



PROTOCOLO SANITARIO DE ACTUACIÓN

ANTE LA SOSPECHA DE MALTRATO INTRAFAMILIAR
EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Edita: Gerencia Regional de Salud

Agosto 2016

**PROTOCOLO SANITARIO DE ACTUACIÓN
ANTE LA SOSPECHA DE MALTRATO INTRAFAMILIAR
EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA**

AUTORES

**Grupo de trabajo sobre maltrato infantil de la APAPCYL (Asociación de
Pediatria de Atención Primaria de Castilla y León)**

Ignacio Ledesma Benítez

*Pediatra EAP “Benavente Norte”. Gerencia de AP de Zamora
y Coordinador del grupo de trabajo*

Mercedes Garrido Redondo

Pediatra EAP “La Tórtola”. Gerencia de At. Primaria de Valladolid Este

Begoña Sánchez González

Pediatra EAP “Eras de Renueva”. Gerencia de AP de León

Marta Esther Vázquez Fernández

Pediatra EAP “Arturo Eyries”. Gerencia de AP de Valladolid Oeste

María del Carmen de Fuentes Acebes

Pediatra de Área Puebla de Sanabria. Gerencia de AP de Zamora.

María Luisa de Frutos Pérez

Enfermera Pediátrica EAP “Laguna de Duero”. Gerencia de AP de Valladolid Oeste

María Concepción Loma Rodríguez

*Servicio de Protección y Atención a la Infancia
Gerencia de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León*

COORDINACIÓN Y APOYO METODOLÓGICO

M^a Ángeles Guzmán Fernández

Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Programas Asistenciales

Carmen Fernández Alonso

Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Programas Asistenciales

AGRADACIMIENTOS

Soledad Montero Alonso

Dirección Técnica de Planificación, Atención al Ciudadano e Investigación

M.^a Caridad Sánchez Fernández

Trabajadora social de la Gerencia de Atención Primaria de Burgos

MAQUETACIÓN

Ernesto Mitre Escribano

Dirección Técnica de Tecnologías y Sistemas de Información

El maltrato infantil es un problema que preocupa a los servicios de Salud de Castilla y León, y ya desde hace tiempo se han apoyado iniciativas para promover el buen trato a la infancia y prevenir los malos tratos en cualquiera de sus formas.

Así pues la propuesta de la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León (APAPCyL) de elaborar un protocolo conjunto fue recibida con el máximo interés y, el producto de este trabajo compartido entre APACYL, los Servicios Sociales y Sacyl, es éste protocolo.

Hoy es reconocido que el maltrato infantil es un problema de salud de primer orden y representa una importante causa de morbilidad, sobre todo en la primera infancia.

Las graves consecuencias para la salud física y mental en los niños y niñas obliga a los profesionales de la salud a intervenir, tanto para tratar de prevenir en la medida de lo posible esas situaciones, como para detectarlas precozmente y poder actuar lo antes posible, ya que las consecuencias tienen que ver además de con la intensidad y tipo de maltrato, con la reiteración y mantenimiento de la violencia.

Dentro de los malos tratos en la infancia, se identifican conductas por acción (a nivel físico, psicológico, sexual) y conductas por omisión (negligencia física, abandono emocional). La mutilación genital femenina, es otro tipo de violencia hacia las mujeres y niñas, aún tolerada o aceptada en algunas culturas. La exposición de los niños y niñas a las situaciones de violencia de género que pueden estar viviendo es su hogar, es otro de los tipos de maltrato particularmente lesivo, ya que a veces permanecen expuestos durante toda su infancia y adolescencia.

A pesar de que solo se conoce una pequeña parte de lo que se supone que existe según diferentes estudios, la prevalencia es alta (4,5% es la incidencia anual en escolares en un estudio del Centro Reina Sofía promovido por el Ministerio de Sanidad. 2011)

Es importante que los profesionales de la salud, particularmente los profesionales de la pediatría, enfermeras, medicina de familia, matronas, trabajadores sociales, se impliquen en la prevención del maltrato y en su detección temprana. El abordaje de los casos una vez desvelados es complejo y exige intervenciones multisectoriales, por ello la coordinación entre profesionales del ámbito sanitario, social, educativo, policial y judicial, es fundamental.

Este protocolo tiene una orientación eminentemente práctica, y pretende facilitar a los profesionales la identificación de casos, su valoración, la notificación



ante un caso o la sospecha del mismo, y establecer los procedimientos de actuación y coordinación tanto en el ámbito de los servicios sociales como en el sanitario. Esperamos que sea de utilidad para los profesionales y mejore la actuación ante estas situaciones de violencia contribuyendo a mejorar el desarrollo integral de los niños y niñas de Castilla y León.

También confiamos en seguir en esta línea de colaboración con las sociedades científicas, en este caso con APAPCYL, a quien agradecemos sinceramente su iniciativa y su trabajo e igualmente agradecemos la colaboración de todas las personas que han contribuido a elaborar este protocolo.

Antonio María Sáez Aguado
Consejero de Sanidad de la Junta de Castilla y León



ÍNDICE

Introducción	pág. 9
Objetivos	pág. 13
Concepto y tipos de maltrato infantil	pág. 15
Detección	pág. 19
Valoración inicial	pág. 23
Procedimiento de actuación en el ámbito sanitario	pág. 27
Actuaciones desde el ámbito de los servicios sociales	pág. 36
Coordinación interdisciplinar y seguimiento	pág. 41
Anexos	pág. 43
1. Marco Legal	pág. 44
2. Consecuencias de la exposición a violencia de género en menores	pág. 47
3. Indicadores de maltrato infantil	pág. 48
4. Características de la entrevista clínica	pág. 50
5. Protocolo de actuación en caso de maltrato infantil	pág. 51
6. Hoja de notificación	pág. 52
7. Informe de los servicios sociales básicos para atención primaria	pág. 54
Direcciones y teléfonos de interés	pág. 55
Bibliografía	pág. 59



Introducción

«el profesional sanitario tiene una importante responsabilidad a la hora de establecer los mecanismos necesarios para proteger al menor objeto de malos tratos y poner la situación en conocimiento de la autoridad competente»

En nuestros días, el maltrato infantil en todas sus formas sigue constituyendo un problema de extraordinaria magnitud, representando en España la segunda causa de muerte en los primeros cinco años de vida, excluyendo el período neonatal.

A lo largo de los últimos años se ha constatado un aumento de la preocupación y la concienciación de la sociedad respecto al maltrato a la infancia. Esa mayor conciencia social respecto a la magnitud de este problema se ha traducido en la promulgación de diversas disposiciones legales (anexo 1) que han dotado a los menores de un marco legal jurídico de protección que empieza por la propia sociedad. Así, todos los ciudadanos que detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, tienen la obligación de prestar auxilio inmediato y comunicar el hecho a la autoridad o a sus agentes más próximos. En este escenario, el profesional sanitario ocupa una posición privilegiada en su prevención, detección e intervención y tiene una importante responsabilidad a la hora de establecer los mecanismos necesarios para proteger al menor objeto de malos tratos y poner la situación en conocimiento de la autoridad competente, denunciando cualquier maltrato físico, psíquico, sexual, negligencia, abandono emocional, exposición a violencia en el ámbito doméstico e incluso el maltrato prenatal, tal como recoge la legislación actual.

El contexto sanitario en el que se desarrolla cualquier acto médico, ya sea en la consulta pediátrica de atención primaria o en los servicios especializados del hospital o en los servicios de urgencia, se convierte en un lugar oportuno para la detección y para la observación de las dinámicas familiares. Por otra parte, la relación de confianza que suele tener la familia con su equipo de pediatría facilita tanto una acción preventiva-educativa como la detección de posibles casos de maltrato. Además, prácticamente la totalidad de la población acude en algún momento a los centros sanitarios o tiene contacto con su personal. Los niños menores de 5 años, que son los más vulnerables, no tienen ocasión de acudir a otros contextos normalizados como la escuela, y es la consulta el lugar con mayores probabilidades para la detección.

Para ello se debe adquirir preparación, conocimiento y disponer de protocolos de actuación y recursos que faciliten la mejora de la atención al menor maltratado, siempre con un enfoque integral y en coordinación con otros servicios externos al sistema de salud, que permitan abordar aspectos físicos, psicológicos, sociales, legales, etcétera. Por tanto el abordaje de este problema debe hacerse en equipo, de forma interdisciplinar e intersectorial, coordinada y centrada en el interés superior del menor.

En ese sentido se pronunció el Comité de los Derechos de la Infancia de las Naciones Unidas, que recomienda la instauración de protocolos de actuación conjunta en casos de maltrato infantil. A raíz de esto, el Observatorio de la Infancia



constituyó un grupo de trabajo sobre maltrato infantil con el objetivo de elaborar un protocolo que sirviera de referencia para la actuación en casos de maltrato infantil. En el año 2001 se hizo un esfuerzo por parte de todas las CCAA y ONG, de establecer un sistema unificado de detección, notificación y registro de casos, que permitiera la cuantificación y el conocimiento de la dimensión real del problema. Esta propuesta se plasmó principalmente en un modelo de hojas de notificación de los casos detectados, que facilitarían, por un lado, la atención a los mismos, y por otro, mantener sistemas de vigilancia epidemiológica.

En Castilla y León se han venido desarrollando varios programas de sensibilización sobre el maltrato y los derechos de la infancia mediante la colaboración de la Administración con la Asociación REA (Asociación castellana y leonesa para la defensa de la infancia y la juventud). Uno de ellos es el Programa de “Prevención del Maltrato en el Ámbito Sanitario”, dirigido a los profesionales sanitarios, con el fin de incrementar su participación activa en la prevención del maltrato infantil tanto denunciando los casos graves, como detectando precozmente esta situación. Sin embargo estos programas han tenido una desigual repercusión en los distintos Servicios Sanitarios.

Según los datos del sistema de protección y atención a la Infancia en Castilla y León, durante 2015 se recibieron 971 notificaciones sobre posibles casos de desprotección, de las cuales 36 procedían del sistema de salud, así mismo de los 449 nuevos expedientes abiertos en 2015, 27 lo fueron tras notificación del sistema de salud.

Ante estos datos, consideramos necesario hacer una revisión de los protocolos de actuación para facilitar el trabajo en las diferentes áreas de atención a la infancia de forma coordinada con otros ámbitos de intervención implicados, adaptándolos a los nuevos enfoques que sobre el maltrato infantil se han producido en nuestro país en los últimos años, como es el considerar a los hijos e hijas de las madres víctimas de violencia de género como víctimas singulares de esta violencia, así como lo es atender de forma especial a mujeres embarazadas en situación de vulnerabilidad social, ante posibles repercusiones en el feto y riesgo de maltrato prenatal.

En este protocolo se recogen diferentes aspectos referentes al maltrato infantil: conceptos y tipologías de maltrato, indicadores de los diferentes tipos, procedimiento de actuación para la detección, atención inicial y notificación de los casos así como la normativa legal existente en nuestro país y en nuestra Comunidad Autónoma.

En definitiva, este documento pretende facilitar la identificación de una situación de posible maltrato infantil y cómo se debe actuar ante ella, así como impulsar acciones de sensibilización y formación del profesional de los servicios médico-sanitarios y los servicios públicos en esta materia, asegurando una coordinación eficaz entre las distintas instituciones implicadas en la lucha contra el maltrato infantil.



Objetivos

**«Mejorar la
atención de los y
las menores
víctimas de
maltrato en el
ámbito familiar de
una forma
integrada y
multidisciplinar»**

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la atención de los y las menores víctimas de maltrato en el ámbito familiar de una forma integrada y multidisciplinar

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Sensibilizar al profesional sanitario sobre la repercusión de los malos tratos en la salud de los niños y niñas.
2. Facilitar la información necesaria a los profesionales sanitarios para que adquieran conocimientos que faciliten la detección del maltrato infantil y/o abuso sexual.
3. Recoger de manera ordenada y sistemática las actuaciones que se tienen que llevar a cabo en los casos de maltrato infantil por parte del personal sanitario en los diferentes niveles de atención.
4. Promover la correcta cumplimentación del Parte de Lesiones y la Hoja de Notificación realizada por los Centro Sanitarios, para que sirva de herramienta clave en el procedimiento judicial del maltrato y/o abuso sexual.
5. Coordinar la información en los Servicios Sanitarios, tanto de Atención Primaria como del Hospital, en relación con el maltrato al menor, mejorando los canales de derivación dentro de la red sanitaria y estableciendo los circuitos de comunicación adecuados.
6. Establecer circuitos para intervenir de manera coordinada con los recursos de otras instituciones, fundamentalmente servicios sociales y educación, comprometidas en la atención y asistencia a menores víctimas de maltrato para lograr una atención integral y multidisciplinar.

POBLACION DIANA

La población diana a quien va dirigido este protocolo de actuación incluye a toda la población infantil y juvenil de Castilla y León menor de 18 años.



Concepto y tipos de maltrato infantil

**«Toda forma de
perjuicio o de
abuso físico o
mental, descuido o
trato negligente,
malos tratos o
explotación,
incluido el abuso
sexual, mientras el
niño se encuentra
bajo la custodia de
los padres, de un
representante
legal o de
cualquier otra
persona que lo
tenga a su cargo»**

Convención sobre los Derechos del Niño
de Naciones Unidas

La Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas, en su artículo 19 hace referencia al maltrato infantil como

«Toda forma de perjuicio o de abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentra bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo»

Seguendo los trabajos del Observatorio de la Infancia del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad, se reconocen varias tipologías de maltrato infantil.

- 1. Maltrato físico:** cualquier acto, no accidental, que provoca o pueda provocar daño físico o enfermedad al menor o lo coloque en situación de grave riesgo de sufrirlo.
- 2. Maltrato emocional:** cualquier acción, tales como rechazar, aislar, ignorar o aterrorizar, y en general cualquier actitud hacia un menor que le provoque o pueda provocarle serios deterioros en el desarrollo emocional, social e intelectual del niño.
- 3. Negligencia:** dejar o abstenerse de forma temporal o permanente, de atender las necesidades físicas, emocionales e intelectuales del menor por parte de las personas responsables de su cuidado.
- 4. Abuso sexual :** Cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto u otro menor de 18 años, cuando éste sea significativamente mayor que el menor-víctima, como medio para obtener estimulación o gratificación sexual, ya sea del adulto, del menor o de otra persona. Se incluyen todos los delitos contra la libertad e integridad sexual.

Junto a estas tipologías básicas, se establecen otros tipos de maltrato infantil como son la corrupción, explotación laboral, maltrato prenatal, retraso no orgánico en el crecimiento, Síndrome de Munchausen por poderes y maltrato institucional¹. En base a las últimas observaciones realizadas por el Observatorio de la Infancia² y a los recientes cambios legislativos que modifican el sistema de protección a la infancia y adolescencia, se debe considerar la **exposición a la**

¹ Para descripción más detallada de estos tipos de maltrato infantil se recomienda la revisión de algunas de las citas bibliográficas (10,16)

² Ver referencia bibliográfica 14 *Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar*



violencia, especialmente la violencia de género (VG), como un tipo de maltrato infantil, ya que esta exposición amenaza e interfiere el desarrollo físico, psíquico y social de estos menores (anexo 2) tanto a corto como a largo plazo (violencia transgeneracional).

B. En función del autor o perpetrador del maltrato:

- a. **Maltrato Familiar:** aquel en el que el acto de violencia se produce por parte de los padres, tutores o familiares del menor, colocando a éste en una situación de desprotección que hace necesaria la intervención de las Instituciones competentes para garantizar la protección de menores. Este es el ámbito de actuación de este protocolo.
- b. **Maltrato Extrafamiliar:** cuando el perpetrador del acto violento procede de otros círculos de confianza del menor (ámbito educativo, actividades de tiempo libre, etc..). En esta tipología se incluirían la violencia ejercida a través de las Tecnologías de la Información y la Comunicación y la violencia entre iguales o acoso escolar. Este protocolo no se refiere a esta tipología de maltrato.

C. Según la intensidad del maltrato: La gravedad del maltrato se define en función de la frecuencia e intensidad de los indicadores y grado de vulnerabilidad del menor (no necesariamente son criterios de gravedad clínica, sino de riesgo social).

- a. **Maltrato leve o moderado:** Definido por la existencia de indicadores físicos, psicológicos y/o sociales de maltrato que se pueden abordar educativamente en el entorno sociofamiliar del menor. De este modo, el menor permanece en la familia y se realiza una intervención pedagógica de carácter preventivo desde los servicios sociales de atención primaria, sanitaria y/o educativa con los padres y/o el menor.
- b. **Maltrato grave:** Se define por la existencia de indicadores físicos, psicológicos y/o sociales de maltrato o explotación que ponen en peligro la integridad y bienestar del menor. Estas situaciones requieren una intervención con carácter urgente desde los servicios sociales especializados con competencia en protección de menores junto con los servicios sanitarios, siempre que sea necesario.

El maltrato grave puede conllevar la declaración de desamparo y, por tanto, la separación del menor de su entorno familiar.



Los servicios sociales evalúan la situación de riesgo social según el **grado de desprotección** en base a los siguientes criterios en que se encuentre el menor, que son:

- a. Situación de riesgo:** Según el art 17.1 de la ley 26/2015, se considera situación de riesgo aquella en la que, a causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, el menor se vea perjudicado en su desarrollo personal, familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos de forma que, sin alcanzar la entidad, intensidad o persistencia que fundamentarían su declaración de situación de desamparo y la asunción de la tutela por ministerio de la ley, sea precisa la intervención de la administración pública competente, para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que le afectan y evitar su desamparo y exclusión social, sin tener que ser separado de su entorno familiar. Correspondería a los casos de maltrato leve o moderado y no debe confundirse con la situación de riesgo psicosocial.
- b. Situación de desamparo:** El art 18.2 de la ley 26/2015 señala que se produce 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 estos queden privados de la necesaria asistencia moral o material. Estos casos se caracterizan porque la gravedad de los hechos aconseja la separación del menor de la familia. Se corresponde con los casos de maltrato grave.



Detección

**«Tiene que incluir
no solo situaciones
de maltrato, sino
también la
sospecha de
maltrato y las
situaciones de
riesgo que pueden
llevar a que se
produzca»**

Es la primera condición requerida para que un menor maltratado pueda ser protegido, y él y su familia reciban la ayuda que necesitan. Incluye no solo situaciones de maltrato, sino también la sospecha del mismo y las situaciones de riesgo o vulnerabilidad que pueden llevar a que se produzca. Además debe ser lo más precoz posible ya que a medida que el maltrato se cronifica las posibilidades de recuperación disminuyen.

La detección se realiza por medio de la identificación de una serie de indicadores o signos de alarma que deben alertarnos de la posible presencia de maltrato. La presencia reiterada de uno de ellos o varios, o la aparición de lesiones graves han de alertar a cualquier profesional sobre la existencia de maltrato. Las categorías de indicadores pueden ser físicos, comportamentales del niño y de conducta del cuidador. En el anexo 3 se muestran una serie de indicadores que podrían revelar la presencia de maltrato infantil.

Sin embargo, no siempre es fácil su detección:

- A veces no aparecen indicadores específicos y claros. Las lesiones compatibles con maltrato pueden ser similares a otras situaciones clínicas (traumatismos, quemaduras, problemas psicológicos, etc).
- Existe gran heterogeneidad en las manifestaciones y con frecuencia se asocian distintos tipos de maltrato (físico, emocional, negligencia física, negligencia emocional y abuso sexual).
- En algunos casos (menores de 2 años, discapacidad grave, etc.) no será posible obtener el testimonio del menor y la detección sólo puede realizarse a través de la búsqueda activa de signos y señales de alerta. En el caso de niños de mayor edad, con frecuencia pueden no entender bien su situación y no hacer evidente su problema, e incluso cuando lo hacen se les puede no creer.
- No existe un perfil de persona que maltrata. Aunque se detectan más casos en familias desestructuradas y en presencia de desórdenes mentales, el maltrato infantil se da en familias de cualquier clase social y nivel cultural.



Además de los profesionales sanitarios el maltrato puede ser detectado o sospechado por:

- Cualquier ciudadano que fuera testigo o tuviera conocimiento del presunto maltrato en el entorno del menor, incluyendo los propios niños.
- Profesionales que están en contacto con el menor: personal de servicios sociales, educadores, trabajadores sociales, agentes de las fuerzas y cuerpos de seguridad, monitores de ocio y tiempo libre, etc.
- Profesionales que detectan situaciones de violencia de género hacia la mujer y conocen la presencia de menores en el hogar en el que se está produciendo este tipo de violencia.



Valoración inicial

**«Ante la presencia
de uno o varios de
los indicadores que
puedan sugerir la
presencia de
maltrato infantil,
todo profesional
sanitario debe
realizar una
valoración inicial
de la situación del
menor»**

VALORACIÓN INICIAL

Ante la presencia de uno o varios de los indicadores que puedan sugerir la presencia de maltrato infantil, todo profesional sanitario debe realizar una valoración inicial de la situación del menor que debe incluir:

- Anamnesis y registro, en la historia clínica, de la información que justifique los indicadores que hacen sospechar el maltrato.
- Entrevista a los padres y también al niño/a presuntamente maltratado. La información que aportan los padres y sobre todo el niño es fundamental. Es importante valorar en la consulta la interacción entre los padres y, sobre todo, la del menor con sus padres. En el anexo 4 se exponen la forma de entrevista con los padres y niños o niñas ante un caso sospechoso de maltrato o situación de riesgo.
- Hacer una exploración física y psicológica, especialmente cuidadosa. El ambiente debe ser tranquilo. La exploración debe ser completa y exhaustiva en busca de posibles lesiones físicas que habrá que registrar detalladamente e incluso fotografiar. Si la exploración pudiera resultar traumática para el niño bastará con la historia clínica detallada, evitando exploraciones repetidas.
- Pueden estar indicadas la realización de exploraciones complementarias (radiografías, oftalmoscopia, TAC, analíticas, serologías, muestras de secreciones, etc.) en función de la clínica y anamnesis.
- Explorar la situación familiar (si no es conocida previamente): apoyos, problemas de pareja, monoparentalidad, convivientes, problemas sociales, mentales, si tiene hermanos, familia extensa (abuelos).

Tras realizar esta valoración inicial nos podemos encontrar con dos situaciones:

- 1. Evidencia de maltrato físico o psicológico:** lesiones o síntomas o señales consistentes de maltrato físico/psicológico/sexual confirmadas por el menor o por testigos (padres, familiares, vecinos,...).
- 2. Sospecha de maltrato (no existe evidencia de que las lesiones sean debidas a maltrato):** lesiones, signos o señales sugerentes de alguno de los tipos de maltrato cuyo origen no está confirmado o cuyas explicaciones nos hacen sospechar de esa posibilidad (contradicciones, incoherencias respecto a mecanismo de producción y lesiones).



En ambas situaciones, tanto en la sospecha como en la evidencia de maltrato infantil, se procederá a la notificación del caso a los Servicios Sociales, según el procedimiento de actuación que se detalla posteriormente.

Antes de ello, es necesario realizar una valoración tanto del riesgo que corre el menor de sufrir nuevos episodios de maltrato como la gravedad de dicho maltrato. Esto nos permitirá clasificar inicialmente los casos de maltrato infantil en diferentes grados de intensidad (leve, moderado y grave), siendo distinta la actuación a seguir, como exponemos posteriormente.

El **riesgo** indica la probabilidad de que una situación de desprotección y daño hacia el menor ocurra o vuelva a ocurrir, pudiendo poner en peligro el desarrollo integral del menor. Dicho riesgo se puede valorar en función de:

- Frecuencia y/o cronicidad de los episodios de maltrato.
- Características comportamentales de los padres o del niño.
- Existencia o no de factores protectores en el entorno familiar.

La **gravedad** hace referencia a la intensidad o severidad del daño sufrido por el menor en una situación de maltrato. Para valorar dicha gravedad se deben considerar los siguientes factores:

- Tipo de daño, según el efecto que el daño tiene sobre la integridad física o psíquica del menor.
- Localización de la lesión, si afecta o no a órganos vitales del niño.
- Nivel de vulnerabilidad del niño (edad, enfermedad previa o minusvalía, entorno, etc..).



Procedimiento de actuación en el ámbito sanitario

«Ante la sospecha o evidencia de un caso de maltrato infantil debe ponerse en marcha el procedimiento de actuación que se detalla a continuación y que será diferente en función de la gravedad del maltrato»

Ante la sospecha o evidencia de un caso de maltrato infantil debe ponerse en marcha el procedimiento de actuación que se detalla a continuación y que será diferente en función de la gravedad del maltrato (anexo 5) y el ámbito de trabajo del profesional sanitario: Atención Primaria y Atención Hospitalaria (figuras 1 y 2).

ASISTENCIA SANITARIA DEL MENOR

Dentro de la actuación en el ámbito sanitario, será fundamental esta asistencia que deberá incluir:

- Atención de las lesiones físicas y otros problemas de salud observados (vacunaciones, crecimiento y desarrollo psicomotor del menor, etc..). La atención clínica de las lesiones no difiere de otras lesiones equivalentes por otras causas, por lo que en cuanto al tratamiento exclusivamente médico - quirúrgico no existen diferencias¹.
- Satisfacer las necesidades básicas del menor y subsanar las carencias de estimulación, afectivas, educativas o nutricionales, facilitando a los progenitores o cuidadores de los menores las habilidades de estimulación, cuidados y pautas psicoeducativas que satisfagan las carencias detectadas durante la intervención, optando por métodos positivos, no punitivos, de crianza.
- La asistencia sanitaria incluirá la valoración y tratamiento de las consecuencias psicológicas del maltrato que pudiera sufrir el menor. Si precisa tratamiento psiquiátrico, se debe valorar derivación a los Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- En casos de abuso sexual se procederá a la obtención de muestras para estudio, recogidas, generalmente, por el médico forense. En estos casos, se debe valorar la necesidad de profilaxis de enfermedades infecciosas y la indicación de anticoncepción de urgencia o interrupción voluntaria del embarazo.

En la actuación inicial con el menor es importante generar confianza y seguridad a través del lenguaje no verbal y explorando su aceptación. Es frecuente que los niños se encuentren recelosos de los adultos, rechacen el contacto físico, se nieguen a hablar. Ser prudentes y no manifestar prisas, ser cuidadoso en las exploraciones, explicando lo que se le va a hacer y solicitando su colaboración si su edad y situación lo permiten. Son aspectos a tener muy en cuenta para evitar la revictimización del menor, para favorecer su bienestar y conseguir la mejor información de la situación del menor.



NOTIFICACIÓN

Una parte fundamental en el procedimiento de actuación ante casos de maltrato infantil es la notificación de dicho caso a los Servicios Sociales competentes, bien sea a los que dependan de la Administración Local (en aquellos casos de maltrato de tipo leve-moderado) o bien a los que sean de competencia autonómica (en caso de maltrato grave).

La notificación es la transmisión de información sobre el menor supuestamente en situación de maltrato o abandono. Es una condición necesaria para posibilitar la intervención y una obligación legal y profesional. No es necesario que el informante posea una certeza absoluta de que la situación de maltrato se está produciendo, sino que es suficiente poseer indicios razonables de ello. Por ello, deben notificarse tanto los casos en que hay evidencia de maltrato como aquellos en dónde sólo existe sospecha del mismo.

Cualquier profesional (pediatra, médico de familia, enfermera, matrona, psicólogo, psiquiatra, trabajador social, etc.) que desarrolle su atención dentro del ámbito sanitario, ya sea atención primaria u hospital y que detecte indicadores o signos de alarma de maltrato, debe hacerlo.

Para ello se debe cumplimentar un modelo de HOJA DE NOTIFICACIÓN (disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/intranet/es/impresos> y en este documento (anexo 6)).

Una copia de esta hoja de notificación deberá guardarse en la Historia Clínica Electrónica del menor (sistemas Medora o Jimena) y se registrará en dicha historia la notificación del caso.

Cada notificación debe realizarse en un cuestionario nuevo, aunque se refiera al mismo caso.

La cumplimentación de la Hoja de Notificación debe hacerse de forma cuidadosa y exhaustiva. La eficacia de la actuación ante el maltrato depende de la calidad de las notificaciones.



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE RIESGO POR MALTRATO LEVE-MODERADO

Tras la valoración inicial y la atención sanitaria del menor, se deberá comunicar el caso (con toda la información de que se dispone) al trabajador social del centro sanitario y conjuntamente, notificar a los Servicios Sociales Básicos del municipio en donde vive el niño/a. En aquellos centros que no dispongan de trabajador social a tiempo completo, el profesional sanitario rellenará la Hoja de Notificación y ésta será remitida a Servicios Sociales Básicos por la Unidad de Admisión del centro sanitario. Los profesionales de los Servicios Sociales valorarán el caso y decidirán si la intervención se realizará desde dichos servicios o deberá ser derivado el caso al Servicio de Protección a la Infancia.

El Trabajador Social del centro sanitario podrá realizar, entre otras, las siguientes funciones:

- Entrevistar al menor y sus familiares.
- Recabar antecedentes socio-familiares e integrar la información sobre el menor y su familia procedente de otras áreas (servicios sociales, educación, salud...).
- Coordinar la intervención sanitaria con la de otras instancias que tengan un papel significativo sobre el funcionamiento del núcleo familiar (Servicios Sociales Básicos, Servicios de Protección a la infancia, Educación, etc.).

En los casos detectados en el Hospital, los profesionales sanitarios de estos servicios notificarán el caso según el protocolo referido anteriormente e informarán al Trabajador Social del Hospital para que comunique el caso a los profesionales de Atención Primaria que habitualmente se ocupen del menor y su familia, facilitando el trabajo coordinado en el ámbito sanitario.

Se deberá remitir parte de lesiones al Juzgado correspondiente en aquellas ocasiones que sea procedente.

El equipo de Pediatría de Atención Primaria (PAP) llevará a cabo las posibles actuaciones que le puedan corresponder y que hayan sido acordadas en el plan de intervención diseñado a tal efecto con los servicios sociales tras la evaluación del caso.



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE RIESGO POR MALTRATO GRAVE Y DESAMPARO

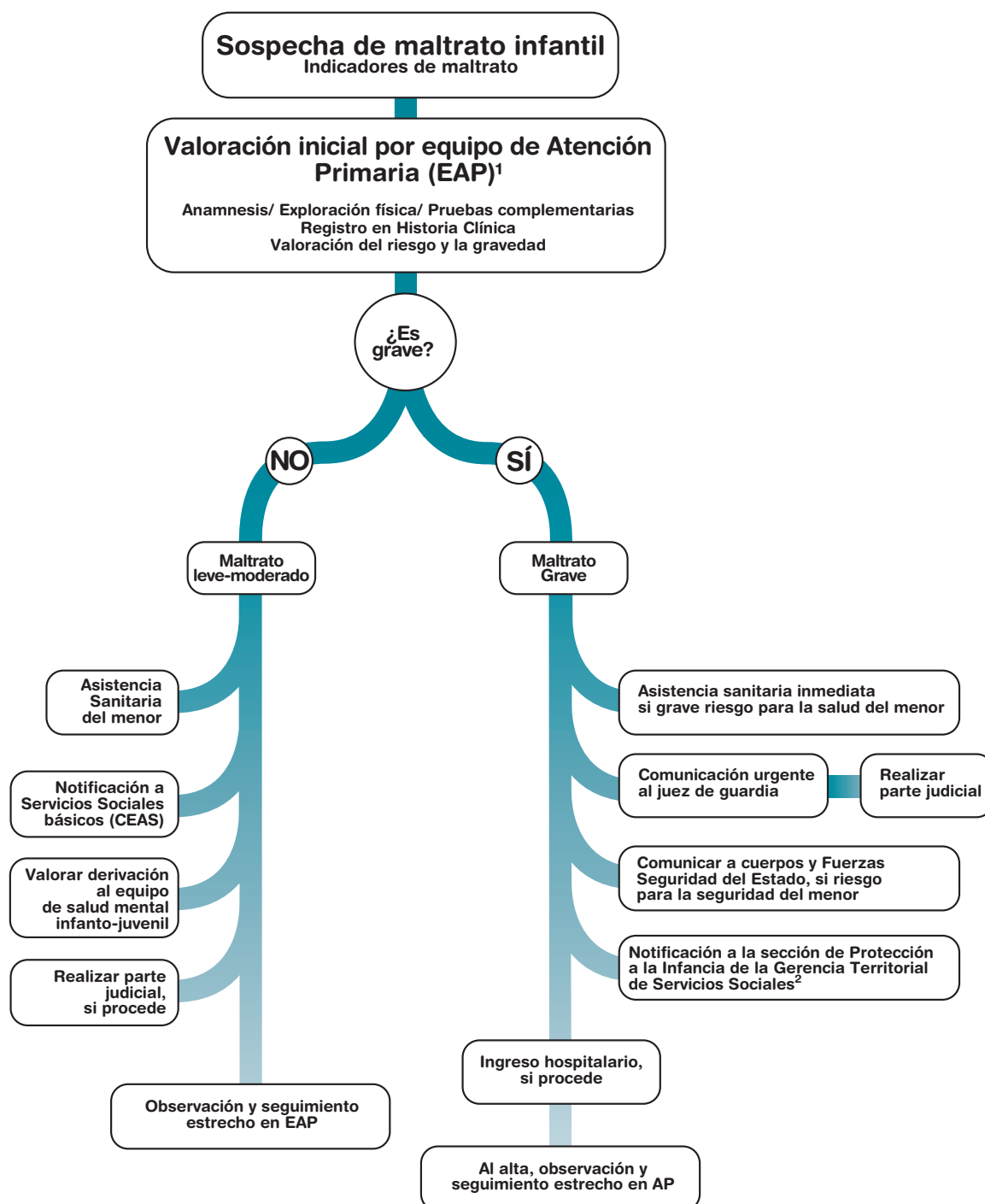
En estos casos, la primera actuación que se debe llevar a cabo es atender de forma inmediata aquellas lesiones que puedan poner en grave riesgo la salud del menor. Junto a esto, es prioritario asegurar la protección del menor en aquellos casos en que no exista figura familiar o de apego que pueda hacerse cargo del menor.

Una vez realizada esta primera atención, se procederá a la notificación del caso que se realizará directamente a la Sección de Protección a la Infancia de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales, junto con la comunicación del caso al trabajador social del centro sanitario. Además se realizará también:

- Notificación telefónica al Juzgado de Guardia de todas aquellas situaciones que pueda motivar una posible causa judicial (maltrato físico, abuso sexual, etc...) o cuando exista una situación de emergencia. Posteriormente, se enviará parte médico de lesiones.
- En aquellos casos detectados fuera del ámbito hospitalario, se derivará al Hospital de Referencia, previo contacto telefónico, para estudio e ingreso, asegurando la protección del menor (pudiendo ser necesario para ello la retención del menor en dicho hospital) y el tratamiento de las lesiones, a la espera de decisión por parte de los servicios sociales o judiciales. Se deberá solicitar la asistencia del médico forense en caso de que el tipo de maltrato implicara la denuncia de un delito.
- Comunicación a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, en aquellos casos en que peligre la integridad del menor y para facilitar el traslado del menor, en su caso, al centro hospitalario o al centro del menor que corresponda.
- En aquellos casos detectados en el ámbito hospitalario, comunicación del caso a los profesionales de Atención Primaria que habitualmente se ocupen del menor y su familia, para facilitar el trabajo coordinado en el ámbito sanitario.



PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN SEGÚN EL ÁMBITO DE TRABAJO DEL PROFESIONAL SANITARIO. ATENCIÓN PRIMARIA

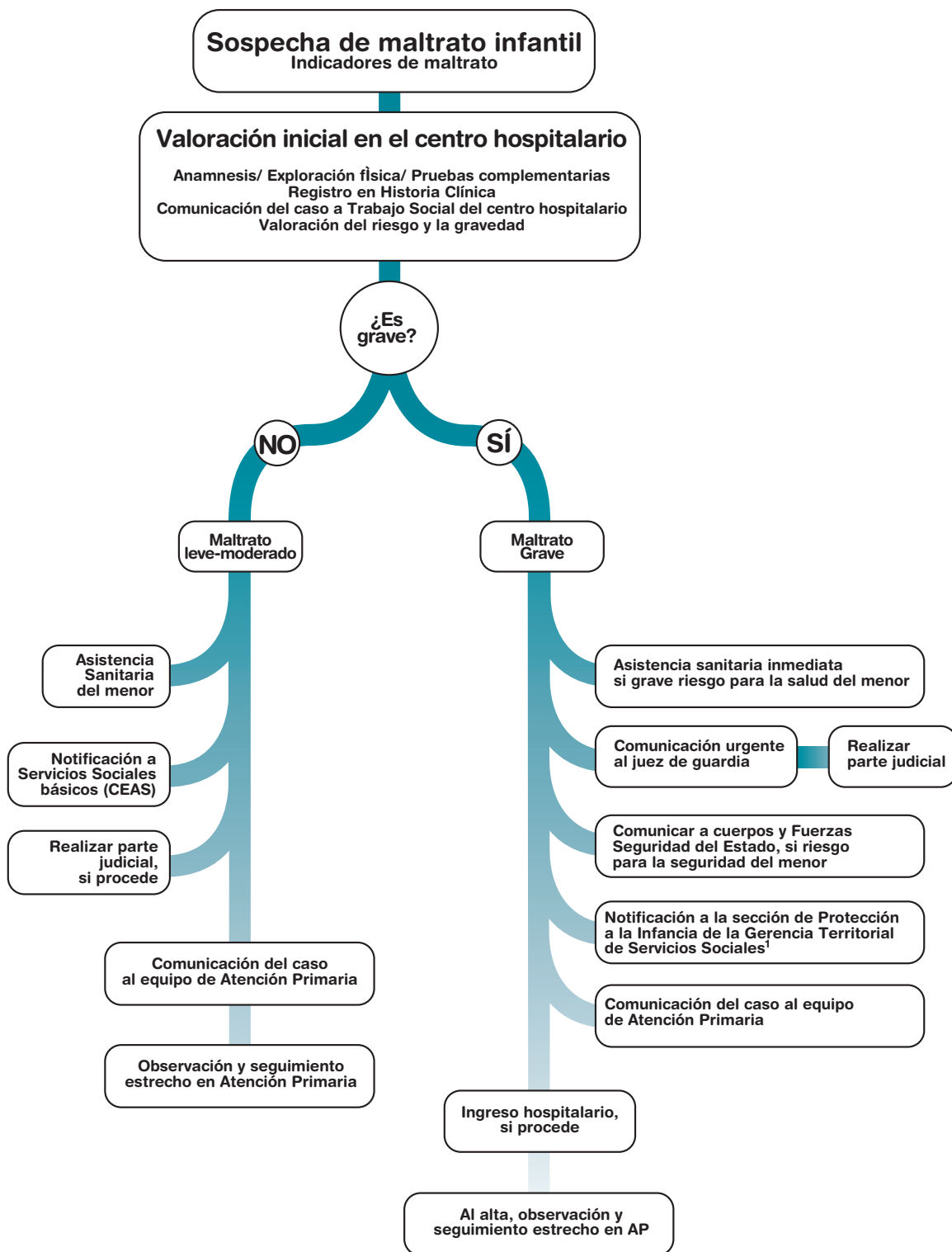


¹Equipo de Atención Primaria (pediatría, enfermería y trabajo social)

²Laborables hasta las 15.00 h, puede diferirse según la hora



ATENCIÓN HOSPITALARIA



¹Laborables hasta las 15.00 h, puede diferirse según la hora



PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN EN CASO DE MENOR EXPUESTO A VIOLENCIA DE GÉNERO

En base a los recientes cambios legislativos (Leyes Orgánicas 8/2015 y 26/2015 de modificación del Sistema de Protección a la infancia y adolescencia), que consideran la exposición a la violencia de género una forma de maltrato infantil, se establece un procedimiento de actuación diferenciado debido a las particularidades de dicho maltrato.

Una de estas particularidades viene dada por la forma en que se detecta, ya que puede realizarse por dos vías:

- El profesional que atiende al menor es quien hace la detección. En estos casos es fundamental la coordinación con el equipo de Medicina de Familia que atiende a la madre, ya que así se facilita el inicio precoz de la atención de dicha mujer, cuyo papel en la recuperación de estos menores es fundamental.
- El profesional que atiende a la madre es quien hace la detección. En estos casos, ante el conocimiento de la existencia de menores en el hogar, la situación deberá ser comunicada al pediatra de referencia, que será quién inicie la atención a dichos menores.

Una vez detectada la situación, se seguirán, según la gravedad del caso, los procedimientos de actuación reseñados anteriormente para los casos de riesgo por maltrato infantil leve-moderado o grave, con las siguientes particularidades:

- Notificación (por medio de la Hoja de Notificación de Maltrato Infantil) a los Servicios Sociales Básicos del municipio en que vive el niño/a, donde se realizará la atención psicológica y social de estos menores, salvo en aquellos casos donde la situación de riesgo y/o desprotección del menor sea de tal grado que requiera la intervención de la Sección de Protección a la Infancia de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales (ver protocolo de riesgo por maltrato grave y desamparo especificado anteriormente).
- Notificación telefónica al Juzgado de Guardia de todas aquellas situaciones de maltrato grave. Posteriormente, se enviará parte médico de lesiones.
- Si precisa tratamiento psiquiátrico, derivación a los Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil.



Estos menores precisan tanto de una intervención directa sobre ellos como de otra indirecta a través de sus madres, ya que son ellas la principal figura de apego de estos menores y, salvo casos excepcionales (drogadicción, abandono, etc.) siempre deben participar en el proceso de recuperación de sus hijos e hijas.

Las bases de la intervención con ellas se basan en la recuperación de su proceso personal, facilitando su empoderamiento, y el fomento de su rol materno, reforzando el vínculo madre-hijo y fortaleciendo las habilidades de parentalidad positiva.



Actuaciones desde el ámbito de los servicios sociales

**«Tras la recepción de
la notificación de una
sospecha o evidencia
de maltrato infantil,
serán los Servicios
Sociales quienes
realizarán las
siguientes fases de
investigación y
evaluación»**

Tras la recepción de la notificación de una sospecha o evidencia de maltrato infantil, los Servicios Sociales realizarán la investigación y evaluación del caso. Serán los encargados de tomar las decisiones oportunas en cada caso (plan de intervención con las actuaciones y recursos a desarrollar, medidas administrativas a adoptar, determinación de la ubicación del menor, etc.).

Esta competencia es asumida en Castilla y León por diferentes administraciones en función de la gravedad del caso y de la situación de desprotección existente:

- Situaciones de riesgo por maltrato leve-moderado: La intervención y la ejecución de las medidas oportunas es competencia de la Administración Local (Servicios Sociales Básicos).
- Situación de riesgo por maltrato grave y desamparo: Es competencia autonómica (Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León – Secciones de Protección a la Infancia de las Gerencias Territoriales)

Durante la intervención de los Servicios Sociales pueden adoptarse las siguientes **medidas de protección**:

- La guarda del menor. Institución en virtud de la cual los poderes públicos asumen la protección de la esfera personal de un menor durante el tiempo necesario, bien a solicitud de los padres cuando concurren circunstancias graves que impidan a aquellos el cuidado de sus hijos, bien cuando haya sido dictaminado por la justicia o en situaciones de desamparo.
- Tutela del menor. Institución jurídica que tiene por objeto la guarda, protección, administración del patrimonio y representación de los menores no sujetos a patria potestad y de los mayores de edad judicialmente incapacitados. Es asumida por las entidades públicas previa declaración de la situación de desamparo del menor, comportando la guarda.

Los Servicios Sociales cuentan con los siguientes recursos de protección en los casos de maltrato infantil

- Apoyo familiar: Dirigido a cubrir las necesidades básicas del menor y mejorar su entorno familiar, con el objetivo de mantenerlo en dicho entorno en unas condiciones que permitan su desarrollo integral. Incluye diversos tipos de ayudas:



- Ayudas económicas
 - Ayudas a domicilio
 - Programas de intervención familiar (PIF)
 - Unidades de intervención educativa
 - Centros de día
- Acogimiento familiar del menor: supone la convivencia del menor con otra familia o con miembros de la familia extensa. Este acogimiento puede ser:
 - Temporal. Modalidad que tiene carácter transitorio, bien porque de la situación del menor se prevea la reinserción de éste en su propia familia, bien en tanto se adopte una medida de protección que revista un carácter más estable.
 - Permanente. Se constituirá bien al finalizar el plazo de un acogimiento temporal por no ser posible la reintegración familiar, o bien directamente en casos de menores con necesidades especiales o cuando las circunstancias del menor y su familia así lo aconsejen.
 - Acogimiento residencial del menor: supone el ingreso del menor en un centro de protección de menores.



Coordinación interdisciplinar y seguimiento

**«Tras la recepción de
la notificación de una
sospecha o evidencia
de maltrato infantil,
serán los Servicios
Sociales quienes
realizarán las
siguientes fases de
investigación y
evaluación»**

La intervención del ámbito sanitario no finaliza con la derivación y notificación del caso al sistema judicial o a los servicios sociales. Es imprescindible el seguimiento del caso y la coordinación interdisciplinar, tanto entre los distintos profesionales que intervienen en el ámbito sanitario (Atención Primaria, Hospitalaria, Salud mental u otros especialistas) como entre estos y los Servicios Sociales.

Para ello, los **profesionales de Atención Primaria** (Equipo de Pediatría en AP y Trabajador Social) realizarán el seguimiento en el marco del Programa de salud infantil con la periodicidad e intensidad que se considere necesario en cada caso en función de la situación de riesgo o maltrato detectada, incluyendo además a todos los menores convivientes del núcleo familiar (si se detectan otras víctimas de violencia en el entorno, se procederá a la atención y notificación concreta). Llevarán a cabo las actuaciones que les puedan corresponder derivadas del plan de intervención acordado con servicios sociales, y realizarán los informes oportunos que les sean solicitados desde estos servicios. También serán los encargados de la coordinación interdisciplinar en el ámbito sanitario en estos casos, así como de la coordinación entre los distintos profesionales de salud y los equipos de Servicios Sociales tanto municipales como autonómicos.

En **Atención Hospitalaria**, además de realizar una atención coordinada con el Equipo de Pediatría de Atención Primaria del menor, se facilitará información sobre el seguimiento de los casos que requieran continuar el estudio de su salud en este nivel.

Para garantizar la continuidad asistencial, es preciso que desde los **Servicios Sociales** (tanto municipales como autonómicos) se informe de las actuaciones realizadas y de la evolución del caso al resto de profesionales que mantienen contacto con el menor. Para ello se propone el siguiente modelo de actuación y seguimiento que permita conocer a todos los profesionales implicados la evolución de estos casos.

- Riesgo por maltrato leve-moderado: El trabajador social de los Servicios Sociales Básicos (CEAS), tras realizar la investigación pertinente, contactará con el equipo de Atención Primaria del menor (Equipo de PAP y Trabajador Social de Atención Primaria), bien por medio de reuniones de coordinación o bien por medio de informes por escrito (anexo 7), para transmitir información sobre la evolución e intervención prevista del caso, quedando estos contactos registrados en la historia clínica del menor.
- Riesgo por maltrato grave y desamparo: Las Secciones de Protección a la Infancia de la Gerencia Territorial comunicarán por escrito al profesional sanitario que ha realizado la notificación del caso, el resultado de la actuación protectora desarrollada.



The top left corner of the page features a stylized graphic of two overlapping clouds. The clouds are rendered in a dark grey color with a subtle gradient and a soft drop shadow, giving them a three-dimensional appearance against the solid blue background.

Anexos

ANEXO 1

MARCO LEGAL

Este protocolo se sustenta en el siguiente marco normativo.

NORMATIVA INTERNACIONAL

- CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO DE LAS NACIONES UNIDAS (1989), ratificada por España en 1990, que reconoce al niño como verdadero sujeto de derechos, y recoge todo un catálogo de derechos y facultades entre los que se encuentran:
 - No discriminación
 - Dedicación al interés superior del niño
 - Derecho a la vida, supervivencia y desarrollo
 - Derecho a la participación
- OBSERVACIONES DEL COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO DE LAS NACIONES UNIDAS
 - 13.- “Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia” (2011)
 - 14.- “Derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial” (2013)

NORMATIVA EUROPEA

- CARTA EUROPEA DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (1992).- Indica que los Estados miembros deben otorgar protección especial a los niños víctimas de malos tratos por parte de los miembros de su familia, debiendo asegurar su educación y tratamiento adecuado para su reinserción social.
- DIRECTIVA 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del consejo Europeo (2012).- Establece normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y protección de los menores víctimas de violencia.
- CONVENIO DEL CONSEJO DE EUROPA (2011) sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, en vigor desde 1 de agosto de 2014.



NORMATIVA NACIONAL

- **CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA (1978).**- Art 39.- Los poderes públicos tienen la responsabilidad de la protección integral de la infancia. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.
- **CÓDIGO CIVIL**
 - Art 154.- Especifica las obligaciones inherentes a la patria potestad.
 - Art 172.1.- Define desamparo infantil como “aquella situación que se produce por incumplimiento o inadecuado ejercicio de los deberes de protección del menor, cuando estos queden privados de la necesaria asistencia moral o material”.
- **LEY ORGÁNICA 1/1996 DE PROTECCIÓN JURÍDICA DEL MENOR.** Recoge el marco normativo para las distintas Comunidades Autónomas que poseen las competencias en materia de protección del menor.
 - Art 13.- Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de maltrato, de riesgo o posible desamparo de un menor, deben comunicarlo a las autoridades competentes, sin perjuicio de prestar auxilio inmediato si lo precisa.
Toda persona que tuviera noticia, a través de cualquier fuente de información, de un hecho que pudiera constituir un delito contra la libertad e indemnidad sexual, de trata de seres humanos, o de explotación de menores, tendrá la obligación de ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal sin perjuicio de lo dispuesto en la legislación procesal penal.
- **LEY ORGÁNICA 10/1995 DEL CÓDIGO PENAL**, modificada por la Ley Orgánica 5/2010, tipifica los delitos relacionados con malos tratos a la infancia. La reforma de 2010 mejora la regulación de los abusos y agresiones sexuales cometidos sobre menores de 13 años.
- **LEY ORGÁNICA 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.**- “Las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los menores que se encuentran dentro de su entorno familiar, víctimas directas o indirectas de esta violencia”.
- **LEY ORGÁNICA 8/2015 y la LEY 26/2015 de modificación del Sistema de Protección a la infancia y adolescencia.** Entre otras reformas, dicta que prime el interés superior del menor sobre cualquier otro interés le-



gítimo que pudiera concurrir y modifica la Ley Orgánica 1/2004, reforzando la protección y atención de los menores expuestos a violencia de género.

NORMATIVA AUTONOMICA

- LEY ORGÁNICA 4/1983 DEL ESTATUTO DE AUTONOMÍA DE CASTILLA Y LEÓN modificada por Leyes 11/1994, 4/1999 y 14/2007 establece competencias exclusivas de la Comunidad en materia de asistencia, servicios sociales, promoción y atención de la infancia.
- LEY 14/2002 DE PROMOCIÓN, ATENCIÓN Y PROTECCIÓN A LA INFANCIA EN CASTILLA Y LEÓN que establece la promoción del desarrollo e integración socio-familiar, y regula las actuaciones en situaciones de riesgo o desamparo.
- DECRETO 131/2003 QUE REGULA LA PROTECCIÓN DE LOS MENORES EN SITUACIÓN DE RIESGO O DESAMPARO y los procedimientos para la adopción y ejecución de las medidas y actuaciones para llevarla a cabo.
- DECRETO 37/2006, POR EL QUE SE REGULAN LOS ACOGIMIENTOS FAMILIARES DE MENORES en situación de riesgo o de desamparo.
- RESOLUCIÓN de 1 de marzo de 2011, de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por la que se crea la Red Centinela del sistema de protección a la Infancia en Castilla y León.

Normativa relacionada con la Protección de datos

- LEY ORGÁNICA 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- REAL DECRETO 1720/2007, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal.
- DECRETO 11/2003, por el que se regulan los ficheros de datos de carácter personal susceptibles de tratamiento automatizado, de la Administración de la Comunidad de Castilla y León.



ANEXO 2

CONSECUENCIAS DE LA EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN MENORES

Problemas de socialización	- Aislamiento, inseguridad, agresividad - Reducción de competencias sociales
Síntomas depresivos	- Llanto, Tristeza - Baja autoestima
Miedos	- Miedos no específicos, “presentimientos” de que algo malo va a ocurrir - Miedo a la muerte, miedo a perder a la madre, miedo a perder al padre
Alteraciones del sueño	- Pesadillas, terrores nocturnos, miedo a dormir solo
Síntomas regresivos	- Enuresis, encopresis - Retraso en el desarrollo del lenguaje - Actuar como niños menores de la edad que tienen
Problemas de integración en la escuela	- Problemas de aprendizaje - Dificultades en la concentración y atención - Disminución del rendimiento escolar - Dificultades para compartir con otros niños o niñas
Respuestas emocionales y de comportamiento	- Rabia, cambios repentinos de humor, ansiedad - Sensación de desprotección y vivencia del mundo como algo amenazante - Sentimientos de culpa (ser el responsable de los conflictos entre sus padres o de lo ocurrido o de no haber hecho algo para evitar la violencia) - Dificultad en la expresión y manejo de emociones - Negación de la situación violenta o restar importancia a la situación vivida - Tendencia a normalizar el sufrimiento y la agresión como modos naturales de relación - Aprendizaje de modelos violentos y posibilidad de repetirlos, tanto de víctima como agresor con la interiorización de roles de género erróneos - En adolescentes, la exposición crónica a conflictos parentales puede llevar a presentar más relaciones conflictivas y adicciones - En adolescentes, comportamientos de riesgo y de evasión y comportamientos violentos dentro del hogar y fugas - Conflictos y dificultades en el modo de establecer las primeras relaciones sentimentales
Síntomas de estrés postraumático.	- Insomnio, pesadillas recurrentes, fobias, ansiedad - Reexperimentación del trauma - Trastornos disociativos
Parentalización	- Asumir roles parentales y protectores hacia los hermanos menores - Asumir roles parentales de protección con la madre



ANEXO 3

INDICADORES DE MALTRATO INFANTIL ⁽¹⁾

Categoría	Indicadores FÍSICOS en el niño	Indicadores COMPORTAMENTALES en el niño	CONDUCTA del cuidador ⁽³⁾
Maltrato físico ⁽²⁾	• Magulladuras o hematomas en distintas fases de cicatrización, en varias áreas diferentes indicando golpes desde direcciones distintas • Quemaduras • Fracturas. Cualquiera en niño menor de 2 años • Heridas • Lesiones abdominales • Mordedura humana: huella de adulto separación 3 cm. entre caninos • Intoxicaciones	• Cauteloso respecto al contacto físico con adultos • Aprensivo cuando lloran otros niños. Muestra conductas extremas: agresividad o rechazo extremo. Llanto inconsolable • Miedo de ir a casa. Lloro cuando tiene que ir a casa al salir de la guardería o de la escuela • Va excesivamente vestido y se niega a desnudarse ante otros • Dice que sus padres le han causado daño alguna vez	• Retraso en buscar ayuda médica, historia contradictoria, no aportar explicación respecto a la lesión del niño • Intentar ocultar la lesión del niño o intenta proteger la identidad de la persona responsable de la lesión • Parece no preocuparse por el niño, lo percibe de manera significativamente negativa
Negligencia	• Higiene deficiente. Ropa inadecuada para las condiciones climáticas • Retraso del crecimiento. Desnutrición • Accidentes reiterados por falta de supervisión • Falta de vacunaciones y de cuidados médicos • Falta de estimulación • No escolarización para su edad • Alimentación y/o hábitos horarios inadecuados	• Somnolencia, apatía, depresión, agresividad, tristeza, comportamiento antisocial • Conductas y expresiones impropias de su edad • Participa en actividades delictivas • Fracaso y/o absentismo escolar, retraso en el lenguaje • Dice que no hay quien le cuide • Inmadurez emocional; retraso madurativo global	• Vida caótica en el hogar • Muestra evidencias de apatía o inutilidad • Mentalmente enfermo o bajo nivel intelectual • Tiene enfermedad crónica que impide la correcta atención del niño • Alcoholismo o drogas
Maltrato emocional	• Tristeza • Retraso en el desarrollo psicomotor • Desnutrición. Fallo de medro inorgánico • Alopecia • Crecimiento inadecuado • Retrasos en la adquisición de funciones madurativas	• Inhibición en el juego • Conducta hipermadura o demasiado infantil • Agresividad, irritabilidad, pasividad • Enuresis • Fracaso escolar. Mala integración • Pérdida de autoestima • Retrasos en el desarrollo físico, emocional e intelectual • Intento de autolisis	• Rechazo y culpabilización • Trato desigual entre hermanos • Exige al niño por encima de sus posibilidades físicas, intelectuales o psíquicas • Valoración reiteradamente negativa del menor • Violencia de género • Aislamiento
Abuso sexual ⁽⁴⁾	• Contusiones o sangrado en genitales externos, zona vaginal o anal • Enfermedades de transmisión sexual • Vulvovaginitis, ITU de repetición • Restos de semen en vagina, boca, ano o ropa • Embarazo especialmente al principio de la adolescencia • Otros indicadores: dificultad para andar y sentarse, cuerpos extraños en uretra, vagina, vejiga. Dolor o picor en la zona genital	• Fuerte resistencia a la exploración de genitales • Dice haber sido atacado sexualmente por un padre/cuidador • Manifiesta conductas sexualizadas o conocimientos sexuales inusuales. • Trastornos del sueño o de alimentación. Enuresis • Retraimiento, depresión baja autoestima, intento de suicidio, anorexia, problemas de conducta	• Extremadamente celoso del niño. • Alienta al niño a implicarse en actos sexuales en presencia del cuidador • Sufrió abuso sexual en su infancia • Dificultades en las relaciones de pareja • Está frecuentemente ausente del hogar • Alcoholismo o drogas.



(1) Las situaciones de maltrato y abandono se llevan a cabo en un ambiente privado por lo que su detección ha de hacerse según sus manifestaciones externas.

Existen una serie de indicadores que pueden servir como llamada de atención. Han sido agrupados en:

- Características físicas.
- Características comportamentales del niño/a o adolescente.
- Características comportamentales de los padres/tutores/cuidadores.

La lista no es exhaustiva. Para obtener un directorio más preciso de estos indicadores sugerimos la consulta de algunos de los artículos de la bibliografía de este documento (ref. 1,2,10)

La existencia de un único indicador no prueba el maltrato. Sin embargo, la presencia reiterada de uno de ellos, la de diversos indicadores combinados o la aparición de lesiones graves han de alertar a cualquier profesional sobre la existencia de maltrato.

(2) Diferencias entre lesiones cutáneas provocadas y accidentales:

- Sugieren malos tratos las lesiones localizadas en orejas, mejillas, boca, hombros, espalda, glúteos, genitales, muslo, planta de los pies y palma de las manos.
- Mordiscos con más de 3 cm. de separación entre caninos: debe sospecharse maltrato si el relato no concuerda.
- Fracturas diafisarias, espiroideas y metafisarias (mecanismo de torsión, estiramiento), sugieren maltrato.
- Quemaduras según la forma y localización en zonas de castigo: orejas, mejilla, boca... como se ha señalado anteriormente.

(3) Síndrome de Munchausen por poderes

- Síntomas recurrentes, inexplicables que no ocurren en ausencia de los padres o cuidadores.
- Tratamientos pautados que no resultan efectivos o tolerados.
- Alergia a multitud de alimentos y medicamentos.
- Cuidador que permanece largo tiempo con el niño, que establece relación personal intensa con el personal sanitario y otros padres.
- Cuidadores con conocimientos médicos.
- La ausencia de diagnóstico no parece preocupar a los padres.

(4) Es más frecuente en mujeres y la edad pre-puberal es la de más riesgo. Los niños con alguna discapacidad física o emocional suelen ser particularmente vulnerables a esta victimización.



ANEXO 4

CARACTERÍSTICAS DE LA ENTREVISTA CLINICA

Entrevista con los padres/cuidadores/tutores

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
- Tratar de explicar que la verdadera razón de la entrevista es aclarar las dudas sobre los hechos - Realizarla en un ambiente tranquilo y sin interferencias - Destacar que podemos ayudar - Trato prudente y profesional - Permitir a los padres que den la información que consideren conveniente - Una vez escuchada la información proporcionada y si ésta no es suficiente para aclarar los hechos, hacer preguntas adicionales para clarificarla o completarla - Tratar de identificar su personalidad	- Manifestar desaprobación, enfado, horror o desconfianza - Hablarles de forma irrespetuosa - Intentar buscar culpables - Acusar a los padres - Utilizar palabras con una fuerte carga emocional - Formular preguntas cerradas que obligan a dar una respuesta concreta, como sí o no. Mejor preguntas abiertas para que se puedan expresar - Pasarse la entrevista anotando datos, esto se hará al finalizar la misma

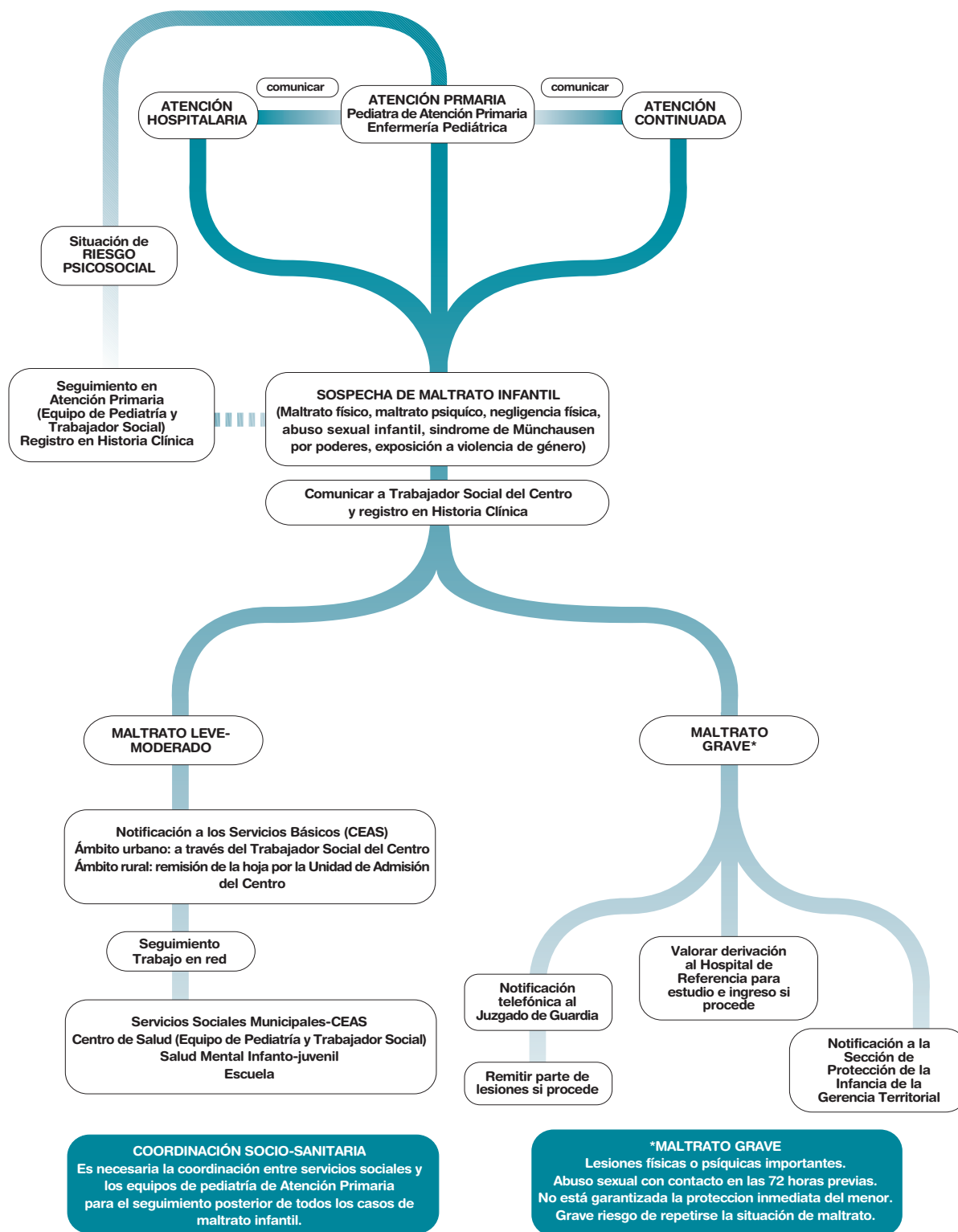
Entrevista con el niño o niña presuntamente maltratado

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
- Hacer la entrevista en privado - Sentarse cerca del niño/a - Utilizar un lenguaje sencillo adaptado a la edad - Tratarle de forma cariñosa - Presentarse como una figura de ayuda tanto para él como para sus padres - Manifestar que se cree y confía en ellos - Destacar que no son culpables de la situación, utilizando frases como "tú no eres culpable de lo ocurrido" y que no es el único niño al que le pasa - Utilizar preguntas abiertas y en espejo (repetiendo lo que han dicho daremos más a entender que lo hemos comprendido) - Ser honesto y sincero y no hacer promesas que no se puedan cumplir - Ser positivo, manifestando que todo irá bien	- Manifestar desaprobación, enfado, horror o incredulidad - Dejar que se sienta culpable - Insistir en que el niño/a de respuestas que no está dispuesto/a a dar - Sugerirle respuestas - Pedirle que repita lo que ha ocurrido ante otra persona



ANEXO 5.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN CASO DE MALTRATO INFANTIL



ANEXO 6

HOJA DE NOTIFICACIÓN

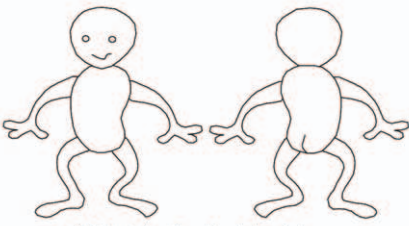


**HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL
DESDE EL ÁMBITO SANITARIO**
L = Leve M = Moderado G = Grave
 Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso

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

Otros síntomas o comentarios:

MALTRATO EMOCIONAL

☐ L ☐ M ☐ G	Maltrato emocional ¹³
☐ L ☐ M ☐ G	Retraso físico, emocional y/o intelectual ¹⁴
☐ L ☐ M ☐ G	Intento de suicidio
☐ L ☐ M ☐ G	Cuidados excesivos / Sobreprotección ¹⁵

ABUSO SEXUAL

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

Configuración del himen¹⁹

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño		Caso Fatal (fallecimiento del niño) ☐	
Apellidos 	Nombre 		
Domicilio 	Localidad 	Teléfono 	
Sexo ☒ V ☐ M	Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) 		
Acompañante Padre ☐ Madre ☐ Tutor ☐ Policía ☐ Vecino ☐ Otro (especificar) 			
Identificación del notificador		Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) 	
Centro:		Servicio / Consulta:	
Nombre:		Área sanitaria 	
Profesional	☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Trabajador Social ☐ Matrona ☐ Psicólogo	N.º Colegiado 	



La información para rellenar esta hoja de notificación se puede obtener fácilmente en la consulta. Consta de varios apartados:

- El primer apartado situado en la esquina superior derecha se refiere a si el caso de maltrato es evidente o una sospecha.
- El inventario de indicadores desglosados por tipologías sirve como recordatorio de los síntomas de maltrato. Es posible elegir varios indicadores a la vez de varios apartados. No son excluyentes entre sí. En los tres primeros tipos de maltrato (maltrato físico, negligencia y maltrato emocional) se puede elegir el grado de gravedad del síntoma: “L” si es leve, “M” si es moderado y “G” si es grave. Si solo existe sospecha los datos deben consignarse como leves. En el abuso sexual se deben señalar los indicadores evidentes o sospechosos. Será frecuente que los indicadores de maltrato sexual se asocien a los de maltrato emocional. Cuando sea pertinente se deberá rellenar la configuración del himen y/o el tamaño de la hendidura himeneal en milímetros.
- Un recuadro para incluir síntomas que no aparecen en los apartados anteriores o los comentarios que se consideren oportunos para aclarar la situación notificada (por ejemplo datos biográficos, referentes a la credibilidad de la historia narrada por el sujeto o a la reiteración de síntomas o visitas).
- Un dibujo anatómico en donde localizar los síntomas de maltrato. Bastará con sombrear la zona en la que se aprecia el síntoma. Si existieran varios síntomas que se quieran localizar se puede unir con flechas los indicadores de maltrato físico y las zonas afectadas.
- Una leyenda explicativa de los síntomas. Algunos de los indicadores disponen de una nota aclaratoria, que se indica mediante un número. La aclaración está situada en la parte posterior del cuestionario. Es recomendable leer estas notas cuando no se tenga claro el indicador observado.
- En el apartado de identificación del caso se recogen los datos que permitirán localizar y describir al niño o niña víctima del maltrato en la base de datos acumulativa. Es imprescindible recoger las iniciales del paciente, sexo y su fecha de nacimiento si se conoce.
- Si la notificación se deriva de la defunción del sujeto deberá tacharse la casilla correspondiente.
- Debe señalarse la fecha de la notificación para diferenciarla de otras posibles notificaciones del mismo caso hechas en el mismo centro o en centros diferentes.
- También existe un área dedicada a la identificación de la persona que realiza la notificación. Se utiliza para asegurar la veracidad de la información contenida en la notificación y ampliar o aclarar algunos extremos sobre el caso cuando sea necesario durante la fase de investigación desde los servicios sociales.



ANEXO 7

INFORME DE LOS SERVICIOS SOCIALES BÁSICOS PARA ATENCIÓN PRIMARIA

Centro de salud | _____

Dr/a. | _____

DATOS DEL MENOR

Nombre | _____

Apellidos | _____

Fecha de nacimiento | _____ Edad | _____

Domicilio | _____

Localidad | _____ Código Postal | _____

Provincia | _____ Teléfono | _____

ACTUACIONES REALIZADAS Y RESULTADOS OBTENIDOS

PLAN DE ACTUACIÓN Y SEGUIMIENTO

Ena..... de.....del 201.....

Sello

Firma





Direcciones y teléfonos de interés

Teléfono de emergencias: 112

Policía local: 092

Policía Nacional: 091

Guardia Civil: 062

Direcciones de las Secciones de Protección a la Infancia de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León

PROVINCIA	DIRECCIÓN	JEFE DE SECCIÓN		FAX
		Teléfono	Extensión	
ÁVILA	C/ Fuente el Sol, nº 2 05001 Ávila	920 35 21 65	81 60 66	920 35 34 25
BURGOS	Glorieta Bilbao, nº 4 09006 Burgos	947 26 46 42	82 12 79	947 21 44 67
LEÓN	Pza. Colón, 19 24001 León	987 25 66 12	83 16 25 83 16 34	987 22 60 40
PALENCIA	Avda. Casado del Alisal, 32 34001 Palencia	979 70 61 09	84 05 50	979 71 58 35
SALAMANCA	Gran Vía nº 53-55 37001 - Salamanca	923 21 61 01	85 22 58 85 22 90	923 23 80 98
SEGOVIA	C/ Infanta Isabel, nº 16 40001 Segovia	921 46 19 82	86 11 98	921 46 59 75
SORIA	C/ Ronda Eloy Sanz Villa, nº 6 bajo 42003 Soria	975 22 05 55	87 07 28	975 21 14 79
VALLADOLID	C/ García Valladolid, nº 1 47004 Valladolid	983 30 68 88	88 29 53 88 29 54	983 20 21 05
ZAMORA	C/ Prado Tuerto, 17 49019 Zamora	980 67 13 00	89 07 65	980 51 77 65

Direcciones de los Servicios Sociales Municipales. Centros de Acción Social (CEAS)

Se aconseja su búsqueda a través de la “Guía de Recursos Sociales de Castilla y León” (<http://servicios.jcyl.es/ireso/inicio.jsf>) o en las páginas web de cada Diputación Provincial en el caso de los municipios de menos de 20.000 habitantes.

Órganos judiciales (Juzgados de Menores, de Instrucción, y Fiscalía de Menores)

En este caso recomendamos la utilización del buscador de la página web del Ministerio de Justicia, que permite la búsqueda de las direcciones y teléfonos de los órganos judiciales tanto por municipio como por partido judicial. La dirección web de este buscador es:

http://www.mjusticia.gob.es/BUSCADIR/ServletControlador?apartado=buscadorGeneral&lang=es_es



Línea de ayuda a la infancia (Fundación ANAR): <http://www.anar.org/>

Teléfono 116111

Para Castilla y León, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Navarra, Madrid, La Rioja, Murcia, Ceuta y Melilla.

Teléfono 900 20 20 10

Desde cualquier lugar de España.

Esta línea ofrece ayuda psicológica, social y jurídica de forma inmediata a los menores de edad cuando tienen problemas o se encuentran en situación de riesgo.

Atendido por la Fundación ANAR (Ayuda a niños y adolescentes en riesgo), opera en todo el territorio nacional las 24 horas del día durante todos los días del año.

Esta misma Fundación dispone también del Teléfono del Adulto y la Familia (600 50 51 52), que proporciona consejo y orientación a los adultos sobre cualquier tipo de problemática que afecte a los menores. Al igual que el anterior, es atendido durante las 24 horas del día todos los días del año.

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

Asociación sin ánimo de lucro, con ámbito de actuación en Castilla y León, cuyo objetivos son la prevención y denuncia del maltrato infantil, la sensibilización de la sociedad acerca del maltrato y los derechos de la infancia y la promoción de la investigación y difusión de conocimientos sobre el maltrato infantil.

REA es miembro de la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil “FAPMI” en representación de Castilla y León.

Sede regional: Calle Antonio Lorenzo Hurtado 5. (Sede de Cruz Roja). 47014 Valladolid. Tel.: 626167531 www.asociacionrea.org



The top left corner of the page features a decorative graphic of stylized clouds. There are two overlapping cloud shapes: a smaller, lighter blue one in the foreground and a larger, darker blue one behind it. The clouds have soft, rounded edges and a slightly textured appearance.

Bibliografía

1. Becedóniz Vázquez C, Álvarez Muñoz MB (coordinadores). Maltrato infantil. Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias. Principado de Asturias. Consejería de Vivienda y Bienestar Social. 2006.
2. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Comunidad de Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Instituto Madrileño del Menor y la Familia . 1998
3. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J. Atención de enfermería al Maltrato Infantil. Comunidad de Madrid: Consejería de Servicios Sociales. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. 2001.
4. Díaz Huertas J.A., Esteban J., Romeu F.J., Puyo C. et al. 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. 2006.
5. Gil Arrones J, Sánchez Vázquez AR, Cosano Prieto I, Espinosa Almendro JM, Torró García-Morato C et al. Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014.
6. Gobierno de Aragón. Guía práctica para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil desde el Sistema de Salud de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. 2006.
7. Gobierno de las Islas Baleares. Guía para la detección y notificación del maltrato infantil Actuaciones ante el maltrato desde el ámbito sanitario. Conselleria d'Afers Socials, Promoció Immigració. Direcció General de Menors i Família. 2010.
8. Gobierno Vasco y Diputación Foral de Bizkaia. (2000). Maltrato y desprotección en la infancia y adolescencia. Atención a las situaciones de riesgo. Gobierno Vasco. Departamento de Sanidad. Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Acción Social, 2000.
9. Grande Baos J. (Coordinador). Guía básica de maltrato infantil en el ámbito sanitario. Junta de Extremadura Consejería de Bienestar Social. Dirección General de Infancia y Familia. 2006.
10. Junta de Castilla y León. Guía 1: Detección y notificación ante situaciones de desamparo y de riesgo en la infancia. Consejería de Sanidad y Bienestar Social. Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León. 1998.
11. Junta de Castilla y León. Guía 2: Investigación y evaluación ante situaciones de desprotección en la infancia. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Gerencia de Servicios Sociales, Junta de Castilla y León. 2010.
12. Junta de Castilla y León. Memoria de Protección y Atención a la Infancia 2015. Gerencia de Servicios Sociales. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Junta de Castilla y León.



13. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Maltrato infantil en la familia en España. Madrid.2011
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar Actualizado a la intervención en los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género. Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Observatorio de la Infancia. 2014.
15. Orjuela López L, Horno Goicoechea P [coord.]. Manual de atención a niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Save the Children. Madrid: 2008
16. Rodríguez Molinero L, Sánchez Jacob M, Silva Rico JC. Programa de sensibilización en el ámbito sanitario contra el maltrato en la infancia y adolescencia. REA (Asociación castellano leonesa para la defensa de la infancia y la juventud) y Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, 2004.
17. Romeu Soriano FJ [coord.]. El papel del ámbito sanitario en la detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil. Generalitat Valenciana. Consejería de Bienestar Social. Dirección General de la Familia, Menores y Adopciones, 2006.
18. Salmerón Jiménez JA, Pérez Hernández F, Castellanos Sanz B, Gea Serrano A. 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. 2008.
19. Soriano Faura FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS. [en línea]. Actualizado octubre 2011. [consultado 18/12/2014].

Disponible en:

https://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_maltrato.pdf.

