capítulo del manual se especifican las necesidades de la población infantil y cómo la insatisfacción de las mismas da origen a las diferentes formas de maltrato. A continuación se define el fenómeno del maltrato infantil y la tipología de malos tratos. Por último, se contemplan aquellos factores de índole individual, familiar, social y cultural que de forma más habitual se asocian al fenómeno del maltrato y se mencionan algunas falsas creencias que existen sobre su aparición y mantenimiento.

En este mismo capítulo se hace referencia a la normativa legal así como a las situaciones y medidas de protección principales relacionadas con el maltrato infantil.

En el segundo capítulo se ofrece una visión general de las funciones principales, las vías, los procedimientos y los profesionales responsables de la protección a la infancia de la red del Sistema de Protección Infantil. A continuación se especifica dónde se ubican en este esquema general, las responsabilidades y funciones de los profesionales del ámbito sanitario.

El tercer capítulo se centra básicamente en el proceso de detección y en los componentes que permiten establecer un diagnóstico de maltrato. Se contemplan los indicadores físicos, emocionales y comportamentales que pueden observarse en los niños maltratados o en sus familiares más próximos,

y que permiten diferenciar la etiología intencional o accidental de las lesiones. También se abordan aspectos concretos de la actitud del personal sanitario que deberían ser tenidos en cuenta a la hora de realizar entrevistas, pruebas o cualquier tipo de interacción con la víctima (el niño) o con los agresores (padres). Por último, se establecen unos criterios mínimos para determinar la gravedad y el riesgo de las situaciones de maltrato.

En el cuarto capítulo del manual se contemplan las actuaciones que pueden realizarse desde el ámbito sanitario para intervenir sobre la problemática del maltrato. Se distinguen tres ámbitos de actuación dentro del contexto sanitario, que se corresponden con los niveles de gravedad y riesgo de las situaciones de maltrato. El primer nivel se refiere a aquellas actuaciones que puede realizar el profesional del ámbito sanitario para transmitir prácticas para el buen trato a los niños. El segundo nivel se refiere a aquellas actuaciones encaminadas a evitar que el niño sea víctima de malos tratos. El tercer nivel contempla aquellas actuaciones que impiden que se repitan los malos tratos hacia el niño o para minimizar las consecuencias del mismo.

Tanto en las actuaciones dirigidas a menores en riesgo, como en aquellas dirigidas a menores que han sufrido maltrato (segundo y tercer nivel de actuación), se presta una especial atención a las vías por las que el profesional del ámbito sanitario se coordina con otros profesionales.

Por último, en los anexos se incluyen una serie de materiales que pueden ayudar al abordaje de las situaciones de desprotección infantil en el ámbito sanitario: una ampliación legal en el tema de maltrato infantil, un listado con las necesidades básicas de los menores, una hoja de notificación de los casos identificados y un listado de teléfonos de interés.

RECUERDE

- ▶ Algunos casos de malos tratos, dadas sus características, como por ejemplo cuando hay presencia de lesiones internas o poco visibles, sólo se pueden detectar en el ámbito sanitario.
- ▶ El ámbito sanitario es un lugar privilegiado para la detección de los malos tratos en niños menores de 5 años o en aquellos que apenas tienen contacto con otros miembros de la comunidad.
- ▶ Detectar y notificar los casos es una obligación legal y moral del personal del ámbito sanitario.
- ▶ Sólo si se detectan y notifican los casos de malos tratos, es posible intervenir y prevenir secuelas físicas y socioemocionales mayores en los niños.
- ▶ Cualquier actuación por parte de los profesionales debe ir encaminada a garantizar el interés y el bienestar del menor.

INTRODUCCIÓN

I. ENCUADRE TEÓRICO Y MARCO LEGAL

Cualquier actuación protectora ha de guiarse por una serie de criterios que sirvan de referencia a todos los profesionales, ya sean del ámbito sanitario, educativo, policial o de servicios sociales. La utilidad de unos criterios o pilares conceptuales resulta incuestionable para encuadrar las acciones de protección y atención a la infancia y adolescencia. Los profesionales deben compartir unos conceptos básicos que les ayuden a identificar situaciones que ponen en peligro el desarrollo adecuado de los menores que observan en su entorno social y profesional. Además, en numerosas ocasiones, la colaboración de los distintos profesionales es una premisa básica para que las respuestas que se ofrecen al menor y a su familia tengan éxito y, es por ello, que la utilización de unos criterios comunes puede propiciarla.

Para abordar el fenómeno del maltrato infantil se va a partir del punto de vista del niño y sus necesidades. La consideración de las necesidades amplía la percepción del maltrato a la infancia, incluyendo como tal todas aquellas situaciones que, si bien no tienen una implicación legal o médica evidente, constituyen desde el punto de vista del menor un riesgo para su adecuado desarrollo personal y, por tanto, una señal de alarma que puede activar la intervención o implicación de distintos profesionales.

Para ello es necesario saber cuáles son las necesidades infantiles y las consecuencias que tiene el que no sean atendidas de forma adecuada; qué se entiende por maltrato infantil; las diferentes formas en que puede presentarse y por qué puede producirse. También es necesario desterrar algunos mitos acerca de su aparición y conocer el marco legal que da cobertura al bienestar infantil y que ordena las actuaciones que lleva a cabo la administración pública en esta materia.

Así, las cuestiones que deben ser respondidas son las siguientes:

¿Cuáles son las principales necesidades infantiles?

¿Qué es el maltrato infantil y de qué diferentes formas puede presentarse?

¿Por qué se produce el maltrato infantil?, ¿cuáles son los factores psicosociales asociados al mismo?

¿Qué mitos o falsas creencias acerca de la aparición del maltrato infantil dificultan la detección?

¿Cuál es el marco legal que ordena las diferentes situaciones de desprotección de la infancia, y los distintos niveles de intervención de la administración pública?

LAS NECESIDADES DE LA INFANCIA I.I.

Existen diferentes concepciones de “necesidad humana”. Un aspecto común a todas ellas es que una teoría de las necesidades debe entenderse como una teoría del desarrollo humano. Desde este punto de vista, las necesidades pueden definirse como aquellas condiciones o características comunes a todos los seres humanos, que han de cumplirse para potenciar y estimular su desarrollo. Las necesidades humanas han sido comunes a lo largo de la historia, en todas las culturas y, dentro de una misma cultura, a los distintos estratos sociales que la componen.

Lo que ha cambiado a lo largo de los diferentes momentos históricos y depende de cada cultura es la forma o los medios utilizados por los grupos humanos para satisfacer sus necesidades. Esto es a lo que Max-Neef (1993) denomina satisfactores. La relación entre necesidades y satisfactores no es biunívoca, ya que un determinado satisfactor puede cubrir diversas necesidades o, por el contrario, una determinada necesidad puede requerir diversos satisfactores para ser cubierta.

Otro aspecto importante de las necesidades es que no deben entenderse sólo desde el punto de vista de las carencias, ya que son un motor del desarrollo que motivan y movilizan a las personas. Esto implica conceptualizar las necesidades como recurso o capacidad más allá de lo puramente carencial.

Este enfoque universal de las necesidades vinculadas al desarrollo humano permite plantearse la importancia que adquieren éstas durante la infancia. Los niños se encuentran inmersos en un proceso de desarrollo, en el que se van adquiriendo capacidades y habilidades cada vez más complejas. La adquisición de habilidades tendrá lugar, entre otras razones, en función de las condiciones o los modos en que son satisfechas sus necesidades. En este sentido se podría añadir que los modos de resolver las necesidades en la infancia cambian según el momento o etapa evolutiva en que se encuentra el niño. Así, por ejemplo, las condiciones para la protección del niño en la primera infancia implican un contacto casi permanente con los adultos que le cuidan. Por el contrario, los adolescentes rechazan ciertos niveles de protección y reclaman más autonomía.

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. Si bien es claro que la carencia de alimentación, de afecto, de redes sociales, etc. puede ocasionar graves secuelas y déficits en los menores, el exceso o sobresatisfacción de determinadas necesidades tampoco favorece un desarrollo adecuado. Así, se puede observar con relativa facilidad que existen formas de satisfacer necesidades que pueden inhibir la satisfacción de otras. A modo de ejemplo, los padres sobreprotectores pueden satisfacer puntualmente la necesidad de seguridad del niño, pero inhibir la adecuada satisfacción de la necesidad de participación y autonomía progresiva.

Otro aspecto a destacar de las necesidades es que permiten identificar situaciones de riesgo en los menores y evaluar las condiciones mínimas y elementales a cumplir por los diferentes contextos de crianza (familia, escuela, etc.).

Las necesidades humanas pueden clasificarse conforme a múltiples criterios existiendo una amplia literatura al respecto. Entre otras se pueden destacar la clasificación de Maslow (1987) y la de Max-Neef (1993).

En el presente documento se ha escogido la clasificación de López (1995) por su utilización generalizada entre los profesionales dedicados a la protección infantil y por la relación que el autor establece entre las necesidades de los menores y las diferentes formas de maltrato infantil. Esta clasificación diferencia tres grandes categorías: **necesidades físico-biológicas**, **necesidades cognitivas** y **necesidades socio-emocionales**.

1.1.1. NECESIDADES FÍSICO-BIOLÓGICAS

Las necesidades de carácter físico-biológico 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.

Aunque a medida que las personas crecen se encargan por sí mismas de la satisfacción de estas necesidades, la infancia o adolescencia se caracteriza, entre otras cosas, porque precisa de una supervisión y cuidado del adulto para la satisfacción de las mismas. De esta forma los cuidadores son responsables de vigilar el estado de salud de sus hijos, de procurarles la atención sanitaria debida y de atender, en general, todas las necesidades físicas o de salud. De hecho, las diferentes formas de maltrato físico, ya sea por acción u omisión, suponen un daño a la satisfacción adecuada de estas necesidades.

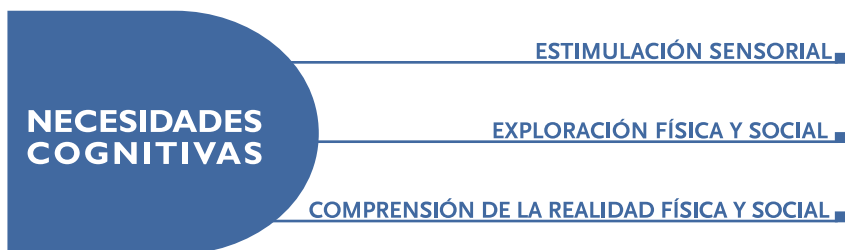
NECESIDADES FÍSICO - BIOLÓGICAS

- ALIMENTACIÓN
- TEMPERATURA
- HIGIENE
- SUEÑO
- ACTIVIDAD FÍSICA
- PROTECCIÓN DE RIESGOS REALES
- SALUD

1.1.2. NECESIDADES COGNITIVAS

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.

La adecuada satisfacción de estas necesidades a través de procesos cognitivos básicos como la atención y concentración, la memoria, el razonamiento, las habilidades lingüísticas y el desarrollo psicomotor son fundamentales para el desarrollo adecuado de los niños y para su posterior desarrollo como adultos autónomos. Los niños nacen con una serie de capacidades sensoriales, con una importante tasa de curiosidad y con una necesidad innata de comprender la realidad. Para satisfacer estas necesidades y posibilitar el desarrollo cognitivo óptimo del niño, los adultos responsables de su cuidado deben proporcionarles una estimulación adecuada, respuestas adaptadas a sus capacidades de comprensión, supervisión y control para la adquisición de conocimientos y, sobre todo, garantizar la escolarización. El incumplimiento de alguna de estas condiciones es una forma de maltrato.



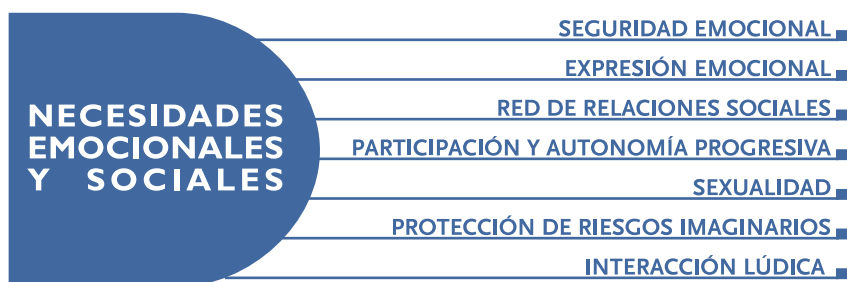
1.1.3. NECESIDADES EMOCIONALES Y SOCIALES

Las necesidades sociales y emocionales hacen referencia a las condiciones que deben cumplirse para que los sujetos presenten un desarrollo afectivo adecuado y saludable. También hace 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. Todos estos elementos son clave en el desarrollo del autoconcepto, autoestima y autocontrol. Además, ayudan a moderar la expresión de sentimientos más espontánea y egocéntrica de la

infancia, y a que se adquieran valores adecuados y congruentes con un entorno sociocultural normalizado.

Cualquier tipo de maltrato, pero en especial el maltrato emocional, el abandono y el abuso sexual, atenta de forma directa contra la satisfacción adecuada de estas necesidades, entorpeciendo la relación del menor con su entorno más inmediato y con sus propias emociones.



RECUERDE

- ▶ El grado en que se satisfacen las necesidades infantiles supone el límite entre el “buen trato” y el “maltrato”.
- ▶ El conocimiento de las necesidades infantiles delimita lo que hay que proteger y permite evaluar las condiciones mínimas que deben cumplir los adultos.

1.2. DEFINICIÓN Y TIPOLOGÍA DE MALTRATO INFANTIL

El maltrato a un niño implica una desprotección, que se produce cuando un menor se encuentra en una situación en la que no están siendo satisfechas sus necesidades más fundamentales y se están vulnerando sus derechos básicos. Estas situaciones, cuando son detectadas, permiten que se ponga en marcha el proceso de protección.

El **maltrato infantil** se puede definir como cualquier acción no accidental que comporta abuso (emocional, físico o sexual) o descuido (emocional o físico) hacia un menor de dieciocho años, que es realizada por su progenitor o cuidador principal, por otra persona o por cualquier institución, y que amenaza el adecuado desarrollo del niño.

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 importante, sobre todo, para determinar si existe maltrato cuando se han encontrado señales físicas en el niño.

Carácter intencionado o no de las acciones maltratantes.

Comúnmente el maltrato se considera una acción intencional para dañar al niño. Sin embargo, existen situaciones en las que no es clara esta intención. Por ejemplo, algunos padres negligentes descuidan, sin quererlo o saberlo, necesidades importantes del niño. Asimismo, algunos padres que maltratan a sus 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, como por ejemplo cuando existe abuso físico.

Diferente expresión o forma de llevar a cabo el maltrato.

Pueden ser, bien por acción cuando se trata de algún tipo de abuso, o por omisión cuando se trata de descuido o negligencia.

Ámbito donde se produce el maltrato.

Este puede ser familiar o extrafamiliar. Si bien la mayoría de los niños padecen malos tratos en su propia familia de origen, hay que tener presente que también pueden perpetrar malos tratos personas ajenas al contexto familiar e, incluso, instituciones que se encargan de la asistencia o cuidado de los niños.

Consecuencias para el desarrollo del niño.

Estas dependerán de la edad, características y vulnerabilidad. Algunos autores señalan que un criterio distintivo importante para determinar si existe maltrato es valorar la existencia de daño potencial sobre el niño.

Existen muchas tipologías de malos tratos a la infancia que responden a diferentes criterios de clasificación. La ventaja de éstas es que permiten categorizar la realidad a fin de hacerla más entendible y utilizar un lenguaje común. Entre las más pioneras se puede citar la realizada por la NCCAN

(Organismo Nacional de EEUU Responsable del Estudio del Maltrato Infantil) en el año 1981.

Otra posible clasificación más actual es la que diferencia entre malos tratos prenatales, postnatales e institucionales (Bringiotti, 2000).

En la clasificación que se va a desarrollar en este manual se diferencian dos ejes: la clase de maltrato, activo y pasivo; y el daño que ocasiona, emocional o físico (Sánchez et al, 1993; Arruabarrena y de Paul, 1995). La elección de esta tipología se debe a que, por un lado, es ampliamente aceptada en los círculos profesionales de atención a la infancia. Por otro lado, enfatiza la existencia de malos tratos pasivos, que también tienen importantes repercusiones sobre los niños.

A esta clasificación se ha añadido la categoría de “otros tipos de malos tratos”.

	FÍSICO	EMOCIONAL
MALOS TRATOS ACTIVOS	<p>Abuso Físico Abuso Sexual</p>	<p>Abuso Emocional</p>
MALOS TRATOS PASIVOS	<p>Negligencia Física</p>	<p>Negligencia Emocional</p>
OTROS TIPOS DE MALOS TRATOS	<p>Explotación Laboral Maltrato Prenatal Maltrato Institucional</p>	

Hay que advertir que con frecuencia los menores maltratados suelen ser víctimas de varios tipos de malos tratos al mismo tiempo, y no de un único tipo exclusivamente. Así, por ejemplo, un niño que está siendo objeto de maltrato físico, está siendo abusado emocionalmente y puede estar padeciendo, además, algún tipo de negligencia por parte de sus cuidadores.

A continuación se presentan las definiciones de los distintos tipos de maltrato y algunos ejemplos de cada uno de ellos.

1.2.1. MALOS TRATOS ACTIVOS

ABUSO FÍSICO

Acción no accidental de los padres o responsables del cuidado del niño que provoquen o pueda provocar daño físico o enfermedad.

Como ejemplos de este tipo de maltrato se pueden reseñar los siguientes: el uso del castigo físico como método de disciplina habitual, propinar golpes o palizas al niño debido a falta de control o reacciones de ira de los cuidadores.

ABUSO SEXUAL

Utilización que un adulto hace de un menor de 18 años para satisfacer sus deseos sexuales, desde una posición de poder o autoridad sobre el niño. También se incluye en esta categoría cuando los abusadores son menores de 18 años que abusan de niños de menor edad.

Se puede distinguir los siguientes tipos de abuso sexual:

1. **Abuso sexual sin contacto físico.** Incluye los casos de seducción verbal explícita, la exposición de los órganos sexuales con objeto de obtener gratificación o excitación sexual y la masturbación o realización intencionada del acto sexual en presencia del niño con objeto de buscar gratificación sexual.
2. **Vejección sexual.** El contacto sexual se realiza por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño o por forzar, alentar o permitir que éste lo haga en las zonas erógenas del adulto.
3. **Contacto sexual genital.** Se produce una relación sexual con penetración digital o con objetos (sea vaginal o anal), sexo oral o penetración con el órgano sexual masculino (sea vaginal o anal).

ABUSO EMOCIONAL

Acciones de los padres o responsables del niño, tales como rechazar, aislar, ignorar o aterrorizar, que causan o pueden causar serios deterioros en el desarrollo emocional, social e intelectual del niño.

Algunas situaciones que pueden caracterizar este maltrato son: la presencia del niño en situaciones frecuentes de violencia doméstica, impedir que el niño se

relacione con sus iguales, insultar o rechazar al niño. Además, en general, se puede decir que se está abusando emocionalmente del niño siempre que se produzcan situaciones de abuso físico o sexual.

1.2.2. MALOS TRATOS PASIVOS

NEGLIGENCIA FÍSICA

Cuando los padres o responsables del cuidado del niño desatienden sus necesidades básicas de alimentación, vestido, asistencia médica, seguridad y educación.

Algunos ejemplos de este tipo de maltrato pueden ser: que el niño vaya permanentemente sucio, que no lleve la ropa adecuada o que presente enfermedades con frecuencia sin que sean atendidas.

NEGLIGENCIA EMOCIONAL

Falta persistente de respuestas por parte de los padres o cuidadores a la proximidad e interacción iniciadas por el niño. Falta de expresiones de sentimientos de amor, afecto o interés por el niño.

Algunos ejemplos de estas situaciones pueden ser las siguientes: falta de interés en las reacciones emocionales del niño, ausencia de supervisión de los comportamientos de un adolescente o desatención de las dificultades de carácter emocional que puedan presentarse.

1.2.3. OTROS TIPOS DE MALOS TRATOS

EXPLOTACIÓN LABORAL

Cuando se obliga al niño a realizar trabajos, sean o no domésticos, que exceden los límites de lo habitual, que deberían ser realizados por adultos y que interfieren claramente en las actividades y necesidades escolares del niño. Estos trabajos o tareas son asignados al niño con el objeto fundamental de obtener un beneficio económico.

Algunos ejemplos de estas situaciones pueden ser:

- Utilización del niño en tareas domésticas.
- Utilización del niño en tareas de recogida de chatarra, cartones, etc.
- Utilización del niño en tareas agrícolas.
- Utilización de menores de edad en actividades de economía sumergida en el mercado de trabajo.

- Utilizar al niño en la práctica de mendicidad infantil.

MALTRATO PRENATAL

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

MALTRATO INSTITUCIONAL

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

Según esta definición, este tipo de maltrato puede producirse en cualquier institución que tenga la responsabilidad sobre los niños, esto es, la escuela, la sanidad, los servicios sociales, la justicia y las fuerzas de seguridad. El maltrato institucional puede ser producido por personas relacionadas con el menor o derivarse de los procedimientos de actuación, leyes, políticas, etc.

Se puede considerar maltrato institucional en el ámbito sanitario las siguientes situaciones:

- La arquitectura hospitalaria: cuando los niños no disponen de lugares de esparcimiento para el juego, televisión, espacio para recibir a la familia o cuando son incluidos en salas de adultos, etc.
- Multiplicidad de pruebas y exploraciones.
- Limitación del horario de visitas.
- La descoordinación entre los distintos servicios provocando absentismo escolar, etc.
- La estancia prolongada en centros hospitalarios por retraso en pruebas diagnósticas, falta de toma de decisión sobre el recurso de protección, etc.
- La ausencia de información adecuada o la comunicación a través de palabras incomprensibles y en lugares inadecuados.
- El ingreso inadecuado por presión familiar o inseguridad del profesional.
- La separación de los padres, fundamentalmente de la madre, en todos los periodos de desarrollo especialmente en la edad neonatal.
- Dar prioridad a funcionamientos rígidos por encima de las necesidades del niño.
- La utilización reiterada de exploraciones radiológicas sin justificación o sin la adecuada protección.

RECUERDE

- ▶ El maltrato se entiende como la no-satisfacción de las necesidades básicas y universales de la infancia.
- ▶ El maltrato no sólo consiste en una “acción”, las “omisiones” en la atención de los niños también pueden constituir formas de maltrato.

1.3. POR QUÉ SE PRODUCE EL MALTRATO

El objetivo en el siguiente apartado es presentar un modelo conceptual explicativo del maltrato infantil del cual se puedan desprender criterios de intervención.

Actualmente se conoce que el maltrato infantil está determinado por múltiples factores individuales, familiares y socio-culturales que se interrelacionan potenciando y multiplicando sus efectos, y que pueden afectar a los padres o cuidadores en la protección y atención que proporcionan a sus hijos. Esta perspectiva concibe el fenómeno del maltrato como la expresión de una disfunción en el sistema padres-niños-ambiente. No existe una causa única que lo explique y, de hecho, los estudios que se centran en causas únicas y aisladas suelen ofrecer poca evidencia y resultados poco concluyentes. Los factores a los que a continuación se alude son denominados **factores de riesgo**, ya que aumentan la probabilidad de que ocurran episodios de maltrato.

Es importante advertir que la presencia de estos factores 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. El efecto de los factores de riesgo es diferente en cada familia según los recursos o amortiguadores de que disponga. Los amortiguadores o factores compensadores pueden considerarse también en el ámbito individual, familiar y sociocultural.

A continuación se presentan los factores de riesgo individuales, familiares, y socio-culturales siguiendo la clasificación del modelo ecológico (Belsky, 1993; Garbarino y Echenrode, 1999; Gracia y Musitu, 1993; Morales, 1997). Los factores del contexto familiar inmediato al menor, como por ejemplo las dificultades en la relación padres-hijo, los problemas de disciplina y la competencia parental, se consideran más directamente relacionados con la probabilidad de ocurrencia de maltrato infantil (Browne, 1993; Cerezo, 1992).

1.3.1. FACTORES INDIVIDUALES DE RIESGO

Aunque en la actualidad se sabe que las características individuales de las personas maltratadoras no son por sí solas causantes del problema, los estudios demuestran que existe una serie de factores de orden individual que pueden afectar negativamente a algunas personas en su calidad de cuidador o educador. En algunas ocasiones, las características individuales pueden impedir que el cuidador atienda o perciba correctamente las señales (de atención, ayuda, interés, etc.) que emite el niño. En otras ocasiones existen características individuales que entorpecen una interpretación correcta de cuál es la necesidad real del niño o qué dificulta la expresión de respuestas adecuadas a las mismas.

Entre los **factores individuales de los padres o cuidadores** (Wolfe, 1987; Díaz Aguado et al., 1995; Milner, 1990) se pueden considerar los siguientes:

- 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.

Además, cuando se habla de factores individuales de riesgo es necesario también considerar al niño. Algunas características de los menores pueden ser percibidas por sus cuidadores como estresores y, por tanto, se hallan asociadas a la aparición de maltrato. Algunas de ellas son la alta irritabilidad, la hiperreactividad a los estímulos del ambiente, las enfermedades o minusvalías, etc. En general estas características requieren una mayor atención y cuidados especiales.

Entre los **factores individuales del niño** pueden destacarse los siguientes:

- 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.).

1.3.2. FACTORES FAMILIARES DE RIESGO

Entre los factores familiares que se hallan asociados a los malos tratos a la infancia se puede distinguir aquellos relacionados con la propia estructura y composición familiar y aquellos más directamente relacionados con la interacción familiar, en concreto la relación madre/padre-hijo.

Las investigaciones han encontrado los siguientes factores de riesgo relacionados con el funcionamiento familiar (De Paúl et al., 1988; Crittenden, 1985; Cerezo, 1992):

- 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.

1.3.3. FACTORES SOCIO-CULTURALES DE RIESGO

El contexto extra-familiar y comunitario ejerce un importante papel sobre el funcionamiento familiar y puede convertirse en una fuente de estrés importante. Sobre todo cuando el nivel de estrés es alto y la familia carece de recursos para manejar esta situación, la respuesta más habitual suele ser la violencia. Otro tipo de respuestas también puede ser la pasividad, la resignación o el desarrollo de desórdenes psicológicos (Gracia y Musitu, 1993; Garbarino et al., 1986).

Algunas situaciones productoras de estrés pueden ser:

- 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.

RECUERDE

- ▶ El maltrato infantil está determinado por múltiples factores individuales, familiares y socio-culturales que se interrelacionan, no existiendo una causa única que lo explique.
- ▶ Estos factores son denominados factores de riesgo, ya que aumentan la probabilidad de que ocurran episodios de maltrato.
- ▶ La presencia de factores de riesgo no significa automáticamente la aparición de maltrato. De hecho hay familias que presentan varios de estos factores y, sin embargo, ofrecen un buen trato a sus hijos.
- ▶ El efecto de los factores de riesgo es diferente en cada familia según sus recursos individuales, familiares y sociales.

1.4. MITOS Y FALSAS CREENCIAS SOBRE EL MALTRATO

En la actualidad todavía persisten mitos o falsas creencias en la sociedad acerca de lo que es el maltrato infantil. Estas falsas creencias pueden distorsionar la percepción que se tiene acerca de los malos tratos a los niños y, en consecuencia, dificultar la detección de las situaciones de desprotección infantil al desviar la atención sólo a las situaciones de mayor gravedad.

Un repaso y reflexión crítica acerca de las falsas creencias puede contribuir a identificar mejor este tipo de situaciones y, de este modo, prevenir su incidencia.

Se va a distinguir entre mitos y falsas creencias relacionadas con el maltrato infantil, en general, y con el abuso sexual en particular. Aunque se considera que el abuso sexual es un tipo más de maltrato, se realiza esta distinción debido a las características particulares que presenta para su detección, prevención y tratamiento. De hecho, existen profesionales que se dedican específicamente al abordaje de este tipo de maltrato infantil.

1.4.1. RESPECTO AL MALTRATO INFANTIL EN GENERAL

ES FALSO QUE:	ES VERDADERO QUE:
El maltrato infantil es un fenómeno infrecuente.	Los casos registrados de maltrato infantil se calculan en torno al 1,5 y 2 por mil. Se estima que las cifras reales son aún mayores.
Sólo las personas alcohólicas, drogodependientes o mentalmente perturbadas pueden llevar a cabo estas acciones	Las personas aparentemente normales, sin problemas de adicción o patologías mentales pueden maltratar. No todas las personas con este tipo de problemas agreden a sus hijos.
El maltrato infantil sólo se da en clases sociales bajas o desfavorecidas económicamente.	El maltrato infantil se da en todas las clases sociales. Aunque en las familias más desfavorecidas existe un mayor número de estresores sociales que pueden afectar directamente a las relaciones padres-hijos, las familias con recursos económicos y sociales también pueden maltratar.
Los padres pueden hacer con sus hijos lo que quieran y nadie puede interferir.	Los hijos no son propiedad de los padres. Aunque es obligación de una familia cuidar y proteger a los más pequeños. La responsabilidad del bienestar de la infancia recae sobre toda la comunidad.
Los niños necesitan mano dura, ya que de otro modo no aprenden.	La utilización del castigo físico como método de disciplina provoca reacciones agresivas que aumentan la frecuencia y gravedad de los conflictos de la familia. De tal modo que se necesitan cada vez más castigos y de mayor intensidad para controlar la conducta infantil, produciéndose una escalada de la violencia entre padres e hijos. Por el contrario, una disciplina basada en principios democráticos y no violentos genera la cooperación de los más pequeños.
Maltratar es dañar físicamente a un niño dejándole graves secuelas físicas.	Cuando se habla de malos tratos a un niño se incluye tanto las acciones abusivas, como las omisiones y negligencias. Aunque los malos tratos físicos tienen gran trascendencia pública por la indignación que generan, son más frecuentes aquellos otros tipos de malos tratos que se caracterizan por no atender satisfactoriamente necesidades emocionales o físicas básicas para el desarrollo.
La naturaleza humana impulsa a los progenitores al cuidado y atención a sus hijos.	Algunas personas son incapaces de atender adecuadamente a sus hijos bajo determinadas condiciones. Ser padre no implica en todos los casos saber, querer o poder hacer lo más adecuado para los hijos. La parentalidad está compuesta por una serie de comportamientos que se pueden aprender.

1.4.2. RESPECTO AL ABUSO SEXUAL

ES FALSO QUE:	ES VERDADERO QUE:
Los abusos sexuales no existen o son muy infrecuentes.	En nuestro país un 20% de la población informa haber sido víctima de algún tipo de abuso sexual.
Los niños se inventan las historias sobre abusos sexuales.	Cuando un niño denuncia un abuso hay que escucharlo, especialmente cuanto menor sea su edad. Es más frecuente que las denuncias falsas sean realizadas por adolescentes.
Las víctimas de los abusos sexuales suelen ser adolescentes.	El abuso sexual se puede producir a cualquier edad, siendo los sucesos sobre los más pequeños más graves y difíciles de detectar, por su mayor incapacidad para defenderse y para denunciarlo. Con frecuencia los abusadores se las arreglan (a través de chantajes, prohibiciones, amenazas, etc.) para que las víctimas no lo cuenten a nadie.
El perpetrador de un abuso sexual suele ser una persona sin escrúpulos y alguien ajeno a la familia	La mayor parte de los abusadores sexuales suelen ser familiares, directos o personas cercanas a la víctima (padre, tío, abuelo, hermano, vecino, amigo de la familia, monitor, etc.), que presentan una imagen normalizada y socialmente aceptada.
El abuso sexual es fácil de reconocer.	La mayor parte de los casos de abuso sexual no son conocidos por las personas cercanas a las víctimas, ya que éste es un problema que tiende a negarse o a ocultarse.

RECUERDE

- ▶ Las falsas creencias que persisten acerca del maltrato infantil pueden dificultar la detección temprana y, por tanto, retrasar la aplicación de medidas de protección para los menores que lo sufren, pudiéndose dar situaciones más graves e irreversibles.
- ▶ La presencia de alguna de estas creencias hace que los ciudadanos no observen como inadecuados muchos hechos que deben ser denunciados.

MARCO LEGAL SOBRE EL MALTRATO O LA DESPROTECCIÓN INFANTIL

I.5.

En los últimos años se han producido avances en la legislación internacional, nacional y autonómica en materia de protección de menores. El marco jurídico ayuda a comprender los procesos y actuaciones que se llevan a cabo desde la Administración Pública en materia de protección infantil.

I.5.1. NORMATIVA APLICABLE

En este apartado se referenciará directamente la legislación nacional y autonómica que da cobertura a la protección de la infancia en la Comunitat Valenciana.

La **Constitución Española** establece los principios sobre los que se sustenta la política social y económica de los poderes públicos. En ella se recogen los derechos fundamentales y las libertades públicas, extensibles también a los menores. Además, contempla la necesidad de una especial protección a la familia y a los hijos, disponiendo en el artículo 39.4 que los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.

El **Código Civil** constituye la norma básica de ámbito estatal en materia de instituciones de protección de menores. En concreto, dicha materia se encuentra regulada en los artículos 172 y siguientes. Además, el citado Código recoge en el artículo 154 las obligaciones inherentes a la patria potestad.

El Código Civil, reformado por la **Ley 21/1987, de 11 de noviembre** y la **Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor**, también establece las situaciones en las que la Administración Pública debe intervenir en beneficio de los menores, definiendo la situación de desamparo. La Ley Orgánica 1/1996, establece, además, los derechos de los menores contenidos en la Constitución y en la Convención de los Derechos del Niño, y los principios rectores de la actuación de los poderes públicos. Recoge como novedad, a nivel estatal, la intervención de la Administración en situaciones de riesgo. También establece que toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, deben comunicarlo a la autoridad competente o a sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.

La Comunitat Valenciana tiene competencias exclusivas en esta materia según el artículo 31 del Estatuto de Autonomía, habiendo sido desarrollada en las siguientes normas autonómicas:

Ley 7/1994, de 5 de diciembre, de la Generalitat Valenciana, de la Infancia. Regula de forma integral la actuación de las instituciones públicas valencianas, los agentes sociales y los ciudadanos, en orden a procurar la atención e integración de los menores en todos los ámbitos de convivencia.

Reglamento de Medidas de Protección Jurídica del menor de la Comunidad Valenciana, aprobado por el **Decreto 93/2001**, de 22 de mayo, del Gobierno Valenciano.

En los anexos se recoge un listado de toda la legislación básica relacionada con la protección de menores.

1.5.2. ACTUACIONES Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN

La protección de menores integra un conjunto de actuaciones cuyo propósito es prevenir y corregir una gran diversidad de situaciones de desprotección infantil. La realidad obliga a distinguir entre situaciones de desprotección de muy diversa índole, que exigen un tratamiento diferenciado y una pluralidad de respuestas que se adapten a las necesidades de cada caso.

Esta diversidad de situaciones de desprotección puede ser clasificada según el grado e intensidad de la intervención administrativa. Substancialmente las normas jurídicas contemplan dos situaciones de desprotección del menor, que implican un distinto grado de intervención de la Administración:

SITUACIÓN DE RIESGO: se define como aquella 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 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.

SITUACIÓN DE DESAMPARO: se define como la 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. Estos casos se caracterizan porque la gravedad de los hechos aconseja la separación del menor de la familia.

Ante una situación de desprotección social, la Administración Pública puede aplicar una serie de medidas de protección:

- **LA AYUDA O EL APOYO FAMILIAR EN SITUACIONES DE RIESGO.** Esta medida consiste en la prevención y reparación de tales situaciones.
- **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 concurren circunstancias graves que impida a aquellos el cuidado de sus hijos y cuando lo determine el juez.

Según el Código Civil, la guarda, con o sin tutela del menor, se realizará a través de alguna de las siguientes medidas:
 - **El acogimiento residencial del menor.** Supone el ingreso del menor en un centro de protección de menores.
 - **El acogimiento familiar del menor.** Supone la convivencia del menor con otra familia. Dicho acogimiento podrá ser simple, permanente o preadoptivo.
- **LA ASUNCIÓN DE LA TUTELA POR MINISTERIO DE LA LEY,** previa declaración de la situación de desamparo del menor, que conllevará siempre la guarda del menor.

En los anexos se amplían algunas cuestiones relacionadas con las distintas medidas de protección así como la explicación de las figuras jurídicas relacionadas con la materia.

1.5.3. ENTIDADES PÚBLICAS COMPETENTES

La Generalitat, como persona jurídico-pública, es la que asume en la Comunitat Valenciana las potestades y facultades de protección del menor. En la actualidad la Conselleria de Bienestar Social es el departamento a quien corresponde ejercer, entre otras, las competencias relativas a menores. Las mismas son realizadas a nivel central, mediante la instrucción de acciones, programación y coordinación de los servicios territoriales de la Conselleria, a través de la Dirección General de la Familia, Menor y Adopciones.

A nivel territorial, las citadas competencias se ejecutan a través de la Dirección Territorial de Bienestar Social. A éstas les compete el ejercicio directo, dentro de su ámbito territorial, de las facultades que en materia de protección de menores tiene atribuidas la Generalitat, y en especial, la declaración de desamparo y la asunción de la tutela.

La legislación vigente también prevé la participación de las entidades locales, a través de los equipos municipales de servicios sociales de los Ayuntamientos o de los servicios integrales de atención a la familia. Estas entidades son competentes en la prevención de situaciones de desprotección social, la

información, orientación y asesoramiento a los menores y a las familias, la apreciación, intervención y aplicación de medidas en situaciones de riesgo, la intervención familiar, la detección y el diagnóstico de situaciones de desamparo y propuestas de medidas al órgano autonómico, la participación en los programas de acogimiento familiar y adopción, y el diseño, la implantación y la evaluación de programas de reinserción social.

Además, las instituciones colaboradoras de integración familiar debidamente habilitadas (asociaciones o fundaciones sin ánimo de lucro), pueden colaborar en la realización o ejercicio de algunas actuaciones protectoras. Así, podrán intervenir en funciones de guarda y mediación con las limitaciones que la entidad pública señale, estando siempre sometidas a las directrices, inspección y control de la autoridad que las habilite.

1.5.4. ACERCA DE LA RESPONSABILIDAD PENAL

La perspectiva legal de la desprotección infantil también prevé la responsabilidad penal de los autores o responsables de delitos o faltas que se puedan cometer contra los menores.

Así, el Código Penal tipifica en el artículo 153 como delito de malos tratos el que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quién sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él de forma estable por análoga relación de afectividad, o sobre los hijos propios o del cónyuge o conviviente, pupilos, ascendientes o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho de uno u otro.

No obstante, es también objeto de intervención judicial cualquier delito o falta tipificado en el Código Penal en el que los menores resultan ser víctimas, aunque la relación entre víctima y agresor no sea la definida en este artículo. Así, una lesión, física o psíquica, podrá ser considerada como un delito de lesiones o como falta. Incluso se tipifica como falta, el golpear o maltratar a otro sin causarle lesión. En cualquier caso, se agrava la pena si la víctima mantiene una relación de parentesco con el agresor.

Además, el Código Penal tipifica como delito las agresiones sexuales, el abuso sexual, el acoso sexual, el exhibicionismo y provocación sexual y la prostitución y corrupción de menores. Asimismo queda tipificado como delito las lesiones o enfermedades que perjudiquen gravemente el normal desarrollo del feto o le provoquen una grave tara física o psíquica.

RECUERDE

- ▶ El marco legal recoge las distintas formas de desprotección infantil a través de los conceptos de riesgo y desamparo.
- ▶ La entidad pública contempla diferentes grados de intervención según se trate de una situación de riesgo o de desamparo.
- ▶ La entidad con competencias en protección de menores en la Comunitat Valenciana es la Generalitat.
- ▶ Además de la protección del menor, pueden y deben iniciarse acciones de verificación de la responsabilidad penal de los autores de delitos o faltas que se cometan contra los niños.

2. ÁMBITO SANITARIO Y PROTECCIÓN INFANTIL

2.1. EN QUÉ CONSISTE LA PROTECCIÓN A LA INFANCIA

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, potenciando su desarrollo como individuo.

El Sistema de Protección a la Infancia incluye a un amplio espectro de personas que va desde los padres y los ciudadanos en general hasta los profesionales de las instituciones competentes en materia de protección infantil.

La detección y la notificación de las situaciones de maltrato constituye el inicio del proceso de protección, el cual implica a un conjunto de profesionales bastante heterogéneo como trabajadores sociales, profesionales de la sanidad, psicólogos, fiscales, jueces, maestros, educadores, etc. y con funciones bien diferentes.

Una vez identificada, analizada y evaluada la situación de maltrato o desprotección del menor dentro del ámbito sanitario, ésta se notificará a través de la Unidad de Trabajo Social del centro a la entidad competente.

Estas entidades son las encargadas de realizar una investigación del caso en la que se incluye la información clínica y psicosocial proveniente del ámbito médico, y también la información de otros ámbitos, como el educativo, policial, psicológico, escolar, sociolaboral, penitenciario, salud mental, etc. El objetivo es verificar la situación de malos tratos al menor, evaluar las necesidades del niño y su familia, las causas que originaron y mantienen el problema y el pronóstico de cambio de la situación familiar.

Esta información servirá de base para dirigir la intervención en la dirección de resolver las necesidades del menor y la familia, y de esta forma garantizar a los menores un entorno estable y seguro.

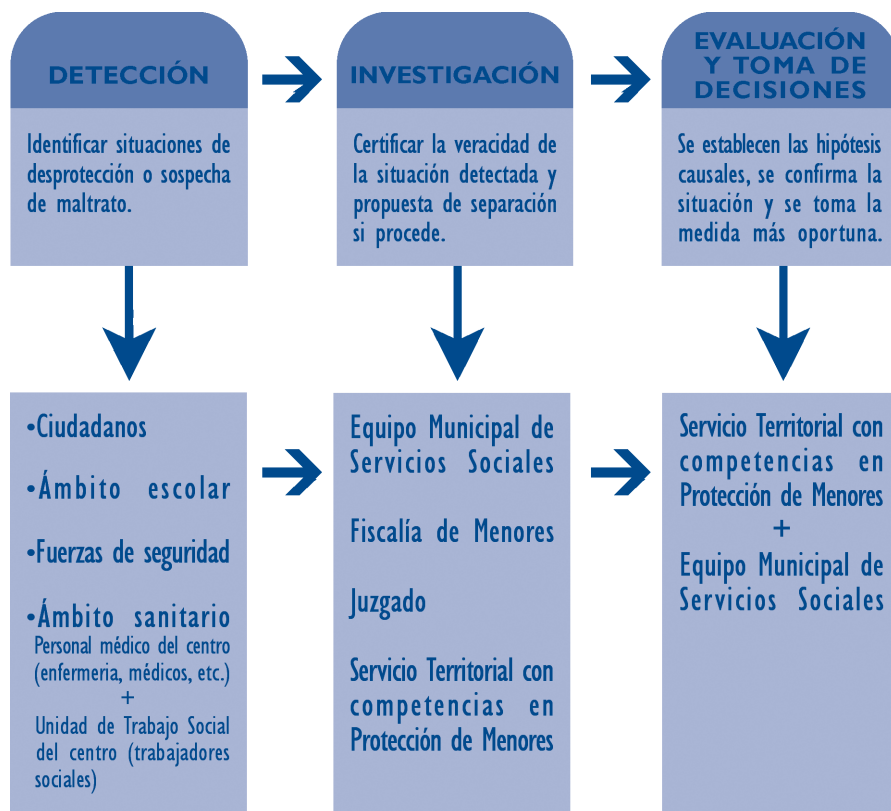
Con la información disponible y con la participación de diferentes profesionales se realizará el plan del caso, que se entiende como una proyección de los objetivos a alcanzar por el menor y su familia para restaurar su bienestar.

En los casos de riesgo, en los que se reconozca que la situación familiar y social del menor no favorece el desarrollo del niño y no cubre sus necesidades básicas, pero en las que se aprecian suficientes factores protectores por parte de los cuidadores, la actuación protectora se centralizará en el Equipo Municipal de Servicios Sociales. Las actuaciones previstas para este tipo de problemática psicosocial que afecta al menor serán: las ayudas económicas, las ayudas a

domicilio, las intervenciones de carácter educativo dirigida a los padres y las intervenciones familiares de carácter especializado.

En los casos más urgentes, el Servicio Territorial con competencias en Protección de Menores⁽¹⁾ puede a través de una resolución administrativa tutelar al menor y protegerle o guardarle en un centro de acogida de menores o en una familia acogedora. Una vez asegurada la protección del menor se dará comienzo a una segunda fase de investigación y evaluación del caso, que permita la planificación de actuaciones más concretas y que incluya también a la familia del menor.

FASES DEL PROCESO DE PROTECCIÓN INFANTIL E INSTITUCIONES IMPLICADAS.



El seguimiento del caso será realizado conjuntamente por el Servicio Territorial con Competencias en Protección de Menores y el Equipo Municipal de Servicios Sociales, no excluyéndose en ningún caso a los ámbitos de detección (sanitario, escolar, fuerzas de seguridad, etc.).

(1) En el momento de la edición de este manual, el citado servicio es la Sección del Menor de la Dirección Territorial de la Conselleria de Bienestar Social.

Los profesionales del ámbito sanitario son clave en todo el proceso de protección infantil. Como puede comprobarse sus funciones van más allá de la detección de los casos de maltrato, y éstas se determinarán en coordinación con otros profesionales también implicados. Además, el colectivo sanitario realiza diagnósticos de lesiones por malos tratos, pieza fundamental para la investigación y evaluación. En ocasiones participa en la elaboración del plan del caso, y contribuye a la intervención psicosocial motivando a los padres y facilitando la comunicación con ellos. Es así mismo fundamental su participación en el seguimiento de los casos, comprobando que el menor evoluciona adecuadamente.

RECUERDE

- ▶ Cuando los padres no cumplen su función protectora se hace necesaria la participación de otros agentes sociales.
- ▶ El objeto de cualquier intervención protectora es garantizar que el menor se desarrolle en un ambiente estable y seguro.
- ▶ La detección es la parte del proceso de protección que implica la identificación de situaciones que incumplen la satisfacción de las necesidades infantiles.
- ▶ La notificación es la parte del proceso de protección que consiste en la comunicación de las situaciones de maltrato a las entidades competentes.
- ▶ Las actuaciones de los profesionales del ámbito sanitario con relación al maltrato infantil no se ciñen sólo a la detección y notificación de casos, sino que están integrados dentro de un proceso de actuaciones más amplio, que abarca también la investigación, el tratamiento y el seguimiento de los casos.
- ▶ La efectividad de la actuación protectora estará en función de la coordinación entre los agentes sociales implicados en la protección, entre los que están incluidos los profesionales de la salud.
- ▶ El tratamiento del maltrato implica a un número amplio y heterogéneo de profesionales. Las iniciativas personales no son suficientes.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE DETECTAR LOS MALOS TRATOS?

2.2.

El maltrato infantil en todas sus formas constituye un problema de salud pública originado por múltiples causas: psicológicas, familiares, económicas y sociales. Su incidencia es similar a la de otras causas de mortalidad y morbilidad infantil como el cáncer o los accidentes, siendo el causante de diversidad de secuelas físicas y psíquicas.

En España, los estudios realizados indican una incidencia de maltrato infantil en torno al 2%. En la actualidad no se tiene un conocimiento exacto de los casos reales de malos tratos a niños. Sin embargo, por estudios realizados en diferentes comunidades autónomas del Estado español, se estima que los datos del maltrato infantil conocidos representan el 10-20% de los datos reales, asemejándose así a las cifras obtenidas por otros países de nuestro entorno. Esto significa que sólo se atiende a una pequeña parte de menores que vive en situación de riesgo o maltrato. Por otro lado, se ha demostrado que estos últimos porcentajes aumentan en la medida que los servicios comunitarios relacionados con la infancia se especializan y se hacen más sensibles a la detección.

La mortalidad es producida tanto como consecuencia directa de los malos tratos, como indirectamente por las graves consecuencias psicosociales en la adolescencia y en la edad adulta, ya sea por lesiones, complicaciones o por suicidio (Cerezo, 1995; Finkelhor, 1985). Los adolescentes que han sufrido malos tratos tienen de 3 a 5 veces más riesgo de tentativas de suicidio que los que no lo han padecido (Riggs, 1990; Rutter, 2000).

También se sabe que los niños que sufren malos tratos tienen un riesgo de muerte desde su nacimiento hasta la adolescencia tres veces mayor que la población infantil general (Sabotta, 1992).

Entre las secuelas a corto plazo se podrían enumerar las lesiones, las respuestas emocionales y conductuales desajustadas como consecuencia del estrés sufrido y, en general, cualquier respuesta física y psíquica al estrés que implique un fracaso adaptativo, como es el retraso en el crecimiento y del desarrollo de causa no orgánica, retraso psicomotor y cognitivo, trastornos socioemocionales y del aprendizaje, etc.

Entre las secuelas a largo plazo se encuentran las secuelas anatómicas (cicatrices, prótesis, amputaciones, etc.) y las secuelas funcionales (pérdida de sensibilidad, pérdida de alguna de las funciones viscerales, cojeras, etc.). Este tipo de secuelas suele afectar negativamente la percepción que el sujeto tiene de su salud, de su belleza y armonía o estima personal.

Entre las secuelas a largo plazo es necesario destacar también los trastornos psicósomáticos, somatomorfos, los trastornos psicológicos, adicciones, alteraciones del sueño, problemas sexuales, de la alimentación, etc.

Conviene recordar que los malos tratos hacen referencia no sólo a aquellas situaciones extremas y puntuales que pueden desencadenar daños físicos o emocionales en el niño, sino también a aquellas situaciones íntimamente relacionadas con una dinámica familiar patológica y cronificada. Son estas últimas situaciones las más frecuentes y complejas, por el hecho de que los miembros familiares lo consideran la forma “normal” de relacionarse entre ellos.

Se conoce que el maltrato es un fenómeno regular y que la probabilidad de que los hechos maltratantes se repitan es bastante alta. Se trata así mismo de un fenómeno cuya intensidad suele aumentar con el tiempo. Se sabe, además, que la probabilidad de que el maltrato afecte a otros miembros de la familia - hermanos u otras personas vulnerables - es alta (72-98% reciben también malos tratos; Wolfe, 1987). Resumiendo, es de esperar que a medida que pase el tiempo, la frecuencia y la intensidad de los malos tratos aumente, a no ser que se intervenga a tiempo sobre la problemática.

La identificación de las señales de alarma de un posible maltrato infantil es un paso previo e imprescindible para la actuación y orientación del problema. La detección debe ser lo más precoz posible. Es así como se puede evitar la gravedad de las consecuencias del maltrato para el menor y como se puede garantizar el éxito de la intervención.

RECUERDE

- ▶ Las implicaciones del maltrato infantil en la salud hacen que los profesionales del ámbito sanitario tengan un papel fundamental en la intervención, detección y prevención del maltrato infantil.
- ▶ El modelo sanitario actual tiene también en cuenta la salud psicológica del paciente y las características del entorno que le rodea.

2.3.

ACTUACIONES Y COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO SANITARIO ANTE EL MALTRATO INFANTIL

Las actuaciones y las funciones de los profesionales del ámbito sanitario con respecto al tema del maltrato infantil son múltiples y todas ellas tienen como factor común contribuir a que las necesidades del menor sean cubiertas.

No todos los profesionales de la salud tienen las mismas responsabilidades en la atención de los malos tratos a la infancia, ni todos tienen que actuar de la misma forma. Ello dependerá del nivel de atención profesional que se presta, ya sea hospitalaria o de atención primaria en centros de salud, y de las distintas

especialidades, ya sean médicos de familia, pediatras, personal de enfermería, personal de la unidad de trabajo social, etc.

Fundamentalmente las responsabilidades de los servicios sanitarios en relación con el tema, se pueden resumir en:

- Detección y notificación de los casos de maltrato o sospechas de ello.
- Realización de diagnóstico y provisión de tratamiento médico a las víctimas.
- Seguimiento de niños en riesgo y de familias vulnerables con dificultades en la relación con sus hijos.
- Enseñanza a los padres de pautas adecuadas de crianza infantil.
- Elaboración de informes adecuadamente documentados y fundamentados que puedan ser utilizados para la evaluación del caso por el Servicio Territorial con competencias en Protección Infantil y por el Juez.

Antes de entrar a definir las responsabilidades de los distintos servicios sanitarios relacionados con el tema de los malos tratos es conveniente tener en cuenta una serie de recomendaciones:

- 1) **Formación y experiencia** contrastada de los profesionales en el campo de la infancia de forma específica. La formación en el tema de malos tratos es necesaria, puesto que sensibiliza hacia la detección y ofrece al profesional herramientas para la comprensión y el abordaje de estas situaciones.
- 1) El profesional sanitario debe **actuar sobre la problemática del maltrato desde una perspectiva integral**. Esto es, debe considerar al niño, al igual que al resto de pacientes, como una totalidad bio-psico-social, inmerso en un medio familiar, ambiental y social claves para su desarrollo y bienestar.
- 1) **Entender que el maltrato tiene origen psicosocial**. El maltrato se produce como consecuencia de relaciones niño-cuidador disfuncionales. Muy frecuentemente los síntomas que presenta el niño, como conductas oposicionistas o estados de “nerviosismo”, se deben a la situación sociofamiliar que está viviendo y a las relaciones en las que está inmerso. Es por ello conveniente ofrecer asesoramiento y considerar no sólo los síntomas que presenta el menor, sino también sus circunstancias familiares y socioculturales (Pedreira, 1990).

- 1 Tener presente que el objetivo básico es la **protección del menor**. El niño debe ser protegido y, a su vez, se debe atender a una de sus necesidades básicas, que es la de poder establecer vinculaciones seguras y saludables con sus cuidadores en un entorno familiar.
- 2 El **niño es un sujeto con derechos** y las actuaciones deben ir encaminadas a prevenir todas aquellas situaciones que pueden perjudicar su desarrollo integral.
- 3 Crear desde un principio una **relación de confianza con los padres y motivarlos para una intervención de tipo psicosocial**. La confianza y la motivación son factores imprescindibles por parte de los padres para reconocer el problema de relación y abuso con sus hijos, y para aceptar la ayuda psicosocial.
- 4 **Fomentar la coordinación con otros profesionales** a través de un enfoque interdisciplinar e intersectorial para evitar la falta de asistencia o la duplicidad de actuaciones.
- 5 **Facilitar la transmisión de información**. A ser posible se buscará la complementariedad integrando la información que fue recogida por otros profesionales. La información que se transmita debe fundamentarse en afirmaciones precisas, apoyadas con datos médicos e incluir una valoración de los factores de riesgo psicosociales.
- 6 Disponer de unos **instrumentos** que permitan recoger de forma ordenada y sistemática las características del maltrato infantil y unos protocolos de actuación que faciliten y sistematicen el tratamiento de estas situaciones.
- 7 Tomarse el tiempo y las seguridades necesarias para estudiar el caso (reacciones del menor, de la familia, de la relación padres-hijos) con objetividad.
- 8 Entender que el menor maltratado tiene unas **necesidades emocionales** importantes y requiere una atención y apoyo especial.

El tratamiento del maltrato en el ámbito sanitario se produce en dos áreas complementarias; una clínica y la otra psicosocial. Esta doble orientación permite perfilar de forma general las funciones de los profesionales implicados en los casos de malos tratos.

RECUERDE

- ▶ El tratamiento del maltrato infantil desde el ámbito sanitario se produce en el área clínica y psicosocial.
- ▶ El maltrato infantil es un problema que ocurre en el contexto familiar y que afecta a toda la familia, por tanto, el tratamiento también deberá implicar a la misma.

2.3.1. LAS FUNCIONES PRINCIPALES EN EL ÁREA CLÍNICA

A continuación se especifican algunas tareas protagonizadas por el personal del área clínica en general:

- Tratamiento de las crisis (lesiones, problemas de salud asociados, posibles secuelas, repetición del maltrato, enfermedades de transmisión sexual, embarazo, etc.), comprobación diagnóstica y validación de las declaraciones.
- Acompañamiento emocional del menor durante la intervención. El apoyo emocional es imprescindible en los casos de maltrato infantil, ya que las consecuencias psíquico-emocionales van a estar presentes en este problema tanto a corto, como a medio y largo plazo.
- Recurrir siempre que sea necesario a la ayuda de otros profesionales (por ejemplo, psicólogos, psiquiatras de niños o adultos, profesionales de la unidad de trabajo social, etc.).
- Registrar en la historia clínica todos los detalles relevantes, tanto de la anamnesis y exploraciones, como de las respuestas a sus medidas terapéuticas y preventivas.
- Realizar un control periódico o seguimiento de la situación familiar para prevenir o detectar posibles recaídas. Se estima que el riesgo de recidiva al volver al entorno familiar es del 55 al 69%. Además las secuelas físicas y psíquicas del maltrato a menudo aparecen o reaparecen en algún momento del desarrollo del niño. Así, lo que en un principio parece no afectarlo, puede convertirse en algo realmente problemático en una etapa posterior del desarrollo o bajo circunstancias socio-familiares determinadas.

De forma específica se consideran las funciones de los distintos profesionales del área clínica:

Personal de obstetricia y ginecología

El personal de obstetricia y ginecología atiende a madres durante el embarazo, en el parto y en los meses inmediatamente posteriores. Esto es, durante un periodo de tiempo de especial vulnerabilidad, puesto que la madre, se encuentra en una situación crítica que supone cambios en su vida y requiere la puesta en funcionamiento de recursos personales, familiares y sociales. Por otro lado, durante esta etapa crítica suelen reducirse las fuentes de apoyo social y producirse cierto aislamiento de la madre con respecto a su entorno.

Estos profesionales tienen un papel relevante en:

- La prevención mediante la preparación y apoyo a los padres en el cuidado del bebé y satisfacción de sus necesidades básicas.
- La detección de situaciones de riesgo a través de la observación de condiciones familiares estresantes (enfermedades, problemas en la relación, entorno sociolaboral, etc.), de las expectativas de los padres hacia el bebé y del tipo de interacción y vinculación de los padres con su hijo.
- El fomento y facilitación de la planificación familiar.

Personal de pediatría y enfermería en Centros de Salud

Estos profesionales mantienen un contacto periódico y estrecho con los padres y el niño durante la infancia, realizando un seguimiento físico del niño, su nivel de desarrollo general y el cuidado que recibe. Además, este mismo contacto estrecho permite a los profesionales observar disfunciones en las relaciones padres-hijo y profundizar en aquellas situaciones sospechosas de malos tratos.

Estos profesionales tienen una función privilegiada en:

- La sensibilización socioeducativa de los padres para establecer unas bases de crianza adecuadas y fomentar relaciones padres-hijos positivas.
- La detección de algún tipo de lesión o secuelas resultante de abusos o negligencias.
- La detección de retrasos en el desarrollo o problemas de conducta que no obedezcan a causas orgánicas diagnosticables.
- La detección de riesgo a causa de la incapacidad transitoria o permanente de sus cuidadores, ya sea por abuso de sustancias como

trastornos psicopatológicos, elevado nivel de estrés, problemas físicos o comportamentales importantes en el niño, etc.

- La reducción de las crisis de origen ambiental derivando a los padres al Equipo Municipal de Servicios Sociales, que pueden prestar ayuda económica, psicoterapéutica, vivienda, empleo, etc.
- Colaboración en la acción protectora dirigida por otros profesionales:
 - Proporcionando informes documentados sobre el estado de salud del niño, informando sobre la etiología de las lesiones, etc.
 - Proporcionando información periódica acerca de la evolución de la salud del menor al Servicio Territorial competente en la Protección de Menores.
 - Implicándose en la consecución de los objetivos de la acción protectora, como enseñar a los padres a cubrir las necesidades físicas y emocionales de su hijo, reforzar la implicación de los padres en el cuidado de su hijo, etc.

Personal sanitario hospitalario

La actuación de estos profesionales en los casos de desprotección infantil se centra en:

- La detección de situaciones de abuso o abandono de niños a través de la observación y recogida de información sobre el niño y los acompañantes del menor.
- La detección de situaciones de riesgo en menores hospitalizados mediante la observación del tipo de interacción padres-hijo y de conductas y actitudes individuales de padres e hijos.
- La elaboración de informes documentados sobre el estado de salud del niño y la etiología de sus lesiones dirigidos a los servicios territoriales competentes en la protección de menores y a los juzgados.

Personal de salud mental

Estos profesionales centran su atención en el tratamiento psiquiátrico de niños y adultos. Su función es especialmente relevante en los casos de maltrato infantil, y concretamente en:

- La detección de malos tratos a partir del tratamiento a niños con problemas emocionales o psicopatológicos.
- El diagnóstico y tratamiento de trastornos emocionales y psicopatológicos en el niño derivados por maltrato.
- La detección de malos tratos a partir de las características comportamentales o psicológicas de los padres, que les incapacita o limita para atender adecuadamente las necesidades de su hijo.
- Proporcionar información periódica o informes a los servicios territoriales con competencia en protección de menores o al Juez con respecto al estado de salud psíquica del niño.
- Participar en la formulación de los objetivos de la intervención, en el diseño del plan del caso y en la evaluación de los resultados.
- Capacitar a los padres para atender adecuadamente las necesidades emocionales de sus hijos.
- Enseñar y promover en el niño aquellos recursos personales que le permitirán detectar y defenderse del abuso de los adultos.

2.3.2. LAS FUNCIONES PRINCIPALES EN EL ÁREA PSICOSOCIAL

Entre las funciones principales de los profesionales de la Unidad de Trabajo Social del centro están:

- Aportar datos que contribuyan a certificar la veracidad de la situación de maltrato notificada por el personal médico a través, por ejemplo, de entrevistas con el menor y sus cuidadores principales, de la consulta con otros profesionales, etc. Esto se realizará tanto en los casos que acudan al Servicio de Urgencia, como en aquellos que pueden haber sido ingresados por otro diagnóstico y que, a juicio del médico o enfermería de planta que los atiende, sean sospechosos de malos tratos.
- Atender los casos confirmados o sospechosos que puedan ser enviados desde otros centros del Área de la Salud.
- Determinar la gravedad de la situación y del riesgo que corre el menor, así como evaluar el grado en que las necesidades básicas del menor están siendo cubiertas.

- Coordinarse con los equipos municipales de servicios sociales u otros profesionales implicados en el caso, participando en el análisis y propuesta de resolución del caso.
- Realizar informes sociales.

En los casos que no haya Unidad de Trabajo Social en el centro, el personal sanitario que detecte el maltrato notificará el caso a las instituciones correspondientes, como a los equipos municipales de servicios sociales o los servicios territoriales con competencias en protección de menores.

DIFICULTADES RELACIONADAS CON LA DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

2.4.

Aunque la probabilidad de detectar el maltrato infantil en el ámbito sanitario es alto, no deja de ser una tarea difícil, que plantea, además, una serie de conflictos y de dudas personales al profesional. Estos están estrechamente ligados al error en identificar y certificar el maltrato infantil.

Así, entre los factores que más influyen a la hora de no reconocer el maltrato están, por ejemplo, la falta de formación acerca de los indicadores de malos tratos.

Otras razones más comunes que influyen a la hora de no certificar el problema son algo más complejas y aluden a cuestiones personales de los profesionales. Certificar un maltrato supone “destapar” una situación familiar conflictiva y responsabilizar a alguien del daño. En definitiva, provocar cambios en una dinámica familiar consolidada, que victimiza al más vulnerable, con frecuencia al menor. Esta situación suele ir asociada al temor a cometer algún fallo y diagnosticar como maltrato algo que no lo es, temor a ser injustos con los padres y con el menor, temor a las reacciones de los padres y a la propia seguridad personal, temor a estar vulnerando el principio de confidencialidad, etc.

Otros posibles temores del profesional que dificultan la identificación del maltrato están relacionados con la desconfianza y el desconocimiento de otras instituciones sociales, otros profesionales, otras posibilidades de intervención y medidas de ayuda y apoyo a la familia o al niño. A menudo se teme que “el remedio sea peor que la enfermedad”. Este temor está basado en la creencia, y a veces en la experiencia, de que de nada sirve la notificación de un caso de maltrato, puesto que las actuaciones institucionales posteriores a la notificación son ineficaces e incluso nocivas para el niño.

Estos temores son en cierto modo comprensibles, aunque la mayoría están fundamentados en creencias falsas o en la falta de conocimiento sobre el tema.

Es por ello responsabilidad de cada uno reflexionar acerca de sus temores, compartirlos y buscar soluciones para poder así dar una respuesta profesional lo más adaptada a las necesidades del niño y su familia.

Los falsos positivos en el diagnóstico de maltrato infantil son posibles. Sin embargo, éstos no deben hacer desistir en la detección de maltrato y afianzarse en los posibles miedos de cada uno, puesto que cuando hay sospecha de maltrato de algún tipo, lo más probable es que lo haya. No reconocer el problema implicaría ser injusto con el niño, dejarle solo con sus necesidades, dejarle solo ante el riesgo de lesiones más graves, retrasos en su desarrollo o pérdida de la vida.

RECUERDE

- ▶ Existen falsas creencias y expectativas en los profesionales cuya revisión puede facilitar la detección y actuación en los casos de malos tratos a menores.
- ▶ Cuando hay sospecha de maltrato de algún tipo, lo más probable es que lo haya o pueda haberlo.

3. LA DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL EN EL ÁMBITO SANITARIO

El maltrato infantil se constata a partir de la observación de múltiples datos e indicadores derivados de la anamnesis (historia clínica y socio-familiar), de las exploraciones físicas (lesiones, quemaduras, etc.), de las pruebas complementarias (pruebas de laboratorio y radio-diagnóstico), de la observación de la conducta del niño y de su cuidador o acompañante, del diagnóstico diferencial y de la información obtenida por otros profesionales.

Los datos obtenidos a partir de estas fuentes permitirán establecer un diagnóstico de maltrato. El objetivo del diagnóstico es:

- Hacer unas afirmaciones fundamentadas que expliquen la etiología de las heridas, fracturas, enfermedades, retraso del desarrollo, etc.
- Proporcionar las bases para el pronóstico y tratamiento del caso.

3.1. LA ANAMNESIS CLÍNICA

El objetivo de la anamnesis consiste en recoger la información relevante sobre la situación actual de maltrato, la historia de lesiones anteriores, el desarrollo social y comportamental del niño y la situación familiar.

Sería conveniente realizar la anamnesis en entrevistas por separado con la madre, el padre y el niño. Es en los primeros momentos, después de haberse producido el incidente, cuando la información de los diferentes miembros de la familia es más divergente, contrapuesta y está menos manipulada.

Algunos aspectos a tener en cuenta en la entrevista con la madre

- Comenzar por los antecedentes fisiológicos, preguntando acerca del embarazo, del parto y del desarrollo del niño.
- Las preguntas formuladas de forma neutra y abierta pueden aportar claves útiles, por ejemplo ¿qué considera la madre que es más importante?, ¿cuáles son sus preocupaciones?, etc.
- Al llegar al tema de la lesión hacer preguntas de poca importancia: ¿qué le ocurrió?, ¿qué le dijo a usted?, etc.
- Es conveniente atender y anotar cuáles son las reacciones emocionales durante la entrevista.

En la entrevista con el padre

- Preguntar sobre el estado de salud del niño.
- Anotar las posibles discrepancias y rivalidad con la madre.

En la entrevista con el niño

- Observar si el niño está desarrollado adecuadamente para su edad y si su nivel de desarrollo físico y cognitivo le permite realizar las acciones que relatan los padres (por ejemplo: ¿puede meterse solo en la bañera y abrir el grifo de agua caliente?).
- Preguntarle cuando esté más tranquilo y sea capaz de contar lo sucedido, no forzarlo ni inducirlo.
- Preguntar señalando las partes del cuerpo. Preguntarle si alguien le ha tocado de manera que le doliera o molestara.
- En función del nivel de desarrollo lingüístico del niño es aconsejable preguntarle ¿qué pasó y quién se lo hizo?. En ocasiones se puede utilizar un ejemplo “yo conozco a un niño que tenía lo mismo que tú...”.

anamnesis específica para accidentes

- ¿Qué ocurrió previamente al “accidente”?
- Los padres o cuidadores del niño deben contar detalladamente qué ocurrió antes de que se produjesen las heridas, etc., cuándo se detectaron, cómo se desarrollaron los síntomas y en qué orden se presentaron.
- ¿Quién estuvo con el niño antes de que se produjese el daño?, ¿quién estaba cuidando de él?, ¿quién pudo observar la situación cuando se produjo el daño?
- ¿En qué situación se produjo la herida, fractura, etc.?, ¿era la hora de comer, cambiar los pañales, etc.?
- ¿Qué características presenta el niño?, ¿tiene cólicos, lloros frecuentes?, ¿se trata de un niño difícil de calmar?, ¿se encuentra en una fase del desarrollo problemática?, ¿cómo es la relación del niño con sus padres?, ¿tiene alguna enfermedad crónica?, ¿alguna minusvalía?
- ¿Cómo han reaccionado los padres ante la situación?, ¿tomaron alguna medida de urgencia o intentaron reanimarlo?, ¿buscaron atención médica inmediatamente o con retraso?

- Antecedentes personales del niño. ¿El embarazo fue problemático?, ¿hubo complicaciones perinatales?, y otros datos como el peso al nacer, lactancia materna, ingresos hospitalarios, intervenciones, desarrollo psicomotor, desarrollo pondero-estatural, tipo de medicación. ¿Hubo separaciones tempranas y prolongadas entre madre e hijo?, ¿está vacunado?, ¿acude regularmente a las consultas médicas?
- Si hubo otros menores como testigo, es importante recoger su versión, ya sea a través de la narración o de la observación de juegos.

La **anamnesis familiar** contendría la siguiente información:

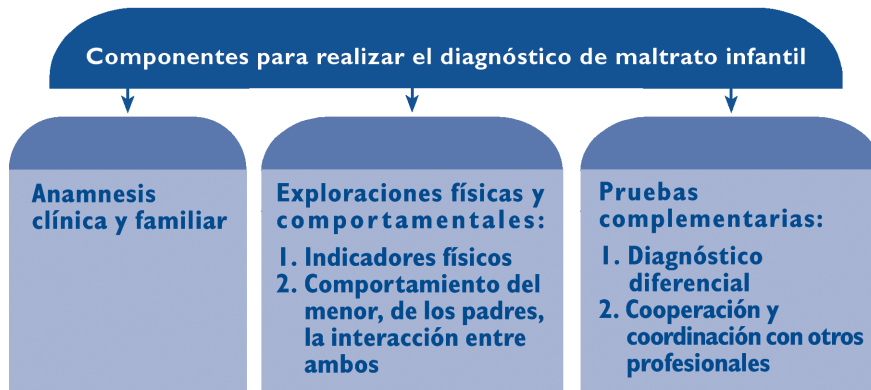
- ¿Cómo es la dinámica familiar?, ¿quién vive en el domicilio familiar?, ¿cómo son las relaciones de parentesco?, ¿cómo es el entorno familiar?, ¿hay posibilidad de recibir ayuda o atención por parte de otros?, ¿conviven amigos u otras personas en la casa?
- ¿Hay estresores en la familia?. Como por ejemplo, pobreza, amenaza de la pérdida de trabajo, conflictos familiares, separación o divorcio, violencia doméstica, conductas delictivas, consumo de alcohol o drogas, relaciones anteriores con los servicios sociales, enfermedades físicas o mentales importantes, etc.
- Antecedentes personales de los padres. ¿Hubo antecedentes de malos tratos en alguno de los padres por parte de su familia de origen?
- ¿Cuáles son las prácticas disciplinarias de los padres?
- La preocupación que muestran los padres, ¿está en relación con la severidad de los daños en el niño?

Otros aspectos a tener en cuenta en la anamnesis son un análisis y valoración de las condiciones en que se produjo la lesión. Aunque ésta no sea una tarea propiamente dicha del profesional del ámbito sanitario, en ocasiones, dependiendo del tipo de lesión que presente el menor, esta información puede ayudar a decidir si la herida fue accidental o consecuencia de un maltrato. Una impresión sobre la organización general y las condiciones de seguridad de la casa puede dar una idea, además, del riesgo y del grado de estrés a que esté expuesto el menor.

Así, por ejemplo, en casos de quemaduras por inmersión, es importante conocer cuánta fuerza o habilidad hace falta para abrir el grifo, cómo se cierra el tapón de la bañera, si es posible que el niño llegue solo, etc. En casos de caídas, convendría documentar la altura de la caída y sobre qué se produjo ésta (alfombra, piedra, etc.), ¿qué otros objetos había en el lugar, cómo están distribuidos los muebles en la habitación, etc.?. En caídas por las escaleras, preguntar cómo de altos son los escalones, etc.

De forma rutinaria para evaluar el riesgo de abuso que corre un niño se pueden hacer las siguientes preguntas a los padres:

- ¿Qué es lo que más le gusta del cuidado de su hijo?, ¿y lo que menos?
- ¿Quién le ayuda en el cuidado de su hijo?
- ¿Tiene tiempo para usted misma?
- ¿Qué hace cuando el comportamiento de su hijo la desborda?
- ¿Tiene problemas con su hijo a la hora de la comida o de irse a la cama?
- ¿Va su hijo a la guardería?
- ¿Cómo van las cosas entre usted y su compañero/a?



RECUERDE

- ▶ El diagnóstico de maltrato infantil se establece a partir de la evaluación conjunta de los indicadores físicos y los indicadores comportamentales del menor y del cuidador.
- ▶ La historia clínica y familiar, las exploraciones físicas y comportamentales y las pruebas complementarias son instrumentos y procedimientos necesarios para el diagnóstico del maltrato infantil.

3.2.

RECOMENDACIONES A SEGUIR EN LAS EXPLORACIONES MÉDICAS ANTE LA SOSPECHA DE MALTRATO

Cuando se realicen exploraciones a menores que han sido objeto de abusos, hay que tener en cuenta una serie de aspectos que hacen referencia al lugar, al momento y a la actitud del profesional.

Con respecto al **lugar** en el que se realiza la exploración, es conveniente que éste sea lo más relajado posible. Debe estar bien iluminado, ser confortable, tranquilo y disponer de los medios adecuados (toma de muestras, instrumental, etc.). Debería evitarse realizar la exploración en comisarías de policía o en dependencias judiciales, por ser estos lugares poco adecuados para la exploración del menor. Además, debería realizarse a solas (profesional y niño), siempre que éste no requiera la presencia de sus padres.

Con relación al **momento** para realizar las exploraciones, es conveniente que éstas se realicen lo más cercanas posible a los hechos. Ello permite obtener más pruebas, tratar mejor las complicaciones infecciosas, las lesiones, prestar un mejor apoyo psicológico al menor y a los padres, etc. Un gran inconveniente es, sin embargo, que el menor suele estar asustado.

3.2.1. ACTITUD ANTE LA VÍCTIMA

Normalmente los niños víctimas de abusos presentan una serie de actitudes y miedos justificados por las situaciones que han vivido y que les hacen resistentes a pedir ayuda o reconocer abiertamente el abuso. Algunos niños:

- Tienen miedo a las represalias del perpetrador si éste se entera de que su agresión ha sido revelada.
- Pueden sentir vergüenza o humillación al pensar que es el único que vive este tipo de situaciones, que provocó la violencia o que merece el maltrato.
- Pueden querer proteger a sus padres, puesto que creen que su vida depende enteramente de ellos.
- No entienden lo que está pasando.
- Pueden pensar que los demás no se interesan por él ni que le pueden ayudar, incluido el profesional que le atiende.

La actitud del profesional sanitario repercute sobre la percepción que el niño tiene del problema y sobre el grado de colaboración que éste muestre en las exploraciones. Es por ello conveniente ser cuidadoso para que el desenlace de la situación sea lo más positiva posible para el menor y no se produzca una **revictimización**. El niño debe percibir que el médico está preocupado por lo que le pasa y que tiene el máximo interés en ayudarlo.

Para ello se hacen las siguientes recomendaciones:

- ❶ Adoptar una actitud profesional y no actuar a la ligera o llevado por un celo imprudente o atropellado.
- ❷ Tener conocimiento del desarrollo evolutivo del niño; cuáles son sus características psíquicas, intelectuales, emocionales, psico-sexuales y corporales.
- ❸ Evitar re-explicaciones y pruebas innecesarias para minimizar el riesgo de victimización secundaria. Por ello es necesaria una buena documentación desde el principio y mantener una buena coordinación con otros profesionales.
- ❹ Tomarse el tiempo necesario para observar a la víctima, mostrar tranquilidad y unos mínimos de organización. Los niños perciben rápidamente cuando hay tensión en el ambiente y se dejan “contagiar” fácilmente.
- ❺ Mostrar credibilidad y evitar suspicacia ante las explicaciones.
- ❻ Aceptar su relato de una forma neutra. Evitar emitir juicios acerca de la situación de maltrato y no dejarse llevar por la indignación moral. Esto podría ocasionar daños adicionales al menor.
- ❼ No manifestar sentimientos en contra de los padres, no criticarlos y no hacerle sentir culpable.
- ❽ Tratar el tema con delicadeza y mostrar comprensión del problema.
- ❾ Asegurarle que lo que le ha ocurrido no es culpa suya.
- ❿ Ser extremadamente sensible y empático con respecto a los miedos del niño. Reconocer los sentimientos del niño y aceptarlos. Responder a sus preocupaciones.

- ❶ Adaptar el lenguaje al nivel de comprensión, edad y nivel de desarrollo del niño. Las preguntas que se hagan deben ser sencillas y directas. Sólo así entenderá qué es lo que se le va a hacer, para qué se necesita su cooperación y podrá entablar una relación de confianza con el profesional que le atiende.
- ❷ Dar confianza al niño y procurarle seguridad y apoyo.
- ❸ Ofrecer información, explicar qué es lo que puede hacer y cómo se le puede ayudar.
- ❹ Asegurar y tranquilizar al menor acerca de su integridad física y psíquica. Muchos niños desarrollan ideas irracionales y miedos acerca de su cuerpo (“mi cuerpo está roto, enfermo, es asqueroso, se pudre”).
- ❺ Informar sobre la confidencialidad y anunciar e informar de los límites de ésta.
- ❻ En casos de abuso sexual, tener un conocimiento específico en anatomía anogenital, sus variaciones y cambios a lo largo del desarrollo, así como del proceso de exploración. En cualquier caso se debería asegurar la participación de un médico forense u otro especialista.

A continuación se dan algunas recomendaciones para aquellos casos de niños hospitalizados que han sido objeto de malos tratos o que están en riesgo de padecerlos:

- ❶ Tratarlo como a cualquier otro niño enfermo, atendiendo a sus necesidades físicas, emocionales y sociales.
- ❷ Facilitar la relación del niño con sus padres. El personal sanitario no debe convertirse en sustituto de los padres.
- ❸ Hacerles sentir a los padres que son bienvenidos al hospital, reforzar las actividades de crianza en que se sientan competentes.
- ❹ Registrar y recoger todos aquellos datos relativos a los comportamientos de los cuidadores, del niño y de la interacción entre ellos.
- ❺ Proteger contra la continuación del maltrato, proporcionando un ambiente seguro y tranquilo.
- ❻ Favorecer que el personal que atienda al niño sea siempre el mismo.
- ❼ Mostrar al niño que se le acepta sin esperar lo mismo a cambio.

- ❶ Prestar atención sin reforzar conductas inadecuadas. Alabar los aspectos positivos de su conducta a fin de fomentar su autoestima.
- ❷ Hacer frente a la propia frustración por las conductas negativas y de llamada de atención del niño.
- ❸ Planear actividades adecuadas con otros niños y adultos.

3.2.2. ACTITUD ANTE LOS PADRES

Aunque la propia situación de maltrato resulte moralmente inaceptable y produzca una serie de reacciones de rechazo, es necesario mantener una actitud profesional y honesta con los padres del niño maltratado. En muchas ocasiones de esta actitud dependerá que éstos reconozcan el problema y acepten las posteriores intervenciones para resolverlos.

El maltrato físico a menudo se produce en situaciones de gran tensión y conflicto familiar. Puede resultar aparentemente paradójico, pero los padres de los niños y niñas maltratados a menudo se preocupan por el estado de salud de sus hijos y tienen grandes sentimientos de culpa por su propia conducta. Es conveniente por ello:

- ❶ Crear en ellos un sentimiento de confianza.
- ❷ Comunicar el motivo de la entrevista.
- ❸ Mostrarse directo. Ser empático y comprensivo.
- ❹ Explicar a los padres en qué estado está el menor.
- ❺ Escuchar a los padres.
- ❻ No censurar, acusar ni recriminar.
- ❼ Ofrecer ayuda.
- ❽ Informar sobre la confidencialidad y anunciar e informar de los límites de la misma.
- ❾ Cuando hay reconocimiento de maltrato por parte de los padres asesorarles acerca de los profesionales a los que dirigirse.

- ❶ Hacer una descripción de la problemática, pero no etiquetarlos como “maltratadores”.
- ❷ No abordar temas familiares que no tengan que ver con la situación específica.
- ❸ Informar a los padres de los derechos legales en relación al caso, llegado el momento.

Hay que tener en cuenta que una comunicación demasiado temprana a los padres de la sospecha de maltrato puede provocar reacciones defensivas y confrontaciones innecesarias y, como consecuencia, una negativa a cooperar en la resolución del problema y en intervenciones posteriores. Es por ello conveniente, en ocasiones, no hablar directamente de la sospecha de maltrato, pero sí anunciar que no hay correspondencia entre las lesiones que presenta el niño y la situación que aseguran los padres provocó el accidente y que, por consiguiente, el niño tendrá que estar vigilado para poder encontrar más indicios que aclaren su situación.

RECUERDE

- ❶ Es muy importante ser cuidadoso en la exploración del menor para no crear una segunda victimización.
- ❷ Es conveniente que la exploración la realice un especialista en el tema de malos tratos y, sobre todo, que se tenga en cuenta un mínimo de recomendaciones. Una de ellas es ser sensible y empático con los sentimientos y miedos del menor.
- ❸ El menor víctima de malos tratos necesita un ambiente seguro, organizado y tranquilo.
- ❹ La intervención y rehabilitación de los padres se ve favorecida si éstos han establecido desde el principio una relación de confianza con los profesionales.
- ❺ Algunos profesionales tienen dificultades en reconocer situaciones de malos tratos, porque consideran que esos son temas privados que no le incumben. Estas creencias personales pueden revisarse en beneficio de los Derechos de la Infancia y, en concreto, del menor maltratado.

OBSERVACIÓN DE INDICADORES

3.3.

Los indicadores de maltrato hacen referencia a una serie de señales, conductas o circunstancias a través de las cuales se puede reconocer una situación de maltrato.

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.

Los indicadores pueden reconocerse en cualquiera de los ámbitos sanitarios, por ejemplo en los controles del embarazo, en el momento del parto, en el programa de control de salud del lactante e infantil, en planificación familiar, en la consulta médica, en enfermería, en el hospital, en urgencias, en la consulta de salud mental, en el dentista, etc.

- Indicadores físicos en el niño.
- Indicadores comportamentales del niño.
- Indicadores comportamentales del cuidador.
- Indicadores interaccionales o de la relación padres/hijo.

Los **indicadores físicos de malos tratos en los niños** son 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, el dolor, etc., que no debiéndose específicamente a una acción maltratante activa, puede ser resultado de conductas negligentes de los cuidadores tales como no proporcionar una alimentación adecuada, no proporcionar afecto o cariño de forma adecuada, etc.

Los **indicadores comportamentales de los niños** hacen referencia a aquellas reacciones comportamentales y emocionales de los niños como consecuencia inmediata o a largo plazo del estrés padecido en la situación de maltrato, como reacciones de ansiedad, estrés postraumático, etc.

También se incluyen los comportamientos y las estrategias emocionales estrechamente relacionadas con las expectativas que tiene el niño de sí mismo, de los demás y de la relación. Estas expectativas forman parte del marco representacional producto de experiencias previas, significativas y consistentes a lo largo del tiempo. Así, por ejemplo, un niño que evite el contacto corporal de forma persistente, exagerada y se sienta molesto ante la cercanía de otras personas, probablemente tenga la expectativa de que el

contacto físico es dañino y aversivo. Esta expectativa puede estar muy relacionada, por ejemplo, con experiencias abusivas por parte de otros adultos. Otras conductas como las rabietas o las conductas agresivas pueden obedecer a otro tipo de expectativas, como por ejemplo, que conseguirá llamar la atención o dominar un contexto relacional habitualmente caótico o inconsistente.

Las expectativas hacia uno mismo que generan las experiencias de maltrato son por lo general negativas para el desarrollo del autoconcepto. A menudo los niños que reciben frecuentes castigos físicos se perciben como “malos” e incluso sienten que merecen ser castigados. Las reacciones posteriores pueden ser muy dispares; pueden ir desde la sumisión, inhibición y apatía más absolutas, hasta las reacciones de agresividad y rabia extrema dirigidas hacia sí mismo o hacia otros. Los niños que no han recibido los cuidados y atenciones adecuadas suelen percibirse como que “no son dignos de cariño”, etc.

Entre los indicadores comportamentales del niño se incluyen así mismo aquellos trastornos y síntomas producto de la somatización del conflicto, como trastornos de sueño, de alimentación, falta de control de esfínteres, etc.

Algunos indicadores comportamentales que pueden observarse en algunos menores víctimas de malos tratos **durante la asistencia sanitaria:**

- Pudor inexplicable e inadecuado durante la exploración genital.
- Miedo injustificado o desmesurado en el momento de la visita médica.
- Movimientos de defensa al acercarse los adultos.
- Cara inexpresiva, impresión de indiferencia y cansancio.
- Reacción paradójica de facilidad en la adaptación a la hospitalización.
- Hospitalismo inverso: el niño que en casa se muestra apático, poco comunicativo, irritable y triste y que, sin embargo, en el centro adopta una actitud positiva.

Los indicadores comportamentales de los padres o cuidadores principales se refieren a la conducta y actitudes que manifiestan al profesional sanitario acerca de sus hijos, la actitud que adoptan ante las heridas o enfermedad del niño, la cantidad y calidad de las visitas que realizan a sus hijos, su implicación emocional, las conductas que mantienen entre ellos en el centro, etc.

Entre los indicadores comportamentales de los padres están:

- Se quejan del comportamiento del niño (agresividad, negativismo: no quiere comer, no quiere dormir, etc.).
- Culpabilizan al niño.
- Se pelean en el centro, rivalizan entre ellos por el niño, se insultan, etc.
- No le dan importancia a las heridas o enfermedad del niño. No se preocupan de la evolución.
- Despreocupación por la administración de vacunaciones.
- Seguimiento inadecuado de las enfermedades agudas o crónicas.
- Incumplimiento de los tratamientos médicos prescritos.
- No acuden a las visitas o realizan visitas de corta duración y con escasa dedicación personal al niño.
- Insistencia en ingresar al niño en un centro hospitalario sin justificación médica.
- El grado de higiene, hábitos, tipo de ropa y costumbres alimentarias no es adecuado.
- Se encuentran dificultades para establecer una relación de sintonía con los padres.
- El niño es conducido al centro sanitario por otra persona que no son los padres, por falta de voluntad de éstos.
- Indiferencia emocional hacia el niño.

Los **indicadores de la interacción o relacionales entre padres/hijo** son sumamente importantes para la detección del maltrato, puesto que los malos tratos se dan básicamente en el contexto de la relación. Sin embargo, el reconocimiento de problemas en la relación es difícil, ya que pueden enmascarse bajo una apariencia de normalidad y conductas socialmente “aceptables”.

La relación padres-hijos es la base del desarrollo socio-emocional de los niños, sobre todo en la primera infancia. Es en esos momentos cuando el niño desarrolla su primera vinculación con otras personas

y cuando desarrolla las primeras estrategias emocionales y comportamentales para adaptarse a su contexto interaccional más inmediato. Un reconocimiento temprano de las dificultades de la relación, puede ayudar enormemente a las familias, y sobre todo a los niños, evitándose así la aparición de problemas secundarios y más graves, como problemas de conducta, negarse a comer, dificultades relacionadas con el sueño, enuresis, etc.

Así, por ejemplo, el personal médico y de enfermería se puede hacer las siguientes preguntas en la consulta para detectar el problema:

¿Es posible que las conductas “disruptivas y/o difíciles” del niño no sean más que una percepción distorsionada de los padres y no un problema neurológico o “hereditario”? ¿el niño es capaz de “portarse bien” en otros contextos y con otras personas?, ¿sólo le ocurre en determinadas situaciones y no en otras?, ¿las medidas educativas utilizadas por los padres son las adecuadas para manejar estas conductas o las potencian?

Las actitudes que pueden adoptar los padres en la interacción con sus hijos puede ser:

Actitud cariñosa y afectiva:

- Padres sensibles que están atentos, interpretan correctamente y responden inmediata, contingente y adecuadamente a las señales o la iniciativa de comunicarse del niño.
- Reconfortan y calman al niño. Le transmiten seguridad. Están animados y muestran un estado de ánimo positivo.
- Contacto físico apropiado. Manifiestan afecto a través de caricias y abrazos.
- Aceptan las propuestas del niño. Le dejan que decida el contenido y el ritmo de las interacciones.
- Enriquecen el contexto de juego del niño con experiencias positivas, interesantes y estimulantes.

Actitud pasiva-negligente:

- Padres insensibles.
- No reconfortan y calman al niño cuando está aburrido, irritable o preocupado. Expresiones indiferentes, apáticas, rígidas o emocionalmente neutras.

- Apenas existe contacto físico. Indiferencia en la manifestación de afecto.
- Desoyen las propuestas que inicia el niño. No prestan atención ni se adaptan al contenido o al ritmo de las interacciones propuestas por el niño.
- Las experiencias que les aportan al niño son neutras, aburridas, monótonas, estereotipadas o no se implican en la estimulación del ambiente.

Actitud intrusiva-ansiosa:

- Padres insensibles.
- No llegan a reconfortar y calmar al niño. Se muestran preocupados, ansiosos o impacientes y manifiestan un estado de ánimo neutro u hostil.
- Contacto físico inapropiado; suelen ser bastante intrusivos.
- No aceptan las propuestas y conductas autónomas del niño. Le imponen el contenido y el ritmo de las interacciones y juegos.
- Convierten el juego con el niño en una situación tensa. El niño se siente sobreestimulado, estresado y, en ocasiones, asustado.

RECUERDE

- ▶ Los indicadores físicos en los niños son aquellas señales o síntomas que pueden observarse en cualquier parte del cuerpo como consecuencia de acciones abusivas o negligentes.
- ▶ Los indicadores comportamentales de los niños hacen referencia a aquellas reacciones comportamentales y emocionales de los niños como consecuencia inmediata o a largo plazo del estrés padecido en la situación de maltrato.
- ▶ Los indicadores comportamentales de los padres o cuidadores principales se refieren a la conducta y actitudes que los padres manifiestan con relación a su hijo.
- ▶ Los indicadores de la interacción padres-hijo hacen referencia a aquellas conductas que dificultan una relación adecuada padres-hijo.

3.4. INDICADORES DE MALOS TRATOS: FORMAS DE PRESENTACIÓN

Los malos tratos pueden presentarse en forma de lesiones cutáneas (hematomas, moratones, magulladuras, mordeduras, quemaduras, etc.), lesiones óseas (fracturas y traumatismos en extremidades, traumatismo craneal, etc.), lesiones internas (en órganos de los sentidos, lesiones neurológicas, viscerales, etc.), intoxicaciones, síndrome facticio por poderes, síntomas de abandono, síntomas de maltrato emocional, enfermedades de transmisión sexual, embarazo, etc.

En los siguientes apartados se especifican aquellas circunstancias que rodean la aparición de la lesión y que pueden ayudar a descartar su accidentalidad.

La mayor parte de los indicadores de maltrato que aquí se presentan pueden observarse únicamente en el ámbito sanitario y, en ocasiones, su constatación como indicadores sólo es posible una vez se han realizado las suficientes pruebas complementarias (Casado et al, 1997; Diaz Huertas et al, 1998).

Es necesario realizar un **diagnóstico diferencial** que nos permita determinar si nos encontramos ante una constelación de síntomas que se puedan confundir con el maltrato. Para ello hay que determinar la intensidad, naturaleza, forma y localización de la lesión o traumatismo.

CRITERIOS DE MALTRATO:

- Las lesiones se localizan en “zonas de castigo”.
- Existen lesiones en diversos estadios evolutivos.
- Existen lesiones en diferentes fases de cicatrización.
- Se pueden reconocer, aparte de la lesión principal, otras de menor índole.
- Asociación frecuente de fracturas con lesiones cutáneas, oculares o viscerales.
- Se pueden reconocer las marcas del objeto con el que se ha producido la agresión.
- El patrón evolutivo de las lesiones no coincide con el relato descrito por los padres/cuidadores.
- Las lesiones son de tal gravedad que no pueden haber sido producidas por la fuerza de un niño.
- Las explicaciones que dan los padres acerca de las lesiones son contradictoras, incoherentes, imprecisas o no hay explicación.

- La edad del niño no se relaciona con la naturaleza de las lesiones, p.e. debe llamar la atención la existencia de hematomas múltiples en un lactante que no deambula.
- Existen traumatismos repetidos, tratados en diversos hospitales.
- Se produce un retraso injustificado en buscar ayuda médica o la lesión es descubierta por casualidad.
- Se observa un hematoma subdural y fracturas múltiples.
- Presenta equimosis y hematomas.
- El aspecto del niño es descuidado, está desnutrido, asustado o no busca el apoyo de sus padres.
- El niño presenta características de riesgo. Se encuentra en una fase evolutiva especialmente conflictiva para los padres, tiene alguna minusvalía o enfermedad crónica.
- Los padres presentan signos de estrés, ya sea por circunstancias personales o familiares.
- Los padres se sienten sobrecargados y cansados (“no puedo más”, “el niño es difícil”, “llora continuamente”, “siempre va sucio”, etc.).
- Existen expedientes incoados por otras instituciones que informan de malos tratos previos.

RECUERDE

- ▶ La intensidad, naturaleza, forma y localización de la lesión son aspectos que permiten diferenciar una situación de malos tratos de una accidental.

3.4.1. LESIONES CUTÁNEAS

Reúne a todo el conjunto de lesiones que se localizan en la piel como los hematomas, las magulladuras, las mordeduras, las quemaduras, etc.

HEMATOMAS, MORATONES, MAGULLADURAS Y MORDEDURAS

Indicadores que permiten determinar si este tipo de lesiones es consecuencia de malos tratos:

- La lesión está localizada en:
 - Lugares no prominentes.
 - Zonas protegidas por ropa (p.e. tórax, espalda, genitales, glúteos, parte dorsal de los muslos).
 - Orejas y rostro por bofetadas o desgarros.
 - Parte ventral de antebrazos por la defensa ante golpes.
 - Cuello por ahogamiento.
 - Parte exterior de las manos, labios y cavidad bucal (p.e. forzar al comer).
- Hematomas múltiples en localizaciones sospechosas.
- Se reconocen marcas de la mano/dedos del agresor: pellizcos, etc.
- Se reconocen marcas de objetos como cinturón, hebilla, palo, plancha, cable eléctrico, etc.
- Se reconocen marcas de mordeduras humanas: más de 3 cm de separación entre la huella de caninos, arcada dentaria.
- Hematomas en diferentes fases de curación.

Las lesiones accidentales suelen encontrarse en las zonas de prominencia ósea, como la frente, nariz, barbilla, caderas, rodilla, espinilla, codos, parte dorsal del antebrazo, palmar de las manos, etc.

Las lesiones cutáneas producidas por un supuesto maltrato deben diferenciarse de enfermedades como la hemofilia, la leucemia, ojos morados debido a la rinitis, las manchas mongólicas, impétigo, varicela, o cualquier enfermedad o mancha en la piel que simule los síntomas de maltrato físico.

QUEMADURAS

Los siguientes indicadores podrán hacer sospechar de malos tratos:

- Se reconocen las señales claramente definidas del objeto que ha producido la quemadura por contacto (cigarrillos, plancha, etc.).

- Los bordes de la herida, tanto si es producida por escaldadura como por contacto, son nítidos y precisos, casi geométricos.
- Quemaduras indicativas de inmersión en agua caliente, que cubren toda la superficie de la mano (como un guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas o genitales.
- Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas.
- Presencia de diferentes zonas quemadas y en diferentes fases de curación.

Las quemaduras accidentales suelen ser menos homogéneas, menos graves y más difusas e irregulares por el intento de retirada o de protección que hace el niño. En estos casos las zonas implicadas son las extremidades o las manos.

3.4.2. LESIONES ÓSEAS

Las lesiones óseas incluyen las torceduras, dislocaciones y fracturas de las extremidades y los traumatismos craneales.

Las fracturas producidas por malos tratos se encuentran más frecuentemente en niños pequeños (menores de 3 años). Del 55% al 70% de las fracturas se encuentran en niños menores de 1 año y en el 80% de niños menores de 18 meses. La probabilidad de fracturas por accidente es mayor en niños mayores de 5 años (85%).

En caso de que se suponga la existencia de alguna de estas lesiones es necesario realizar radiografías adecuadas y que éstas sean interpretadas por un médico especialista.

TRAUMATISMOS EN EXTREMIDADES: TORCEDURAS, DISLOCACIONES Y FRACTURAS

Los siguientes indicadores pueden hacer sospechar de malos tratos:

- Fracturas diafisarias en espiral u oblicuas de los huesos largos, especialmente en niños menores de 3 años.
- Metafisarias en “asa de cubeta” o en “esquina” secundaria a mecanismo de torsión y tracción simultáneo de las extremidades.
- Despegamiento subperióstico por hemorragia subperióstica.

- Formación de nuevo hueso superióstico aparecido a los 7-10 días en forma de calcificación lineal.
- Fractura, luxación y desplazamiento epifisario.
- Cojera, acortamiento, deformación y desviación de extremidades.
- Fracturas en costilla y clavícula múltiples, adyacentes, por compresión del tórax o por sacudida contra un objeto duro.
- Fracturas óseas en distintos estadios de curación.
- Fracturas óseas múltiples y simétricas.

Es conveniente diferenciar los traumatismos producidos por los malos tratos de aquellos producidos por algunas anomalías orgánicas como la sífilis congénita, la hiperostosis cortical infantil (enfermedad de Caffey), osteogénesis imperfecta, osteomielitis, raquitismo, escorbuto, etc.

LESIONES EN LA CABEZA Y SISTEMA NERVIOSO

- Existen dos tipos de lesiones en la cabeza: el traumatismo craneal con manifestaciones externas como fractura de los huesos del cráneo, y las lesiones intracraneales producidas por movimientos de aceleración-deceleración (sacudida) o cuando la cabeza es impulsada contra un objeto estacionado (impacto). La lesión cerebral también puede producirse por envenenamiento o asfixia.
- El **traumatismo craneal** representa el maltrato más frecuente en menores de 1 año (80%) y con mayor probabilidad de producir la muerte (75%) o de provocar déficits neurológicos. Los accidentes o las caídas no suelen provocar lesiones intracraneales. Es extraño que un menor se caiga de alturas tan grandes que provoquen este tipo de lesiones (más de 90 cm).
- Lesiones intracraneales** que pueden producir la rotura de venas cerebrales, lo que produce hemorragias retinianas o hematomas subdurales o subaracnoideos. Las hemorragias retinianas pueden afectar las funciones de algunos órganos, ceguera total o parcial o retraso mental y epilepsia. La lesión intracraneal en bebés se denomina "Síndrome del niño sacudido". La cabeza del bebé al ser zarandeado va bruscamente hacia delante y hacia atrás golpeando el cerebro contra las paredes del cráneo. En los bebés la proporción de la cabeza con respecto al cuerpo es muy grande, la proporción de líquido es alta y la posición del cerebro es relativamente alta. Además, la musculatura del cuello es débil y el bebé tiene poco control sobre los movimientos de la cabeza. Las sacudidas pueden

provocar fácilmente hemorragias, hematoma subdural sin fractura concomitante o lesión externa aparente. Estas hemorragias son más habituales en la zona parieto-occipital posterior entre ambos hemisferios. En algunas ocasiones pueden observarse también hematomas en las extremidades o en el pecho. La mayor incidencia se produce en bebés entre la sexta semana y el cuarto mes y que se encuentran en la “etapa del lloro”.

- **Lesiones de las vértebras cervicales**, luxación y fractura vertebral, así como lesiones medulares como consecuencia de las sacudidas del tronco del lactante, que pueden provocar daños en el sistema nervioso y provocar parálisis muscular.
- **Traumatismos simples del cuero cabelludo**: edema, alopecia traumática, cefalohematoma, desgarro del cuero cabelludo.

Es conveniente diferenciar las hemorragias retinianas producidas por maltrato de aquellas otras hemorragias que pueden ser visibles en niños recién nacidos como consecuencia de traumatismo en el parto. Las intoxicaciones por monóxido de carbono y la hipoxia severa tras una parada cardiorespiratoria producen también hemorragias retinianas.

En general, las fracturas de cráneo en diferentes estados de consolidación, por haber sido provocadas en distintos momentos o acompañadas de otras lesiones cutáneas, deben hacer pensar en maltrato.

Las lesiones internas como las lesiones de los órganos de los sentidos y las vísceras pueden ser producidas por sacudidas en los hombros, cabeza, cuello o tronco.

3.4.3. LESIONES INTERNAS

Las lesiones viscerales (intestino, hígado, riñón, páncreas, bazo y diafragma) no suelen ser muy frecuentes (5-8% de los casos de malos tratos), pero suelen estar asociados a una alta letalidad (40-50%). La razón de ello es que ante este tipo de lesiones se suele acudir relativamente tarde al médico u hospital, bien por miedo o porque no se le da importancia a los síntomas. Por otro lado ante este tipo de lesiones no se suele hacer una anamnesis detallada, ya que los primeros indicios no hacen pensar en un maltrato, por lo que el diagnóstico y la terapia suelen retardarse. Algunas características de los niños hacen que sean más vulnerables a este tipo de lesión, como por ejemplo que el abdomen sea pequeño, tenga poca grasa y poca musculatura y todos los órganos están muy juntos, por lo que un golpe suele afectar a varios de ellos.

Las lesiones viscerales por maltrato suelen afectar a los órganos huecos y suelen ir acompañadas de lesiones cutáneas o fracturas costales bajas. Cuando se debe al maltrato suele producirse en edades tempranas con un promedio de edad de dos años y medio.

LESIONES EN LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS

- Lesiones en los ojos que pueden provocar hemorragias y desprendimiento de retina.
- Hemorragia o desviación del hueso de la nariz.
- Hinchazón de los labios y pérdida de dientes.
- Desgarro del lóbulo de la oreja, hemorragias y pérdida de la audición.

LESIONES VISCERALES: ABDOMINALES Y TORÁCICAS

- Contusiones intra-abdominales: los traumatismos de vísceras sólidas producen hematomas y rotura hepática, pancreática, esplénica o renal. Pueden suceder sin una lesión externa que oriente sobre la etiología traumática. Se produce por traumatismo directo de las vísceras sólidas o indirectas por compresión de las vísceras entre el objeto agresor y la columna vertebral.
- Obstrucción gastrointestinal: producida por lesiones de vísceras huecas como el duodeno. El hematoma intramural puede producir obstrucción y se manifiesta después de horas o días por vómitos biliosos y distensión abdominal.
- La contusión pancreática puede producir pancreatitis aguda, manifestada por abdomen agudo con elevación de enzimas pancreáticos.
- Las fracturas costales son las lesiones torácicas más frecuentes producidas por malos tratos en los niños. Se produce por la compresión violenta anteroposterior del tórax. Produce distrés respiratorio.

3.4.4. INTOXICACIONES

La intoxicación se puede definir como toda acción intencionada o resultante de negligencia de los padres o cuidadores, que cause daño físico y psíquico, como consecuencia de la ingestión o inhalación de compuestos o sustancias químicas por el menor como medicamentos, líquidos químicos, etc. La intoxicación es frecuente en menores de 4-5 años.

TIPO DE INTOXICACIÓN:

- Intoxicación intraútero por la ingestión de la madre embarazada de sustancias tóxicas para el feto.
- Intoxicación por la ingestión de la madre lactante de sustancias tóxicas.
- Intoxicación pasiva por negligencia de los padres al inhalar o consumir éstos sustancias tóxicas (medicamentos de consumo familiar como antidepresivos, sedantes, etc.).
- Envenenamiento o intoxicación deliberada del menor o administración de un medicamento, droga u otro producto.
- Envenenamiento o inhalación por negligencia de productos tóxicos, como sulfumán, etc.

INDICADORES QUE MÁS PUEDEN HACER SOSPECHAR EN UNA INTOXICACIÓN INTENCIONADA:

- Presencia de síntomas y signos, generalmente de tipo neurológico, “poco explicables” y que no encuadran en las enfermedades habituales (coma, obnubilación, agitación, delirio, convulsiones generalizadas, hiperventilación, arritmias, vómitos, etc.).
- Cuadro clínico que no responde como cabría esperar al tratamiento habitual.
- Intoxicaciones repetidas en el mismo niño, en hermanos o en otros familiares, o antecedentes de otro tipo de maltrato.
- Falta de concordancia entre lo que dicen los padres y lo que se observa.
- Datos de laboratorio no coherentes entre sí.
- Intoxicación en un niño que por su edad no ha desarrollado la suficiente habilidad psicomotora como para explicar el mecanismo de intoxicación.

3.4.5. SÍNDROME DE MÜNCHHAUSEN O TRASTORNO FACTICIO POR PODERES

El trastorno de Münchhausen consiste en que los padres, frecuentemente la madre, provocan o inventan síntomas orgánicos o psicológicos en sus hijos que induce a someterlos a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios y, a veces, aversivos. En ocasiones pueden agravar enfermedades o síntomas preexistentes en el niño. El propósito de tales conductas es, entre otros, el de asumir el papel de paciente a través de otra persona.

Se ha sugerido que uno de los incentivos de los padres al realizar este tipo de comportamientos es provocar atención y apoyo por parte del personal sanitario. Generalmente este tipo de trastornos se da en madres (85%-98%). El padre nunca o casi nunca está presente. El progenitor (madre) implicado busca establecer una relación estrecha con una figura respetable, con autoridad y de apoyo como la que puede representar el médico. Llega a utilizar al niño como un instrumento para establecer y mantener esta relación. La relación del padre/madre perpetrador y el niño afectado es patológica.

Se ha observado en los padres que provocan este tipo de maltrato en sus hijos una perturbación seria de la personalidad, una necesidad psicológica de atención y deseo obsesivo de consultar o una incapacidad para distinguir entre las necesidades del niño y las suyas propias. Suelen manifestar frecuentemente rasgos de dramatización y emotividad exagerada. La relación con la pareja y otros miembros de la familia suele ser conflictiva y ambivalente. En ocasiones se ha observado que las madres que padecen este trastorno tienen una tendencia al abuso de drogas y automedicación. También se ha observado tendencia a la autolisis.

Algunos indicadores de este tipo de maltrato son (Delgado,1997):

SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE MÜNCHHAUSEN

- Los síntomas que presenta el niño abarca en un 50% al sistema nervioso central (apnea, estado letárgico) y cerca del 30% al tracto estómaco-intestinal (vómitos, diarreas, sangrado, fiebres, erupciones de la piel, infecciones bacterianas, etc.).
- Suelen ser síntomas recurrentes, inexplicables, que desaparecen al separar al niño de su familia y reaparecen al contactar con la madre en el domicilio o en el propio hospital.
- El cuadro neurológico o metabólico que presenta el niño suele ser grave.
- Los casos clínicos suelen caracterizarse por un curso atípico.

- Los resultados de las pruebas complementarias no aclaran el cuadro clínico. Con frecuencia las muestras de los análisis evidencian un caos bioquímico y mezcla de sustancias extrañas.

ACTITUD Y CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO

- Los niños pequeños suelen presentar mucha dependencia de la madre.
- En ocasiones presentan conductas agresivas.
- Durante las exploraciones médicas se muestran, sin embargo, extremadamente pasivos y colaboradores.
- A partir de los 12 a 14 años es probable que colaboren con la madre en la invención de síntomas.

ACTITUD Y CARACTERÍSTICAS DEL PROGENITOR IMPLICADO

- Niega todo conocimiento acerca de la etiología de los síntomas. Las respuestas que da son imprecisas.
- Puede presentar mentira patológica al relatar experiencias diarias y al describir al especialista la situación de la víctima.
- Los síntomas que genera este tipo de abuso pueden producir sentimientos de culpa y consecuencia de ello son las conductas de sobreprotección, veneración y visitas muy frecuentes al niño.
- Se muestran amables, atentas, colaboradoras en encontrar el falso diagnóstico, inventando cada vez síntomas más sofisticados que confunden a los médicos.
- Da una atención profesional pero no afectiva a su hijo a pesar de la gravedad de su patología.
- Asume el papel de las enfermeras.
- La reacción de la madre respecto a la enfermedad es paradójica. Por un lado, parece estar menos preocupada por la enfermedad de su hijo que el personal que lo atiende. Por otro lado, se queja de que se está haciendo muy poco por diagnosticar la enfermedad del niño.
- La madre se implica en el diagnóstico y el tratamiento de su hijo, lo que contrasta con la falta de interés por el pronóstico.

Ante la presencia de estos síntomas raros, inexplicables o “nunca vistos” en el niño y ante la poca efectividad de los tratamientos, es frecuente que se impliquen muchos profesionales en el caso y que requieran mucha atención.

Se recomienda por ello al personal sanitario:

- ❶ Prestar atención a la relación que se establece con la madre para no ser su cómplice en el abuso.
- ❷ Investigar si existe relación temporal entre los signos y síntomas en el niño y la presencia de la madre. Evitar dejar sólo al niño.
- ❸ Coordinarse con otros profesionales para evitar la posible manipulación por parte de la madre.
- ❹ Se ha podido constatar que el tipo y la gravedad de los síntomas que presenta la víctima están limitados por el grado de sofisticación médica y el margen de acción de que disponga el perpetrador.
- ❺ Es posible sorprender a la madre en el momento de producir los síntomas al niño.
- ❻ Se ha conseguido detectar algunos casos a través de una documentación sistemática de los ingresos del niño en el centro (hoja de Historia Clínica resumida del Servicio de Urgencias) o en otros centros.
- ❼ Comprobar si algún hermano del niño ha sufrido también alguna enfermedad rara, accidentes frecuentes o muerte súbita.

Será imprescindible actuar urgentemente y asegurar la protección del niño:

- Ante cualquier abuso que lleve implícito un intento de ahogo o la administración de veneno.
- Ante la existencia de una muerte inexplicada de un miembro de la familia.
- Cuando se trata de niños menores de 5 años.
- Cuando se sabe que la madre padece el trastorno o lo ha padecido.
- Cuando existan factores sociales de riesgo (toxicomanías, aislamiento social, conflicto en la pareja, etc.).
- Cuando la madre sigue presentando invención de enfermedades, incluso tras la confrontación con la situación y con su problemática.

Una vez detectada la situación, y después de haber confrontado a la madre con la situación, hay que seguir tomando precauciones, puesto que:

- Pueden aparecer cuadros depresivos e ideas de suicidio en los perpetradores.
- Algunos niegan cualquier acusación.
- Procuran que la víctima abandone el hospital en contra de la opinión médica.
- Buscan ayuda médica en otros centros.

El perpetrador suele centrarse en una sola víctima, aunque puede existir hermanos u otras personas que también hayan sido afectadas o puedan llegar a serlo.

3.4.6. INDICADORES DE NEGLIGENCIA

La presencia de las siguientes circunstancias puede hacer sospechar de abandono o falta de atención adecuada:

INDICADORES FÍSICOS

- Infecciones leves, recurrentes o persistentes.
- Retraso en el crecimiento, raquitismo, desnutrición.
- Retraso pondero-estatural.
- Retraso en todas las áreas madurativas.
- Retraso en el desarrollo intelectual atribuible a una falta de estimulación cognitiva y afectiva.
- Retraso en las áreas de aprendizaje (lenguaje, capacidad de atención, psicomotricidad, etc.).
- Caries precoces y extensas.
- Constantemente sucio, escasa higiene, dermatitis del pañal, alteraciones dérmicas inespecíficas.
- Ropa inadecuada para las condiciones climáticas.
- Falta de reacción del niño ante estímulos externos.

- Consultas frecuentes a los servicios de urgencia.
- Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios necesarios (vacunaciones y atenciones sanitarias básicas).
- Presencia de trastornos psicosomáticos.
- Enfermedad crónica llamativa que no ha generado consulta médica.

El comportamiento más frecuente que se puede observar en los niños que sufren abandono son:

INDICADORES COMPORTAMENTALES DE LOS NIÑOS

- Paradójica adaptación a personas desconocidas.
- Baja autoestima.
- Muestra conductas extremas (agresividad o rechazo extremos).
- Tristeza intensa, mutismo, indiferencia e inexpressión, inhibición o aislamiento. Cansancio o apatía permanentes.
- Actitud defensiva y temerosa ante los adultos.
- Labilidad afectiva y trastornos del comportamiento: alternancia entre agresividad-pasividad, dificultades en el control de impulsos, frialdad afectiva.

Los comportamientos más frecuentes que se pueden observar en los padres:

INDICADORES COMPORTAMENTALES DE LOS PADRES

- Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo.
- Tiene un deficiente funcionamiento en el día a día, son incapaces de organizarse y distribuirse de una forma racional el tiempo y sus obligaciones por lo que la alimentación y los hábitos diarios son inadecuados.
- Valores educativos laxos.

3.4.7. INDICADORES DE MALTRATO EMOCIONAL

La identificación de síntomas producidos por maltrato psicológico es más difícil de reconocer que los otros tipos de maltrato, puesto que muchos de los síntomas son similares a los que se pueden presentar en otras etiologías (Martínez et al. 1988; Manly et al. 1994). Además, el maltrato psicológico suele producirse junto a otros tipos de maltrato. Una forma para determinar si los síntomas se deben a un maltrato consiste en estudiar el entorno relacional más inmediato del menor y el tipo de reacciones que manifiestan los padres o cuidadores con respecto al niño.

INDICADORES COMPORTAMENTALES EN EL NIÑO CUANDO HAY ABUSO EMOCIONAL

Cognitivos:

- Bajo cociente intelectual, estancamiento en las adquisiciones cognitivas, retraso en habilidades lingüísticas.
- Pobre rendimiento académico, inadaptación escolar.
- Se perciben como culpables de la situación y merecedores de castigo.
- Realizan atribuciones depresogénicas de los hechos. Sus atribuciones se pueden expresar en: “yo siempre lo hago todo mal”.

Sociales:

- Muestra conductas extremadamente adaptativas, complacientes, pasivas, nada exigentes, demasiado “adultas”, como hacer el papel de padre o madre de otros niños, o demasiado infantiles, como chuparse el pulgar, etc. En ocasiones pueden adoptar el papel de cuidadores de sus padres.
- Conductas extremadamente agresivas, exigentes o rabiosas.
- Se muestra cauteloso con respecto al contacto físico con adultos.
- Excesiva rigidez y conformismo.
- Actitud temerosa y defensiva ante otros adultos.
- Dificultades en la relación con los iguales.
- Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran.

Emocionales:

- Escaso reconocimiento de las emociones.
- Depresión o ideación suicida.
- Pobre autoestima.
- Parecen enfadados, quejumbrosos, aislados y tristes.
- Miedo y angustia. Manifiesta tener miedo de sus padres o de ir a casa.
- Trastornos de la conducta como: crisis de rabietas, angustia de separación, pérdida del control de esfínteres, regresión en los hábitos de limpieza y temores fóbicos.
- Signos de desordenes emocionales, tales como movimientos rítmicos repetitivos, ausencia de comunicación verbal y física, o atención excesiva a los detalles.
- Manifiestan nula o escasa ansiedad frente a la separación de sus padres.

INDICADORES COMPORTAMENTALES DE LOS PADRES

Por su parte, en los padres o cuidadores del niño se puede observar alguna de las siguientes características:

- Atención nula o deficiente a las necesidades emocionales del niño (cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, autoestima, etc.).
- Atención nula o deficiente de las necesidades cognitivas e intelectuales (escolarización, proyección social y laboral, etc.).
- Expectativas desajustadas con respecto al nivel de madurez del niño.
- Percibe al niño de manera significativamente negativa (lo ve como malo, perverso, un monstruo, una carga, etc.).
- Conocimiento nulo o inadecuado del cuidado de los niños, lo que dificulta el reconocimiento de sus necesidades.
- Valora excesivamente necesidades superfluas o no fundamentales en el niño (no ensuciarse mientras juega, etc.).

- Tendencia a justificar el maltrato apelando a que tienen hijos rebeldes.
- Las situaciones cotidianas de contacto con el niño le generan un alto grado de estrés.
- Recrimina y culpabiliza al niño de asuntos de los que no es responsable.
- Violencia conyugal de la que el niño es testigo.
- Valores educativos autoritarios y rígidos. Castigos excesivos al niño como forma de controlar su conducta.
- Rechaza, amenaza, aterroriza, ignora o aísla al niño.
- Trata de manera desigual a los hermanos.
- Utiliza al niño como cómplice y vehículo de reproches en situaciones de separación, ignorando su propio sufrimiento y convirtiéndolo en objeto pasivo.
- Utiliza al niño como objeto de descarga de frustraciones propias.

3.4.8. INDICADORES DE ABUSO SEXUAL

El abuso sexual es un problema más frecuente de lo que se cree, llegando a afectar a 1 de cada 15 mujeres y 1 de cada 10 varones (López, 1995). A pesar de ser un maltrato frecuente es difícil de diagnosticar. A menudo los niños suelen negarlo por diversas razones. Las principales son porque generalmente son obligados a guardar silencio, tienen miedo, sienten vergüenza, se sienten culpables o sienten que deben proteger al perpetrador. Este suele ser un conocido del niño, a quien incluso, en ocasiones, el niño quiere y del que depende. El abusador sexual no es un enfermo mental propiamente dicho, aunque sí tiene dificultades emocionales, afectivas y sexuales, así como una incapacidad para ponerse en el lugar de la víctima. La mayoría tiene apariencia normal e inteligencia media.

INDICADORES FÍSICOS DE ABUSO SEXUAL

Generales

- Embarazo en niñas menores de 13 ó 14 años.

- Presencia de enfermedades de transmisión sexual (ETS) a partir de los 2 meses de vida.

Indicadores de alta probabilidad

- Semen en la boca.
- Himen perforado o rasgado.
- Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal.
- Apertura vaginal mayor de 5 mm.
- Lesiones en el pene o escroto.
- Desgarros y dilatación anal.
- Escoración perianal.
- Cualquier tipo de enfermedad de transmisión sexual en el área bucal.
- Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano.

Indicadores de menor probabilidad

- Eritema vaginal o perianal.
- Aumento de la vascularidad.
- Adhesiones labiales.
- Vulvovaginitis.
- Infecciones urinarias frecuentes.
- Dificultad para andar y sentarse.
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- Cervix o vulva hinchados o rojos.
- Trastornos del sueño y alimentación.

- Trastornos psicósomáticos: dolor abdominal, cefálea, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, sin causas claras.
- Retraso en el desarrollo físico, social y emocional.
- Aumento de la pigmentación perianal.
- Ensanchamiento de las venas perianales.
- Dilatación del reflejo anal.

Entre los indicadores comportamentales del niño cuando hay abuso sexual se pueden distinguir aquellas conductas sexuales que indican una alta probabilidad de haber recibido abuso y aquellos comportamientos no necesariamente sexuales que indican una menor probabilidad de haber recibido el mismo.

Con respecto a la conducta sexualizada, hay que advertir que su etiología no está exclusivamente unida al abuso sexual. Este tipo de conductas también pueden haber sido aprendidas a partir de experiencias no abusivas. Las conductas sexualizadas suelen estar sujetas al momento evolutivo del niño. En edades más tempranas es común que los niños expresen su sexualidad más espontáneamente. A medida que los niños crecen van siendo más conscientes de la respuesta social que provocan sus conductas sexuales, por lo que la expresión espontánea de éstas se va reprimiendo hasta formar parte de la privacidad.

COMPORTAMIENTOS SEXUALES QUE PUEDEN HACER SOSPECHAR DE ABUSO SEXUAL

Generales

- Dice haber sido atacado sexualmente por un padre/cuidador.
- Conductas o conocimientos sexuales detallados, extraños, sofisticados o inusuales para su edad.

Niños menores de 10 años

- Dibuja explícitamente actos u órganos sexuales.
- Realiza interacciones sexuales con otras personas (agresiones sexuales contra niños más pequeños, actividad sexual con compañeros).
- Realiza interacciones sexuales con animales o juguetes.

- Se masturba en exceso (no puede parar, se introduce objetos en vagina o ano, realiza movimientos o sonidos sexuales mientras se masturba).

Niños mayores de 10 años

- Promiscuidad sexual.
- Probabilidad de ser sexualmente victimizado por compañeros.
- Intercambio sexual a cambio de dinero, regalos o cariño.
- Puede intentar que otros niños más pequeños o vulnerables realicen actos sexuales.

COMPORTAMIENTOS NO SEXUALES QUE PUEDEN HACER SOSPECHAR DE ABUSO SEXUAL

Generales

- Miedos inusuales a personas o lugares.
- Escasas relaciones con otros niños y problemas de relación.
- Dificultades en la escuela.
- Cambios bruscos del comportamiento.

Niños menores de 10 años

- Manifestaciones somáticas (enuresis, encopresis, dolores, cambios en patrones de sueño y alimentación).
- Problemas en el desarrollo cognitivo (cuesta concentrarse, retrasos en el habla, etc.).
- Conductas regresivas (llevarse el “osito” a clase).
- Parece reservado, rechazante o con fantasías o conductas infantiles, incluso puede parecer retrasado.
- Conductas de riesgo, conductas autolesivas.
- No quiere estar solo.
- Miedo a personas de determinado tipo o género.

- Crueldad hacia animales (más frecuente en niños).
- Tendencia a encender fuegos (más frecuente en niños).
- Inversión de roles en la familia o se muestra excesivamente maduros para su edad.
- Extremadamente agresivo.
- Impulsivo, se distrae con facilidad, dificultad para concentrarse.
- Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente.

Niños mayores de 10 años

- Conductas autolesivas , mutilaciones, intentos de suicidio.
- Desvalorización corporal: obesidad, anorexia.
- Abuso de sustancias tóxicas (alcohol, drogas, colas, etc.).
- Conductas de riesgo y destructivas.
- Actividades delictivas, criminalidad, violencia.
- Problemas de conducta: fugas, fracaso escolar.
- Depresiones crónicas.
- Paradójica adaptación a personas desconocidas.
- Impulsivo, se distrae con facilidad, dificultad para concentrarse.
- Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente.

REACCIONES EMOCIONALES que pueden hacer pensar en abuso sexual:

- Se muestran reservados y reacios a revelar el abuso.
- Sentimientos de vergüenza.
- Sentimientos de rabia.
- Sentimientos de ansiedad. Frecuentemente en adolescentes de sexo femenino.

- Sentimientos de asco. Reacción típica cuando ha habido sexo oral.
- Depresión. Aparece frecuentemente en víctimas que “cuidan” de sus abusadores o que se sienten responsables de ellos.
- Sentimiento de miedo. Es una reacción típica cuando el niño es herido o amenazado a lo largo del proceso de victimización.
- Excitación sexual. Es una respuesta que se encuentra a veces en niños perturbados o en niños más pequeños.

COMPORTAMIENTO DE LOS PADRES QUE PUEDE HACER SOSPECHAR DE ABUSO SEXUAL

- Extremadamente protector o celoso del niño.
- Experimenta dificultades en su matrimonio.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Está frecuentemente ausente del hogar.
- Culpa o desprecia al niño.
- Parece no preocupado por los problemas del niño.
- Poca capacidad empática.

Además, se dan una serie de factores asociados a la dificultad en la detección del abuso sexual:

- En general, los niños pequeños no pueden recordar el acontecimiento con tanta claridad y, por tanto, no suelen ofrecer tantos detalles.
- En ocasiones su respuesta emocional no suele corresponderse con el acontecimiento.
- Las consecuencias del abuso sexual frecuentemente se solapan con las consecuencias del abuso físico o emocional, es por ello que pueden pasar desapercibidos.
- A veces, los niños abusados han llegado a disociar el hecho. Una razón puede ser haberlo contado ya muchas veces.

- El abuso puede haber sido olvidado o reprimido.
- En ocasiones, la incapacidad para hablar del abuso no quiere decir que no ocurriese.

3.4.9. INDICADORES DE RIESGO EN EL PERIODO PRENATAL, NEONATAL Y PRIMERA INFANCIA

En el periodo prenatal pueden reconocerse algunos comportamientos por parte de la madre que pueden poner en riesgo la salud e integridad del feto y la posibilidad de establecer una relación adecuada con su hijo. En estos momentos suele ser efectiva la acción preventiva.

INDICADORES COMPORTAMENTALES DE LA FUTURA MADRE

- Primera visita médica al pasar más de la 20ª semana de gestación.
- Falta de control médico.
- Acude habitualmente al médico sin cita previa.
- Tiene un deficiente funcionamiento en el día a día, es incapaz de organizarse y distribuirse de una forma racional el tiempo y sus obligaciones, falta de hábitos y rutinas.
- Es joven, adolescente o inmadura.
- Tensiones con la pareja durante el embarazo.
- Ausencia del padre o de cualquier persona que pueda ayudar a la madre.
- Acontecimientos desfavorables que generen ansiedad.
- Negligencia personal: alimentación, higiene, etc.
- Enfermedades de transmisión sexual.
- Toxicomanías o alcoholismo.
- Problemas psiquiátricos o psicológicos durante el embarazo.
- Carencias afectivas de la madre, baja autoestima o indiferencia emocional.
- Actitud negativa frente al embarazo.

- Embarazo abocado inicialmente a la interrupción voluntaria, hijo no deseado o falta de aceptación del rol de madre.
- Planteamientos de ceder al niño para la adopción.

Algunas consecuencias de estos comportamientos maternos en el feto son:

- El retraso en el crecimiento intrauterino.
- Disminución de la respuesta a la luz.
- Alteraciones dismórficas.
- Aumento de respuesta por sorpresa.
- Temblor.

En el periodo del puerperio destacan algunos factores del niño, de la madre y del propio entorno del parto que pueden hacer pensar que las necesidades del niño no van a ser cubiertas.

CARACTERÍSTICAS DEL LACTANTE

- Estado de salud del recién nacido: ingreso en UCI, infección, síndrome de abstinencia, etc.
- Malformaciones.
- Alteraciones del desarrollo psicomotor.
- Bajo peso al nacer.
- Prematuridad.
- Enfermedades neurológicas.
- Enfermedades congénitas o adquiridas.
- Deficiencia mental.
- Trastornos del ritmo sueño/vigilia.

CARACTERÍSTICAS DEL PARTO

Parto difícil.

- Separación precoz de la madre en el periodo neonatal.
- Imposibilidad de lactancia en la 1ª semana de vida.

CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE

- Dificultades para crear el vínculo madre-hijo.
- Actitud de rechazo hacia el recién nacido.
- Ignora las demandas del niño para ser alimentado o atendido.
- Siente repulsión hacia los cuidados del niño (alimentación, cambio de pañales, etc.).
- Se muestra decepcionada por las características del niño.
- Incapacidad para proporcionar cuidados y afecto al recién nacido.
- Carencia de conocimientos sobre pautas adecuadas de crianza o cuidado del niño.
- Actitud negativa ante la lactancia materna.
- Estado de ánimo deprimido: habla con tristeza y pesimismo de su nuevo hijo.
- Adaptación inadecuada de la vivienda a las necesidades de niño.
- Tiene antecedentes de maltrato infantil en otros hijos.
- Se trata de una madre adolescente con falta de recursos materiales y apoyo familiar.
- Tiene dificultades sociofamiliares (falta de recursos humanos, afectivos, materiales, etc.).
- Tiene enfermedades infecciosas.
- Tiene antecedentes psiquiátricos de cualquier naturaleza, en especial depresión postparto.

- Consume habitualmente o tiene dependencia del alcohol o drogas.
- Carece de apoyo familiar.

En la primera infancia se pueden reconocer algunos aspectos del desarrollo afectivo y psicomotor del niño que pueden hacer pensar que, por las causas que sean, los padres no están aportando los cuidados precisos, incluidos los afectivos, a sus hijos.

INDICADORES RELACIONADOS CON LA INTERACCIÓN CON EL NIÑO

- A los 2-3 meses no presta atención o no se interesa por la cara de quién está con él. No sonríe.
- A los 4-5 meses no intenta jugar o balbucear con los que le rodean. No vuelve la cabeza hacia quienes le están hablando o intentando llamar la atención. Se deja coger y no se acopla o facilita que lo cojan. Permanece pasivo, inexpresivo, apático y no demanda atención. Tiene un llanto débil, hipotonía, poca movilidad espontánea, excesivo sueño, falta de interés por el entorno, signos de malnutrición, etc.
- Después de los 8 meses, si aparece un cuadro similar al del punto anterior, hay que sospechar de una depresión.
- En la edad preescolar aparecen diferentes cuadros de ansiedad, como angustia extrema de separación del entorno familiar, excesiva timidez en el contacto con gente desconocida, miedos, tanto a situaciones específicas, como imprevistas, etc.
- A los dos años el niño rechaza hablar (mutismo) y no se le reconoce otro tipo de deficiencias. Se comunica mediante señas (afirmación y negación) o con monosílabos. El mutismo puede aparecer asociado a timidez, enuresis o encopresis, rasgos compulsivos y temperamento inestable, etc. El mutismo antes de los 5 años puede ser breve o durar una larga etapa de desarrollo, dependiendo si se detecta y si se le atiende correctamente.
- A los 3 años muestra desobediencia, se opone a los padres y a todo lo que representa autoridad. Puede adquirir tintes de obstinación, resistencia pasiva, amenazas y coerción, etc. No hay que confundirlo con el negativismo normal de los 18 a 36 meses de vida.

- En la edad escolar pueden aparecer trastornos de conducta, que incluyen la violación sistemática de las normas sociales del entorno y una falta de comprensión hacia los sentimientos, intereses y estados de ánimo de los demás. Estos trastornos de conducta pueden manifestarse en conductas agresivas o manipulativas.

INDICADORES GENERALES DEL NIÑO

- El niño presenta déficit en la atención y en los procesos de aprendizaje. No se está quieto, va de un juguete a otro, no puede centrarse en una cosa. En ocasiones va asociado a un exceso de estimulación (demasiados juguetes, demasiadas órdenes, demasiadas exigencias, etc.) por parte del entorno más inmediato.
- La interacción madre/padre-hijo es negativa o indiferente y ninguno de los dos está a gusto. La madre está “molesta” y lo expresa diciendo que su hijo es difícil. El niño por su parte lo demuestra no comiendo, no obedeciendo, rechazando o rehuyendo el contacto, etc.
- La madre no puede tranquilizar al niño, pero éste se tranquiliza con otras personas.
- El niño no juega bien con los demás. Se enfada y pelea con facilidad. Otras veces prefiere estar solo y retraerse del contacto con otros. Tiene problemas de celos.
- El niño presenta conductas extrañas: se golpea, se balancea, tiene rabietas exageradas y frecuentes, se muerde, se estira del pelo, etc.
- El niño demanda excesiva atención o por el contrario rehuye llamar la atención de cualquier manera.
- El niño es cruel con los demás. Lastima o agrede al niño que está llorando o es más vulnerable que él.

RECUERDE

- ▶ Debería tenerse presente que “pequeñas fuerzas” no pueden causar “grandes traumas”.
- ▶ El diagnóstico diferencial consiste en determinar si las causas de las lesiones son accidentales o intencionadas.
- ▶ Un buen tratamiento es aquel que se obtiene de un buen diagnóstico. Muchos problemas que presentan los niños, sobre todo en la primera infancia (hiperactividad, problemas alimentación, sueño, celos, enuresis, etc.) tienen su origen en las dificultades de relación entre padres-hijos y sólo se solucionan si se abarcan estas dificultades.
- ▶ El niño tiene razones para no hablar abiertamente del abuso recibido.
- ▶ El comportamiento y las actitudes del menor y su familia, además de los indicadores físicos, pueden dar información muy valiosa acerca de la existencia de maltrato.

3.5. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS PARA LA COMPROBACIÓN DEL MALTRATO

Se utilizarán las pruebas complementarias para que ninguna lesión pase desapercibida o para certificar la sospecha de una intoxicación, fractura, etc., originada por un maltrato.

Las pruebas complementarias dependen del tipo de lesión y se refieren a:

- Medidas acerca de los parámetros de crecimiento, como el peso, la talla, el perímetro craneal, etc.
- Reconocimiento físico de los hermanos o de otros miembros de la familia con alguna característica de vulnerabilidad.
- La documentación puede realizarse a través de fotografías, vídeo y a través de un dibujo del esquema corporal.
- Examen radiográfico óseo anteroposterior de brazos, antebrazos, manos, muslos, piernas, tórax y pelvis anteroposterior, lateral de columna y del cráneo en doble proyección. Es aconsejable realizar una radiografía ósea en todos los niños pequeños hasta los 2 ó 3 años para comprobar la existencia de fracturas antiguas y recientes. A estas edades tempranas las fracturas metafisiarias no tienen por qué impedir caminar o gatear. No es aconsejable

utilizar esta técnica como diagnóstico primario, puesto que resulta aversivo para la salud de los niños.

- La gammagrafía ósea sirve para demostrar cambios óseos tan sólo unas horas después de la agresión, y cuando aún no son visibles en la radiografía esquelética, por lo que ambas técnicas deben ser complementarias.
- La ecografía es útil cuando la clínica que presenta el niño no es muy concluyente, especialmente en menores de un año o cuando existen lesiones intracraneales (fontanela abierta), intratorácica o lesiones viscerales.
- La tomografía computerizada (TAC) se utilizará en los casos en los que haya lesiones craneales, para la detección de hemorragia subaracnoidea y en la valoración de las lesiones de la bóveda craneal que no tengan una disposición axial. El TAC también resulta útil para detectar lesiones viscerales.
- La resonancia magnética (RM) es útil para valorar lesiones medulares cuando hay fracturas vertebrales y lesiones articulares. Es sensible en la identificación y caracterización de las secuelas neurológicas y alteraciones del sistema nervioso central.
- Examen de fondo de ojo. Las hemorragias de la retina pueden ser indicativas de lesiones y hemorragias intracraneales.
- Analítica convencional.
- Pruebas de laboratorio (niveles sericos de fármacos) de apoyo para diagnosticar intoxicaciones o el Síndrome facticio por poderes.
- Toma de muestras en caso de abuso sexual. Recoger material extraño, ropa interior, raspado de uñas y guardarla en sobre identificado. Frotis faríngeo y rectal. Exudado vaginal: EMD, cultivo.

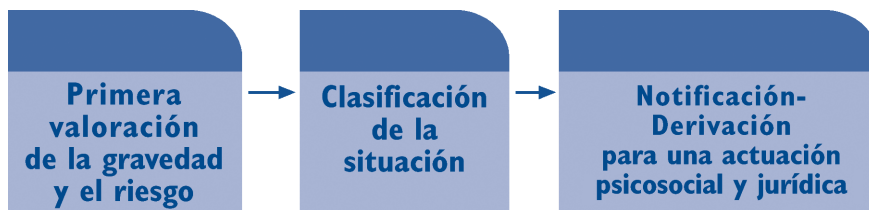
VALORACIÓN DE LA SITUACIÓN DETECTADA

3.6.

Una vez detectado un caso de maltrato infantil comienza toda una serie de actuaciones de carácter multidisciplinar cuyo objetivo es proteger al menor y ofrecerle un contexto de desarrollo seguro y saludable.

Una de las principales valoraciones que debe realizar el profesional del ámbito sanitario es acerca de la gravedad y riesgo que corre el menor. A partir de esta valoración se tomarán unas medidas u otras y se determinará el tratamiento psicosocial y jurídico posterior.

CADENA DE DECISIONES A TOMAR POR EL PERSONAL SANITARIO UNA VEZ DETECTADA LA SITUACIÓN DE MALTRATO

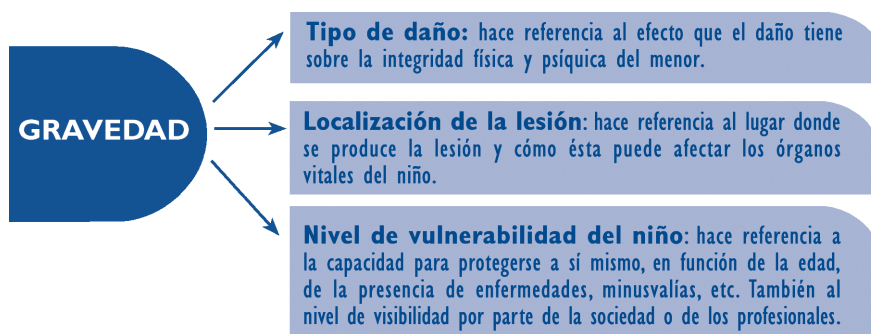


3.6.1. CRITERIOS PARA UNA PRIMERA VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD Y EL RIESGO

Una vez se hayan **detectado** los indicadores que hagan sospechar de la existencia de maltrato o trato inadecuado, se deberá hacer una **primera valoración** de la situación teniendo en cuenta los parámetros de gravedad y de riesgo.

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

Para valorar el nivel de gravedad se pueden considerar los siguientes factores:



El **riesgo** indica la probabilidad de que una situación o incidente de desprotección y daño hacia el menor ocurra o vuelva a ocurrir, pudiendo poner en peligro el desarrollo integral del menor. Indica aquella circunstancia, sobre todo familiar, que hace pensar que puedan darse situaciones en las que se vulnere las necesidades básicas del niño.

Para valorar el nivel de riesgo se pueden considerar los siguientes factores:



3.6.2. CLASIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN DE MALTRATO

El objetivo de la primera valoración del supuesto maltrato (gravedad x riesgo) consiste en clasificar la situación del niño y su familia para actuar de forma adecuada. La clasificación de la situación puede ser inexistencia de maltrato, riesgo de maltrato o urgencia.

LA CLASIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN SEGÚN SU GRAVEDAD O RIESGO

	GRAVEDAD nula/baja	GRAVEDAD moderada	GRAVEDAD alta
RIESGO nulo/bajo	<p>NO HAY MALTRATO No hay daño ni tampoco peligro inminente de que ocurra</p>		
RIESGO moderado/alto		<p>SITUACIÓN DE RIESGO No hay daño evidente pero las circunstancias que rodean al menor hacen pensar que se pueda producir</p>	
RIESGO alto			<p>SITUACIÓN DE URGENCIA Hay daño evidente y la gravedad es alta. El riesgo es alto o se desconoce su alcance</p>

INEXISTENCIA DE MALTRATO. Se trata de aquella situación en la que no se registra gravedad y tampoco se reconoce riesgo o se descarta que el daño sufrido sea consecuencia de un maltrato. También puede ocurrir que se haya detectado un maltrato casual y esporádico en familia funcional, sin factores de riesgo, en la que el niño tiene claramente una persona que le proteja.

El **RIESGO DE MALTRATO** es una situación que presenta una gravedad baja a moderada, esto es, en la que se detecta que algunas necesidades del niño no están siendo cubiertas adecuadamente, pero no se evidencia un daño claro o evidente. Sin embargo, se reconocen indicios de que la probabilidad de que se produzca un episodio de maltrato o desprotección es moderada o alta.

La **URGENCIA** viene determinada principalmente por la valoración de aquellas situaciones que puedan constituir un peligro inminente para la salud y la vida del niño. En definitiva, una situación será urgente cuando la gravedad de las lesiones o abusos que presente el niño sea alta y la probabilidad de que los episodios de abuso se repitan sea alta o muy alta.

En una **situación de urgencia** puede haber sospecha de malos tratos o certeza de que las lesiones se deban a malos tratos.

- Habrá **SOSPECHA DE ABUSO O MALOS TRATOS** cuando se haya producido una lesión o daño y existan algunos indicios que hagan pensar que podría deberse a un maltrato. Se trata de una situación de una gravedad moderada-alta, pero en la que se desconoce el riesgo de que vuelva a ocurrir el episodio. En estos casos los factores de riesgo pueden ofrecer información muy valiosa. Algunas situaciones de maltrato, por la propia complejidad que presentan, requieren ser analizadas más a fondo. Cuando exista sospecha de maltrato es conveniente incluir en el proceso a otros especialistas y realizar aquellas exploraciones y pruebas complementarias que puedan ayudar a establecer la etiología de las lesiones del menor.
- Habrá **CERTEZA DE MALOS TRATOS** cuando el resultado de las pruebas clínicas y el conjunto de variables así lo avalen. En estos casos es posible precisar la gravedad de los hechos, sin embargo, será necesario seguir investigando sobre el caso para poder determinar el nivel de riesgo que corre el menor en su situación actual. En estos casos será imprescindible la participación de otros profesionales.

Si hay certeza de un maltrato es importante, además de la protección del menor, denunciarlo para que pueda valorarse la responsabilidad penal de los autores, de forma que no queden impunes. La denuncia se puede formalizar en la Fiscalía, en Juzgados o en las Comisarías de Policía.

Sin agotar las posibles situaciones de urgencia, algunos ejemplos pueden ser:

- No hay ningún adulto dispuesto a cuidar del niño y éste presenta signos de abandono evidente.
- El niño se niega a volver al domicilio.
- Hay pruebas médicas de que el maltrato físico o la negligencia alimenticia son tan severos como para poner en riesgo la vida del niño.

- Hay pruebas médicas o psicológicas de que una situación de maltrato o abandono, de no haber intervención, puede amenazar la vida del niño, y los padres rechazan cualquier tipo de ayuda.
- El niño ha sufrido un daño emocional severo como consecuencia del maltrato o abuso recibido por sus padres, y éstos rechazan al niño, se niegan a cuidarle o son incapaces de hacerlo.
- El padre o la madre ha amenazado verbalmente con matar al niño o lo ha intentado. Las pruebas médicas manifiestan que se ha intentado envenenar deliberadamente al niño, o hay marcas en su cuerpo que indican que ha sido agredido con un arma mortal o que ha sido golpeado repetidas veces con un objeto pesado.
- El niño ha sido abusado sexualmente por un familiar o por un conocido de la familia, y los padres no hacen nada por proteger a su hijo, se muestran ambivalentes o consideran que el niño puede haberlo provocado.

RECUERDE

- ▶ En la toma de decisión lo más importante debe ser el bienestar del niño sobre cualquier otra consideración.
- ▶ Cualquier actuación debe ir precedida de una valoración de la gravedad y riesgo de la situación del menor.
- ▶ La gravedad hace referencia a la intensidad o severidad del daño sufrido, como por ejemplo cuando el niño corre peligro de muerte, su integridad física o psicológica se encuentra seriamente comprometida o existen sospechas fundadas de abuso sexual. El niño es muy pequeño, está enfermo o tiene alguna minusvalía. Tiene poca posibilidad de autodefenderse.
- ▶ El riesgo indica la probabilidad de que una situación de desprotección hacia el menor ocurra o vuelva a ocurrir. Es probable que se repita la situación detectada cuando el autor o responsable tiene un fácil acceso al niño, la familia muestra una actitud pasiva o de rechazo hacia el niño, la situación se observa desde hace mucho tiempo, ocurre con mucha frecuencia, se observa una situación de estrés familiar o la conducta del niño representa un problema para los cuidadores.
- ▶ Planificar la actuación de tal manera que realmente se proteja al menor y no se le someta a procesos innecesarios y dolorosos.

4. ACTUACIONES ANTE LOS MALOS TRATOS

Las actuaciones que pueden llevarse a cabo desde el ámbito sanitario en relación con el maltrato son muy variadas, ya que, como se ha visto, la variedad con la que se presenta y las secuelas que produce es muy diversa.

Sin embargo, en la actualidad el tratamiento hacia esta problemática es fundamentalmente una actuación reactiva, esto es una actuación cuando se ha producido el maltrato y cuando éste reviste cierta gravedad. El abordaje terapéutico en estos casos es extremadamente difícil e implica intervenciones especializadas y conjuntas por parte de diversos profesionales. Además, en muchas ocasiones la posibilidad de paliar las consecuencias producidas por el maltrato es escasa.

La actuación preventiva en el contexto sanitario tiene una importancia vital. Se conoce que el maltrato es un fenómeno que se desarrolla progresivamente hasta dar lugar a unos patrones de interacción cronificados en las relaciones familiares y, por tanto, con alta probabilidad de repetirse. Por lo general, este fenómeno suele tener un origen fácilmente identificable y localizado en algún momento crítico del desarrollo del niño. Si esta problemática se trata tempranamente se puede evitar que se produzcan situaciones de abuso o negligencias hacia los niños o, en caso de haberse producido el maltrato, se contribuye a la recuperación del sujeto.

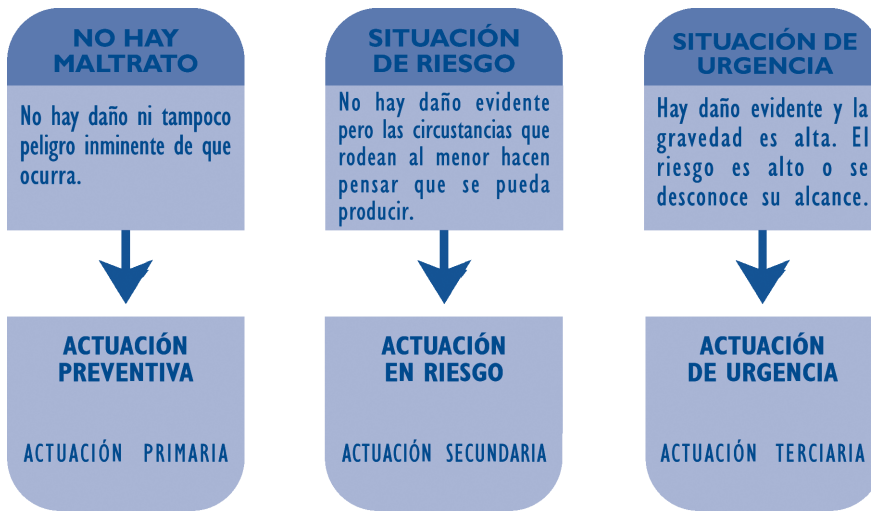
Con el objeto de ubicar las diferentes actuaciones que se pueden llevar a cabo desde el ámbito sanitario, se parte del modelo de la salud pública de prevención adaptado por Helfer (1982) para tratar el maltrato infantil :

1. La prevención primaria. Su objetivo es evitar que aparezcan nuevos casos en la población general. La prevención primaria está orientada a modificar amplias estructuras y situaciones sociales que se entiende se encuentran asociadas al maltrato.

2. La prevención secundaria. Su objetivo es detectar y tratar tempranamente los casos en riesgo, en los que la probabilidad de que ocurran malos tratos es muy alta, porque se reconocen factores de riesgo o disfunciones en las relaciones cuidador-niño. La prevención secundaria es especialmente relevante en la etapa prenatal y neonatal.

3. La prevención terciaria. Su objetivo es tratar los casos de menores maltratados para que deje de ocurrir el maltrato lo antes posible, así como minimizar las secuelas derivadas del mismo.

LA RELACIÓN ENTRE LA GRAVEDAD Y EL RIESGO Y LOS NIVELES DE INTERVENCIÓN DESDE EL ÁMBITO SANITARIO.



En general, cada uno de los niveles de actuación propuestos pretenden cubrir unos objetivos específicos.

Orientación general de las actuaciones ante el fenómeno del maltrato infantil:

Actuación preventiva	¿Qué puede hacer el profesional del ámbito sanitario para transmitir prácticas para el buen trato a los niños?
Actuación en los casos de riesgo	¿Qué puede hacer el profesional del ámbito sanitario para evitar que el niño sea víctima de malos tratos?
Actuación de urgencia	¿Qué puede hacer el profesional del ámbito sanitario para que no se repitan los malos tratos hacia el niño o para minimizar las consecuencias del maltrato?

Los tres tipos de actuaciones que a continuación se exponen con más detalle, hay que entenderlas en sentido inclusivo, esto es, los objetivos de las actuaciones consideradas en la prevención terciaria incluyen además los de la prevención primaria y secundaria.

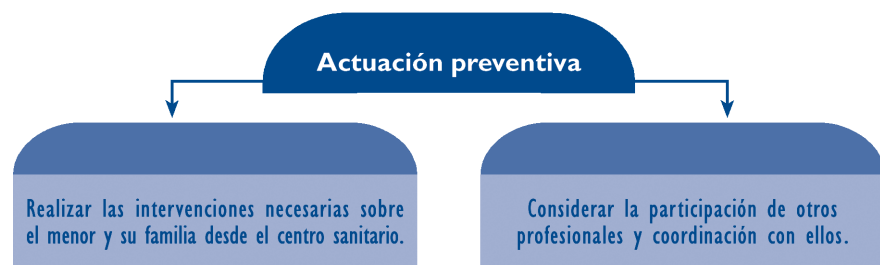
LOS OBJETIVOS DE LA ACTUACIÓN PREVENTIVA, LA ACTUACIÓN EN RIESGO Y LA ACTUACIÓN DE URGENCIA

	Objetivos de la actuación:
Actuación preventiva	Transmitir pautas para el buen trato a la infancia.
Actuación en riesgo	Intervención clínica. Intervención psicosocial.
Actuación urgente	Intervención clínica. Intervención psicosocial. Asegurar la protección del niño.

4.1. ACTUACIÓN PREVENTIVA (PREVENCIÓN PRIMARIA)

En el ámbito del maltrato infantil la prevención primaria se refiere a la actuación sobre cualquier condición o variable social que comprometa el bienestar y el equilibrio del contexto de crianza. Este tipo de actuaciones va dirigida a la totalidad de la población relacionada de alguna forma con la infancia o con la adolescencia.

En un sentido más positivo la prevención primaria englobaría todas aquellas intervenciones que potencian y fortalecen en el niño y en su familia aquellas características que los hacen resistentes y menos propensos a sufrir o a cometer malos tratos.



Las actuaciones preventivas que se pueden llevar a cabo sobre el menor y su familia desde el contexto sanitario son:

- Apoyar a los padres en su rol parental.
- Fomentar el establecimiento de una vinculación afectiva segura padres-hijo.
- La sensibilización a los padres sobre la crianza positiva de los hijos.
- Mejorar la calidad de la comunicación de los profesionales con los padres y cuidadores. Compartir sus preocupaciones, ofrecerles la posibilidad de establecer una relación de apoyo y confianza. Reconocer y atender las necesidades emocionales de los padres.
- Disminuir las situaciones de aislamiento social, posibilitando relaciones de apoyo y confianza con los pacientes.
- Perfilar normas de seguridad a seguir por los niños y sus familias.
- Incluir a los padres (y no sólo a las madres) en las visitas y reconocer su importante función en la crianza del hijo y en el funcionamiento familiar.
- Ofrecer recomendaciones concretas y específicas en relación con la dificultad que tiene la familia o derivarlos a los profesionales adecuados.

Otras actuaciones preventivas más globales que se pueden realizar en el marco sanitario:

- Incluir la problemática del maltrato dentro de los programas de salud dada su alta incidencia y las graves secuelas que produce.
- Propiciar controles del lactante y preescolar.
- Propiciar visitas a domicilio.
- Organizar y participar en actividades informativas individuales, grupales y comunitarias.
- Fomentar el conocimiento del desarrollo infantil, los derechos y necesidades de los niños, las demandas ligadas a la maternidad/paternidad y las formas apropiadas de tratar a los menores.
- Corregir las falsas expectativas acerca del desarrollo y capacidades del niño.

- Reducir las crisis de origen ambiental derivando a los padres a otros servicios comunitarios.
- Conocer los recursos de la comunidad para apoyar a las familias.
- Reducir la tasa de embarazos no deseados en planificación familiar.
- Promover actitudes que reduzcan conductas de abuso al alcohol y drogas.
- Evitar los malos tratos institucionales respetando para ello la Carta de los Derechos del Niño Hospitalizado.
- Crear espacios y contextos de interacción en el que padres e hijo puedan interactuar de forma positiva y aprender el uno del otro.

La prevención del maltrato infantil se puede ver favorecida por la participación y coordinación con otros profesionales dentro y fuera del propio centro de salud:

- Coordinación con otros especialistas del área clínica para el diagnóstico y seguimiento del caso, por ejemplo con los profesionales de salud mental, ginecología, planificación familiar, etc.
- Coordinación con los profesionales del área psicosocial como la Unidad de Trabajo Social del centro (si lo hay) o el Equipo Municipal de Servicios Sociales.
- Coordinación con otros profesionales relacionados con el menor y su familia, como los maestros, policía, etc.

Fundamentalmente se pueden destacar tres aspectos que dificultan la prevención primaria del maltrato infantil en el ámbito sanitario:

- El maltrato infantil es un tema que escapa la atención de los individuos encargados de diseñar y programar los servicios sanitarios. Posiblemente esto se deba a que la problemática del maltrato infantil no es considerada un tema de “salud pública” o de “verdadera medicina”.
- La prevención del maltrato exige una gran movilización de recursos, no sólo médicos, sino también sociales, legislativos, etc. Requiere por ello la organización de redes de profesionales que trabajen conjuntamente y de forma coordinada.

- Los resultados son sólo observables a largo plazo. En ocasiones esto puede afectar negativamente la motivación de los profesionales y generar cierta inseguridad hacia las propias actuaciones.

4.1.1. PREVENCIÓN DEL MALTRATO INSTITUCIONAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

La prevención primaria del maltrato o la promoción del buen trato en el ámbito sanitario incluye cuestiones relacionadas con la estructura y la organización de los centros de salud y hospitales, pero también con la normativa de los mismos y con el desarrollo de protocolos y procedimientos adecuados a las necesidades infantiles.

Aplicar los derechos de la Carta Europea de los Niños Hospitalizados (resolución publicada en 1986 en el Diario Oficial de las Comunidades Europeas) puede contribuir a prevenir el maltrato institucional.

La Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados hace referencia a 23 Derechos relativos a:

1. No ser hospitalizados si existe otro medio de atención para su enfermedad. En el caso que hubiere de ingresar en un centro hospitalario, que su estancia sea lo más corta y lo menos traumática posible.
2. La hospitalización diurna sin que suponga carga económica adicional a los padres.
3. Estar acompañado por sus padres o tutores, como elementos activos durante su estancia en el hospital.
4. Proporcionar información adaptada a su edad, sobre su enfermedad y sobre las técnicas y tratamientos que se le practiquen.
5. Recibir cuidados y tratamientos por el mismo personal de enfermería.
6. Negarse como sujetos de investigación.
7. Proporcionar información a los padres o tutores sobre la enfermedad, sin que por ello se afecte la intimidad del niño.
8. Los padres o tutores tienen derecho a expresar su conformidad con los tratamientos.

9. Una recepción adecuada y seguimiento psicosocial por personal especializado.
10. No ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas sin la autorización de padres o tutores.
11. Estar protegidos por la Declaración de Helsinki respecto a la experimentación terapéutica.
12. No recibir tratamientos médicos inútiles ni soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.
13. Contactar con sus padres o tutores en momentos de tensión.
14. Ser tratado con respeto.
15. Recibir los cuidados por personal cualificado tanto en el plano físico como afectivo.
16. Estar hospitalizado junto a otros niños.
17. Disponer de locales para los cuidados, juegos y educación, que cumplan las normas oficiales de seguridad.
18. Poder continuar su formación escolar.
19. Disponer de libros, juguetes y medios audiovisuales.
20. Poder recibir estudios durante su hospitalización diurna o convalecencia en el domicilio.
21. Recibir los cuidados necesarios. Si los padres o tutores se los niegan por distintos motivos, será necesaria la intervención de la justicia.
22. Disponer de ayuda económica, moral y psicosocial en caso de precisar tratamientos en el extranjero.
23. Pedir la aplicación de la presente Carta en el caso de que el niño tenga necesidad de hospitalización en países que no formen parte de la Comunidad Europea.

RECUERDE

- ▶ Para evitar que se produzcan nuevos casos de malos tratos es necesario iniciar y mantener acciones encaminadas a la prevención.
- ▶ Prevenir significa también detectar pronto y tratar las situaciones en que se da un maltrato para que deje de ocurrir.
- ▶ Prevenir significa también actuar sobre aquellos factores que favorecen el establecimiento de una vinculación padres-hijo segura y positiva.
- ▶ Aplicar los derechos del niño expuestos en la “Carta de los Derechos del Niño Hospitalizado” para prevenir el maltrato institucional y no añadir más problemas o dificultades al niño.

LA ACTUACIÓN EN LOS CASOS DE RIESGO (PREVENCIÓN SECUNDARIA)

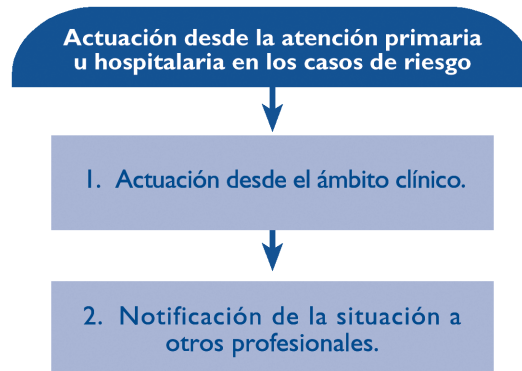
4.2.

La actuación en los casos de riesgo se centra en los niños y las familias, en los que se identifican factores de riesgo concretos que hagan peligrar el bienestar del niño y su adecuado desarrollo.

Desde la atención primaria y desde el hospital se pueden llevar a cabo una serie de actuaciones similares ante los casos de riesgo.

Las actuaciones se refieren, por un lado, a lo que el profesional puede y debe hacer en la atención directa cuando ha detectado un caso de riesgo de maltrato infantil. En general, se pueden reconocer dos contribuciones principales de los profesionales del ámbito de la salud en este tipo de actuación. La primera, ofrecer a los padres información y conocimientos acerca de las tareas educativas y de cuidado de sus hijos, así como ofrecerles una relación de apoyo y confianza. La segunda, prestar apoyo a niños más mayores y adolescentes ofreciéndoles orientación a la solución de sus problemas familiares.

Por otro lado, las actuaciones se refieren a cuáles son los procedimientos de derivación y notificación del caso, esto es, a qué profesionales se debe comunicar la situación.



1. ACTUACIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA Y EL CENTRO HOSPITALARIO EN LOS CASOS DE RIESGO

- Realizar seguimientos y controles médicos más continuados y algo más intensivos en los casos identificados como de riesgo o maltrato.
- Disminuir el estrés asociado a la crianza de los hijos y enseñanza de métodos positivos, no punitivos, de crianza.
- Enseñar a los padres cómo incrementar la autoestima de sus hijos mediante el uso de elogios y de mensajes verbales positivos.
- Ofrecer la oportunidad de aprendizaje de resolución de conflictos, aprovechando los puntos de conflicto padres-hijos.
- Aportar conocimientos básicos a los padres sobre las necesidades de alimentación, higiene y necesidades emocionales, sobre el desarrollo evolutivo y del comportamiento, y sobre mecanismos de autocontrol.
- Estimular y facilitar la relación padres-hijos con el fin de establecer una relación de apego positiva, consistente y segura para el niño.
- Ofrecer a los menores asistencia médica y psicológica.
- Recoger y documentar datos sobre los malos tratos.

2. NOTIFICACIÓN DE LA SITUACIÓN DE RIESGO A OTROS PROFESIONALES

- Comunicar al Juzgado si hay lesión física a través del parte de lesiones.
- Comunicar a la Unidad de Trabajo Social del centro, o en su defecto al Equipo Municipal de Servicios Sociales. Entre las actuaciones de la Unidad de Trabajo Social está:
 - Formar un equipo interdisciplinario y colaborar en el seguimiento del niño, de los padres y condiciones de vida.
 - Incrementar el conocimiento y el acceso de la familia a una variedad de servicios de apoyo.
 - Valorar la necesidad de notificar el caso al Equipo Municipal de Servicios Sociales.
- Comunicación al Teléfono de Atención al Menor.

En los casos de lesión física, y sobre todo cuando se sospecha de un abuso sexual, es necesario comunicar la situación al Juzgado a través de un parte médico de lesiones.

La existencia de una Unidad de Trabajo Social en el centro facilita el trabajo interdisciplinario (médico y psicosocial) enriqueciendo con ello la atención prestada al menor y su familia. Uno de los objetivos del trabajo interdisciplinario sería realizar un diagnóstico y una intervención que permita posteriormente realizar una actuación psicosocial con la familia. Hay que tener en cuenta que uno de los requisitos para que pueda realizarse una intervención de este tipo es que la familia perciba la existencia de un problema y demande ayuda.

Otro de los objetivos es colaborar en el seguimiento del niño y de su familia.

Los profesionales de la Unidad de Trabajo Social se encargarán de notificar el caso al Equipo Municipal de Servicios Sociales. Cuando el centro carezca de esta unidad, esta función de notificación deberá ser asumida por los profesionales del ámbito sanitario.

Los criterios que pueden ayudar a los profesionales de la salud en la decisión sobre la notificación al Equipo Municipal de Servicios Sociales son:

- La familia no acude a las visitas y se teme por el bienestar del niño.

- La familia no presenta cambios a pesar de las recomendaciones ofrecidas por el personal sanitario.
- Se observa repetidamente que las necesidades básicas del niño no están siendo cubiertas.
- Se percibe cronicidad en la problemática presentada por la familia.

Por último, existe la posibilidad de comunicar la situación al Teléfono de Atención al Menor (ver anexos). Se trata de un teléfono gratuito que funciona las 24 horas del día, que tiene como objetivo centralizar las llamadas que denuncien o pongan de manifiesto presuntas situaciones de riesgo o desamparo de menores, ofreciendo asesoramiento, reorientando la situación o derivándola a los organismos competentes para su investigación o tratamiento.

En principio, los centros de salud, por su organización y sus funciones, están orientados al tratamiento de casos no urgentes. Es un lugar privilegiado para actuar en las situaciones de riesgo, esto es, cuando no hay evidencia de riesgos graves o no se detectan situaciones graves de maltrato, pero sí factores de riesgo que pueden hacerlas surgir.

Los profesionales del centro hospitalario también pueden seguir unas pautas de actuación sobre los casos de riesgo. Una vez detectados esos casos es conveniente seguir trabajando con la familia y prestarle el apoyo conveniente para evitar que la situación se agrave o cronifique. Es por ello conveniente comunicar la situación a los profesionales del entorno del menor y de la familia - profesionales de la Atención Primaria (pediatras, escuela, Unidad de Conductas Adictivas, psicólogos, etc.)-, y trabajar de forma coordinada con ellos, aportando la información necesaria.

Una dificultad que afecta seriamente la prevención de los malos tratos es que las personas y familias, en las que se detecta riesgo de abusar o de ser víctima de malos tratos, no siempre quieren participar en la intervención. Estas familias suelen caracterizarse por una baja o nula motivación por participar en programas específicos, fundamentalmente por las siguientes razones:

- Baja conciencia del problema y ausencia de demanda.
- El hecho de participar en la intervención puede suponer una estigmatización y ser etiquetado como familia “maltratante” o tener algún problema.
- El hecho de participar en el programa exige un gran esfuerzo personal. Participar en el programa significa que alguien se entrometerá en su esfera privada.

Para conseguir una mayor aceptación y colaboración de la familia en los programas o servicios que se les propongan, se recomienda:

- ❶ Buscar la máxima afinidad con la familia. Para ello el servicio debe resultar atractivo para la misma.
- ❷ Ser respetuoso con los roles de la familia. No resultar agresivo ni intrusivo.
- ❸ Considerar el lugar donde realizar la intervención. En algunos casos son convenientes las visitas domiciliarias.
- ❹ Resaltar los aspectos positivos de su conducta y de aquellas estrategias de crianza que sean adecuadas y funcionales.
- ❺ Establecer contacto con profesionales que tengan mayor acceso a la familia.

4.2.1.

PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL EN LA ETAPA PRENATAL Y NEONATAL

La etapa prenatal y neonatal es una etapa crítica y de máxima vulnerabilidad tanto para el feto o el bebé como para la madre. Durante el embarazo la madre necesita un adecuado ajuste calórico, equilibrio psicológico, exclusión de hábitos tóxicos, etc. Es por ello necesario apoyar a la madre para que cree un ambiente propicio para el desarrollo fetal y su normal crecimiento.

En la etapa neonatal la madre y la familia se sienten especialmente motivados para aprender. Es por ello un momento idóneo para revisar y trabajar precozmente sobre los modelos de interacción que los padres van a establecer con el futuro hijo, potenciando las bases para una buena relación.

Algunas medidas preventivas en esta área:

- Reconocimiento de las condiciones que ponen en riesgo el desarrollo fetal (drogadicción y otros hábitos tóxicos, mal control sanitario del embarazo, exposición a toxinas ambientales).
- Apoyo emocional. La madre debe sentirse segura y apoyada para poder afrontar su futura maternidad o para mantener el equilibrio psicológico.

- Educación para la salud de la madre y del feto. Realizar seguimientos para prevenir trastornos fetales.
- Explicación razonada a las madres sobre su situación. Si no se producen cambios, información al servicio correspondiente.
- Si la madre gestante percibe una actitud crítica o punitiva respecto a su estilo de vida puede llevarle a un alejamiento de los cuidados prenatales y atención médica.
- Remitir a otros servicios sociales si se considera necesario.

RECUERDE

- ▶ La prevención es especialmente relevante en las situaciones de riesgo para que el maltrato no llegue a producirse.
- ▶ Para una mejor prevención de los casos se requiere en ocasiones la coordinación con otros profesionales.

4.3. LA ACTUACIÓN EN LOS CASOS URGENTES (PREVENCIÓN TERCIARIA)

La actuación de urgencia puede producirse tanto en los casos de sospechas fundamentadas como en aquellos casos en los que hay certeza de maltrato. El objetivo principal de la actuación de urgencia es garantizar la seguridad y el bienestar del menor. Por ello, es necesario, además, que el profesional del ámbito sanitario comunique la situación a otros profesionales implicados en la protección a la infancia. A parte de las diferencias que se puedan dar con relación al tratamiento clínico, se distinguen procedimientos diferentes de derivación y notificación según se trate del ámbito de la Atención Primaria o del Centro Hospitalario.

De forma unificada, cuando haya presencia de lesiones, el personal sanitario está obligado a informar al juzgado a través de un parte de lesiones.

Además, es conveniente ser exhaustivo en la descripción y documentación de las lesiones y todo lo relacionado con el niño, puesto que esta información va a ser determinante para la resolución favorable del caso.

La notificación del caso a la Fiscalía de Menores se realiza paralelamente a la notificación a los servicios territoriales con competencia en protección de menores.

Ante un caso urgente los profesionales del centro de salud pueden remitir el caso al hospital, la mayoría de las veces al servicio de urgencias.

Es conveniente derivarlo al centro hospitalario cuando las lesiones revistan mucha gravedad o cuando exista riesgo de que el caso “se pierda” y no acuda a ningún centro. En estas situaciones es conveniente avisar al Servicio de Urgencias del hospital y a la Unidad de Trabajo Social.

Cuando se encuentren fuertes resistencias por parte de los cuidadores/padres a ingresar al niño, es conveniente ponerse en contacto con las fuerzas y cuerpos de seguridad.

En otras ocasiones el paso por el hospital es innecesario para el menor y no hace más que restar eficacia a la intervención, como por ejemplo, cuando el niño no muestra un daño físico grave, pero hay evidencias claras de que el menor debe ser protegido urgentemente. En estos casos es de vital importancia ponerse en contacto con otros servicios como la Unidad de Trabajo Social, con el Equipo Municipal de Servicios Sociales o con las Fuerzas de Seguridad.

1. ACTUACIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS CASOS DE URGENCIA

- Remisión al hospital. En caso de resistencia se pedirá ayuda a las fuerzas de seguridad.
- Coordinación con otros profesionales de la Atención Primaria (Escuela, Equipo Municipal de Servicios Sociales, etc.).
- Comunicar al Juzgado a través del parte de lesiones.
- Recoger y documentar datos sobre el maltrato.

2. NOTIFICACIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LOS CASOS DE URGENCIA

- Comunicar a la Unidad de Trabajo Social del centro y en su defecto al Equipo Municipal de Servicios Sociales.
- Comunicar al Juzgado a través del parte de lesiones.
- Comunicación a los servicios territoriales competentes.
- Denuncia o notificación a las Fuerzas de Seguridad.

- Comunicación al Teléfono de Atención del Menor.

En los casos urgentes y cuando existe sospecha de maltrato, la hospitalización permite el estudio médico y psicosocial. Cuando existe evidencia de maltrato y éste es grave, la hospitalización contribuye a la protección del menor al alejarlo de su ambiente familiar. Cuando se estime que el menor debe quedar ingresado en el hospital, se requerirá una resolución de tutela del menor y guarda en centro hospitalario de los servicios territoriales competentes. En cualquier caso la permanencia en el hospital no deberá exceder el tiempo estrictamente necesario, ya que no es el lugar más adecuado para la protección de los niños.

1. ACTUACIÓN DESDE EL CENTRO HOSPITALARIO EN LOS CASOS DE URGENCIA

- Recoger y documentar datos sobre el maltrato.
- Retención en centro hospitalario con la consiguiente resolución administrativa o judicial.

2. NOTIFICACIÓN DESDE EL CENTRO HOSPITALARIO EN LOS CASOS DE URGENCIA

- Comunicar a Juzgados a través de un parte de lesiones.
- Comunicación a la Unidad de Trabajo Social del hospital.
 - Establecer contacto con el Equipo Municipal de Servicios Sociales Municipales.
 - Establecer contacto con los servicios territoriales competentes para la aplicación de la medida de protección.
 - Comunicación del caso a Fiscalía de Menores.
 - Colaboración con otros profesionales.
- Remitir el caso a Atención Primaria para su seguimiento aportando toda la información necesaria.
- Comunicación al teléfono del menor.

Los profesionales de la Unidad de Trabajo Social se encargan de la investigación y evaluación social del caso a través de entrevistas, consultas con otras entidades y profesionales y observación de la situación. La información que interesa al trabajador social hace referencia principalmente a los factores de

riesgo que rodean la situación de maltrato. El objetivo de estos profesionales es asumir la derivación del caso a los servicios territoriales competentes en protección de menores. En algunos casos emitirán un **diagnóstico** y harán una propuesta de protección para el niño. Se da así comienzo al tratamiento psicosocial del caso.

RECUERDE

- ▶ Ante un caso urgente los profesionales del centro de salud pueden remitir el caso al hospital. Es conveniente además facilitar toda la información y colaboración que se pueda ofrecer.
- ▶ En algunas ocasiones el paso por el hospital es innecesario y no hace más que perjudicar al menor y la resolución del caso. En estos casos es especialmente relevante trabajar conjuntamente con los profesionales de la Unidad de Trabajo Social.
- ▶ En los casos urgentes la hospitalización permite el estudio médico y social cuando existe evidencia de maltrato.
- ▶ La hospitalización no es un recurso adecuado cuando lo que se pretende es alejar al menor de su ambiente familiar, por lo que no deberá exceder el tiempo estrictamente necesario.

LA FORMA DE NOTIFICAR

4.4.

Un aspecto importante a tener en cuenta en la notificación y derivación de casos de malos tratos es que esté suficientemente documentado, de forma que la entidad notificada reciba información relevante y fiable.

Las descripciones que se hagan en el informe deben ser breves, claras y sobre datos constatados. Se recuerda que los informes van dirigidos a profesionales de otros ámbitos, por lo que la utilización exclusiva de terminología médica puede entorpecer gravemente la comunicación. Se deben evitar así mismo los juicios de valor. El informe médico y el informe social son la forma más habitual de notificar los hechos desde el ámbito sanitario.

Se propone, además, en este apartado una Hoja de Notificación que sirva de guía a los profesionales del ámbito sanitario para estructurar la información.

4.4.1. CONTENIDO DEL INFORME MÉDICO

En el informe médico que se derive a los servicios territoriales competentes en protección de menores debe constar:

- Nombre, edad y dirección del niño.
- Nombre y dirección de los padres.
- Nombre y dirección de la persona que acompañe al niño (en el caso de no ser sus padres) al Centro de Salud o al Hospital.
- Resultados de la exploración física, con descripción exhaustiva de las lesiones, pruebas complementarias realizadas y fotografía de las lesiones.
- Comportamiento observado en el niño, sobre todo en el momento de ser hospitalizado y durante su estancia en el hospital.
- Comportamiento observado en los padres al traer al menor, durante la anamnesis y durante la hospitalización del niño.
- Aspectos a destacar de la interacción padres-hijo.
- Pronóstico esperado del niño si no se interviene con la familia.

4.4.2. CONTENIDO DEL PARTE DE LESIONES

En España existe la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la existencia de lesiones, sean leves o graves, que presumiblemente provengan de una agresión (Ley de Enjuiciamiento Criminal, Art. 262.) a través del parte de lesiones. La forma como éste se extienda puede tener una importancia fundamental en la tramitación de la causa. Es conveniente que la exploración, preferiblemente con la presencia del médico forense, se haga lo antes posible, para poder recoger el mayor número posible de pruebas. La participación del médico forense es decisión del juez. Desde el punto de vista judicial los datos especialmente relevantes son:

- Descripción de las lesiones sufridas.
- Tiempo de curación e incapacidad provocada.
- Asistencia y tratamientos requeridos.
- Secuelas.
- Mecanismos de producción de las lesiones.

- Características de los objetos o acciones implicadas.
- Suceso aislado o repetitivo.
- Repercusiones físicas y psíquicas a corto, medio y largo plazo de la agresión.

La información que, además, debe contener el parte médico se refiere a:

- Hora y fecha en que el paciente (niño) ha sido atendido en el centro.
- Identificación de la víctima y acompañante del niño.
- Resultado del reconocimiento practicado.
- Pronóstico del caso.
- Hipótesis acerca de la etiología de las lesiones, apuntando aquellas que manifiestan los padres y el menor.
- Nombre del médico que firma el parte y número de colegiado.

4.4.3. CONTENIDO DEL INFORME SOCIAL

El informe social se deriva al Equipo Municipal de Servicios Sociales y/o a los servicios territoriales competentes. La información contenida en el informe debe aportar la evaluación psicosocial del caso y favorecer la toma de decisiones acerca de la medida de protección más adecuada para el menor.

La información que contiene el informe social se refiere a:

- Datos del informante, que incluye quién y cuándo se elaboró el informe, así como los datos que permitan establecer una coordinación con esta persona.
- Datos de identificación del menor. Incluir nombre, apellidos, género, lugar y fecha de nacimiento, dirección, existencia de discapacidad, etc.
- Datos de identificación de la familia. Incluir información relativa a la composición familiar, genograma, nombre, apellido, edad y dirección de los miembros de la familia, relación con el menor, etc.
- Situación que motiva el informe.
- Resultados de la evaluación de los factores de riesgo y protección. Incluir en

el apartado información acerca de la regularidad con que se producen los episodios de malos tratos, accesibilidad del agresor al menor, nivel de vulnerabilidad del menor, situaciones que concurren con el maltrato (prostitución, drogodependencia, delincuencia, enfermedad mental), indicadores comportamentales de los padres o cuidadores (actitud violenta, castigo excesivo/extraño, supervisión inadecuada), indicadores de convivencia (interacción padres-hijos, ajuste marital).

- Propuesta de intervención con el menor. Realizar una evaluación de la gravedad y del riesgo, así como de la urgencia y una propuesta de la medida de protección más adecuada.

4.4.4. CONTENIDO DE LA HOJA DE NOTIFICACIÓN

El protocolo de notificación pretende ser una guía que sirva a los profesionales para registrar y comunicar de forma cómoda, detallada y estandarizada los datos relevantes en los casos detectados de malos tratos o en riesgo de recibir malos tratos. Se trata de una propuesta congruente con los indicadores desarrollados en la parte teórica del manual y recoge las directrices principales propuestas por el Observatorio de la Infancia para el desarrollo de protocolos de notificación de malos tratos a la infancia (Documentos elaborados por el Observatorio de la Infancia, 2001). La Hoja de Notificación aspira a ser una herramienta que facilite el trabajo del profesional. En ningún caso implica que dejen de utilizarse otras vías de comunicación que se estimen necesarias.

Algunos aspectos a tener en cuenta en relación con las Hojas de Notificación:

- **Accesibilidad de las Hojas de Notificación.** Es conveniente que los profesionales tengan fácil acceso a las hojas de notificación a fin de facilitar la tarea de comunicación y derivación.
- **Otras funciones de la Hoja de Notificación.** Aparte de su función principal, que es la de transmitir información sobre la situación de riesgo del menor, la Hoja de Notificación puede cumplir otras funciones, como por ejemplo, ayudar en el almacenamiento de la información sobre el menor en su expediente o historial para así facilitar el seguimiento, consultas futuras, estudios epidemiológicos, etc.. Es por ello conveniente que se rellene una hoja por cada menor y situación detectada y se archive una copia de la Hoja de Notificación en el propio centro.

Los contenidos o apartados de la Hoja de Notificación hacen referencia a:

- **Apartado A: Datos de identificación del caso.** En este apartado se contempla información acerca del menor y de su familia con el fin de facilitar la accesibilidad al caso. También se incluye información de interés sobre otros

familiares o personas significativas para el menor, como por ejemplo la persona que llevó al menor al centro o la persona que se sospecha ha causado el maltrato. En la hoja de notificación es conveniente incluir la información referente a la persona que presuntamente ha cometido el maltrato con el fin de facilitar la evaluación posterior. Tanto en el apartado de los padres como en el del menor se incluirá, si se considera necesario, información acerca de discapacidades o necesidades especiales que deban ser tenidas en cuenta.

- **Apartado B: Indicadores de desprotección observados.** En este apartado se registran los indicadores de malos tratos observados. Indicadores físicos de malos tratos, indicadores comportamentales del menor, indicadores familiares e indicadores de abuso sexual. La forma de registrar los datos observados es a través de códigos, tal como queda especificado en la hoja de codificación adjunta a la hoja de notificación. Los códigos se componen de un número, que especifica la acción maltratante sufrida por el menor, y una letra, que se corresponde con la valoración de la frecuencia o intensidad con la que se producen las acciones maltratantes. Además, en este apartado hay un espacio en blanco en el que puede incluir información relacionada con la situación de maltrato: como frecuencia, forma como se desencadenó la situación y si había testigos.
- **Apartado C: Identificación del ámbito profesional que notifica. Datos de la notificación:** En esta parte se recoge información acerca del ámbito que remite la notificación, indicándose si se trata de un centro de atención primaria, de un centro de salud u otro tipo de centro. Además, se especificará el área que informa de la posible situación de desprotección, incluyéndose un apartado con los datos del profesional que ha hecho las observaciones. La información acerca del profesional que notifica es confidencial según la ley Orgánica de 5/1992, de 29 de Octubre, de regulación de tratamiento automatizado de los datos de carácter personal. El objetivo de incluir estos datos en la Hoja de Notificación es, por un lado, contribuir a la veracidad de la información notificada. Por otro lado, tiene el objetivo de facilitar la comunicación entre los profesionales. De esta forma la persona que recibe la notificación tiene la posibilidad de ponerse en contacto con la persona que atendió al menor y su familia para recabar más información o resolver dudas. En la medida que se maximice la relación entre los profesionales se minimiza la posibilidad de una “victimización secundaria” del menor. Asimismo se aporta información al destinatario acerca de las actuaciones que se han llevado a cabo desde el centro con respecto al caso.

RECUERDE

- ▶ La sola sospecha es suficiente para efectuar la notificación.
- ▶ Tanto la detección como la notificación dentro del ámbito sanitario requiere la participación conjunta de los profesionales de la Atención Sanitaria y de la Unidad de Trabajo Social.
- ▶ La notificación, además de ser una obligación legal y moral, es necesaria para que se ponga en marcha la intervención en casos de maltrato infantil.
- ▶ Los informes deben ser claros, rigurosos, con referencias del profesional y contener aspectos evolutivos y comportamentales del niño.
- ▶ Es importante establecer reuniones entre los profesionales implicados en un caso con el fin de comunicar situaciones de desprotección y obtener retroalimentación de la situación de menores maltratados sobre los que se ha intervenido.
- ▶ Establecer vías de comunicación fluidas con los profesionales dentro y fuera del centro.

5. BIBLIOGRAFÍA

- ARRUABARRENA, I., DE PAUL, J. Y TORRES, B. (1994).** *Detección, notificación, investigación y evaluación*. Programa de mejora del sistema de atención social a la infancia. Ministerio de Asuntos Sociales.
- ARRUABARRENA, I. y DE PAUL, J. (1995).** *Manual Infantil: Prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario*. Documentos técnicos de Salud Pública 22, Consejería de Salud. Comunidad Autónoma de Madrid, pp. 121-129.
- ARRUABARRENA, I. y SÁNCHEZ, J.M. (1996).** *Guía 2: Investigación y evaluación ante situaciones de desamparo infantil*. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Valladolid.
- BELSKY, J. (1980).** Child Maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- BELSKY, J. (1993).** Etiology of child maltreatment: A developmental-ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114, 413-434.
- BRINGIOTTI, M.I. (2000).** *La escuela ante los niños maltratados*. Paidós.
- BROWNE, K.D. (1993).** Parent-child interaction in abusing families: possible causes and consequences. In P. Mahler (ed.) *Child Abuse: an Educational Perspective*, Oxford: Blackwell.
- BROWNE, K., SAQI, S. (1988).** Approaches to screening for child abuse and neglect. En: Browne K., Davis, C. Stratton, P. (eds.) *Early prediction and prevention of child abuse*. Chichester: John Wiley & Sons, 57-85.
- CASADO, J., DÍAZ HUERTAS, J.A. Y MARTÍNEZ, C. (1997).** *Niños maltratados*. Díaz de Santos: Madrid.
- CEREZO, M.A. (1992).** *El programa de asistencia psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil*. Valencia: Generalitat Valenciana IVSS.
- CEREZO, M.A. (1995).** Impacto psicológico del maltrato infantil: primera infancia y edad escolar. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 135-159.
- COSTA, M. y MORALES, J.M. (1997).** La prevención del maltrato infantil. Casado, F., Díaz Huertas, J.A. y Martínez, C. (Eds). *Niños maltratados*, pp 325-336.
- CRITTENDEN, P.M. (1985).** Maltreated infants: vulnerability and resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 85-96.
- DE PAUL, J. (1988).** *Identificación de factores de riesgo*. Vitoria: Servicio de Publicaciones del País Vasco.

DELGADO, A (1997). Síndrome de Münchhausen por poderes. Casado, F., Diaz Huertas, J.A. y Martínez, C. (Eds). *Niños maltratados*, pp. 117-123.

DÍAZ-AGUADO M.J., y MARTÍNEZ, R. (Dir.) (1995). *Niños con dificultades socioemocionales*. Instrumentos de evaluación. Madrid. Ministerio de Asuntos Sociales.

DÍAZ HUERTAS, J.A., CASADO, J., GARCÍA, E., RUÍZ, M.A.Y ESTEBAN, J.: (Dir.) (1998). *Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario*. Comunidad de Madrid. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales.

DÍAZ HUERTAS, J.A., CASADO, J., GARCÍA, E., RUÍZ, M.A.Y ESTEBAN, J.: (Dir.) (1999). *La detección del riesgo social en la embarazada: Prevención del maltrato infantil*. Comunidad de Madrid. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales.

FINKELHOR, D. y ECHENRODE, J. (1995). The traumatic impact of child sexual abuse: A conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55 (4), pp. 530-541.

GARBARINO, J. y ECHENRODE, J. (1999). *Por qué las familias abusan de sus hijos*. Barcelona. Ed. Granica.

GARBARINO, J., GUTTMAN, D., SEELEY, JW. (1986). *The psychologically battered child*. London: Jossey-Bass.

GARRIDO, V., MITJANS, E Y CISCAR, E. (1995). *El maltractament en la infància. Una guia para la resposta social*. Mancomunitat de Municipis de la Safor.

GELLES, R.J. (1993). Family violence. En Hampton r.l. Gullota t.p. (eds.). *Family violence. Prevention and treatment*. Newbury Park: Sage Publications, pp 1-24.

GÓMEZ DE TERREROS, I. (1997). *Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil*. Comares. Granada.

GRACIA, E. Y MUSITU, G. (1993). *El maltrato infantil. Un análisis ecológico de los factores de riesgo*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.

GRACIA, E. Y MUSITU, G. (1999). *Los malos tratos a la infancia. Lecturas Técnicas*. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.

GRUPO DE TRABAJO SOBRE MALTRATO INFANTIL. OBSERVATORIO DE LA INFANCIA (2001). *Maltrato infantil : Detección, Notificación y Registro de Casos*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

HELPER, R.E. (1982). A review of the literature on the prevention of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 6: 251-261.

JIMÉNEZ, J.; OLIVA, A. y SALDAÑA, D. (1996). *El maltrato y protección a la infancia en España*. Ministerio de Asuntos Sociales.

KAUFMAN, J. Y SIGLER, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (2): 186-192.

LÓPEZ, F.: (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil*. Fundamentación teórica, clasificación y criterios educativos. Ministerios de Trabajo y Asuntos Sociales.

LÓPEZ, F., LÓPEZ, B.; FUERTES, J., SÁNCHEZ, J.M. Y MERINO, J. (1995). *Necesidades de la infancia y protección infantil*. Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

MANLY, J., CICHETTI, D. Y BARNETT, D. (1994). The impact of subtype, frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems. *Development and Psychopathology*, 6, 121-143.

MASLOW, A. H. (1987). *Motivation and Personality*. New York: Harper & Row.

MARTÍNEZ, A., ARRUBARRENA, M. I. Y DE PAUL, J. (1988). *Papel del personal sanitario en el abordaje del problema del maltrato y abandono infantil*. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.

MAX-NEEF, M. (1993). *Desarrollo a escala humana*. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones. Nordan e Icaria.

MICHELENA, A. Y CEREZO, M.A. (1998). *Maltrato infantil en las islas Baleares: Fomento de la detección y mejora de la intervención desde servicio de menores*. Govern Balear. Conselleria de la Fijunció Pública i Interior. Direcció General d'Interior.

MILNER, J.S. (1990). Características familiares y del perpetrador en los casos de maltrato físico y abuso sexual infantil. *Infancia y Sociedad*, 2: 5-15.

MORALES, P. ZUNZUNEGUI, V. y MARTÍNEZ, V. (1997). *Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial*. Gaceta Sanitaria, Sept-Oct, 1997, Vol. 11, N° 5.

MORALES, P. VICIOSO, F., GARRON, M. y MORENO, J.M. (1999). *El maltrato infantil. Un enfoque desde la perspectiva de servicios sociales*. Badajoz. I.M.S.S. Ayto. Badajoz.

PARRA, J.A.; GARCÍA, J.G. y MOMPEÁN, P.: (2000). *Maltrato Infantil: Protocolos de actuación.* Consejería de Trabajo y Política Social. Comunidad de Murcia.

PAÚL, J y ARRUBARRENA, M. I. (1999). *Manual de protección infantil.* Masson.

PEDREIRA, J.L. (1990). Aproximación sociopsicológica a los malos tratos a la infancia. *Pediatría Infanto Juvenil*, 4. 250-258.

RIGGS, S., ALARIO, A. J. y McHORNEY, C. (1990). Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. *Journal of Pediatrics*, 116, 815-821.

RUTTER, M. (2000). Psychosocial influences: Critiques, findings, and research needs. *Development and Psychopathology*, 12., pp. 375-405.

SABOTTA, E. E., y DAVIS, R. L. (1992). Fatality after report to a child abuse registry in Washington state, 1973-1986. *Child Abuse & Neglect*, 16, pp. 627-635.

SANCHEZ, E., CAÑAS, M. y MURIEL, R. (1993). *Guía de atención al maltrato infantil.* Sevilla: ADIMA- Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y Prevención del Maltrato Infantil.

WOLFE, D. A. (1987). *Child abuse: Implicaciones for child development and psychopathology.* Newbury Park, CA Sage. London.

Otros materiales:

Programa para la detección del riesgo social en neonatología. (1998). Cuadernos Técnicos de Servicios Sociales. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

Guía del programa de promoción de la salud infantil. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat i Consum.

Maltrato y desprotección en la infancia y adolescencia. Atención a las situaciones de riesgo. (2000). Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad, Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social.

ANEXOS

I. NECESIDADES DE LA INFANCIA

Necesidades de carácter físico-biológico

PREVENCIÓN:

Condiciones que potencian un desarrollo adecuado de las necesidades infantiles.

RIESGO:

Condiciones que impiden el desarrollo adecuado de las necesidades infantiles.

Alimentación

- Adecuada alimentación de la madre gestante.
- Adecuada alimentación del niño.
- Alimentación suficiente y variada.
- Hábitos de alimentación adecuados.

- Ingestión de sustancias que dañan al feto.
- Desnutrición.
- Alimentación no variada.
- Excesos: obesidad.
- Hábitos de alimentación no establecidos o no adecuados.

Temperatura

- Condiciones de temperatura adecuadas.
- Vestimenta adecuada a las condiciones climáticas.

- Exceso de frío o calor en la vivienda.
- Vestimenta inadecuada para la época del año.

Higiene

- Hábitos de higiene adecuados.
- Higiene corporal.
- Higiene de vestido.
- Higiene en la alimentación.
- Higiene en la vivienda.
- Higiene en el entorno.

- Carencia de hábitos de higiene.
- Suciedad corporal y en la vestimenta.
- Contaminación y suciedad del entorno.
- Presencia de enfermedades frecuentes.
- Parásitos y roedores en el entorno.
- Enfermedades de la piel.

Sueño

- Ambiente protegido, tranquilo y silencioso.
- Hábitos de sueño adecuados.
- Sueño suficiente según edad.

- Ambiente inseguro.
- Contaminación acústica.
- Carencia de hábitos adecuados: acostarse tarde, interrupciones frecuentes del ritmo de sueño.
- Tiempo de descanso insuficiente.
- Carencia de lugar de descanso adecuado.

Actividad física: ejercicio y juego

- Ambiente estimulante: con objetos, juguetes y otros niños.
- Libertad de movimiento en el espacio.
- Contacto con elementos naturales: agua, tierra, plantas, animales, etc.
- Paseos, marchas, excursiones, etc.

- Inmovilidad corporal e inactividad.
- Ausencia de espacio para el juego.
- Ausencia de juguetes y estímulos.
- No sale de casa.

Protección de riesgos reales: integridad física

- Supervisión y cuidados adaptados a la edad.
- Organización de la vivienda adecuada a la seguridad: localización de enchufes, detergentes, electrodomésticos, escaleras, ventanas y muebles.
- Organización de la escuela adecuada a la seguridad: clases, patios y actividades.
- Organización de la ciudad para proteger a la infancia: calles y jardines, circulación.
- Protección del menor ante los posibles ataques de otros.
- Circulación prudente: niños en parte trasera y con cinturón.

- Descuido e indiferencia.
- La organización de la casa no cumple los requisitos mínimos de seguridad: alta probabilidad de accidentes.
- Posibilidad de ingestión de sustancias tóxicas, caídas u otro tipo de accidentes.
- Organización de la ciudad insegura para el niño; peligro de accidentes o de ser asaltado.
- Organización insegura de la escuela: alta probabilidad de accidentes.
- Agresiones por parte de otros.
- Conducción temeraria.
- Falta de adopción de medidas de seguridad en el vehículo.

Salud

- Vigilancia del estado de salud.
- Controles periódicos adecuados a la edad y el estado de salud.
- Control de vacunaciones.

- Falta de control y supervisión.
- No se le prestan los cuidados y atenciones adecuadas.
- Preocupación excesiva por la salud.

Necesidades cognitivas

PREVENCIÓN:

Condiciones que potencian un desarrollo adecuado de las necesidades infantiles.

RIESGO:

Condiciones que impiden el desarrollo adecuado de las necesidades infantiles.

Estimulación sensorial

- Estimular los sentidos.
- Entorno con estímulos visuales, táctiles, auditivos, olfativos, etc.
- Cantidad, variedad y contingencia de estímulos.
- Interacción lúdica en la familia, estimulación planificada en la escuela.
- Estimulación lingüística en la familia y en la escuela.
- Crear experiencias de aprendizaje.

- Pobreza sensorial del ambiente.
- No adaptación de los contenidos al nivel de comprensión del niño.
- Falta de estimulación lingüística.
- Exceso de estimulación, que desborda la capacidad de asimilación del niño.

Exploración física y social

- Contacto con el entorno físico y social rico en objetos, juguetes, elementos naturales y personas.
- Exploración de ambientes físicos y sociales.
- Ofrecer seguridad en la exploración de juguetes, contextos y relaciones nuevas.
- Fomentar la confianza y las conductas autónomas.

- Entorno pobre y poco estimulante, poco adaptado a las necesidades del niño.
- Crear desconfianza en el niño de forma que no pueda explorar.
- Restringir o inhibir en exceso la conducta exploratoria del niño.

Comprensión de la realidad física y social

- Escuchar y responder a las preguntas.
- Decir la verdad: ser sincero.
- Hacerles participar en el conocimiento de la vida, el sufrimiento, el placer y la muerte.
- Transmitir actitudes, valores y normas adecuadas.
- Tolerancia con las discrepancias y las diferencias: raza, sexo, clase social, minusvalías, nacionalidad, etc.

- No escuchar, ni responder.
- Mentir, engañar.
- Transmitir una visión pesimista de la vida o evitar ciertos temas.
- Anomia o transmisión de valores antisociales.
- Dogmatismo y rigidez en la exposición de ideas y valores.
- Transmisión de ideas racistas y poco respetuosas con la diversidad social.

Necesidades emocionales y sociales

PREVENCIÓN:

Condiciones que potencian un desarrollo adecuado de las necesidades infantiles.

RIESGO:

Condiciones que impiden el desarrollo adecuado de las necesidades infantiles.

Seguridad emocional

- Figura de apego incondicional, accesible y disponible, física y psicológicamente.
- Capacidad para proteger de peligros.
- Interesarse y estar atento a las señales del niño y a sus necesidades.
- Aceptación de las iniciativas y ritmo de interacción del niño.
- Respuestas contingentes e inmediatas.
- Transmisión de afecto y comprensión de las demandas de afecto.
- Ayudar a comprender y aceptar los diferentes sentimientos.
- Aceptar el contacto íntimo: táctil, visual, lingüístico, etc.
- Establecer regularidades, ritmos y rutinas a lo largo del día para dar al entorno un carácter predecible.
- Favorecer la aceptación positiva del propio cuerpo.

- Constante ausencia del cuidador. No hay disponibilidad física o psíquica.
- Falta de capacidad para proteger de peligros.
- Desinterés y falta de atención a las demandas del niño y a sus necesidades.
- Interpretar las demandas del niño desde las propias necesidades e intereses.
- Rechazo de las iniciativas del niño.
- Ritmo de interacción, juego, etc. no adecuadas a las capacidades o a los intereses del niño.
- No se le responde contingentemente, ni de forma coherente.
- Incapacidad para mostrar y transmitir afecto. Poca capacidad para comprender las demandas de afecto y atención del niño.
- Tendencia a ridiculizar y castigar las expresiones emocionales del niño.
- No aceptar el contacto íntimo: táctil, visual, lingüístico, etc.
- Impredictibilidad e irregularidad en las tareas cotidianas.
- Exigir por encima de las capacidades.

Expresión emocional

- Capacidad para entender, verbalizar y reflejar los sentimientos y emociones del niño.
- Capacidad para ponerse en su lugar.
- Interés por las emociones, intereses y opiniones del niño.
- Existencia de unas normas y límites claros, justos y comprensibles.
- Refuerzo de las conductas y expresiones adecuadas.
- Fomentar la tolerancia a la frustración.
- Resolver los conflictos con moral inductiva: explicaciones, coherencia en exigencias, posibilidad de revisión.
- Incapacidad para escuchar y entender los sentimientos y emociones del niño.
- Falta de interés por las emociones, intereses y opiniones del niño.
- Dificultad para establecer límites y normas claras, como tolerar absolutamente todas las conductas.
- Ser muy estricto con las normas y delimitar excesivamente la conducta del niño.
- Castigos frecuentes y desproporcionados.
- Violencia intrafamiliar.
- Amenaza de abandono y de retirada de amor.
- Tono vital triste y apático.

Red de relaciones sociales

- Relaciones de amistad y compañerismo con iguales: fomentar contacto e interacción en el entorno familiar, en la escuela, fiestas infantiles, comidas, estancias en casa de amigos, etc.
- Supervisión de las relaciones sociales del hijo.
- Incorporación a grupos o asociaciones infantiles.
- Prestar apoyo y ofrecer alternativas para solucionar conflictos.
- Aislamiento social. No se le permite el contacto con otros niños o adultos.
- Intromisión excesiva en las relaciones del hijo.
- No supervisar al niño en sus relaciones.
- No prestar apoyo en situaciones de conflictos con compañeros o con otros.

Participación y autonomía progresiva

- Participación en decisiones que preocupan al niño.
- Prestar apoyo y seguridad.
- Confiar en las capacidades del niño.
- Animar y motivar a la realización de conductas autónomas e independientes.
- Coartar y limitar las conductas autónomas.
- Impedir su participación en las decisiones.
- Autoritarismo.
- No tener en cuenta al niño.
- Fomentar la dependencia emocional.
- Suscitar temores y desconfianza.

Curiosidad sexual, imitación y contacto

- Dotar de respuestas adaptadas a la edad y curiosidad.
- Procurar modelos adecuados de comportamiento sexual.
- Permitir juegos y autoestimulación sexual.
- Proteger de abusos.
- Educar en la igualdad y el respeto.
- No escuchar ni responder a las preguntas.
- Engañar y aprovecharse de la condición de poder frente al menor.
- Castigar manifestaciones infantiles de la sexualidad.
- Abuso sexual.
- Actitudes sexistas y poco respetuosas.

Relación con el entorno físico y social: protección de riesgos imaginarios

- Escuchar, comprender y responder a sus temores: miedo al abandono, rivalidad fraterna, miedo a la enfermedad, miedo a la muerte, etc.
- Ofrecer conductas y pensamientos alternativos para superar los miedos.
- Provocar miedos en el menor: amenaza de abandono, discusiones inadecuadas, etc.
- Provocar inseguridad a través de críticas y devaluaciones continuas, violencia verbal y física.

Interacción lúdica

- Juegos e interacciones que se adecuen al nivel de comprensión del niño.
- Promover juegos en la familia y con amigos.
- No disponibilidad de tiempo.
- Juguetes inadecuados: bélicos, sexistas, peligrosos, etc.

**2. DEFINICIONES LEGALES
Y CONCEPTOS JURÍDICOS
RELACIONADOS CON LA
PROTECCIÓN DE MENORES**

PATRIA POTESTAD

Se puede definir como el conjunto de derechos y deberes que corresponden a los padres sobre la persona y el patrimonio de cada uno de sus hijos no emancipados, como medio de realizar la función natural de proteger y educar a los mismos.

La patria potestad, efecto directo e inmediato de la filiación, es una institución cuya titularidad y contenido sólo puede ser atribuida a quienes ostenten la cualidad de padres/madres, tanto matrimoniales como extramatrimoniales o por adopción, siendo una función que se ejercita en beneficio de los hijos.

La patria potestad comprende los siguientes deberes y facultades:

- Velar por los hijos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral.
- Representarlos y administrar sus bienes.

DESAMPARO

Es aquella 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 (concepto legal establecido en el artículo 172.1, 2º párrafo, del Código Civil).

- En los supuestos de desamparo, la gravedad de los hechos aconseja la separación del menor del núcleo familiar causante de tal situación.
- El desamparo es declarado por la entidad pública que, en el respectivo territorio, tenga encomendada la protección de menores. En el caso de la Comunitat Valenciana, la competencia es de la Generalitat.
- Las consecuencias jurídicas de la declaración de desamparo son las siguientes:
 - a) Se asume por Ministerio de la Ley la tutela del menor (tutela automática).
 - b) Se asume la guarda del menor, la cual se realizará mediante acogimiento residencial o acogimiento familiar.
 - c) Se suspende la patria potestad o la tutela ordinaria.

RIESGO

Es aquella situación que, por circunstancias personales, interpersonales o del entorno, ocasiona un perjuicio al desarrollo y bienestar personal o social del menor, sin que sea necesaria la asunción de la tutela por ministerio de la ley para adoptar las medidas encaminadas a su corrección.

- En las situaciones de riesgo, el perjuicio que afecta al menor no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar, por lo que la intervención de la Administración se limita a intentar eliminar, dentro de la institución familiar, los factores de riesgo.

- La apreciación, la intervención y la ejecución de medidas ante situaciones de riesgo es una competencia municipal.
- Las situaciones de riesgo se resuelven mediante medidas de apoyo familiar (de carácter técnico o económico).

TUTELA

Institución que sirve para la guarda, protección, administración del patrimonio y representación de los menores no sujetos a patria potestad y de los mayores de edad judicialmente incapacitados.

- En razón de los beneficiarios y forma de constituir la tutela, podemos distinguir entre “tutela automática” y “tutela ordinaria”.

TUTELA AUTOMÁTICA

Tutela que por Ministerio de la Ley asume la entidad pública cuando declara el desamparo de un menor al amparo del artículo 172 del Código Civil, sin necesidad de que sea constituida por los órganos judiciales.

- También se denomina tutela ex-lege o tutela administrativa.
- Su vocación es de provisionalidad, manteniéndose en tanto subsistan las causas que determinaron la intervención de la entidad pública.
- Sus beneficiarios son exclusivamente los menores declarados en desamparo, nunca los mayores de edad, aunque estén declarados incapaces por resolución judicial.
- Únicamente puede ser asumida por la entidad pública que, en el respectivo territorio, tenga encomendada la protección de menores.
- Conlleva la suspensión de la patria potestad o de la tutela ordinaria.

TUTELA ORDINARIA

Tutela que se constituye mediante resolución judicial para proteger y representar a un menor de edad o una persona declarada incapaz por resolución judicial, por causa diferente a la edad.

- Sus beneficiarios son menores de edad o mayores de edad que estén declarados incapaces por resolución judicial.
- En principio tiene vocación de permanencia, si bien cesará cuando desaparezcan las condiciones que dan origen a su constitución (por ejemplo, mayoría de edad -en caso de menores- o declaración judicial de recuperación de la capacidad -en caso de incapacitados-).
- Pueden ser tutores ordinarios tanto las personas físicas como las personas jurídicas.
- En cualquier caso, el nombramiento en el cargo de tutor siempre se realiza por resolución judicial.
- Si se trata de menores de edad, es requisito previo que no existan titulares de la patria potestad o éstos estén privados de la misma mediante resolución judicial.

GUARDA

Institución jurídica ejercida por los padres respecto de sus hijos no emancipados o por los tutores respecto de sus pupilos, y que comprende el deber de velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral.

- Si bien son los padres o tutores ordinarios quienes ejercen la guarda de un menor, hay determinados casos en que la asume temporalmente la entidad pública competente en materia de protección de menores:
 - a) Cuando declara el desamparo y asume la tutela automática del menor, en virtud de lo dispuesto en el artículo 172.1 del Código Civil (guarda derivada de tutela ex-lege).
 - b) Cuando se estime la guarda ante la solicitud de los padres o tutores (guarda voluntaria).
 - c) Cuando así lo acuerde el Juez en los casos en que legalmente proceda (guarda judicial).
- En todos los casos, la guarda asumida por la entidad pública se realizará mediante acogimiento residencial o acogimiento familiar.

GUARDA VOLUNTARIA

Guarda asumida por la entidad pública a solicitud de los padres o tutores ordinarios, cuando éstos acrediten que no pueden cuidar al menor por circunstancias graves.

- Debe existir una previa solicitud de los padres o tutores ordinarios.
- Las circunstancias graves deben estar justificadas.
- La guarda voluntaria tiene carácter temporal: la entidad pública sólo la asumirá durante el tiempo que sea necesario.
- No hay declaración de desamparo ni tutela automática y, como consecuencia, no se suspende la patria potestad de los padres ni la tutela ordinaria. Los padres o tutores ordinarios conservan los derechos de representación legal, de administración de bienes y de visitas sobre el menor.

GUARDA JUDICIAL

Guarda asumida por la entidad pública cuando así lo haya acordado el Juez, en los casos en que legalmente proceda.

ACOGIMIENTO RESIDENCIAL

Medida de protección que adopta la entidad pública competente como forma de ejercicio de la guarda, en virtud de la cual el menor es acogido en un centro donde recibe servicios de alojamiento, manutención, apoyo educativo y atención integral.

- El menor en acogimiento residencial puede estar con tutela automática o en situación de guarda instada por los padres (guarda voluntaria) o acordada por el órgano judicial.
- En cualquier caso la Administración Pública procurará que el menor permanezca en un centro el mínimo tiempo posible.

ACOGIMIENTO FAMILIAR

Medida de protección que adopta la entidad pública competente en materia de protección de menores, como forma de ejercicio de la guarda, mediante la cual se otorga el cuidado de un menor a una persona o núcleo familiar, con la obligación de velar por él, tenerlo en su compañía, alimentarlo, educarlo y procurarle una formación integral, con el fin de integrarlo en una vida familiar que sustituya o complemente temporalmente a la suya de origen.

- El menor en acogimiento familiar puede estar con tutela automática o en situación de guarda instada por los padres (guarda voluntaria) o acordada por el órgano judicial.
- Atendiendo a su finalidad se clasifica en acogimiento simple, permanente o preadoptivo.
- Atendiendo a la vinculación de la familia acogedora y el menor, se clasifica en acogimiento en familia extensa y acogimiento en familia educadora.

ACOGIMIENTO FAMILIAR SIMPLE

Modalidad de acogimiento familiar que tiene carácter transitorio, bien porque de la situación del menor se prevea la reinserción de éste en su propia familia, bien en tanto se adopte una medida de protección que revista un carácter más estable (concepto legal establecido en el artículo 173 bis, apartado 1º, del Código Civil).

ACOGIMIENTO FAMILIAR PERMANENTE

Modalidad de acogimiento familiar que se formaliza cuando la edad u otras circunstancias del menor y su familia así lo aconsejen y así lo informen los servicios de atención al menor (concepto legal establecido en el artículo 173 bis, apartado 2º, del Código Civil).

- En tal supuesto, la entidad pública puede solicitar al Juez que atribuya a los acogedores aquellas facultades de la tutela que facilite el desempeño de sus responsabilidades, atendiendo en todo caso al interés superior del menor.

ACOGIMIENTO FAMILIAR PREADOPTIVO

Modalidad de acogimiento familiar que se formaliza por la entidad pública cuando ésta eleva propuesta de adopción del menor ante la autoridad judicial, o bien cuando considera, con anterioridad a la presentación de dicha propuesta, que es necesario establecer un período de adaptación del menor a la familia,

que deberá ser lo más breve posible y, en todo caso, no podrá exceder del plazo de un año (concepto legal establecido en el artículo 173 bis, apartado 2º, del Código Civil).

- En estos casos se requiere que los acogedores seleccionados reúnan los requisitos necesarios para adoptar y que el menor se encuentre en situación jurídica adecuada para su adopción.

ADOPCIÓN

Institución jurídica constituida por resolución judicial que produce entre adoptante/s y adoptado un vínculo de filiación, al mismo tiempo que extingue los vínculos jurídicos entre el adoptado y su familia anterior.

FAMILIA EDUCADORA

Núcleo familiar sin vinculación alguna con el menor y con el que, en función del interés de éste, se formaliza un acogimiento familiar.

- Con las familias educadoras, que deberán estar inscritas en el Registro correspondiente de los servicios territoriales de la Conselleria de Bienestar Social, sólo podrán formalizarse acogimientos familiares con finalidad simple o permanente, en ningún caso con finalidad preadoptiva.

FAMILIA EXTENSA

Personas vinculadas con el menor por una relación de parentesco.

- Se asimila a la familia extensa, las personas vinculadas con el menor o con su familia por una especial y cualificada relación.
- Para la formalización de un acogimiento familiar respecto al menor vinculado, no es necesario que la persona acogedora esté inscrita en el Registro correspondiente de los servicios territoriales de la Conselleria de Bienestar Social.

MINORÍA DE EDAD

Estado civil que se caracteriza por la sumisión y dependencia del menor a las personas que ostentan oficios protectores de la misma, como la patria potestad o tutela, siendo sus representantes legales (padres o tutor), los que actúan u obran por él.

CAPACIDAD JURÍDICA

Capacidad de la persona para ser titular de derechos y obligaciones. Toda persona tiene capacidad jurídica.

CAPACIDAD DE OBRAR

Capacidad de la persona para ejercer sus derechos y obligaciones. No toda persona tiene plena capacidad de obrar, por lo que en caso de estar ésta restringida, será necesaria la asistencia de la persona que ejerza la patria potestad, tutela o curatela.

- No tienen plena capacidad de obrar los menores de 18 años (por razón de su minoría de edad) y las personas mayores de esa edad que hayan sido declaradas incapacitadas mediante resolución judicial.

EMANCIPACIÓN

Acto o negocio jurídico que habilita al menor para regir su persona o bienes como si fuese mayor (artículo 323 del Código Civil).

- No obstante, hasta que el menor emancipado no alcance la mayoría de edad, no puede realizar determinados actos expresados en la Ley sin el consentimiento de sus padres y, a falta de ambos, de su curador.
- La emancipación tiene lugar:
 - a) Por alcanzar la mayoría de edad.
 - b) Por matrimonio del menor. El impedimento de edad para contraer matrimonio puede ser dispensado por el Juez, a partir de los catorce años.
 - c) Por concesión de los que ejerzan la patria potestad. Se requiere que el menor tenga dieciséis años cumplidos.
 - d) Por concesión judicial. Se requiere que el menor tenga dieciséis años cumplidos.

CENTRO DE MENORES DE CARÁCTER RESIDENCIAL

Es aquel centro destinado a acoger a menores de edad bajo guarda o tutela de la entidad pública, en el que se prestan servicios de alojamiento, manutención, apoyo educativo y atención integral.

CENTRO DE DÍA DE MENORES

Es aquel centro destinado a acoger a menores de edad durante el día, prestando servicios complemen-

tarios de soporte y apoyo familiar, contribuyendo a paliar sus carencias y mejorar su proceso de integración socio-familiar.

ENTIDAD COLABORADORA DE INTEGRACIÓN FAMILIAR

Las entidades colaboradoras de integración familiar son aquellas previamente habilitadas por la Administración Pública, que colaboran en el ámbito de la protección de menores realizando funciones de apoyo, guarda y mediación, conforme a las condiciones que establece su normativa específica.

**3. LISTADO DE LA NORMATIVA
INTERNACIONAL, ESTATAL Y
AUTONÓMICA EN MATERIA DE
FAMILIA, MENOR Y ADOPCIONES**

A continuación se relacionan las normas jurídicas más significativas en materia de familia, menor y adopciones, tanto a nivel internacional como estatal y autonómico. Se advierte que las mismas están ordenadas cronológicamente y no por su dependencia de otra norma jurídica a la que puedan desarrollar o modificar.

NORMATIVA INTERNACIONAL EN MATERIA DE FAMILIA, MENOR Y ADOPCIONES

- Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1950.
- Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1959.
- Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los principios sociales y jurídicos relativos a la protección y el bienestar de los niños con particular referencia a la adopción y la colocación en hogares de guarda, en los planos nacional e internacional, de 3 de diciembre de 1986.
- Convención sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1990).
- Recomendación R (90) 2 del Comité de Ministros a los estados miembros sobre medidas sociales relativas a la violencia en el seno de la familia.
- Directrices de las Naciones Unidas para la prevención de la delincuencia juvenil, de 14 de diciembre de 1990 (Directrices de Riad).
- Recomendación del Consejo de las Comunidades Europeas, de 31 de marzo de 1992, sobre el cuidado de los niños y de las niñas (92/241/CEE).
- Recomendación del Consejo de las Comunidades Europeas de 24 de junio de 1992 sobre los criterios comunes relativos a recursos y prestaciones suficientes en los sistemas de protección social (92/441/CEE).
- Resolución del Parlamento Europeo A3-0172/92, sobre una Carta Europea de Derechos del Niño, de 8 de julio de 1992.
- Convenio relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional, hecho en La Haya el 29 de mayo de 1993 (BOE núm. 182, de 1 de agosto de 1995).
- Recomendación R (94) 14 del Comité de Ministros a los estados miembros sobre políticas familiares.
- Resolución del Parlamento Europeo A4-0392/96, sobre la mejora del derecho y de la cooperación entre los estados miembros en materia de adopción de menores, de 12 de diciembre de 1996.

- Recomendación R (97) 4 del Comité de Ministros a los estados miembros sobre los medios de asegurar y promover la salud de la familia monoparental.
- Recomendación R (98) 1 del Comité de Ministros a los estados miembros sobre la mediación familiar.

NORMATIVA ESTATAL EN MATERIA DE FAMILIA, MENOR Y ADOPCIONES

- Código Civil.
- Ley de Registro Civil de 8 de junio de 1957 (BOE núm. 151, de 10 de junio de 1957).
- Reglamento para la aplicación de Registro Civil, aprobado por Decreto de 14 de noviembre de 1958 (BOE núm. 296, de 11 de diciembre de 1958).
- Constitución Española de 1978.
- Ley 21/1987, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción (BOE núm. 275, de 17 de noviembre de 1987).
- 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 núm. 15, de 17 de enero de 1996).
- Instrucción de 15 de febrero de 1999 de la Dirección General de los Registros y del Notariado, sobre constancia registral de la adopción.
- Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras (BOE núm. 266, de 10 de junio de 1999).
- Real Decreto-Ley 1/2000, de 14 de enero, sobre determinadas medidas de mejora de la protección familiar de la Seguridad Social (BOE núm. 14, de 17 de enero de 2000).
- Corrección de errores del Real Decreto-Ley 1/2000, de 14 de enero, sobre determinadas medidas de mejora de la protección familiar de la Seguridad Social (BOE núm. 17, de 20 de enero de 2000).
- Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil (BOE núm. 7, de 8 de enero de 2000).
- Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores (BOE núm. 11, de 13 de enero de 2000).
- Ley Orgánica 7/2000, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, y de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores, en relación con los delitos de terrorismo (BOE núm. 307, de 23 de diciembre de 2000).

- Ley Orgánica 9/2000, de 22 de diciembre, sobre medidas urgentes para la agilización de la Administración de Justicia, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial (BOE núm. 307, de 23 de diciembre de 2000).
- Ley 40/2003, de 18 de noviembre, de Protección a las Familias Numerosas (BOE núm.277, de 19 de noviembre de 2003).
- Ley 42/2003, de 21 de noviembre, de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de relaciones familiares de los nietos con los abuelos (BOE núm. 280, de 22 de noviembre de 2003).
- Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (BOE núm. 283, de 26 de noviembre de 2003).
- Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y de Orden Social (BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 2003).
- Reglamento de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores, aprobado por el Real Decreto 1774/2004, de 30 de julio (BOE núm. 209, de 30 de agosto de 2004).
- Real Decreto 521/2005, de 13 de mayo, por el que se crea el Consejo Consultivo de Adopción Internacional (BOE núm. 136, de 8 de junio de 2005).
- Real Decreto 1621/2005, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 40/2003, de 18 de noviembre, de protección a las familias numerosas (BOE núm. 15, de 18 de enero de 2006).

NORMATIVA AUTONÓMICA EN MATERIA DE FAMILIA, MENOR Y ADOPCIONES

- Decreto 132/1990, de 23 de julio, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se aprueba el Plan de Medidas de Inserción Social en la Comunidad Valenciana (DOGV núm. 1.376, de 7 de septiembre de 1990).
- Orden de 9 de abril de 1990, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, por la que se desarrolla el Decreto 40/1990, de 26 de febrero, del Consell de la Generalitat Valenciana, sobre registro, autorización y acreditación de los servicios sociales de la Comunidad Valenciana (DOGV núm. 1.291, de 26 de abril de 1990).
- Orden de 14 de mayo de 1991, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, por la que se aprueba el Estatuto aplicable a los centros de atención a la infancia y juventud, ya sean públicos o concertados con la Administración Autonómica (DOGV núm. 1.551, de 27 de mayo de 1991).
- Ley 7/1994, de 5 de diciembre, de la Generalitat Valenciana, de la Infancia (DOGV núm. 2.408, de 16 de diciembre de 1994).

- Decreto 130/1996, de 4 de julio, del Consejo de Adopción de Menores de la Generalitat Valenciana (DOGV núm. 2.790, de 12 de julio de 1996)
- Ley 5/1997, de 25 de junio, de la Generalitat Valenciana, por la que se regula el sistema de servicios sociales en el ámbito de la Comunidad Valenciana (DOGV núm. 3.032, de 10 de julio de 1997).
- Decreto 127/1998, de 1 de septiembre, del Gobierno Valenciano, de modificación del Decreto 130/1996, del Consejo de Adopción de Menores de la Generalitat Valenciana (DOGV núm. 3.328, de 11 de septiembre de 1998).
- Decreto 171/1999, de 5 de octubre, del Gobierno Valenciano, por el que se modifican determinados artículos del Decreto 132/1990, de 23 de julio, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se aprueba el Plan de Medidas de Inserción Social, a fin de incluir en su ámbito de aplicación a las personas víctimas de la violencia doméstica entre los perceptores de las prestaciones económicas regladas (DOGV núm. 3.609, de 21 de octubre de 1999).
- Decreto 181/2000, de 5 de diciembre, del Gobierno Valenciano, por el que se regula la Comisión Interdepartamental de la Familia en la Comunidad Valenciana (DOGV núm. 3.897, de 14 de diciembre de 2000).
- Decreto 93/2001, de 22 de mayo, del Gobierno Valenciano, por el que se aprueba el Reglamento de Medidas de Protección Jurídica del Menor en la Comunidad Valenciana (DOGV núm. 4.008, de 28 de mayo de 2001).
- Ley 7/2001, de 26 de noviembre, reguladora de la Mediación Familiar en el ámbito de la Comunidad Valenciana (DOGV núm. 4.138, de 29 de noviembre de 2001).
- Decreto 90/2002, de 30 de mayo, del Gobierno Valenciano, sobre control de la calidad de los centros y servicios de acción social y entidades evaluadoras de la misma, en la Comunidad Valenciana (DOGV núm. 4.264, de 5 de junio de 2002).
- Decreto 91/2002, de 30 de mayo, del Gobierno Valenciano, sobre Registro de los Titulares de Actividades de Acción Social, y de Registro y Autorización de Funcionamiento de los Servicios y Centros de Acción Social, en la Comunidad Valenciana (DOGV núm. 4.264, de 5 de junio de 2002).
- Decreto 100/2002, de 4 de junio, del Gobierno Valenciano, por el que se regula la acreditación, funcionamiento y control de las entidades de mediación de adopción internacional y el Registro de Reclamaciones formuladas contra las entidades de mediación acreditadas en la Comunidad Valenciana (DOGV núm. 4.271, de 14 de junio de 2002).
- Orden de 19 de junio de 2003, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula la tipología y condiciones materiales y de funcionamiento de los centros de protección de menores en la Comunidad Valenciana (DOGV núm. 4.532, de 27 de junio de 2003).

- Decreto 74/2005, de 8 de abril, del Consell de la Generalitat, por el que se crea el Observatorio de la Comunidad Valenciana de Inserción Sociolaboral de Menores y Jóvenes de los Sistemas de Protección y de Reeducción de Menores (DOGV núm. 4.983, de 12 de abril de 2005).
- Orden de 23 de noviembre de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se aprueba la Carta de Servicios del Título de Familia Numerosa (DOGV núm. 5.151, de 9 de diciembre de 2005).
- Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril, de Reforma de la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana (BOE núm. 86, de 11 de abril de 2006).
- Orden de 9 de marzo de 2006, de la Conselleria de Sanidad y de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se implanta la Hoja de Notificación para la atención sociosanitaria infantil y la protección de menores en el ámbito de la Comunidad Valenciana (DOGV núm. 5.250, de 3 de mayo de 2006).

4. NOTIFICACIÓN PARA LA ATENCIÓN SOCIOASA- NITARIA INFANTIL Y LA PROTECCIÓN DE MENORES

El modelo oficial de la Hoja de Notificación se puede descargar a través de internet en www.gva.es

HOJA DE NOTIFICACIÓN PARA LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA INFANTIL Y LA PROTECCIÓN DE MENORES

FINALIDAD

La Hoja de Notificación pretende facilitar la actuación coordinada entre los distintos profesionales que atienden, desde el ámbito sanitario o social, a los menores y a sus familias. Se utilizará para solicitar intervenciones dirigidas a prevenir o abordar las situaciones de riesgo psicosocial, desprotección o maltrato. Puede utilizarla cualquier profesional de los ámbitos sanitario o social.

Las intervenciones pueden realizarse dentro de un mismo ámbito (sanitario o social), informando o solicitando la actuación de otro profesional o departamento, o bien entre distintos ámbitos competenciales. En este último caso es recomendable que la Hoja de Notificación se canalice a través de la unidad de trabajo social del centro sanitario.

INSTRUCCIONES PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LOS DISTINTOS APARTADOS

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Se aportarán aquellos datos disponibles que permitan la identificación y, en su caso, localización del menor o menores para cuya atención socio sanitaria se solicita la colaboración de otro profesional o ámbito. En caso de tratarse de una situación común a varios hermanos/as, no es necesario cumplimentar una hoja por cada uno de ellos o ellas. Pueden indicarse los distintos nombres de pila, en su caso los apellidos distintos y los correspondientes SIP en el apartado "OTRA INFORMACIÓN DE INTERÉS".

B. INDICADORES Y FACTORES DE RIESGO OBSERVADOS

Se recogerán aquellos indicadores o aspectos socio familiares que justifican la necesidad de una atención socio sanitaria al menor o su familia.

Las casillas permiten registrar los ítems del Listado de indicadores y factores de riesgo que se hayan observado. También se pueden describir libremente las observaciones pertinentes en el apartado "OTROS INDICADORES O COMENTARIOS".

C. ACTUACIONES PREVIAS REALIZADAS

Permite informar sobre las actuaciones que se han realizado con el menor o su familia, y los profesionales que han intervenido.

De forma general, se informará al menor y a su familia de la solicitud de ayuda que implica el uso de esta Hoja de Notificación, excepto en situaciones en que la propia seguridad o bienestar del menor peligran.

D. SOLICITUD DE ACTUACIONES

En él se pueden indicar las actuaciones que superan la propia competencia profesional y que se consideran convenientes o necesarias para una correcta atención socio sanitaria al menor o su familia.

La utilización de la Hoja, no excluye ni sustituye el trabajo de coordinación entre los distintos profesionales implicados en la atención integral del menor.

E. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

Se reflejarán la fecha de la comunicación y aquellos datos que permitan la identificación de la persona que realiza la notificación.

Si por algún motivo se opta por no identificarse con nombre y apellidos, se puede recurrir a una identificación indirecta (puesto de trabajo, etc.) que posibilite la coordinación propuesta o solicitada.

INSTRUCCIONES PARA LA REMISIÓN DE LA HOJA

El original de la Hoja se remitirá al servicio, unidad o persona a quien se le solicita la actuación sobre el menor.

La primera copia de la Hoja se incorporará a la historia clínica del menor.

La segunda copia de la Hoja se remitirá al Centro de Salud Pública del Departamento de Salud correspondiente.

HOJA DE NOTIFICACIÓN PARA LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA INFANTIL Y LA PROTECCIÓN DE MENORES

INDICADORES	
EN LOS MENORES	EN LA FAMILIA DEL MENOR O MENORES (PRENATALES, PERINATALES Y POSTNATALES)
FÍSICOS	
1 Lesiones internas, abdominales	33 Falta de control médico durante el embarazo (menos de 5 visitas)
2 Fracturas múltiples, en diferentes estados de cicatrización	34 Embarazo no deseado: solicitud de aborto, adopción...
3 Heridas, magulladuras, mordeduras	35 Ausencia de cobertura sanitaria
4 Quemaduras, cortes, pinchazos	36 Monoparentalidad y falta de apoyo sociofamiliar
5 Síndrome del niño zarandeado	37 Situación económica precaria: desarraigo, pobreza, marginación...
6 Accidentes extraños	38 Problemas de vivienda: carencia, condiciones deficientes
7 Persistencia inexplicable de enfermedades	39 Negativa a que se realicen visitas domiciliarias
8 Necesidades médicas no atendidas	40 Aspecto descuidado, dejado y falta de higiene en los padres
9 Ingresos múltiples en hospitales	41 Padres muy jóvenes o inmaduros
10 Intoxicaciones	42 Alguno de los padres padece una enfermedad mental
11 Síndrome de abstinencia	43 Los padres abusan de drogas o alcohol
12 Retraso en el desarrollo (peso, estatura, lenguaje...)	44 Dificultades de comprensión en los padres
13 Escasa higiene	45 Ludopatía en los padres
14 Vestimenta inadecuada	46 Antecedentes de negligencia o maltrato con otros hijos/as
15 Desnutrición, deshidratación	47 Violencia familiar o doméstica
16 Cansancio o apatía permanente	48 Los padres no acuden cuando son citados
17 Cráneo aplanado, alopecia por postura prolongada	49 Cambios habituales de hospital, centro de salud...
ABUSO SEXUAL	
18 Contusiones, sangrado en genitales externos, zona vaginal o anal	50 Comportamiento conflictivo durante las visitas médicas
19 Enfermedad venérea	51 En ingreso hospitalario del hijo/a, no lo visitan suficientemente
20 Restos de semen en boca, genitales o ropa	52 No dan importancia a la situación detectada
21 Desgarros y dilatación anal	53 Intentan ocultar los indicadores físicos del menor o al causante
22 Cervix o vulva hinchada o roja	54 No dan explicaciones convincentes y congruentes
23 Dificultad para andar o sentarse	55 No controlan el comportamiento del niño/a en las visitas médicas
24 Dolor o picor en zona genital	56 Disciplina demasiado rígida y autoritaria
25 Himen perforado o rasgado	57 Parecen no preocuparse por el/la menor
26 Lesiones en el pene o escroto	58 No prestan atención al menor
COMPORTAMENTALES/EMOCIONALES	
27 Manifiesta que no le cuidan o maltratan	59 Son extremadamente protectores del/la menor
28 Trastornos de alimentación, sueño o control de esfínteres	60 Eluden sus responsabilidades parentales o abandonan al niño/a
29 Manifiesta dolores frecuentes sin causa aparente	61 Utilizan al menor en tareas impropias de su edad
30 Establece relaciones distantes u hostiles	62 Tienen una imagen muy negativa del/la menor
31 No quiere irse a casa o estar con sus padres	63 Expectativas no realistas sobre el/la menor
32 Intento de suicidio	64 Desprecian, rechazan o culpan a el/la menor
	65 No manifiestan afecto hacia el/la menor
	66 Excesiva ansiedad ante la crianza

HOJA DE NOTIFICACIÓN PARA LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA INFANTIL Y LA PROTECCIÓN DE MENORES

A. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA MENOR

Nombre	Apellidos	<input type="checkbox"/> Hombre	Fecha Nacimiento
		<input type="checkbox"/> M u j e r	
Dirección (Calle/Plaza, número y puerta)		Localidad/Provincia	
		CP	
Teléfono 1	Teléfono 2	SIP	
Datos de la madre/padre o persona responsable		Más información de interés	

B. INDICADORES Y FACTORES DE RIESGO OBSERVADOS

Otros indicadores o comentarios															
<input type="checkbox"/> Sospecha <input type="checkbox"/> Evidencia <input type="checkbox"/> Observación aislada <input type="checkbox"/> Observación reiterada															

C. ACTUACIONES PREVIAS REALIZADAS

¿Se ha informado a la familia de esta notificación?: Si No

¿Por qué?

D. SOLICITUD DE ACTUACIONES

Notificación dirigida a

Actuaciones solicitadas

E. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

Fecha de la notificación	Ámbito que notifica <input type="checkbox"/> A.P. <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro	Domicilio del centro Localidad Tel/Fax
Profesional informante <input type="checkbox"/> Médico/Pediatra <input type="checkbox"/> Matrona/Enfermera <input type="checkbox"/> T. Social <input type="checkbox"/> Psicólogo	Persona que notifica (Opcional: nombre, colegiado...)	

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero automatizado para su tratamiento por el órgano administrativo responsable del mismo, en el uso de la funciones propias que tenga atribuidas y en el ámbito de sus competencias, de conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

5. TELÉFONOS Y DIRECCIONES DE INTERÉS

TELÉFONO DEL MENOR

900 10 00 33

TELÉFONOS PROP DE INFORMACIÓN DE LA GENERALITAT

012
96 386 60 00

CENTROS DE RECEPCIÓN DE MENORES

■ ALICANTE

Centro "Alacant"

C/Primitivo Pérez, 21

03010 Alicante

96 524 18 12

Centro "Hogar Provincial Infantil" (Infantil)

C/Hogar Provincial,27, Partida Orgegia

03559 Santa Faz

96 526 51 00

■ CASTELLÓN

Centro "Penyeta Roja"

Partida Penyeta Roja, s/n

12005 Castellón de la Plana

96 435 98 37

■ VALENCIA

Centro "València"

C/Arabista Ambrosio Huici, 21

46013 Valencia

96 374 80 24

Centro "Les Palmeres" (Infantil)

Partida de Saboya, s/n

46120 Alboraya

96 185 63 85

DIRECCIONES TERRITORIALES DE BIENESTAR SOCIAL

■ ALICANTE. Rambla Méndez Nuñez, 41, 03001

96 647 82 00

■ CASTELLÓN. Avda. Hermanos Bou, 81, 12003

96 472 62 00

■ VALENCIA. Avda. Barón de Cárcer, 36, 46001

96 386 67 50

FISCALÍA DE MENORES

- | | |
|--|--------------|
| ■ ALICANTE. Avda. de Aguilera, 53, 03007 | 96 593 57 00 |
| ■ CASTELLÓN. C/ Herrero, 23 bajo, 12005 | 96 425 20 63 |
| ■ VALENCIA. Avda. del Saler, 14, 46013 | 96 192 91 39 |

GUARDIA CIVIL

062

CUERPO NACIONAL DE POLICÍA

091

GRUPO DE MENORES DE LA POLICÍA AUTONÓMICA

112

OTROS TELÉFONOS DE INTERÉS

6. ACTUACIONES DE PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO, ATENCIÓN SOCIOSANITARIA INFANTIL Y PROTECCIÓN DE MENORES

1. Actuaciones de promoción del buen trato a la infancia

En **centros de salud** (*matronas, enfermería, pediatras, médicos, trabajadores sociales, etc.*)

- Educación sanitaria en embarazo y postparto.
- Consejos de salud en atención programada pediátrica.
- Apoyo técnico al profesorado.
- Educación para la Salud en la comunidad.

En **centros de salud sexual y reproductiva** (*médicos, sexólogos, enfermería, etc.*)

- Prevención de embarazos no deseados.
- Prevención de relaciones sexuales no deseadas, en menores.
- Apoyo técnico al profesorado en educación sexual.

En **hospitales** (*ginecólogos, enfermería, pediatras, médicos, trabajadores sociales, etc.*)

- Recién nacidos: Humanizar el parto, favorecer el apego y consejos de salud y apoyo a padres sobre la crianza.
- Niños/as hospitalizados: Adaptar el entorno hospitalario a la población infantil, especialmente en enfermedades crónicas (adaptación arquitectónica, escuela...) y asesoramiento y apoyo a padres.

2. Atención sociosanitaria infantil y protección de menores

2.1 Actuaciones sanitarias

- Atención médica al menor.
- Coordinación con otros recursos sanitarios: junto a la Hoja de Interconsulta, puede utilizarse la Hoja de Notificación.

2.2 Actuaciones sociosanitarias

En **centros de salud** (*matronas, enfermería, pediatras, médicos, trabajadores sociales, etc.*)

- Detección precoz preconcepcional, durante el embarazo y postparto, de mujeres con factores de riesgo psicosocial; así como de niños/as y adolescentes.
- Seguimiento específico de afectados y derivación si es necesario a salud mental, equipos sociales municipales, etc.
- Detección y apoyo psicosocial específico a familias vulnerables.

En **centros de salud sexual y reproductiva** (*médicos, sexólogos, enfermería, etc.*)

- Prevención de embarazos no deseados y de relaciones sexuales no deseadas, en menores con riesgo psicosocial.
- Apoyo técnico al profesorado sobre educación sexual en menores con riesgo psicosocial.

En **hospitales** (*ginecólogos, enfermería, pediatras, médicos, trabajadores sociales, etc.*)

- Detección de partos en familias con riesgo psicosocial, y adopción de medidas de apoyo específicas para favorecer el apego y el adecuado desarrollo del niño/a (actuación protocolizada en la maternidad, coordinación con atención primaria para visita domiciliaria...).
- Detectar riesgos en niños/as hospitalizados.
- Consejos de salud y actuaciones específicas para familias de niños/as hospitalizados con riesgo psicosocial.

En todos los centros sanitarios:

- **Implicación de la unidad de trabajo social** del centro, si la hubiere (*Conviene el uso de la Hoja de Notificación*).

Coordinación con el **equipo municipal de servicios sociales** del lugar de residencia del menor, a través de la Hoja de Notificación, cuando se considere necesario.

2.3 Actuaciones Judiciales

- En los casos en que el menor es atendido como fruto de un supuesto delito (haya lesiones físicas o no) se cumplimentará el Parte de lesiones y se remitirá al juzgado. Si no se aprecian lesiones, se hará constar expresamente dicho extremo junto con el motivo por el cual se deduce la existencia del mismo (relato del menor o de los acompañantes, etc.).
- En los casos en los que se considere necesaria la intervención de médico forense, se solicitará expresamente al Juzgado telefónicamente, (además del parte de lesiones) y se procurará contactar directamente con el/la forense.

2.4 Protección jurídica del menor

- En los casos en que la integridad física o moral del menor requiera medidas urgentes de protección (declaración de la situación de desamparo y tutela automática) y que se le asigne un recurso a su alta médica (acogimiento familiar o residencial), se contactará por teléfono y por FAX, con la Dirección Territorial de la Conselleria de Bienestar Social (Sección del Menor).
Nota: Fuera del horario habitual de las Direcciones Territoriales, la solicitud de medidas protectoras hay que dirigirla a cualquiera de los Centros de Recepción de Menores de la provincia.
- En los casos de menores hospitalizados que están tutelados por la Generalitat Valenciana, es preciso establecer conjuntamente con la Dirección Territorial de la Conselleria de Bienestar Social (Sección del Menor) las pautas de actuación, ante las posibles demandas de visita de padres o familiares, o de asignación de recurso de protección tras el alta médica.

2.5 Actuaciones de seguridad y autoprotección

Se recurrirá a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad en aquellos casos en que

- No se dispone de personal de seguridad y los padres o responsables del menor comprometen la integridad física del personal del centro.
- Sean necesarias actuaciones urgentes de protección y sean obstaculizadas por los acompañantes del menor.
- El menor ha acudido solo, o acompañado por un desconocido, y en el momento del alta médica, se desconoce su domicilio o datos de familiares, o no se considera conveniente que regrese con su familia, o el menor manifiesta una clara negativa a regresar a su domicilio. En estos casos, tras las averiguaciones pertinentes, se procederá de acuerdo con el punto 2.4.