



EN EL ÁMBITO SANITARIO



**Gobierno
de La Rioja**

Juventud, Familia y
Servicios Sociales

Familia y Acción Social



MINISTERIO
DE TRABAJO
Y ASUNTOS SOCIALES

SECRETARÍA GENERAL
DE ASUNTOS SOCIALES

DIRECCIÓN GENERAL
DE ACCIÓN SOCIAL DEL
MENOR Y DE LA FAMILIA

DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE CASOS
DE **MALTRATO INFANTIL** EN LA RIOJA



EN EL ÁMBITO SANITARIO

Edita:



**Gobierno
de La Rioja**

Juventud, Familia y
Servicios Sociales

Familia y Acción Social

Depósito legal:

LR - 472 - 2003

Diseño:

La Mirada Publicidad





Presentación

ÁMBITO
SANITARIO

La Consejería de Juventud, Familia y Servicios Sociales, a través de la Dirección General de Familia y Acción Social, es la Entidad Pública competente en materia de Protección a la infancia en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Ahora bien, para que la protección integral del menor, la prevención de los riesgos y la defensa y garantía de sus derechos sean reales y efectivos, es necesaria la colaboración de toda la sociedad y especialmente de aquellas instituciones que de una manera más específica atienden las necesidades de los menores en su actividad diaria. Así aparece contemplado en la Ley 4/1998, de 18 de marzo, del Menor, y desarrollado en las distintas medidas señaladas en el Plan Integral de Infancia, aprobado por Consejo de Gobierno de fecha 22 de octubre de 1999.

Las guías que se presentan, enmarcadas dentro del PROGRAMA DE DETECCIÓN, NOTIFICACION Y REGISTRO DEL MALTRATO INFANTIL, ofrecen a los distintos agentes un instrumento que proporciona pautas concretas de actuación para los distintos profesionales en la detección, notificación e intervención ante un caso de maltrato infantil.

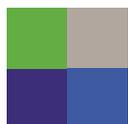
Es deseo de esta Consejería que a través de las mismas, consigamos unir esfuerzos para dar respuesta adecuada y mejorar la calidad de vida de nuestros menores.

Sagrario Loza Sierra

CONSEJERA DE JUVENTUD, FAMILIA Y SERVICIOS SOCIALES.



**DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN
Y REGISTRO DE CASOS DE
MALTRATO INFANTIL EN EL
ÁMBITO SANITARIO**



Índice

ÁMBITO
SANITARIO

1	INTRODUCCIÓN	7
2	¿QUÉ ES EL MALTRATO INFANTIL?	8
	A. Concepto	8
	B. Frecuencia	9
	C. Mitos y creencias erróneas	9
	D. Clasificación del maltrato infantil	12
3	¿POR QUÉ SE PRODUCE EL MALTRATO?	15
	A. Factores de riesgo/protección	16
4	DESDE EL PUNTO DE VISTA LEGAL	18
	A. Marco normativo	18
	B. Actuaciones y medidas de protección	19
5	DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO	22
	A. La teoría de las necesidades infantiles	22
	B. Indicadores de detección de maltrato	28
6	LA INTERVENCIÓN ANTE EL MALTRATO INFANTIL	38
	A. La intervención en situaciones de maltrato infantil	39
	B. El papel del profesional del ámbito sanitario	40
	C. Entrevista con los padres. ¿Qué hacer? / ¿Qué no hacer?	43
	D. Entrevista con el niño/a. ¿Qué hacer? / ¿Qué no hacer?	45
7	NOTIFICACIÓN	47
	A. ¿Qué es la notificación?	47
	B. Dificultades de la notificación	47
	C. ¿Quién debe notificar?	48
	D. Dónde realizar la notificación	48
8	HOJAS DE NOTIFICACIÓN	49
	A. Objetivo	49
	B. Protocolo de detección del maltrato desde los servicios sanitarios	50
	C. Hoja de notificación y anexo	51
	D. Instrucciones para el uso.	54
	E. Protocolo de detección de riesgo en la embarazada y el recién nacido	56
	F. Hoja de notificación y anexo	58
	G. Instrucciones para el uso.	61

**DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN Y REGISTRO
DE CASOS DE MALTRATO INFANTIL EN LA
RIOJA EN EL ÁMBITO SANITARIO**



Introducción

ÁMBITO
SANITARIO

Actualmente se entiende por protección de menores el conjunto de actuaciones que se realizan con la finalidad de promover el desarrollo integral del menor, sus cuidados y asistencias especiales, así como prevenir y remediar las situaciones de riesgo o desamparo detectadas.

Frente a la idea de la intervención que castiga o de sistemas proteccionistas, de beneficencia, las directrices en la intervención se basan en ofrecer a los niños y sus familias los apoyos necesarios para resolver una situación que tiene repercusiones sobre todos los miembros de la familia.

De ahí la importancia de la intervención desde todos los ámbitos de atención a la infancia por sus posibilidades de detección de situaciones de riesgo social y de maltrato, y con la coordinación necesaria que requiere la intervención en este problema.

Existe la posibilidad de que nuestras sospechas no lleguen a confirmarse o la familia no requiera de apoyo/ayuda. Este hecho no debería suponer una limitación a la hora de actuar ante casos de riesgo o de probable maltrato infantil.

La Consejería de Juventud, Familia y Servicios Sociales, organismo competente en nuestra Comunidad Autónoma de La Rioja en materia de protección de menores, ha considerado necesario

elaborar y publicar una serie de guías con el fin de informar de las posibles situaciones de riesgo o maltrato que pueden darse, qué se entiende por los diferentes tipos de maltrato, cuáles son sus indicadores y qué factores pueden estar influyendo.

Por todo ello esta guía pretende ser un instrumento auxiliar y de referencia para aquellos profesionales que, en el desempeño de sus funciones, mantienen contactos sistemáticos con grupos de población infantil y son observadores directos de la evolución de muchos/as niños/as, que de forma periódica e incluso diaria tienen relación con ellos.

Asimismo, la importancia otorgada al hecho de disponer de un sistema de registro y unificación de criterios en la detección de situaciones de riesgo y desamparo de menores, ha sido el motor que nos ha movido a participar en un proyecto común con otras Comunidades Autónomas impulsado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales a través del Observatorio de la Infancia. Al amparo de este proyecto, hemos elaborado un modelo de Hojas de Notificación de los casos detectados que facilitan, por un lado, la atención a los mismos, y por otro, mantener sistemas de vigilancia epidemiológica. Estos, al utilizar los mismos criterios y categorías, permitirían un conocimiento más profundo del fenómeno del maltrato infantil.



2

¿Qué es el maltrato infantil?



A. CONCEPTO

Definir los malos tratos a la infancia parece sencillo, sin embargo, en la práctica 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 diferentes criterios, lo que se traduce en la existencia de múltiples definiciones.

La Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas (1989) se refiere al maltrato infantil (artículo 19) 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 cualquier otra persona que le tenga a su cargo.

A partir de estos conceptos se establece una definición aceptada por una buena parte de los profesionales que trabajan en el tema de la protección infantil y que considera el maltrato infantil como:

“Cualquier acción, omisión no accidental que comprometa la satisfacción de las necesidades básicas del menor y/o dificulten su desarrollo óptimo” (De Paúl, 1988)

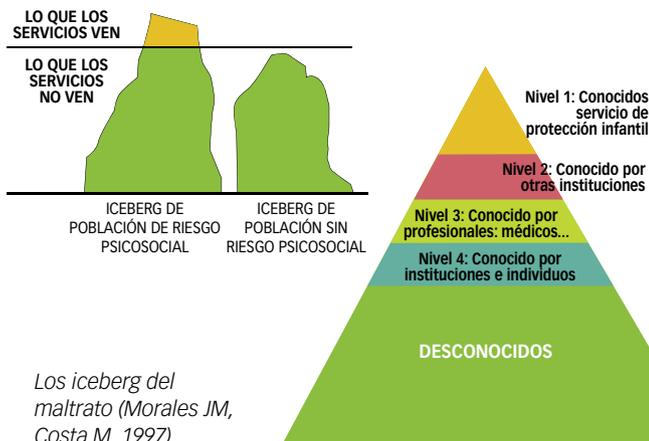
El término maltrato infantil engloba diferentes situaciones, sin embargo presenta varios aspectos comunes:



- Afectan negativamente a la salud física y/o psíquica del niño/a y comprometen su adecuado desarrollo.
- 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.
- Sus efectos negativos aumentan en intensidad a medida que la situación se cronifica o es más severa.

B. FRECUENCIA

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 de los profesionales, que el agredido sea un niño, etc. Diferentes expertos asemejan la situación a la de un iceberg, estimando que los casos detectados son sólo una parte de los casos reales.



Los icebergs del maltrato (Morales JM, Costa M, 1997)

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 niños 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 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.

C. MITOS Y CREENCIAS ERRÓNEAS

Existen una serie de mitos y falsas creencias que influyen en este desconocimiento de las magnitudes reales de este problema (Gutiérrez P., 1997). Los



mitos más frecuentes, son:

El maltrato es muy poco frecuente

Existe la creencia arraigada que supone a la familia como núcleo de afecto donde es difícil creer que existe violencia. A pesar de la dificultad de conocer el número real de casos de niños maltratados, los estudios vienen a coincidir en que al menos quince de cada mil niños o niñas menores de 18 años son objeto de maltrato.

La violencia y el amor no coexisten en las familias

Se piensa que si existe un clima de violencia familiar es mantenido por todas las partes. Sin embargo, son muchos los niños, que a pesar de los malos tratos recibidos, quieren a sus padres, y esta coexistencia de violencia y amor, hace que el niño crezca aprendiendo que la violencia es aceptable.

El maltrato lo cometen sólo personas con enfermedades mentales, desórdenes psicológicos o bajo los efectos del alcohol o las drogas

Subyace la creencia de que las personas *normales* no maltratan a sus hijos. En realidad, no existe un patrón de *padre abusivo* con unos rasgos estables, uniformes y fácilmente distinguibles de los padres que no maltratan. Si parece haber algunas características que se encuentran con mayor frecuencia, como:

- Baja tolerancia a la frustración
- Aislamiento social
- Falta de habilidades parentales
- Sentimientos de incapacidad o incompetencia como padres
- Expectativas no realistas con los hijos
- Percepción de la conducta de sus hijos como estresante



Noción de “transmisión generacional del maltrato”

La fórmula dogmática que mantiene erróneamente, que todos los hijos maltratados serán maltratadores y al revés no tiene porque cumplirse. A pesar de constituir un factor de riesgo los datos tan solo permiten afirmar que en torno al 30-35% de las personas que sufrieron maltrato llegan a maltratar a sus propios hijos. Por tanto un número importante de personas que los sufrieron consiguen romper este ciclo.

El maltrato infantil es fundamentalmente maltrato físico

Se tiende a poseer una visión restrictiva del problema dando una importancia preferente a los casos con lesiones físicas y abuso sexual. Este error provoca que puedan pasar desapercibidas otras formas



de maltrato que pueden tener consecuencias muy graves y con una frecuencia mayor que las anteriores como el abandono físico, el maltrato psicológico, etc.

El maltrato no existe en clases sociales altas

El maltrato en la infancia existe en todas las clases sociales. Se diagnostican más casos entre las capas sociales bajas, porque el uso de recursos privados, sociales y sanitarios, impide conocer situaciones de riesgo o establecidas en clases sociales elevadas.

Los padres pueden hacer con sus hijos lo que quieran y nadie puede interferir

Los hijos no son propiedad de los padres. Aunque es obligación de una familia cuidar y proteger a los más pequeños, la responsabilidad del bienestar de la infancia recae sobre toda la comunidad.

Los padres y madres que maltratan a sus hijos sólo merecen ser castigados

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.

Respecto al abuso sexual algunas de las creencias erróneas son las siguientes:

La mayoría de los abusos los cometen desconocidos

Sin embargo la mayoría de los abusos sexuales se cometen dentro del seno familiar o por personas muy próximas al niño o niña.

Los niños y adolescentes a menudo fantasean, inventan historias y mienten cuando dicen que han sufrido abusos sexuales

Cuando un niño, niña o adolescente dice que ha recibido abusos sexuales hay que creerle. Normalmente no miente.

Los niños y las niñas, a menudo seducen a los adultos

Podría decirse que para ciertos adultos algunas conductas de los niños son percibidas como provocativas o seductoras. Sin embargo, es el adulto quien se siente seducido, no el niño o niña quien seduce.



El incesto o abuso sexual sólo afecta a chicos o chicas con comportamientos desadaptados

El hecho de que algunas de las víctimas tengan un comportamiento sexual excesivamente



promiscuo suele ser en la mayoría de los casos una consecuencia del abuso y no una causa.

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.

D. CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

Existen varias clasificaciones del maltrato infantil que responden a diferentes criterios. En la siguiente clasificación se diferencian dos ejes: la clase de maltrato (por acción o por omisión) y el daño que produce (físico, emocional). Hemos considerado importante tener en cuenta otros tipos de maltrato que se producen, incluyéndolos en la categoría de "Otros".

	ACCIÓN	OMISIÓN
FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maltrato físico ▶ Abuso sexual 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Abandono o negligencia
EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maltrato emocional 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Abandono o negligencia
OTROS	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maltrato institucional ▶ Maltrato prenatal ▶ Inducción a la mendicidad ▶ Explotación laboral ▶ Síndrome de Munchausen por poderes ▶ Modelo de vida en el hogar inadecuado para el niño 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Renuncia ▶ Abandono

Interesa señalar que con frecuencia los menores maltratados suelen ser víctimas de varios tipos de malos tratos al mismo tiempo. Así, por ejemplo, un niño que este siendo objeto de malos tratos físicos es posible que este sufriendo abuso emocional y que se produzcan negligencias importantes en sus cuidados por parte de sus padres o cuidadores.

Maltrato físico:

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

No siempre es resultado de un intento premeditado de dañar al niño/a, puede derivarse de un exceso de disciplina o del uso de castigos inadecuados.

Puede presentar las siguientes formas: lesiones cutáneas (equimosis, heridas, hematomas, escoriaciones, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, zarandeos, asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones.

Abuso sexual:

Cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad. Se pueden distinguir los siguientes tipos de abuso sexual:

- Con contacto físico: se produce una relación sexual con penetración digital o con objetos (vaginal o anal), sexo oral o penetración con el órgano sexual masculino (vaginal o anal).
- Sin contacto físico: solicitud indecente a un niño o seducción verbal explícita, realización del acto sexual o masturbación en presencia de un niño, exposición de los órganos sexuales a un niño con



objeto de buscar gratificación sexual.

- **Vejeación sexual:** el contacto sexual se realiza por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño o por forzar, alentar o permitir que este lo haga en las zonas erógenas del adulto.

Negligencia física

Situaciones en las que las necesidades físicas básicas (alimentación, higiene, cuidados médicos y seguridad) del menor no son atendidas por ningún miembro del grupo que convive con él.

Maltrato emocional:

Acción capaz de originar alteraciones psicológicas por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño.

Conductas como rechazo, insultos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas, críticas, aislamiento o atemorización que causen deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del niño o niña.

También se incluyen en esta categoría cualquier esfuerzo activo con el objeto de impedir la interacción infantil (desde la evitación al encierro) por parte de cualquier miembro del grupo familiar así como la exposición del menor a pautas antisociales o desviadas.

Negligencia emocional

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

Algunos ejemplos de estas situaciones pueden ser: falta de interés en las reacciones emocionales del niño, no atender las necesidades afectivas del niño (cariño, estabilidad, apoyo, protección, rol en



la familia, autoestima, etc...), desatención de las dificultades de carácter emocional que puedan presentarse.

Maltrato institucional:

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 y/o de la infancia.

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

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



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

Maltrato prenatal:

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).

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, rechazo de la madre hacia el embarazo.

Inducción a la mendicidad

Ocurre cuando los padres obligan al niño o niña a pedir dinero en la calle o le utilizan como reclamo de atención para atraer la atención de los viandantes. Suele ser frecuente la utilización de los lactantes por sus madres para pedir limosna con el objeto de provocar un mayor impacto emocional en la gente.

Explotación laboral:

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

Síndrome de Munchausen por poderes

Los cuidadores simulan enfermedades en el niño al que someten a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por la persona adulta (ejemplo: mediante la administración de sustancias al niño o niña).

Modelo de vida en el hogar inadecuado para el niño:

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

- Conductas delictivas, especialmente las que causan daño a los demás (tráfico de drogas).
- Consumos de tóxicos.
- Comportamientos autodestructivos.

Renuncia

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

Abandono

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



3

¿Por qué se produce el maltrato?

El problema del maltrato se ha tratado de explicar desde distintos modelos teóricos. Los primeros intentos se dieron desde el Modelo Psiquiátrico que centró su explicación en las características psicológicas de las padres maltratantes: alteraciones psicológicas graves, retraso mental, inmadurez emocional, etc. Más tarde, es el Modelo Sociológico el que ofrece una explicación al maltrato sobre la base de las actitudes culturales hacia la violencia y en factores ambientales estresantes. Sin embargo los estudios basados en estas explicaciones de causa única ofrecían escasa evidencia y resultados poco concluyentes.

En la actualidad existe un amplio acuerdo en considerar que los malos tratos ocurren como resultado de múltiples fuerzas o factores individuales, familiares y socioculturales que se interrelacionan potenciando y multiplicando sus efectos. Estos factores son denominados **factores de riesgo** ya que aumentan la probabilidad de que ocurran episodios de maltrato.

Debemos destacar que la presencia de estos factores no significa automáticamente la aparición de malos tratos. Es importante tener en cuenta que existen otros factores en los mismos niveles de influencia: individual, familiar y sociocultural que protegen a las familias reduciendo el potencial de los factores de riesgo. Por ello es imprescindible una valoración individualizada en cada caso.

A continuación presentamos los factores que implican tanto un incremento en el riesgo de maltrato infantil



como los factores que pueden proteger del mismo, siguiendo el modelo ecológico (Belsky 1993, Garbarino y Echenrode, 1999; Gracia y Musitu, 1993; Morales 1997):

A. FACTORES DE RIESGO/PROTECCIÓN

	FACTORES DE RIESGO	
INDIVIDUALES	FAMILIARES	SOCIOCULTURALES
<p>Factores parentales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Historia de malos tratos y/o desatención severa en infancia ▶ Carencia de experiencia en el cuidado del niño, ignorancia de las características evolutivas ▶ Historia de desarmonía y ruptura familiar en su infancia ▶ Bajo coeficiente intelectual ▶ Pobres habilidades interpersonales ▶ Problemas psicológicos: depresión, alta ansiedad, malestar psicológico ▶ Falta de capacidad para comprender a otros ▶ Baja tolerancia a la frustración <p>Características del niño:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Problemas de conducta ▶ Prematuro ▶ Enfermedades crónicas ▶ Hándicaps físicos y/o psíquicos 	<p>Interacción paterno filial:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ciclos ascendentes de conflicto y agresión ▶ Uso de técnicas de disciplina coercitivas ▶ Hijos no deseados ▶ Dificultades en el vínculo padres-hijos <p>Relaciones conyugales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Estrés permanente ▶ Conflicto conyugal ▶ Violencia familiar ▶ Inestabilidad de pareja <p>Configuración familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Tamaño familiar ▶ Padre único ▶ Poca distancia entre hermanos ▶ Padres con excesiva vida social o profesional 	<p>Ambito laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Desempleo ▶ Pobreza ▶ Pérdida del rol ▶ Pérdida de autoestima y poder ▶ Insatisfacción laboral ▶ Tensión en el trabajo <p>Redes sociales de apoyo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aislamiento social ▶ Falta de apoyo social ▶ Escasa utilización de recursos formales de apoyo ▶ Alta movilidad social <p>Factores culturales:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Aprobación cultural del uso de la violencia ▶ Aprobación cultural del castigo corporal en la educación de los niños ▶ Actitud hacia la infancia Los niños como posesión ▶ Actitud hacia la familia, la mujer ▶ Falta de conciencia respecto al rol que implica la paternidad-maternidad



FACTORES DE PROTECCIÓN		
INDIVIDUALES	FAMILIARES	SOCIOCULTURALES
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Coeficiente de inteligencia elevado ▶ Reconocimiento de las experiencias de maltrato en la infancia ▶ Historia de relaciones positivas con un padre ▶ Habilidades y talentos especiales ▶ Habilidades interpersonales adecuadas 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Hijos físicamente sanos ▶ Apoyo del cónyuge o pareja ▶ Seguridad económica (ayudas en la atención al niño) ▶ Intervenciones terapéuticas 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Apoyos sociales efectivos ▶ Escasos sucesos vitales estresantes ▶ Afiliación religiosa fuerte ▶ Buenas experiencias escolares y relación con iguales ▶ Intervenciones terapéuticas ▶ Normas culturales opuestas a la violencia ▶ Asunción cultural del niño como sujeto de derecho



4

Desde el punto de vista legal



A. MARCO NORMATIVO

La legislación referente a los derechos de los niños y al maltrato infantil es muy abundante. El marco jurídico ayuda a comprender los procesos y actuaciones que se llevan a cabo desde la Administración Pública en materia de protección infantil. En esta guía exponemos una enumeración de las principales.

Normativa internacional

- La Convención de los derechos de los niños de Naciones Unidas firmada el 20 de Noviembre de 1989 (Artículo 19) establece que los estados partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas, apropiadas para proteger al niño contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.
- La Carta Europea de Derechos del Niño (8 de julio de 1992) del Parlamento Europeo, establece (apartado 8.19) que los Estados miembros deberán otorgar protección especial a los niños víctimas de tortura, malos tratos, sevicias o explotación y asegurar a estos niños la continuación de su educación y el tratamiento adecuado para su reinserción social.

Normativa estatal

- La Constitución Española considera que los



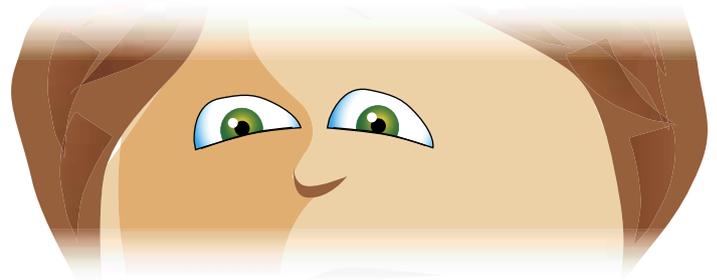
poderes públicos aseguran la protección integral de los hijos en particular y a los niños en general que gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos (art... 39.4)

- El Código Civil (Ley 21/87) introdujo un marco normativo moderno de protección a la infancia: desjudicialización de la protección al menor, primacía del interés superior del niño, integración preferente del niño en núcleos familiares, creo la forma del acogimiento familiar, responsabilidad de las Comunidades Autónomas, programas de apoyo a las familias, etc.
- La ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor constituye un amplio marco jurídico de protección a la infancia. Establece las situaciones en las que la Administración Pública debe intervenir en beneficio del menor, definiendo la situación de desamparo. Recoge, como novedad, la intervención de la Administración en situaciones de riesgo. También establece que toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, deben comunicarlo a la autoridad competente o a sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.

Normativa autonómica

- Ley 4/1998 del Menor en la que se regulan los principios que han de regir la actuación administrativa en materia de infancia en nuestra Comunidad, se garantizan los derechos individuales y colectivos de los/las menores y se articulan las medidas y procedimientos de protección.

- Ley 1/2002 de Servicios Sociales.
- Plan integral de Infancia, aprobado por el Consejo de Gobierno de La Rioja el 22 de octubre de 1999



B. ACTUACIONES Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN

Tanto la ley orgánica de protección jurídica del menor 1/1996 como la ley del menor de La Rioja 4/1998 establece la existencia de dos tipos de situaciones en las que los menores requieren protección: las situaciones de desamparo y las situaciones de riesgo.

Situación de desamparo

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"*.

Estas situaciones conllevarán la asunción de la tutela automática por parte de la Administración del Gobierno de La Rioja (Art. 45.1 de la Ley 4/98, del Menor). Las causas por las que cabría la intervención de los servicios de protección infantil se recogen de forma esquemática en el siguiente cuadro:



CAUSAS	CUMPLIMIENTO DEBERES GUARDA
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Orfandad ▶ Prisión de los padres ▶ Enfermedad o ingreso hospitalario 	Imposible
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Abandono total ▶ Abandono de madre ▶ No reconocimiento de los padres 	Incumplimiento
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Maltrato y abandono físico ▶ Maltrato y abandono emocional ▶ Abuso y explotación sexual ▶ Mendicidad y explotación laboral ▶ Incapacidad para el control 	Inadecuado

Situación de riesgo

Según la Ley 4/98 del Menor de La Rioja se considera situación de riesgo aquella que por circunstancias personales o por influencias de su entorno o extrañas, exige la adopción de medidas de prevención y rehabilitación para evitar situaciones de desamparo o de inadaptación (situación esta última que es declarada por resolución judicial).

La inclusión en las leyes de las situaciones de riesgo, como situaciones objeto de atención, plantea la necesidad de desarrollar programas preventivos que potencien el buen trato hacia el niño.

La declaración de situación de riesgo, además, permite y obliga a los servicios sociales a intervenir en la familia cuando la situación del niño aun no ha llegado a alcanzar la gravedad requerida en los casos de desamparo. Intervenir en estos momentos no solamente mejora el pronóstico positivo de los casos sino que fundamentalmente evitará las consecuencias negativas que la experiencia de maltrato tiene para los niños y niñas.

Medidas de protección

Se consideran medidas para disminuir las situaciones de riesgo las siguientes:

- Apoyo familiar para promover el desarrollo integral del menor en su medio familiar de origen (prestaciones económicas, guarderías infantiles, ayuda a domicilio, intervención técnica.....)

Se consideran medidas de protección:

- La guarda del menor: la entidad Pública asumirá la guarda del menor cuando previamente haya sido declarado en desamparo, a solicitud de los padres cuando concurren circunstancias graves que impidan a aquellos el cuidado de sus hijos y cuando lo dictamine el juez.
- Asunción de la tutela por ministerio de la ley, previa declaración de la situación de desamparo del menor, que conllevará la guarda del mismo.
- Acogimiento residencial del menor: supone el ingreso del menor en un centro de protección de menores



- Acogimiento familiar del menor: supone la convivencia del menor con otra familia o con miembros de la familia extensa. Dicho acogimiento puede ser simple, permanente o preadoptivo.





5

5 Detección y diagnóstico

A. LA TEORÍA DE LAS NECESIDADES INFANTILES:

El conocimiento por parte de los profesionales de cuales son las necesidades básicas de un niño, al margen de condicionantes culturales, supone una ayuda importante a la hora de reconocer cuando un niño está siendo maltratado. La situación de un niño será inadecuada cuando estas necesidades no estén siendo satisfechas por parte de sus propios padres o de los organismos competentes.

Una taxonomía de carácter global sobre las necesidades infantiles (físicas, emocionales, cognitivas) nos permitirá definir que tipo de actuaciones o condiciones aseguran su satisfacción y que situaciones implican un riesgo para el desarrollo del menor.

Incluimos el conjunto de necesidades infantiles, situaciones de prevención y situaciones de riesgo de vulneración de dichas necesidades (López y Cols, 1995).



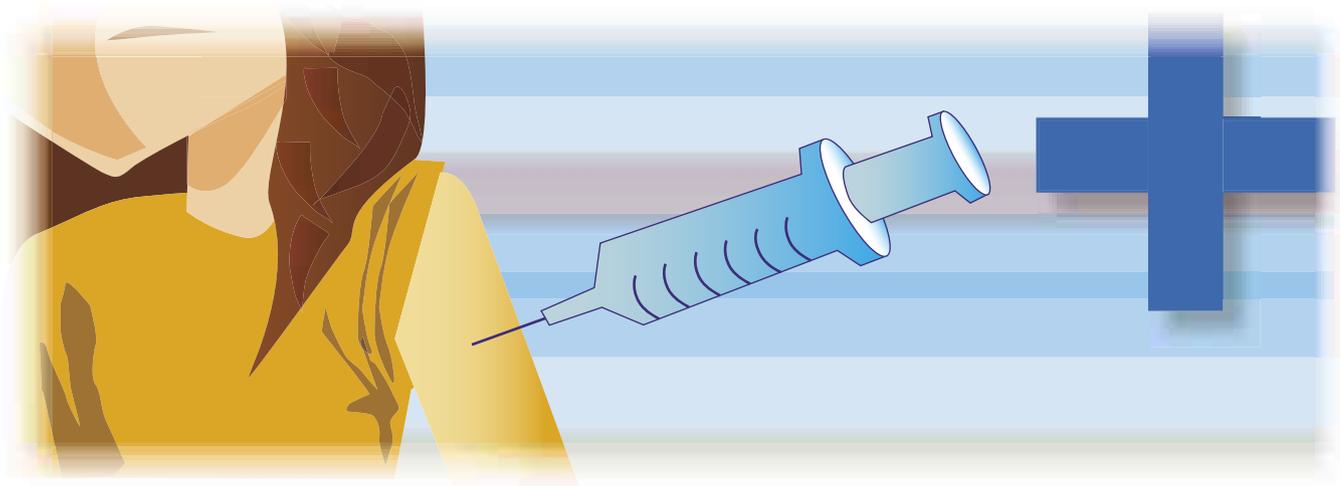
A.1 NECESIDADES DE CARÁCTER FÍSICO-BIOLÓGICO

NECESIDADES	PREVENCIÓN	RIESGO
Alimentación	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Adecuada alimentación de la madre ▶ Lactancia materna ▶ Suficiente, variada, secuenciada en tiempo, adaptada a edad 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ingestión de sustancias que dañan al feto ▶ Desnutrición ▶ Déficit específicos ▶ No apropiada a edad ▶ Excesos: obesidad
Temperatura	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Condiciones de vivienda, vestido y colegio adecuadas 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Frío en vivienda ▶ Humedad en vivienda, falta de calzado, falta de vestido
Higiene	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Higiene corporal ▶ Higiene de vivienda ▶ Higiene de alimentación ▶ Higiene de vestido ▶ Higiene de entorno 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Suciedad ▶ Contaminación del entorno ▶ Gérmenes infecciosos ▶ Parásitos y roedores
Sueño	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Ambiente espacial ▶ Protegido y silencioso ▶ Suficiente según la edad ▶ Durante la noche ▶ Con siestas si es pequeño 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inseguridad, contaminación de ruidos, interrupciones frecuentes, insuficiente tiempo, sin lugar y tiempos de descanso diurnos
Actividad física: Ejercicio y juego	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Libertad de movimiento en el espacio Espacio con objetos, con juguetes y otros niños ▶ Contacto con elementos naturales: agua, tierra, plantas, animales, etc. ▶ Paseos, marchas, excursiones, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Inmovilidad corporal ▶ Ausencia de espacio ▶ Ausencia de objetos ▶ Ausencia de juguetes ▶ Inactividad ▶ Sedentarismo



A.1 NECESIDADES DE CARÁCTER FÍSICO-BIOLÓGICO

NECESIDADES	PREVENCIÓN	RIESGO
Protección de riesgos reales Integridad física	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Organización de la casa adecuada a seguridad: enchufes, detergentes, electrodomésticos, instrumentos, herramientas, escaleras, ventanas y muebles ▶ Organización de la escuela adecuada a la seguridad: clases, patios y actividades ▶ Organización de la ciudad para proteger a la infancia: calles y jardines, circulación, etc. ▶ Circulación prudente, niños en parte trasera y con cinturón ▶ Conocimiento y control de las relaciones de los niños 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Accidentes domésticos ▶ Castigos excesivos ▶ Accidentes en la escuela ▶ Accidentes de circulación
Salud	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Revisiones adecuadas a edad y estado de salud ▶ Vacunaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Agresiones ▶ Falta de control ▶ Provocación de síntomas ▶ No vacunación



A.2 NECESIDADES COGNITIVAS

NECESIDADES	PREVENCIÓN	RIESGO
Estimulación sensorial	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Estimular los sentidos ▶ Entorno con estímulos: Visuales, táctiles, auditivos, 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 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Privación sensorial ▶ Pobreza sensorial ▶ Monotonía de estímulos No contingencia de la respuesta, curriculum escolar no global, no secuenciado, no significativo, etc. ▶ Falta de estimulación lingüística
Exploración física y social	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Contacto con el entorno físico y social rico en objetos, juguetes, elementos naturales y personas ▶ Exploración de ambientes físicos y sociales Ofrecer "base de seguridad a los más pequeños", compartir exploración con ellos (los adultos y los iguales) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Entorno pobre ▶ No tener apoyo en la exploración ▶ No compartir exploración con adultos e iguales
Comprensión de la realidad física y social	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Escuchar y responder de forma contingente a las preguntas ▶ Decir la verdad ▶ Hacerles participar en el conocimiento de la vida, el sufrimiento, el placer y la muerte ▶ Visión biofila de la vida, las relaciones y los vínculos ▶ Transmitir las actitudes, valores y normas Tolerancia con discrepancias y diferencias: raza, sexo, clase social, minusvalías, nacionalidad, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ No escuchar ▶ No responder ▶ Responder en momento inadecuado ▶ Mentir ▶ Ocultar la realidad ▶ Visión pesimista ▶ Anomia o valores antisociales ▶ Dogmatismo ▶ Racismo



A.3 NECESIDADES EMOCIONALES Y SOCIALES

NECESIDADES	PREVENCIÓN	RIESGO
A) S O C I A L E S		
Seguridad emocional	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Apego incondicional: aceptación, disponibilidad, accesibilidad, respuesta adecuada a demandas y competencia ▶ Contacto íntimo: táctil, visual, lingüístico, etc. ▶ Capacidad de control ▶ Capacidad de protección ▶ Resolver los conflictos con moral inductiva: explicaciones, exigencias conforme a edad, coherencia en exigencias, posibilidad de revisión si el niño/a protesta la decisión 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Rechazo ▶ Ausencia, no accesibles, no percibir, no interpretar, no responder, no responder contingentemente, incoherencia en la respuesta ▶ Falta de capacidad de control del niño/a ▶ Falta de capacidad de protección de peligros ▶ Autoritarismo ▶ Amenaza de retirada de amor
Red de relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Relaciones de amistad y compañerismo con los iguales: fomentar contacto e interacción con iguales en el entorno familiar y en la escuela: tiempos de contacto, fiestas infantiles, comidas y estancias en casa de iguales, etc. ▶ Continuidad en las relaciones ▶ Actividades conjuntas de familias con hijos que son amigos ▶ Incorporación a grupos o asociaciones infantiles 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aislamiento social ▶ Separaciones largas de los amigos ▶ Imposibilidad de contacto con amigos ▶ Prohibición de amistades ▶ Aburrimiento ▶ Compañeros de riesgo
Participación y autonomía progresivas	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Participación en decisiones y en gestión de lo que afecta y pueda hacer a favor de sí mismo y de los demás en familia, escuela y sociedad 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ No ser escuchado ▶ No ser tenido en cuenta ▶ Dependencia



A.3 NECESIDADES EMOCIONALES Y SOCIALES

NECESIDADES	PREVENCIÓN	RIESGO
B) S E X U A L E S		
Curiosidad, imitación y contacto	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Responder a preguntas ▶ Permitir juegos y autoestimulación sexual ▶ Proteger de abusos 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ No escuchar ▶ No responder ▶ Engañar, castigar manifestaciones infantiles ▶ Abuso sexual
C) C O N E L E N T O R N O F Í S I C O Y S O C I A L		
Protección de riesgos imaginarios	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Escuchar, comprender y responder a sus temores: miedo al abandono, rivalidad fraterna, miedo a enfermedad y miedo a la muerte ▶ Posibilidad de expresar el miedo ▶ Evitar verbalizaciones y conductas que fomenten los miedos: violencia verbal o violencia física, discusiones inadecuadas, amenazas verbales, pérdida de control, incoherencia en la conducta 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ No escuchar ▶ No responder ▶ No tranquilizar ▶ Inhibición emocional ▶ Violencia verbal ▶ Violencia física en el entorno ▶ Amenazas ▶ Pérdida de control ▶ Incoherencia en la relación
Interacción lúdica	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Interacción lúdica en la familia con la madre, el padre y otros familiares ▶ Juego con los iguales 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ No disponibilidad de tiempo en padres No accesibles ▶ Tono vital triste o apagado de padres ▶ Ausencia de iguales ▶ Falta de juguetes u objetos Juguetes inadecuados: bélicos, sexistas, sofisticados, etc.



“...Escuchar, comprender y responder a sus temores: miedo al abandono, rivalidad fraterna, miedo a enfermedad y miedo a la muerte...”



*“...No escuchar
No responder
No tranquilizar...”*



B. INDICADORES DE DETECCIÓN DE MALTRATO

La detección-diagnóstico consiste en reconocer o identificar una posible situación de maltrato infantil.

Supone la primera condición para poder intervenir en casos de maltrato infantil y posibilitar así la ayuda a la familia y al niño que sufre este problema.

Debe ser lo más precoz posible para evitar la gravedad de consecuencias para el niño e incrementar las posibilidades de éxito de la intervención, tratar las secuelas, prevenir la repetición etc.

De aquí la importancia de que los profesionales tengan conocimientos suficientes sobre signos, síntomas, pruebas complementarias, etc., que se requieren para sospechar y establecer este diagnóstico así como de indicadores que se presentan en este problema.



Indicadores de maltrato físico (Le Boeuf, 1982):

INDICADORES FÍSICOS EN EL NIÑO	INDICADORES COMPORTAMENTALES EN EL NIÑO	CONDUCTA DEL CUIDADOR	
<p>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.</p>	<p>Cauteloso con respecto al contacto físico con adultos.</p>	<p>Fue objeto de maltrato en su infancia.</p>	
<p>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 buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en un líquido caliente; 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.</p>	<p>Se muestra distante cuando otros niños lloran.</p>	<p>Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, falta cometida y condición del niño.</p>	
<p>Fracturas: en el cráneo, nariz o mandíbula; en espiral en los huesos largos (brazos y piernas), cualquier fractura en niños menores de dos años; fracturas múltiples;</p>	<p>Muestra conductas extremas: agresividad o rechazo extremos.</p>	<p>No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño o estas son ilógicas, no convincentes o contradictorias.</p>	
<p>Heridas y raspaduras: en la boca, los labios, encías y ojos; en los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.</p>	<p>Parece tener miedo de sus padres, de ir a casa o llora cuando terminan las clases y tiene que irse de la guardería o de la escuela.</p>	<p>Parece no preocuparse por el niño.</p>	
<p>Lesiones abdominales</p>	<p>Dice que su padre/madre le han causado alguna lesión.</p>	<p>Percibe al niño de manera significativamente negativa, por ejemplo le ve como malo, perverso, un monstruo, etc.</p>	
<p>Señales de mordeduras humanas</p>		<p>Psicótico o psicópata.</p>	
<p>Cortes o pinchazos</p>		<p>Abuso de alcohol u otras drogas.</p>	
<p>Lesiones internas</p>		<p>Intenta ocultar la lesión o proteger la identidad de la persona responsable de éste.</p>	
<p>Asfixia o ahogamiento</p>			



Requisitos para señalar la existencia de maltrato físico

Para identificar la presencia de maltrato físico ha de cumplirse al menos uno de los siguientes requisitos:

1. En al menos una ocasión ha sido percibida la presencia de, como mínimo, uno de los indicadores. Las lesiones físicas no son “normales” en el rango de lo previsible en un niño de su edad y características (bien por su mayor frecuencia o intensidad, por ser lesiones aparentemente inexplicables o no acordes

con las explicaciones dadas por el niño y/o sus padres, etc.)

2. No se ha percibido claramente ninguno de los indicadores señalados, pero hay un conocimiento certero de que el niño ha padecido alguno de los tipos de lesiones físicas indicadas como resultado de la actuación de sus padres o tutores. No existen lesiones físicas, pero hay un conocimiento certero de que los padres o tutores utilizan un castigo corporal excesivo o palizas hacia el menor.

Indicadores de abuso sexual (Le Boeuf, 1982):

INDICADORES FÍSICOS EN EL NIÑO	INDICADORES COMPORTAMENTALES EN EL NIÑO	CONDUCTA DEL CUIDADOR
Dificultad para andar y sentarse	Parece reservado, rechazante o con fantasías o conductas infantiles, incluso puede parecer retrasado	Extremadamente protector o celoso del niño
Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada	Tiene escasas relaciones con sus compañeros	Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador
Se queja de dolor o picor en la zona genital	No quiere cambiarse de ropa para hacer gimnasia o pone dificultades para participar en actividades físicas	Sufrió abuso sexual en su infancia
Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal	Dice que ha sido atacado sexualmente por un padre/cuidador	Experimenta dificultades en su matrimonio
Tiene una enfermedad de transmisión sexual	Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados, inusuales	Abuso de drogas o alcohol Esta frecuentemente ausente del hogar
Tiene la cerviz o la vulva hinchados o rojos	Trastornos del sueño y alimentación	
Tiene semen en la boca, genitales o en la ropa	Diversos: algias abdominales, cefaleas, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, etc., que originan intenso consumo médico sin aclarar las causas	
Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga o ano	Depresiones crónicas, intentos de autolisis, automutilaciones	
Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia)	Desvalorización corporal: obesidad, anorexia	
Infecciones urinarias de repetición	Problemas de conducta: fugas, fracasos escolares y profesionales	



Requisitos para señalar la presencia de abuso sexual

Para señalar la presencia de Abuso sexual se requiere que al menos en una ocasión se haya

producido alguna de las situaciones señaladas dentro de la categorización de Abuso Sexual realizada en capítulos anteriores (con contacto físico, sin contacto físico, vejaciones)

Indicadores de abandono físico

INDICADORES FÍSICOS EN EL NIÑO	INDICADORES COMPORTAMENTALES EN EL NIÑO	CONDUCTA DEL CUIDADOR
Falta de higiene	Comportamientos autogratiﬁcantes	Vida en el hogar caótica
Retraso en el crecimiento	Somnolencia, apatía, depresión	Muestra evidencias de apatía o inutilidad
Infecciones leves, recurrentes o persistentes	Hiperactividad, agresividad	Mentalmente enfermo o tiene bajo nivel intelectual
Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta de seguimiento médico	Tendencia a la fantasía	Tiene una enfermedad crónica
Hematomas inexplicados	Absentismo escolar	Fue objeto de negligencia en su infancia
Accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas	Se suele quedar dormido en clase	
Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica	Llega muy temprano a la escuela y se va muy tarde	
Ropa inadecuada para las condiciones climáticas	Dice que no hay nadie que le cuide	
Alimentación y/o hábitos horarios inadecuados	Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto	
Retraso en las áreas madurativas	Comportamientos antisociales (ejemplos: Vandalismo, prostitución, toxicomanías)	
Problemas de aprendizaje escolar		





Requisitos para señalar la presencia de abandono físico

El criterio para señalar la existencia de abandono físico viene determinado en gran medida por su CRONICIDAD. Se considerará su presencia únicamente si se presenta un solo indicador o varios indicadores simultáneamente de manera reiterada y/o continua.

Categorías de abandono físico

Las categorías especificadas a continuación han sido elaboradas a fin de determinar la gravedad de la situación.

Categoría A:

El niño ha padecido lesiones o daño físico como consecuencia directa de la conducta negligente de sus padres o tutores, habiéndose requerido atención médica por ello.

La negligencia en la conducta parental ha determinado que el niño presente retrasos importantes en su desarrollo (intelectual, física, social,...) que requieren de atención especializada.

Categoría B:

El niño no ha padecido lesiones o daño físico como consecuencia directa de la conducta de sus padres o tutores y no requiere, por tanto, de atención médica. Sin embargo, la conducta parental negligente es causa directa de situaciones de rechazo hacia el niño (escuela, calle, etc.)

Categoría C:

Se produce la conducta negligente pero el niño no padece ninguna de las situaciones señaladas en las categorías anteriores.



Indicadores de maltrato emocional:

INDICADORES FÍSICOS EN EL NIÑO	INDICADORES COMPORTAMENTALES EN EL NIÑO	CONDUCTA DEL CUIDADOR
Bebes: “Enanismo psicosocial”: retraso en el crecimiento: niños de talla baja y miembros cortos, cráneo y cara mayores en relación a la edad, piel fría y sucia Delgadez y desnutrición Cabellos frágiles con placa de alopecia	Inhibición en el juego	Culpa o desprecia al niño o niña
	Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente	Es frío o rechazante
Niños/niñas: Perturbación en el lenguaje Retrasos en el desarrollo físico, inmadurez en relación con su grupo de edad Trastornos alimentarios, anorexia, bulimia Trastornos psicósomáticos, cefaleas, dolores abdominales	Es extremadamente agresivo, exigente o rabioso	Niega el amor
	Muestra conductas extremadamente adaptativas que son o bien demasiado de “adultos” (ejemplo: hacer el papel de padre o madre de otros niños) o demasiado infantiles (ejemplo: Mecerse constantemente, chuparse el pulgar, enuresis)	Trata de manera desigual a los hermanos
	Intentos de suicidio	Parece no preocuparse por los problemas del niño
	Retrasos en desarrollo emocional e intelectual	
	Apatía en las relaciones con sus padres	
	Carácter asustadizo, tímido, pasivo o por el contrario agresivo o negativista	

Indicadores en el maltrato emocional

Exponemos las diferentes formas de maltrato emocional según la edad del niño/niña (*Garbarino y al. 1986*)

Rechazo:

En general, implican conductas que comunican o constituyen abandono.

- Hasta los 2 años: El padre/madre rechaza de manera activa aceptar las iniciativas primarias de apego del niño. Rechaza las iniciativas espontáneas del niño y las respuestas normales/naturales al contacto

humano; rechaza la formación de una relación primaria. Ejemplos de conductas: no devolución de las sonrisas y vocalizaciones del niño.

- De los 2 a los 4 años: el padre/madre excluye activamente al niño de las actividades familiares. Ejemplos de conductas: no llevar al niño a las reuniones/actividades conjuntas con la familia. Rechazo de los gestos de cariño del niño (como abrazos). Mandar al niño lejos de la familia.
- Edad escolar: el padre/madre transmite constantemente al niño una negativa valoración



de este. Ejemplos de conductas: utilizar frecuentemente apelativos tales como “muñeco” o “monstruo”. Desprecio constante de los logros del niño. Hacer al niño cabeza de turco de la familia.

- Adolescencia: el padre/madre rechaza aceptar los cambios en el rol social esperados en el chico o chica, es decir, evolucionar hacia una mayor autonomía y autodeterminación. Ejemplos de conductas: tratar al adolescente como un niño pequeño (“infantilizar”). Someter al adolescente a humillaciones verbales y críticas excesivas. expulsar al joven de la familia.

Aterrorizar:

En general, se refiere a amenazar al niño con un castigo extremo o con uno vago pero siniestro, crear en él un miedo intenso, de amenaza impredecible, o mantener hacia éste expectativas inalcanzables castigándole por no alcanzarlas.

- Hasta los 2 años: el padre/madre rompe de manera consistente y deliberada la tolerancia del niño al cambio y a los nuevos estímulos. Ejemplos de conductas: burlarse del niño. Respuestas extremas e impredecibles a la conducta del niño.
- De 2 a 4 años: el padre/madre utiliza gestos y palabras exageradas para intimidar, amenazar o castigar al niño. Ejemplos de conductas: amenazas verbales de daño extremo o misterioso” (monstruos, etc.). Enfurecimientos frecuentes con el niño, alternados con periodos de cariño artificial.
- Edad escolar: el padre/madre coloca al niño en situaciones intolerables de “Doble sentido” (sí lo haces esta mal, si no lo haces, también). Ejemplos



de conductas: mostrar demandas o emociones extremadamente inconsistentes. Forzar al niño a elegir entre dos padres enfrentados. Cambiar frecuentemente los “papeles” en las relaciones padre-hijo. Criticar constantemente, sin dar posibilidad al niño de alcanzar con éxito las expectativas puestas en él.

- Adolescencia: el padre/madre amenaza al chico con exponerle a la humillación pública. Ejemplos de conductas: amenazar con revelar características o conductas grandemente embarazosas (por ej. problemas de enuresis o experiencias sexuales previas) a compañeros u otros adultos. Ridiculizar al chico en publico.



Aislamiento:

En general se refiere a privar al niño de las oportunidades para establecer relaciones sociales.

- Antes de los 2 años: el padre/madre niega al niño la experiencia de interactuar de manera continuada con los padres u otros adultos. Ejemplos de conductas: dejar al niño solo en su habitación durante largos periodos.
- De 2 a 4 años: el padre/madre enseña al niño a evitar cualquier contacto social que no sea con él. Ejemplos de conductas: castigar las iniciativas del niño hacia otros niños o adultos, enseñar al niño a rechazar las iniciativas sociales.
- Edad escolar: el padre/madre intenta alejar al niño de relaciones normales con sus compañeros. Ejemplos de conductas: prohibir al niño jugar con otros niños. Prohibir al niño invitar a otros niños a casa. Sacar al niño de la escuela.
- Adolescencia: el padre/madre intenta evitar que el chico participe en actividades organizadas e informales fuera del hogar. Ejemplos de conductas. Prohibir al chico pertenecer a clubs, equipos deportivos y participar en actividades extraescolares, castigar al chico por participar en experiencias sociales normales (tales como citas).

Corrupción:

En general, se refiere a conductas que impiden la normal integración del niño y refuerzan pautas de conducta antisocial o desviadas (especialmente en el área de la agresividad, sexualidad y drogas).

Ello puede manifestarse de dos maneras:

- Los padres o tutores FACILITAN Y REFUERZAN pautas de conducta antisocial o desviadas que impiden la normal integración del niño.
- Los padres o tutores UTILIZAN al niño como “ayuda” o tapadera para la realización de acciones delictivas (robos, transportes de drogas, etc.)
- Antes de los 2 años: el padre/madre pone en riesgo reforzando el desarrollo de hábitos extraños y/o creando adicciones. Ejemplos de conducta: alentar al niño a contactos sexuales orales. Crear en el niño dependencia hacia las drogas.
- De 2 a 4 años: el padre/madre refuerza inadecuadamente la agresividad y la sexualidad precoz. Ejemplos de conductas: premiar al niño por agredir a otros niños. Implicar al niño en contactos sexuales con adultos o adolescentes.
- Edad escolar: el padre/madre premia al niño por robar, consumir drogas, atacar a otros niños y las conductas sexuales precoces. Ejemplos de conductas: incitar al niño a atacar a otros niños. Exponer al niño a pornografía. Alentar el consumo de drogas, reforzar conductas sexuales agresivas, implicar al niño en contactos sexuales con adultos.
- Adolescencia: el padre/madre hace implicarse al chico en formas más intensas y socialmente rechazables de conductas sexuales, agresivas o referentes a drogas /alcohol desviadas. Ejemplo de conductas: implicar al adolescente en prostitución. Premiar conductas agresivas o delictivas dirigidas a compañeros y adultos o a los cabeza de turco de la familia, alentar al tráfico de drogas y abuso de alcohol.



Indicadores de abandono emocional

Ignorar:

En general, se refiere al estado del padre/madre de no disponibilidad para el niño, es decir, el padre/madre está preocupado por sí mismo y es incapaz de responder a las conductas del niño.

- Antes de los 2 años: el padre/madre no responde a las conductas sociales espontáneas del niño. Ejemplos de conductas: no responder a las vocalizaciones espontáneas del niño, no responder ni fijarse ante la evolución de éste.
- De 2 a 4 años: frialdad y falta de afecto en el tratamiento de padre/madre al niño, no participación en las actividades diarias del niño, apartar al niño de las interacciones sociales. Ejemplos de conductas: negativa a conversar con

el niño, dejarle si un adulto afectivo durante largos periodos de tiempo.

- Edad escolar: el padre/madre fracasa en proteger al niño de las amenazas o en intervenir a favor de éste cuando el padre/madre sabe que necesita ayuda. Ejemplos de conductas: no proteger al niño de los ataques de sus hermanos u otros miembros de la familia. No mostrar interés en la evaluación del niño por parte de los maestros u otros adultos. No responder a las peticiones de ayuda del niño para resolver problemas con sus compañeros.
- Adolescencia: el padre/madre renuncia a su rol parental y no muestra interés por el chico. Ejemplos de conductas: rechazo a comentar las actividades e intereses del adolescentes. Concentración en otras relaciones que reemplazan al adolescente como objeto de afecto.



Indicadores de Síndrome de Munchausen por poderes

INDICADORES FÍSICOS EN EL NIÑO	INDICADORES COMPORTAMENTALES EN EL NIÑO	CONDUCTA DEL CUIDADOR
Síntomas recurrentes, inventados, inexplicables, que desaparecen al separar al niño de su familia y reaparecen al contactar de nuevo.	Los niños pequeños suelen presentar mucha dependencia de la madre.	Niega todo conocimiento acerca de la etiología de los síntomas. Las respuestas que da son imprecisas.
Discordancia entre la historia y la clínica y analítica.	En ocasiones presentan conductas agresivas.	Pueden presentar mentira patológica al relatar experiencias diarias y al describir al especialista la situación de la víctima.
El cuadro neurológico o metabólico que presenta el niño suele ser grave.	Durante las exploraciones médicas se muestran, sin embargo, extremadamente pasivos y colaboradores.	Conductas de sobreprotección, veneración y visitas frecuentes.
Con frecuencia las muestras de los análisis evidencian un caos bioquímico y mezcla de sustancias extrañas.	A partir de los 12 a 14 años es probable que colaboren con la madre en la invención de síntomas.	Se muestran amables y colaboradoras en encontrar el falso diagnóstico.



6

La intervención ante el maltrato infantil

El maltrato infantil es un problema complejo del que, como ya hemos comentado anteriormente, se detectan solamente una pequeña parte. Por ello es importante que tanto los profesionales como los ciudadanos en general mantengan una postura activa ante esta situación y de esta forma permitir que salgan a la luz.

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:

Son los **padres** quienes, en el ejercicio de la patria potestad, deben velar por sus hijos, pero también los ciudadanos (vecinos, asociaciones,...) deben sentirse responsables de notificar situaciones en las que los niños no reciban el trato y cuidados necesarios.

El siguiente nivel representado por servicios como la **escuela, el ámbito sanitario, los ayuntamientos y los servicios sociales**, tienen el deber de garantizar desde sus competencias específicas los derechos de los niños/as y de su entorno familiar notificando la existencia de situaciones de riesgo o desamparo. Asimismo deben poner en marcha las medidas necesarias para que los recursos de la comunidad ayuden especialmente a las familias en riesgo, a fin de evitar situaciones de desamparo.



Sistemas de protección infantil: niveles de responsabilidad Adaptado de Junta de Castilla-León (2000)



Las funciones de la administración competente en protección infantil (Gobierno de La Rioja. Servicio de Mujer, Familia e Infancia) 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 es la figura del fiscal y del juez quienes asumen diferentes funciones en la protección. Al fiscal le corresponde proteger al niño/a por un lado conociendo y vigilando la situación en que viven 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 a los niños, sancionar las faltas o delitos en que puedan incurrir padres o cuidadores, ratificar tutelas provisionales, adopciones, acogimientos o la tutela ordinaria.

A. LA INTERVENCIÓN EN SITUACIONES DE MALTRATO INFANTIL

La protección a la infancia consiste en garantizar la integración del menor en sus grupos naturales de convivencia, en unas condiciones que posibiliten su participación en la vida familiar, social, cultural y económica, potenciando su desarrollo como individuos

A la hora de abordar las situaciones de maltrato infantil nos encontramos con dos niveles de intervención: uno primario o comunitario en el que se incluyen aquellos colectivos profesionales más cercanos a la población, (servicios sociales de base, escuela, guardería, ámbito sanitario, etc.). A este nivel le corresponde las funciones de detección y notificación de casos de maltrato.

Un segundo nivel más especializado son los equipos de protección a la Infancia que llevan a cabo la protección en sentido estricto.

Debemos resaltar la importancia que en la detección y valoración de estas situaciones tiene la coordinación de los profesionales tanto dentro del mismo nivel como entre los mismos.

El término maltrato infantil hace referencia a un amplio conjunto de situaciones debido a que no todos los problemas repercuten de igual manera en los cuidados de los niños. Estas situaciones pueden ir desde el riesgo leve, moderado o grave hasta un desamparo que requiera la separación temporal o definitiva del menor de su entorno familiar.

En una valoración inicial, la urgencia de las situaciones va a venir determinada por:

- Tipo y gravedad del incidente (que se ponga en grave peligro la integridad física o el desarrollo personal del menor)
- Presencia/ausencia de personas que ejerzan un papel protector del menor en su entorno.

La gravedad hace referencia a la intensidad del daño sufrido por el menor, teniendo en cuenta tanto la dimensión de la lesión como sus consecuencias.



El riesgo indica la probabilidad de que una situación o incidente pueda volver a ocurrir, vulnerando las necesidades básicas del niño. Existen, en España, instrumentos de valoración del riesgo de situaciones de maltrato infantil. Uno de los más aceptados por los profesionales en el ámbito de protección es el creado por Arruabarrena y Cols (2000) en el que se especifican 22 factores de riesgo agrupados en 5 áreas: tipo de incidente, grado de vulnerabilidad del niño, características del cuidador, características familiares, respuesta ante la intervención.

La existencia de marcadores de riesgo en una familia no implica directamente que se este produciendo un maltrato hacia los hijos. Debemos recordar que dada la complejidad de estas situaciones, en toda valoración es necesario un estudio individualizado del mismo a la hora de la toma de decisiones.

B. EL PAPEL DEL PROFESIONAL DEL AMBITO SANITARIO:

El maltrato infantil constituye un problema de salud pública. Su incidencia dentro de la población infantil, tanto en mortalidad como en morbilidad, es similar a la de otras causas como el cáncer o los accidentes siendo la causa de un importante número de secuelas físicas y psíquicas.

Al hablar de este tema es importante tener en cuenta que:

- La mortalidad es producida tanto de forma directa o indirecta (consecuencias psicosociales en la adolescencia y/o edad adulta), ya sea por lesiones, complicaciones o suicidios (Cerezo, 1995)
- Los adolescentes que han sufrido malos tratos tienen entre 3 y 5 veces más riesgo de tentativas



de suicidio que los que no lo han padecido (Riggs, 1990; Rutter, 2000)

- Entre las secuelas a corto plazo se encuentran las lesiones, respuestas emocionales desajustadas, retrasos en el desarrollo de causa no orgánica producida como respuesta al estrés sufrido (retraso psicomotor, cognitivo, trastornos del aprendizaje, etc)
- Entre las secuelas a largo plazo encontramos las secuelas anatómicas (cicatrices, fracturas,...) y las funcionales (perdida de sensibilidad, cojeras, etc). Igualmente se pueden producir trastornos psicosomáticos, adicciones, alteraciones del sueño y de la alimentación, en el control de impulsos etc.

Es importante tener en cuenta que sobre la problemática del maltrato infantil se debe actuar desde una perspectiva integral. De esta forma se tomará al niño como una totalidad biopsicosocial, considerando la influencia que el medio familiar y social tiene en su desarrollo y bienestar.

La implicación del maltrato infantil en la salud hace que los profesionales del ámbito sanitario tengan un importante papel en la intervención, detección y prevención del Maltrato infantil.

Las actuaciones de los profesionales sanitarios ante estas situaciones dependerán del nivel de atención en que se encuentren (hospitalario o extrahospitalario) así como de las diferentes especialidades (pediatría, personal de enfermería, obstetricia y ginecología, salud mental,...)

En general, se consideran que las funciones/ actuaciones desde el ámbito sanitario ante el maltrato son:

- Detección de lesiones y secuelas resultantes de abusos o negligencias.
- Detección de retrasos en el desarrollo o problemas de conducta que no obedezca a causas orgánicas diagnosticables.
- Detección de maltrato a partir de tratamientos a niños con problemas emocionales o psicopatológicos.
- Sensibilización a los padres sobre el fomento de pautas de crianza y relaciones positivas padres-hijos.
- Detección de situaciones de riesgo a causa de factores transitorios o permanentes: familiares (problemas de relación, enfermedades, abuso de sustancias de los padres, trastornos psicopatológicos, elevado nivel de estrés familiar) del tipo de interacción y vinculación padres-hijos y de las expectativas de los padres hacia los hijos.
- Colaboración con otros profesionales en la intervención de situaciones de maltrato infantil.

Indicadores de riesgo en la madre durante el periodo prenatal y neonatal:

- Primera visita médica al pasar más de la 20ª semana de gestación.
- Falta de control médico.
- Acude habitualmente al médico sin cita previa.
- Tiene un deficiente funcionamiento en el día a día, dificultades para organizarse de forma racional el tiempo y sus obligaciones, falta de hábitos y rutinas.
- Es joven, adolescente o inmadura.
- Tensiones en la pareja durante el embarazo.
- Ausencia de padre o de cualquier persona que pueda ayudar a la madre.
- Negligencia personal de la madre (Higiene, alimentación,...)



- Enfermedades de transmisión sexual
- Toxicomanía o alcoholismo
- Problemas psiquiátricos o psicológicos durante el embarazo
- Carencias afectivas de la madre, baja autoestima o indiferencia emocional.
- Actitud negativa frente al embarazo.
- Embarazo abocado inicialmente a la interrupción voluntaria, hijo no deseado o falta de aceptación del rol de madre.
- Planteamientos de ceder al niño para la adopción.

Además es posible observar los siguientes factores de riesgo tras el parto:

- Dificultades para crear el vínculo.
- Actitud de rechazo hacia el recién nacido.
- Ignora las demandas del niño para ser alimentado o atendido.
- Siente repulsión hacia los cuidados del niño (alimentación, cambio de pañales,...)
- Se muestra decepcionada por las características del niño.
- Estado de ánimo deprimido: habla con tristeza y pesimismo de su nuevo hijo, falta de ilusión al ponerle el nombre, etc.
- Antecedentes de maltrato en otros hijos.

Indicadores observables desde la consulta de pediatría:

- Incomparecencia a consultas ambulatorias.
- Insistencia en ingresos hospitalarios sin causa médica justificada.
- Inadecuación de las dietas no justificables.
- Inadecuación del vestuario a la climatología.
- Seguimiento inadecuado de las enfermedades agudas o crónicas.

- Incumplimiento de los tratamientos médicos prescritos.
- Retrasos inexplicables crecimiento/maduración.
- Engaños familiares en temas de salud, sociales, ..
- Repetición de accidentes.
- El niño relata escenas de maltrato.
- El niño mantiene una actitud temerosa hacia los padres.

Indicadores observables durante los ingresos hospitalarios:

- Familias que abandonan al niño sin justificación, muestran mayor preocupación por la televisión, relaciones sociales, que por cuidar al niño.
- Padres que realizan visitas de escasa duración.
- Falta comparecencia al hablar con los médicos.
- No aportan datos escritos de otros ingresos.
- Los padres se pelean en el centro, rivalizan entre ellos por el niño.
- Los padres no dan importancia a las heridas o enfermedades del niño. No se preocupan por su evolución.
- Comentarios del niño de actuaciones de los padres.
- Adaptación niño al hospital demasiado fácil o precoz.
- Hospitalismo inverso: niño que en casas es apático, poco comunicativo, irritable y triste en el centro adopta una actitud positiva.
- El niño expresa deseos de no regresar a su domicilio.

Indicadores observables desde los servicios de urgencias:

- Retraso en acudir al centro sanitario.
- Lesiones incoherentes con el mecanismo explicado.



- Empeoramiento enfermedades crónicas sin tratar.
- Accidentabilidad por negligencias familiares.
- Dificultad para sacar ropa interior del niño.
- Los padres acuden a distintos centros hospitalarios.
- Manifestaciones conductuales inexplicables en los niños.
- Actitudes de autoestimulación o autoagresivas.
- Dificultad sociabilización en presencia de familia.

Indicadores observables desde las consultas de salud mental:

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

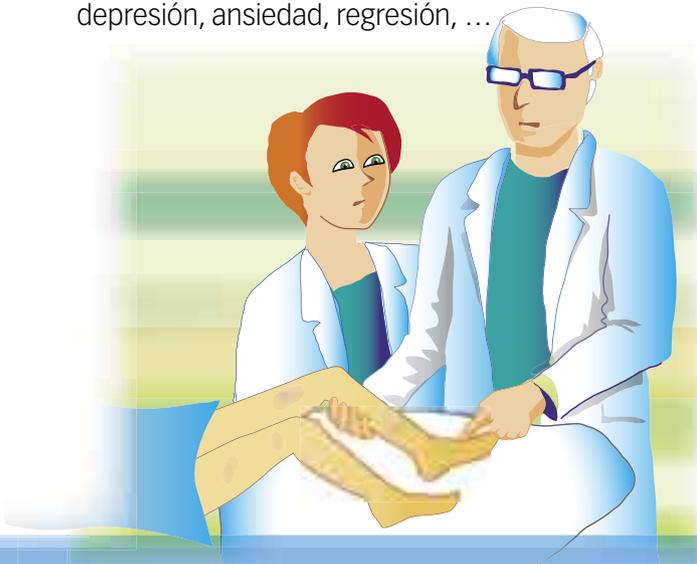
C. LA ENTREVISTA CON LOS PADRES

Con la sospecha de que un niño o niña esta siendo objeto de maltrato se deben realizar una serie de actuaciones. En primer lugar la sospecha se fundamentará en indicadores que directa o indirectamente conocemos sobre el niño, sus padres y/o la situación familiar. En ese momento se puede plantear la realización de una entrevista con los padres y con el niño.

Debemos tener presente que el tema del maltrato infantil, en general, hace que se movilicen los valores, prejuicios y sentimientos más profundos en el profesional (sentimientos de rechazo o censura hacia los padres, etc). Por ello, es importante que la persona que vaya a llevar a cabo las entrevistas, tenga en cuenta este aspecto e intente que sus actitudes negativas ante el mismo no interfieran en sus valoraciones.

En ocasiones no se debe informar a los padres de forma inmediata de la sospecha de maltrato con el fin de evitar dificultades en el proceso de investigación que realizarán los profesionales de Protección Infantil (actitudes defensivas de los padres, no colaboración en el proceso, etc). Sin embargo sí es necesario informarles respecto a que no existe correspondencia entre las lesiones que presenta el niño y la explicación proporcionada por los padres, respecto a la importancia de buscar más indicios que aclaren su situación y el organismo responsable de esta búsqueda (dependiendo del caso: servicios sociales comunitarios, servicios de protección).

Algunos de los consejos que debemos tener en cuenta cuando hablemos con los padres son (Filip y Cols, 1991)





QUÉ HACER

QUÉ NO HACER

EN UN PRIMER MOMENTO

- ▶ Presentarse de manera honesta, diciendo cuál es la verdadera razón de la entrevista.
- ▶ Asegurarse de que los padres entienden el motivo de la entrevista y responder a sus preguntas o dudas.
- ▶ Mostrar empatía hacia los padres, es decir, debe ser capaz de ponerse en su lugar y percibir la realidad desde su punto de vista.
- ▶ Entender y respetar las diferencias culturales.

- ▶ Manifestar horror, enfado o desaprobación hacia los padres, la situación o el niño / niña.
- ▶ Hablarles de manera irrespetuosa.
- ▶ Hacer inferencias o intentar encontrar culpables.
- ▶ Aproximarse a los padres de manera acusadora y punitiva.

A LO LARGO DE LA ENTREVISTA:

- ▶ Mostrar interés real y auténtico por su situación, sus preocupaciones, sus problemas, su bienestar, etc.
- ▶ Destacar el papel del profesional de los servicios sociales como fuente de ayuda.
- ▶ Permitir a los padres admitir, explicar o negar las alegaciones, y dejarles proporcionar información que demuestre sus argumentos.
- ▶ Una vez escuchada la información proporcionada por los padres, y si ésta no es suficiente para extraer una conclusión, hacer preguntas adicionales para clarificarla o completarla.
- ▶ Si los padres muestran hostilidad, ansiedad u otro tipo de sentimientos negativos, intentar hacerles ver que se entienden sus sentimientos, que son importantes y pueden ser aceptados.
- ▶ Preparar a los padres para la finalización de la entrevista disminuyendo progresivamente su intensidad y pasando de los temas más personales a cuestiones más impersonales. Se debe tratar de finalizar la entrevista de la manera mas positiva posible.

- ▶ Utilizar palabras vagas o con una fuerte carga emocional, tales como maltrato o abandono.
- ▶ Formular preguntas en las que la respuesta sea sí o no, que obligan a dar una respuesta concreta.
- ▶ Romper prematuramente los silencios.
- ▶ Muchos padres, tienen dificultades y resistencias para hablar y necesitan tiempo para ello. El profesional puede ayudarles mostrándose relajado y tranquilo durante los silencios.



D. LA ENTREVISTA CON EL NIÑO/A

Ante la sospecha de que un niño o niña esté padeciendo una situación de maltrato, debemos acercarnos para mantener una entrevista. El niño o niña puede sentirse confuso, deprimido, culpable o asustado, necesita que el profesional le proporcione seguridad y confianza.

Es importante dejar que el niño lo cuente con sus palabras. No debemos entrar en detalles escabrosos, debemos intentar que lo cuente las menos veces posibles y de esta forma que se sienta mal. Para perfilar la situación con más detalle, en caso necesario, debemos dejar que sean entrevistadores formados los que se encarguen.

Factores que debemos tener en cuenta en la entrevista:

- La edad (en niños y niñas menores de tres años tendremos que recurrir a otros métodos como el dibujo, el juego, los cuentos,...)
- El posible impacto negativo que puede acarrear la entrevista.
- La capacidad de evaluación y comprensión de la situación.
- La posibilidad de recriminación al niño o niña por parte de su agresor por desvelar la situación.
- Posibilidad de continuar con el proceso; puede ocurrir que el niño y/o la familia se cierren al percibir el control.





QUÉ HACER

- ▶ La entrevista debe ser realizada por una persona de su confianza, a la que respete y le dé seguridad para contar lo que ocurre.
- ▶ Realizarla en un lugar privado.
- ▶ Sentarse cerca del niño, procurar que no exista obstáculos entre ambos (mesas, etc.).
- ▶ Tratarle con cariño, entender que el niño o niña puede sentirse temeroso, asustado o avergonzado.
- ▶ Utilizar un lenguaje claro y sencillo, intentado evitar palabras técnicas.
- ▶ Asegurar al niño la confidencialidad de la entrevista e informarle sobre las actuaciones futuras. En caso de tener que notificar se le explicará cual es la información que se va a dar y a quién.
- ▶ No crear falsas expectativas al niño o niña sobre lo que puede ocurrir o donde va a ir ya que puede crearle falsas ilusiones que dificulten posteriores intervenciones.

QUÉ NO HACER

- ▶ Manifestar horror, susto o desaprobación ante lo que nos ha contado.
- ▶ Dejar que se sienta culpable.
- ▶ Indagar o pedir insistentemente respuestas que el niño o niña no está dispuesto a dar.
- ▶ Sugerirle respuestas.
- ▶ Realizar movimientos amenazantes hacia él o ella.
- ▶ Pedirle que repita lo que ha ocurrido ante otra persona.
- ▶ Las entrevistas sean realizadas por más de dos personas.



7 Notificación



A. ¿QUÉ ES LA NOTIFICACIÓN?

La notificación del caso es la transmisión de información referente al menor supuestamente maltratado y del propio informante. Lo que se pide al profesional es que detecte "indicios razonables para sospechar" y los informe.

No deben detectarse solo los casos más graves y evidentes, también los aparentemente leves y las situaciones de riesgo existe obligación legal de notificarlas.

Sin embargo debemos ser rigurosos, ya que si se notifican numerosos casos erróneos se saturan los servicios, se pierde eficacia, las instituciones pierden credibilidad y se pueden producir daños irreparables a los menores y sus familias.

B. DIFICULTADES DE LA NOTIFICACIÓN

Existen algunas creencias / actitudes que pueden presentar dificultades para que se lleve a efecto la notificación de una situación:

- No denunciar un maltrato infantil por considerar que los niños son sólo responsabilidad de sus padres.
- No notificar un caso por limitarse a reprender a padres o familiares, esperando un compromiso de cambio sobre la notificación de maltrato.
- No notificar por no tener una certeza absoluta sobre lo que está ocurriendo.



- No conocer los mecanismos y pasos a seguir para notificar estos casos.
- No notificar una situación de maltrato infantil por desconfiar sobre lo que afirma la víctima.
- Falta de confianza ante la actuación de los Servicios Sociales en general.

C. ¿QUIÉN DEBE NOTIFICAR?

Se establece la obligación de toda persona que detecte una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, de prestarle auxilio inmediato y de comunicar el hecho a la autoridad o a sus agentes más próximos. Ley 1/96 de 15 de Enero de Protección Jurídica del menor y Ley 4/98 de 18 de marzo del Gobierno de la Rioja.

D. ¿DÓNDE REALIZAR LA NOTIFICACIÓN?

La notificación deberá realizarse a:

En situaciones No Graves:

- **Unidad de trabajo social del centro** o en su defecto al equipo municipal de servicios sociales cuando se tengan sospechas de situaciones de riesgo y/o maltrato. Para ello se contará con la Hoja de notificación que se presenta en el capítulo siguiente, sin perjuicio de que pueda ir acompañada de un informe complementario. Desde esta unidad se realizará una primera valoración del caso en coordinación con el equipo de servicios sociales comunitarios de referencia

En situaciones Graves:

- **Servicio de Mujer, Familia e Infancia de la Comunidad Autónoma** en aquellos casos en que requieran medidas urgentes o sean de carácter grave, sin perjuicio de denunciar los hechos ante la autoridad judicial o el Ministerio Fiscal en caso de delitos. En estos casos la notificación deberá realizarse a través de informe comprensivo de los hechos detectados y verificados así como de cualesquiera datos que consideren de interés para la valoración.
- **Juez de guardia** en los casos regulados por la Ley en que se requiera la comunicación a través de un parte de lesiones o en aquellas circunstancias en que no sea posible contactar con los servicios sociales con competencias en materia de protección



8

Hojas de notificación



A. OBJETIVO

La atención al maltrato infantil requiere determinar conceptos y tipologías comunes, facilitar la notificación de los profesionales y establecer registros de casos homogéneos.

Con este fin presentamos las HOJAS DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL, protocolos simples y de fácil cumplimentación que sirvan para alertar a los servicios sociales comunitarios ante la sospecha de la existencia de maltrato de un menor; ese mismo protocolo llegará al servicio de proceso

de datos donde se contabilizará el número de casos y los tipos de maltrato que se vayan produciendo. La tercera hoja permitirá guardar la información recogida de forma ordenada en el expediente abierto tras la actuación.

Los objetivos propuestos son:

- Cubrir una laguna importante en el conocimiento del fenómeno del maltrato infantil que en la actualidad es, básicamente, a través de los expedientes de protección, por lo tanto, a través de aquellos casos que pasan por los servicios sociales y además con un determinado nivel de gravedad.
- Implicar y sensibilizar a los profesionales de los distintos ámbitos de atención a la infancia con el fenómeno del maltrato.
- Utilizar concepto de maltrato y sus tipologías comunes.

LA HOJA DE REGISTRO SUPONE UNA HERRAMIENTA QUE PERMITE LA COMUNICACIÓN DE CASOS DE RIESGO O SU SOSPECHA DE UNA FORMA CÓMODA, DETALLADA Y ESTANDARIZADA.

La incorporación de los casos comunicados a un sistema acumulativo permitirá una estimación de la incidencia de riesgo, el estudio de los perfiles,

Este registro de casos se pretende establecer de forma paulatina a nivel nacional.



B. PROTOCOLO DE DETECCIÓN DEL MALTRATO DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

1. Objetivos priorizados

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

2. Lugar de cumplimentación

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

3. Criterios de elaboración y aplicación

1. La dificultad de la detección de los malos tratos condiciona la petición a los profesionales responsables, de valorar una realidad que probablemente, excepto en el caso de lesiones, a nivel de Servicios Sanitarios, sólo se intuye, dado que su constatación implica necesariamente medios más complejos. La cuota de subjetividad que implica asumir una valoración de este tipo se supone, queda justificada por la gravedad de la situación objeto de atención y por la posibilidad

de ampliar el número de situaciones que, sin etiquetarse como maltrato, puedan requerir intervenciones preventivas.

2. Por tanto, el proceso de cumplimentación de esta hoja de registro debe partir de la intuición/ valoración del profesional relativa a la atención que los adultos responsables pueda estar prestando a los menores, mientras el profesional cumplimenta la correspondiente Historia clínica. Esta primera valoración orientará posteriores peticiones de información a la familia en las que sea posible enfocar, de forma más concreta, las dificultades que la familia encuentra en el cuidado y supervisión de los niños.

3. La información contenida en esta hoja de registro intenta no exceder de aquella que pueda obtenerse en una o, a lo sumo, dos entrevistas. Este registro, en su cumplimentación, no exige la contestación a todos y cada uno de los items ya que ello podría implicar una sobrecarga de trabajo y dedicación al servicio encargado de la detección. La adscripción de nuevas tareas a servicios ya saturados puede dar lugar a la inhibición de los profesionales ante la tarea solicitada.

4. Los profesionales responsables de la cumplimentación de la hoja de registro deben estar informados del destino de los datos contenidos en el mismo con el fin de poder informar al usuario de su valoración acerca de la situación de riesgo y de la necesidad de intervención de otros servicios que cuentan con recursos y medios técnicos más adecuados.

5. La comunicación al usuario de la cumplimentación del protocolo de detección, e incluso de su



contenido, evitará que se creen situaciones de indefensión que no favorecen las intervenciones posteriores, y en cualquier caso debe implicar una oferta de apoyo especializado.

6. Los principios de actuación del actual sistema de protección de menores (desjudicialización, responsabilidad de los servicios sociales, intervención en situaciones de riesgo, no separar al niño de la familia, todo según el interés superior del

niño) suponen la atención a los casos de maltrato infantil según las necesidades del niño rompiendo con falsas creencias y modelos anteriores basados en el Tutelar de Menores.

7. El criterio general para notificar sería en aquellos casos que requieren ayuda y, por tanto, se realiza la comunicación e interconsulta con los servicios sociales.

C. HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL EN AL ÁMBITO SANITARIO

Ⓛ =Leve Ⓜ =Moderado ⓐ =Grave

Para una explicación detallada de los indicadores, véase el anexo

Sospecha

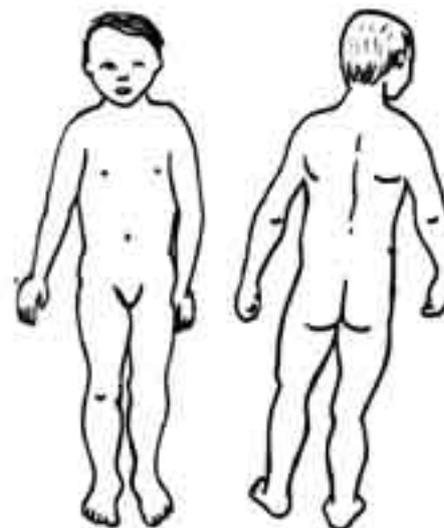
Maltrato

Maltrato físico

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

Negligencia

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



Señale la localización de los síntomas

ANEXO

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

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento.

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

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

Indicadores

1. Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con que han sido infligidos, en varias áreas diferentes, indicando que el menor ha sido golpeado desde distintas direcciones.
2. Quemaduras de puros o cigarrillos. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de muñequeo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).
3. Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 2 años.
4. Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
5. Lesiones viscerales (abdominales, torácicas y/o cerebrales). Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos constantes. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas, o alteraciones del sensorio sin causa aparente.
6. Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.
7. Intoxicación forzada del menor por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos
8. Hemorragias retinianas e intracraneales, sin fracturas.
9. Constantemente sucio. Escasa higiene. Hambriento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).
10. Constante falta de supervisión, especialmente cuando el menor está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo.
11. Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado.
12. Incluye a menores que acompañan a adultos que "piden", vendedores en semáforos ya todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.
13. Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del menor. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidos amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto.
14. Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.
15. Sobreprotección que priva al menor del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, juego, actividades escolares).
16. Incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clítoris, que habrá de especificarse en el apartado "Otros síntomas o comentarios".
17. Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonococia y sífilis no neonatal. Son sospechosos de abusos sexual: Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.
18. Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y acuminados - Es altamente sugestivo de abuso sexual- desgarros de la mucosa anal, cambios de



la coloración o dilatación excesiva (> 15 mm, explorado el ano decúbiteo lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual.

19. Normal, imperforado,

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

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

D. INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LA HOJA DE NOTIFICACIÓN

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

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

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

El inventario de síntomas se desglosa por apartados de tipologías. Estos son: síntomas de **Sospecha**, maltrato físico, síntomas de negligencia en el trato del menor, síntomas de maltrato emocional y **Maltrato**, síntomas de abuso sexual. Es importante resaltar que los síntomas no son exclusivos entre sí

Con frecuencia será necesario utilizar uno o varios indicadores de los distintos apartados de síntomas para perfilar el caso.

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

El inventario de síntomas sirve de guía para recordar los síntomas más frecuentes de maltrato. Es posible elegir varios indicadores de todos y cada uno de los



apartados. Los indicadores no son exclusivos entre sí.

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

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

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

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

El dibujo anatómico debe ser utilizado para indicar la localización de los síntomas que lleven al profesional a comunicar el caso.

En el apartado de identificación del caso se recogen los datos que permitirán localizar y describir al sujeto en la base de datos acumulativa. Es imprescindible recoger las iniciales del paciente, su sexo y su fecha de nacimiento (si se conoce).

Existe un recuadro en el que se pueden escribir otros síntomas que no aparezcan reflejados en el

cuestionario original. También es posible reflejar aquí comentarios que puedan ser pertinentes para la aclaración del caso o sospechas (por ejemplo de tipo biográfico, referentes a la credibilidad de la historia narrada por el sujeto o debido a la reiteración de síntomas y visitas) que lleven al profesional a comunicar el caso.

En el apartado de identificación del caso se recogen los datos que permitirán localizar y describir al sujeto en la base de datos acumulativa. Es imprescindible recoger las iniciales del paciente, su sexo y su fecha de nacimiento (si se conoce).

Si la notificación se deriva de la defunción del sujeto, deberá tacharse la casilla correspondiente.

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

Por último, existe un área dedicada a la identificación de la persona que realiza la notificación. Es imprescindible rellenar este apartado para que la notificación surta efecto. La información contenida en este y otros apartados es confidencial y se encuentra protegida por la Ley Orgánica de 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal. Ley Orgánica de 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del tratamiento automatizado de los datos de carácter personal. La información recogida en el apartado de identificación del notificador no se consigna en la base de datos del registro acumulativo de casos y se utiliza exclusivamente para asegurar la veracidad de la información contenida en la notificación.



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

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

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

Para cualquier aclaración dirigirse a:

Dirección General de Familia y Acción Social
Servicios de Mujer, Familia e Infancia
C/ Villamediana 17.
26071 Logroño

Teléfono: 941 29 11 00 ext: 5044 /5049

E. PROTOCOLO DE DETECCIÓN DE RIESGO SOCIAL EN LA EMBARAZADA Y EL RECIÉN NACIDO

1. Objetivos priorizados

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

2. Lugar de cumplimentación.

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

3. Criterios de elaboración y aplicación

- 1.** La dificultad de la detección de los malos tratos condiciona la petición a los profesionales responsables, de valorar una realidad que probablemente, excepto en el caso de lesiones, a nivel de los profesionales, sólo se intuye, dado que su constatación implica necesariamente medios más complejos. La cuota de subjetividad que implica asumir una valoración de este tipo se supone queda justificada por la gravedad de la situación objeto de atención y por la posibilidad de ampliar el número de situaciones que, sin etiquetarse como maltrato, puedan requerir intervenciones preventivas.



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



F. HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO EN LA EMBARAZADA Y EL RECIÉN NACIDO

L =Leve **M** =Moderado **G** =Grave

Táchese si el indicador se considera positivo. En caso contrario dejar en blanco
Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso

Sospecha

Maltrato

Prenatal

<input type="checkbox"/> Embarazo abocado inicialmente a interrupción voluntaria. ¹	<input type="checkbox"/> Hijo no deseado. ⁷
<input type="checkbox"/> Planteamiento de ceder al niño en adopción. ²	<input type="checkbox"/> Crisis familiares múltiples. ⁸
<input type="checkbox"/> 1.ª visita médica >20 semanas de gestación. ³	<input type="checkbox"/> Soltera / padre desconocido. ⁹
<input type="checkbox"/> Menos de 5 consultas médicas durante el embarazo. ⁴	<input type="checkbox"/> Toxicomanías. ¹⁰
<input type="checkbox"/> Distancia entre los nacimientos menos de 18 meses. ⁵	<input type="checkbox"/> Pobre autoestima, aislamiento social o depresión. ¹¹
<input type="checkbox"/> Parejas jóvenes (menores de 21 años). ⁶	
Valoración Global Prenatal L M G	

Niño

<input type="checkbox"/> Malformaciones, defectos congénitos. ¹³	<input type="checkbox"/> Deficiencia mental. ¹⁶
<input type="checkbox"/> Niño prematuro, bajo peso. ¹⁴	<input type="checkbox"/> Trastornos del ritmo del sueño / vigilia. ¹⁷
<input type="checkbox"/> Enfermedades neurológicas. ¹⁵	<input type="checkbox"/> Imposibilidad de lactancia. ¹⁸
Valoración Global Niño L M G	

Postnatal

<input type="checkbox"/> Madre no está alegre con el niño. ¹⁹	<input type="checkbox"/> Falta de ilusión al ponerle el nombre. ²⁵
<input type="checkbox"/> Decepción por el sexo. ²⁰	<input type="checkbox"/> Reacción negativa del padre hacia el niño. ²⁶
<input type="checkbox"/> Llantos del niño no son controlados por la madre. ²¹	<input type="checkbox"/> Estrés intenso. ²⁷
<input type="checkbox"/> Expectativas de la madre muy por encima posibilidades del hijo. ²²	<input type="checkbox"/> Separación de más de 24 horas después del nacimiento / período neonatal precoz. ²⁸
<input type="checkbox"/> Madre ignora demandas del niño para ser alimentado. ²³	<input type="checkbox"/> Dificultades para establecer el vínculo madre-hijo. ²⁹
<input type="checkbox"/> Madre siente repulsión hacia las deposiciones. ²⁴	
Valoración Global Postnatal L M G	

Visita domiciliaria

<input type="checkbox"/> Hacinamiento. ³⁰	<input type="checkbox"/> Nivel de habitabilidad deficiente. ³⁴
<input type="checkbox"/> Enfermedades infecciosas. ³¹	<input type="checkbox"/> Escasa higiene. ³⁵
<input type="checkbox"/> Falta de equipamiento. ³²	<input type="checkbox"/> Rechazo, no visita. ³⁶
<input type="checkbox"/> Adaptación de la vivienda al niño. ³²	
Valoración Global Visita domiciliaria L M G	



Observaciones

Identificación del caso (Tache o rellene lo que proceda)

IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE	Datos primeras iniciales del Primer Apellido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Datos primeras iniciales del Segundo Apellido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Fecha de Nacimiento (día / mes / año) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Teléfono <input type="checkbox"/>
	Domicilio _____ Código Postal _____	
IDENTIFICACIÓN DEL MENOR	Datos primeras iniciales del Primer Apellido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Datos primeras iniciales del Segundo Apellido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Fecha de Nacimiento (día / mes / año) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M
IDENTIFICACIÓN DEL NOTIFICADOR	Centro _____ Área Insalud <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Servicio consulta _____ Nombre _____	
	Profesionales de <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Enfermería <input type="checkbox"/> Matron/a <input type="checkbox"/> Psicología <input type="checkbox"/> Trabajo Social <input type="checkbox"/> N° de colegiado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

ANEXO

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento.

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

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

- Intención de aborto según los supuestos legales o no, por rechazo de la gestación.
- Embarazo no deseado, ideas contrarias o imposibilidad legal de aborto provocan planteamientos de adopción.
- Por ocultamiento embarazo, desinterés, negligencia, ..., realizan la 1ª visita médica después de la 20 semana de gestación.
- En el conjunto del seguimiento y control del embarazo realizan menos de 5 consultas médicas y de preparación al parto.
- No espaciamiento de los embarazos. Puede relacionarse con promiscuidad.

6. Inmadurez. No preparación para la maternidad.

7. Gestación no planificada, no deseada, rechazada.

8. Violencia familiar, malos tratos a la mujer y/o a otros hijos, antecedentes de malos tratos en su infancia.

9. Falta de apoyos familiares. En caso de adolescentes que se niegan a identificar al padre, pensar en posible abuso sexual (incesto).

10. Especialmente alcoholismo (madre y/o padre).

11. Problemas psicológicos, de personalidad, desarrollo, relación, falta de apoyo social.

12. Padre / madre con problemas de salud mental que pueden afectar al embarazo ya los cuidados del niño.

13. Problemas malformativos y congénitos que afectan desde el nacimiento al niño, provocan una gran dependencia sanitaria y de cuidados, y de expectativas de vida, así como en la madre / padre.

14. Niños que van a requerir cuidados especiales y mayor demanda de atención.



15. Trastornos neurológicos, motores o sensoriales, que provoquen discapacidades.
16. Problemas de deficiencia / retraso mental detectables y evaluables precozmente (test de Denver,...).
17. Niño habitualmente intranquilo, que no respeta horario pausa nocturna, llanto continuo.
18. No lactancia materna por problemas de salud o por rechazo de la madre.
19. La madre no demuestra ni verbaliza alegría / ilusión / cariño por el hijo.
20. El hecho de no coincidir el sexo del niño con el deseado provoca rechazo en la madre y/o el padre.
21. Niño que llora excesivamente o es así percibido por la madre que no puede controlar el llanto del niño.
22. Idealización, fantasías o problemas en el niño que conducen a frustración y rechazo en la madre por no satisfacer sus expectativas.
23. Ante las demandas / llantos del niño, horarios de alimentación..., la madre no responde adecuadamente. En caso de lactancia artificial preparación sin seguir las indicaciones de los biberones.
24. Higiene y cambio de pañales insuficiente que provocan problemas de higiene en el niño (p.e. dermatitis del pañal).
25. No muestran interés por inscribirle en el Registro Civil y en ponerle un nombre. También cuando existe en el matrimonio enfrentamiento por este tema.
26. Padre que rechaza su situación y sus responsabilidades. Falta de atención / indiferencia hacia el niño y la madre. No colabora en los cuidados del hijo.
27. Depresión postparto.
28. Recién nacidos que requieren ser atendidos en Incubadora/ cuidados intensivos, o que por motivos familiares, sociales o médicos no tienen relación con la madre.
29. Rechazo lactancia materna.
30. Con implicaciones sociales o que afectan al niño y su cuidado: HIV., ETS.
31. Escasa superficie, convivencia de varios núcleos familiares.
32. Falta/ escasez de centros sociales, educativos, sanitarios, recreativos, religiosos,... en el barrio.
33. No se aprecian cambios en la vivienda por la llegada del hijo.
34. Vivienda en mal estado, infravivienda.
35. Vivienda con falta de limpieza y hábitos higiénicos.

36. Madre cuya negativa a que se realice la visita domiciliaria se valora como indicador de riesgo.

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

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

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



G. INSTRUCCIONES PARA EL USO DE LA HOJA DE NOTIFICACIÓN

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

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

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

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

Los inventarios de indicadores sirven de guía para recordar los indicadores más frecuentes de maltrato. Es posible elegir varios indicadores de todos y cada uno de los apartados. Con frecuencia será necesario utilizar varios indicadores de los distintos

apartados para perfilar el caso. Los indicadores no son exclusivos entre sí.

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

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

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

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

En el apartado de identificación del caso se recogen los datos que permitirán localizar y describir al sujeto en la base de datos acumulativa. Es imprescindible



recoger las iniciales de la madre. Si se trata de un niño ya nacido, deben recogerse sus iniciales, su sexo y su fecha de nacimiento (si se conoce). Debe consignarse la fecha de la notificación ya que pueden realizarse diversas notificaciones de un mismo caso en el mismo centro o en centros diferentes.

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

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

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

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

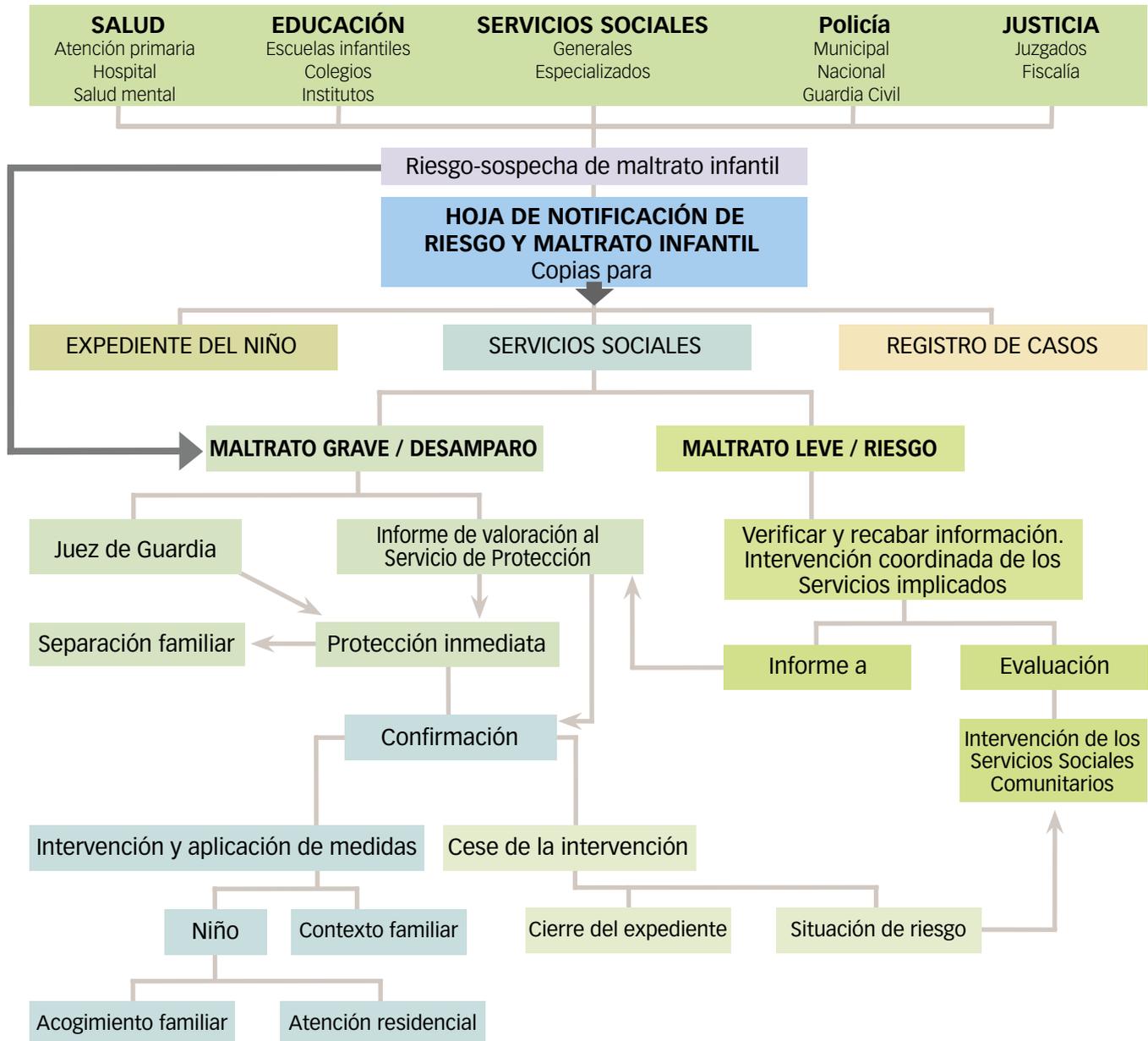
descuidada puede invalidar la notificación del caso.

Para cualquier aclaración dirigirse a:

Dirección General de Familia y Acción Social
Servicios de Infancia, Mujer y Familia
C/ Villamediana 17.
26071 Logroño

Teléfono: 941 29 11 00 ext: 5044 /5049









Anexo: Direcciones y teléfonos de interés

SERVICIO ESPECIALIZADO PROTECCIÓN INFANTIL

Dirección General de Familia y Acción Social
 Servicio de Infancia, Mujer y Familia
 C/ Villamediana nº 17 26071 LOGROÑO
 Tfno: 941 29 11 00 ext: 5044
 Fax: 941. 29 14 62

FUERZAS DE SEGURIDAD

Grupo de Menores de la Policía Judicial (Guardia Civil) EMUME Teléfono: 062	Jefatura Superior de Policía (Policía Nacional) Teléfono :091	Policía Local Teléfono: 092
---	---	---------------------------------------

OFICINA DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE DELITOS

LOGROÑO

C/ Bretón de los Herreros nº 7, bajo
 26001 LOGROÑO
 Teléfonos 941 21 47 34 y 112 (24 horas)

CALAHORRA

C/ Avda. de Numancia, 26
 26500 CALAHORRA
 Teléfonos 941 14 53 46 y 941 14 53 48

HARO

C/ Tenerías nº 10
 26200 HARO
 Teléfonos 941 30 56 26 y 941 30 56 27

UNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES DE BASE

Mancomunidad Alhama- Linares

Avda. Constitución s/n
 26520 CERVERA DEL RIO ALHAMA
 Teléfono: 941 19 80 00 Fax: 941 17 71 77

Agrupación de Rincón de Soto

C/Príncipe Felipe 11
 26550 RINCÓN DE SOTO
 Teléfono: 941 16 00 13 Fax 941 14 15 64

Alfaro

C/ Las Pozas nº 14
 26540 ALFARO
 Teléfono: 941 18 02 11 Fax: 941 18 38 50

Calahorra

C/ Miguel de Cervantes nº 5
 26500 CALAHORRA
 Teléfono: 941 13 36 50 Fax: 941 14 52 40

Arnedo

Plaza Nuestra Señora de Vico
 26580 ARNEDO
 Teléfono: 941 38 57 66 Fax: 941 38 57 67

Mancomunidad cuenca del Cidacos

Plaza de España nº 1
 26560 AUTOL
 Teléfono: 941 39 00 05 Fax: 941 40 12 27

Quel

Plaza de España nº 1
 26570 QUEL
 Teléfono: 941 39 24 02/ 941 39 20 11 Fax: 941 39 21 75

Agrupación de Agoncillo

Plaza del Castillo nº 15
 26509 AGONCILLO
 Teléfono: 941 43 10 07 Fax: 941 43 13 15

Agrupación de Alcanadre

Plaza del Pueblo nº 1
 26509 ALCANADRE
 Teléfono: 941 16 51 95 Fax: 941 16 51 95



Agrupación de Camero Viejo

C/ Solano nº 14
26133 SAN ROMÁN DE CAMEROS
Teléfono: 941 46 40 85
Fax: 941 46 40 85

Agrupación de Albelda

C/ Marino Saenz Andollo 12-14
26141 ALBERITE
Teléfono: 941 43 62 98
Fax. 941 43 50 60

Lardero

Plaza de España nº 12
26140 LARDERO
Teléfono: 941 44 80 03 / 941 44 83 45
Fax: 941 44 90 00

Mancomunidad Alto Iregua

El Horreo s/n
26122 PRADILLO
Teléfono: 941 46 20 32
Fax: 941 46 20 32

Mancomunidad de Moncalvillo

Avenida Ciudad de Cenicero nº 6
26360 FUENMAYOR
Teléfono: 941 45 00 14
Fax: 941 44 06 01

Agrupación de Anguiano

Plaza del Ayuntamiento nº 1
26320 BAÑOS DE RÍO TOBÍA
Teléfono: 941 37 47 68
Fax: 941 37 40 04

Agrupación de Siete Villas

C/ Plaza Esteban Villegas nº 2
26326 MATUTE
Teléfono: 941 37 42 25
Fax: 941 37 42 25

Nájera

Plaza de España nº 1
26300 NÁJERA
Teléfono.: 941 41 01 59 (directo) / 941 36 36 69
Fax: 941 36 35 72

Mancomunidad del Najerilla

Plaza de España nº 1
26313 URUÑUELA
Teléfono: 941 37 10 06
Fax: 941 37 10 06

Santo Domingo de la Calzada

Plaza de España nº4
26250 Santo Domingo de la Calzada
Teléfono: 941 34 14 14
Fax: 941 34 00 55

Mancomunidad Virgen de Allende

Avda. Navarra nº3
26280 EZCARAY
Teléfono: 941 42 70 50
Fax: 941 35 42 09

Mancomunidad Rioja Alta

Plaza de España nº 11
26330 Briones
Teléfono: 941 30 10 03
Fax: 941 45 71 19

Haro

C/ Vega 36 Bajo Derecha
26200 HARO
Teléfono: 941 30 40 08 (directo) / 941 31 01 05
Fax: 941 30 43 77

Mancomunidad del Tiron

Paseo de la Florida nº 16
26230 CASALARREINA
Teléfono: 941 32 45 31
Fax: 941 32 45 19



AYUNTAMIENTO DE LOGROÑO

Casa Farias

C/ Mayor nº 3
26001 LOGROÑO
Teléfono: 941 25 55 87
Fax: 941 25 51 22

La Ribera

C/ Beatos Mena y Navarrete nº 29
26004 LOGROÑO
Teléfono: 941 23 57 33
Fax: 941 23 06 28

Varea

C/ Torrecillas nº12
26006 LOGROÑO
Teléfono: 941 25 86 39

Lobete

C/ Obispo Blanco Nájera nº 2
26004 LOGROÑO
Teléfono: 941 24 77 04
Fax: 941 25 32 39

El Parque

C/ Santa Isabel nº 6
26002 LOGROÑO
Teléfono: 941 26 28 59
Fax: 941 26 26 31

Estrella

C/ Piqueras nº 89
26006 LOGROÑO
Teléfono: 941 25 86 38

Las Fontanillas

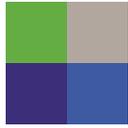
C/ Poniente nº 14
26005 LOGROÑO
Teléfono: 941 20 48 28
Fax: 941 20 54 53

Yagüe

C/ Toledo nº 16
26006 LOGROÑO
Teléfono: 941 20 68 05

UNIDAD DE SERVICIOS SOCIALES DEL AYUNTAMIENTO DE LOGROÑO

C/ Avda. de la Paz nº 11
26071 LOGROÑO
Teléfono: 941 27 70 00
Fax: 941 24 92 24



Bibliografía

DE PAÚL, J y ARRUABARRENA, M.I. (2001) (Coord.). **Manual de protección infantil**. Barcelona: Masson.

DÍAZ AGUADO, M.J. y Cols. (1996). **El desarrollo socioemocional de los niños maltratados**. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

DÍAZ HUERTA y Cols.,(1999): **Atención al niño en situación de riesgo biopsicosocial desde el ámbito sanitario**. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales. Comunidad de Madrid.

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

LÓPEZ, F. y COLS., (1995). **Necesidades de la infancia y protección infantil. Actuaciones frente a los malos tratos y desamparo de menores**. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

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

LÓPEZ, F. (1997). **Prevención de abusos sexuales de menores. Guía para padres y madres. Guía para los educadores y Unidades Didácticas**. Salamanca: Amarú.

LÓPEZ, F., y COLS., (1999). **Desarrollo afectivo y social**. Madrid: Pirámide.

Este manual ha sido realizado a partir de los siguientes trabajos:

Ministerio de Asuntos Sociales. Observatorio de la Infancia. **Maltrato infantil:detección, notificación y registro de casos**.

Gobierno de Cantabria. Universidad de Cantabria. **Colección de guías para la Atención al Maltrato Infantil**. 2002

Gobierno de Aragón. Instituto Aragones de Servicios Sociales. **Guía para detectar,notificar y derivar situaciones de maltrato infantil en Aragón**.

Generalitat Valenciana . Conselleria de Cultura i Educacio. Conselleria de Sanitat. Conselleria de Benestar Social. **Colección de Manuales sobre detección y abordaje de situaciones de desprotección o maltrato infantil**. 2002

Region de Murcia. Consejería de Trabajo y Política Social. Secretaría Sectorial de Accion Social, Menor y Familia. **Direccion General de Política Social. Maltrato infantil. Protocolos de actuación**. 2000

Junta de Castilla y 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



DETECCIÓN, NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE CASOS
DE **MALTRATO INFANTIL** EN LA RIOJA



**Gobierno
de La Rioja**

**Juventud, Familia y
Servicios Sociales**

Familia y Acción Social



SECRETARÍA GENERAL
DE ASUNTOS SOCIALES

DIRECCIÓN GENERAL
DE ACCIÓN SOCIAL DEL
MENOR Y DE LA FAMILIA