



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

(manual para el profesional)



**Región de Murcia**

Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración

Dirección General de Familia y Menor

## ATENCIÓN AL MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

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

### EQUIPO DE TRABAJO

**Jesús Alejandro Salmerón Giménez.**

Técnico Responsable de Información y Estudios.  
Dirección General de Familia y Menor.

**Francisco Pérez Hernández.**

Psicólogo.  
Dirección General de Familia y Menor.

**Begoña Castellanos Sanz.**

Educadora.  
Dirección General de Familia y Menor.

**Amor Gea Serrano.**

Responsable de la Unidad de Trabajo Social y Atención al Usuario.  
Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

**Miguel Ángel Ruiz Díaz.**

Profesor Titular de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.

### Responsables y Técnicos de la Gerencia Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y del Servicio de Protección de Menores

Protocolo de coordinación entre el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y el Servicio de Protección de Menores, para supuestos de desprotección infantil.

Responsable, Técnico de Gerencia Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca del Servicio de Protección de Menores.

**Distribución:** Sección de Documentación  
Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración  
Avda. de la Fama, 3 - 30003 Murcia  
Teléfono: 968 36 68 24 - Fax: 968 36 51 82  
[www.carm.es/psocial/cendoc](http://www.carm.es/psocial/cendoc)  
[cdss@carm.es](mailto:cdss@carm.es)

**Edita:** Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración  
Dirección General de Familia y Menor.

**Imprime:** Imprenta Regional

**Elaboración:** Imprenta Regional

# ÍNDICE

PÁGS.

PRÓLOGO .....	9
(1)-INTRODUCCIÓN .....	11
(2)-OBJETIVOS DEL MANUAL .....	17
(3)-DESTINATARIOS Y CARACTERÍSTICAS DEL MANUAL .....	19
(4)-LAS NECESIDADES DE LA INFANCIA .....	21
- Necesidades físico-biológicas .....	22
- Necesidades cognitivas .....	24
- Necesidades emocionales y sociales .....	26
(5)-MALTRATO INFANTIL: CONCEPTO Y TIPOLOGÍA .....	31
- Concepto .....	31
- Algunos datos sobre el maltrato infantil.....	32
- Tipología (según el momento en el que se produce –prenatal, postnatal-, según los autores, según la acción u omisión concreta que se está produciendo –maltrato físico, negligencia, maltrato emocional, abuso sexual-). ...	59
- Otros tipos de malos tratos (explotación laboral, maltrato institucional, corrupción). ..	65
(6)-FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MALTRATO .....	67
- Factores de riesgo. ....	67
- Factores de compensación.....	70
(7)-MITOS Y FALSAS CREENCIAS SOBRE EL MALTRATO .....	73
(8)-MARCO LEGAL .....	81
- Nivel internacional y europeo, nivel estatal, nivel autonómico.....	81



<b>(9)-PROTOCOLO DE ACTUACIÓN</b> .....	85
- Proceso de intervención desde el ámbito sanitario.....	88
- Competencias y responsabilidades del ámbito sanitario.....	92
<b>(10)-DETECCIÓN DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL</b> .....	95
- Problemas más frecuentes en la detección y notificación ..	97
- Indicadores de maltrato infantil como herramienta de detección.....	99
- Indicadores de detección específicos del ámbito sanitario.....	106
<b>(11)-VALORACIÓN INICIAL DE LA SITUACIÓN DE DESPROTECCIÓN</b> .....	115
- Valoración de la gravedad.....	116
- Valoración de la probabilidad de que el maltrato vuelva a repetirse.....	116
<b>(12)-PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN SEGÚN LA URGENCIA DEL CASO</b> .....	119
- Procedimiento de actuación ante situaciones no urgentes. ....	119
- Procedimiento de actuación ante situaciones urgentes. ....	120
- Notificación de la situación de maltrato urgente y no urgente.....	121
- ¿Qué hacer tras la notificación del caso?.....	122
- Protocolo de coordinación entre el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y el Servicio de Protección de Menores, para supuestos de desprotección infantil.....	123
<b>(13)-BIBLIOGRAFÍA</b> .....	145
<b>(14)-ANEXOS</b>	
- Anexo I: Centros de Servicios Sociales .....	149
- Anexo II: Centros de Primera Acogida.....	155
- Anexo III: Modelo de hoja de notificación del ámbito sanitario.....	157
- Anexo IV: Protocolo de actuación del ámbito sanitario.....	159



# PRESENTACIÓN

*Es para mí especialmente grato hacer público el contenido de este manual, en el que de manera destacada han colaborado profesionales de la dirección General de Familia y Menor, junto a representantes de la Consejería de Sanidad y Consumo.*

*El programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario, comenzó a prepararse en 2004, por lo que podemos felicitarnos por el breve espacio de tiempo en el que se ha desarrollado.*

*Dicho programa es fruto del trabajo de un numeroso grupo de profesionales, que han hecho posible que este ambicioso proyecto haya conseguido el nivel de desarrollo actual y pueda llevarse a cabo con notables perspectivas de éxito.*

*Los avances obtenidos en materia de prevención del maltrato infantil en nuestra región en el ámbito sanitario, son un estímulo para seguir trabajando y profundizando en la actuación a favor de todos los menores, siempre con la colaboración de los profesionales de los diversos ámbitos implicados.*

*Los profesionales sanitarios juegan un papel fundamental en la detección, seguimiento y erradicación de situaciones de maltrato infantil. Sus profesionales deben ser capaces de reconocer los síntomas derivados de un maltrato, así como las situaciones de riesgo que pudieran derivar en violencia hacia los niños. Con este manual, editado por la Dirección General de Familia y Menor, queremos contribuir en la lucha contra el maltrato infantil, y pretendemos que sea una herramienta de trabajo a la que puedan recurrir los profesionales para el ejercicio de su tarea diaria.*

**Joaquín Bascuñana García**

Consejero de Política Social, Mujer e Inmigración



# PRESENTACIÓN

*En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, la Dirección General de Familia y Menor –que tengo el honor de dirigir– es la entidad pública competente en materia de protección de menores, tal como establece el Decreto número 158/2007 de 6 de julio, por el que se establecen los Órganos Directivos de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración.*

*La mayoría de los casos de maltrato infantil y adolescente tienen lugar en la privacidad del domicilio familiar, por lo que si queremos dispensar eficazmente la atención que requiere este sector poblacional, en primer lugar necesitamos conocer la realidad de este fenómeno en nuestra Región.*

*Es por esto que si queremos que salgan a la luz los casos que permanecen ocultos de niños que, en mayor o menor medida, sufren malos tratos, resulta imprescindible la colaboración de todos los sectores profesionales que tienen un trato cercano con los menores de edad: son nuestros ojos y oídos a la hora de detectar precozmente las señales físicas y comportamentales de maltrato, tanto en los menores como en los maltratadores.*

*En este sentido estamos realizando un esfuerzo por consolidar una efectiva coordinación institucional en cuanto a la protección a la infancia maltratada, esfuerzo que ya está dando sus frutos con la implantación a nivel regional del Programa Experimental "Detección, Notificación y Registro de Casos de Maltrato Infantil", que se inscribe dentro del marco de los Convenios de Colaboración entre el Ministerio de Educación, Política Social y Deporte y la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración para el desarrollo de Programas Experimentales de Atención al Maltrato Infantil.*

*Desde esta Dirección General tenemos en cuenta la importancia primordial de la prevención del maltrato infantil, de su vigilancia epidemiológica y de su atención precoz, razón por la cual somos conscientes de la necesidad de homogeneización de criterios de actuación, formación y sensibilización de los diversos profesionales, y de entre los cuales el ámbito sanitario ocupa un lugar de primer orden por su posición privilegiada en cuanto a la observación de indicadores de desprotección en menores de edad.*

*Quiero agradecer la excelente colaboración de la Consejería de Sanidad y Consumo, y su*

*participación en la presentación oficial del Programa Experimental "Detección, Notificación y Registro de Casos de Maltrato Infantil" el 21 de abril de 2005 en la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Desde entonces el protocolo de actuación ante casos de maltrato a menores de edad ha sido implantado en 45 Centros de Atención Primaria, 6 hospitales y 5 Centros de Salud Mental de las Áreas Sanitarias I (Murcia), VI (Vega Media – Comarca Oriental), IV (Noroeste) y II (Cartagena), realizándose 67 sesiones formativas a las que han asistido unos 1.300 profesionales sanitarios.*

*El presente manual representa otro indicador del interés mostrado por este sector, ya que en la presente edición recoge la experiencia de todo el trabajo realizado en los últimos años, y supone una evolución operativa desde las tres primeras ediciones de la original Guía de Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario.*

*A pesar de que aún queda un largo recorrido hasta la completa implantación de estos protocolos de atención al maltrato infantil en el ámbito sanitario en la totalidad de la Región de Murcia, tengo la certeza de que lograremos este objetivo ya que contamos con la mejor garantía de éxito: la gran implicación que los profesionales sanitarios están demostrando al detectar y notificar los casos que detectan en sus centros de trabajo. Gracias a ellos, y a los profesionales de los cuerpos y fuerzas de seguridad, de la educación y de los servicios sociales, cada uno desde su ámbito de actuación, estamos empezando a conocer la realidad del maltrato infantil en nuestra Región, requisito indispensable para arbitrar adecuadamente los recursos necesarios para erradicar este estigma social.*

**Laura Muñoz Pedreño**

Directora General de Familia y Menor



# PRÓLOGO

*La Dirección General de Familia y Menor, en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Política Social, está implementando el Programa Experimental "Detección, Notificación y Registro de Casos de Maltrato Infantil en la Región de Murcia".*

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

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

*Este manual para el profesional es un desarrollo aplicado al ámbito sanitario de los "Protocolos de Actuación de Maltrato Infantil" publicados por la Dirección General de Familia y Menor en la dirección <http://www.carm.es/psocial/maltratoinfantil>.*



PROGRAMA  
DE ATENCIÓN  
AL MALTRATO  
INFANTIL

Para cualquier consulta respecto al Programa de Atención al Maltrato Infantil en el ámbito sanitario, pueden dirigirse a los teléfonos 968-365167 y 968-273160.

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





## INTRODUCCIÓN

Todas las personas somos responsables del bienestar de nuestra infancia formando parte de un sistema global de protección de la misma. Cada estamento de nuestra sociedad tiene unas funciones determinadas respecto a la protección y defensa de los derechos del niño.

La familia, como agente de socialización primario, es el eje fundamental en cuanto a la protección de menores se refiere puesto que cubre las necesidades físicas, psico-afectivas y sociales de sus hijos, procura una formación integral y ofrece relaciones seguras a partir de las cuales el menor puede desarrollar una visión positiva de sí mismo y de los demás, piezas fundamentales para enfrentarse al mundo con confianza y competencia. Pero, en ocasiones, los padres dejan de ser agentes protectores e interfieren de forma más o menos grave en el desarrollo adecuado de sus hijos.

Fuera de la familia los menores también son víctimas de otros delitos. Pueden participar en actividades de prostitución y pornografía, ya sea de forma esporádica, o en los casos más graves captados por una red de explotación. También pueden ser víctimas de agresiones o de abusos sexuales y explotación laboral. Además, cuando inician la adolescencia y comienzan a tener sus propias posesiones, también pueden padecer delitos contra la propiedad y agresiones asociadas, pueden ser víctimas de otros adolescentes (Rutter y Giller, 1998) que inician conductas delictivas en grupos o pandillas. De hecho se llegan a producir situaciones de verdadera intimidación y terror, ya que la joven víctima conoce generalmente al agresor, pero raramente le denuncia.

El inicio de una intervención dirigida a la protección del menor y a la defensa legal de sus derechos depende de la detección del problema, pero en raras ocasiones los menores y otros miembros de la familia denuncian el delito, siendo terceras personas las que detectan la situación. En muchos casos son profesionales sanitarios de atención primaria y especializada, así como profesionales de los ámbitos policial, educativo y de servicios sociales, e incluso ciudadanos, los que identifican tales situaciones.

En esos momentos cuando la protección a la infancia se convierte en una tarea que por imperativo legal compete al conjunto de la sociedad y a los ciudadanos que la integran.



Este nivel se encuentra representado por centros de salud de atención primaria, hospitales, centros de salud mental, centros educativos, centros de servicios sociales, y profesionales de los cuerpos y fuerzas de seguridad. Todos estos servicios tienen el deber de garantizar desde sus competencias específicas los derechos de los niños y de su entorno familiar notificando la existencia de situaciones de riesgo o desamparo.

Las funciones de la administración competente en protección infantil van desde determinar las situaciones de desamparo asumiendo la tutela provisional y la guarda cuando no se cuente con la colaboración de los padres, asumir la guarda cuando los padres lo soliciten voluntariamente, formalizar y autorizar acogimientos administrativos, o proponerle al juez acogimientos judiciales o adopciones. De la misma forma es responsabilidad de este organismo determinar las situaciones de riesgo, estableciendo la concesión de medidas de apoyo familiar, así como efectuar el seguimiento de las actuaciones pertinentes.

Desde el sistema judicial son las figuras del fiscal y del juez las que asumen diferentes funciones en la protección. Al fiscal le corresponde proteger al menor, por un lado, conociendo y vigilando la situación en la que vive y, por otro, proponiendo al juez la adopción de medidas de protección que sean necesarias. Los jueces serán quienes decidan suspender la patria potestad, acordar regímenes de visitas con los menores, sancionar las faltas o delitos en que puedan incurrir padres o cuidadores, ratificar tutelas provisionales, adopciones, acogimientos o la tutela ordinaria.

La atención que se presta a la infancia ha mejorado sensiblemente en las últimas décadas, de forma que el sistema de protección infantil que durante años estuvo presidido por actitudes marcadamente asistenciales y benéficas se ha ido transformando progresivamente en un sistema presidido por conceptos como justicia o bienestar social. Frente a las actuaciones tradicionales, marcadamente punitivas (castigar al culpable, rescatar al menor de su familia) en la actualidad, gracias en parte al desarrollo de la investigación y consecuente mejora en la explicación de este tipo de problemáticas familiares, la atención se basa fundamentalmente en proporcionar a estas familias los apoyos necesarios: económicos, psicológicos, educativos, etc., que permitan, siempre que sea posible, el mantenimiento del menor en su medio familiar de origen.

A pesar de todo lo anterior, el desarrollo en la protección infantil tanto en el ámbito nacional como regional debe continuar mejorando, presidida por principios como los siguientes (Díaz Huertas y cols., 1999):



- ✓ Los niños tienen derecho a que sus necesidades básicas sean cubiertas. La familia, escuela, servicios sociales, policiales, sanitarios y los adultos en general somos responsables de que éstos puedan vivir en condiciones que les permitan satisfacer sus necesidades.
- ✓ Las instituciones, dentro de sus competencias, deben satisfacer las necesidades de los niños de forma complementaria a las familias.
- ✓ Los adultos e instituciones públicas tienen el deber de ofrecer los apoyos y recursos que sean eficaces y/o denunciar cuando los niños sufren carencias y riesgo que amenacen su adecuado desarrollo.
- ✓ La sociedad debe intervenir para proteger al niño cuando los padres no pueden o no deseen proteger a sus hijos de situaciones abusivas, o cuando son ellos los agentes de maltrato.
- ✓ El niño sobre quien sea necesario tomar medidas de protección infantil tiene derecho a un plan que, prioritariamente, debe hacer lo posible para mantenerle en su propia familia. En los supuestos en que sea imprescindible una separación debe ser por el plazo más breve posible y se trabajará para que su vuelta a casa sea lo más inmediata y, en caso contrario, se proporcionará un acogimiento familiar.
- ✓ El plan de actuación debe contemplar la mayor colaboración posible de los padres y del propio niño.
- ✓ La mejor forma de proteger a los niños en situación de riesgo o de maltrato es apoyar a los padres o cuidadores a que adquieran o vuelvan a asumir sus funciones de protección y cuidado de su hijo.

De lo anteriormente expuesto podemos concluir que el maltrato a la infancia se nos presenta como un problema social que incumbe a todos los ciudadanos y, de manera especial, a todos los profesionales en contacto con la familia y la infancia. Como problema social presente en nuestro contexto cercano, el maltrato infantil no puede ni debe ser eludido por nadie.

El papel de los profesionales del ámbito sanitario es especialmente relevante en las labores de prevención, identificación y notificación de las situaciones de desprotección de los menores, debido a que pueden observar diversos indicadores -tanto en los menores, como en sus padres, o acompañantes- que pueden fundamentar la sospecha o constancia de situaciones en las que se no se atienden adecuadamente sus necesidades.



Sin embargo, entre la mayoría de los profesionales suele existir una falta de homogeneización en cuanto a los aspectos claves de este tema: qué es el maltrato infantil, por qué se produce, cómo se debe tratar de solucionarlo, cuál es el papel de los profesionales sanitarios en estos casos...

Con el presente manual se pretenden establecer unos criterios básicos, claros y homogéneos de actuación con el objetivo de posibilitar un adecuado abordaje del problema. Todo ello tendrá como consecuencia en último término un beneficio evidente para las familias y los menores que están padeciendo situaciones de maltrato.

Hay que tener en cuenta que los menores son especialmente vulnerables por encontrarse en constante desarrollo y depender del cuidado del adulto para su bienestar. De hecho, es a lo largo de la infancia cuando se produce el desarrollo físico, psicológico y social de los individuos que le preparan para afrontar los conflictos y dificultades que vivirán en el transcurso del ciclo vital. En este sentido, la violencia ejercida sobre los menores puede producir no sólo un impacto inmediato, sino también a largo plazo, que puede ser de carácter permanente y afectar la capacidades de adaptación social del futuro adulto (Finkelhor y Browne, 1986).

No obstante, es relativamente reciente la relevancia que ha adquirido la protección a la infancia, siendo a partir de la segunda mitad del siglo XX, cuando las agresiones hacia los menores se plantean como un problema. Anteriormente esta violencia no era perseguible y hasta se consideraba imprescindible el castigo físico como instrumento educativo.

Con el reconocimiento de los Derechos de la Infancia, las conductas abusivas y maltratantes han pasado de ser un asunto estrictamente familiar o privado a ser tipificadas legalmente y ser, por tanto, objeto de actuación de los ámbitos profesionales en contacto con la infancia y la adolescencia. Es dentro del contexto familiar donde paradójicamente se producen la mayoría de estos sucesos, siendo generalmente los mismos padres o adultos responsables de su cuidado los autores de lesiones y graves negligencias.

Un aspecto a tener en cuenta, ya que dificulta la detección de estos casos, es que los menores víctimas de distintos tipos de maltrato generalmente no suelen denunciar o informar de la situación que viven. En la mayoría de los casos conocen al agresor y dependen de él, además de que carecen de conocimientos acerca de los recursos o de las personas a las que dirigirse y han aprendido a desconfiar del adulto.

Como es lógico, para llevar a buen término la detección y notificación de casos de maltrato a menores de edad, es necesario tanto recibir una formación apropiada como



disponer de recursos que permitan una intervención coordinada e interdisciplinar con el resto de ámbitos intervinientes. Es por esto que facilitar la comunicación fluida con otras entidades y profesionales competentes en materia de protección de menores supone un paso más en el objetivo de prevenir e intervenir en los casos de maltrato a niños y adolescentes.

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







## OBJETIVOS DEL MANUAL

Se parte de un objetivo general que consiste en optimizar la atención prestada a todos los menores víctimas de maltrato y desprotección de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Así, el presente documento pretende despertar entre los profesionales del ámbito sanitario una inquietud y una sensibilidad responsable hacia esta problemática y fomentar el conocimiento sobre las estrategias y alternativas que se pueden poner en marcha cuando se detecta un caso de estas características, incluyendo también actuaciones de carácter preventivo.

### Objetivos específicos:

- ✓ Indicar las necesidades más básicas que presentan todos los menores.
- ✓ Definir el maltrato infantil y su tipología.
- ✓ Mostrar algunos de los factores asociados al maltrato infantil.
- ✓ Mostrar actuaciones de carácter preventivo que se pueden llevar a cabo en el ámbito sanitario.
- ✓ Señalar indicadores a través de los que se pueden detectar situaciones de posible maltrato infantil.
- ✓ Orientar sobre cómo afrontar la recogida de información de los menores, padres y otros implicados.
- ✓ Ofrecer criterios comunes y compartidos con otros profesionales, para valorar la gravedad de la situación y establecer la urgencia del caso.
- ✓ Homogeneizar procedimientos de actuación y comunicación con otros profesionales.
- ✓ Fijar los cauces de notificación y derivación de los casos detectados.
- ✓ Mostrar las actuaciones más adecuadas para llevar a cabo con los menores en situación de riesgo.
- ✓ Indicar cuáles son las actuaciones a realizar en las situaciones de urgencia.





# (3)

## DESTINATARIOS Y CARACTERÍSTICAS DEL MANUAL

Este manual se dirige a los profesionales sanitarios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia que desarrollan su labor en centros de salud de atención primaria, hospitales y centros de salud mental, y que en el desempeño de sus funciones tienen acceso a observación e información acerca de posibles situaciones de desprotección en menores de edad.

Se incluye una parte dirigida, más específicamente, al protocolo de actuación de todo el colectivo de los profesionales sanitarios. En primer lugar se trata sobre la detección de situaciones de maltrato a menores de edad puesto que, en muchas ocasiones, son estos profesionales los primeros que tienen contacto con el caso.

Posteriormente se plantean los restantes pasos a seguir en el protocolo de actuación, es decir: la valoración inicial de la situación de desprotección y la adopción de medidas de protección según la gravedad de la situación.





## LAS NECESIDADES DE LA INFANCIA

La competencia específica en materia de protección de menores en la Región de Murcia corresponde a la Dirección General de Familia y Menor, no obstante, la responsabilidad ante las situaciones de desprotección infantil también incluye a todos los ciudadanos y colectivos profesionales que forman el conjunto de la sociedad.

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

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

Para ello es necesario saber cuáles son las necesidades de los niños y adolescentes y las consecuencias que tiene el hecho de que no sean atendidas de forma adecuada, es decir, cómo la insatisfacción de éstas da origen a las diferentes formas de maltrato.

Las necesidades pueden definirse como aquellas condiciones o características comunes a todos los seres humanos que han de cumplirse para potenciar y estimular su desarrollo, y hacen referencia a aspectos físico-biológicos, cognitivos, emocionales y sociales.

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

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



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

### Las necesidades físico-biológicas

Hacen referencia a las condiciones que deben cumplirse para garantizar la subsistencia y un desarrollo físico saludable. Este tipo de necesidades incluye la alimentación, la temperatura, la higiene, el sueño, la actividad física, la protección de riesgos y la salud. La infancia y la adolescencia se caracterizan, entre otras cosas, porque precisan de una supervisión y cuidado del adulto para la satisfacción de las mismas. De esta forma los cuidadores son responsables de vigilar el estado de salud de sus hijos, de procurarles la atención sanitaria debida y de atender, en general, todas las necesidades físicas y de salud. De hecho, las diferentes formas de maltrato físico, ya sea por acción u omisión, suponen un daño a la satisfacción adecuada de estas necesidades..

NECESIDADES DE CARÁCTER FÍSICO-BIOLÓGICO	
Prevención	Riesgo
Condiciones que potencian un desarrollo adecuado de las necesidades infantiles.	Condiciones que impiden el desarrollo adecuado de las necesidades infantiles.
ALIMENTACIÓN	
Adecuada alimentación de la madre gestante. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adecuada alimentación del niño.</li> <li>• Alimentación suficiente y variada.</li> <li>• Hábitos de alimentación adecuados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingestión de sustancias que dañan al feto.</li> <li>• Desnutrición.</li> <li>• Alimentación no variada.</li> <li>• Excesos: obesidad.</li> <li>• Hábitos de alimentación no establecidos o no adecuados.</li> </ul>
TEMPERATURA	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones de temperatura adecuadas.</li> <li>• Vestimenta adecuada a las condiciones climáticas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exceso de frío o de calor en la vivienda.</li> <li>• Vestimenta inadecuada para la época del año.</li> </ul>



## HIGIENE

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

## SUEÑO

- Ambiente protegido, tranquilo y silencioso.
- Hábitos de sueño adecuados.
- Sueño suficiente según la edad
- Ambiente inseguro.
- Contaminación acústica.
- Carencia de hábitos adecuados: acostarse tarde, interrupciones frecuentes del ritmo de sueño.
- Tiempo de descanso insuficiente.
- Carencia de lugar de descanso adecuado.

## ACTIVIDAD FÍSICA: EJERCICIO Y JUEGO

- Ambiente estimulante: con objetos, juguetes y otros niños.
- Libertad de movimiento en el espacio.
- Contacto con elementos naturales: agua, tierra, plantas, animales, etc.
- Paseos, marchas, excursiones, etc..
- Inmovilidad corporal e inactividad.
- Ausencia de espacio para el juego.
- Ausencia de juguetes y estímulos.
- No sale de casa.

## PROTECCIÓN DE RIESGOS REALES: INTEGRIDAD FÍSICA

- Supervisión y cuidados adaptados a la edad.
- Organización de la vivienda adecuada a la seguridad: localización de enchufes, detergentes, electrodomésticos, escaleras, ventanas y muebles.
- Organización de la escuela adecuada a la seguridad: clases, patios y actividades.
- Organización de la ciudad para proteger a la infancia: calles, jardines, circulación.
- Protección del menor ante los posibles ataques de otros.
- Circulación prudente: niños en parte trasera y con sujeción adecuada.
- Descuido e indiferencia.
- La organización de la casa no cumple los requisitos mínimos de seguridad: alta probabilidad de accidentes.
- Posibilidad de ingestión de sustancias tóxicas, caídas y otro tipo de accidentes.
- Organización de la ciudad insegura para el niño: peligro de accidentes o de ser asaltado.
- Organización insegura de la escuela: alta probabilidad de accidentes.
- Agresiones por parte de otros.
- Conducción temeraria.
- Falta de adopción de medidas de seguridad en el vehículo.



## SALUD

- Vigilancia del estado de salud.
- Controles periódicos adecuados a la edad y el estado de salud.
- Control de vacunaciones.
- Falta de control y supervisión.
- No se le prestan los cuidados y atenciones adecuadas.
- Preocupación excesiva por la salud.

### Las necesidades cognitivas

Se refieren a las condiciones que deben darse para que las personas puedan conocer y estructurar las experiencias del mundo que les rodea. También son aquellos elementos necesarios para la adquisición de mecanismos de comunicación que le harán accesible a los demás y, a su vez, entender a los otros.

Este tipo de necesidades incluye la estimulación sensorial, la exploración física y social, y la comprensión de la realidad física y social. Para satisfacer estas necesidades y posibilitar el desarrollo cognitivo óptimo del menor, los adultos responsables de su cuidado deben proporcionar una estimulación adecuada, respuestas adaptadas a sus capacidades de comprensión, supervisión y control para la adquisición de conocimientos, y garantizar la escolarización. El incumplimiento de alguna de estas condiciones es una forma de maltrato.

## NECESIDADES COGNITIVAS

### Prevención

Condiciones que potencian un desarrollo adecuado de las necesidades infantiles.

### Riesgo

Condiciones que impiden el desarrollo adecuado de las necesidades infantiles.





## ESTIMULACIÓN SENSORIAL

- Estimular los sentidos.
- Entorno con estímulos visuales, táctiles, auditivos, olfativos, etc.
- Cantidad, variedad y contingencia de estímulos.
- Interacción lúdica en la familia, estimulación planificada en la escuela.
- Estimulación lingüística en la familia y en la escuela.
- Crear experiencias de aprendizaje.
- Pobreza sensorial del ambiente.
- No adaptación de los contenidos al nivel de comprensión del niño.
- Falta de estimulación lingüística.
- Exceso de estimulación, que desborda la capacidad de asimilación del niño

## EXPLORACIÓN FÍSICA Y SOCIAL

- Contacto con el entorno físico y social, rico en objetos, juguetes, elementos naturales y personas.
- Exploración de ambientes físicos y sociales.
- Ofrecer seguridad en la exploración de juguetes, contextos y relaciones nuevas.
- Fomentar la confianza y las conductas autónomas.
- Entorno pobre y poco estimulante, poco adaptado a las necesidades del niño.
- Crear desconfianza en el niño de forma que no pueda explorar.
- Restringir o inhibir en exceso la conducta exploratoria del niño.

## COMPRENSIÓN DE LA REALIDAD FÍSICA Y SOCIAL

- Escuchar y responder a las preguntas.
- Decir la verdad: ser sincero.
- Hacerles participar en el conocimiento de la vida, el sufrimiento, el placer y la muerte.
- Transmitir actitudes, valores y normas adecuadas.
- Tolerancia con las discrepancias y las diferencias: raza, sexo, clase social, minusvalías, nacionalidad, etc
- No escuchar, ni responder.
- Mentir, engañar.
- Transmitir una visión pesimista de la vida o evitar ciertos temas.
- Anomia o transmisión de valores antisociales.
- Dogmatismo y rigidez en la exposición de ideas y valores.
- Transmisión de ideas racistas y poco respetuosas con la diversidad social.



## Las necesidades emocionales sociales

Hacen referencia a las condiciones que deben cumplirse para que los sujetos presenten un desarrollo afectivo adecuado y saludable. También hacen referencia a aquellos elementos necesarios para la adquisición de estrategias de expresión de sentimientos y conductas de interacción con los demás.

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

Cualquier tipo de maltrato, pero en especial el maltrato emocional, el abandono emocional y el abuso sexual, atentan de forma directa contra la satisfacción adecuada de estas necesidades.



## NECESIDADES EMOCIONALES Y SOCIALES

### Prevención

Condiciones que potencian un desarrollo adecuado de las necesidades infantiles.

### Riesgo

Condiciones que impiden el desarrollo adecuado de las necesidades infantiles.

## SEGURIDAD EMOCIONAL

- Figura de apego incondicional, accesible y disponible, física y psicológicamente.
- Capacidad para protegerse de peligros.
- Interesarse y estar atento a las señales del niño y a sus necesidades.
- Aceptación de las iniciativas y ritmo de interacción del niño.
- Respuestas contingentes e inmediatas.
- Transmisión de afecto y comprensión de las demandas de afecto.
- Ayudar a comprender y aceptar los diferentes sentimientos.
- Aceptar el contacto íntimo: táctil, visual, lingüístico, etc.
- Establecer regularidades, ritmos y rutinas a lo largo del día para dar al entorno un carácter predecible.
- Favorecer la aceptación positiva del propio cuerpo.
- Constante ausencia del cuidador. No hay disponibilidad física o psíquica.
- Falta de capacidad para proteger de peligros.
- Desinterés y falta de atención a las demandas del niño y a sus necesidades.
- Interpretar las demandas del niño desde las propias necesidades e intereses.
- Rechazo de las iniciativas del niño.
- Ritmo de interacción, juego, etc., no adecuados a las capacidades o a los intereses del niño.
- No se le responde contingentemente, ni de forma coherente.
- Incapacidad para mostrar y transmitir afecto. Poca capacidad para comprender las demandas de afecto y atención del niño.
- Tendencia a ridiculizar y castigar las expresiones emocionales del niño.
- No aceptar el contacto íntimo: táctil, visual, lingüístico, etc.
- Impredictibilidad e irregularidad en las tareas cotidianas.
- Exigir por encima de las capacidades.



## EXPRESIÓN EMOCIONAL

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

## RED DE RELACIONES SOCIALES

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

## PARTICIPACIÓN Y AUTONOMÍA PROGRESIVAS

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



## CURIOSIDAD SEXUAL, IMITACIÓN Y CONTACTO

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

## RELACIÓN CON EL ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL: PROTECCIÓN DE RIESGOS IMAGINARIOS

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

## INTERACCIÓN LÚDICA

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





## MALTRATO INFANTIL: CONCEPTO Y TIPOLOGÍA

La situación actual de la infancia y la adolescencia en nuestro país podría hacernos pensar que la consideración del menor como persona con derechos y necesidades específicas es algo aceptado por la sociedad desde hace mucho tiempo, pero nada más lejos de la realidad dada la existencia de la explotación laboral infantil, turismo sexual infantil, pornografía infantil a través de Internet, abuso sexual, malos tratos físicos, maltrato emocional, negligencia, etc.

Aunque el término "maltrato infantil" engloba situaciones diferentes, algunos aspectos comunes entre todas ellas son las siguientes:

- ✓ Constituyen la manifestación y resultado de un conjunto de problemas que afectan al bienestar psicológico de los padres/tutores y a su entorno presente y pasado.
- ✓ Afectan negativamente a la salud física y/o psicológica del menor y comprometen su desarrollo adecuado.
- ✓ Sus efectos negativos aumentan en intensidad a medida que la situación se cronifica o es más severa.

### CONCEPTO

Cuando hablamos de maltrato infantil muchas veces imaginamos escenas terribles en las que los menores son sometidos a la crueldad de los adultos, aunque la mayoría de las situaciones de maltrato pueden pasar más desapercibidas. De hecho la negligencia, la falta de supervisión, el desinterés y el abandono emocional son más frecuentes de lo que podamos pensar.

Definir los malos tratos a la infancia parece sencillo, sin embargo resulta complejo. Existe un consenso referente a los grandes Síndromes del Niño Maltratado y situaciones de alarma social, pero otras circunstancias no se presentan tan evidentes. Los propios profesionales tienen sus criterios, lo que se traduce en la existencia de múltiples definiciones.



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

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

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

Esta es la definición aportada por el Observatorio de la Infancia del Ministerio de Educación, Política Social y Deporte, y será la que a partir de ahora se asumirá como la definición más apropiada para referirse a los malos tratos a la infancia.

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

Entre los profesionales dedicados a la atención del menor se ha introducido una idea proactiva sobre el maltrato; se trata del concepto del "buen trato infantil", que estaría determinado por la atención al menor según sus necesidades y derechos, lo que implica un avance importante en la atención a la infancia promoviendo criterios de buena práctica y estándares de calidad.

## ALGUNOS DATOS SOBRE EL MALTRATO INFANTIL



La prevalencia real del maltrato infantil es desconocida, ya que la mayoría de los casos no son detectados. El conocimiento del número de casos viene condicionado por la propia



naturaleza del problema, que en gran número se produce dentro de la propia familia, el miedo a la denuncia, la formación insuficiente a los profesionales, que el agredido sea un menor, etc. Diferentes expertos asemejan la situación a la de un iceberg, estimando que los casos detectados son sólo una parte de los casos reales.

A pesar de la dispersión de los resultados entre los estudios realizados hasta el momento en España, se da una cierta concordancia en una serie de conclusiones sobre las características personales y familiares y sobre las situaciones sociales que rodean a los casos de maltrato, concordancia extensible a los datos que se hallan en otras publicaciones internacionales. Estos puntos de acuerdo son los siguientes:

- ✓ El maltrato es algo más frecuente entre los chicos que entre las chicas.
- ✓ Se ha confirmado que muchos de los menores maltratados han sufrido más de un tipo de maltrato.
- ✓ El maltrato se da en menores de todas las edades. El maltrato físico es más frecuente en menores de 2 años y el abuso sexual es más frecuente a partir de los 9 años y sobre todo entre los 12 y los 15.
- ✓ En todos los casos hay una acumulación de factores de riesgo como son los escasos recursos de apoyo. Se aducen también factores como el ser un niño prematuro, padecer enfermedades frecuentes o ser hiperactivo, y sobre todo situaciones socio-familiares como el desempleo, la desestructuración familiar, ambientes carentes de afecto, el alcoholismo y la drogadicción o una vivienda inadecuada.

En el caso concreto de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, en base a la implantación de la hoja de notificación de maltrato infantil y adolescente en el ámbito sanitario hemos podido analizar los datos de menores en posible situación de riesgo y desamparo, desde el año 2005 hasta octubre de 2008.

En el momento de elaboración del informe (octubre 2008), se han recibido 139 notificaciones del ámbito sanitario. Se observa una progresión en el número de notificaciones a lo largo de los años, con un máximo de 46 notificaciones (33,1%) en el 2007, que es el último año completado.



Tabla 1. Distribución de notificaciones por año de registro					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2004	2	1,4	1,4	1,4
	2005	15	10,8	10,8	12,2
	2006	34	24,5	24,5	36,7
	2007	46	33,1	33,1	69,8
	2008	42	30,2	30,2	100,0
	Total	139	100,0	100,0	

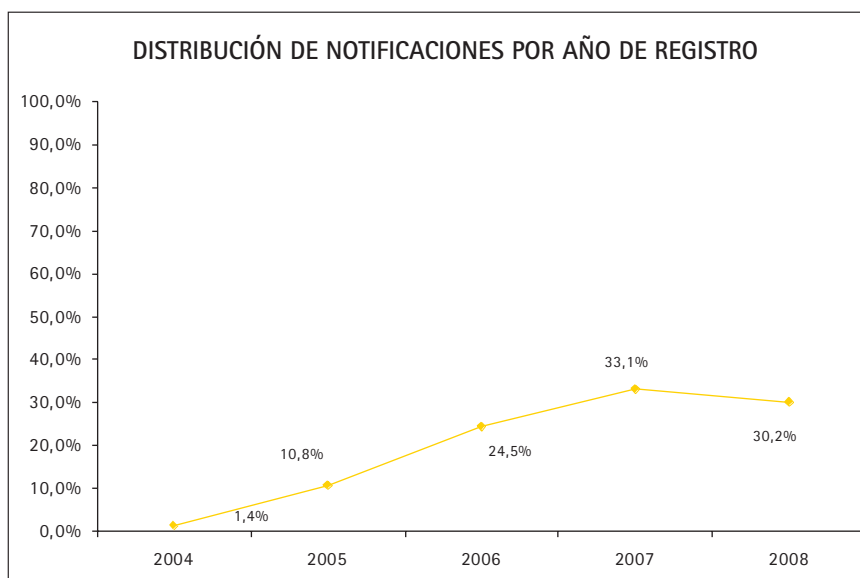
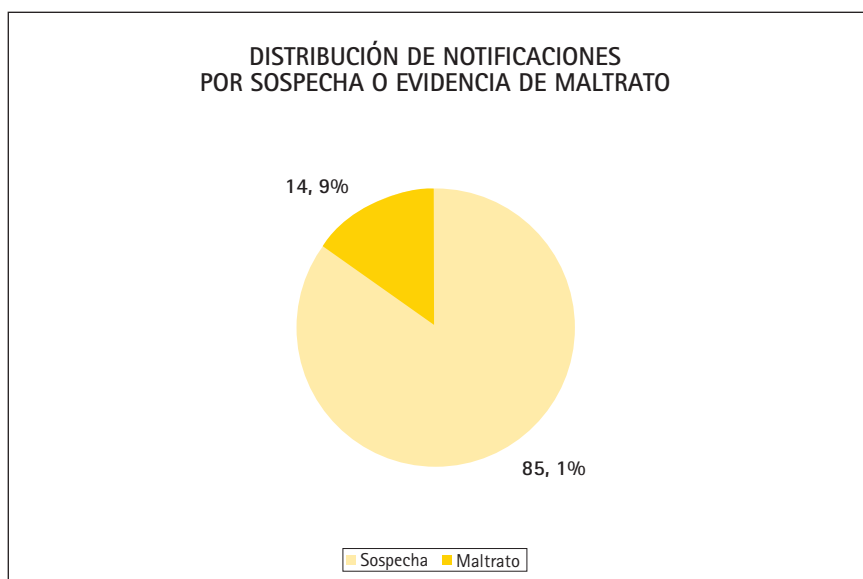


Figura 1. Distribución de notificaciones por año de registro

El 74,1% de las notificaciones han sido realizadas como sospecha de maltrato, frente a un 12,9% que han sido notificadas como maltrato evidente. No se ha registrado el tipo de notificación en el 12,9% de las notificaciones. Anulando estos últimos casos, el 14,9% de los casos son notificados como maltrato evidente.



Tabla 2. Distribución de notificaciones por sospecha o evidencia de maltrato					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sospecha	103	74,1	85,1	85,1
	Maltrato	18	12,9	14,9	100,0
	Total	121	87,1	100,0	
Perdidos	Sistema	18	12,9		
Total		139	100,0		



**Figura 2. Distribución de notificaciones sospecha o evidencia de maltrato**

Aunque se han recibido datos correspondientes a 5 años, el volumen de datos es bastante reducido para valorar la variación en el tipo en los distintos años de registro. Sin embargo, se aprecia una tendencia consistente a una mayor notificación de los casos como sospechas de maltrato.



Tabla 3. Distribución de tipo de notificaciones por sospecha o evidencia de maltrato por años					
			Sospecha o evidencia de maltrato		Total
			Sospecha	Maltrato	
Año de notificación	2004	Recuento	2	0	2
		% de Fila	100,0%	,0%	100,0%
	2005	Recuento	12	3	15
		% de Fila	80,0%	20,0%	100,0%
	2006	Recuento	25	4	29
		% de Fila	86,2%	13,8%	100,0%
	2007	Recuento	32	7	39
		% de Fila	82,1%	17,9%	100,0%
	2008	Recuento	32	4	36
		% de Fila	88,9%	11,1%	100,0%
	Total	Recuento	103	18	121
		% de Fila	85,1%	14,9%	100,0%

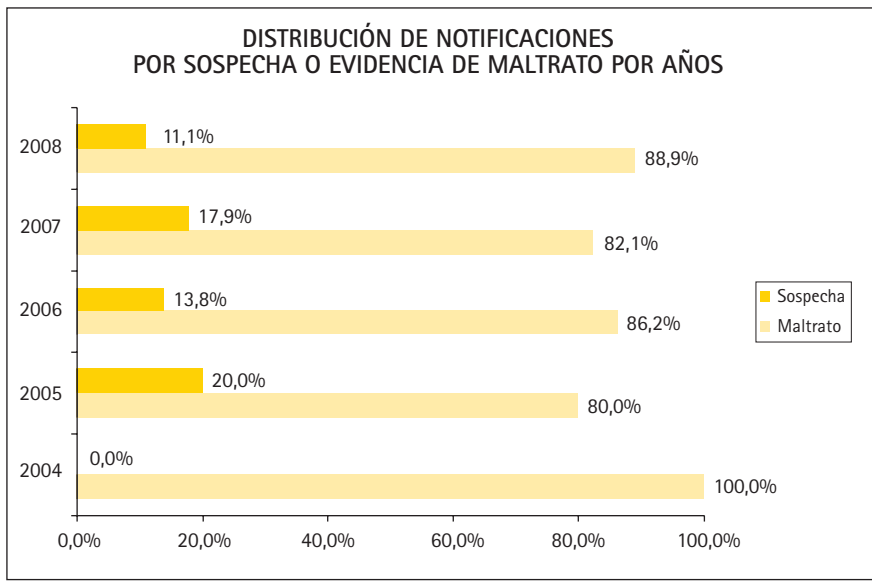


Figura 3. Distribución de tipo de notificaciones por sospecha o evidencia de maltrato por años



El tipo de maltrato notificado con más frecuencia es el maltrato físico, registrado en el 33,3% de las notificaciones. En una cuantía menor se notifican los casos de abuso sexual (28,1%), negligencia (28,1%) y maltrato emocional (10,4%). En el 2,9% de las notificaciones no se registra explícitamente el tipo de maltrato.

Tabla 4. Distribución de notificaciones por tipo de maltrato					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Abuso sexual	38	27,3	28,1	28,1
	Maltrato físico	45	32,4	33,3	61,5
	Maltrato emocional	14	10,1	10,4	71,9
	Negligencia	38	27,3	28,1	100,0
	Total	135	97,1	100,0	
Perdidos	Sistema	4	2,9		
Total		139	100,0		

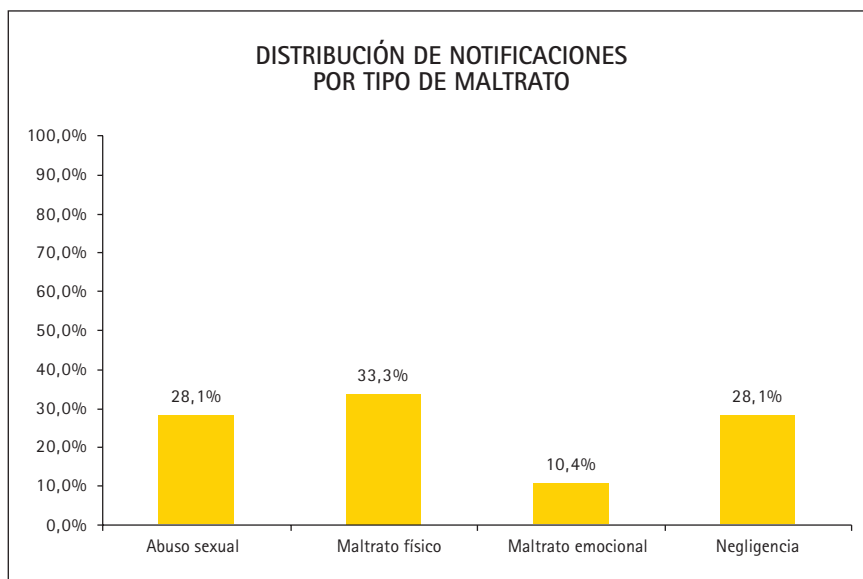


Figura 4. Distribución de notificaciones por tipo de maltrato



No existen datos suficientes para valorar la variación en el tipo de maltrato notificado a lo largo de los años de registro. Al ser aún tan reducido el número de notificaciones, las variaciones anuales en el tipo de notificación no alcanzan a ser significativas y deben interpretarse con cautela, pero se observa la tendencia al aumento del peso específico del maltrato físico, que en 2008 alcanza el 50% del total de casos.

Tabla 5. Distribución de notificaciones por tipo de maltrato por años

			Tipo de maltrato				
			Abuso sexual	Maltrato físico	Maltrato emocional	Negligencia	Total
Año de notificación	2004	Recuento	0	0	2	0	2
		% Fila	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	2005	Recuento	6	1	3	5	15
		% Fila	40,0%	6,7%	20,0%	33,3%	100,0%
	2006	Recuento	13	10	4	7	34
		% Fila	38,2%	29,4%	11,8%	20,6%	100,0%
	2007	Recuento	13	14	1	16	44
		% Fila	29,5%	31,8%	2,3%	36,4%	100,0%
	2008	Recuento	6	20	4	10	40
		% Fila	15,0%	50,0%	10,0%	25,0%	100,0%
	Total	Recuento	38	45	14	38	135
		% Fila	28,1%	33,3%	10,4%	28,1%	100,0%



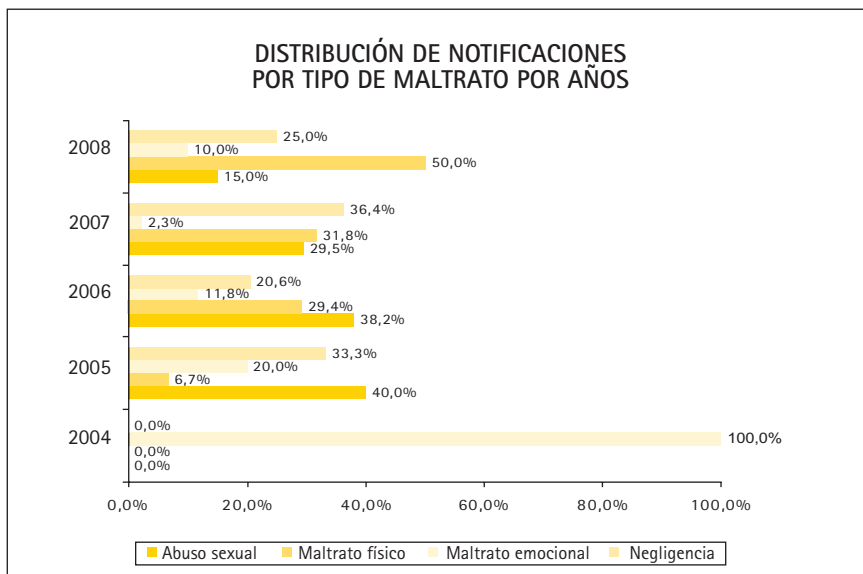


Figura 5. Distribución de notificaciones por tipo de maltrato por años

Agregando los niveles de gravedad comunicados para cada uno de los indicadores utilizados en la descripción del caso, el nivel de gravedad comunicado con mayor frecuencia es el grave (43,5%), seguido del nivel moderado (38,9%) y del leve (17,6%). El nivel de gravedad no figura ni es inferible a partir de los indicadores seleccionados en el 5,8% de las notificaciones.



Tabla 6. Distribución de notificaciones por nivel de gravedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Leve	23	16,5	17,6	17,6
	Moderado	51	36,7	38,9	56,5
	Grave	57	41,0	43,5	100,0
	Total	131	94,2	100,0	
Perdidos	No se registra	8	5,8		
Total		139	100,0		

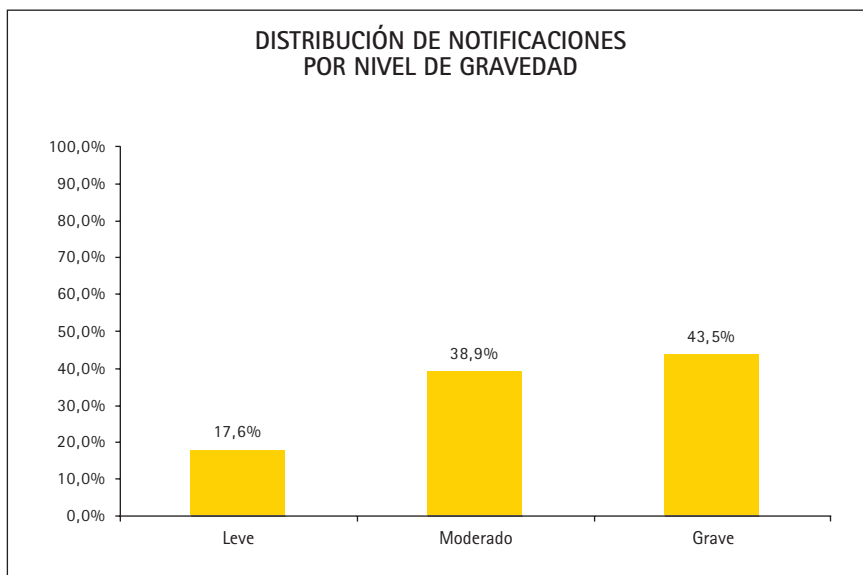


Figura 6. Distribución de notificaciones por gravedad



Los centros asistenciales hospitalarios notifican con mayor frecuencia (58,3%) que los centros de salud, que alcanzan el 37,1% de las notificaciones. Los centros de salud mental sólo notifican el 2,2% del total de casos. El centro del que se han recibido mayor número



de notificaciones ha sido el hospital Virgen de la Arrixaca, que ha remitido el 54,4% de las notificaciones.

Tabla 7. Distribución de notificaciones por fuente de detección					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Centros de Atención Primaria	55	37,1	37,1	37,1
	Centros Hospitalarios	81	58,3	58,3	97,8
	Centros de Salud Mental	3	2,2	2,2	100,0
	Total	139	100,0	100,0	

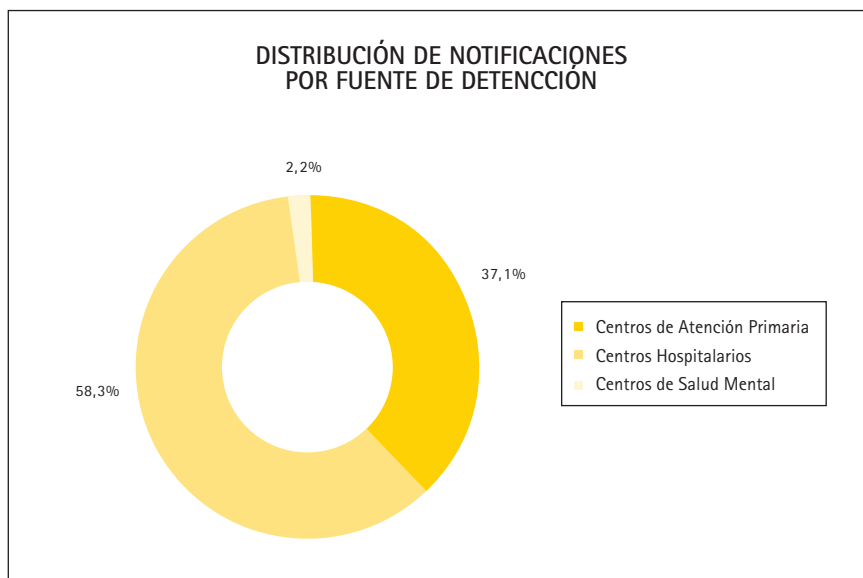


Figura 7. Distribución de notificaciones por fuente de detección



Tabla 8. Distribución de notificaciones por centro de detección

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1-ALJUCER	1	,7	,7	,7
	1-ARCHENA	1	,7	,7	1,4
	1-BENIAJAN	5	3,6	3,6	5,0
	1-CORVERA	1	,7	,7	5,8
	1-EL CARMEN	8	5,8	5,8	11,5
	1-EL PALMAR	3	2,2	2,2	13,7
	1-INFANTE	2	1,4	1,4	15,1
	1-JESÚS MARÍN	1	,7	,7	15,8
	1-LA ÑORA	1	,7	,7	16,5
	1-LORQUÍ	1	,7	,7	17,3
	1-MOLINA (DR.ANTONIO G <sup>a</sup> )	5	3,6	3,6	20,9
	1-MONTEAGUDO	2	1,4	1,4	22,3
	1-MURCIA CENTRO	1	,7	,7	23,0
	1-PUENTE TOCINOS	1	,7	,7	23,7
	1-SAN ANDRES	3	2,2	2,2	25,9
	1-SANGONERA LA VERDE	1	,7	,7	26,6
	1-SUAP ALCANTARILLA	1	,7	,7	27,3
	1-SUAP ALGEZARES	1	,7	,7	28,1
	1-SUAP ALHAMA	5	3,6	3,6	31,7
	1-SUAP ARCHENA	1	,7	,7	32,4
	1-SUAP INFANTE	2	1,4	1,4	33,8
	1-SUAP SAN ANDRES	2	1,4	1,4	35,3
	1-SUAP TOTANA	1	,7	,7	36,0
	1-VISTAALLEGRE	1	,7	,7	36,7
	1-VISTABELLA	1	,7	,7	37,4
	1-ZARANDONA	4	2,9	2,9	40,3
	2-ARRIXACA	75	54,0	54,0	94,2
	2-HOSPITAL CARAVACA	1	,7	,7	95,0
	2-MORALES	1	,7	,7	95,7
	2-REINA SOFÍA	1	,7	,7	96,4
2-SALUD MENTAL MOLINA	1	,7	,7	97,1	
3-MOLINA	4	2,9	2,9	100,0	
Total		139	100,0	100,0	



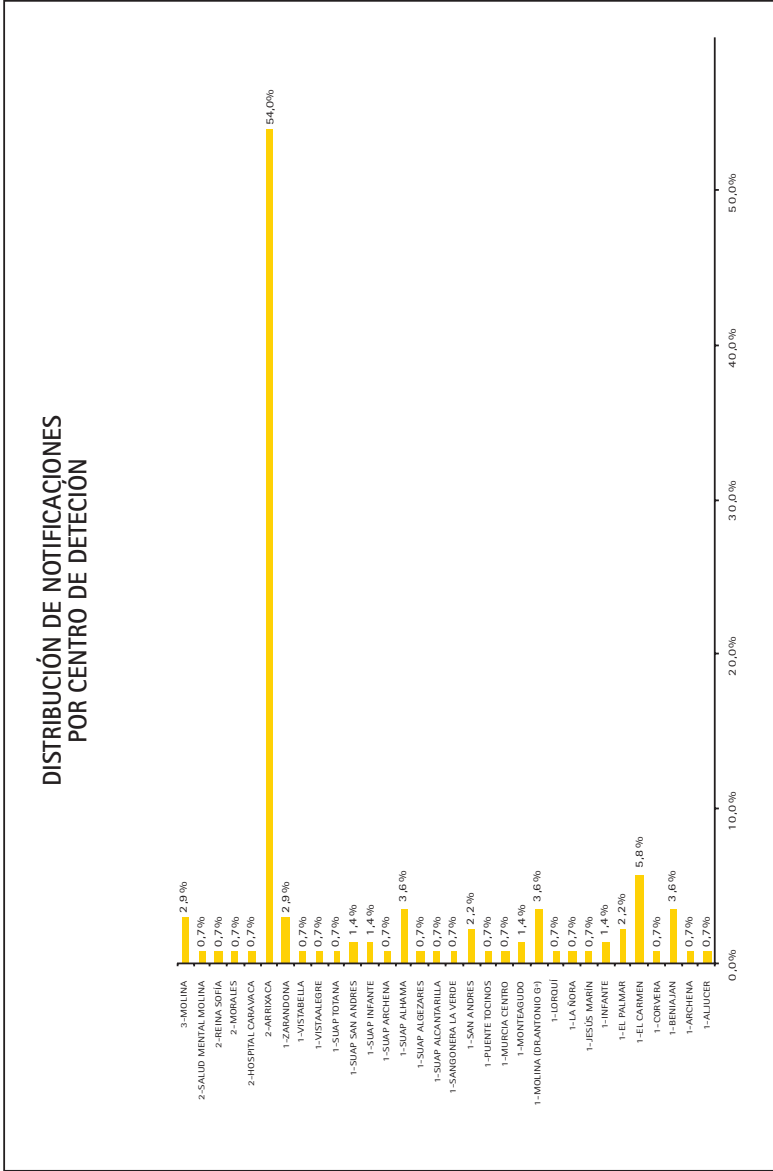


Figura 8. Distribución de notificaciones por detección



La distribución de la edad de los menores a los que corresponden las notificaciones no es homogénea a lo largo de las edades contempladas (0-17 años). Se aprecian una mayor concentración en los primeros años de edad y una disminución de las notificaciones en los últimos tramos de edad. La distribución obtenida debe interpretarse con cautela debido al reducido número de notificaciones. La edad media de los menores es de 4,6 años (dt = 3,94 años) y la mediana se encuentra en los 4 años de edad, lo que quiere decir que el 50% de las notificaciones pertenecen a niños/as de 4 años o más jóvenes. La edad no figura en el 12,9% de los casos.

Tabla 9. Distribución de notificaciones por edad del menor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	19	13,7	15,7	15,7
	1	9	6,5	7,4	23,1
	2	14	10,1	11,6	34,7
	3	15	10,8	12,4	47,1
	4	14	10,1	11,6	58,7
	5	10	7,2	8,3	66,9
	6	7	5,0	5,8	72,7
	7	8	5,8	6,6	79,3
	8	7	5,0	5,8	85,1
	9	5	3,6	4,1	89,3
	10	2	1,4	1,7	90,9
	12	5	3,6	4,1	95,0
	13	1	,7	,8	95,9
	15	4	2,9	3,3	99,2
	16	1	,7	,8	100,0
	Total	121	87,1	100,0	
Perdidos	Sistema	18	12,9		
Total		139	100,0		



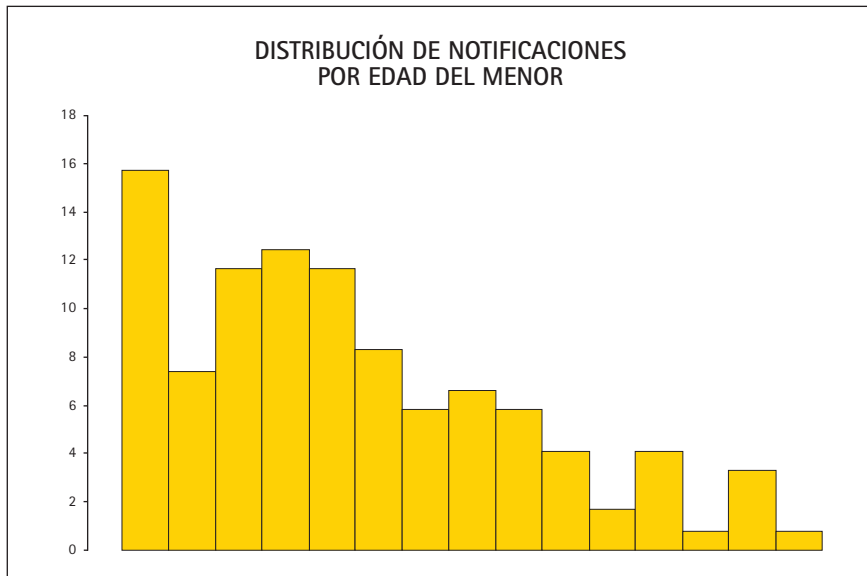


Figura 9. Distribución de notificaciones por edad del menor



La notificación es sensiblemente más elevada para las mujeres. El 54,3% de las notificaciones corresponden a mujeres, mientras que el 45,7% de las notificaciones corresponden a varones. .

**Tabla 10. Distribución de notificaciones por sexo del menor**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Varón	63	45,3	45,7	45,7
	Mujer	75	54,0	54,3	100,0
	Total	138	99,3	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,7		
Total		139	100,0		

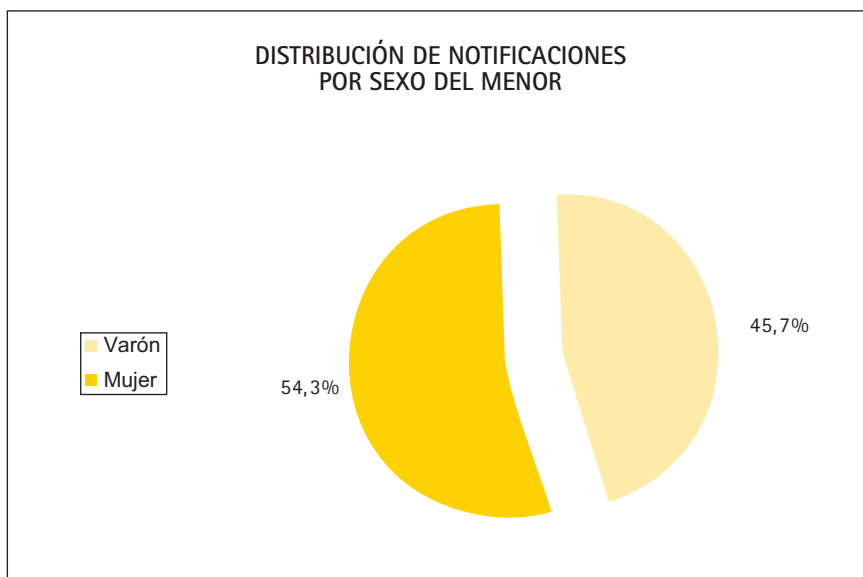


Figura 10. Distribución de notificaciones por sexo del menor



No existen datos suficientes para valorar la relación entre la edad del menor y el sexo. Las oscilaciones de distribución por sexo en cada año de edad no son interpretables dado el escaso número de notificaciones. Agrupando las edades en intervalos de cinco años, se observa una tendencia a una mayor notificación de mujeres en las edades de 10 años en adelante y una notificación más proporcional de hombres y mujeres en las edades de 0 a 10 años.



Tabla 11. Distribución por edad y sexo del menor

			SEXO		Total 1
			Varón	Mujer	
EDAD	0	Recuento	7	12	19
		% de EDAD	36,8%	63,2%	100,0%
1	1	Recuento	4	5	9
		% de EDAD	44,4%	55,6%	100,0%
2	2	Recuento	9	5	14
		% de EDAD	64,3%	35,7%	100,0%
3	3	Recuento	7	7	14
		% de EDAD	50,0%	50,0%	100,0%
4	4	Recuento	3	11	14
		% de EDAD	21,4%	78,6%	100,0%
5	5	Recuento	4	6	10
		% de EDAD	40,0%	60,0%	100,0%
6	6	Recuento	3	4	7
		% de EDAD	42,9%	57,1%	100,0%
7	7	Recuento	6	2	8
		% de EDAD	75,0%	25,0%	100,0%
8	8	Recuento	3	4	7
		% de EDAD	42,9%	57,1%	100,0%
9	9	Recuento	2	3	5
		% de EDAD	40,0%	60,0%	100,0%
10	10	Recuento	2	0	2
		% de EDAD	100,0%	,0%	100,0%
12	12	Recuento	1	4	5
		% de EDAD	20,0%	80,0%	100,0%
13	13	Recuento	0	1	1
		% de EDAD	,0%	100,0%	100,0%
15	15	Recuento	1	3	4
		% de EDAD	25,0%	75,0%	100,0%
16	16	Recuento	0	1	1
		% de EDAD	,0%	100,0%	100,0%
Total		Recuento	52	68	120
		% de EDAD	43,3%	56,7%	100,0%





Tabla 12. Distribución de notificaciones por edad (agrupada) y sexo del menor

			Sexo		Total Varón
			Varón	Mujer	
Edad (agrupada)	0-4	Recuento	30	40	70
		% Fila	42,9%	57,1%	100,0%
	5-9	Recuento	18	19	37
		% Fila	48,7%	51,3%	100,0%
	10-14	Recuento	3	5	8
		% Fila	37,5%	62,5%	100,0%
	15 y más	Recuento	1	4	5
		% Fila	20,0%	80,0%	100,0%
	No figura	Recuento	12	7	19
		% Fila	63,2%	36,8%	100,0%
Total		Recuento	64	75	139
		% Fila	46,0%	54,0%	100,0%

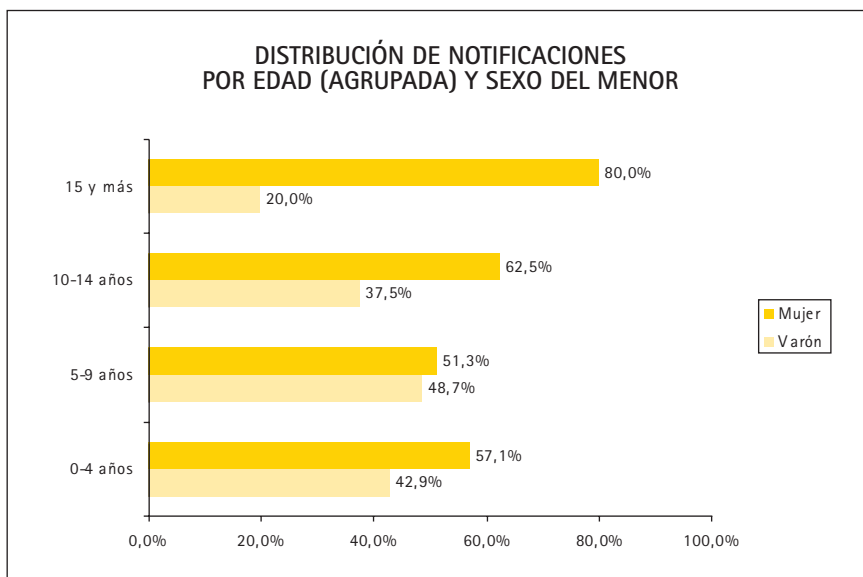


Figura 11. Distribución de notificaciones por edad (agrupada) y sexo del menor



Los datos son escasos para valorar con precisión la relación entre el tipo de maltrato y el sexo del menor. A pesar de ello, se observa una notificación sensiblemente mayor de casos correspondientes a mujeres cuando la notificación es de abuso sexual y maltrato emocional, así como una notificación mayor correspondiente a varones en casos de maltrato físico.

Tabla 13. Distribución de notificaciones por tipo de maltrato y sexo del menor

		Sexo		Total Varón		
		Varón	Mujer			
Tipo de maltrato	Abuso sexual	Recuento	14	24	38	
		% Fila	36,8%	63,2%	100,0%	
	Maltrato físico	Recuento	27	17	44	
		% Fila	61,4%	38,6%	100,0%	
	Maltrato emocional	Recuento	4	10	14	
		% Fila	28,6%	71,4%	100,0%	
	Negligencia	Recuento	16	22	38	
		% Fila	42,1%	57,9%	100,0%	
	Total		Recuento	61	73	134
			% Fila	45,5%	54,5%	100,0%



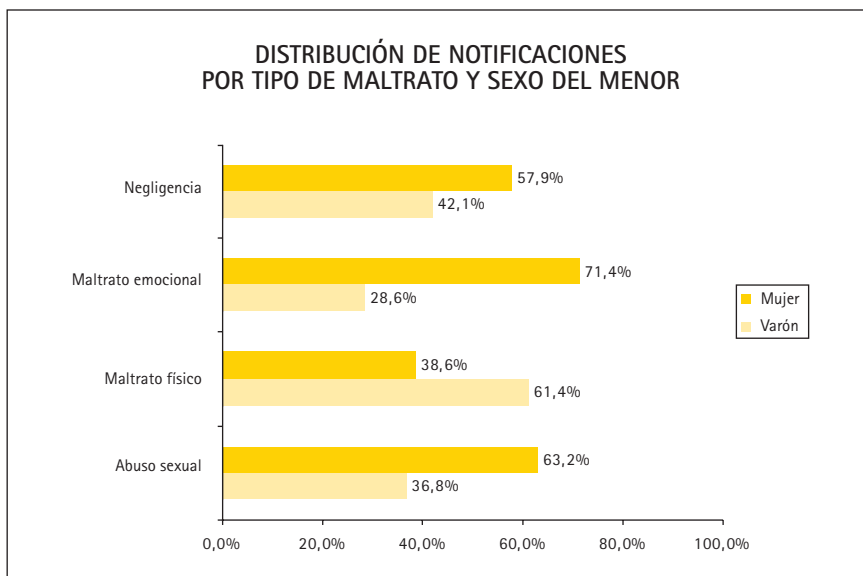


Figura 12. Distribución de notificaciones por de maltrato y sexo del menor

El acompañante más frecuente es la madre, siendo la persona que acompaña al menor en la consulta en el 53,0% de los casos. En segundo lugar de frecuencia se menciona la categoría de "otros" acompañantes distintos de los mencionados en el listado (27,4%) - si desglosamos esta categoría, nos encontramos que, entre dichos acompañantes, se mencionan con mayor frecuencia los abuelos, otros familiares o ambos padres-. En el 12,8% de los casos es el padre quien acompaña al menor.



Tabla 14. Distribución de notificaciones por acompañante del menor

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Padre	15	10,8	12,8	12,8
	Madre	62	44,6	53,0	65,8
	Tutor	3	2,2	2,6	68,4
	Policia	3	2,2	2,6	70,9
	Vecino	2	1,4	1,7	72,6
	Otros	32	23,0	27,4	100,0
	Total	117	84,2	100,0	
Perdidos	Sistema	22	15,8		
Total		139	100,0		

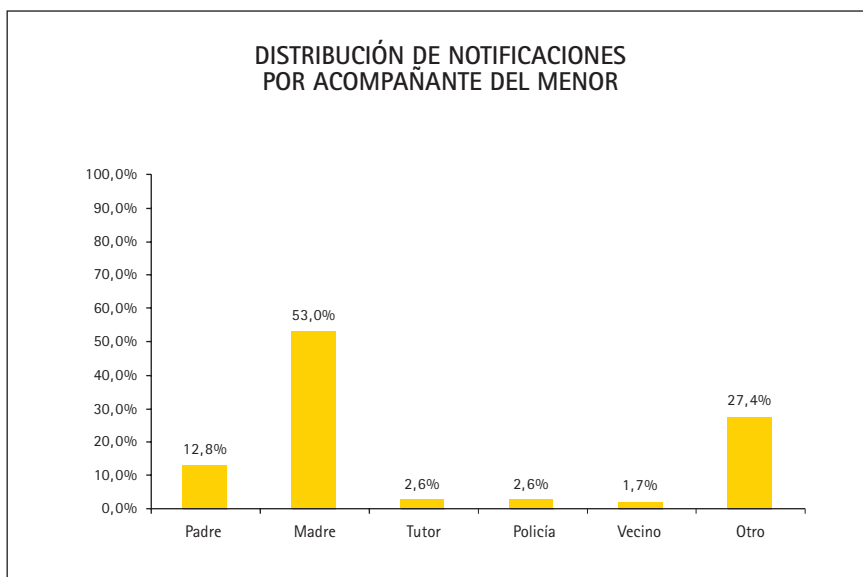


Figura 13. Distribución de notificaciones por acompañante del menor



En el 84,8% de los casos la notificación es remitida por el médico, mientras que en el 10,1% lo hace el trabajador social del centro sanitario. También se han recibido notificaciones procedentes de la enfermera matrona o el psicólogo.

Tabla 15. Distribución de notificaciones por profesional que detecta el caso					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Médico	118	84,9	84,9	85,6
	Enfermera	2	1,4	1,4	87,1
	Trabajador social	14	10,1	10,1	97,1
	Matrona	2	1,4	1,4	98,6
	Psicólogo	2	1,4	1,4	100,0
	Total	138	99,3	100,0	
Perdidos sistema		1	,7		
	Total	139	100,0		

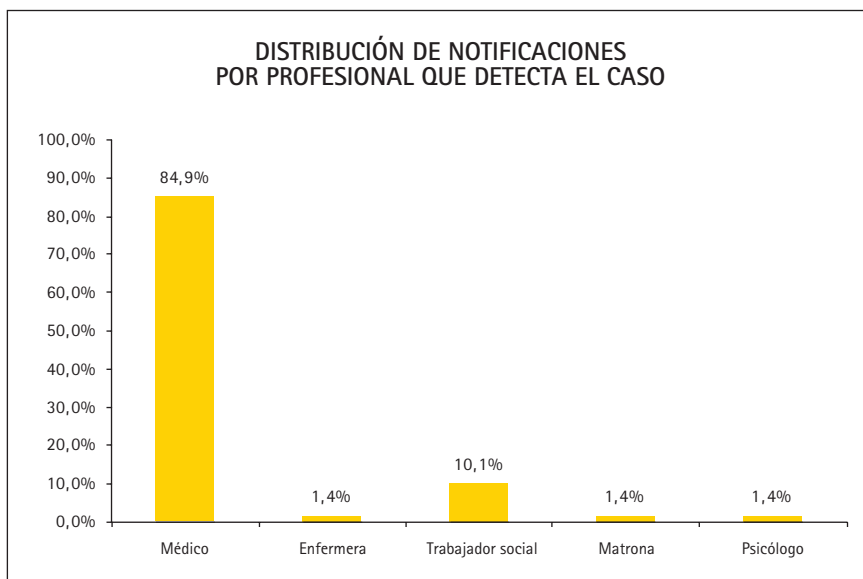


Figura 14. Distribución de notificaciones por profesional que detecta el caso



A continuación se detalla la frecuencia de los indicadores de cada apartado de notificación. El reducido número de casos impide una discusión pormenorizada de los indicadores presentes con más frecuencias en cada tipo de maltrato. Este hecho se repite en cada apartado de indicadores. Sin embargo, se presentan las tablas correspondientes para reservar espacio de discusión cara a futuros informes.

Tabla 16. Indicadores de maltrato físico (Recuento)					
	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Total
	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
Magulladuras o moratones	107	20	10	2	139
Quemaduras	136	1	2		139
Fracturas óseas	133		2	1	139
Heridas	133	4		2	139
Lesiones viscerales	139				139
Mordeduras humanas	135	1	3		139
Intoxicación forzada	135	2	1	2	139
Síndrome de Niño zarandeado	137	1		1	139

Tabla 17. Indicadores de negligencia (recuento)					
	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Total
	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
Escasa higiene	122	6	8	3	139
Falta de supervisión	117	4	9	9	139
Cansancio o apatía	137	2			139
Problemas físicos o necesidades médicas	126	4	4	5	139
Es explotado	138	1			139
No va a la escuela	139				139
Ha sido abandonado	137		2		139



Tabla 18. Indicadores de maltrato emocional (recuento)					
	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Total
	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento	Recuento
Maltrato emocional	129		5	5	139
Retraso físico o emocional	131	2	5	1	139
Intento de Suicidio	139				139
Cuidados Excesivos	138			1	139

Tabla 19. Indicadores de abuso sexual (recuento)			
	No	Sí	Total
	Recuento	Recuento	Recuento
Abuso sexual sin contacto físico	137	2	139
Abuso sexual sin penetración	128	11	139
Abuso sexual con penetración	134	5	139
Dificultad para andar y sentarse	137	2	139
Ropa interior rasgada	137	2	139
Dolor o picor en zona genital	136	3	139
Contusiones en genitales externos	135	4	139
Cérvix o vulva inflamadas	137	2	139
Explotación Sexual	139		139
Semen en boca, genitales o ropa	139		139
Enfermedad Venérea	138	1	139
Apertura anal patológica	139		139
Himen perforado	138	1	139



Atendiendo a los indicadores más frecuentemente señalados correspondientes a cada uno de los cuatro tipos de maltrato, encontramos que el indicador que predomina sobre el resto es "Magulladuras o moratones", con un porcentaje de señalización de un 23%.

Tabla 20. Distribución de notificaciones por indicadores más señalados		
Tipo de maltrato	Indicador	Porcentaje
Físico	Magulladuras o moratones	23%
Negligencia	Falta de supervisión	15,8%
Emocional	Maltrato emocional	7,2%
Abuso sexual	Abuso sexual sin penetración	7,9%

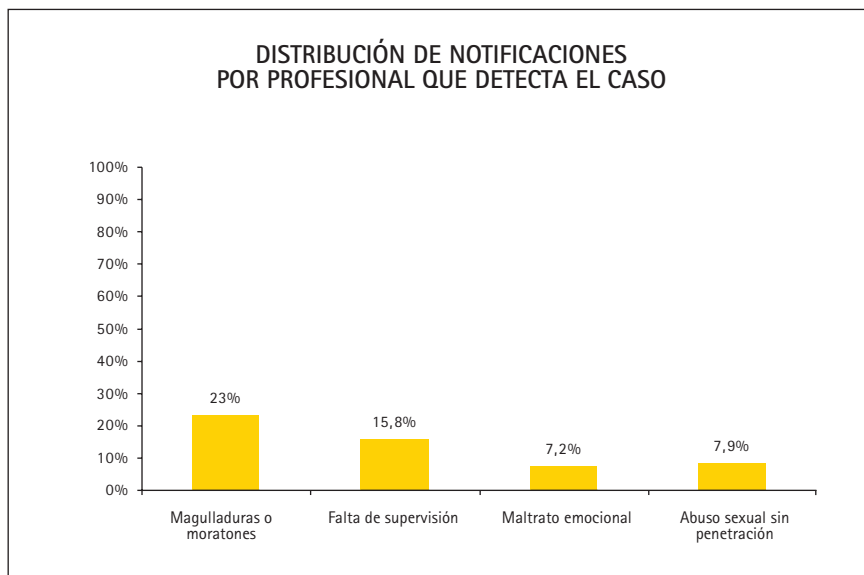


Figura 15. Distribución de notificaciones por profesional que detecta el caso





En conjunto, con los datos de que disponemos actualmente, del análisis realizado podemos extraer el siguiente perfil del menor maltratado:

*“Suele ser mujer (54,3%), con una edad inferior a un año (15,7%), siendo la media de edad de 4,6 años. El tipo de maltrato que sufre predominantemente es de tipo físico (33,3%) y del mayor nivel de gravedad (43,5%). Los indicadores más señalados de los cuatro tipos de maltrato corresponden a “Magulladuras o moratones” (23%) en cuanto a maltrato físico, y “Falta de supervisión” (15,8%) en cuanto a negligencia. El maltrato que sufre esta menor –que suele ir acompañada de su madre (53%)– es detectado mayoritariamente por el médico (84,9%) en los centros hospitalarios (58,3%), destacando el Hospital Universitario “Virgen de la Arrixaca” (54%).”*

Tabla 21. Perfil del menor maltratado (ámbito sanitario)	
Sexo: Mujer	54,3%
Edad: Inferior a un año	15,7%
Tipo maltrato más notificado: Físico	33,3%
Gravedad maltrato más notificada: Grave	43,5%
Indicador de maltrato físico: Magulladuras o moratones	23%
Indicador de negligencia: Falta de supervisión	15,8%
Acompañante: Madre	53%
Profesional de detección: Médico	84,9%
Tipo de centro de detección: Centros hospitalarios	58,3%
Centro de detección mayoritaria: Hospital “Virgen de la Arrixaca”	54%



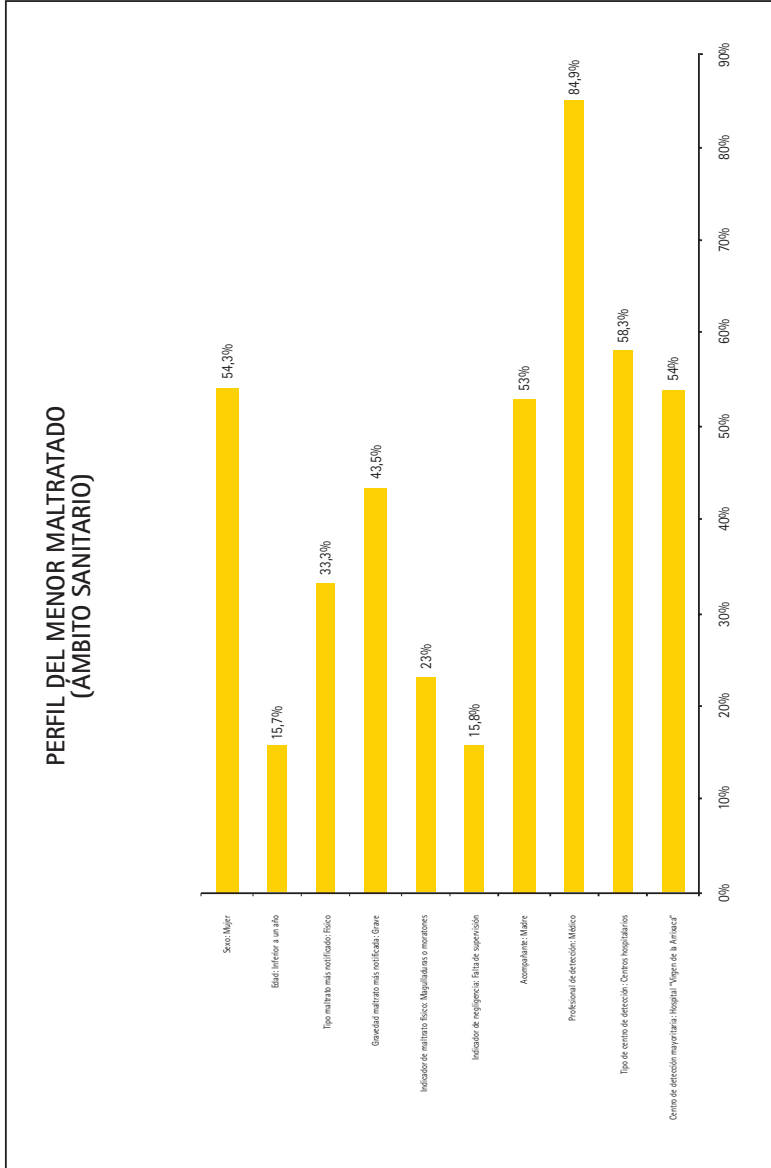


Figura 16. Perfil del menor maltratado (ámbito sanitario)

## TIPOLOGÍA

El maltrato no es un hecho aislado, sino que es un proceso que viene determinado por la interacción de múltiples factores: sociales, familiares, personales... no siempre delimitados cuantitativa ni cualitativamente. Su clasificación sólo implica determinar el problema emergente o más relevante que afecta al menor, pero no debemos olvidar la existencia de una multicausalidad (contextos maltratantes). La tipología del maltrato puede clasificarse desde tres perspectivas:

### EL MOMENTO EN EL QUE SE PRODUCE

**Prenatal:** cuando el maltrato se produce antes del nacimiento del niño.

**Postnatal:** cuando el maltrato se produce durante su vida extrauterina.

### LOS AUTORES

**Familiar:** cuando los autores del maltrato son familiares del menor, principalmente familiares en primer grado (padres, biológicos o no, abuelos, hermanos, tíos, etc.).

**Extrafamiliar:** cuando los autores del maltrato no son familiares del menor, o el grado de parentesco es muy lejano (familiares en segundo grado) o no tienen relaciones familiares.

**Institucional:** es el maltrato provocado por las instituciones públicas, bien sean sanitarias, educativas, etc.

**Social:** cuando no hay un sujeto concreto responsable del maltrato, pero hay una serie de circunstancias externas en la vida de los progenitores y del menor que imposibilitan una atención o un cuidado adecuado del niño.



## LA ACCIÓN U OMISIÓN CONCRETA QUE SE ESTÁ PRODUCIENDO

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

**Negligencia:** dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.

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

**Abuso sexual:** cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto u otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual.

Centrando nuestra atención en el momento en el que se produce y en la acción u omisión concreta que se está produciendo, encontramos diferentes formas en que se manifiesta la no atención al menor según sus derechos y necesidades.

## MALTRATO PRENATAL

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

### Por acción

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

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

### Por omisión

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

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



## MALTRATO FÍSICO

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

### Por acción

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

- Formas: lesiones cutáneas (equimosis, heridas, hematomas, excoriaciones, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, zarandeado, asfixia mecánica, intoxicaciones, síndrome de Münchhausen por poderes (provocar o inventar síntomas en los menores que inducen a someterlos a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios).

### Por omisión (negligencia)

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

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



## MALTRATO EMOCIONAL

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

### Por acción

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

- Rechazar (negarse a admitir la legitimidad e importancia de las necesidades del menor).
  - \* Hasta los dos años: Rechazo a formar una relación primaria con el niño o la niña y a responder a las iniciativas primarias de apego y a las iniciativas naturales de contacto humano. Ej.: no devolver las sonrisas y vocalizaciones al niño.
  - \* De los dos a los cuatro años: exclusión activa del niño de las actividades familiares. Ej.: no llevar al niño a las reuniones o actividades familiares, rechazar los gestos de cariño del niño.
  - \* Principios de edad escolar: Transmisión constante al niño de una valoración negativa de sí mismo. Ej.: utilizar frecuentemente apelativos tales como "monstruo" o "malo", desprecio constante de los logros del niño, hacer al niño cabeza de turco de la familia.
  - \* Adolescencia: Rechazo a aceptar los cambios en el rol social esperados en el joven, es decir, la evolución hacia una mayor autonomía y autodeterminación. Ej.: tratar al adolescente como un niño pequeño (infantilizar), someter al adolescente a humillaciones verbales y críticas excesivas, expulsar al joven de la familia.
- Aterrorizar (amenazar al menor con un castigo extremo o con uno vago pero siniestro que intentan crearle un miedo intenso).
  - \* Hasta los dos años: Ruptura consistente y deliberada de la tolerancia del niño a los cambios y los nuevos estímulos. Ej.: burlarse del niño, respuesta extrema e impredecible a su conducta.

### Por omisión

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

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



- \* Hasta los cuatro años: Gestos y palabras exagerados que tratan de intimidar, amenazar o castigar al niño. Ej.: amenazas verbales de daño extremo o "misterioso", enfurecimientos frecuentes con el niño alternados con periodos de cariño artificial.
- \* Principios de edad escolar: Se manifiesta en la exigencia de respuesta a demandas contradictorias, crítica constante, etc. Ej.: forzar al niño a elegir entre los dos padres enfrentados, cambiar frecuentemente los "papeles" en las relaciones padre-hijo, criticar constantemente sin dar posibilidad al niño de alcanzar las expectativas puestas en él.
- \* Adolescencia: Amenaza al joven de exponerle a la humillación pública. Ej.: amenazar con revelar a otros adultos o compañeros conductas o situaciones embarazosas del adolescente. Ej.: problemas de enuresis, experiencias sexuales previas.
- **Violencia doméstica.**
  - \* Se producen de manera permanente situaciones de violencia entre los padres, en presencia del menor.
  - \* El maltrato emocional al que están sometidos siendo testigos de la violencia ejercida normalmente contra la madre les lleva a padecer alteraciones en su desarrollo social y afectivo tales como el estrés postraumático, los problemas en las relaciones sociales, problemas de aprendizaje y de conducta, etc.



## ABUSO SEXUAL

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

### Por acción

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

- Con contacto físico: violación, incesto, vejación sexual (tocamiento/manoseo a un menor con o sin ropa, alentar, forzar o permitir a un menor que toque de forma inapropiada al adulto).
- Sin contacto físico: solicitud indecente a un menor o seducción verbal explícita, realización del acto sexual o masturbación en presencia de un menor, exposición de los órganos sexuales a un menor, promover la prostitución infantil, pornografía.

### Por omisión

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

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





## OTROS TIPOS DE MALOS TRATOS

### EXPLOTACIÓN LABORAL

#### Por acción

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

- Formas: mendicidad, trabajo profesional, venta ambulante... con desatención al menor.

#### Por omisión

No atender las necesidades educativas del menor y de formación para la vida laboral.

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

### MALTRATO INSTITUCIONAL

#### Por acción

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

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

#### Por omisión

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

- Formas: falta de agilidad en la toma de medidas de protección, en la coordinación, en los equipamientos necesarios para la atención al menor y su familia.

### CORRUPCIÓN

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



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



# (6)

## FACTORES QUE INFLUYEN EN EL MALTRATO

Los estudios que abordan el origen del maltrato infantil analizando causas únicas y aisladas muestran resultados poco concluyentes. Las investigaciones actuales sobre el comportamiento humano adoptan una perspectiva en la que se analiza la interacción entre diferentes factores que pueden incidir en ese comportamiento. Desde este planteamiento interactivo se considera que el maltrato infantil se produce como resultado de la interacción entre múltiples factores de riesgo: individuales (de los propios padres y de sus hijos), familiares, sociales y culturales, provocando y manteniendo este tipo de comportamiento.

Esta forma de estudiar el origen del maltrato infantil permite comprender en profundidad su origen y desarrollo y, de este modo, plantear modelos globales para intervenir y erradicarlo.

Como señala De Paúl (De Paúl, 1988), conocer la naturaleza de este fenómeno puede ser fundamental para comprender, es decir, "para llegar a considerar que determinadas condiciones sociofamiliares y personales han provocado que una persona acabe comportándose así y que posiblemente cualquier persona en las mismas condiciones realizaría esa misma conducta. No significa justificar ni mucho menos no tratar de solucionarlo, sino todo lo contrario: comprender este tipo de situaciones y a la vez tener una explicación de por qué se están produciendo es alcanzar esa doble vertiente emocional e intelectual que es el primer paso para poder iniciar un abordaje riguroso de cada situación basado en datos objetivos y en una conceptualización no cargada de prejuicios y rechazo indiscriminado hacia la persona que lleva a cabo estas situaciones".

### FACTORES DE RIESGO

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



### **Factores individuales de los padres o cuidadores:**

- ✓ Haber sido objeto de abuso o negligencia en su infancia y carecer de modelos de crianza adecuados.
- ✓ Hiperreactividad a los estímulos del ambiente, en concreto a los relacionados con el menor, como son los lloros o juegos, y que conlleva respuestas desproporcionadas e impulsivas.
- ✓ Baja tolerancia al estrés, por lo que se ven desbordados fácilmente por las conductas de sus hijos.
- ✓ Pocas habilidades para resolver conflictos, niegan el problema, se aíslan o reaccionan agresivamente.
- ✓ Déficit de estrategias para resolver los problemas que se presentan en la educación de los hijos.
- ✓ Trastornos emocionales (ansiedad, depresión, etc.) mentales o físicos, que les impiden reconocer y responder adecuadamente a las necesidades del menor.
- ✓ Baja autoestima y fuerte dependencia emocional de otras personas, por lo que priorizan su necesidad emocional a la de sus hijos.
- ✓ Problemas de ludopatía, drogodependencias o alcoholismo que les impide atender y percibir las necesidades de sus hijos.
- ✓ Dificultades para ponerse en el lugar de sus hijos y falta de sensibilidad por sus necesidades.
- ✓ Estilo comportamental y conceptual rígido, bajo nivel intelectual, que les dificulta adaptarse a las necesidades cambiantes de sus hijos.

### **Factores individuales del menor:**

- ✓ El nacimiento prematuro, con bajo peso, con temperamento difícil.
- ✓ El déficit físico o psíquico.
- ✓ Las enfermedades neurológicas congénitas o adquiridas.



- ✓ Los problemas médicos crónicos o retrasos en el desarrollo.
- ✓ Los problemas de conducta (agresividad, oposición, mentiras, absentismo escolar, etc.).
- ✓ La insatisfacción de las expectativas de sus padres (por sexo, salud, atractivo físico, etc.).

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

### Factores familiares:

- ✓ Composición familiar, cuando se evidencia desestructuración, poca cohesión y cuando los roles y funciones de sus miembros no están delimitados ni definidos. En general, se ha encontrado riesgo asociado a familias formadas por un solo progenitor, elevado número de hijos, padres adolescentes, o excesivamente inmaduros, o familias reconstituidas.
- ✓ Los conflictos conyugales que pueden desembocar en episodios de violencia dirigida al hijo. La violencia de la pareja funciona de modelo para la resolución de conflictos del menor con otros y para la legitimación de la violencia como modo de resolver conflictos.
- ✓ El estilo perceptivo de los padres con respecto al hijo está distorsionado. Tienen a percibir la conducta de sus hijos de forma negativa, como intencionada para provocarles.
- ✓ La falta de expectativas realistas con respecto al comportamiento y capacidades de su hijo: en ocasiones atribuyéndoles más responsabilidades y capacidades de las que pueden asumir, en otras subestimando sus capacidades.
- ✓ El desconocimiento acerca de las necesidades infantiles produce con frecuencia sentimientos de incapacidad en los padres y conflictos con los hijos.
- ✓ El estilo de disciplina utilizado por los padres es excesivamente laxo o excesivamente punitivo, y manifiestan dificultades para controlar la conducta de sus hijos.



- ✓ La baja frecuencia de comportamientos positivos que se dirigen al menor, así como una menor interacción y comunicación con los hijos en general.

### Factores socio-culturales:

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

## FACTORES DE COMPENSACIÓN

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

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

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



### **Factores individuales:**

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

### **Factores familiares:**

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

### **Factores socioculturales:**

- ✓ Presencia de apoyos sociales efectivos.
- ✓ Ausencia de sucesos estresantes.
- ✓ Afiliación religiosa fuerte.
- ✓ Haber tenido buenas experiencias escolares y relaciones con los iguales.
- ✓ Intervenciones terapéuticas.
- ✓ Asunción sociocultural del niño como sujeto de derechos.
- ✓ Divulgaciones de los Derechos del Niño reconocidos por la ONU.
- ✓ Prosperidad económica.
- ✓ Normas culturales opuestas al uso de la violencia.
- ✓ Buena comunidad con servicios.



- ✓ Confortable calidad de vida.
- ✓ Fuentes de soporte social informal.
- ✓ Adecuados recursos de cuidado y atención.
- ✓ Trabajo estable.





## MITOS Y FALSAS CREENCIAS SOBRE EL MALTRATO

Existe una serie de obstáculos que dificultan que los profesionales ejerzan su responsabilidad en el bienestar infantil en cuanto a la detección y notificación de aquellas situaciones en las que se sospecha, o se tiene constancia, de que se está produciendo una situación de maltrato a menores de edad.

Uno de estos obstáculos es mantener falsas creencias sobre el maltrato. Por ejemplo, cuando pensamos en el maltrato infantil y adolescente, generalmente solemos referirnos a las situaciones más graves, crueles y perversas, olvidando que existen otros niveles de maltrato que no revisten una urgencia inmediata. Esta creencia, apoyada por los medios de comunicación, que sólo se hacen eco de los casos más aberrantes (los menos frecuentes), y por los estereotipos erróneos que existen en la sociedad, limitan la información que la sociedad recibe. Esta información inadecuada dificulta la detección de muchas situaciones de maltrato menos visibles socialmente, pero no por eso menos graves.

A modo ilustrativo, presentamos la siguiente tabla de ideas erróneas sobre el maltrato y sus correspondientes contrapartidas basadas en la realidad.



ES FALSO QUE:	ES VERDADERO QUE:
<p>El maltrato infantil es un fenómeno infrecuente.</p>	<p>La mayoría de la población piensa que la frecuencia de los malos tratos es más baja de lo que realmente es. En nuestro país se han realizado pocos estudios sobre la incidencia del maltrato infantil y los que se han realizado se han centrado en una ciudad, provincia o comunidad autónoma. Los resultados son variables situando la tasa de maltrato infantil entre un 4 y un 15% (Jiménez y cols., 1995; Moreno y cols., 1995; De Paul y cols., 1995).</p> <p>En la Dirección General de Familia y Menor, desde el año 2003 hasta octubre de 2008, se registraron 4281 casos. De estos el 87.5% corresponde a notificaciones de sospecha de maltrato, y el 12.5% restante corresponde a notificaciones de constancia de maltrato.</p>
<p>La violencia y el amor no pueden darse al mismo tiempo en la misma familia.</p>	<p>Son muchos los menores que, a pesar de los malos tratos recibidos, quieren a sus padres y esta coexistencia de violencia y amor hace que el menor crezca creyendo que la violencia es aceptable. Lo mismo ocurre a los adultos que pueden haber aprendido que la violencia es aceptable y justificable.</p>
<p>El maltrato infantil sólo se da en clases sociales bajas o desfavorecidas económicamente.</p>	<p>El maltrato infantil se da en todas las clases sociales. Aunque en las familias más desfavorecidas existe un mayor número de estresores sociales que pueden afectar directamente a las relaciones padres-hijos, las familias con recursos económicos y sociales también pueden maltratar.</p>



ES FALSO QUE:	ES VERDADERO QUE:
<p>Sólo las personas alcohólicas, drogodependientes o mentalmente perturbadas pueden llevar a cabo estas acciones.</p>	<p>Muchas personas piensan que el maltrato infantil es consecuencia de la maldad intrínseca de los padres o de una deformación patológica individual. Y sin embargo, la proporción de padres y madres que maltratan a sus hijos y padecen algún tipo de alteración psiquiátrica grave es bastante reducida, algunas investigaciones la sitúan en torno al 5 y 10% de los casos. Este tipo de explicaciones sobre las causas del maltrato provoca, además, un alejamiento irreal del fenómeno del concepto de "normalidad", al tiempo que elimina de su explicación los datos referentes a las influencias contextuales de tipo social, económico y cultural.</p> <p>Las personas aparentemente normales, sin problemas de adicción o patologías mentales pueden maltratar. No todas las personas con este tipo de problemas agreden a sus hijos.</p>
<p>Los padres pueden hacer con sus hijos lo que quieran y nadie puede interferir.</p>	<p>Aunque resulta comprensible una cierta preocupación por inmiscuirse en la privacidad de las familias, hay que tener presente que los hijos no son propiedad de los padres. Aunque es obligación de una familia cuidar y proteger a los más pequeños, la responsabilidad del bienestar de la infancia recae sobre toda la comunidad.</p> <p>El profesional sanitario debe notificar un caso cuando sospecha o tiene constancia de que se está produciendo una situación de maltrato, con el objeto de determinar si el menor se encuentra en una situación de desprotección. Informar a los Servicios Sociales de Atención Primaria o Especializada, según la urgencia del caso, es la única manera de que el menor y su familia puedan solucionar sus problemas.</p>



ES FALSO QUE:	ES VERDADERO QUE:
<p>Los menores necesitan mano dura, ya que de otro modo no aprenden.</p>	<p>La utilización del castigo físico como método de disciplina provoca reacciones agresivas que aumentan la frecuencia y gravedad de los conflictos de la familia. De tal modo que se necesitan cada vez más castigos y de mayor intensidad para controlar la conducta infantil, produciéndose una escalada de violencia entre padres e hijos. Por el contrario, una disciplina basada en principios democráticos y no violentos genera la cooperación de los más pequeños.</p>
<p>Sólo si los daños que sufre el menor son graves se puede y se debe intervenir.</p>	<p>En ocasiones, los daños que sufre el menor no revisten una urgencia inmediata, pero se repiten con frecuencia siendo tan perjudiciales como aquellos en que en un solo episodio provoca daños graves. Es necesario intervenir incluso aún cuando no se perciba la existencia de daños graves. Es mejor tener en cuenta que hay que intervenir cuando se piense que la forma de actuar del padre o madre puede convertirse en una forma de maltrato de mayor gravedad</p>
<p>Maltratar es dañar físicamente a un menor, dejándole graves secuelas físicas.</p>	<p>Cuando se habla de malos tratos a un menor se incluyen acciones y omisiones que pueden atentar contra la adecuada satisfacción de cualquiera de sus necesidades. Aunque los malos tratos físicos tienen una gran trascendencia pública por la indignación que generan, son más frecuentes aquellos otros tipos de malos tratos que se caracterizan por no atender satisfactoriamente necesidades sociales, emocionales o físicas básicas para el desarrollo.</p>



ES FALSO QUE:	ES VERDADERO QUE:
<p>Denunciando no se consigue que se resuelva la situación de la familia. Además, denunciar es algo demasiado complicado y lento.</p>	<p>Es un sentimiento muy extendido que se basa en generalizar algunas situaciones en las que la intervención protectora no ha servido de mucho, o ha sido mal llevada. Muchas veces este sentimiento procede de una mala experiencia del profesional que una vez estuvo implicado en un caso y, según su parecer, no se actuó de modo correcto. Sin embargo, si un menor se encuentra en una situación de desprotección lo que sirve de bien poco es dejar las cosas como están.</p> <p>Es cierto que el hecho de realizar la notificación no garantiza que el menor y su familia vayan a recibir toda la ayuda que necesitan, sin embargo no pueden ser ayudados a menos que previamente sean identificados y conocidos por los Servicios Sociales de Atención Primaria y/o Especializada, y para eso es imprescindible la notificación. Por otro lado, el que un profesional no notifique un caso de maltrato infantil excusándose en la lentitud y burocracia que el proceso implica le hace cómplice de esa situación. No debemos olvidar que es la colaboración y coordinación entre profesionales lo que puede hacer que se agilice el caso.</p>
<p>Todas las personas que son maltratadas en la infancia serán maltratadores en el futuro.</p>	<p>La creencia dogmática de la transmisión generacional del maltrato no tiene por qué cumplirse. No todas las personas maltratadas serán maltratadoras, ni tampoco todas las personas que maltratan a sus hijos han sido maltratadas en su infancia. Actualmente, los datos tan solo permiten afirmar que en torno al 30-35% de las personas que sufrieron en su infancia maltrato llegan a maltratar a sus propios hijos. A pesar de constituir un factor de riesgo, no podemos olvidar que el ciclo de la violencia se puede parar y que entre el 65 y el 70% de personas maltratadas consiguen romper este ciclo.</p>



ES FALSO QUE:	ES VERDADERO QUE:
La naturaleza humana impulsa a los progenitores al cuidado y atención a sus hijos.	Algunas personas son incapaces de atender adecuadamente a sus hijos bajo determinadas condiciones. Ser padre no implica en todos los casos saber, querer o poder hacer lo más adecuado para los hijos. La parentalidad está compuesta por una serie de comportamientos que se pueden aprender.
Sólo podemos decir que un menor es maltratado cuando los padres lo hacen intencionalmente.	Muchos de los padres y madres que maltratan a sus hijos no son conscientes de lo que hacen. En muchas ocasiones estos comportamientos y actitudes se deben a factores como la inexperiencia, actitudes erróneas sobre la educación, ignorancia, etc. En cualquier caso, la intencionalidad en las conductas no es un requisito necesario para considerar que un menor está siendo maltratado.
Cada sociedad, cada familia tiene unas costumbres y valores propios en el modo de criar, cuidar y educar a los hijos.	Todos los menores tienen unas necesidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales básicas que han de ser cubiertas, independientemente de los valores culturales de su familia. Las leyes que definen lo que es desprotección infantil son aplicables a todas las familias, sin excepciones culturales.
Los padres y madres que maltratan a sus hijos merecen únicamente ser castigados.	Algunas personas tienden a anteponer las medidas punitivas a las rehabilitadoras, considerando necesario que las personas paguen una determinada culpa por los actos cometidos. Aunque las medidas punitivas algunas veces deban tenerse en cuenta, la protección infantil está más necesitada de una actitud social protectora y rehabilitadora que permita a los padres y madres con dificultades afrontar de forma adecuada sus obligaciones parentales.



ES FALSO QUE:	ES VERDADERO QUE:
Los menores se inventan las historias sobre abusos sexuales.	Cuando un menor denuncia un abuso hay que escucharlo, especialmente cuanto menor sea su edad. Es más frecuente que las denuncias falsas sean realizadas por adolescentes.
Una mujer nunca abusaría sexualmente de un menor.	Aunque es verdad que la mayoría de los abusos sexuales los cometen los hombres, también algunas mujeres pueden cometer abuso sexual, sobre todo se debe tener en cuenta este supuesto cuando el menor declara haber sufrido abuso sexual por parte de una mujer, aunque esto sea muy poco habitual.
Las madres son colaboradoras de los abusadores en las situaciones de abuso sexual a las hijas.	En algunas ocasiones, las madres también sufren la opresión y violencia de los maridos agresores sexuales. Además, las amenazas del agresor pueden conseguir que la víctima mantenga en secreto la situación, incluso con su madre.
El incesto o abuso sexual sólo afecta a chicas o chicos con comportamientos negativos o desadaptados.	El hecho de que algunas de las víctimas de abuso sexual tengan más riesgo de tener una vida sexualmente promiscua, de prostituirse, etc., suele ser, en la mayoría de los casos, una consecuencia del abuso sexual, no una causa.
Los menores, a menudo, seducen a los adultos.	Esta creencia podría traducirse diciendo que para ciertos adultos algunas conductas infantiles son percibidas como provocadoras o seductoras. Es el adulto quien se siente seducido, el menor no seduce sexualmente al adulto.



ES FALSO QUE:	ES VERDADERO QUE:
Las víctimas de los abusos sexuales suelen ser adolescentes.	El abuso sexual se puede producir a cualquier edad, siendo los sucesos sobre los más pequeños más graves y difíciles de detectar, por su mayor incapacidad para defenderse y para denunciarlo. Con frecuencia los abusadores se las arreglan (a través de chantajes, prohibiciones, amenazas, etc.) para que las víctimas no lo cuenten a nadie.
El perpetrador de un abuso sexual suele ser una persona sin escrúpulos y alguien ajeno a la familia.	La mayor parte de los abusadores suelen ser familiares directos o personas cercanas a la víctima (padre, tío, abuelo, hermano, vecino, amigo de la familia, monitor, etc.), que presentan una imagen normalizada y socialmente aceptada.
El abuso sexual es fácil de reconocer.	La mayor parte de los casos de abuso sexual no son conocidos por las personas cercanas a las víctimas, ya que éste es un problema que tiende a negarse o a ocultarse.

Las falsas creencias que persisten acerca del maltrato infantil pueden llevar a que no se observen como inadecuados muchos hechos que deben ser denunciados y, por tanto, pueden dificultar la detección temprana y retrasar la aplicación de medidas de protección para los menores que lo sufren. Es por esta razón que hemos de estar prevenidos ante las mismas para evitar que tengan lugar situaciones más graves e irreversibles.





## MARCO LEGAL

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

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

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

A **nivel estatal**, la Constitución Española de 27 de diciembre de 1978 (BOE n.º 311, de 29 de diciembre) protege los derechos del niño a través del reconocimiento de los derechos aplicables a toda persona, tal como queda establecido en el Título I ("De los derechos y deberes fundamentales"), Capítulo Segundo ("Derechos y libertades"). Pero, es más, en el Capítulo Tercero ("De los principios rectores de la política social y económica") del Título I, nuestra Carta Magna protege los derechos de los niños de una manera específica, a través de lo establecido en el artículo 39:



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

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

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

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

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

Concluimos este nivel estatal mencionando la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación Parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil (BOE n.º 15, de 17 de enero), que configura un amplio marco jurídico de protección a la infancia, enunciando un reconocimiento general de derechos contenidos en los Tratados Internacionales de los que España es parte, que además deben ser utilizados como mecanismo de interpretación de las distintas normas de aplicación a los menores de edad y regulando los principios generales de actuación frente a situaciones de desprotección social.

A nivel autonómico, el Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia, aprobado por Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, (BOE n.º 146, de 19 de junio), en cuyo Título I ("De las competencias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia), artículo 10.1.18. (modificado por Ley Orgánica 1/1991), se establece que corresponde a la Comunidad Autónoma de Murcia la competencia exclusiva en materia de "Asistencia y bienestar social. Desarrollo



comunitario. Política infantil y de la tercera edad. Instituciones de protección y tutela de menores, respetando, en todo caso, la legislación civil, penal y penitenciaria. Promoción e integración de los discapacitados, emigrantes y demás grupos sociales necesitados de especial protección, incluida la creación de centros de protección, reinserción y rehabilitación."

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

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





## PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

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

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

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

### **En este sentido, todas las Administraciones Públicas deben:**

- ✓ Garantizar desde sus competencias específicas los derechos fundamentales de los niños y de su entorno familiar (artículos 39.2 y 4 de la Constitución; artículos 10 y 11 de la Ley Orgánica 1/1996).
- ✓ Notificar la existencia de situaciones de desamparo (artículo 13 de la Ley Orgánica 1/1996).
- ✓ Adoptar, en el ejercicio de sus competencias, las medidas necesarias para que los dispositivos y recursos de la comunidad ayuden especialmente a las familias en riesgo, a fin de evitar situaciones de desamparo (artículo 14 de la Ley Orgánica 1/1996).



- ✓ Promover actuaciones encaminadas a prevenir situaciones de riesgo o desamparo (artículo 11 y 12 de la Ley 3/1995), las cuales implican diferentes niveles de intervención social.

La realidad obliga a distinguir entre situaciones de desprotección de muy diversa índole, que exigen un tratamiento diferenciado y una pluralidad de respuestas que se adapten a las necesidades de cada caso.

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

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

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

- ✓ **Riesgo:** se define como aquella situación que, por circunstancias personales, interpersonales o del entorno, ocasiona un perjuicio para el desarrollo y bienestar personal o social del menor, sin que sea necesaria la asunción de la tutela por ministerio de la Ley por parte de la entidad pública competente en materia de protección de menores para adoptar las medidas encaminadas a su corrección. Estas situaciones se caracterizan por la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar.

- ✓ **Desamparo:** situación que se produce de hecho a causa del **incumplimiento**, o del **imposible** o **inadecuado** ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material. El **incumplimiento** de los deberes de guarda hace referencia a abandono total, abandono de madre, no reconocimiento de los padres; el **imposible cumplimiento** a orfandad, prisión, enfermedad o ingreso hospitalario de los padres; y el **inadecuado cumplimiento** a maltrato y abandono físico y emocional, abuso y explotación sexual,



mendicidad y explotación laboral e incapacidad para el control. La gravedad de estas situaciones es tal, que la única forma de garantizar la seguridad del menor es separarlo de su familia y asumir su tutela.

**Ante una situación de desprotección social, la Administración Pública puede aplicar una serie de medidas de protección para promover el desarrollo integral del menor:**

✓ La ayuda o el apoyo familiar en situaciones de riesgo. Esta medida consiste en la prevención y reparación de tales situaciones.

✓ La guarda del menor. La entidad pública asumirá la guarda del menor a solicitud de los padres cuando concurren circunstancias graves que impidan a aquéllos el cuidado de sus hijos y cuando lo determine el juez. Según el Código Civil la guarda, con o sin tutela del menor, se realizará a través de alguna de las siguientes medidas: 1) acogimiento residencial del menor, que supone el ingreso del menor en un centro de protección de menores; 2) acogimiento familiar del menor, que supone la convivencia del menor con otra familia, pudiendo ser este acogimiento simple, permanente o preadoptivo.

✓ La asunción de la tutela por ministerio de la Ley, previa declaración de la situación de desamparo del menor, que conllevará siempre la guarda del menor.

Sea cual sea la medida de protección que se adopte en las situaciones detectadas, deberán respetar los principios siguientes (Sánchez Redondo, 1995):

✓ Prevalecerán siempre los intereses del niño o adolescente frente a cualquier otro interés concurrente en la situación, aunque sea legítimo. En este sentido, no debe de ser el interés del padre o de la madre, o incluso el hecho de contar únicamente con determinados servicios por parte de la administración que pueden no ser los adecuados para el caso, los que orienten la toma de decisiones.

✓ Toda acción protectora debe suponer una alternativa mejor a la ausencia de protección. De lo contrario es mejor no intervenir.

✓ Los niños y adolescentes tienen derecho a que se ofrezca orientación y apoyo a sus padres, entre otras cosas para afrontar los sentimientos que les produce la situación.



✓ En el caso de que sean separados, siempre que no perjudique su interés, el menor tiene derecho a ser visitado por sus padres.

✓ Los menores tienen derecho a que se considere el regreso con sus padres lo antes posible. En los casos de malos tratos graves, deberá protegerse al menor especialmente del ambiente familiar.

✓ Los niños y adolescentes separados de sus padres tienen derecho a que se adopte un plan para su integración sociofamiliar lo antes posible (ninguna separación debe durar más de dos años) y a integrarse en un hogar definitivo.

✓ Cuando hay hermanos y existe una separación transitoria o definitiva éstos deberán permanecer juntos, siempre que sea posible, o en el mayor contacto posible.

✓ Los menores también tienen derecho a que se establezcan límites a su conducta. La ausencia de límites genera muchos problemas que, a medio y largo plazo, el menor acabará padeciendo.

✓ Cuando existe una separación de los padres, los niños y adolescentes tienen derecho a conocer y mantener relación con su propia historia personal y familiar.

✓ Siempre que se intervenga en este tipo de situaciones es fundamental contar con la opinión del menor y de sus padres.

✓ Los servicios para niños y adolescentes deben estar orientados a sus necesidades y no a su conducta sintomática.

Partiendo del hecho de que los servicios sanitarios constituyen un lugar privilegiado para prevenir y detectar situaciones de desprotección en menores de edad, el objetivo básico de este protocolo no es otro sino facilitar y clarificar las funciones de los profesionales del ámbito sanitario, procurando una actuación lo más coordinada posible con el resto de instituciones.

## PROCESO DE INTERVENCIÓN DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

Como ya se ha hecho referencia, cuando los padres no cumplen su función protectora se hace necesaria la participación de las entidades públicas, en general, y de la entidad competente en protección de menores, en particular.





El proceso que determina la implicación y participación de personas e instituciones ajenas a la familia en la labor de protección es complejo. El maltrato infantil es un problema que requiere ser abordado por un equipo multidisciplinar, ya que puede tener implicaciones legales, de salud, educativas, sociales, etc. Por ello, todas las actuaciones dirigidas a la infancia deben estar integradas en un plan de actuación más amplio que incluya a profesionales tales como trabajadores sociales, psicólogos, policías, jueces, fiscales, médicos, educadores, etc.

La consideración del maltrato infantil desde esta perspectiva integral hace que los profesionales del ámbito sanitario, al igual que los de otros, participen de un proceso global que va desde la propia detección o identificación de una situación de sospecha de maltrato hasta la intervención encaminada a resolverla.

El paso previo a cualquier intervención protectora consiste en poder identificar las señales que indiquen sospecha o constancia de una situación de desprotección y comunicarlas a la entidad competente en la materia. Ésta debe investigar de una forma exhaustiva y global la situación detectada y tiene que certificar la veracidad de los hechos y el grado de desprotección sufrido por el menor. Además, es necesario plantear hipótesis que expliquen la situación con el fin de dirigir la intervención en la dirección de resolver las necesidades del menor y la familia. A modo de resumen de los apartados que trataremos en profundidad más adelante, y para tener una visión global de conjunto, a continuación se exponen las fases que guían el proceso de protección infantil.

La consideración del maltrato infantil desde esta perspectiva integral hace que los profesionales del ámbito de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, al igual que los de otros, participen de un proceso global que va desde la propia detección o identificación de una situación de sospecha de maltrato hasta la intervención encaminada a resolverla.



## DETECCIÓN

### ¿En qué consiste?

- La detección de potenciales situaciones de maltrato representa el requisito necesario para que se ponga en marcha el proceso de investigación del caso.
- La detección consiste en reconocer o identificar la existencia de situaciones sospechosas de maltrato infantil.
- La identificación de estas situaciones se hace posible si se conocen los indicadores de desprotección que señalan que el menor no tiene satisfechas las necesidades básicas, o que corre peligro su integridad física o psicológica.

### ¿Quién detecta? Responsables

- Cuando se habla de responsables de la detección de situaciones de desprotección infantil se hace referencia a dos fuentes:
- Ciudadanos en general (vecinos, familiares, conocidos, etc.).
- Profesionales en contacto con la infancia (personal sanitario, profesorado, profesionales de los servicios psicopedagógicos o gabinetes, profesionales de servicios sociales, policía, etc.).

## NOTIFICACIÓN

### ¿En qué consiste?

- Consiste en la transmisión de información sobre el menor que se sospecha está siendo maltratado, sus circunstancias y el perpetrador del posible maltrato.
- La notificación permite que se tenga conocimiento de la situación de riesgo o de desprotección del menor, que se pueda determinar la veracidad de la sospecha, y que se actúe para paliar el sufrimiento del menor.
- La notificación es una obligación legal de cualquier ciudadano y, en especial, de aquellos que tienen mayor contacto con la infancia y la adolescencia.

### ¿Quién notifica? Responsables

- La notificación deberá realizarla cualquier ciudadano o profesional que sospeche de una situación de maltrato infantil.
- En el caso concreto del ámbito sanitario la notificación a Servicios Sociales de Atención Primaria o Especializada -según la urgencia del caso- será tramitada por la trabajadora social del centro sanitario o, en su defecto, el coordinador o jefe de servicio.



## INVESTIGACIÓN

### ¿En qué consiste?

- Consiste en recoger toda la información que contribuya a certificar la veracidad de la situación detectada y valorar la necesidad de tomar medidas de protección.
- Para ello se recoge información sobre la veracidad del hecho, la severidad del daño infligido al menor, la probabilidad de que se vuelva a producir un incidente, el grado de satisfacción de las necesidades del menor y sobre los recursos de la familia y del entorno.

### ¿Quién investiga? Responsables

- La fase de investigación psico-social será encomendada a los Servicios Sociales de Atención Primaria, que recogerán toda la información posible acerca del menor y de su familia para remitirla, en su caso, a los Servicios Sociales Especializados, que determinarán el grado de desprotección sufrida y valorarán la necesidad de tomar medidas de protección.
- En este proceso es conveniente contar con la colaboración de los profesionales de los centros sanitarios.

## EVALUACIÓN

### ¿En qué consiste?

- En estudiar y analizar las características del incidente, del menor, de su familia y del entorno a fin de determinar la situación en la que se encuentra el menor (riesgo o desamparo) y, en consecuencia, planificar la actuación a llevar a cabo con el menor.

### ¿Quién evalúa? Responsables

- La evaluación, entendida como el diagnóstico y pronóstico de la situación familiar y del estado del menor, será competencia de los Servicios Sociales de Atención Especializada, que finalmente tendrán que valorar si se trata de una situación de riesgo o de un posible desamparo.
- En este proceso conviene contar con la colaboración de los profesionales de los centros sanitarios, quienes tras la fase de detección realizaron una primera valoración acerca de la gravedad de la situación observada.



## ACTUACIÓN

### ¿En qué consiste?

- Esta fase se entiende como el diseño y ejecución del plan, programa, medida y recurso que mejor se adapte a las necesidades del menor y de su familia. Es un proceso complejo que requiere la implicación de recursos comunitarios con diferentes niveles de intervención y diversos grados de especialización.
- La intervención psico-social en materia de protección a la infancia incluye el tratamiento de la problemática observada y la prevención de situaciones futuras. A grandes rasgos se puede diferenciar entre actuaciones derivadas de la apreciación de riesgo y actuaciones derivadas de la declaración de desamparo.

### ¿Quién interviene? Responsables

- El Equipo Municipal de Servicios Sociales junto a los servicios especializados competente en materia de protección de menores.

Tras la realización de las fases anteriores, se realiza un seguimiento en el que se efectúa una revisión del plan de actuación y de los resultados del mismo, así como si se continúan detectando situaciones de desprotección similares o de otra índole.

## COMPETENCIAS Y RESPONSABILIDADES DEL ÁMBITO SANITARIO

La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, establece "la obligación de toda persona que detecte una situación de riesgo o posible desamparo del menor de prestarle auxilio inmediato y de comunicar el hecho a la autoridad o agentes más próximos". Anteriormente a la entrada en vigor de esta ley específica de protección infantil ya existía en nuestro país un marco legislativo (la Ley de Enjuiciamiento Criminal), que señalaba la obligación de poner en conocimiento de la policía o del juez cuando se presenciara la perpetración de un delito público. Sin embargo, lo distintivo de la ley de protección jurídica del menor es la obligación de comunicar cualquier situación que pueda hacer sospechar que existe maltrato, aunque esta situación no constituya delito ni exista certeza de su ocurrencia.



En este sentido, con esta ley se produce un acercamiento al principio fundamental del interés supremo del menor, anteponiendo la posible situación de riesgo de un menor a cualquier otra consideración.

A continuación se exponen las responsabilidades y competencias que tiene el ámbito sanitario en materia de protección a la infancia y las actuaciones que, en consecuencia, se pueden establecer desde sus centros de atención primaria o especializada.

### **Funciones relacionadas con la detección del caso:**

- Detectar las señales o indicadores físicos y comportamentales del menor, e indicadores sobre el comportamiento y actitudes de la familia de las posibles situaciones de riesgo o desamparo. Esta detección debe realizarse:

- a. Evitando desde el principio enjuiciamientos apresurados de la situación y coacciones encaminadas a obtener información, ya que se dificultaría la posterior ayuda psico-social.

- b. Teniendo siempre presente el criterio de la mínima intervención, es decir, la importancia de no duplicar ni solapar recursos, entrevistas, etc., buscando a ser posible la complementariedad. Esto es factible integrando la información que fue recogida por otros profesionales o evitando exploraciones que necesariamente van a requerir otra intervención profesional.

### **Funciones relacionadas con la valoración y notificación del caso:**

- Dilucidar si la situación de maltrato en que se encuentra el menor es urgente o no lo es, para notificar la situación a los Servicios Sociales de Atención Primaria, o a la Dirección General de Familia y Menor.





# (10)

## DETECCIÓN DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL

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

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

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

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

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

Para detectar una situación de riesgo o de maltrato es preciso tener en cuenta los indicadores establecidos y reflejarlos en un protocolo que servirá como instrumento de estudio-valoración para los profesionales especializados que deban intervenir y actuar en el entorno familiar y en la protección del menor, siendo preciso efectuar las fases que podemos ver esquematizadas en el Anexo IV.

Considerando específicamente la detección, podemos atender a la fase de observación e información. Se trata de que los profesionales sanitarios dediquen especial atención a observar a aquellos menores que tienen un comportamiento y desarrollo inapropiado para su edad y



contexto social, ya que en muchos casos ni el menor maltratado ni sus padres solicitan ayuda por diversas causas: temor, desconfianza, sentimiento de que lo que ocurre es algo normal..., y tiene que ser un agente externo quien haga evidente el problema. Existen varios aspectos que revelan la importancia de la detección de estas situaciones en los centros sanitarios.

Por un lado, la detección precoz de las situaciones de riesgo es fundamental con estos menores que presentan déficits en los cuidados que reciben en su hogar, ya que el menor tiene escasa o nula autonomía para afrontar estas situaciones: no sabe protegerse ni defenderse ante las agresiones de los adultos y esto les sitúa en una posición de vulnerabilidad.

Numerosos estudios señalan que cuanto más tarde se detecta un caso, más se incrementa la gravedad de las consecuencias físicas, emocionales o sociales que genera el maltrato recibido. En este sentido, la cronicidad del daño sufrido dificulta tanto la identificación como el pronóstico de recuperación del menor.

Además, cuanto más tarde se detecta un caso más se reducen las probabilidades de tener éxito en la intervención que se realiza con la familia del menor. Para ilustrar esto conviene tener en cuenta que en casos de abuso sexual, por ejemplo, las consecuencias emocionales a largo plazo que padece la víctima son bastante más graves si el abuso ha sido cometido por alguien del entorno cercano y, además, la víctima tiene el sentimiento de que nadie de su alrededor se decidió a poner fin a la situación en su momento.

En este sentido, los centros sanitarios se constituyen como los lugares donde es posible observar tempranamente estas situaciones de maltrato, que afectan a las necesidades básicas de los menores y que pueden pasar inadvertidas por otras personas o profesionales cercanos.

Hemos de tener en cuenta que el maltrato infantil es un problema que tiende a permanecer oculto en el ambiente familiar. A diferencia de otros problemas sociales en que las personas afectadas acuden en busca de ayuda profesionalizada, en las situaciones de maltrato infantil los menores maltratados no solicitan ayuda, ni los padres y madres que maltratan, reclaman una intervención externa que les permita abandonar ese tipo de conductas.

Por esta razón, con frecuencia solamente son detectados aquellos casos de maltrato que no pueden ser ocultados, bien por la gravedad de las lesiones o síntomas causados, bien porque son casos pertenecientes a estratos sociales desfavorecidos que por sus condiciones económicas han entrado en contacto con los servicios sociales, lo que permite detectar los malos tratos que se están produciendo en su seno.





Por lo tanto, la detección y posterior intervención del maltrato infantil precisa una postura activa, tanto de los profesionales como del resto de la sociedad, que permita sacar a la luz la gran cantidad de malos tratos que tienden a quedar ocultos.

Teniendo en cuenta que las situaciones de maltrato infantil se producen muy frecuentemente en un ambiente privado y en el contexto del domicilio, resulta poco probable observarlas directamente, razón por la cual su detección ha de ser realizada en base a sus manifestaciones externas.

**En esta fase de detección se trata de reconocer o identificar una serie de indicadores físicos y comportamentales –en el menor y en el cuidador– que pueden estar presentes en las diferentes formas de malos tratos a la infancia, y que por lo tanto llevan a la sospecha o señalan la posible situación de riesgo/maltrato.**

En suma, podemos entender los indicadores como aquellas situaciones, señales, signos o conductas de los menores y de sus familias que, en muchas ocasiones, encienden la alarma sobre una posible situación de maltrato.

## PROBLEMAS MÁS FRECUENTES EN LA DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN

Entre los problemas que pueden surgir a nivel familiar encontramos casos de separación y divorcio donde los menores son utilizados por un progenitor para descargar su ira y denunciar al otro progenitor de malos tratos de diversa índole. También se dan casos de menores que denuncian a sus padres porque exigen disciplina, a su modo de entender extrema o injusta.

En cuanto al tipo de población en el que se producen los incidentes se constata que si en la población donde se produce la situación todos se conocen, los vecinos o familiares más o menos cercanos tienen miedo a inmiscuirse, o piensan que no deben hacerlo. Además, en estos contextos es más fácil la presencia de falsas creencias acerca del maltrato que dificultan la detección. Otro hecho que puede entorpecer la detección es la dificultad de algunos sectores de población para identificar al profesional sanitario como una figura que puede proporcionar información, protección y seguridad.

Centrando nuestra atención en problemas que puedan tener lugar en la detección en el mismo nivel sanitario, encontramos algunos como los siguientes:



- A veces, la duda ante las evidencias observadas puede paralizar la detección. Ante cualquier sospecha es mejor actuar, nunca inhibirse. Aún a riesgo de cometer una equivocación, siempre es mejor un "falso positivo" que no hacer nada, ya que hay que tener presente que el menor está indefenso. Además, la probabilidad de cometer un error disminuye al realizarse la notificación del caso no en solitario, sino conjuntamente con el coordinador del centro o jefe de servicio, médico y/o enfermera que habitualmente atienden al menor y la trabajadora social del centro sanitario.

- Es habitual pensar en la posibilidad de represalias por parte de los padres al ser informados de la notificación. No obstante, la mayoría de los padres que maltratan no se enfrentan, ni agreden directamente a otros adultos. Aunque algunos de ellos pueden gritar y amenazar, no suelen llegar más lejos. Además, hay que tener presente que la notificación no la realiza un profesional en concreto, sino el centro sanitario.

- En ocasiones, al igual que le ocurre a otros profesionales, la dificultad se encuentra en el desconocimiento de qué es lo que se debiera de hacer. La existencia de protocolos de actuación como el que se proporciona en este manual permite solventar este problema.

A lo anteriormente expuesto podemos añadir que notificar casos tras su detección no siempre está exento de problemas. Estas dificultades suponen barreras para comunicar la situación y, además, pueden desalentar al profesional para notificar futuros casos de maltrato.

Uno de los mayores obstáculos para notificar un caso son los sentimientos personales que, en general, produce informar sobre este tipo de situaciones. Aunque las reacciones de los profesionales del ámbito sanitario pueden ser de lo más variadas, se van a señalar las que suelen ser más frecuentemente manifestadas:

- La incertidumbre sobre el futuro del menor, ¿qué le pasara después de la notificación?

Muchos profesionales manifiestan sus dudas sobre qué ocurrirá una vez presentada la notificación. En general, el procedimiento es el siguiente: en primer lugar, los servicios sociales se encargan de realizar una investigación y evaluación exhaustiva de la situación notificada. En segundo lugar, una vez comprobadas las circunstancias personales, familiares y sociales del caso, se valora cómo se puede ayudar al menor y si, para ello, es necesario retirarlo de su familia. Esta decisión se toma en función del riesgo para su seguridad física y emocional. Tanto si se queda en casa como si sale de ésta, se plantean cuáles van a ser las



medidas a tomar con el caso para solucionar el problema detectado.

- El temor por la propia seguridad personal ¿qué pasa si los padres vienen enfadados contra mí?

Es frecuente que los profesionales se preocupen en algunas ocasiones por su propia seguridad, especialmente en aquellos casos en los que el maltrato detectado se debe a la propia violencia de la familia. En estas ocasiones es importante que el profesional que notifica cuente con el apoyo explícito de la dirección del centro sanitario.

## INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL COMO HERRAMIENTA DE DETECCIÓN

Una característica común de los indicadores es que son observables. Éstos pueden referirse tanto a señales corporales, como a comportamientos de los menores afectados y de los adultos encargados de su cuidado.

**Los indicadores físicos del menor** hacen referencia a aquellas señales que pueden observarse en cualquier parte del cuerpo como las heridas, magulladuras, fracturas, retraso en el desarrollo, etc., o aquellas manifestaciones físicas tales como el peso, la talla, la apariencia, etc., que son resultado de conductas negligentes de los cuidadores, tales como no proporcionar una alimentación adecuada, no proporcionar afectos o cariño de forma adecuada, etc.

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

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



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

MALTRATO FÍSICO		
Indicadores físicos en el menor	Indicadores comportamentales en el menor	Conducta del cuidador
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Magulladuras o hematomas: en rostro, labios o boca; en diferentes fases de cicatrización; en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos; con formas anormales, agrupados o como señal o marca del objeto con el que ha sido ocasionado; en varias áreas diferentes indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.</li> <li>• Quemaduras: de puros o cigarrillos; quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (guante) o de los pies (calcetín) o quemaduras en forma de muñecos en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en un líquido caliente; quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas; quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).</li> <li>• Fracturas: en el cráneo, nariz o mandíbula; fracturas en espiral en los huesos largos (brazos o piernas); en diversas fases de cicatrización; fracturas múltiples; cualquier fractura en un niño menor de dos años.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cauteloso respecto al contacto físico con adultos.</li> <li>• Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran.</li> <li>• Muestra conductas extremas: agresividad o rechazo extremos.</li> <li>• Parece tener miedo de sus padres, de ir a casa, o llora al terminar las clases y dejar la escuela.</li> <li>• Dice que su padre / madre le ha causado alguna lesión.</li> <li>• Va excesivamente vestido y se niega a desnudarse ante otros.</li> <li>• Es retraído y no participa en actividades y juegos comunes.</li> <li>• Ingresos múltiples en distintos hospitales.</li> <li>• Hermanos con enfermedades raras, inexplicables o nunca vistas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad y problema de conducta del niño.</li> <li>• No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño, o éstas son ilógicas, no convincentes o contradictorias.</li> <li>• Parece no preocuparse por el niño.</li> <li>• Percibe al niño de manera negativa: malo, perverso, un monstruo.</li> <li>• Abuso de alcohol u otras drogas.</li> <li>• Intenta ocultar la lesión del niño o proteger la identidad de la persona responsable de ésta.</li> </ul>



Indicadores físicos en el menor	Indicadores comportamentales en el menor	Conducta del cuidador
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heridas o raspaduras: en la boca, los labios, encías y ojos; en los genitales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.</li> <li>• Lesiones abdominales: hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos constantes.</li> <li>• Mordedura humana: huella del adulto separación mayor de 3 cms. entre caninos.</li> <li>• Intoxicaciones: por ingestión de sustancias químicas (medicamentos).</li> <li>• Cortes o pinchazos.</li> <li>• Lesiones internas.</li> <li>• Asfixia o ahogamiento.</li> </ul>		



## NEGLIGENCIA

### Indicadores físicos en el menor

- Constantemente sucio, con escasa higiene corporal.
- Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej: heridas sin curar) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios.
- Retraso del crecimiento.
- Infecciones leves, recurrentes o persistentes.
- Consultas frecuentes a los servicios de urgencias.
- Hematomas inexplicables.
- Accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas.
- Enfermedad crónica llamativa que no ha generado consulta médica.
- Ropa inadecuada para las condiciones climáticas.
- Alimentación y/o hábitos horarios inadecuados.

### Indicadores comportamentales en el menor

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

### Conducta del cuidador

- Vida en el hogar caótica.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Muestra evidencias de apatía o inutilidad.
- Tiene una enfermedad crónica.
- Los padres no presentan el aspecto de abandono de sus hijos.
- Ejerce poca supervisión y vigilancia en sus hijos.
- Despreocupación respecto a las enfermedades de sus hijos y por su prevención (incumplimiento del calendario de vacunaciones).



## MALTRATO EMOCIONAL

### Indicadores físicos en el menor

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

### Indicadores comportamentales en el menor

- Retraso en el desarrollo emocional e intelectual, desconfianza hacia el adulto, inhibición del juego, paradójica reacción de adaptación a personas desconocidas...
- 0-2 años: excesiva ansiedad o rechazo en relaciones psicoafectivas, tímidos, pasivos, asustadizos, comportamientos negativistas o agresivos, ausencia de respuesta a estímulos sociales.
- 2-6 años: retraso del lenguaje, disminución de la capacidad de atención, inmadurez socioemocional, agresividad, pasividad en las relaciones sociales, hiperactividad.
- 6-16 años: problemas de aprendizaje y lectoescritura, ausencia de autoestima, escasa capacidad y habilidad ante situaciones conflictivas, inmadurez socioemocional,

### Conducta del cuidador

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



Indicadores físicos en el menor	Indicadores comportamentales en el menor	Conducta del cuidador
	relaciones sociales escasas y/o conflictivas, conductas compulsivas y/o de autolesión, problemas graves de control de esfínteres.	

## ABUSO SEXUAL

Indicadores físicos en el menor	Indicadores comportamentales en el menor	Conducta del cuidador
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para andar y sentarse, no relacionada con posturas inadecuadas o problemas psicomotores conocidos. Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.</li> <li>• Se queja de dolor o picor en la zona genital.</li> <li>• Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal, escoriaciones en cara interior del muslo.</li> <li>• Tiene una enfermedad de transmisión sexual.</li> <li>• Tiene la cérvix o vulva hinchados o rojos.</li> <li>• Tiene semen en boca, genitales o ropa.</li> <li>• Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano.</li> <li>• Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia).</li> </ul>	<p>Conductuales:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dice haber sido atacado sexualmente por un padre/cuidador.</li> <li>• Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales.</li> <li>• Parece reservado, rechazante o con fantasías o conductas infantiles, e incluso puede parecer retrasado.</li> <li>• Tiene escasas relaciones con sus compañeros.</li> <li>• No quiere cambiarse de ropa para hacer gimnasia o pone dificultades para participar en actividades físicas..</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extremadamente protector o celoso del niño.</li> <li>• Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador.</li> <li>• Experimenta dificultades en su matrimonio.</li> <li>• Abuso de drogas o alcohol.</li> <li>• Está frecuentemente fuera del hogar.</li> </ul>





Indicadores físicos en el menor	Indicadores comportamentales en el menor	Conducta del cuidador
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infecciones urinarias de repetición.</li> </ul>	<p>Psicosomáticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos del sueño y alimentación.</li> <li>• Dolor abdominal, cefaleas, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, sin causas claras.</li> <li>• Enuresis, encopresis.</li> </ul> <p>Psíquicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja autoestima.</li> <li>• Terrores nocturnos.</li> <li>• Depresiones crónicas, intentos de autolisis, automutilaciones.</li> <li>• Desvalorización corporal: obesidad, anorexia.</li> <li>• Problemas de conducta: fugas, fracaso escolar.</li> <li>• Promiscuidad sexual, prostitución masculina o femenina, travestismo.</li> <li>• Criminalidad (bajo forma de abusos sexuales muchas veces), violencia.</li> </ul>	



## INDICADORES DE DETECCIÓN ESPECÍFICOS DEL ÁMBITO SANITARIO

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

En función de la relación que tienen con los menores, los profesionales sanitarios tienen mayor acceso a ciertos aspectos de la vida de los menores que otros. Por ejemplo, desde la escuela se tiene un acceso privilegiado a las características de aprendizaje, de rendimiento escolar y a las características del comportamiento cotidiano de los menores. Desde los centros sanitarios, por su parte, se tiene mayor facilidad para ver indicadores físicos que pasan desapercibidos en otros ámbitos.

La clasificación de indicadores que a continuación se especifica ha sido elaborada pensando en aquellas situaciones que pueden ser más observables desde el ámbito sanitario. Hay que tener presente que el listado que se desarrolla no pretende agotar todas las situaciones que pueden relacionarse con la posible existencia de desprotección, sino que más bien debe entenderse como una guía que facilite al profesional la observación de distintas situaciones que pueden considerarse problemáticas para los menores.

Además, es conveniente distinguir entre las diferentes edades de los menores, pues dependiendo de la etapa evolutiva mostrarán unas señales de maltrato u otras. Así, el modo de manifestar una situación de desprotección será cualitativamente diferente, por ejemplo, en un niño de 5 años, con sus limitaciones cognitivas y sus habilidades socio-emocionales concretas, que de otro menor de 14 años, en pleno desarrollo adolescente.



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

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

TOCOLOGÍA / EAP (MÉDICO, MATRONA, ENFERMERA...)	NEONATOLOGÍA / EAP (PEDIATRA, MATRONA, ENFERMERA...)	CONSULTA (EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo abocado inicialmente a interrupción voluntaria.</li> <li>• Planteamientos de ceder al niño para adopción.</li> <li>• 1.ª visita médica &gt; 20 semanas de gestación.</li> <li>• Menos de 5 consultas médicas durante el embarazo.</li> <li>• Parejas jóvenes con características de inmadurez.</li> <li>• Pobre autoestima, aislamiento social o depresión, enfermedad mental en los padres.</li> <li>• Crisis familiares múltiples.</li> <li>• Hijo no deseado o poca relación con los padres.</li> <li>• Enfermedad mental en los padres, toxicomanía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La madre no está alegre con el niño.</li> <li>• Decepción por el sexo.</li> <li>• Llantos del niño no controlados por la madre.</li> <li>• Expectativas de la madre muy por encima de las posibilidades del hijo.</li> <li>• La madre ignora las demandas del niño para ser alimentado.</li> <li>• La madre siente repulsión hacia las deposiciones.</li> <li>• Falta de ilusión al ponerle el nombre.</li> <li>• Reacción negativa del padre hacia el niño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incomparecencia a consultas ambulatorias.</li> <li>• Insistencia en ingresos hospitalarios.</li> <li>• Inadecuación de las dietas no justificables.</li> <li>• Inadecuación del vestuario a la climatología.</li> <li>• No seguimiento de tratamientos: vacunación.</li> <li>• Retrasos inexplicables de crecimiento / maduración.</li> <li>• Engaños familiares en temas de salud, sociales...</li> <li>• Repetición de accidentes.</li> <li>• Actitud temerosa hacia sus padres.</li> </ul>
HOSPITAL	URGENCIAS	SALUD MENTAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familias que abandonan al niño sin justificación, se preocupan más de la televisión o las relaciones sociales que por el cuidado del niño.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retraso en acudir al centro sanitario.</li> <li>• Prisas por atención médica por accidentes mínimos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastornos del desarrollo: aprendizaje, habla, emocional, retraso mental, fracaso escolar...</li> </ul>



- Padres que realizan visitas de escasa duración.
- Falta comparecencia a hablar con los médicos.
- No aportar datos escritos de otros ingresos.
- Formas de corrección agresiva negligente en público.
- Comentarios del niño de actuaciones de los padres.
- Adaptación del niño al hospital demasiado fácil o precoz.
- Expresar deseos de no regresar a su domicilio.
- Solicitud de alta voluntaria en contra del criterio médico.
- Lesiones incoherentes con el mecanismo explicado.
- Empeoramiento de enfermedades crónicas no tratadas.
- Accidentabilidad por negligencias familiares.
- Dificultad para sacar ropa interior del niño.
- Acudir a distintos centros hospitalarios.
- Manifestaciones conductuales inexplicables.
- Actitudes de autoestimulación o autoagresivas.
- Dificultad de sociabilización en presencia de la familia.
- Psicósomáticos y funcionales: cefaleas, enuresis, encopresis, trastornos del sueño, anorexia, bulimia...
- Conductuales: masturbación compulsiva, juegos sexuales inapropiados para su edad, aislamiento, retraimiento, agresividad, fugas del hogar, conducta antisocial, hiperactividad...
- Psiquiátricos: automutilación, autolisis, psicosis...
- Neuróticos: estructuras obsesivas, fobias, depresión, ansiedad, regresión...



## LESIONES DE PIEL Y MUCOSAS

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



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



## FRACTURAS

<b>Extremidades</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Múltiples en distintos estadios evolutivos.</li><li>• Diafisarias en espiral u oblicuas.</li><li>• Metafisarias en "asa de cubeta" o en "esquina" secundarias a mecanismo de torsión y tracción simultáneo.</li><li>• Despegamiento subperióstico por hemorragia subperióstica.</li><li>• Formación de nuevo hueso subperióstico aparecido a los 7-10 días en forma de calcificación lineal.</li><li>• Fractura, luxación y desplazamiento epifisario.</li><li>• Cojera, acortamiento, deformación y desviación de extremidades como secuela.</li></ul>
<b>Cráneo</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Múltiples, bilaterales, cruzando las suturas, a veces conminutas, con hundimiento, o "diastadas", asociadas o no a hematoma subdural y/o hemorragias retinianas.</li></ul>
<b>Costillas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Múltiples, adyacentes, frecuentes en región posterior o lateral.</li></ul>

## SÍNDROME DEL NIÑO ZARANDEADO

La cabeza del bebé, al ser zarandeado, va bruscamente hacia delante y hacia atrás (la cabeza es muy pesada y los músculos del cuello muy débiles), golpeando el cerebro contra las paredes del cráneo lo que, fácilmente, provoca hemorragias, hematoma subdural sin fractura concomitante, hemorragia retiniana, que pueden causar lesiones cerebrales, ceguera total o parcial y/o retraso mental.



## INTOXICACIONES

Daño físico o que ponga en peligro la salud del niño por ingestión de compuestos o sustancias químicas (medicamentos)

Síntoma guía	Síntoma acompañante	Medicamento
<b>Coma, obnubilación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extrapiramidal, hipotermia.</li> <li>• Ataxia, hiporreflexia.</li> <li>• Fetor enólico.</li> <li>• Hipertonía, hiperreflexia.</li> <li>• Color rosáceo de piel.</li> <li>• Hiperventilación.</li> <li>• Miosis, depresión respiratoria, hipotensión.</li> <li>• Sudoración fría.</li> <li>• Midriasis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barbitúricos, neurolépticos, fenotiazinas.</li> <li>• Benzodiazepinas.</li> <li>• Metanol, etilenglicol.</li> <li>• Inhibidores monoamino oxidasa (IMAO).</li> <li>• Monóxido de carbono.</li> <li>• Ácido acetil salicílico, etilenglicol, metanol.</li> <li>• Opiáceos, heroína.</li> <li>• Insulina.</li> <li>• Antidepresivos tricíclicos.</li> </ul>
<b>Agitación, delirio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Midriasis, mucosas secas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticolinérgicos, antihistamínicos.</li> </ul>
<b>Convulsiones generalizadas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudoración.</li> <li>• Midriasis.</li> <li>• Sed.</li> <li>• Arritmias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Insulina.</li> <li>• Cocaína.</li> <li>• Hiponatremia, hipernatremia.</li> <li>• Simpaticomiméticos IMAO.</li> <li>• Antidepresivos tricíclicos.</li> </ul>
<b>Hiperventilación</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Midriasis, hipoglucemia, acidosis metabólica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metanol, etilenglicol, simpaticomiméticos, ácido acetil salicílico.</li> </ul>
<b>Arritmias</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Digital, IMAO, simpaticomiméticos.</li> </ul>
<b>Vómitos</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eméticos (ipecacuana).</li> </ul>





## SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODERES

Consiste en provocar o inventar síntomas en los niños que induzcan a someterlos a exploraciones, tratamientos e ingresos hospitalarios innecesarios

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



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



## VALORACIÓN INICIAL DE LA SITUACIÓN DE DESPROTECCIÓN

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

Es necesario recordar la diferencia entre la valoración del caso realizada por los servicios sociales y aquella que el ámbito sanitario debe realizar, y que básicamente consiste en aplicar los criterios que determinan la URGENCIA del caso y que condicionarán el paso siguiente de la actuación sanitaria. Así, la derivación y notificación del caso a los agentes sociales con competencias en materia de protección, dependerán en gran medida de la gravedad y la urgencia de la situación detectada.

Normalmente la valoración de la urgencia es un proceso intuitivo asociado generalmente al concepto de gravedad. No obstante es conveniente que todos los profesionales compartan el mismo concepto, de forma que se prioricen las actuaciones o derivaciones que garantizarán la mejor atención del menor.

Dado que el concepto de urgencia debe depender de unos criterios claros y estar lo menos contaminado posible de aspectos subjetivos, presentamos a continuación una definición de urgencia y unos criterios orientativos asociados a éste y que son la gravedad y el riesgo.

Una situación urgente es aquella en la que la vida del menor corre peligro o en la que su integridad física y psicológica se encuentran seriamente comprometidas. Se trata de aquellos casos en los que existe un peligro inminente para la salud y la vida de un menor, o de los casos en los que existe la sospecha de que se está padeciendo un abuso sexual.

**En definitiva, una situación será urgente cuando la gravedad del maltrato que presente el menor sea alta y cuando exista una alta probabilidad de que dicho maltrato vuelva a repetirse.**



## VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD

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

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

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

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

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

- ✓ **Cronicidad y frecuencia.** El daño o la situación de desprotección viene presentándose desde hace tiempo y ocurre con regularidad.
- ✓ **Accesibilidad del perpetrador al menor.** Habrá mayor probabilidad de que se vuelva a producir el daño o situación de desprotección si el causante o responsable está cerca del menor (si, por ejemplo, es su padre, y convive en el mismo domicilio), que si es un desconocido.



- ✓ **Características comportamentales del menor.** La existencia de posibles problemas de comportamiento o emocionales del menor, puede hacer que los padres se desborden e intenten controlar los problemas de su hijo a través de una disciplina extrema.
- ✓ **Tipo de relación del cuidador principal con el menor.** Habrá menos probabilidad de que se vuelva a producir algún tipo de incidente si el tipo de relación del cuidador principal con el menor es de protección, seguridad y accesibilidad.
- ✓ **Características de los padres o cuidadores principales.** Existen ciertas características de los padres o cuidadores que pueden perjudicar al menor como, por ejemplo, las capacidades físicas o mentales limitadas, el abuso de drogas o alcohol, tener una conducta violenta o antisocial, etc.
- ✓ **Características del entorno familiar.** El entorno socio-familiar del menor puede o no ser protector en función del bajo o alto nivel de estrés, respectivamente. Entre las características de un entorno perjudicial, que pueden incrementar la probabilidad de que se repita un incidente de maltrato, se pueden citar como ejemplo, los problemas de relación de pareja o la existencia de violencia doméstica, las malas condiciones del hogar, los problemas económicos, el aislamiento social de la familia, etc.

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





## PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN SEGÚN LA URGENCIA DEL CASO

"¿Qué hacer ante un caso de desprotección infantil?" vendrá determinada por la magnitud e intensidad de la desprotección observada, de forma que las acciones o procedimientos a seguir serán distintos en función de la urgencia de respuesta que requiera el caso. Para valorarla se tendrán en cuenta los criterios de gravedad y probabilidad de que el maltrato vuelva a producirse, ya expuestos.

A continuación se explicarán los dos procedimientos básicos de actuación que competen al conjunto de profesionales del ámbito sanitario cuando detectan un posible caso de maltrato infantil: el procedimiento de actuación ante situaciones no urgentes y el procedimiento de actuación ante situaciones urgentes. En ambos casos la trabajadora social del centro sanitario, o en su defecto el coordinador o jefe de servicio, comunicará la situación detectada a los Servicios Sociales de Atención Primaria si la situación no es urgente -o a los Servicios Sociales de Atención Especializada si la situación es urgente- mediante la correspondiente **hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario**.

### PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES NO URGENTES

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

La notificación se realizará mediante el ejemplar para la intervención de la hoja de notificación, pudiendo contactar además telefónicamente. En los casos que la situación detectada coincida con un horario no compatible con el horario laboral de estos servicios, la notificación será pospuesta para cuando puedan localizarse. En el Anexo I se muestra un listado de los Servicios Sociales de Atención Primaria.

La recomendación general es notificar siempre la situación, aunque se trate de una simple sospecha, ya que situaciones aparentemente más leves pueden esconder otras de mayor



gravedad, o bien situaciones leves puedan desembocar en otras más graves si no se interviene a tiempo. Por esta razón, a pesar de que la situación no sea considerarse urgente es necesario intervenir con la familia, ya que de no abordarse podría llegar a ser perjudicial para el menor.

## PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE SITUACIONES URGENTES

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

En estos casos la respuesta desde el centro sanitario debe ser lo más ágil posible, comenzando el procedimiento realizando la interconsulta e, inmediatamente, tras realizar la valoración de urgencia, para asegurar una intervención rápida y segura **se notificará el caso a:**

- ✓ **La Dirección General de Familia y Menor**, mediante el ejemplar para la intervención de la hoja de notificación, debiendo contactar además telefónicamente. Posteriormente también se puede informar o enviar una fotocopia del ejemplar para la intervención a los Servicios Sociales de Atención Primaria, para que tengan constancia del caso.

- ✓ **Los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad**, avisándoles por teléfono o personándose en sus dependencias. Según donde esté el centro sanitario, estos agentes pueden ser distintos: Cuerpo Nacional de Policía y Cuerpo de la Policía Local en zonas urbanas y Cuerpo de la Guardia Civil y Cuerpo de la Policía Local en zonas rurales.

- ✓ **El Juzgado de la zona**, interponiendo una denuncia.

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

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

**La segunda forma de proteger al menor consiste en trasladarlo a un centro de protección de menores, previa comunicación al juez y/o al servicio de protección de menores** en aquellos casos que no sea necesaria la atención médica inmediata. Este traslado





será realizado por profesionales de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad. En la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia existen distintos tipos de centros de protección que acogen temporalmente a los menores cuando no pueden estar con sus familias. No obstante, son sólo los Centros de Primera Acogida de Menores a los que se recurrirá en una situación de urgencia. En el Anexo II se proporciona la localización y teléfono de éstos.

Sin ánimo de ser exhaustivos, ya que las situaciones de urgencia pueden ser muchas, a continuación se ejemplifican algunas de ellas, con el objetivo de que puedan ser identificadas con mayor facilidad:

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

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

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

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

- ✓ UNA COPIA para el EXPEDIENTE SANITARIO.



✓ **OTRA** para la **INTERVENCIÓN** (dirigida a los Servicios Sociales Municipales en el procedimiento de actuación no urgente y a la Dirección General de Familia y Menor – Servicio de Protección de Menores – Sección de Protección y Tutela en el procedimiento de actuación urgente).

✓ **OTRA** para el **CENTRO DE REGISTRO DE DATOS DE LA COMUNIDAD** (ejemplar con franqueo pagado para la Asesoría de Información y Estudios).

Comienza presentando la categorización de "sospecha" o "maltrato".

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

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

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

## ¿QUÉ HACER TRAS LA NOTIFICACIÓN DEL CASO?

La intervención del ámbito sanitario no siempre finaliza con la derivación y notificación del caso al sistema judicial o a los servicios sociales. De hecho, hay una labor de seguimiento directo o indirecto del caso. Si bien el seguimiento exhaustivo de los casos y de la intervención seguirá siendo competencia específica de los servicios sociales, la aportación de información de los profesionales sanitarios tras la notificación será fundamental.

Así, puede ser de gran ayuda para los profesionales que dirigen la intervención, conocer si se siguen observando los indicadores que motivaron la notificación u otros relacionados con la desprotección del menor no apreciados al principio.

Además, tras la notificación es necesaria la coordinación de todos los profesionales que intervienen en los casos de desprotección infantil. Gracias a la coordinación se puede evitar,



sin merma de las garantías procesales, asistenciales y de protección, que las actuaciones que se lleven a cabo con el menor sean solamente aquellas estrictamente necesarias, y evitar así la repetición de diligencias, declaraciones y exploraciones del menor, que agraven su delicada situación emocional y su victimización.

En el Anexo IV presentamos un gráfico en el que se muestra esquemáticamente el protocolo de actuación del ámbito sanitario.

### PROTOCOLO DE COORDINACIÓN ENTRE EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA Y EL SERVICIO DE PROTECCIÓN DE MENORES, PARA SUPUESTOS DE DESPROTECCIÓN INFANTIL.

Los supuestos de desprotección infantil son únicamente el aspecto emergente de un fenómeno cuyas dimensiones exactas no se conocen. La gravedad de las situaciones detectadas exige la adopción de medidas que faciliten la detección precoz de los casos. La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Dirección General de Familia y Menor y concretamente, del Servicio de Protección de Menores desarrolla una labor fundamental instrumentando la tutela de menores en situación desamparo.

Siendo importante esta labor, resulta imprescindible la implicación del resto de Organismos de la Comunidad Autónoma desde sus propias competencias, favoreciendo una intervención global sobre el problema. Contemplar los diferentes aspectos del mismo e integrar los distintos recursos para una actuación complementaria evitará duplicidades, mejorará los procesos y aumentará la calidad de los servicios prestados.

El área de hospitalización de los Servicios de Maternidad y Neonatología del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" resulta un lugar privilegiado para observar la conducta del recién nacido, comportamiento familiar, inter-relación niño-familia, adaptación de la familia a los límites y normas sociosanitarias impuestas, atención prestada al cuidado sanitario, etc. Esta observación es posible por el trabajo interdisciplinar de los profesionales sanitarios, que abarca no sólo el cuidado del niño sino también la información socio-sanitaria y la enseñanza a los padres.

Los profesionales de la salud han evidenciado a lo largo de su práctica clínica, que los factores de riesgo biológico están muy relacionados con factores sociales y la labor por ellos desarrollada se ve seriamente dificultada, si no va unida a otras intervenciones más globales que den una respuesta adecuada a esas necesidades.



A su vez, la intervención precoz en las Áreas de Maternidad y Neonatología, aunque fundamental, no tendría ninguna eficacia sin una continuidad a su labor por otros dispositivos más próximos al núcleo convivencial del niño/a, que realicen un seguimiento más detallado para ofrecer recursos que puedan ayudar a solucionar el problema detectado.

En este contexto, y debido al número de partos y menores atendidos que se producen, se ha evidenciado como necesario la realización de un protocolo conjunto y coordinado de actuación entre la Dirección General de Familia y Menor y el Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca".

Por ello, y en cumplimiento de los artículos 13 y 14 de la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil; del 172 del Código Civil y del artículo 13 de la Ley 3/1995, de 21 de marzo de la Infancia de la Región de Murcia, se establece el siguiente

## PROTOCOLO DE COORDINACIÓN

### 1. Comunicación entre las entidades implicadas.

- 1.1 Todas las comunicaciones y notificaciones necesarias para la iniciación y tramitación de los procedimientos de protección al menor en los supuestos de desamparo que pudieran producirse, se articularán directamente a través de la Unidad de Trabajo Social del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, y de los Técnicos de la Sección de Protección y Tutela, del Servicio de Protección de Menores.
- 1.2 Los distintos profesionales (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería...) que por razón de su cargo tengan conocimiento de hechos que pudieran afectar a la valoración de un supuesto concreto de desamparo los trasladarán, a través de la Supervisión de enfermería a la Unidad de Trabajo Social del Hospital y esta, al Servicio de Protección de Menores.

### 2. Entrega voluntaria del menor.

- 2.1 En los supuestos en que la madre exprese su voluntad expresa de entrega del hijo no nacido, resultará obligado efectuar la correspondiente comparecencia, que se documentará en el correspondiente Acta, al objeto de que quede constancia, formalmente por escrito, de su voluntad de darlo en adopción. Si dicha comparecencia se realiza ante el Servicio



de Protección de Menores, éste deberá informar al Hospital para su conocimiento, mediante la cumplimentación del Modelo 1. Si el acto de comparecencia se realizara en el Hospital, deberá éste remitir el correspondiente Acta levantada al efecto al Servicio de Protección de Menores, mediante la cumplimentación del Modelo 2, a los oportunos efectos de protección y tutela del menor. En el acto de la comparecencia, se informará a la madre de la obligación de ratificar la decisión expresada de entrega en adopción del menor en el plazo de un mes desde la firma de su solicitud en tal sentido y de que, de existir padre del menor reconocido, deberá también declarar su conformidad de entrega del menor, mediante su firma en el documento de entrega voluntaria, Modelo 4 en el mismo plazo.

- 2.2 Cuando la madre exprese su intención de entregar al hijo una vez haya nacido, se deberá efectuar, igualmente y en el mismo plazo, la mencionada comparecencia, y en la que expresará su voluntad de entrega en adopción del menor, remitiéndose el documento correspondiente al Servicio de Protección de Menores para su conocimiento, Modelo 3. En el acto de la comparecencia, se informará a la madre de la obligación de ratificar la decisión expresada de entrega en adopción del menor en el plazo de un mes desde la firma de su solicitud en tal sentido y de que, de existir padre del menor reconocido, deberá también declarar su conformidad de entrega del menor, mediante su firma en el documento de entrega voluntaria, Modelo 4 en el mismo plazo.
- 2.3 Si la madre, y en su caso, el padre, fuesen menores de edad no emancipados, deberán dar el consentimiento los padres o tutores de éstos (Modelos 5, 6 y 7). En caso de conflicto, se remitirá al Juzgado competente.

### **3. Asunción de la tutela del menor con carácter previo al nacimiento.**

- 3.1 Dictada resolución por la que se decide asumir la tutela del menor por el Servicio de Protección de Menores en momento anterior al del nacimiento, y siempre que fuera posible, se efectuará trámite de audiencia a los padres justificando la decisión adoptada e informando de los motivos por los que la Administración procede a asumir la tutela del hijo que va a nacer, así como de su derecho a recurrir dicha Resolución, Autoridad competente para conocer del recurso y plazo para interponerlo. Dicho trámite de Audiencia, que se documentará en el correspondiente Acta, deberá remitirse al Hospital para su constancia.



- 3.2 Si no fuera posible la realización del trámite de audiencia con anterioridad al ingreso de la madre en el Hospital, o al nacimiento del hijo, un Técnico de Apoyo de la Sección de Protección y Tutela se desplazará al Hospital para efectuar la comparecencia, notificando a la madre toda la información sobre el contenido de la resolución dictada, justificación y motivos de la asunción de la tutela con la indicación del recurso, Autoridad competente ante quien interponerlo y plazo para su interposición. Si no fuera posible la celebración de la comparecencia de audiencia de la madre por motivos sanitarios encontrándose ingresada, existiendo padre reconocido, se citará a éste en el Servicio de Protección de Menores para el cumplimiento del referido trámite de audiencia. Se procurará dejar, a disposición del Hospital, constancia de la información dada con carácter previo a la retirada del menor del centro hospitalario.
- 3.3 En los supuestos en que haya de asumirse la tutela por el Servicio de Protección de Menores en el momento del nacimiento, se enviará anticipadamente por el Servicio de Protección de Menores el correspondiente Oficio al Hospital, a fin de advertir esta circunstancia, si el nacimiento se produjera en el citado Hospital. (Modelo 8).
- 3.4 Si se confirmase el ingreso de la madre o el nacimiento del menor en el Hospital, se informará al Servicio de Protección de Menores en el menor tiempo posible, a fin de iniciar el correspondiente procedimiento.
- 3.5 En cualquier supuesto de que acuda al Hospital una mujer en estado de gestación, detectándose indicadores de maltrato prenatal (intencionalidad de interrumpir el embarazo fuera de los supuestos legales, consumo de sustancias tóxicas etc.), será el Hospital quien deberá notificar al Servicio de Protección de Menores dicha circunstancia, a los efectos de iniciación del procedimiento que corresponda.
- 3.6 Se procurará por parte del Hospital facilitar un espacio cerrado para la realización del trámite de audiencia, garantizando, en todo caso, la intimidad de la madre. Si fuere necesario se solicitará apoyo del Servicio de Seguridad del Hospital.
- 3.7 En el supuesto de que no se haya podido informar a la madre previamente de los motivos por los que se ha asumido la Tutela, se encuentre ingresada y no sea posible el desplazamiento de un Técnico, se remitirá por parte del Servicio de Protección de Menores la correspondiente citación, que será entregada a la madre en el Hospital (Modelo 9).



- 3.8 En el momento de tener conocimiento de la fecha prevista del "Alta Hospitalaria" del menor, el Hospital lo comunicará al Servicio de Protección de Menores por fax. Si el alta es recibida por el Servicio de Protección de Menores antes de las 11:00 horas, se intentará la recogida del menor en ese mismo día. En otro caso, y de recibir el alta entre las 11:00 y las 15:00 horas, se recogerá al menor en el día siguiente.
- 3.9 Para la recogida del menor del Hospital, si fuese necesario, se solicitará el apoyo del Servicio de Seguridad. De no ser esto suficiente para poder llevar a efecto la recogida, se solicitará la colaboración del Cuerpo Nacional de Policía.
- 3.10 En el momento de la recogida del menor del Hospital, se entregará al Técnico del Servicio de Protección de Menores el Informe Médico de Alta correspondiente, donde deberá indicarse por el facultativo responsable, de ser posible, la evolución, tratamiento y pautas a seguir. Igualmente se le entregará el correspondiente Certificado de nacimiento para la inscripción en el Registro Civil.

#### **4. Ingresos de menores con indicadores de maltrato grave**

- 4.1 Cuando por parte del Hospital se tenga conocimiento de la existencia de un supuesto de sospecha de maltrato grave (físico, psíquico, o abuso sexual), se comunicará al Servicio de Protección de Menores, con Informe Social en el que conste la máxima información que sea posible recoger del menor, y de los padres o familiares (nombre, apellidos, fecha de nacimiento, DNI, pasaporte, domicilio completo, teléfonos, relato lo más detallado posible de lo sucedido y de la situación familiar), (Modelo 10), acompañado del correspondiente informe clínico sobre el estado actual, diagnóstico y pronóstico del menor.
- 4.2 De constatarse el desamparo, se remitirá al Hospital documento acreditativo de asunción de la tutela por parte de la Administración no pudiendo el menor ser retirado ni visitado por ninguna persona que no haya sido autorizada por la Administración (Modelo 11). La información clínica relativa al menor será proporcionada por el personal facultativo a los tutores del menor, ya sean los padres, acogedores o la Administración.
- 4.3 De estimarse conveniente, el Hospital pondrá en conocimiento del Juzgado de Guardia los hechos.
- 4.4 Si durante días festivos o fines de semana se produjeran situaciones urgentes que no permitan demora, se comunicarán los hechos igualmente al Juzgado.



4.5 En el supuesto de que el menor no fuera dado de alta en los días y horas de funcionamiento de las oficinas del Servicio de Protección de Menores, se procederá a la recogida del menor el primer día hábil, siguiendo el procedimiento expuesto en los párrafos anteriores

## **5. Menores nacidos con síndrome de abstinencia.**

5.1 En los supuestos de menores nacidos con síndrome de abstinencia, el informe que se remita al Servicio de Protección de Menores reflejará si los padres se encuentran o no en tratamiento de desintoxicación, si ha existido o no embarazo controlado y la situación en la que se ha producido el alta de la madre, si esta se hubiera dado.

5.2 Se deberá indicar igualmente, en caso de conocerse, con que frecuencia y en que condiciones se producen las visitas de los menores y por quienes, situación socio-familiar, económica, de vivienda, de regularidad o irregularidad en España, si existen otros menores con los padres u otros familiares, así como otros aspectos que sean aclaratorios (Modelo10)

5.3 La información será enviada al Servicio de Protección de Menores, en el menor tiempo posible antes del alta médica del menor, que tras evaluarla, remitirá al Hospital documento acreditativo de haber asumido la tutela por procedimiento de urgencia o no, por lo que, para el supuesto de asumirse, el menor no podrá ser entregado a ninguna persona que no sea autorizada por la Dirección General de Familia y Menor.

5.4 En este supuesto, y de permanecer la madre en el Hospital ingresada, se desplazará un Técnico de Apoyo para informarle de la asunción de Tutela del menor y de la situación legal de éste. Se comunicará al Servicio de Protección de Menores tan pronto como sea conocida la fecha del alta hospitalaria del menor, a fin de poder ser recogido por personal autorizado (Modelo 12).

## **6. Régimen de visitas a menores tutelados ingresados en el hospital.**

6.1 La Dirección General de Familia y Menor es el Órgano Directivo de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración competente para decidir, con carácter provisional, el régimen de visitas del menor tutelado, durante su estancia en el Hospital, por lo que las personas que pretendan ejercer este derecho deben portar documento acreditativo de estar autorizados, así como el tramo horario, que deberá coincidir con el general establecido en el servicio concreto. Una vez fijado el régimen de visitas, se comunicará al Hospital para su constancia.





6.2 Cualquier persona que quiera visitar al menor tutelado que se encuentre en el Hospital ingresado, deberá ser remitida al Servicio de Protección de Menores para la obtención de la correspondiente autorización.

## 7. Recomendaciones

7.1 En los supuestos de menores tutelados que vayan a ser sometidos inmediatamente a acogimiento residencial o familiar, se recomendará, salvo criterio en contra del facultativo, no dar lugar a la lactancia materna. Igualmente, en estos supuestos, se recomendará que la retirada del menor se realice en el mismo paritorio, en el momento del parto.

7.2 El Hospital procurará autorizar el acceso interno del vehículo correspondiente del Servicio de Protección de Menores para la recogida de un menor por los Técnicos de Protección y Tutela, mediante la parada y/o estacionamiento puntual, en una zona lo más cercana al lugar de ingreso, o en su defecto, en cualquier otra donde sea posible.

7.3 En los casos que surjan dificultades o que por su peculiaridad sean de interés general, se valorará la convocatoria de una sesión conjunta entre personal del Hospital y el Servicio de Protección del Menor a fin de analizar el caso.



## Modelo 1



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

Servicio de Protección de Menores  
Sección de Protección y Tutela

Fecha Murcia 8 de marzo de 2009.

n/ref<sup>a</sup>

- **unidad** Protección y Tutela

- **expdt** **Clave Rgt<sup>a</sup>** 3.1.1.

s/ref<sup>a</sup>

**asunto:** Comunicación nacimiento

**HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN  
DE LA ARRIXACA  
SERVICIO DE ASESORÍA JURÍDICA  
Ctra. De Cartagena s/nº. 4ª PLANTA.  
30.120- EL PALMAR**

Por la presente le informo que está previsto que D.<sup>a</sup> con nº de pasaporte natural de , de años de edad, dé a luz próximamente (finales de junio de 2009) en ese hospital y que dicha mujer ha comparecido en nuestras oficinas, manifestando su deseo de que el bebé sea entregado por este Organismo en adopción.

Todo lo cual le comunico a los efectos de que tras producirse el alumbramiento le sea separado el menor a su madre y se nos comunique de todo inmediatamente ya que ésta Dirección General asumirá la tutela del menor en el momento del nacimiento y se hará cargo de él tras su alta hospitalaria.

EL JEFE DE SECCIÓN DE PROTECCIÓN Y  
TUTELA.

Fdo.:

Travesía del Rocío, 8 (Edificio Lago) 30007 Murcia T 968 273 160 F. 968 273 197

Comunicación a hospital- Ingreso madre. 68b.




## Modelo 2



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

Servicio de Protección de Menores  
Sección de Protección y Tutela

Yo \_\_\_\_\_  
con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_ nacida el \_\_\_\_\_  
de nacionalidad \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_  
y domicilio \_\_\_\_\_  
Municipio \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Por la presente, expreso mi voluntad de hacer entrega del bebé del que estoy embarazada y cuyo parto está previsto el próximo día \_\_\_\_\_ en el Hospital \_\_\_\_\_

Soy consciente de que debo expresar por escrito mi voluntad en el momento del nacimiento e igualmente ratificar la decisión de entrega para adopción por la Administración al mes de haber nacido.

Firma de la Declarante

Fdo.:

Travesía del Rocio, 8 (Edificio Lago) 30007 Murcia T 968 273 160 F. 968 273 197

Voluntad Entrega.58a



## Modelo 3



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

Servicio de Protección de Menores  
Sección de Protección y Tutela

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Lea atentamente el documento siguiente antes de rellenarlo. No lo firme más que en el caso de comprenderlo plenamente. Tiene usted el derecho a recibir, si lo desea, una copia del presente documento.

Yo, Nombre: \_\_\_\_\_ 1<sup>er</sup> Apellido \_\_\_\_\_  
2<sup>o</sup> Apellido \_\_\_\_\_ con D.N.I. ó Pasaporte nº \_\_\_\_\_,  
nacido/a el \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_,  
con domicilio en \_\_\_\_\_,  
☎: \_\_\_\_\_, hijo/a de \_\_\_\_\_ y de \_\_\_\_\_,  
Estado Civil \_\_\_\_\_, Nacionalidad \_\_\_\_\_

DECLARO QUE:

Presto libremente, sin presión ni coacción, mi consentimiento para solicitar la entrega en adopción del menor \_\_\_\_\_, nacido el \_\_\_\_\_.

1. Soy consciente que la adopción de dicho menor tendrá como efecto el establecimiento de una filiación con los padres adoptivos.

2. He sido informada de que puedo retirar mi consentimiento hasta el \_\_\_\_\_, teniendo que ratificar la solicitud de entrega del menor para adopción por la Entidad Pública en dicha fecha y teniendo prevista la ratificación en presencia de los funcionarios de:

- Servicios Sociales de Atención Primaria.
- Hospital donde he dado a luz.
- Servicios Especializados de Protección de Menores.

Y que después de ésta, mi consentimiento será irrevocable.

3. He comprendido el sentido y el alcance de lo que precede:

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de la Declarante

Firma del Funcionario

Fdo.:

Fdo.:

Travesía del Rocío, 8 (Edificio Lago) 30007 Murcia T 968 273 160 F. 968 273 197

Declaración Consentimiento.58b




## Modelo 4



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

Servicio de Protección de Menores  
Sección de Protección y Tutela

### RATIFICACIÓN CONSENTIMIENTO

Yo, Nombre: \_\_\_\_\_ 1<sup>er</sup> Apellido \_\_\_\_\_  
2<sup>o</sup> Apellido \_\_\_\_\_ con D.N.I. ó Pasaporte nº \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, nacida el \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_, con  
domicilio en \_\_\_\_\_  
, : \_\_\_\_\_, hija de \_\_\_\_\_ y de \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, Estado Civil \_\_\_\_\_, Nacionalidad \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DECLARO: Transcurridos los 30 días desde mi consentimiento en la solicitud para la adopción. Ratifico mi consentimiento, sabiendo que después de esta fecha será irrevocable.

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma la Declarante.

Firma el Técnico.

Fdo.:

Fdo.:

Travesía del Rocío, 8 (Edificio Lago) 30007 Murcia T 968 273 160 F. 968 273 197

Ratificación Consentimiento.59



## Modelo 5



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

**Servicio de Protección de Menores**  
Sección de Protección y Tutela

### ENTREGA VOLUNTARIA DE UNA MENOR

Yo, \_\_\_\_\_, menor de edad, con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_, nacida el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_, ☎ \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_, nacionalidad \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_, ☎ \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_, nacionalidad \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_, ☎ \_\_\_\_\_

Por la presente, expresamos nuestra voluntad de hacer entrega del bebé del que está embarazada y cuyo parto está previsto el próximo día \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ en el Hospital \_\_\_\_\_.

Somos conscientes de que debemos expresar por escrito nuestra voluntad en el momento del nacimiento e igualmente ratificar la decisión de entrega para adopción por la Administración al mes de haber nacido.

Firma de los declarantes:

Firma del padre o tutor

Firma de la madre o tutora

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Firma de la menor

Firma del funcionario

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Los datos consignados en este documento serán tratados de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Carácter Personal

Travesía del Rocío, 8 (Edificio Lago) 30007 Murcia T 968 273 160 F. 968 273 197



## Modelo 6



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

Servicio de Protección de Menores  
Sección de Protección y Tutela

### DECLARACION CONSENTIMIENTO PADRES MENOR

Yo, \_\_\_\_\_, menor de edad, con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_,  
nacida el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con domicilio en  
\_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_, ☹ \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_, nacionalidad  
\_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con domicilio en  
\_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_, ☹ \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_, nacionalidad  
\_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con domicilio en  
\_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_, ☹ \_\_\_\_\_

Prestamos libremente, sin presión ni coacción, nuestro consentimiento para solicitar la entrega en adopción del menor  
\_\_\_\_\_ nacido el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ en  
el Hospital \_\_\_\_\_.

Somos conscientes de que la adopción de dicho menor tendrá como efecto el establecimiento de un afiliación con los padres adoptivos.  
Hemos sido informados de que podemos retirar nuestro consentimiento hasta el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, teniendo que ratificar la solicitud  
de entrega del menor para adopción por la Entidad Pública en dicha fecha y teniendo prevista la ratificación en presencia de los  
funcionarios de:

- Servicios Sociales de Atención Primaria.
- Hospital donde dio a luz.
- Servicios Especializados de Protección de Menores.

Y que después de ésta, mi consentimiento será irrevocable.

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma de los declarantes:

Firma del padre o tutor

Firma de la madre o tutora

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Firma de la menor

Firma del funcionario

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Los datos consignados en este documento serán tratados de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13  
de diciembre, de Protección de Carácter Personal

Travesía del Rocío, 8 (Edificio Lago) 30007 Murcia T 968 273 160 F. 968 273 197



## Modelo 7



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

Servicio de Protección de Menores  
Sección de Protección y Tutela

### RATIFICACION CONSENTIMIENTO PADRES MENOR

Yo, \_\_\_\_\_, menor de edad, con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_, nacida el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_, ☎ \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_, nacionalidad \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_, ☎ \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, con D.N.I./Pasaporte nº \_\_\_\_\_, nacionalidad \_\_\_\_\_, estado civil \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_, ☎ \_\_\_\_\_

DECLARAMOS: Transcurridos los 30 días desde nuestro consentimiento en la solicitud para la adopción. Nos ratificamos en el mismo, sabiendo que después de esta fecha será irrevocable.

Lugar: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma de los declarantes:

Firma del padre o tutor

Firma de la madre o tutora

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Firma de la menor

Firma del funcionario

Fdo.: \_\_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_

Los datos consignados en este documento serán tratados de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Carácter Personal

Travesía del Rocío, 8 (Edificio Lago) 30007 Murcia T 968 273 160 F. 968 273 197





## Modelo 8



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

Servicio de Protección de Menores  
Sección de Protección y Tutela

**Fecha** En Murcia, a de de 2009  
**n/refª**  
**- unidad** Protección y Tutela.  
**- expte.** **Clave Rgtª** 3.1.1  
**s/refª**  
**asunto:** Comunicación.

Hospital

Ruego se informe a esta Sección de Protección y Tutela en caso de que se produzca el nacimiento en ese Hospital de un bebé, hijo de Dª , con D.N.I.: y F.N.: , ya que esta Dirección General asumirá la tutela del menor en el momento del nacimiento y se hará cargo de él tras su alta hospitalaria.

El menor debe ser separado de su madre, tras el alumbramiento y no podrá ser entregado a ninguna persona que no haya sido autorizada previamente por esta Entidad Pública.

Dª ha manifestado en comparecencia de fecha de 00/00/2009 estar embarazada de 31 semanas y querer dar en adopción a su futuro hijo cuando dé a luz.

EL JEFE DE SECCION DE PROTECCION  
Y TUTELA.

Fdo.:



## Modelo 9



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

Servicio de Protección de Menores  
Sección de Protección y Tutela

**Fecha** Murcia, 26 may. 09  
**n/refª**  
**- unidad** Protección y Tutela  
**- expdt.:** clave Rgtª  
**s/refª**  
**asunto:** Citación Acto de  
Entrevista

D.

Por la presente y como interesado en el procedimiento que se sigue en este Servicio de Protección de Menores, se le convoca al **Acto de Entrevista** que tendrá lugar el próximo día \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_ en las oficinas del Servicio de Protección de Menores, sitas en Travesía del Rocío, nº 8, Edificio Lago (junto a Carrefour Atalayas) de esta capital, teléfono: 968/27.31.60. para tratar sobre el/los menor/es \_\_\_\_\_.

EL JEFE DE SECCION  
DE PROTECCION Y TUTELA.

Fdo.:

Travesía del Rocío, 8 (Edificio Lago) 30007 Murcia T 968 273 160 F. 968 273 197

Citación entrevista.12a



## Modelo 10



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

Servicio de Protección de Menores  
Sección de Protección y Tutela

### **INFORME TECNICO**

**Motivo del Informe:**

**Emitido por:**

**Dirigido a:**

#### **1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN:**

**Nº EXP:**

##### **1.1.- Relativos a los menores:**

**Nombre y Apellidos:**

**Fecha de nacimiento:      Edad:**

**Domicilio:**

##### **1.2.- Relativos a los padres:**

**Nombre y Apellidos:**

**Fecha de nacimiento:      Edad:**

**D.N.I.:**

**Domicilio:**

**C.P.:**

**Teléfono:**

##### **1.2.- Relativos a los acogedores:**

**Parentesco:**

**Nombre y Apellidos:**

**Fecha de nacimiento:      Edad:**

**D.N.I.:**

**Domicilio:**

**C.P.:**

**Teléfono:**

Travesía del Rocío, 8 (Edificio Lago) 30007 Murcia T 968 273 160 F. 968 273 197

Informe Técnico.16



## Modelo 10



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

Servicio de Protección de Menores  
Sección de Protección y Tutela

### **2.- FUENTES DOCUMENTALES**

### **3.- HISTORIA FAMILIAR**

**3.1.- Familia extensa materna:**

**3.2- Familia extensa paterna:**

**3.3.- Núcleo familiar del menor:**

**3.4.- Otros familiares:**

### **4.- SITUACIÓN FAMILIAR ACTUAL.**

**4.1.- Composición del núcleo familiar**

Nº	Nombre y apellidos	Fecha de Nacimiento	Parentesco con el menor
1			
2			
3			

**Genograma:**

**4.2.- Dinámica familiar**

**4.3- Sistemas de apoyo**

**4.4.- Situación de la vivienda**

**4.5.- Datos económicos y laborales**

**4.6.- Situación sanitaria**

**4.7.- Situación escolar**

Travesía del Rocio, 8 (Edificio Lago) 30007 Murcia T 968 273 160 F. 968 273 197

Informe Técnico.16



## Modelo 10



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

Servicio de Protección de Menores  
Sección de Protección y Tutela

### **4.8.- Conexión con redes sociales**

### **5.- DATOS REFERIDOS A LAS FAMILIAS ACOGEDORAS.**

### **6.- VALORACIÓN DIAGNÓSTICA**

#### **6.1.- Indicadores de desamparo**

### **7.- PROPUESTA**

Murcia, a \_\_\_\_\_

LA TRABAJADORA SOCIAL

Fdo:

Travesía del Rocío, 8 (Edificio Lago) 30007 Murcia T 968 273 160 F. 968 273 197

Informe Técnico.16



## Modelo 11



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

Servicio de Protección de Menores  
Sección de Protección y Tutela

, Jefe de Sección de Protección y Tutela  
del Servicio de Protección de Menores de la Dirección General de Familia y  
Menor, de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración.

### HAGO CONSTAR:

Que con fecha                    se ha asumido la tutela por procedimiento de  
urgencia del menor                    (con fecha de nacimiento / / ) y se ha  
delegado su guarda -a- en el director del centro de protección, o -b- en D  
y Dña                    .

El menor no podrá ser retirado ni visitado por persona alguna que no haya  
sido autorizada por este Organismo.

Lo que firmo a los efectos oportunos en Murcia, a    de    de 2009.



## Modelo 12



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

**Servicio de Protección de Menores**  
Sección de Protección y Tutela

, Jefe de Sección del Servicio de Protección y Tutela del Servicio de Protección de Menores de la Dirección General de Familia y Menor de la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración.

**AUTORIZO** a D. con DNI , a trasladar al menor nacido el de de tutelado por este Organismo por el procedimiento de urgencia, desde el Hospital al centro situado en .

Lo que firmo a los efectos oportunos en Murcia, a once de marzo de dos mil nueve.

Travesía del Rocío, 8 (Edificio Lago) 30007 Murcia T 968 273 160 F. 968 273 197







## BIBLIOGRAFÍA

- Arruabarrena M.I., De Paul J. "El papel del agente de policía en el abordaje del problema del maltrato y abandono infantil". Gobierno Vasco. Dirección de Bienestar Social. 1988.
- Casado Flores J., Díaz Huertas J.A., Martínez González C. (dir). "Niños maltratados". Madrid. Díaz de Santos. 1998.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. "Maltrato infantil: protocolos de actuación". Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Dirección General de Familia y Menor. Segunda edición revisada y actualizada. 2008.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Manual para el profesional "Atención al maltrato infantil desde el ámbito de los cuerpos y fuerzas de seguridad". Consejería de Trabajo y Política Social. Secretaría Sectorial de Acción Social. Dirección General de Familia y Servicios Sectoriales. 2005.
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Manual para el profesional "Atención al maltrato infantil desde el ámbito educativo". Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración". Dirección General de Familia y Menor. 2007.
- Díaz Huertas J.A., Casado Flores J., García E., Ruiz M.A., Esteban J. (dir). "Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid". Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 1998.
- Díaz Huertas J.A., Esteban J., Romeu F.J., Puyo C. et al. "Maltrato infantil: Detección, notificación y registro de casos". Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2001.
- Díaz Huertas J.A., et al. "Atención al maltrato infantil desde los Servicios Sociales". Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 2002.
- Equipo de Familia del Ayuntamiento de Abarán (Murcia). "Guía para la detección del maltrato infantil y protocolos de actuación en el ámbito escolar".
- Gobierno de la Rioja. Juventud, Familia y Servicios Sociales. Familia y Acción Social. "Detección, notificación y registro de casos de maltrato infantil desde los servicios educativos". 2003.



- Gómez E., Agudo MJ. "Guía para la atención al maltrato infantil desde los servicios policiales". Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad, Consumo y Servicios Sociales. 2002.
- Gómez Pérez, E. "Guía para la Atención al Maltrato Infantil". Servicio de publicaciones de la Universidad de Cantabria. 2002.
- Govern de les illes Balears. Conselleria de Bienestar Social. Direcció General de Menors. "Maltractament infantil. Guia per a mestres"
- Grupo de trabajo sobre maltrato infantil del Observatorio de la Infancia. "Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos". Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Dirección General de Acción Social, del Menor y de la Familia. 2001.
- Junta de Castilla-León. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Gerencia de Servicios Sociales. "Guía de detección y notificación ante situaciones de desamparo y de riesgo en la infancia". 1998.
- Kempe R.S., Kempe C.H. "Niños maltratados". Morata. 1979.
- López Sánchez, Félix. "Necesidades de la infancia y protección infantil. Fundamentación teórica, clasificación y criterios". Publicado por el Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. 1995.
- López Sánchez, Félix. "Necesidades de la infancia y protección infantil. Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores". Publicado por el Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid. 1995.
- Oñorbe M., García Barquero M., Díaz Huertas J.A. (dir). "Maltrato infantil: prevención, diagnóstico e intervención desde el ámbito sanitario". Consejería de Salud. 1995.
- Paul J., Arruabarrena M.I. "Manual de protección infantil". Masson. 1996.
- Paul Ochotorenea, M. Ignacia y Bárbara Torres. "Guía de actuación ante situaciones de Maltrato y Abandono Infantil. Detección / Notificación, Investigación y Evolución". Publicado por el Ministerio de Asuntos Sociales. 1996.
- Romeu Soriano, F.J. (coordinador). "El papel del ámbito educativo en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil". Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social. 2002.



- Romeu Soriano, F.J. (coordinador). "El papel del ámbito policial en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil". Generalitat Valenciana. Conselleria de Bienestar Social. 2002.
- Varios. "Protocolo de actuación para los procedimientos judiciales por malos tratos físicos, psíquicos y delitos contra la libertad sexual de los menores". Jutjats XLVI. Servicio de publicaciones del Decanato de Valencia. Octubre. 1996.
- Varios. "II Congreso estatal sobre infancia maltratada". Vitoria-Gasteiz. Gobierno Vasco. Departamento de Trabajo y Seguridad Social. 1993.
- Varios. "VII Congreso estatal sobre infancia maltratada". Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Familia y Asuntos Sociales. 2004.







## ANEXO I: CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES

### DIRECTORIO MUNICIPAL DE CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES

#### Centros de Servicios Sociales Municipales

##### ÁGUILAS

AYUNTAMIENTO DE ÁGUILAS

C/. Floridablanca, n.º 6, 1.ª planta - 30880 - Águilas  
968 41 88 53 - Fax: 968 44 76 70 968 41 01 00

##### ALCANTARILLA

AYUNTAMIENTO DE ALCANTARILLA

C/. Mayor, s/n (encima pza. abastos) - 30820 - Alcantarilla  
968 89 80 65 (teléfono y fax)

##### LOS ALCÁZARES

AYUNTAMIENTO DE LOS ALCÁZARES

Avenida del Ferrocarril, s/n. - Los Narejos 30710 - Los Alcázares  
968 17 06 65 - 968 58 32 80 - Fax 968 58 32 81

##### ALGUAZAS

AYUNTAMIENTO DE ALGUAZAS

Plaza D. Enrique Tierno Galván, n.º 1 - 30560 - Alguazas  
968 62 00 22; Fax: 968 62 04 12

##### ALHAMA DE MURCIA

AYUNTAMIENTO DE ALHAMA DE MURCIA

C/. ISAAC ALBÉNIZ , n.º 2 (antiguo ambulatorio) - 30840 Alhama de Murcia  
968 63 18 95 - Fax Ayto: 968 63 16 62

##### CAMPOS DEL RÍO

AYUNTAMIENTO CAMPOS DEL RÍO

C/. Virgen del Carmen, n.º 3. - 30191- Campos del Río.  
968 65 01 35 - Fax: 968 65 08 00



### **CARTAGENA I**

AYUNTAMIENTO DE CARTAGENA

C/. Sor Fca. Armendáriz, s/n, Edif. La Milagrosa, n.º 1, 1.º

30202 - Cartagena

968 12 88 26 (cita previa) ; Fax: 968 12 01 77

### **CARTAGENA II**

AYUNTAMIENTO DE CARTAGENA

Avda. Nueva Cartagena, n.º 68, bajo, Urbanización Mediterráneo

30310 - Cartagena

968 53 68 92 (cita previa) - 51 04 04 - 53 63 56 (cita previa) Fax: 53 68 92

### **CEUTÍ**

AYUNTAMIENTO DE CEUTÍ

Plaza Jose Virgili, 1 - 30562 - Ceuti

968 69 01 51 - Fax: 968 69 13 73

### **CIEZA**

AYUNTAMIENTO DE CIEZA

C./ Rincón de Los Pinos, n.º 5 - bajo interior. - 30530 - Cieza

968 77 30 09 (cita previa) - Fax: 968 76 27 61.

### **JUMILLA**

AYUNTAMIENTO DE JUMILLA

C/. Cánovas del Castillo, s/n. - 30520-Jumilla

968 78 01 12 - Fax: 968 78 34 53

### **LIBRILLA**

AYUNTAMIENTO DE LIBRILLA

C/. Félix Rodríguez de la Fuente, n.º 23 - 30892 - Librilla

968 65 91 21 - Fax: 968 65 91 21

### **LORCA**

AYUNTAMIENTO DE LORCA

Plaza Carruajes, s/n. (junto Renfe) - 30800 - Lorca

968 46 04 11 - 968 46 64 64 - Fax: 968 46 41 74



## LORQUÍ

AYUNTAMIENTO DE LORQUÍ

Plaza del Ayuntamiento, n.º 1 - 30564 - Lorquí

968 69 00 01; Fax: 69 25 32

## MAZARRÓN

AYUNTAMIENTO DE MAZARRÓN

C/. Canalejas, s/n. Hogar de 3.ª Edad

30870 - Mazarrón

968 59 09 46 - Fax: 968 59 15 76

## MOLINA DE SEGURA

AYUNTAMIENTO DE MOLINA DE SEGURA

Avda. Madrid, 68 (Ed. La Cerámica) - 30500 - Molina de Segura

968 64 40 20 - Fax: 968 64 28 08

## MURCIA SUR

AYUNTAMIENTO DE MURCIA

Centro Social y Cultural, C/. Mayor, n.º 18 - 30120 El Palmar (Murcia)

968 88 43 51 - Fax: 968 88 30 77 - Cita previa: 968 35 70 07

## MURCIA NORTE

AYUNTAMIENTO DE MURCIA

C/. Escuelas, n.º 24 - Bajo - 30100 Espinardo (Murcia)

Tfno: 968 87 97 10 - Cita Previa: 968 35 70 07 - Fax: 968 83 55 52

## CIUDAD DE MURCIA

AYUNTAMIENTO DE MURCIA

Plaza Andorra de Teruel, s/n. Bajo

30002 - Murcia

968 26 20 12 - 968 26 24 55 / Cita previa: 968 35 70 07 - Fax: 968 26 20 12

## PUERTO LUMBRERAS

AYUNTAMIENTO DE PUERTO LUMBRERAS

Plaza Constitución, n.º 2 - 30890 - Puerto Lumbreras

968 40 20 13 - Fax: 968 40 24 10



### **SAN JAVIER**

C/ Párroco Cristóbal Balaguer, s/n. - 30700 - San Javier  
968 19 07 82 - Fax: 968 19 10 02

### **SAN PEDRO DEL PINATAR**

AYUNTAMIENTO DE SAN PEDRO DEL PINATAR  
Plaza Luis Molina, n.º 1 - 30740 San Pedro del Pinatar  
968 18 06 00

### **LAS TORRES DE COTILLAS**

AYUNTAMIENTO DE LAS TORRES DE COTILLAS  
Centro Municipal de Servicios Sociales  
C/. Antonio Machado n.º 70  
968 62 41 25 - Fax: 968 62 84 07

### **TOTANA**

AYUNTAMIENTO DE TOTANA  
Centro de Servicios Sociales  
C/. Real n.º1 Totana  
Centro de Servicios Sociales  
C/. Santiago, 1 - 30850 - Totana  
968 41 81 77 (cita previa teléfono: en UTS) - Fax: 968 41 81 76

### **YECLA**

AYUNTAMIENTO DE YECLA  
C/. San José, n.º 8 bajo dcha - 30510 Yecla  
968 75 0210 - 968 75 01 80 - Fax: 968 79 07 12 (Ayto.)

### **Mancomunidades de Servicios Sociales**

#### **MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES COMARCA DEL NOROESTE**

C/. Joan Miro, s/n.  
30400 - Caravaca de la Cruz  
968 70 77 34 - 968 70 30 62 - Fax: 968 70 03 65  
• Municipios de: Caravaca de la Cruz / Cehegín / Moratalla





### **MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES COMARCA ORIENTAL**

C/. Fernando Giner, 14

30140 - Santomera

968 68 16 19 - 968 86 52 15 (Ayuntamiento); Fax: 968 86 24 87.

- Municipios de: Abanilla / Fortuna / Santomera

### **MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES RÍO MULA**

C/. Hospital, s/n.

30170 - Mula

968 66 14 78 - Fax: 968 66 40 67

- Municipios de: Albudeite / Bullas / Mula

### **MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES DEL SURESTE**

Avda. Europa, n.º 2

30700 Torre Pacheco

968 33 61 74 - Fax: 968 58 50 33

- Municipios de: Fuente Álamo / Torre Pacheco / La Unión

### **MANCOMUNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES VALLE DE RICOTE**

C/. Argentina, s/n. - Apdo. Correos 127

30600 - Archena

968 67 03 72 - Fax: 968 67 29 67 / 67 01 52

- Municipios de: Abarán / Archena / Blanca / Ojos / Ricote / Ulea / Villanueva del Segura







## ANEXO II: CENTROS DE PRIMERA ACOGIDA

CENTROS DE PRIMERA ACOGIDA SEGÚN LA EDAD DE LOS MENORES QUE SE ENCUENTRAN EN SITUACIÓN DE ABANDONO POR SUS FAMILIAS O POR DECISIÓN JUDICIAL

### Menores de edades comprendidas entre los 0-5 años:

- Cuando se encuentren en los municipios del Mar Menor, Cartagena, Mazarrón y Fuente Álamo, el centro de referencia será el Centro Hogar de la Infancia de Cartagena. Teléfono: 968 51 26 23.
- Si se trata de menores que se encuentran en cualquier otro municipio de la Región, el centro de referencia será el Centro Cardenal Belluga. Teléfono: 968 21 14 59.

### Menores de edades comprendidas entre los 6-17 años:

- Cuando los menores se encuentren en cualquier municipio de la Región, el centro de referencia es el Centro de Observación y Acogida "Santo Ángel". Teléfono: 968 85 14 88.

ESTOS CENTROS PRESTAN SERVICIOS DURANTE  
LAS 24 HORAS DEL DÍA Y LOS 365 DÍAS DEL AÑO





# ANEXO III: MODELO DE HOJA DE NOTIFICACIÓN DEL ÁMBITO SANITARIO



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



Región de Murcia  
Consejería de Sanidad y Consumo



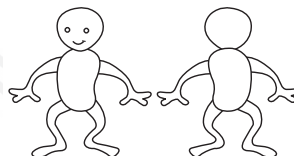
## HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

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

Sospecha   
Maltrato

### MALTRATO FÍSICO

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



Señale la localización de los síntomas

### NEGLIGENCIA

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

### MALTRATO EMOCIONAL

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

### OTROS SÍNTOMAS O COMENTARIOS:

### ABUSO SEXUAL

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

### IDENTIFICACIÓN DEL CASO

<b>Identificación del Niño</b>		Caso fatal (fallecimiento) <input type="checkbox"/>
Apellidos _____ Nombre _____		
Domicilio _____ Localidad _____ Teléfono _____		
Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____	
Acompañante: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____		
<b>Identificación del notificador</b>		Fecha de notificación (día/mes/año) _____
Centro _____		Servicio/Consulta _____
Nombre _____		Área Sanitaria _____
Profesional: Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> N° Colegiado _____		





# ANEXO IV: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DEL ÁMBITO SANITARIO

