

Programa de sensibilización en el ámbito sanitario contra el maltrato en la infancia y adolescencia



Programa de **sensibilización**
en el **ámbito sanitario** contra el **maltrato**
en la **infancia y adolescencia**

Esta publicación es una coedición de REA (Asociación castellano leonesa para la defensa de la infancia y la juventud) y la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, que ha financiado la edición.

Asesores:

**Luis Rodríguez Molinero, Marta Sánchez
Jacob y Juan Carlos Silva; Pediatras.**

Coordina:

**REA (Asociación Castellano Leonesa para
la Protección de la Infancia y Juventud)**

Colaboradores:

Pedro Gómez Bosque

Dibujos:

Pencil Ilustradores

© Para esta edición

Junta de Castilla y León

Diseño y Realización editorial:

Block Comunicación

Depósito legal: S. 819-2004

Índice

Introducción.....	5
Objetivos de la guía.....	9
Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil.....	13
Historia y concepto del maltrato infantil.....	15
Frecuencia del maltrato infantil.....	17
Factores de riesgo.....	19
Tipos y situaciones de maltrato infantil.....	21
Consecuencias del maltrato.....	27
¿Cómo actuar ante un caso de niño maltratado?.....	31
¿Cómo y cuándo comunicarlo y denunciarlo?.....	35
Recuerda.....	37
Derechos de los niños y las niñas.....	39
Derechos del niño hospitalizado.....	41
Direcciones de interés.....	43
Marco legal.....	46
Bibliografía.....	48
Anexo I.....	50
Anexo II.....	53

Introducción



Introducción

El reconocimiento social hacia el derecho de la infancia a recibir protección, afecto, educación...y cuidados médico- sanitarios ha ido dejando atrás criterios de atención meramente asistenciales y benéficos a lo largo de las últimas décadas.

Sin embargo, aún tales derechos no están garantizados para toda la población. El trabajo, explotación, prostitución infantil en ambientes empobrecidos, así como el maltrato físico y psicológico, abusos sexuales, situaciones de negligencia y mendicidad en nuestro mundo desarrollado, dibujan un panorama realmente no deseable. La organización social actual produce nuevas formas de maltrato. Estudios y medios de comunicación han acercado al ciudadano la existencia de los llamados "niños de la calle", "niños mendigos", "niños de la guerra " "privación enmascarada" ...

En España se calcula una incidencia entre el 0,5 y el 15 por mil. En general los niños sufren algún tipo de maltrato siendo el más frecuente la negligencia, seguida del maltrato emocional y después el maltrato físico situándose en menor proporción la explotación laboral, la mendicidad, el abuso sexual y el maltrato prenatal.

Respecto al abuso sexual, las encuestas realizadas informan que el 18,9% de la población adulta manifiesta haber sufrido algún tipo de abuso sexual en la infancia, lo que supone el 15% de varones y el 22% de las mujeres de la población general (López, 1994).

Pues bien, ante esta situación REA -Asociación Castellano Leonesa para la defensa de la Infancia y la Juventud- quiere "prevenir y denunciar los malos tratos a la infancia" y "sensibilizar a la sociedad sobre el maltrato y los derechos de la infancia" (Art. 2º de sus Estatutos), presentando un segundo "Programa de sensibilización en el ámbito sanitario contra el

maltrato en la infancia y en la adolescencia", después de venir desarrollando durante años un programa de sensibilización en el ámbito escolar.

Corresponde a la Administración de la Comunidad de Castilla y León, en el ámbito de sus competencias, las funciones generales de promoción y defensa de los derechos de la infancia y la planificación y ejecución de las actuaciones preventivas reguladas en la Ley 14/2002, de 25 de julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León, donde se otorga un carácter prioritario a las actuaciones de prevención, tratando de evitar o reducir las causas que provocan o favorecen procesos de marginación o inadaptación en la población infantil. De esta forma la colaboración en un programa de sensibilización y prevención como el que propone esta guía, constituye un paso más dentro de las diferentes líneas de trabajo que se llevan a cabo en las distintas asociaciones dedicadas a la atención a la infancia en riesgo de marginación, fomentando la solidaridad en todos los niveles de nuestra sociedad.

Entendemos que el médico y, sobre todo, el médico pediatra, así como el resto de personal sanitario son también educadores para la salud. Cada acto médico constituye una situación privilegiada de recepción de casos y de observación de dinámicas familiares. Por otra parte, la percepción significativa y relevante que suele tener la familia de la figura de su médico permite tanto una acción preventiva- educativa como una detección lúcida de posibles tipos de maltrato. La relación pediatra-familia facilita una ayuda profesional y personal de calidad. En algunos casos será conveniente y hasta obligatorio denunciar a las instancias legales una supuesta violación de los derechos de un niño o de una niña o bien gestionar la derivación del caso hacia otros servicios que acogen población de alto riesgo o desamparo.

Objetivos de la guía



Objetivos

de la guía

Esta guía tiene como destinatarios a profesionales del sector salud, especialmente de los servicios pediátricos y de urgencias de la red sanitaria.

El objetivo de la guía es sensibilizar aún más, si cabe, a este universo de la salud hacia la realidad del maltrato infantil, a fin de prevenir/o de abordar toda situación en la que esté ocurriendo cualquier tipo de maltrato, sin olvidar la tarea de ofrecer la ayuda pertinente a las niñas y a los niños para que puedan ir adquiriendo la capacidad y aprendizaje de su propia autoprotección.

El propósito general formulado implica objetivos más concretos:

1. Que los profesionales de la salud amplíen los conceptos y cuestiones básicas relativas a la protección de la infancia.
2. Que consigan una detección precoz de los signos o síntomas de cualquier tipo de maltrato, así como de familias de alto riesgo.
3. Que dispongan de información acerca de los organismos, instituciones y estamentos comprometidos en la protección a la infancia y manejen los procedimientos y estrategias de actuación ante casos de maltrato.
4. Que se impliquen y tomen responsabilidades en las situaciones de maltrato.
5. Que sean sensibles al maltrato infantil y juvenil institucional.
6. Que sepan ayudar a niños y niñas para buscar sistemas y redes de apoyo (personas en las que confía y personas y/o instituciones en las que pueda encontrar ayuda).



Los profesionales de la salud

ante el maltrato infantil

Prácticamente toda la población tiene contactos con los profesionales de la salud a través de las consultas asistenciales o/y de promoción de la salud. Por ello nos corresponde un protagonismo ante el maltrato infantil (MI).

Atención Primaria:

La relación “dura toda la vida” por lo que hay tiempo para la detección y prevención cuando se conoce el síndrome y existe la sensibilidad y el compromiso necesarios.

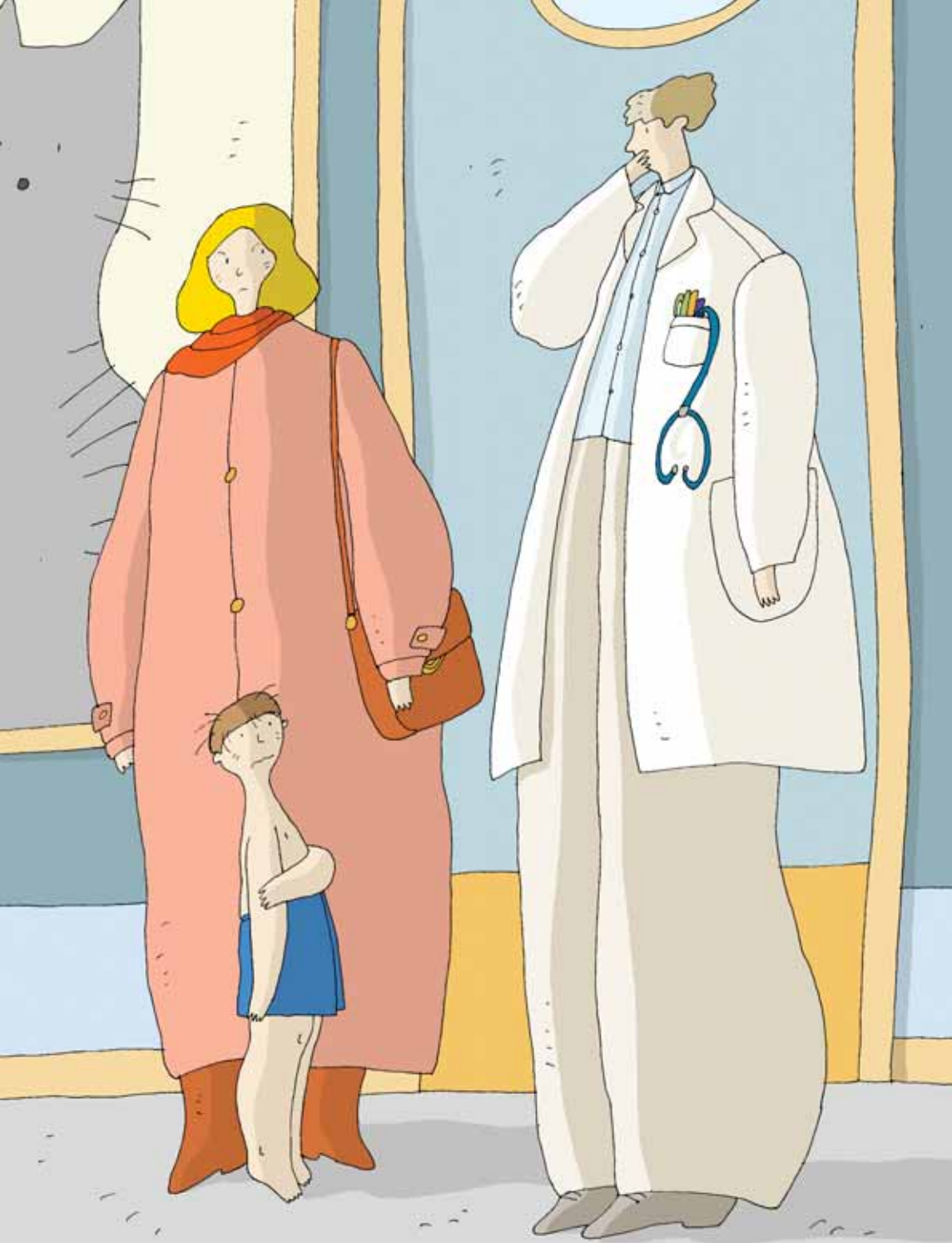
Los profesionales de enfermería que forman parte del equipo asistencial, en ocasiones son más accesibles que el médico, tiene una relación más confidencial y suelen tener más tiempo de diálogo que facilita la detección de los signos de maltrato. Además intervienen en tareas tan importantes como la educación para la salud y los programas del niño sano.

Servicios de Urgencias:

Son lugares dónde acuden muchos niños con Maltrato Infantil. Se suele decir que una consulta en Urgencias a horas intempestivas y con síntomas poco congruentes debe hacer sospechar que es un caso de Maltrato Infantil. Se describen varias razones para el uso de estos servicios. En ocasiones es una forma de huir de los médicos habituales conocedores del ambiente social dónde el niño se desenvuelve y en un intento de ocultarse. Otras veces enviados por la Policía o por los mismos jueces.

Hospital:

Es un lugar muy útil dónde se observa el comportamiento del niño y la familia las 24 horas. A veces el signo de alarma es la solicitud de pruebas cruentas e injustificadas. La manifestación de cuidados excesivos y poco justificados por parte de la familia. La observación de pruebas analíticas irregulares incompatibles con el cuadro clínico puede sugerir manipulación de las muestras biológicas intencionadamente, como por ejemplo en el caso de añadir glucosa a la orina, apareciendo falsa glucosuria en los análisis repetidos.



Historia y concepto

del maltrato infantil

Es difícil definir qué se entiende por maltrato infantil debido a que es un concepto influido por la sensibilidad social, los conocimientos científicos sobre la salud y las leyes de cada momento y países. Pero para tener una referencia, sería bueno partir de la definición de salud más aceptada por todos: “el bienestar físico, psíquico y social”.

A lo largo de la historia de la humanidad, el niño ha pasado por muchas fases hasta ser considerado digno de respeto desde el momento de su concepción e incluso antes. El fenómeno del maltrato infantil ha afectado a todas las culturas y ciertas costumbre hacían que el niño fuera considerado propiedad de los padres y por tanto susceptible de explotación a cualquier precio. A pesar de los esfuerzos por comprender el maltrato, nunca debe ser aceptado.

El reconocimiento del maltrato infantil es reciente y va muy unido a la aplicación de los derechos humanos que tanto han influido en otros aspectos como los derechos de la mujer. Los primeros documentos de lo que se conoce por el “Síndrome del niño apaleado” se atribuyen al médico forense francés Tardieu, que describió los hallazgos de autopsias de niños quemados o golpeados. Posteriormente han ido creciendo las descripciones y es a partir de los años sesenta cuando aumenta la sensibilidad hacia

los derechos de los niños por parte de la comunidad científica y de la sociedad en general.

Finalmente en 1992 el Parlamento Europeo aprueba “La Carta Europea de los Derechos del Niño” que asume la responsabilidad de la sociedad por el cuidado de los menores y establece los instrumentos necesarios para ello.

En la actualidad aparecen nuevas formas de maltrato, los llamados “niños de la calle”, “niños mendigos”, “niños de la guerra”, “cuarto mundo”, etc. Sin embargo nunca como ahora se ha protegido más a la infancia, y esperemos que los esfuerzos sean cada vez mayores, a pesar de las noticias que nos llegan sobre abusos y maltrato infantil desde todos los rincones del mundo.

En resumen y de una forma sencilla, el Centro Internacional de la Infancia de París, considera maltrato infantil “**cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo físico, psíquico y social**”.



Frecuencia del maltrato infantil

Como escribió Kempe "el número de niños maltratados jamás podrá ser conocido". Pero el interés por conocer su frecuencia radica en reconocer y descubrir los factores de riesgo para prevenirlos y saber si aumentan porque se diagnostican mejor o por que ciertamente están aumentando.

¿El maltrato infantil existe?

Podríamos creer que el maltrato existe solamente cuando tenemos la evidencia de lesiones graves en el niño pero, desgraciadamente, el maltrato no es sólo ciertamente esto, y a veces queda sin desvelar por la existencia ciertas creencias como:

- El maltrato infantil es infrecuente.
- El maltrato lo llevan a cabo personas que están locas, son alcohólicas o drogadictas.
- El maltrato se da en clases sociales bajas.
- El maltrato es sinónimo de maltrato físico.
- El maltrato se da siempre en contextos privados.
- El abuso sexual a los niños es un hecho infrecuente.
- Los niños se inventan las historias sobre los abusos sexuales.
- Las víctimas de los abusos sexuales suelen ser adolescentes.
- El agresor sexual suele ser un desconocido sin escrúpulos.
- Los abusos sexuales suelen ser agresivos y brutales, y dejan a la víctima herida.

Establecer la prevalencia e incidencia de los malos tratos es difícil debido a los sesgos y distorsión de los datos. En general se calcula que apenas se declaran el diez por ciento de los casos que se producen.

Causas de desprotección de los expedientes abiertos en el año 2003.

Motivos	Total	AV	BU	LE	PA	SA	SE	SO	VA	ZA
Maltrato físico	205	8	31	25	7	11	12	0	17	89
Maltrato psíquico	100	2	25	23	5	17	15	2	5	6
Negligencia física	418	45	68	57	33	100	33	18	33	31
Negligencia psíquica	217	10	62	34	14	65	16	7	7	2
Abuso sexual	36	2	2	2	9	7	2	0	5	7
Explotación sexual	3	0	0	1	0	0	0	0	2	0
Explotación laboral	7	0	4	1	0	0	0	2	0	0
Inducción a la delincuencia	19	0	11	2	2	2	1	0	1	0
Modelo inadecuado	137	3	47	45	6	6	0	3	16	11
Imposible cumplimiento obligaciones parentales	217	14	58	41	23	31	14	8	20	8
Abandono	79	10	6	18	3	10	7	3	5	17
Renuncia	32	0	3	13	2	4	1	0	9	0
Otros	192	31	69	21	9	9	20	2	31	0
TOTAL	1.662	125	386	283	113	262	121	50	151	171

Hay que observar que las causas pueden ser varias conjuntamente, de ahí que haya más motivos que número de expedientes abiertos.

Por otra parte, destacar que sigue siendo la negligencia física la causa más común de apertura de expediente, con un porcentaje del 25%, es decir, la falta de atención de las necesidades básicas del niño (alimentación, vestido, higiene ...), seguida con un 13% por negligencia psíquica y otro 13% de imposible cumplimiento de las obligaciones parentales (por enfermedad, incapacidad, ingreso en prisión ...). Igualmente, un 12% sufre maltrato físico y un 6% sufre maltrato psíquico y algo más del 8% tienen modelos inadecuados. Sólo el 3,6% se ha protegido por abusos sexuales.



Factores de riesgo

Tenemos que tener en cuenta que la existencia de estos factores de riesgo por sí solos no son suficientes, sino que hay que considerar también la frecuencia e interacción de unos con otros.

1. Factores del agresor

- Enfermedades psiquiátricas.
- Problemas sociales
- Infancia difícil
- Alcoholismo y drogodependencias
- Delincuencia y prostitución
- Incapacidad para educar y responsabilizarse de los hijos

3. Factores familiares

- Embarazo no deseado
- Madre soltera
- Embarazos extra o prematrimoniales
- Conflictos entre la pareja
- Familias numerosas
- Educación familiar severa
- Falta de autoridad familiar
- Maltratos familiares

2. Factores del niño

- La falta de independencia infantil
- Niños portadores de rasgos diferenciales de la normalidad: prematuridad, niños con dismorfias, trastornos psíquicos, desfavorecidos sociales, niños sin hábitos sociales interiorizados, caprichosos...
- Niños difíciles: hiperactivos, irritantes, con problemas de conducta etc.

4. Factores sociales

- Clases sociales
- Viviendas deficientes
- Marginación
- Mendicidad
- Desempleo
- Creencia del castigo físico como medida ejemplar de corrección de conducta.
- Falta de sensibilidad social



Tipos y situaciones de maltrato infantil

Existen diferentes tipos de maltrato, definidos de múltiples formas. Nosotros hemos seleccionados por su frecuencia en nuestro ámbito los siguientes (se pueden ampliar con la bibliografía anexa):

- A.- Maltrato Físico.
- B.- Maltrato Psíquico (emocional)
- C.- Negligencia Física
- D.- Negligencia Psíquica
- E.- Abuso Sexual
- F.- Maltrato Prenatal
- G.- Síndrome de Münchausen por poderes
- H.- Maltrato Institucional
- I.- Modelo de Vida Inadecuado
- J.- Otras formas de Maltrato

A. Maltrato físico

Es la acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el niño, o que le coloca en grave riesgo de padecerlo como consecuencia de alguna negligencia.

Es la forma más clásica y mejor conocida de maltrato. Las lesiones se derivan de la aplicación violenta de cualquier objeto físico o químico capaz de producir daño en los tejidos u órganos corporales. Los ejemplos más frecuentes son: Hematomas en cualquier zona corporal, lesiones en la boca, heridas, fracturas, arañazos, quemaduras, rotura de vísceras, mordeduras, flagelación, contusiones, cicatrices,...

Signos de alerta de traumatismo no accidental :

- Existencia de accidentes previos.
- Evidencia de negligencia, poca higiene o desnutrición.
- Discordancia entre lo relatado por los padres o tutores y los hallazgos clínicos.
- Retraso en solicitar servicios asistenciales.
- Presencia de lesiones o fracturas inhabituales para la edad del niño o el hallazgo de lesiones o fracturas en diferentes períodos evolutivos.
- Hematomas múltiples o secuelas de diversa gravedad con o sin alteraciones neurológicas.
- Hemorragias internas o externas.
- Lesiones específicas que indican el agente: quemaduras, golpes con la mano, cinturón...

B. Maltrato psíquico (emocional)

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

Signos de alerta:

1. Rechazo. En general, implica conductas de los padres/tutores que comunican o constituyen abandono.

- Cero a dos años: Rechazo activo por parte del padre/madre a aceptar las iniciativas primarias de apego del niño, a las iniciativas espontáneas de éste, y a las respuestas naturales/normales al contacto humano. Rechazo a la formación de una relación primaria de apego con el niño.

- Cero a cuatro años: Exclusión activa del niño de las actividades familiares.
- Edad escolar: Transmisión constante al niño de una valoración negativa de sí mismo.
- Adolescencia: Rechazo a aceptar los cambios en el rol social esperados en el joven (es decir, evolucionar hacia una mayor autonomía y autode-terminación).

2. Aterrorizar. Se refiere a situaciones en las que se amenaza al niño con un castigo extremo o con uno vago pero siniestro, que intentan crear en él un miedo intenso. También se puede aterrorizar al niño creando hacia él unas expectativas inalcanzables con amenaza de castigo por no alcanzarlas.

- Cero a dos años: Ruptura consistente y deliberada de la tolerancia del niño a los cambios y a los nuevos estímulos.
- Cero a cuatro años: Utilización de gestos y palabras exagerados que pretenden intimidar, amenazar o castigar al niño.
- Edad escolar: Exigencia al niño de respuesta a demandas contradictorias de los padres/tutores.
- Adolescencia: Amenaza al joven de exponerle a la humillación pública.

3. Aislamiento. Se refiere a privar al niño de las oportunidades para establecer relaciones sociales.

- Cero a dos años: Negación al niño de la posibilidad de interactuar de manera continuada con los padres u otros adultos.
- Dos a cuatro años: El padre/madre enseña al niño a evitar cualquier contacto social que no sea con él.
- Edad escolar: Evitación activa de que el niño mantenga relaciones normales con sus compañeros.
- Adolescencia: Evitación activa de que el joven participe en actividades organizadas e informales fuera del hogar.

4. Violencia doméstica extrema y/o crónica: Se producen de manera permanente situaciones de violencia física y/o verbal intensa entre los padres en presencia del niño.

Para poder definir la existencia del maltrato psíquico/emocional, debe presentarse al menos una de las situaciones anteriores de manera reiterada y/o continua, y la presencia de tal/es indicador/es ha de ser claramente perceptible.

C. Negligencia física

El diccionario de la Real Academia Española define la negligencia como descuido u omisión. Es la ausencia de condiciones necesarias para salvaguardar el bienestar del niño. Los casos de negligencia son más frecuentes en familias con graves situaciones socioeconómicas, adictos a drogas, deficiencia mental e incompetencia de uno o ambos progenitores. Pero también puede aparecer en familias acomodadas que trasladan sus obligaciones a terceros o a instituciones.

Algunas de las necesidades del niño son: el afecto, la protección, la alimentación, los cuidados médicos, el vestido, la higiene, el juego, las vacunaciones, la educación, la autoestima, la socialización adecuada, etc..

Signos de alerta:

- Un cuidado físico insuficiente ya sea en el vestir o en la higiene
- Alteraciones del crecimiento por una causa externa e intencionada
- La ausencia de cuidados médicos, de vacunaciones y de las medidas preventivas básicas y al alcance de todos.
- Una alimentación deficitaria.
- Las ausencias escolares repetidas y sin fundamento.
- La falta del estímulo psicológico que garantice una autoestima mínima y unas pautas adecuadas de socialización.

D. Negligencia psíquica (emocional)

"Falta persistente de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas procuradoras o de proximidad e interacción iniciadas por el niño y falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura adulta estable".

Signos de alerta:

1. Ignorar. Se refiere a aquellas situaciones en las que hay una ausencia total de disponibilidad de los padres hacia el niño, o cuando éstos se muestran inaccesibles e incapaces de responder a cualquier conducta del niño.

- Cero a dos años: No provisión de respuesta a las conductas sociales espontáneas del niño.
- Dos a cuatro años: Frialdad y falta de afecto en el tratamiento del padre/madre al niño; no participación en las actividades diarias del niño.
- Edad escolar: Fracaso en proteger al niño de las amenazas externas o en intervenir a favor de éste aun sabiendo que necesita ayuda.
- Adolescencia: Renuncia por parte de los padres al rol parental y ausencia total de interés por O el joven.

2. Rechazo de atención psicológica: Rechazo de los padres/tutores a iniciar un tratamiento de algún problema emocional o conductual del niño, existiendo acceso a un recurso de tratamiento que ha sido recomendado por profesionales competentes.

3. Retraso en la atención psicológica: Los padres/tutores no proporcionan o buscan ayuda psicológica para resolver una alteración emocional o conductual del niño ante una circunstancia extrema en la que es evidente la necesidad de ayuda profesional (p. ej., depresión severa, intento de suicidio).

Para poder definir la existencia de negligencia psíquica/emocional, (a) debe presentarse al menos una de las situaciones anteriores de manera reiterada y/o continua, y (b) su presencia ha de ser claramente perceptible.

E. Abuso sexual

Es un tipo de maltrato físico y emocional. Podría definirse como la participación del niño en actividades sexuales que no comprende, para las que no está preparado por su desarrollo, y a las que no puede otorgar su consentimiento violando normas morales y legales.

Se usan tres criterios para definir el abuso sexual: La edad de la víctima y del agresor, la actividad realizada por el agresor y la conducta sexual realizada entre ambos.

La edad de la víctima no debe ser superior de 15 a 17 años. Por encima de esta edad se entendería por acoso sexual.

El agresor debe tener entre 5 y 10 años superior a la víctima. Para algunos autores, sería suficiente 5 años por encima de la víctima siempre que ésta tenga menos de 12 años, y 10 años de diferencia si es mayor de 12 años. Si la edad del agresor es inferior a 15 años no se considera abuso sexual, excepto cuando existe violencia, presión o engaño.

En general los datos básicos a tener en cuenta serían la coerción y la asimetría de edad que imposibilitaría tener una relación igualitaria. Este aspecto tiene importancia porque se ha podido comprobar que en algunas sociedades el 20% de las violaciones las realizan menores de edad y que casi el 50% de los agresores cometen su primer abuso antes de los 16 años.

La conducta sexual es otro parámetro a considerar describiéndose una amplia gama de abusos. Unas implican contacto físico (caricias en los pechos o genitales, coito vaginal anal u oral...), otras pueden tener carácter abusivo (exhibicionismo, provocaciones, seducciones, proposiciones...)

Signos de alerta: Pueden ser físicos o psicológicos.

- Entre los signos físicos están aquellas lesiones que afecten a la vulva, labios mayores o menores, el himen o la uretra y que se presentan en forma de desgarros, hematomas, heridas o dilataciones.
- También se incluyen cualquier infección de transmisión sexual: vaginitis, vulvitis, leucorrea, condilomas, herpes, gonorrea etc.
- Entre los signos psicológicos están: miedos injustificados, vergüenza, culpa, curiosidad sexual excesiva, conductas antisociales, alteraciones del sueño, prostitución etc.

F. Maltrato prenatal

Son aquellos actos que de manera intencional o negligente pueden producir daños al embrión o al feto. El niño tiene derecho a nacer sano y para ello debe ser objeto de protección desde incluso antes de nacer. Algunos de los factores que atentan la salud fetal son:

- El trabajo materno estresante o con agotamiento físico y ciertos estilos de vida poco saludables (tabaquismo, alcoholismo y drogas...)

- El abuso de medicamentos innecesarios y más si está comprobado que son teratógenos.
- Un embarazo mal controlado y sin realizar los exámenes médicos de salud.

La prevención del maltrato fetal incluye la información y educación a los futuros padres y la adecuación del sistema sanitario para que preste los servicios que aseguren el buen progreso de la gestación.

G. Síndrome de Munchausen por poderes

Se denomina así al maltrato ejercido por los padres (preferentemente la madre) sobre el niño, simulando síntomas o signos que sugieren enfermedad y obligan a realizar pruebas y exámenes innecesarios y a veces peligrosos para la salud y la vida.

Las manifestaciones del Síndrome son variopintas, múltiples e inexplicables. Por ejemplo, conocemos el caso de una madre que intoxicaba a su hija con fenobarbital, provocando unos cuadros neurológicos confusos que puso a la niña en situación de realizar múltiples exámenes cruentos además de numerosas hospitalizaciones.

Signos de alerta:

- Enfermedades recurrentes
- Discordancia entre los signos y síntomas y aparición de los mismos fuera del alcance de los médicos.
- Ausencia de relación entre los detalles de la historia del presunto enfermo y los diagnósticos.
- Relativa tranquilidad de la madre ante la incertidumbre del diagnóstico.
- Insistencia en realizar pruebas y exámenes que conllevan riesgo.
- Intolerancia al tratamiento.
- "Convulsiones" que no ceden al tratamiento habitual.
- Antecedentes de rasgos psicopatológicos en la familia

H. Maltrato institucional

Maltrato institucional es la situación en la que no se tiene en cuenta las necesidades de los niños en aquellos lugares que la sociedad

tiene para su atención y tratamiento. Por ejemplo: en la escuela, zonas de recreo infantil, en los parques, hospitales, etc.

Ejemplos de estas situaciones son:

- Abusos de pruebas diagnósticas,
- No pedir consentimiento informado ni opinión,
- La dedicación de tiempo insuficiente en la consulta
- Hospitalizaciones innecesarias,
- Deficiencias en la situación urbana y medioambiental.
- El entorno social del niño,

I. Modelo de vida en el hogar inadecuado para el niño

"El hogar en el que vive el niño constituye un modelo de vida inadecuado para su normal desarrollo por contener pautas asociales o autodestructivas".

Signos de alerta:

Las conductas que pueden incluir un modelo inadecuado para el niño pueden incluir:

1. Conductas delictivas, particularmente las que causan daño a los demás, el tráfico de drogas,
2. El consumo de tóxicos, y
3. Comportamientos autodestructivos.

Para poder definir la existencia de modelo de vida inadecuado para el niño:

- a. Debe presentarse al menos una de las situaciones anteriores de manera reiterada y/o continua.
- b. Su presencia ha de ser claramente perceptible.
- c. El modelo inadecuado debe ser claramente perceptible por el niño en su interacción cotidiana.
- d. El niño debe reunir condiciones suficientes de vulnerabilidad al modelo: capacidad cognitiva suficiente y razonamiento moral en desarrollo.

J. Otras formas de maltrato

Explotación sexual

La utilización del niño por sus padres o tutores, o por tercera personas cuando aquellos lo sepan y no lo impidan, en la prostitución o en la realización de material o espectáculos de pornografía con el fin de obtener un beneficio, sea económico o de otra índole.

Explotación laboral

"Los padres/tutores asignan al niño con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que: (a) exceden los límites de lo habitual, (b) deberían ser realizados por adultos, (c) interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño, y (d) son asignados al niño con el objetivo fundamental de obtener un beneficio económico o similar para los padres o la estructura familiar".

La explotación laboral que aunque en nuestro país no es frecuente, si lo es en países en vías de desarrollo. En la actualidad y debido a los movimientos migratorios, en ocasiones se observan niños empleados en trabajos temporales durante el tiempo escolar. La emigración lleva consigo contrastes culturales y de costumbres que pueden terminar en exclusión social, falta de escolarización o la práctica de ritos que pudieran atentar contra los derechos del niño, por ejemplo la circuncisión o la ablación del clítoris.

Inducción a la delincuencia

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

Imposible cumplimiento de las obligaciones parentales

"Los niños no pueden recibir los cuidados y atención necesarias por parte de sus padres/tutores, y resulta totalmente imposible, temporal o definitivamente, que se modifi que la situación que lo provoca".

La incapacitación puede derivar de las siguientes circunstancias de los padres/tutores:

- Fallecimiento (orfandad del niño)
- Encarcelamiento
- Enfermedad incapacitante (física o mental)

Abandono

"Delegación total de los padres/tutores del cuidado del niño en otras personas, con desaparición física y desentendimiento completo de la compañía y cuidado del niño"

Renuncia

"Negativa explícita a reconocer la paternidad/maternidad del niño, o negativa a poseer/mantener cualquier derecho legal sobre éste".

A pesar de haberse definido de manera diferenciada, en la mayoría de los casos aparecen de manera simultánea diferentes tipologías de maltrato, cada una de ellas con una mayor o menor gravedad. Frecuentemente las conductas de maltrato y/o abandono emocional acompañan a las restantes tipologías de malos tratos.

En este sentido, las diferentes investigaciones realizadas indican claramente que, excepto en los casos de gravedad extrema, los efectos realmente negativos a largo plazo para el niño/a no derivan fundamentalmente de las acciones de agresión física (sea por acción u omisión), sino de la agresión emocional (sea por acción u omisión) que se produce simultáneamente al maltrato o abandono físico.



Consecuencias

del maltrato

Independientemente de las secuelas físicas que directamente desencadenan las lesiones producidas tras el abuso físico, todos los tipos de maltrato dan lugar a diversos trastornos. En la primera infancia, se producen repercusiones negativas en las habilidades relacionales de apego y de comunicación. Durante el período escolar se afecta la autoestima del niño y las posibilidades de aprendizaje. En la adolescencia, ocasionan dificultades en las relaciones sociales, conductas adictivas (alcohol y drogas), antisociales y actos violentos.

El riesgo relativo de muerte es tres veces mayor, siendo el grupo de edad con mayor riesgo el de los adolescentes. Se estima que la posibilidad de tentativa de suicidio en adolescentes maltratados es cinco veces superior al de aquellos que no han padecido malos tratos en la infancia. Se ha demostrado que el maltrato se perpetúa de una generación a la siguiente, de forma que un niño maltratado tiene altas probabilidades de ser maltratador de adulto. El maltrato es 15 veces más frecuente en familias donde uno de los miembros de la pareja recibió malos tratos en la infancia.

Los problemas que tienen los niños maltratados se traducen en manifestaciones que pueden ser físicas y psicológicas y aparecen en diferentes momentos, a corto o largo plazo.

A. Los daños físicos son los más fáciles de conocer y tratar y se han descrito con detalles anteriormente. Comprenden:

- Lesiones ocasionados por la violencia de la agresión: cicatrices externas de todo tipo, lesiones óseas y deformidades corporales, lesiones neurológicas, retraso psicomotor, retraso del crecimiento, lesiones viscerales abdominales o torácicas, presencia de cuerpos extraños en cualquier espacio corporal, quemaduras, intoxicaciones...
- Enfermedades de transmisión sexual y embarazo en niñas fértiles en el caso de abusos sexuales

B. Los daños psicológicos son cada vez mejor conocidos. Dependen: del tipo de agresión, de la edad de la víctima, del tipo de relación establecida entre ambos, de la duración de la agresión, la frecuencia, la personalidad del niño, la reacción del entorno, los recursos que se poseen y de otras variables moduladoras más. Cada vez se tiene más en cuenta factores protectores individuales y sociales que pueden atenuar (Resiliencia) o perpetuar extraordinariamente los daños psicosociales.

Las consecuencias psicológicas a corto plazo se refieren a los efectos aparecidos durante los dos años siguientes a la agresión. Se sienten afectados por la experiencia y su malestar suele continuar en la vida adulta si no reciben tratamiento adecuado:

a. Físicos:

- Cambios en los hábitos de comida
- Alteraciones del sueño
- Pérdida del control de esfínteres

b. Conductuales:

- Fugas del hogar
- Hiperactividad
- Consumo de drogas y alcohol
- Conductas suicidas

c. Emocionales:

- Ansiedad y depresión
- Hostilidad y agresividad
- Culpa y vergüenza
- Miedo generalizado
- Baja autoestima
- Rencor a los adultos
- Trastorno de estrés postraumático

d. Sexuales (sobre todo en los abusos sexuales):

- Excesiva curiosidad sexual
- Precocidad sexual
- Masturbación compulsiva
- Exhibicionismo

e. Sociales:

- Conductas antisociales
- Retraimiento social
- Déficit de habilidades sociales

Consecuencias a largo plazo

Son los más difíciles de estudiar y aunque no se puede precisar un único síndrome ligado a la experiencia del maltrato, sí pueden describirse algunos signos y síntomas:

a. Físicos:

- Dolores crónicos
- Somatizaciones
- Desórdenes alimenticios

b. Conductuales:

- Intentos de suicidio
- Consumo de drogas y alcohol

c. Emocionales:

- Depresión y ansiedad
- Baja autoestima
- Alteraciones de la personalidad
- Dificultad para recibir y expresar sentimientos de ternura e intimidad

d. Sexuales:

- Fobias y aversiones sexuales
- Falta de satisfacción sexual
- Creencia de ser valorada/o por los demás únicamente por el sexo

e. Sociales:

- Aislamiento
- Dificultades de educación de los hijos



¿Cómo actuar

ante un caso de niño maltratado?

El MI puede sospecharse por cualquiera de los síntomas o signos que hemos descrito o porque el niño es traído a la consulta ante la sospecha de los familiares o cuidadores. A partir de ese momento, depende de nosotros la aproximación al diagnóstico del MI para iniciar el tratamiento. No siempre es fácil y muchas veces está plagado de obstáculos desde instancias institucionales, familiares o de los estamentos médicos que llevan al desaliento y a "olvidar" el caso. La resolución requiere un trabajo **multidisciplinar**. Es una situación en la que se aprecia el grado de compromiso de los profesionales con la sociedad, donde uno encuentra que pone a prueba su capacidad pero, que al mismo tiempo es fuente de muchas gratificaciones.

Ante un caso de MI, debe ponerse extremo cuidado desde el primer momento. La **entrevista** reunirá algunos requisitos. Se realizará siempre por el mismo profesional, evitar repetir preguntas, no mostrar desconfianza ni incredulidad, tratar de identificar la personalidad de la víctima, ya que unas son más asequibles que otras y tener en cuenta la posibilidad de convertir el caso en fuente de acusaciones entre miembros de la familia, sobre todo si ésta se encuentra en situación de separación y/o divorcio. Expresar siempre un trato prudente y profesional de la información. Ser sinceros y abiertos, hablándoles del tema sin tapujos a las responsabilidades y sin temor a las responsabilidades que se deriven de ello. Mantener la entrevista en un lugar privado y sin interferencias. Mostrar una actitud no amenazante en ningún momento. Evitar entrometerse en aquellos aspectos íntimos de la familia no relacionados con el tema. Al finalizar la entrevista, intentar transcribir los datos recogidos y las impresiones personales.

Si ya resulta difícil detectar los casos de MI, no lo es menos actuar frente a una víctima de los mismos. No existe una receta y cada caso exige una actitud determinada de acuerdo con la personalidad del menor, su situación y su entorno. Hay dos factores a tener en cuenta: **proteger al niño lo antes posible para evitar nuevos abusos; y evitar nuevos conflictos que pudieran producirse si el entorno del niño reaccionara con hostilidad.**

No todos los profesionales están en disposición de actuar correctamente en una situación de MI. Estos acontecimientos afectan a muchas personas emocionalmente, hasta el punto que les impide actuar con serenidad y sensatez. Es necesario controlar los propios sentimientos y no actuar de forma irreflexiva, ya que las acciones no meditadas podrían perjudicar antes que ayudar. Se debería facilitar los movimientos de los menores para buscar la persona de su confianza, dialogar abiertamente de lo ocurrido con objeto de liberar a la víctima de la incapacidad de hablar y sobre todo tener suficiente paciencia.

Se recomienda ponerse en contacto con un centro de información o profesionales expertos para solicitar ayuda en caso necesario y sin pérdida de tiempo. Hay mucho que ganar si se actúa de forma correcta desde el primer momento, **es decir cuando se demuestra al menor que se le cree, se le va a proteger y se le quiere.** En el momento de actuar tener en cuenta:

- **Conservar la calma.** Evitar actuar precipitadamente. No alejar al niño de la familia, ni hablar directamente con el presunto agresor. Una confrontación prematura sin poner antes a salvo el niño podría producir una regresión que haría imposible seguir actuando a la vez que se expone al niño a otras violencias.
- **Procurar que el niño comprenda** (si tiene edad para ello)
 - Que se conoce su problema y que no es el único niño al que le pasa eso.
 - Que puede hablar de lo que le ha pasado sin miedo y sin forzarle.
 - Que los que le atendemos creemos lo que nos cuenta y estamos dispuestos a ayudarle
 - Que él no tiene ninguna responsabilidad ni culpa.
- **Explicarle los pasos que se van a dar a partir de ese momento...** Dejarle bien claro que siempre se va a contar con él. Hay que evitar

promesas que no se van a cumplir, como por ejemplo, decirle que nadie más se va a enterar cuando es un proceso en el que van a tener que intervenir varias personas y que a veces es larga la resolución.

- **Siempre tratar de expresarle afecto** y poner confianza en que las cosas saldrán bien.
- **Comunicar** el maltrato a la familia, cuando sea una persona ajena a la misma la que ha ocasionado el maltrato. Si se trata de un familiar directo informar a los padres que reúnan las condiciones necesarias de seguridad para el niño o niña. En el caso de que no fuera posible, avisar a los servicios de protección a la infancia para que actúen convenientemente, evitando que la situación quede oculta en el ámbito intrafamiliar.



¿Cómo y cuándo

comunicarlo y denunciarlo?

Sólo con tener sospecha de que un niño o niña está siendo objeto de cualquier tipo de maltrato se debe actuar y calibrar la importancia y gravedad del maltrato y la urgencia o no de la intervención. Todas esas decisiones a veces no son tarea fácil, por lo que nuestra opinión y consejo es que se deben compartir las inquietudes y dudas con otros compañeros del centro o solicitar asesoramiento y más información a otros profesionales del sistema sanitario.

En primer lugar, esa sospecha estará fundamentada en algunos de los indicadores tanto del niño como de las personas responsables de su cuidado. En este momento se puede plantear realizar una entrevista con el niño y/o a los padres según los criterios enumerados anteriormente.

Existe tendencia a silenciar el MI por parte de todos los profesionales, y prueba de ello es que sólo se denuncia la décima parte -o menos- de la realidad. Los profesionales debemos saber que **la ley nos obliga a la denuncia**, siendo sus razones principales las siguientes:

- A través de la denuncia desde la Administración de Justicia se protegerá al niño aislando al agresor y evitando la repetición.
- Se evitará que el agresor repita el abuso sobre otras víctimas.
- El proceso judicial fuerza a los agresores al tratamiento, aunque se sabe que la rehabilitación es difícil y costosa.
- A pesar de lo duro del proceso, ayuda a desculpabilizar al menor.
- Si se denunciara más se podría contribuir a disminuir el número de abusos.

- El no efectuar las denuncias contribuye a interpretar que existe "algo que ocultar".
- Si el maltrato infantil es intrafamiliar, la familia pocas veces pone remedio y se perpetúa una situación insostenible para la víctima.

No obstante nos podemos encontrar con dos tipos de situaciones que comportan una actuación diferente:

1. **Cuando el maltrato no es grave** y se ha producido de una forma puntual, o es temporal, puede solucionarse desde el contexto de actuación propio o **comunicárselo** a los servicios más próximos: trabajadores sociales, equipos psicopedagógicos escolares, consultorios de salud mental infanto-juveniles.
2. **Cuando el maltrato es grave**, se produce de forma continuada y/o reviste urgencia y no puede abordarse desde el contexto social, en estos casos, sin prejuicio de prestarle de inmediato el auxilio que precise y del deber de **denunciar formalmente** los hechos que puedan ser constitutivos de delicto, lo comunicará a la mayor brevedad a las autoridades competentes (CEAS -Centros de Acción Social de las Entidades Locales-, Sección de Protección a la Infancia de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales o Fiscalía), a fin de que se proceda a la adopción de las medidas y actuaciones adecuadas conforme a la normativa vigente, o a las asociaciones cuyo fin es la protección y defensa de los derechos de la infancia como REA (Asociación castellano-leonesa para la defensa de la infancia y la juventud).

Recuerda

- Valora si la gravedad del caso necesita la investigación y el apoyo de Servicios Sociales (En caso de duda comentarlo con un experto)
- No juzgues las acciones de los padres.
- Trata a los padres con respeto y comprensión.
- La pasividad ante una sospecha fundada puede ser un maltrato institucional.
- Tienes la obligación de notificar las situaciones de malos tratos en la infancia y en la adolescencia a las autoridades competentes: Fiscal, Juzgado de Guardia o Servicios de Protección a la Infancia. (art. 46 de la Ley 14/2002, de 25 de Julio de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León, art. 13 Ley Orgánica 1/96 y arts. 259, 262 y 264 Ley Enjuiciamiento Criminal.)



Derechos

de los niños y las niñas

1. Derecho a la igualdad sin distinción de raza, credo o nacionalidad.
2. Derecho a una protección especial para su desarrollo físico, mental y social.
3. Derecho a un nombre y a una nacionalidad.
4. Derecho a una alimentación, vivienda y atención médica adecuadas para el niño y la madre
5. Derecho a una educación y cuidados especiales para el niño física o mentalmente disminuido.
6. Derecho a comprensión y amor por parte de los padres y la sociedad
7. Derecho a recibir educación gratuita y a disfrutar de los juegos
8. Derecho a ser el primero en recibir ayuda en caso de desastre
9. Derecho a ser protegido contra el abandono y la explotación en el trabajo
10. Derecho a formarse en un espíritu de solidaridad, comprensión, amistad y justicia entre los pueblos

Declaración de los Derechos del Niño de 20 de Noviembre de 1959



Derechos

del niño hospitalizado

1. Derecho del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se le somete y a las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.
2. Derecho a estar acompañado de sus padres o de la persona que los sustituya el mayor tiempo posible durante su permanencia en el hospital.
3. Derecho a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.
4. Derecho a negarse (por boca de sus padres o persona que les sustituya) a ser sujeto de investigación, y a rechazar cualquier cuidado o examen cuyo propósito primordial sea educativo o informativo y no terapéutico.
5. Derecho a disponer durante su permanencia en el hospital de juguetes, libros y medios audiovisuales adecuados a su edad.
6. Derecho a ser tratado durante su estancia en el hospital, por personal cualificado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.
7. Derecho a estar protegido jurídicamente para poder recibir todas las atenciones y cuidados necesarios en el caso de que los padres o persona que les sustituya se los nieguen por razones religiosas, culturales u otras.
8. Derecho a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando todo lo posible su hospitalización entre adultos.
9. Derecho a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el hospital, y a beneficiarse de las enseñanzas de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada.
10. Derecho del niño/a a la necesaria ayuda económica y moral, así como psicosocial, para ser sometido a exámenes y/o tratamientos que deban efectuarse en el extranjero.

El texto resume la Resolución del Parlamento Europeo del 13 de Mayo de 1986 sobre la Carta Europea de los Derechos de los Niños Hospitalizados.

Direcciones

de interés

Secciones de Protección a la infancia de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León.

Provincia	Dirección	Teléfono	FAX
Ávila	Plaza de Navillos, 1.	920 352 165 - 920 355 088	920 353 425
Burgos	Julio Sáez de lo Hoya, 8 - 7ª pl.	947 264 642	947 209 529
León	Peregrinos, s/n.	987 296 273 - 987 296 276	987 296 239
Palencia	Avda. Casado del Alisal, 46.	979 715 418 - 979 715 417	979 715 427
Salamanca	Avda. Portugal, 89.	923 296 769 - 923 296 771	923 238 098
Segovia	Infanta Isabel, 16.	921 427 861	921 461 977
Soria	Nicolás Rabal, 7.	975 236 585	975 236 602
Valladolid	Pasaje de lo Marquesina, 11-12.	983 215 260	983 202 105
Zamora	Prado Tuerto, 17.	980 671 300	980 517 765

Servicios Sociales de la zona: Centros de Acción Social (CEAS). Dependientes de los municipios (en los mayores de 20.000 habitantes) y en los menores de 20.000 habitantes, de las Diputaciones Provinciales.

Fiscalías de Menores en la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

Provincia	Dirección	Localidad	Teléfono	FAX
Ávila	C/ Segovia, 25 - portal 6 - bajo.	05071 Ávila	920 226 751	920 223 994
Burgos	Parque Europa, 13.	09001 Burgos	947 274 154	947 275 410
León	Paseo Sáenz de Miera, 6.	24009 León.	987 895 166	987 895 172
Palencia	Avda. Manuel Rivera, 4-6.	34002 Palencia	979 712 077	979 712 114
Salamanca	C/ Gran Vía, 57. 2- AC.	37001 Salamanca	923 211 582	923 266 028
Segovia	C/ General Santiago, 8.	40005 Segovia	921 442 580	921 443 059
Soria	C/ Aguirre, 3 y 5.	42002 Soria	975 231 899	975 225 478
Valladolid	C/ García Morato, 8.	47071 Valladolid	983 459 050	983 459 052
Zamora	C/ San Torcuato, 7.	49004 Zamora	980 559 480	980 533 887

Procurador del Común en la Comunidad Autónoma de Castilla y León

Plaza de San Marcos, 5. 24001 León

Tfno. 987 270 095. FAX 987 270 143

Asociaciones

REA. Asociación Castellano Leonesa para la defensa de la Infancia y Juventud

Sede regional: Calle Antonio Lorenzo Hurtado. Sede de Cruz Roja. 47014 Valladolid

Tel.: 983 353 318. Fax.: 983 357 264

Delegación Provincial: INICO. Facultad de Psicología

Avda. de la Merced 109-131. 37005 Salamanca

Tel.: 923 294 617. Fax: 923 294 685

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

Calle Delicias, 8, Entreplanta. 28045 Madrid

Tel. y Fax: 91 468 26 62

International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN)

P.O. Box 809343. Chicago, IL 60680-9343. USA.

TI.: (312) 644-6610. Fax (312) 321-6869

Teléfonos de la Fundación ANAR



**Línea telefónica gratuita
de ayuda para niños/as
y adolescentes**

eléfono 900 20 20 10

Fundación A.N.A.R.

Línea del Adulto: 917 260 101

Proporciona consejo y orientación a los adultos sobre cualquier tipo de problemática que afecte a los menores.

Direcciones de internet

James M. Gaudin, Jr., Ph.D. April 1993 U.S. Department of Health and Human Services
Child Maltreatment Division

<http://child.cornell.edu/bookmarks.html><http://child.cornell.edu/bookmarks.html>

FAPMI

Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil

<http://bitcorp.net/ucpca/recog.html><http://bitcorp.net/ucpca/recog.html>

<http://www.savethechildren.es/><http://www.savethechildren.es/>

<http://www.ctfphc.org/><http://www.ctfphc.org/>

Marco legal

Ley 14/2002, de 25 de Julio, de Promoción, Atención y Protección a la Infancia en Castilla y León.

Artículo 20. Derecho a la Protección de la Salud.

8. Los responsables y el personal de los servicios de salud, además de tener deber de comunicación y denuncia regulado en el artículo 46.2 de esta Ley, vienen también obligados a colaborar en la evitación y solución de las situaciones de desamparo o riesgo.

Artículo 46. Deber de Comunicación y Denuncia.

2. Esta obligación de comunicación y el deber de denuncia competen particularmente a los centros y servicios sociales, sanitarios y educativos, y se extiende a todas las instituciones y entidades, tanto públicas como privadas, que tuvieran conocimiento de alguna de las situaciones señaladas por su relación con el menor, debiendo en tales casos realizarse la notificación de los hechos con carácter de urgencia.

"Convención de los Derechos del Niño y la Niña" que aprobó la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989 (BOE 3 1.12.90) y que ratificó el estado español el 30 de noviembre de 1990.

Artículo 1.

Para los efectos de la presente Convención, se entiende por niño todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.

Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor (BOE 17.01.96)

Artículo 13: Obligaciones de los ciudadanos y deber de reserva

1. Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.

2. Cualquier persona o autoridad que tenga conocimiento de que un menor no está escolarizado o no asiste al centro escolar de forma habitual y sin justificación, durante el periodo obligatorio, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades públicas competentes, que adoptará las medidas necesarias para su escolarización.

3. Las autoridades y las personas que por su profesión o función conozcan el caso actuarán con la debida reserva. En las actuaciones se evitará toda interferencia innecesaria en la vida del menor.

R. D. 732/1995, de 5 de mayo, por el que se establecen los derechos y deberes de los alumnos y las normas de convivencia de los centros (BOE de 2 de junio de 1995)

Artículo 18.

Los centros docentes estarán obligados a guardar reserva sobre toda aquella información de que dispongan acerca de las circunstancias personales y familiares del alumno. No obstante, los centros comu-

nicarán a la autoridad competente las circunstancias que puedan implicar malos tratos para el alumno o cualquier otro incumplimiento de los deberes establecidos por los leyes de protección de menores.

Decreto 131/2003, de 13 de noviembre, por el que se regula la acción de protección de los menores de edad en situaciones de riesgo o desamparo y los procedimientos para la adopción y ejecución de las medidas y actuaciones para llevarla a cabo.

Artículo 87.

1. Cooperación con otros departamentos y servicios de la Administración de la Comunidad Autónoma.

2. En atención a la particular implicación que en materia de colaboración en la acción de protección compete a los servicios sociales, sanitarios y educativos, se dispondrán procedimientos e instrumentos específicos para ordenar una actuación conjunta ágil y eficaz de sus respectivos profesionales, la disponibilidad de sus recursos y el intercambio de información sobre los casos.

Bibliografía

recomendada

1. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. **Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid.** Ed. Consejería Sanidad y Servicios Sociales. Madrid, abril 1999:49-72,167-72.
2. Morales JM; Zunzunegui Pastor V; Martínez Salceda V. **Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial.** Gac Sanit 1997 Sep-Oct;11(5):231-41.
3. Zunzunegui MV, Morales JM, Martínez. **Maltrato infantil: Factores socioeconómicos y estado de salud.** An Esp Pediatr 1997 Jul;47(1):33-41.
4. Freitag R, Lazoritz S, Kini N. **Psychosocial aspects of child abuse for primary care pediatricians.** Pediatr Clin North Am 1998 Apr;45(2):391-402.
5. Jackson S, Thompson RA, Christiansen EH, Colman RA, Wyatt J, Buckendahl CW, Wilcox BL, Peterson R. **Predicting abuse-prone parental attitudes and discipline practices in a nationally representative sample.** Child Abuse Negl 1999 Jan;23(1):15-29.
6. Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. **Children experiencing violence. I: Parental use of corporal punishment.** Child Abuse Negl 1998 Oct;22(10):959-73.
7. Kotch JB, Browne DC, Ringwalt CL, Dufort V, Ruina E, Stewart PW, Jung JW. **Stress, social support, and substantiated maltreatment in the second and third years of life.** Child Abuse Negl 1997 Nov;21(11):1025-37.
8. Morton N; Browne KD. **Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: a review.** Child Abuse Negl 1998 Nov;22(11):1093-104.
9. Drake B, Pandey S. **Understanding the relationship between neighborhood poverty and specific types of child maltreatment.** Child Abuse Negl 1996 Nov;20(11):1003-18.
10. Christensen MJ, Brayden RM, Dietrich MS, McLaughlin FJ, Sherrod KB, Altemeier WA. **The prospective assessment of self-concept in neglectful and physically abusive low income mothers.** Child Abuse Negl 1994 Mar;18(3):225-32.
11. Burrell B, Thompson B, Sexton D. **Predicting child abuse potential across family types.** Child Abuse Negl 1994 Dec;18(12):1039-49.
12. Dubowitz H; King H. **Family violence. A child-centered, family-focused approach.** Pediatr Clin North Am 1995 Feb;42(1):153-66.
13. Carrera C; Navarro JF; Monteiro C; Rodríguez A. **Protocolo del niño maltratado.** FMC (protocolo) 1996 May;3 (supl.1):1-15.
14. Cerezo MA, Más E, Simó S. **Análisis y evaluación de los indicadores de riesgo en situaciones de maltrato infantil.(Memoria final de proyecto).** Dirección General de Servicios Sociales.Generalitat Valenciana.Valencia.1998:27,39-53.
15. Johnson CF. **LESION INTENCIONAL Y LESION ACCIDENTAL.** En: Clin. Ped. NA. 1990,4, p 841-861.
16. **PREVENCION DE ABUSOS SEXUALES EN LA INFANCIA.** F. López Sánchez y A. Del Campo Sánchez.
17. **MALTRATO EN EL NIÑO. GRANDES SINDROMES EN PEDIATRIA.** A. Delgado. Cátedra de Pediatría. Universidad del País Vasco. Bilbao. 1966.
18. Martínez Roig A, Paúl Ochotorena J. **MALTRATO Y ABANDONO EN LA INFANCIA.** Ed. Martínez Roca. Barcelona 1993.
19. Gomez de Terreros I. **LOS PROFESIONALES DE LA SALUD ANTE EL MALTRATO INFANTIL.** Ed. Comares. Granada 1997.
20. **ATENCION AL MALTRATO INFANTIL DESDE EL AMBITO SANITARIO.** Comunidad de Madrid (Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales). Madrid 1998.
21. Arruabarrena M I y de Paúl J. **"Maltrato a los niños en la familia".** Ed. Pirámide. Madrid 1999.
22. **Detección y notificación ante situaciones de desamparo y de riesgo en la infancia.** Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Valladolid 1998.

Referencias de interes

1. Bethea L. Primary prevention of child abuse. *Am Fam Physician* 1999 Mar 15;59(6):1577-85, 1591-2.
2. Leventhal JM; Pew MC; Berg AT; Garber RB. Use of health services by children who were identified during the postpartum period as being at high risk of child abuse or neglect. *Pediatrics* 1996 Mar;97(3):331-5.
3. Whipple EE, Richey CA. Crossing the line from physical discipline to child abuse: how much is too much? *Child Abuse Negl.* 1997;21:431-444.
4. Gracia E. Visible but unreported: a case for the "not serious enough" cases of child maltreatment. *Child Abuse Negl.* 1995;19:1083-1093.
5. Lumley VA, Miltenberger RG. Sexual abuse prevention for persons with mental retardation. *Am J Ment Retard.* 1997;101:459-472.
6. Nester CB. Prevention of child abuse and neglect in the primary care setting. *Nurse Pract* 1998 Sep;23(9):61-2, 67-70, 73.
7. Flanagan P, Coll CG, Andreozzi L, Riggs S. Predicting maltreatment of children of teenage mothers. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995 Apr;149(4):451-5
8. Wilson LM; Reid AJ; Midmer DK; Biringer A; Carroll JC; Stewart DE. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *CMAJ* 1996 Mar 15;154(6):785-99.
9. MacMillan HL, MacMillan HJ, Offord D. Primary prevention of child maltreatment. En *Canadian Task Force on Preventive Health Care*. 1993:320-32.
10. Thompson CI, Atkins D. Family Violence. En: *Guide to Clinical Preventive Services*. (Second Edition). Ed US Preventive Services Task Force. Washington 1995:555-565.
11. Gaudin JM. *A Child Neglect: A Guide for intervention*, Ed. Westover Consultants, Washington 1993.
12. Theodore AD, Runyan DK. A medical research agenda for child maltreatment: Negotiating the next steps. *Pediatrics* 1999 Jul 104 (1):168-76.
13. Nester CB. Prevention of child abuse and neglect in the primary care setting. *Nurse Pract* 1998 Sep;23(9):61-2, 67-70, 73.
14. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect. The role of the pediatrician in recognizing and intervening on behalf of abused women. *Pediatrics* 1998 Jun;101(6):1091-2.
15. Hodnett ED, Roberts I. Home-based social support for socially disadvantaged mothers. (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2, 1999. Oxford: Update Software.
16. Roberts I, Kramer MS, Suissa S. Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*. 1996;312:29-33
17. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR, Jr., Kitzman H, Powers J, Cole R, Sidora K, Morris P, Pettitt LM, Luckey D. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA*. 1997;278:637-643.
18. American Academy of Pediatrics. Committee on Child and Adolescent Health. The role of home-visitation programs in improving health outcomes for children and families. *Pediatrics*. 1998;101(3): 486-9.
19. Olds D, Henderson CR, Jr., Kitzman H, Cole R. Effects of prenatal and infancy nurse home visitation on surveillance of child maltreatment. *Pediatrics*. 1995;95:365-372.
20. Rushton FE. The role of health care in child abuse and neglect prevention. *J S C Med Assoc* 1996 Mar;92(3):133-6.
21. Wissow LS; Roter D. Toward effective discussion of discipline and corporal punishment during primary care visits: findings from studies of doctor-patient interaction. *Pediatrics* 1994 Oct;94(4 Pt 2):587-93.
22. MacMillan HL; MacMillan JH; Offord DR; Griffith L; MacMillan A. Primary prevention of child physical abuse and neglect: a critical review. Part I. *J Child Psychol Psychiatry* 1994 Jul;35(5):835-56
23. MacMillan HL, Thomas BH. Public health nurse home visitation for the tertiary prevention of child maltreatment: results of a pilot study. *Can J Psychiatry*. 1993;38:436-442.
24. Logan, S. Home visiting reduces the rates of childhood injuries. *Child: Care, Health & Development* 23(1):101-102, 1997.
25. MacMillan HL; MacMillan JH; Offord DR; Griffith L; MacMillan A. Primary prevention of child sexual abuse: a critical review. Part II. *J Child Psychol Psychiatry* 1994 Jul;35(5):857-76.
26. Britner, Preston A; Reppucci, N. Dickon. Prevention of child maltreatment: Evaluation of a parent education program for teen mothers. *Journal of Child & Family Studies*. Vol 6(2), Jun 1997, 165-175.
27. Wekerle C, Wolfe D, A. Prevention of child physical abuse and neglect: Promising new directions. *Clinical Psychology Review*. 1993;13:501-540.

Anexo I

Hojas de notificación de riesgo social en la embarazada y en el recién nacido

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

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

PRENATAL

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

Valoración Global Prenatal

NIÑO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Malformaciones, defectos congénitos, ¹² | <input type="checkbox"/> Deficiencia mental ¹⁸ |
| <input type="checkbox"/> Niño prematuro, bajo peso ¹⁴ | <input type="checkbox"/> Trastornos del ritmo del sueño/vigilia ¹⁷ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades, neurológicas ¹⁵ | <input type="checkbox"/> Imposibilidad de lactancia ¹⁹ |

Valoración Global Niño

POSTNATAL

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

Valoración Global Postnatal

VISITA DOMICILIARIA

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hacinamiento ³⁰ | <input type="checkbox"/> Nivel de habitabilidad deficiente ³⁶ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas ³¹ | <input type="checkbox"/> Escasa higiene ³⁵ |
| <input type="checkbox"/> Falta de equipamientos ³² | <input type="checkbox"/> Rechazo, no vista ³⁸ |
| <input type="checkbox"/> Adaptación de la vivienda al niño ³³ | |

Valoración Global Domiciliaria

COMENTARIOS

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (táchese lo que no proceda)

Identificación de la madre

Datos primeras iniciales del Primer apellido
 Fecha de Nacimiento (dd día/mes/año)
 Domicilio

Datos primeras iniciales del Segundo apellido
 Teléfono
 Código Postal

Identificación del niño

Datos primeras iniciales del Primer apellido
 Fecha de Nacimiento (dd día/mes/año)

Datos primeras iniciales del Segundo apellido
 Sexo

Identificación del notificador

Centro:
 Servicio / Consulta:
 Profesional: Médico Enfermera Matrona Psicólogo Trabajador Social

Área tratada:
 Nombre:
 Nº de colegiado:

- L (Lleve): circunstancias que requieren un seguimiento.
- M (Moderado): necesita apoyo/ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos.
- G (Grave): requiere una intervención urgente de los servicios sociales.

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1 Intención de aborto según los supuestos legales o no, por rechazo de la gestación. 2 Embarazo no deseado, ideas contrarias o imposibilidad legal de aborto provocan planteamientos de adopción. 3 Por ocultamiento embarazo, desinterés, negligencia, ... realizan la 1ª visita médica después de la 20 semana de gestación. 4 En el conjunto del seguimiento y control del embarazo realizan menos de 5 consultas médicas y de preparación al parto. 5 No espaciamiento de los embarazos. Puede relacionarse con promiscuidad. 6 Inmadurez: No preparación para la maternidad. 7 Gestación no planificada, no deseado, rechazada. 8 Violencia familiar, malos tratos a la mujer y/o a otros hijos, antecedentes de malos tratos en su infancia. 9 Falta de apoyos familiares. En caso de adolescentes que se niegan a identificar al padre pensar en posible abuso sexual (incesto). 10 Especialmente alcoholismo (madre y/o padre). 11 Problemas psicológicos, de personalidad, desarrollo, relación, falta de apoyo social. 12 Padre / madre con problemas de salud mental que pueden afectar al embarazo y a los cuidados del niño. 13 Problemas malformativos y congénitos que afectan desde el nacimiento al niño provocan una gran dependencia sanitaria y de cuidados, y de expectativas de vida, así como en la madre / padre. 14 Niños que ven a requerir cuidados especiales y mayor demanda de atención. 15 Trastornos neurológicos, motores o sensoriales, que provocan discapacidades. 16 Problemas de deficiencia / retraso mental detectables y evaluables precozmente (test de Denver). 17 Niño habitualmente intranquilo, que no respeta horarios, pasa nocturnas, llanto continuo. 18 No lactancia materna por problemas de salud o por rechazo de la madre. | <ul style="list-style-type: none"> 19 La madre no demuestra ni verbaliza alegría / ilusión / cariño por el hijo. 20 El hecho de no coincidir el sexo del niño con el deseado provoca rechazo en la madre y/o el padre. 21 Niño que llora excesivamente o es así percibido por la madre que no puede controlar el llanto del niño. 22 Idealización, fantasías o problemas en el niño que conllevan a frustración y rechazo en la madre por no satisfacer sus expectativas. 23 Ante las demandas Alaridos del niño, horarios de alimentación, ... la madre no responde adecuadamente. En caso de lactancia artificial preparación sin seguir las indicaciones de las tablas. 24 Higiene y cambio de pañales insuficientes que provocan problemas de higiene en el niño (p.e. dermatitis del pañal). 25 No muestran interés por inscribirlo en el Registro Civil y en ponerle un nombre. También cuando existe en el matrimonio enfrentamiento por este tema. 26 Padre que rechaza su situación y sus responsabilidades. Falta de atención / indiferencia hacia el niño y la madre. No colabora en los cuidados del hijo. 27 Depresión postparto. 28 Reclan nacidos que requieren ser atendidos en incubadora / cuidados intensivos, o que por motivos familiares, sociales o médicos no tienen relación con la madre. 29 Rechazo lactancia materna. 30 Con implicaciones sociales o que afectan al niño y su ciudad: HIV, ETS. 31 Escasa supervisión, convivencia de varios núcleos familiares. 32 Falta/ escasez de centros sociales, educativos, sanitarios, recreativos, religiosos, en el barrio. 33 No se aprecian cambios en la vivienda por la llegada del hijo. 34 Vivienda en mal estado, inhóspita. 35 Vivienda con falta de limpieza y hábitos higiénicos. 36 Madre con actitud negativa a que se realice la visita domiciliaria se valora como indicador de riesgo. |
|--|---|

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

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención. La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la ley

- L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Directiva 95/46 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, Relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.
- Real Decreto 984/1999, de 11 de junio por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Leyes correspondientes de las Comunidades Autónomas de regulación del uso de informática en el tratamiento de datos personales.

Instrucciones de uso de la Hoja de Notificación

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

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

```

    graph TD
      A[Identificación de síntomas] --> B[Valoración de riesgo]
      B --> C{¿Riesgo social?}
      C -- Sí --> D[Notificación en hoja estandarizada]
      C -- No --> E[Seguimiento]
      D --> F[Comunicación al profesional]
      E --> G[Seguimiento]
  
```

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

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

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

Bajo los indicadores de cada situación se encuentra una escala para valorar la magnitud de los indicadores seleccionados por la persona notificadora. Se debe elegir el grado de gravedad de los indicadores. La magnitud de la gravedad se indica tachando: la «+» si es leve, la «M» si es moderado y la «G» si es grave. Si sólo existe la sospecha, deben valorarse los indicadores de la situación correspondiente como leve.

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

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

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

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

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

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

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

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

Para cualquier aclaración dirigirse a:

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

1. Objetivos priorizados

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

2. Lugar de cumplimentación

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

3. Criterios de elaboración y aplicación

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

Anexo II

Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario

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

L: Leve M: Moderado G: Grave

Para una explicación detallada de los indicadores, véase la página siguiente

Sospecha
 Maltrato

MALTRATO FÍSICO

- Magulladuras o moratones ¹
- Quemaduras ¹
- Fracturas óseas ¹
- Heridas ¹
- Lesiones visuales ¹
- Morchetas humanas ¹
- Intoxicación forzada ¹
- Síndrome del niño zarandado ¹

NEGLIGENCIA

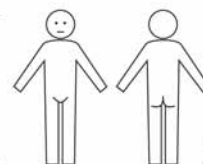
- Escasa higiene ¹
- Falta de supervisión ¹¹
- Cansancio o apatía permanente
- Problemas físicos o necesidades médicas ¹¹
- Es explotado, se le hace trabajar en exceso ¹¹
- No va a la escuela
- Ha sido abandonado

MALTRATO EMOCIONAL

- Maltrato emocional ¹²
- Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴
- Intento de suicidio
- Conductas excesivas / Sobreprotección ¹¹

ABUSO SEXUAL

- Sin contacto físico
- Con contacto físico y sin penetración ¹⁵
- Con contacto físico y con penetración
- Dificultad para andar y sentirse
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
- Dolor o picor en la zona genital
- Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal
- Genu o uña hinchados o rojos
- Explotación sexual
- Semen en la boca, genitales o ropa
- Enfermedad venérea ¹¹
- Apertura anal patológica ¹¹
- Configuración del himen ¹¹



Señale la localización de los síntomas

Dice síntomas o comentarios

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (fiche o refiera lo que proceda)

Identificación del niño Caso fatal (fallecimiento del niño)

Apellidos Nombre

Domicilio Localidad Teléfono

Sexo M F Fecha de Nacimiento (día/mes/año)

Acompañante Padre Madre Tutor Policía Vecino Otro (especificar)

Identificación del notificador Fecha de Notificación (día/mes/año)

Centro: Servicio / Consulta:

Nombre: Área sanitaria

Profesional Médico Enfermera Matrona Psicólogo Trabajador social Nº de colegas

ANEXO

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

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento.

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

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

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

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

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

- L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Directiva 95/46 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995. Relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.
- Real Decreto 994/1998, de 11 de junio por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Leyes correspondientes de las Comunidades Autónomas de regulación del uso de informática en el tratamiento de datos personales.

INSTRUCCIONES DE USO DE LA HOJA DE NOTIFICACIÓN

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

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

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

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

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

Sí (evidente)
 No (sospecha)

MALTRATO FÍSICO

Magulladuras o moretones
 Quemaduras
 Fracturas
 Heridas o raspaduras
 Mordeduras humanas
 Intoxicación forzada
 Hemorragias reitrativas e intracraqueales
 Sucio

NEGLECTA

Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas
 Retraso del crecimiento
 Sobreprotección que priva al niño del aprendizaje
 Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual

MALTRATO EMOCIONAL

Menoscabo continuo
 Desvalorización
 Insultos verbales
 Intimidación y discriminación
 Amenazas
 Coacción
 Interrupción o prohibición de las relaciones sociales
 Abandono

ABUSO SEXUAL

Chancras
 Condilomas acuminados
 Tricomonas vaginales
 Herpes tipo 1 y II
 Fístulas anales
 Cicatrices
 Hematomas y acuminados
 Degarros de la mucosa anal
 Cambios de la coloración o dilatación excesiva
 Sífilis no neonatal

OTROS SÍNTOMAS O COMENTARIOS

Fecha de identificación: _____

Nombre del profesional: _____

Centro de salud: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

Código postal: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

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

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

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

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

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

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

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

En el apartado de identificación del caso se recogen los datos que permitirán localizar y describir al sujeto en la base de datos acumulativa. Es imprescindible recoger las iniciales del paciente, su sexo y su fecha de nacimiento (o se conozca). Si la notificación se deriva de la defunción del sujeto, deberá tacharse la casilla correspondiente.



OTROS SÍNTOMAS O COMENTARIOS

Fecha de identificación: _____

Nombre del profesional: _____

Centro de salud: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

Código postal: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

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

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

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

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

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

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

ANOTACIONES AL PROTOCOLO DE DETECCIÓN DEL MALTRATO DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

1. Objetivos prioritizados

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

2. Lugar de cumplimentación

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

3. Criterios de elaboración y aplicación

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

