

**PROTOCOLO DE
INTERVENCIÓN
SANITARIA EN
CASOS DE
MALTRATO INFANTIL**

PROTOCOLO de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil [Recurso electrónico] / autores, Juan Gil Arrones ... [et al.]. -- [Sevilla] : Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014

Texto electrónico (pdf), 65 p.

I. Maltrato a los niños 2. Atención integral de salud 3. Instituciones de salud 4. Intervención legal 5. Andalucía I. Gil Arrones, Juan II. Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales III. Título
WA 325

RELACIÓN DE AUTORES:

Juan Gil Arrones

Cristina Torró García-Morato

Ana Rosa Sánchez Vázquez

M^a Victoria Llamas Martínez

Inmaculada Cosano Prieto

Antonio Garrido Porras

Juan Manuel Espinosa Almendro

Patricia García Roldán

GRUPO REVISOR

José Manuel Galiana Auchel

Ana Cárdenas Martos

Elisa Vizuite Rebollo

Ángeles García Janeiro

Pilar Hidalgo Figueroa



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-Sin obras derivadas 3.0 España](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

Edita: Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014

Maquetación: Mónica Padial Espinosa. Subdirección de Promoción de la Salud. Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública.

INDICE

PRÓLOGO.....	3
INTRODUCCIÓN.....	6
TIPOS DE MALTRATO	10
MARCO INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN A LAS SITUACIONES DE RIESGO Y DESPROTECCIÓN INFANTIL	12
PREVENCIÓN	16
Estrategia de prevención primaria:	16
Detección precoz de situaciones de riesgo o Prevención Secundaria	17
Estrategia de prevención terciaria.....	19
DETECCIÓN.....	21
PRIMERA ATENCIÓN.....	24
ASISTENCIA.....	31
NOTIFICACIÓN.....	34
VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO INTEGRAL	39
RECUPERACIÓN DEL PROYECTO VITAL	42
GLOSARIO DE TÉRMINOS	45
ANEXOS.....	49
Anexo 1: Factores de riesgo y protectores del maltrato infantil	49
Anexo 2: Indicadores de maltrato físico, abandono y abuso sexual	50
Anexo 3: Algoritmos de actuación	56
Anexo 4: Situaciones de desamparo	58
Anexo 5: Referencias normativas.....	59
Anexo 6: Recursos.....	60
Bibliografía	63

Prólogo

Las instituciones tenemos la responsabilidad de construir un mundo en el que la felicidad de los niños y niñas sea posible.

Es nuestro deber cumplir la legislación, normativa y recomendaciones que vayan dirigidas a proteger y defender a la Infancia, y es nuestra obligación comprometernos y garantizar que la protección de los menores y adolescentes sea el eje central de nuestras políticas.

Así lo indican numerosas medidas que van desde la recomendación de parentalidad positiva del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre las Políticas de Apoyo al Ejercicio Positivo de la parentalidad, pasando por las distintas **convenciones europeas** tales como la Convención del Consejo de Europa sobre la lucha contra la trata de seres humanos, la Convención del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual o el Convenio de la Haya de 19 de octubre de 1996 relativo a la Competencia, la Ley aplicable, el reconocimiento, la ejecución y la cooperación en materia de responsabilidad parental y de medidas de protección de los niños ratificado por España.

De igual modo, en el plano nacional, nuestro ordenamiento jurídico es el marco dentro del cual los diferentes gobiernos autonómicos han desarrollado las políticas de protección y promoción de la infancia. Teniendo como referencia a la **Constitución Española** que proporciona a las familias y a la infancia una especial protección en el ámbito social económico y jurídico, Andalucía, con la **ley 1/1998 de 20 de abril** de los derechos y la atención al menor y sus **decretos de desarrollo**, protege y apoya el interés superior del menor como principio rector de todas sus actuaciones tanto públicas como privadas.

En este sentido, con la finalidad de generar políticas públicas que contribuyan al bienestar de nuestra población infantil y adolescente, se aprobó el **II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (2013-2016)** que constituye el marco de cooperación de las Administraciones Públicas con ocho objetivos marcados entre los que señalamos, la protección e

inclusión social frente a situaciones de riesgo y desprotección y la participación infantil, que ya se incorpora a las agendas de todos los gobiernos como un ítem irrenunciable. Hay que escuchar y pulsar la opinión de la infancia y la adolescencia. Muestra de esto último es el **Pacto Andaluz por la Infancia** que desarrolla entre otros los acuerdos de promover responsabilidades tanto a nivel municipal como a nivel autonómico para poner a la infancia en la agenda política local y activar programas de acción social orientados a la infancia.

Desgraciadamente el maltrato infantil sigue siendo un grave problema de salud pública a nivel mundial. La violencia es prevenible y el maltrato infantil también. Para ello, es necesario aunar esfuerzos y profesionalidad de los sectores de atención a la infancia y del conjunto de la sociedad.

La Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales ha hecho una apuesta decidida en la mejora de la promoción, la prevención, el buen trato y la atención a la infancia en las políticas a favor de la población infantil, teniendo en cuenta los aspectos sanitarios y sociales, con diferentes programas y actividades, introduciendo los aspectos de parentalidad positiva. Con responsabilidad se trabaja para incrementar y reforzar la capacidad del Sistema Sanitario Público de Andalucía en la prevención, detección y atención de forma integral al maltrato a la infancia.

En el marco de colaboración entre la Secretaría General de Calidad, Innovación y Salud Pública, y la Escuela Andaluza de Salud Pública, se ha desarrollado RED SABIA, una red de profesionales que impulsa el buen trato a la infancia y la atención integral y de calidad al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Entre otras actividades, esta red está siendo muy importante en mejorar las competencias profesionales desde el ámbito sanitario y en la generación de una serie de Cuadernos de trabajo de Salud y Buen Trato a la Infancia y Adolescencia.

Este Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil establece las pautas de actuación a seguir. Ha sido elaborado por profesionales con el objetivo de dar respuesta a las dificultades asociadas a la detección y actuación ante el maltrato infantil que exigen intervenciones muy protocolizadas, con adecuada celeridad y prudencia y respetando siempre el interés superior del menor, interés que ha de prevalecer frente a cualquier otro interés legítimo.

Mi agradecimiento a todas las personas que cada día dan lo mejor de sí para mejorar la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes, especialmente a las personas que han contribuido en la elaboración de este documento.

M^{ra} José Sánchez Rubio,

Consejera de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

Introducción

INTRODUCCIÓN

Este documento es un protocolo de intervención sanitaria para atender a menores ante sospecha de maltrato infantil. Tiene ámbito de aplicación en todos los centros y servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía estableciendo las pautas de actuación a seguir.

La Convención sobre los Derechos del Niño, en su artículo 19 hace referencia al maltrato infantil como *"toda forma de perjuicio o de abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentra bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo"*.

Según Paul, se entiende por maltrato infantil *"Cualquier acción, omisión o trato negligente, no accidental, por parte de los padres, cuidadores o por instituciones, que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor e impide e interfiere en su desarrollo físico, psíquico y/o social. También se considera maltrato infantil los casos de abuso sexual cometidos por menores de 18 años, cuando sean significativamente mayores que la víctima o cuando estén en una posición de poder o control sobre ella"*.¹

El maltrato infantil es un grave problema de salud pública^{2,3}, en España representa la segunda causa de muerte en los primeros cinco años de vida, excluyendo el período neonatal⁴. La atención ante el maltrato y la desprotección infantil se inscribe en un marco normativo e institucional que, en nuestra Comunidad Autónoma, está claramente contemplado y que obliga legalmente a la intervención coordinada de todos los profesionales que sospechen o conozcan estas situaciones⁵. Las dificultades asociadas a la detección y actuación ante el maltrato infantil exigen intervenciones muy protocolizadas, con adecuada celeridad y prudencia y respetuosas siempre del superior interés del menor, interés que ha de prevalecer frente a cualquier otro interés legítimo.

¹ Paul,1988.

² Fernández Alonso MC.,2005.

³ Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad, 2011.

⁴ Junyent Priu M.,2004.

⁵ Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía (2002).

La OMS plantea una estrategia de prevención de la violencia y en particular del maltrato infantil basada en un enfoque de salud pública y de efectividad de las intervenciones. Este enfoque se define en cuatro pasos⁶:

1. Definir la magnitud del problema a través de su vigilancia
2. Analizar los factores de riesgo y los grupos de riesgo
3. Evaluar las intervenciones para identificar las evidencias científicas
4. Aplicar ampliamente aquellas intervenciones que funcionan

La dimensión del maltrato abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales legales, etc., por tanto el abordaje de este problema debe hacerse en equipo, de forma, interdisciplinar e intersectorial, coordinada y centrada en el interés superior del menor. Una niña o un niño que está sufriendo malos tratos está viviendo un acontecimiento traumático que puede tener efectos sobre su salud y desarrollo evolutivo. Los profesionales del ámbito sanitario con su intervención se convierten en un recurso clave para iniciar su proceso de recuperación.

La consideración de las personas menores como sujetos de derechos y la actuación e implicación profesional ante situaciones de riesgo o sospecha de maltrato contribuye a la consolidación de una cultura general del buen trato a la infancia.

El buen trato es la base del desarrollo evolutivo (físico, mental), de las relaciones interpersonales y de la resiliencia (desarrollo de recursos que permiten hacer frente a los desafíos del crecimiento incluyendo las experiencias adversas)⁷. Una experiencia de buen trato facilita el desarrollo de competencias parentales en la época adulta y permite romper el círculo vicioso de la violencia que se perpetúa entre generaciones.

La competencia parental, en cuidado, protección, educación, respeto, empatía y apego permite la construcción de la identidad, autonomía y autoestima de los hijos e hijas y determina el desarrollo de unas relaciones futuras sanas y centradas en el buen trato.

La mayoría de los padres y madres tienen recursos para cumplir estas competencias de forma espontánea, pero en algunas familias los progenitores tuvieron capacidad biológica para engendrar (parentalidad biológica) pero carecen de competencias parentales (parentalidad social). En estas situaciones los menores están expuestos a sufrir distintos tipos de malos tratos a pesar de que no siempre existe intencionalidad de causar daño. Es en estos casos cuando una intervención centrada en el buen trato desde otros entornos relacionales del menor (ámbito escolar, de salud, justicia o de atención social) puede reparar los daños sufridos y devolver a los niños y niñas su capacidad de resiliencia y su confianza en el mundo.

⁶ OPS,2003.

⁷ Barudy,2011

Desde el ámbito sanitario hay capacidad para impulsar la promoción de la parentalidad positiva y las competencias parentales, favorecer la coordinación intersectorial y realizar la detección precoz, identificación y notificación de situaciones de sospecha o certeza de malos tratos a la infancia y a la adolescencia. La prevención y atención al maltrato debe ir orientada a potenciar la resiliencia de los menores, a fomentar en los padres, madres o tutores el ejercicio positivo de la parentalidad, reconociéndolos como los principales responsables del niño o niña, y prevenir o evitar las secuelas a corto y largo plazo que ocasiona este grave problema. La intervención en casos de menores víctimas de malos tratos precisa además de una continuidad asistencial.

Ante la presencia de factores de riesgo los profesionales deben dirigir sus actuaciones a evitar una posible situación de maltrato a través del apoyo a la familia, fomentando las habilidades parentales en el cuidado de los menores, proporcionando las ayudas sociales necesarias (a través de los trabajadores sociales de salud) y reorientando hacia estrategias de buen trato.

Cuando existe sospecha de maltrato, o éste es evidente, la atención correcta y la protección de los menores debe gozar de máxima prioridad y se debe asegurar que prevalezca siempre el interés superior del menor sobre cualquier otro interés legítimo, informando a los organismos competentes de la administración de la Junta de Andalucía en materia de protección de menores, la Autoridad Judicial o el Ministerio Fiscal.

Este protocolo considera a los hijos e hijas de las madres víctimas de violencia de género como víctimas singulares de esta violencia, por vivir en un entorno de violencia y miedo en lugar de un ambiente protector y seguro, y porque sus derechos son vulnerados⁸. El conocimiento de este tipo de situaciones debe ir acompañado de una evaluación de los menores y de una derivación y atención por equipos especializados que garanticen una intervención adecuada. Igualmente, se prestará especial atención a mujeres embarazadas víctimas de violencia de género ante posibles repercusiones en el feto y riesgo de maltrato prenatal.

⁸ Defensor del Menor de Andalucía, 2012

Tipos de maltrato

TIPOS DE MALTRATO

La tipología de maltrato ha sufrido variaciones en las distintas épocas y en función de los diferentes contextos socioculturales.

Internacionalmente y en trabajos del Observatorio de la Infancia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se reconocen cuatro tipologías básicas de maltrato infantil⁹:

1. Maltrato físico
2. Maltrato emocional
3. Negligencia
4. Abuso sexual

El Sistema de Información sobre el Maltrato Infantil de Andalucía¹⁰, establece además los siguientes tipos: corrupción, explotación, maltrato prenatal, retraso no orgánico en el crecimiento, Síndrome de Munchausen por poderes y maltrato institucional.

De acuerdo con Save the Children, este protocolo considera la exposición a la violencia, especialmente la violencia de género, como un tipo de maltrato¹¹.

Considerando el contexto de la violencia en el maltrato infantil, puede haber un Maltrato Intrafamiliar, en el que las personas menores son maltratadas por personas de su familia. Si las personas maltratadoras son al mismo tiempo los cuidadores o cuidadoras principales, las personas menores están o pueden estar en una situación de desprotección y requiere intervención sanitaria y social urgente.

Si las personas maltratadoras son familiares pero no son los cuidadores o cuidadoras habituales, las personas menores están en una situación habitualmente de protección quedando en desprotección al coincidir con la persona maltratadora. Estos casos requieren intervención sanitaria y social para garantizar la protección siempre.

Cuando el maltrato se produce por personas que no pertenecen a la familia, existe un Maltrato Extrafamiliar. Los padres y/o tutores son los responsables de garantizar la protección del menor. Requiere intervención sanitaria y/o social.

⁹ Observatorio de la Infancia, 2001

¹⁰ Decreto 3/2004, de 7 de enero, modificado parcialmente por el Decreto 81/2010, de 30 de marzo

¹¹ Liliana Orjuela López, L y col., 2008

Marco institucional para la atención a las situaciones de riesgo y desprotección infantil

MARCO INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN A LAS SITUACIONES DE RIESGO Y DESPROTECCIÓN INFANTIL

España ratificó la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño en 1990 y nuestro Código Penal recoge la prohibición del uso de cualquier forma de violencia contra niños y niñas.

Con La Ley 54 de 2007 del 28 de diciembre de Adopción Internacional, el artículo 154 del Código Penal queda redactado en los siguientes términos: “Los hijos no emancipados están bajo la potestad de los padres. La patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos, de acuerdo con su personalidad, y con respeto a su integridad física y psicológica”.

Esta potestad comprende los siguientes deberes y facultades:

1. Velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral.
2. Representarlos y administrar sus bienes. Si los hijos tuvieren suficiente juicio deberán ser oídos siempre antes de adoptar decisiones que les afecten.

Legalmente, las circunstancias que favorecen la ocurrencia del maltrato infantil (por acción u omisión) están definidas como **Situaciones de Riesgo** (en las que las necesidades del menor no están debidamente cubiertas pero no precisan separarle de su medio familiar) y **Situaciones de Desamparo** (la protección del menor exige la separación temporal del menor de su contexto familiar habitual).

El Decreto 42/2002, de 12 de febrero, del régimen de desamparo, tutela y guarda administrativa, establece que las Corporaciones Locales de Andalucía, en ejercicio de sus competencias y a través de sus órganos y servicios pertinentes, desarrollarán una labor de detección y averiguación de aquellos casos en que aparezcan indicios de desprotección de menores, comunicando sus resultados a la Administración de la Junta de Andalucía.

La Administración de la Junta de Andalucía podrá adoptar, una medida de protección: Declaración de la situación de desamparo y asunción de la tutela, asunción de la guarda, determinación del régimen de relaciones personales de los menores con sus padres o tutores, parientes y allegados, modificación y cese de las medidas acordadas por la propia Administración, propuesta a los órganos judiciales de modificación y cese de medidas en interés

de los menores, reinserción familiar de los menores y cualquier otra actuación que resulte procedente a favor de los menores.

Las administraciones estatales, autonómicas y locales han de actuar en colaboración, junto al resto del Sistema de atención a la infancia (educación, salud, policía, sistema judicial...), para llevar a cabo las distintas intervenciones protectoras que aseguren las necesidades de las personas menores.

Por otra parte, cuando en la apreciación de una circunstancia de riesgo o desprotección de un menor se observen indicios de un posible delito se deberá poner en conocimiento de la autoridad judicial para su esclarecimiento.

Tanto en las situaciones de posible riesgo y desamparo como en aquellas que puedan precisar la intervención judicial, la Fiscalía tiene competencias para intervenir o instar y/o colaborar en una intervención ya iniciada por la entidad competente (Corporación Local, Junta de Andalucía, Juzgado). Los Juzgados de Violencia sobre la mujer valorarán los efectos de la exposición a la violencia y de las agresiones sufridas por los hijos y las hijas y menores a su cargo, estableciendo líneas de cooperación para asegurar su atención.

Cuando profesionales que intervienen ante un caso de maltrato a menores aprecien que está en riesgo la seguridad de personas se debe recabar el auxilio de Fuerzas y cuerpos de seguridad.

INSTITUCIÓN	ES COMPETENTE PARA INTERVENIR EN
Servicios Sociales Comunitarios de los Ayuntamientos	Situaciones de Riesgo (no requieren separación del medio familiar)
Servicio de Protección de Menores / Fiscalía	Evaluación y declaración de la situación legal de desamparo / guarda
Sistema judicial / Fiscalía	Existencia de indicios de delito / El agresor es otro menor / Puede existir maltrato institucional o dejación de funciones.
Fuerzas y Cuerpos de Seguridad	Riesgo inminente para la seguridad del menor o del profesional. Colaboración en la ejecución de medidas de protección .

OBLIGATORIEDAD LEGAL DE INTERVENCIÓN DE LOS Y LAS PROFESIONALES DEL SISTEMA SANITARIO ANTE SITUACIONES DE SOSPECHA O DE MALTRATO INFANTIL

La *Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor* dispone en su artículo 14 que

“las autoridades y servicios públicos tienen obligación de prestar la atención inmediata que precise cualquier menor, de actuar si corresponde a su ámbito de competencias o de dar traslado en otro caso al órgano competente y de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales del menor, o cuando sea necesario, del Ministerio Fiscal”

Igualmente, la *Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor* establece en el artículo 10.6:

“los titulares de los servicios de salud y el personal sanitario de los mismos están especialmente obligados a poner en conocimiento de los organismos competentes de la administración de la Junta de Andalucía en materia de protección de menores, la Autoridad Judicial o el Ministerio Fiscal, aquellos hechos que puedan suponer la existencia de situaciones de desprotección o situaciones de riesgo para los menores, así como a colaborar con los mismos y resolver tales situaciones en interés del menor”.

El *Decreto 246/2005 de 8 de noviembre*, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad dispone, como derecho de los niños, el que los servicios sanitarios protejan

“a las personas menores de edad en su integridad física y psíquica ante la sospecha o detección de violencia de género, malos tratos y abusos físicos, psíquicos o sexuales, incluida la mutilación genital a niñas y cualquier práctica cultural o tradicional que perjudique su integridad, y a poner estas situaciones, así como las de abandono o desamparo, en conocimiento de los Órganos competentes de la Administración de la Junta de Andalucía en materia de protección de menores y de la Autoridad Judicial o del Ministerio Fiscal”.

Procedimiento de coordinación para la atención a menores víctimas de malos tratos en Andalucía, Cap. 5. Pautas de actuación a desarrollar desde las distintas instancias; VI: Servicios sanitarios.

“El Centro sanitario debe garantizar en todo momento la protección inmediata del menor, la confidencialidad y el anonimato necesarios, así como la emisión de aquellos Informes técnicos que puedan ser necesarios para la intervención de otras instancias o instituciones. La actuación sanitaria debe ser integral y continuada en el tiempo. Incluye tratar las lesiones producidas y proveer la correcta intervención terapéutica (enfermedades de transmisión sexual, profilaxis postcoital del embarazo, psicoterapia...)

Las primeras intervenciones deben ir orientadas a dar protección inmediata y apoyo psicológico a la víctima, tratar médicamente posibles lesiones y conseguir pruebas médicas que posibiliten la persecución judicial del delito.

El Centro sanitario está obligado a denunciar los casos de lesión a través del correspondiente parte al Juzgado de Guardia, pero también a notificar las situaciones de riesgo y de sospecha a las instancias administrativas con competencia en protección de menores.

Directiva 80/94 de la Unión Europea, de 29 de abril, que regula los derechos de las víctimas.

(Prevención)

PREVENCIÓN

Cualquier actividad asistencial de salud representa una oportunidad única para realizar actividades de prevención de maltrato infantil que pueden estar integradas en la práctica habitual.

Abarca desde la promoción de factores protectores, el fomento de la educación afectiva y buen trato, las competencias en parentalidad positiva y habilidades parentales, hasta el reconocimiento de los factores de riesgo y el diseño de programas específicos para el seguimiento de personas menores en situación de riesgo.

Estrategia de prevención primaria:

Está dirigida a la población general con el objetivo de evitar la presencia de factores de riesgo y potenciar los factores protectores (Anexo 1). Incluye actividades realizadas por el equipo de salud (profesionales sanitarios y trabajadores sociales) en cooperación con otros sectores y agentes sociales, contempladas en procesos asistenciales, programas de salud y cartera de servicios de los centros sanitarios de Andalucía.

- Fomentar la **cultura del buen trato**, promoción de los derechos de la infancia y espacios de paz
- Promoción de **entornos libres de violencia**.
- **Sensibilización y formación de profesionales** de Atención Primaria y Hospitalaria en la detección y prevención del maltrato infantil a través de la creación de redes de profesionales. Se está llevando a cabo en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, con la creación de Red de Salud y Buen Trato a la Infancia y Adolescencia www.redsabria.org y programa de sensibilización y formación en distintos centros sanitarios. El Observatorio de la Infancia de Andalucía realiza un amplio programa formativo dirigido a profesionales.
- Intervenir en **foros comunitarios de educación para la salud** incrementando las habilidades de madres y padres en el cuidado de los hijos e hijas, en las relaciones educativas y afectivas que se establecen en su relación:
 - Sesiones de preparación al parto (Proceso embarazo, parto y puerperio) y a la paternidad y maternidad. Proyecto de humanización perinatal.

- Promoción del apego y parentalidad positiva a través de distintos planes y programas: Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (PSIA-A); proyecto Dédalo, Ventana Abierta a la Familia (www.juntadeandalucia.es/salud/ventanafamilias), Escuelas de padres, en colaboración con otros centros comunitarios...
 - Prevenir el embarazo no deseado, principalmente en mujeres jóvenes, mediante:
 - La educación sexual en centros escolares. Forma Joven. Estrategia nacional de salud sexual y reproductiva
 - El programa de salud infantil y adolescente de Andalucía (PSIA-A).
 - Facilitar recursos de planificación familiar. Teléfono de Salud Sexual y Reproductiva 900 850 100.
- Utilizar “guías anticipadoras”, para comunicar a cada edad específica los requerimientos del niño o niña, reconocer los periodos críticos o las dificultades que entraña cada etapa, brindar orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva y promover la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable. (PSIA-A)
 - Educación sexual, educación en valores, a través de materiales educativos específicos y de actividades programadas.
 - Otras estrategias comunitarias que se establezcan desde el SSPA.

Detección precoz de situaciones de riesgo o Prevención Secundaria

Está dirigida a la población de riesgo con el objetivo de reducir daños y atenuar o revertir los factores de riesgo presentes, potenciando los factores protectores. Incluye actividades realizadas por el equipo de salud (profesionales sanitarios y trabajadores sociales) contempladas en procesos asistenciales, programas de salud y cartera de servicios de los centros sanitarios de Andalucía:

1. Programa de seguimiento con visitas domiciliarias realizada por Equipo de Atención Primaria (Enfermería, Trabajo Social, Medicina General, Pediatría...) a familias en situación de riesgo (madres con bajo nivel socioeconómico, familias monoparentales, madres adolescentes..) desde la etapa prenatal hasta los 2 años de vida del niño o niña, con una frecuencia y duración apropiadas y con un contenido definido previamente para cada familia.

Existe un nivel de evidencia alto¹² en la efectividad de estos programas para reducir la incidencia de maltrato infantil, así como en la prevención de acciones criminales en las madres y consumo de drogas¹³

2. Rechazo al castigo físico y formación a las familias en [métodos alternativos de disciplina](#).
3. Ofrecer recursos a los miembros de familia en situaciones de riesgo, para educar en el “manejo del enfado y la ira”, resolución de conflictos, o programas de prevención de servicios sociales (mediación familiar, conflictos intergeneracionales).
4. Observación de factores de riesgo y factores protectores desde el primer contacto de los menores con el Sistema Sanitario Público de Andalucía, con la apertura de la historia clínica y actualizando la información en visitas sucesivas. (Programa de Salud Infantil de Andalucía)
5. Ofrecer recursos de Salud Mental para diagnóstico, tratamiento, seguimiento y recuperación a padres y madres y/o cuidadores con trastornos mentales.
6. Ofrecer recursos de prevención y deshabituación a drogas y alcohol u otras sustancias, a padres y madres con hijos e hijas menores, con adicciones o riesgo de padecerlas.
7. Ofrecer a las familias que lo precisen todos los recursos comunitarios de ayuda psicológica a adultos y menores, social, programas de apoyo a las familias, laboral o económica.
8. Colaborar con los servicios sociales comunitarios en la definición de objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.
9. Adecuar las visitas del programa de salud infantil en aquellos menores en situación de riesgo, realizando un seguimiento cercano de las familias y estableciendo objetivos específicos de educación sanitaria, que permita aumentar su capacidad y habilidad para cuidar a su hijo o hija y modificar actitudes o creencias sobre disciplina y necesidades psicoafectivas, incidiendo en métodos positivos de disciplina constructiva y estimulación del afecto y cariño entre padres y madres e hijos e hijas.
10. Participar en actividades grupales y/o comunitarias, como por ejemplo Escuelas de Padres y Madres.
11. Coordinación con Servicios Sociales a través de la Unidad de Trabajo Social U.T.S.

¹² Macmillan H,2000

¹³ U.S.Preventive Services Task Force,2004

Estrategia de prevención terciaria

La prevención terciaria está dirigida a personas menores víctimas de maltrato o abuso sexual, con el objetivo de reducir secuelas y evitar proceso de revictimización. La intervención ante casos de maltrato infantil debe gozar de máxima prioridad, ha de ser planificada y coordinada y, en la medida de lo posible, debe respetar la continuidad de la historia familiar y personal de las personas menores.

Son fundamentales las medidas que garantizan la coordinación de las actuaciones de las instituciones competentes respecto a la atención global (Educativo, Sanitario, Policial, Social y Judicial) a las víctimas de maltrato infantil en las siguientes áreas básicas de intervención social: Detección, Notificación, Evaluación, Intervención y tratamiento, Seguimiento y Recuperación.

Todas las actuaciones deben mitigar los procesos de victimización secundaria, inspirándose en el principio de mínima intervención, evitando actuaciones repetitivas, y con criterios de celeridad, especialización, coordinación e interdisciplinariedad.

(Detección)

DETECCIÓN

Detectar significa reconocer o identificar la existencia de una posible situación de maltrato infantil. Es la primera condición para poder intervenir en estos casos y posibilitar la ayuda a la familia y al menor. La detección debe ser lo más precoz posible y tiene que incluir aquellas situaciones donde existe maltrato, la simple sospecha de maltrato y también aquellas situaciones de riesgo en las que pueda llegar a producirse. Se basa en la identificación de indicadores de sospecha. (Anexo 2).

La detección de un caso de maltrato infantil debe implicar la valoración de los demás menores que conviven en el medio, ya que también están en riesgo de padecerlo.

Las fuentes de detección son la población en general y profesionales que están en contacto con el menor: servicios sociales comunitarios, educadores, personal sanitario, policías, monitores de tiempo libre, etc. El SSPA ofrece distintas oportunidades que resultan privilegiadas para conocer las circunstancias personales y familiares de los menores: control del embarazo, preparación al parto y nacimiento, revisiones del programa de salud infantil y adolescente, consultas a demanda, atención a menores con enfermedad crónica, hospitalizaciones...

Se considera *indicador* de sospecha de maltrato aquellos signos y síntomas que presentan los menores cuando no reciben el trato que necesitan. Los indicadores son signos de alarma que deben alertar de la posible presencia del maltrato. Las categorías de indicadores son:

1. Verbalización del menor o de otra persona, lesiones o daño orgánico o emocional detectados en la entrevista y exploración de la persona menor de edad.
2. Indicadores que podemos detectar en la conducta del menor
3. Indicadores en el comportamiento de los familiares, cuidadores o responsables legales del menor.

Cuando un profesional de salud identifica en un menor la presencia de indicadores de sospecha de maltrato debe:

1. Realizar una anamnesis o entrevista en el contexto de la exploración general con preguntas abiertas para intentar identificar o definir cuál es el problema o concretar el mecanismo de producción de lesiones o contextualizar el origen de los indicadores detectados.

A veces, puede ser necesario realizar una entrevista más exhaustiva tanto a los familiares, progenitores como al propio menor, en estos casos hay que valorar la conveniencia y preferencia de las personas menores de estar o no acompañados y adaptar la comunicación

a su nivel de comprensión. Es importante evitar juicios de valor, desaprobación o censuras y, por el contrario, manifestarles apoyo y protección a los niños, niñas o adolescentes.

Por parte de los profesionales es fundamental reconocer durante la entrevista otros signos y síntomas compatibles con maltrato infantil y realizar una escucha activa, anotando literalmente los comentarios de las personas menores.

2. Transmitir a las personas menores el interés por lo que les pasa, asegurarles que el objetivo de las intervenciones que se van a llevar a cabo es intentar reconducir la situación en la que viven, es importante informarles de los procedimientos que se van a llevar a cabo, la naturaleza de las exploraciones, las molestias que éstas pueden acarrearles y manifestarles que no se les engañará ni se hará nada en contra de su voluntad.

3. Valorar en equipo la situación, datos de su entorno y antecedentes de interés. El equipo está constituido por los diferentes profesionales y especialistas que han intervenido o intervienen en su asistencia.

4. Establecer la conveniencia de informar a los padres de la sospecha de maltrato. Informarles, una vez que se tiene orientado el diagnóstico diferencial, y preferiblemente dentro de una estrategia acordada con Unidad de Trabajo Social de salud y los profesionales que participan durante la intervención.

DETECCIÓN:

1. El maltrato puede detectarse (sospecharse) por dos vías:

- Identificación de indicadores (físicos, emocionales o conductuales) de sospecha de maltrato. (Anexo 2).
- Revelación de la persona menor (a estos relatos hay que darles credibilidad)

2. Es necesario:

- Conocer bien los indicadores de sospecha y tener una actitud de búsqueda activa (tanto en el menor como en las personas que lo acompañan)
- Recabar información general de las personas menores y de familiares, que permita clarificar el diagnóstico.
- No culpabilizar (nuestra labor no es buscar culpables sino atender y proteger a las personas menores y otras víctimas). Actitud de colaboración y apoyo a las familias.
- Apoyar a las personas menores a informarles de las intervenciones que se van a realizar
- Trabajar en equipo en los servicios de salud y con los servicios comunitarios a través de la UTS.

Primera atención

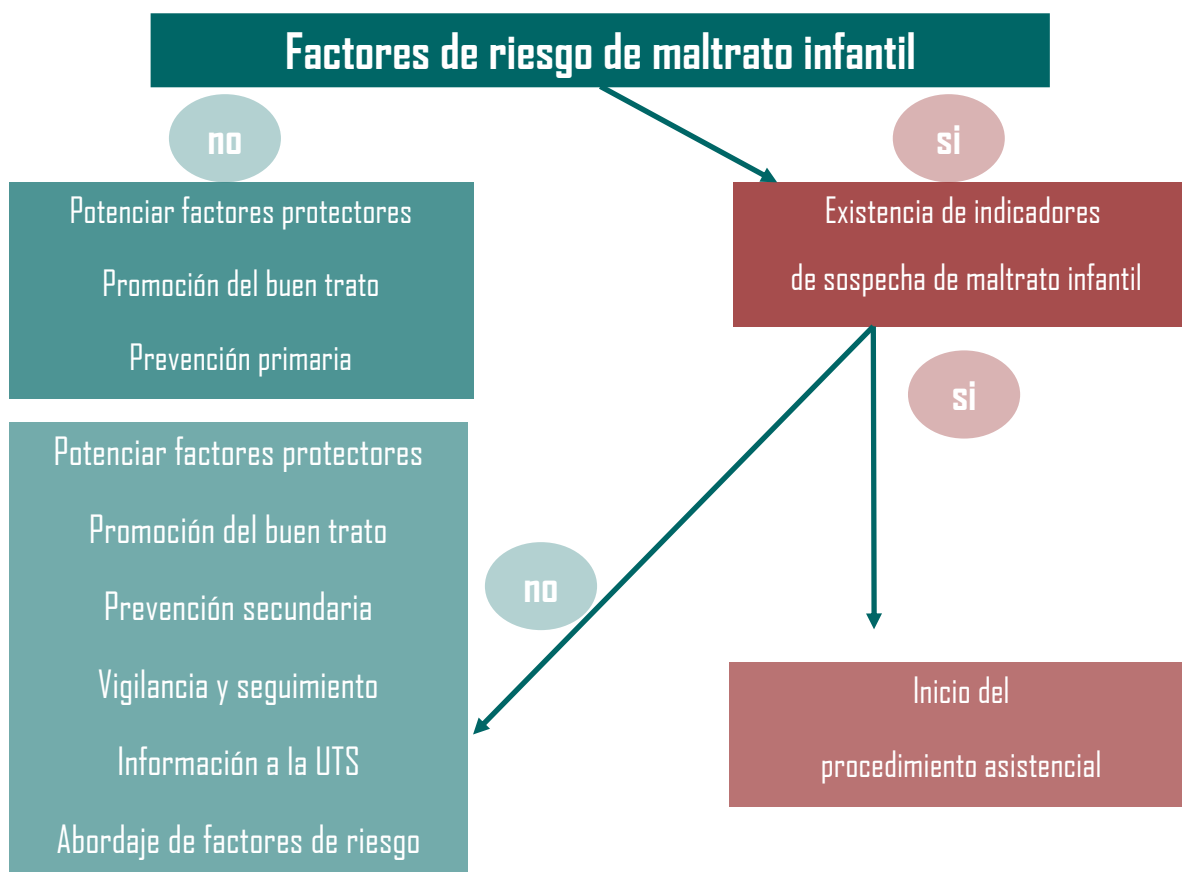
PRIMERA ATENCIÓN

El abordaje del maltrato infantil debe ser integral, incidiendo sobre el conjunto de carencias, problemas y necesidades biopsicosociales del menor, y debe mantenerse en el tiempo dando respuesta a nuevas necesidades que puedan surgir. Se debe crear un clima básico de confianza y de ayuda que favorezca la expresión de sus emociones, sentimientos y pensamientos.

Durante todo el proceso se deben facilitar las medidas de protección necesarias, respetando y promoviendo la garantía de los derechos de la infancia. El proceso de recuperación debe iniciarse desde el mismo momento que contacta con el Sistema Sanitario.

1. La atención debe estar centrada en la persona menor como sujeto protagonista (por encima de otras consideraciones, dudas o mitos).
2. Atención en condiciones y en instalaciones acordes a la edad, desarrollo evolutivo y características de las personas menores respetando su intimidad, dignidad y confidencialidad
3. La exploración física debe hacerse lo antes posible, siempre antes de 48-72 horas después de haber ocurrido el posible episodio de maltrato o de haber sido verbalizado, para evitar que desaparezcan muestras biológicas (semen, pelos, sangre, etc.) o que cicatricen las posibles lesiones.
4. Asistencia sanitaria que coordine a los diferentes especialistas en un solo acto, tomando imágenes de las lesiones, muestras para análisis y garantizando la cadena de custodia en las muestras de interés médico-legal.
5. Medidas que permitan garantizar la protección alejando a personas menores del foco de violencia, incluso facilitando un ingreso hospitalario de forma cautelar.
6. Coordinación de las actuaciones preventivas, terapéuticas y de intervención social.

La actuación inicial de los profesionales de salud vendrá determinada por el riesgo vital y la gravedad de las lesiones (físicas o psicológicas), así como por el grado de protección del menor.



Se considera **riesgo vital** cuando existe riesgo de muerte, pudo haberlo existido o podría existir, si se repitiera o continuara produciéndose la situación de maltrato; cuando existe grave impacto para la salud del menor por la presencia de lesiones o enfermedades que requieren tratamiento hospitalario o pueden dejar secuelas, cuando existe trastorno psíquico grave y/o riesgo de suicidio.

Criterios que definen la gravedad del maltrato	
La gravedad del maltrato se puede expresar a corto, a medio o a largo plazo.	
1. Frecuencia e intensidad de los indicadores. Gravedad de las lesiones y de las enfermedades derivadas de la situación de maltrato.	
2. Grado de vulnerabilidad	Cronicidad y frecuencia del maltrato Acceso del perpetrador al menor y tipo de relación que mantienen Características y condiciones en las que está el menor en su entorno familiar y social. Características de los padres o cuidadores principales: capacidad, integración social, recursos personales y materiales, actitud ante el menor y ante el problema. Características del entorno familiar Solicitud de ayuda previa por reiteración del maltrato

Los criterios para determinar la urgencia de la intervención son la gravedad inicial del incidente (en función del tipo de maltrato, de la gravedad de la lesión o del impacto para la salud y de la vulnerabilidad del menor) y la probabilidad de que vuelva a repetirse (accesibilidad del maltratador, historia de cronicidad, características del funcionamiento familiar...)

Se consideran **situaciones de riesgo de desprotección** aquellas en las que existan carencias o dificultades en la atención de las necesidades básicas que los menores precisan para su correcto desarrollo físico, psíquico y social. La apreciación de la situación de riesgo conllevará la puesta en marcha de un **programa de intervención social individual temporalizado** que recogerá las actuaciones y recursos. Este programa está dirigido por los servicios sociales comunitarios y precisa la colaboración de los demás sectores que conforman el sistema de atención social a la infancia.

Se procederá al **ingreso hospitalario** cuando se cumplan algunos de los siguientes criterios:

- Necesidad de protección de la víctima mientras se determina la medida más adecuada al interés del niño o niña
 - Cuando existe gran afectación psicológica.
 - Cuando hay necesidad de establecer o confirmar el diagnóstico de maltrato
 - Realización de exploraciones complementarias.
 - Observación controlada de actitudes parentales (Ej. Síndrome de Munchausen por poderes)

Según la gravedad del caso y que se valore la existencia de riesgo vital o riesgo de desprotección para el menor, se actúa según un procedimiento de actuación ordinario o un procedimiento de urgencia.

1. Procedimiento ordinario

Se inicia en los casos en los que hay indicadores de sospecha, pero no existe riesgo vital ni desprotección.

En el ámbito sanitario, estos casos pueden detectarse en los diferentes niveles de atención, primaria u hospitalaria. Si es necesario traslado al hospital para valoración por especialistas, se contactará con Pediatra de Guardia del centro hospitalario con el fin de agilizar la atención y realización de pruebas complementarias pertinentes.

En todos los casos se ponen en conocimiento de la Unidad de Trabajo Social (UTS) de Salud, se hace un seguimiento por parte del profesional de salud y una valoración del entorno, estudio social, entrevistas, etc... y después de un estudio de campo y según se valore el diagnóstico diferencial y el impacto para el estado de salud orgánico y psicológico, se plantea por parte del

Equipo la cumplimentación de la Hoja de detección y notificación del maltrato infantil (desarrollado en el apartado de notificación), además de los informes que pudieran ser oportunos.

En este proceso es clave la participación de la Unidad de Trabajo Social del centro sanitario en las siguientes actuaciones:

- Entrevistas al menor y sus familiares.
- Recabar antecedentes socio-familiares e integrar la información sobre el menor y su familia procedente de otras áreas (servicios sociales, educación, salud...)
- Coordinar la intervención sanitaria con la de otras instancias que tengan un papel significativo sobre el funcionamiento del núcleo familiar (Servicios Sociales Comunitarios, Servicio de Protección de menores o Unidades de Tratamiento Familiar)
- Valorar junto con otros profesionales sanitarios, las características del contexto familiar y la interacción de los factores de riesgo y de protección para la adopción de medidas más adecuadas al interés superior del menor.
- Proponer a la familia activos y recursos comunitarios y programas de apoyo que promuevan el cambio de las circunstancias familiares y coordinar la movilización de estos para asegurar la continuidad de la intervención integral e intersectorial.
- Acordar conjuntamente con el menor y su familia el *“Plan de salud familiar”*. En los casos de Violencia de género, actuar según el Protocolo de Violencia de Género y en coordinación con el resto de profesionales.

En Atención Primaria pueden incrementarse los controles de salud en aquellos menores con sospecha de maltrato. Desarrollar programas de seguimiento específico, planes de observación de enfermería en los que se incluirán a todos los menores convivientes del núcleo familiar. Se prestará asesoría y atención si la requieren a otros adultos del entorno que también pueden ser víctimas de violencia.

En Atención Hospitalaria, pueden requerir un seguimiento en el hospital aquellos casos dudosos que por las características de los indicadores, de las lesiones o mecanismos de producción de las mismas hacen necesario continuar el estudio de salud de estos menores. Es fundamental establecer un sistema o circuito por el que se conozca la evolución de los casos, con el objetivo de mejorar las actuaciones que se consideren deficitarias o incompletas.

- Realizar el diagnóstico social del caso y los informes técnicos que faciliten la intervención de otras instancias competentes en protección de menores.
- Mantener el seguimiento sobre el funcionamiento familiar y el grado de colaboración de los padres con los profesionales que intervienen.
- Prevención del maltrato infantil y promoción del buen trato

2. Procedimiento de urgencia

Se inicia en los casos en los que existe riesgo vital, negación de asistencia médica por parte de los responsables del menor, cuando se precisa valoración urgente y/o cuando no está garantizada la protección de la persona menor.

Se precisa valoración urgente en todos los casos que presentan riesgo vital, en agresiones sexuales recientes debiendo ser valorados en un plazo inferior a 72 horas, en casos de abuso sexual crónico con la última agresión reciente, ante síntomas recientes que hagan sospechar abuso sexual, si existe riesgo de pérdida de pruebas, necesidad de evaluación por otros especialistas, necesidad de evaluación por médicos forenses y/o necesidad de tratamiento.

Cuando el caso que requiere un procedimiento de urgencia se detecta por parte de profesionales de Atención Primaria de Salud se traslada al hospital de referencia y se comunica con Pediatra de urgencia, favoreciendo una atención coordinada e inmediata.

Si el caso se detecta en un centro hospitalario se comunicará a la unidad de Pediatría y se procederá a la aplicación del protocolo intrahospitalario: exploración coordinada y en condiciones adaptadas, notificación telefónica al juzgado de Guardia a través del Parte al Juzgado de Guardia, y exploración y toma de muestras, si procediera, por parte de forenses o policía judicial, cuando es necesario).

Se cumplimentará la Hoja de detección y notificación del maltrato infantil en los casos que procede (desarrollado en el apartado de notificación).

Inicio del procedimiento asistencial	
<p>Valoración inicial</p> <p>Anamnesis, exploración de indicadores de sospecha, de la situación clínica</p> <p>¿Se trata de una situación urgente?</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	
<p>Sí. ¿Hay riesgo vital, de desprotección o se precisa valoración urgente?</p>	
<p>Sí</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Procedimiento de urgencia</p>	<p>No</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Procedimiento ordinario</p>
<p>Tratamiento lesiones y medidas de protección inmediata</p> <p>Notificación urgente con Parte al Juzgado de Guardia</p> <p>Hoja de detección y notificación de maltrato infantil, como grave. Enviar a la Delegación Territorial con competencia en protección de menores</p> <p>Valorar traslado a centro de referencia hospitalario e ingreso hospitalario</p> <p>Valorar la necesidad de evaluación por otros especialistas. Valorar la necesidad de evaluación por médicos o médicas forenses a través de Juzgado de Guardia.</p> <p>Información a la U.T.S.</p>	<p>Información a la U.T.S.</p> <p>Trabajo de equipo interdisciplinar :</p> <p>Evaluación de indicadores, entorno, repercusiones.</p> <p>Hoja de detección y notificación de maltrato infantil, como leve o moderado. Enviar a los Servicios Sociales Comunitarios de la localidad de residencia de la persona menor.</p> <p>Si lesiones: Parte al Juzgado de Guardia</p> <p>Seguimiento</p> <p>Servicios Sociales y Centros Sanitarios</p> <p>Comisiones Provinciales de Medidas de Protección</p> <p>Comisión Local de Infancia</p>

Asistencia

ASISTENCIA

Las actuaciones clínicas, psicológicas y sociales del maltrato infantil consisten en:

A. Tratamiento de lesiones físicas o complicaciones derivadas de la situación de maltrato

- Tratamiento médico-quirúrgico de las lesiones, enfermedades o trastornos derivados del maltrato.
- Valorar la necesidad de profilaxis de enfermedades infecciosas.
- En casos de abusos sexuales, además se valorará la indicación de anticoncepción de urgencia o interrupción voluntaria de embarazo.
- Satisfacer las necesidades básicas y subsanar las carencias de estimulación, afectivas, educativas o nutricionales: evitar excesos o alimentación inapropiada, que ocasionan los síntomas o problemas de su salud, mediante el aporte de los nutrientes necesarios y el establecimiento de una dieta variada y equilibrada. Capacitar a los progenitores o cuidadores de los menores para establecer una dieta adecuada .

B. Tratamiento de daño psicológico

- Asistencia psicológica especializada inmediata si la persona menor lo requiere; imprescindible en todos los casos de abuso sexual.
- Facilitar al menor los recursos de tratamiento psicológico especializado que necesite; sobre todo en casos de abuso sexual. Aplicar tratamiento psicoterapéutico que necesite para aminorar el daño producido a través de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil o de Equipos especializados.
- Orientar al menor y progenitores sobre los recursos y el apoyo psicológico y educativo. Valorar la derivación a otros recursos.

C. Tratamiento del entorno

- Entrenar a los progenitores o cuidadores de los menores en habilidades de estimulación, cuidados y pautas psicoeducativas que satisfagan las carencias detectadas durante la intervención.
- Valorar las necesidades de la familia y la derivación a los programas o especialistas que precisen: Salud Mental, Programa de tratamiento con Metadona, Programas de Apoyo a Familias.

- Alejar del foco de violencia. Ejemplos: Ingreso hospitalario si es necesario, implicación de otros familiares.
- Acordar con el menor y familiares, un *“Plan de salud familiar”* para recuperar su proyecto vital.
- Atención en situaciones de Violencia de Género según Protocolo de Violencia de género

Notificación

NOTIFICACIÓN

Notificar es transmitir o trasladar información sobre el supuesto caso de riesgo, de sospecha o de maltrato infantil comprobado, sobre su familia y sobre el propio informante. Es una condición necesaria para posibilitar la intervención para mejorar las condiciones de las personas menores y su familia y una obligación legal y ética del profesional.

La notificación ha de hacerse ante la sospecha de cualquier situación de desprotección o maltrato, no es necesaria la certeza.

Ha de informarse (notificación) de los indicadores de desprotección y/o de delito a la Entidades competentes, mediante distintos instrumentos: Hoja de Detección y Notificación del Maltrato Infantil, Parte al Juzgado de Guardia de Comunicación de Asistencia Sanitaria por Lesiones, que pueden acompañarse de envío de Informes y coordinación telefónica.

Estos instrumentos son de uso exclusivo para profesionales, por ello, para facilitar la comunicación y/o denuncia de la ciudadanía de posibles situaciones de maltrato infantil, se establece en Andalucía la línea de teléfono: 900 851 818. Y para las personas menores de edad, se pone en marcha la Línea de ayuda a la Infancia con el número 116111.

1. Notificación a Servicios Sociales (indicios de riesgo y/o desamparo).

De conformidad con lo dispuesto en el Decreto 3/2004, de 7 de enero, se establece en el Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía, la Hoja de Detección y Notificación como un instrumento para la recogida y transmisión de información sobre los casos detectados de maltrato infantil.

Se notifica a través de la Hoja de detección y notificación del maltrato infantil, las situaciones de maltrato imputables a los propios progenitores o personas encargadas del cuidado del menor, ya sea en el ámbito familiar o institucional. También se considera maltrato infantil los casos de abuso sexual cometidos por menores de 18 años, cuando sean significativamente mayores que el menor-víctima (con una asimetría de edad en torno a 4 a 6 años de diferencia) o cuando estén en una posición de poder o control sobre él o ella, por ejemplo cuando el maltrato se comete por un grupo de menores o mediante el empleo de amenazas o violencia física).

La Hoja de Detección y Notificación puede ir acompañada o precedida de otros cauces de información cuando se estime oportuno (Informes asistencial por teléfono, fax, etc.). El uso de la

Hoja de detección y notificación promueve la coordinación interinstitucional, la recogida sistemática de información y aumenta la eficacia en la toma de decisiones para la protección del menor y la mejora de las condiciones familiares y ambientales.

Las hojas de notificación realizadas en el ámbito sanitario, a través de la UTS, deben dirigirse a:

1. Una copia se guarda en la Historia Clínica del menor.
2. Las otras dos copias dependiendo de la gravedad, se enviarán a:
 - Los Servicios Sociales Comunitarios de la persona menor, en los casos leves y moderados
 - La Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en los casos graves.

La tercera copia de la hoja se envía sin cumplimentar (la cumplimentan profesionales de los Servicios Sociales Comunitarios o Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales).

La Web SIMIA facilita a los profesionales que dispongan de certificado digital, la creación, cumplimentación informática e impresión de una Hoja de Detección y Notificación, así como su envío automático, para los casos que se consideren graves, a los Servicios de Protección de Menores. Desde la web, los profesionales tienen acceso al manual de instrucciones para la cumplimentación de la Hoja, pueden consultar las hojas notificadas y visualizar los documentos asociados a una Hoja específica.

A la Web SIMIA puede accederse desde el Portal de la Junta de Andalucía, a través del siguiente enlace: <https://ws058.juntadeandalucia.es/simia/>

Para problemas técnicos, existe un Centro de Atención a Personas usuarias cuyo teléfono es 955049070, permanece operativo de lunes a jueves de 8 a 15 horas y de 16 a 19 horas, los viernes de 8 a 15 h.

2. Notificación al Juzgado

El Decreto 3/2011, de 11 de enero, crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones. Se comunica la asistencia sanitaria por lesiones que pueda motivar una posible causa judicial. Esta comunicación se realiza a través del **Parte al Juzgado de Guardia**. Se cumplimenta por personal facultativo, tras la asistencia sanitaria inicial, por el cual se pone en conocimiento del Juzgado de Guardia la existencia de lesiones en una persona, la acción causante de las mismas, pronóstico y, en su caso, otros datos

relacionados con los hechos que motivan la asistencia sanitaria, también se puede emplear para comunicar al Juzgado las manifestaciones que hace el menor o sus familiares y que pueden motivar una causa judicial.

Este decreto define lesión como todo daño o detrimento de la integridad física o mental de una persona causado por cualquier medio o procedimiento que pueda motivar una posible causa judicial, bien porque la persona lesionada lo declare o porque haya signos o síntomas claros para sospecharlo.

A través del Portal Salud: <http://www.juntadeandalucia.es/salud> encontrará más información sobre el Parte al Juzgado de Guardia, así como los modelos para poder cumplimentarlos e imprimirlos.

En el Parte al Juzgado de Guardia, se podrán adjuntar fotografías de las lesiones, previo consentimiento de la persona atendida si tiene más de 16 años o, en su caso, por su representante legal, según modelo normalizado del Decreto 3/2011 de Comunicación de Asistencia Sanitaria por Lesiones. Dicho modelo consta de original y dos copias. El original se remite al juzgado junto a las fotografías, la primera copia se entrega a la persona interesada y la segunda copia se incorporará a la historia clínica.

Se debe poner en conocimiento del Juzgado de Guardia mediante comunicación telefónica cuando existe una situación de emergencia, cuando los padres o tutores legales se niegan a la asistencia necesaria, y cuando se considera necesaria la presencia de Médico o Médica Forense, como ocurre cuando se sospeche la posible existencia de lesiones, según las manifestaciones del menor o sus familiares o, cuando por las características del maltrato, puede ser necesaria la obtención y tramitación de muestras biológicas para estudio de ADN (en casos recientes: han pasado menos de 48-72 horas) y en casos de riesgo vital extremo.

3. Notificación al Ministerio Fiscal

Se puede contactar telefónicamente (En apartado Recursos: Teléfonos de Fiscalías de menores de Andalucía), por fax y a través del Juzgado de Guardia las 24 horas del día. Aporta al proceso de protección las siguientes competencias:

- Investigar hechos denunciados directamente ante la Fiscalía.
- Proponer al Juez medidas de protección cautelares, en los casos de urgencia, e informar a la Entidad Pública Competente (Junta de Andalucía) para la adopción posterior de la medida legal de desamparo.

- Asegurar que se preserve el derecho a la intimidad del menor y evitar procedimientos dolorosos o superfluos
- Garantizar que las acciones penales y/o de protección acordadas preserven el proceso de esclarecimiento de los hechos acontecidos y las necesidades ulteriores que el menor requiera derivadas de los procedimientos antedichos (de tratamiento, asistencia legal, separación familiar).
- Intervenir legalmente ejerciendo la acusación en los procesos penales por maltrato a menores.
- Supervisar la situación de los menores con medidas de protección, conociendo, al menos semestralmente, información actualizada de su situación personal.
- Iniciar actuaciones cuando el agresor es otro menor.

Cuando el maltrato es extrafamiliar, desde el ámbito sanitario se asesorará a los padres o tutores legales, sobre conveniencia de poner denuncia y de la posibilidad de tener el apoyo de los servicios sociales municipales, la policía o la oficina de ayuda a las víctimas informando del Servicio de Asistencia a Víctimas (SAVA).

Valoración y seguimiento integral

VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO INTEGRAL

Una vez realizada la primera atención y notificación de un caso de sospecha de maltrato infantil y asegurado los mecanismos de protección, es necesario realizar una valoración y seguimiento integral de la situación. Contemplará la valoración de las posibles causas de los indicadores detectados, de las características del incidente, los factores de vulnerabilidad infantil y las características de las personas cuidadoras siendo recogido en un informe técnico e incluido en la historia clínica del menor y debiendo aportar el informe a las instituciones competentes.

Requiere la colaboración de distintos profesionales y la constitución de un equipo funcional de trabajo formado por personal facultativo y enfermería de atención primaria y especializada que han intervenido en su asistencia, y de Trabajo Social de salud.

Recogerán la información más relevante sobre el caso en base a elementos fundamentales:

1. Historia social de salud
2. Examen de salud: existencia de indicadores físicos y comportamentales del menor y en la conducta de sus acompañantes y cuidadores. Hay que tener en cuenta la posibilidad de que la persona acompañante sea al mismo tiempo la persona agresora.
3. Pruebas complementarias: realización de pruebas, médico-legales o psicológicas, para confirmar o realizar diagnóstico diferencial con otros procesos.

En Atención Primaria pueden incrementarse los controles de salud en aquellos menores con sospecha de maltrato. Desarrollar programas de seguimiento específico, planes de observación de enfermería en los que se incluirán a todos los menores convivientes del núcleo familiar. Se prestará especial atención para detectar otras formas de violencia entre personas del entorno, especialmente menores y mujeres que pueden estar sufriendo violencia de género u otro tipo de violencia. Si se detecta otras víctimas de violencia en el entorno, se procederá a la derivación, valoración y atención concreta.

En Atención Hospitalaria, pueden requerir un seguimiento en el hospital aquellos casos dudosos que por las características de los indicadores, de las lesiones o mecanismos de producción de las mismas hacen necesario continuar el estudio de salud de estos menores. Es fundamental establecer un sistema o circuito por el que se conozca la evolución de los casos, con el objetivo de mejorar las actuaciones que se consideren deficitarias o incompletas.

- Realizar el diagnóstico social del caso y los informes técnicos que faciliten la intervención de otras instancias competentes en protección de menores.

- Mantener el seguimiento sobre el funcionamiento familiar y el grado de colaboración de los padres con los profesionales que intervienen.
- Prevención del maltrato infantil y promoción del buen trato

Como modelo de buena práctica recomendable para favorecer la coordinación surge la experiencia de las [comisiones locales](#), constituidas por atención primaria, equipos de salud mental, equipos de orientación educativa y psicopedagógica generales y de atención temprana en educación infantil y primaria y los de departamentos de orientación en Institutos de Educación Secundaria, policía local y servicios sociales municipales.

Los Servicios Sociales Comunitarios y las Delegaciones Territoriales con competencia en protección de menores realizan las actuaciones dirigidas a la evaluación social del caso y el abordaje de la problemática sociofamiliar y la correcta atención del menor.

Las Autoridades Judiciales y Fiscalía de Menores iniciarán el procedimiento correspondiente y los profesionales sanitarios colaborarán mediante la aportación de informes técnicos, y en algunos casos mediante comparecencia como testigos o como peritos.

En los casos en que los padres o tutores legales sean imputables o exista riesgo de desprotección o desamparo, las [Comisiones Provinciales de Medidas de Protección](#) (compuestas, entre otros, por un representante del profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía), evalúan la situación del menor, la actitud y recuperabilidad de las familias, declaran, en su caso, la situación legal de desamparo y establecen las medidas de protección necesarias para los menores.

Recuperación del proyecto vital

RECUPERACIÓN DEL PROYECTO VITAL

Cada uno de los diferentes profesionales sanitarios puede participar desde su especialidad en la recuperación de un proyecto vital satisfactorio para el menor. Desde medicina y enfermería se puede ayudarle a superar las carencias, enfermedades o lesiones que presenta, a informar a la familia y al menor sobre los cuidados básicos, educación y estilos de vida más saludables. Los psicólogos pueden ayudar al menor a convivir o a superar su experiencia traumática. Trabajadores Sociales aportarán una valoración continuada de la actitud y de las actuaciones familiares, de la capacidad de protección del menor, a la vez que orientan y coordinan los diferentes recursos.

La labor de profesionales sanitarios en la recuperación, debe centrarse en reorientar a los niños, niñas y adolescentes para que encuentren la manera de aprender a crecer con su experiencia traumática; a pesar de ella pero a partir de ella. Se intervendrá en las fortalezas, las habilidades, la capacidad de crecimiento personal y las oportunidades que tan terrible situación también conlleva, valorando, estimulando y potenciando los activos o recursos para el desarrollo de estos menores.

Los principios básicos del proceso de recuperación son¹⁴:

1. Haber logrado la protección del menor, es decir, debe encontrarse en un entorno de buenos tratos y a salvo de prácticas maltratantes.
2. Encontrar esperanza de alcanzar una vida mejor y mantenerla, superar el miedo, la humillación y la inseguridad. Conseguir que ningún niño o niña tenga que sacrificarse voluntariamente a las prácticas maltratantes por proteger a otros o para que se mantenga la estabilidad familiar.
3. Re-establecimiento o establecimiento de una identidad positiva.
4. Valorar las potencialidades y recursos del niño o niña, fortalecer la confianza en sí mismo/a y su autoestima, es decir, que tome conciencia de su propio valor. Fomentar su autonomía respetando su singularidad. Favorecer medidas de autoprotección.
5. Incentivar la empatía, reciprocidad, la capacidad ética, la solidaridad para que pueda relacionarse de una forma constructiva basada en el respeto hacia sí mismo, hacia los demás y hacia el entorno.

¹⁴ Muriel y colab,2010

6. Construir una vida con sentido donde la capacidad de esfuerzo y de hacer proyectos, de tener metas, ocupe un lugar relevante. Integrada en la sociedad en la forma correspondiente a su edad.

7. Adaptado a su periodo evolutivo, asumir responsabilidades ante los límites y normas sociales que aseguran el buen trato hacia sí mismo y hacia los demás. Fortalecer la sensación de poder y de control sobre su entorno y su vida.

En el proceso de recuperación hay que subrayar la importancia vital del apego y la palabra. La recuperación no se construye sola, sino gracias a los fuertes vínculos de afectos que se han tejido a lo largo de toda la vida y es el amor hacia el niño o niña lo que va hacer que consiga recuperarse, rehacerse y crecer aprendiendo en este arduo proceso.

Desde el ámbito sanitario, el proceso de recuperación requiere la colaboración del equipo de salud y la coordinación con referentes de Salud Mental y profesionales de Servicios Sociales que permitan a través de programas específicos ayudar a los menores a recuperar su proyecto vital.

Glosario de términos

GLOSARIO DE TÉRMINOS

Competencia familiar

Capacidad, de carácter emocional-cognitivo, para resistir acontecimientos adversos en la experiencia vital, sin consecuencias negativas o perturbadoras a largo plazo para el desarrollo o socialización

Factores compensatorios o de protección

Son aquellas circunstancias favorables que disminuyen la posibilidad de ocurrencia del maltrato y que por tanto pueden equilibrar la influencia de factores de riesgo.

Factores de riesgo

Cualquier situación individual, familiar, social o cultural que obstaculiza el desarrollo normal del menor, y que en combinación con otras circunstancias negativas, puede llegar a provocar el maltrato.

El maltrato se desencadenaría por la interacción de varios factores de riesgo, junto con la presencia de factores específicos que pueden desencadenarlo: sucesos conflictivos, percepción subjetiva del estrés, etc.

Guarda administrativa

Institución en virtud de la cual los poderes públicos asumen la protección de la esfera personal de un menor durante el tiempo necesario, cuando sus padres o tutores, por circunstancias graves no puedan cuidarlo (Art 172.2 del Código Civil y Art. 24 de la Ley 1/1998).

La Administración de la Junta de Andalucía asumirá solo la guarda de los menores, a petición de los padres o tutores, o por resolución judicial. Por tanto, no conlleva la asunción de la tutela administrativa. Se ejercerá preferentemente mediante acogimiento familiar y se evitará su prolongación excesiva. Los padres deberán prestar su colaboración y la asunción de sus responsabilidades. En cualquier caso, si durante el procedimiento iniciado para la tramitación de la guarda se verifican condiciones que así lo constaten, se podrá declarar la situación de desamparo del menor.

Patria potestad

Conjunto de derechos y obligaciones que la Ley reconoce a los padres sobre las personas y bienes de sus hijos (o cuando se requiere a terceras personas) mientras éstos son menores de edad o están incapacitados, con el objetivo de permitir el cumplimiento a aquellos de los deberes que tienen de sostenimiento y educación de tales hijos. La función de la patria potestad tiene como límite el interés superior de los hijos e hijas y su beneficio, quedando en manos de los poderes públicos la posibilidad de que, velando por los intereses del menor, priven de la patria potestad a los progenitores.

Resiliencia

Conjunto de procesos sociales e intra-psíquicos que posibilitan tener una vida sana en un medio insano con la capacidad de flexibilidad de adaptarse ante situaciones límite.

Activos de resiliencia individuales

Apego seguro, vínculos afectivos múltiples, la religión y sus rituales, autoestima, buena capacidad intelectual, experiencia de éxito en la solución de otras situaciones, capacidad para mantener la atención, optimismo, capacidad para postergar gratificaciones, habilidades comunicacionales, creatividad, existencia de metas, buena adaptación social/laboral/académica, humor.

Activos de resiliencia sociales

Percepción de los padres sobre su propia crianza, ausencia de conflicto conyugal/parental, creencias sociales que promueven los derechos del niño, desarrollo de infraestructura de apoyo y promoción de las competencias parentales, desarrollo de infraestructuras de apoyo y cuidado a la infancia, erradicación de creencias discriminatorias por raza, sexo u otras, conciliación de la vida laboral y familiar.

Situación de desamparo

La que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o de imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material (Art 172.1 del Código Civil y Art. 23 de la Ley 1/1998).

La Administración de la Junta de Andalucía asumirá la tutela y guarda de los menores cuando éstos sean declarados en situación de desamparo o así lo determine una resolución

judicial. Como consecuencia, se produce una suspensión temporal de la patria potestad. Se mantendrá sólo el tiempo imprescindible hasta la desaparición de las circunstancias que dieron lugar a la misma, promoviéndose la reintegración familiar

Situación de riesgo

Situación en la que existen carencias o dificultades en la atención de las necesidades básicas que los menores precisan para su correcto desarrollo físico, psíquico y social, y que no requiere su separación del medio familiar (Art. 22.1 Ley 1/1998 de los Derechos y Atención al Menor)..

Tutela

La tutela es una institución jurídica que tiene por objeto la guarda de la persona y sus bienes, o solamente de los bienes o de la persona, de quien, no estando bajo la patria potestad, es incapaz de gobernarse a sí mismo por ser menor de edad o estar declarado incapacitado.

Victimización secundaria, también denominada revictimización

Se refiere al proceso por el cual el menor que ha sido objeto de maltrato (normalmente abuso sexual), vuelve a convertirse en víctima de otro tipo de maltrato, el institucional, debido a la inadecuación de los procedimientos penales y judiciales a las necesidades y derechos de los menores. Pueden verse sometidos a múltiples interrogatorios, pruebas periciales y demoras en la celebración del juicio, que pueden ser fuentes de estrés, ansiedad e incluso sentimientos de culpa y que también repercuten en su estabilidad emocional. Su prevención requiere un énfasis en la coordinación y colaboración entre los servicios y profesionales, a fin de evitar duplicidad de actuaciones o intervenciones inadecuadas

Vulnerabilidad

Es la menor resistencia de una persona o de una familia, a las situaciones desfavorables y de riesgo que le acontecen, lo cual la hace más proclive a ser afectada por sus consecuencias negativas

Anexos

ANEXOS

Anexo 1: Factores de riesgo y protectores del maltrato infantil

MODELO INTEGRAL DEL MALTRATO INFANTIL ¹⁵			
NIVELES ECOLÓGICOS		Factores de riesgo	Factores compensadores
Desarrollo individual de los padres		Historia familiar de abuso Falta de afectividad en la infancia Baja autoestima Pobres habilidades personales	Experiencia en los cuidados del niño Habilidad interpersonal Coeficiente intelectual elevado Reconocimiento de la experiencia del maltrato en la infancia
	a)Padres	Trastornos físicos/psíquicos (incluso ansiedad y depresión) Drogodependencias Padre/madre sólo Madre joven Padre/madre no biológico Desarmonía familiar Enfermedades/lesiones Conflictos conyugales Violencia familiar Falta de control de impulsos	Planificación familiar Satisfacción personal Escasos sucesos vitales estresantes Intervenciones terapéuticas en la familia Ambiente familiar sin exposición a violencia Armonía marital
Medio familiar	b)Hijos	Hijos no deseados Trastorno congénito Anomalías físicas o psíquicas Enfermedad crónica Tamaño de la familia Nacimiento prematuro Bajo peso al nacer Ausencia de control prenatal Trastorno de conducta Proximidad de edad entre hijos	Apego materno/paterno al hijo Satisfacción del desarrollo del niño
	a)Socio laboral	Bajo nivel social/económico Desempleo Insatisfacción laboral	Condición financiera
Ecosistema	b)Vecindario	Aislamiento social	Apoyo social Buena experiencia con iguales
	a)Sociales	Alta criminalidad Baja cobertura de servicios sociales Alta frecuencia de desempleo Pobreza de grupo social Alta movilidad geográfica	Programas de mejora, de redes de apoyo e integración social de familias vulnerables Programas sanitarios
	Culturales	Aceptación del castigo corporal	Actitud hacia la infancia, la mujer, la paternidad de la sociedad

Tomado y adaptado de Soriano Faura FJ (2009)

¹⁵ Soriano Faura FJ,2009

Anexo 2: Indicadores de maltrato físico, abandono y abuso sexual

Los indicadores de las distintas tablas que se exponen a continuación han sido propuestos por el Grupo de trabajo de maltrato infantil de la Consejería de Salud en 2010. En muchos casos de maltrato infantil se suele dar la reiteración de los episodios de maltrato y la combinación de varios tipos de maltrato.

INDICADORES CONDUCTUALES QUE PRESENTAN FRECUENTEMENTE LAS VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL (FÍSICO, PSÍQUICO Y/O SEXUAL)	
INDICADOR DE SOSPECHA	CRITERIOS PARA VALORARLO COMO INDICADOR DE MALTRATO
Miedo	Expresan miedo a volver a casa Miedo al contacto físico o afectivo con varones adultos Miedo a ir al colegio Miedo que empieza a sentir o expresar a partir de un momento concreto y supone un cambio con respecto a su trayectoria previa. Supone un cambio en su trayectoria. Se limita a un espacio concreto.
Reacción de pánico	Reacción de pánico ante la exploración de genitales externos y, sin embargo, tolera la exploración del resto del cuerpo.
Rechazo al contacto afectivo	Relaciona las caricias con una forma de agresión Tiene dificultades para expresar afecto, sentimientos y emociones.
Falta sonrisa social	En lactantes de más de 2-3 meses de edad y se descarta enfermedad neurológica.
Tristeza	La expresión de tristeza es síntoma (grave) de impacto emocional grave
Apatía, cansancio	Continuado, sin causa aparente o desencadenante. A partir de una determinada fecha.
Aislamiento, inhibición en el juego	Supone un cambio en su conducta anterior.

En cada caso es necesario hacer un diagnóstico diferencial con otras posibles causas o mecanismos de producción: enfermedad neurológica o de otro tipo, desnutrición severa, variante anatómica dentro de la normalidad, causa accidental; o entre distintos tipos de maltrato.

INDICADORES DE MALTRATO FÍSICO ACTIVO Y DE ABANDONO FÍSICO			
Tipo de maltrato	Indicadores físicos en la exploración del menor	Indicadores de conducta del menor	Indicadores del comportamiento de los familiares
Maltrato físico	<p>Equimosis en antebrazos, crestas iliacas... ... como mecanismos de sujeción. Heridas en diferentes fases de cicatrización o producidas por mecanismos de producción poco convincentes. Heridas en zonas protegidas o de difícil acceso. Quemaduras con marcas de objetos. Fracturas de huesos cortos o huesos de la cara. Fracturas en tallo verde o espiroideas. Hematomas múltiples Alopecia . Placa de pelada en lactantes. Trastornos del nivel de conciencia.</p>	<p>Miedo a volver a casa, a la presencia de adultos... Conducta agresiva, antisocial... Trastornos psicósomáticos. Rechazo al contacto afectivo.</p> <p>Manifiesta que es objeto de agresiones o de otras formas de maltrato.</p>	<p>Métodos disciplinarios desproporcionados. Valoración reiteradamente negativa del menor. Explicación incoherente del mecanismo de producción de la lesiones. Alcoholismo o consumo de drogas. Nivel socioeconómico bajo, medio o alto.</p>
Abandono físico	<p>Higiene deficiente. Accidentes reiterados. Falta de vacunas y de cuidados Médicos. Poco estimulado nunca llora, se mueve poco... No está escolarizado o realiza tareas inapropiadas para su edad. Desnutrición, deshidratación.</p>	<p>Apatía y cansancio. Tristeza. Conducta y expresiones impropias de su edad. Escasos conocimientos y habilidades escolares. Participa en actividades delictivas. Lactantes que parecen muy buenos, no lloran. Falta sonrisa afectiva No tiene interés por ir a casa.</p>	<p>Enfermedad mental de madre o del padre. Alcoholismo o drogas. Desinterés o escasa capacidad de valorar las necesidades del niño. Organización caótica de vida familiar. No transmite afectividad Negligencia reiterada.</p>

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ALGUNOS INDICADORES DE MALTRATO FÍSICO Y DE ABANDONO

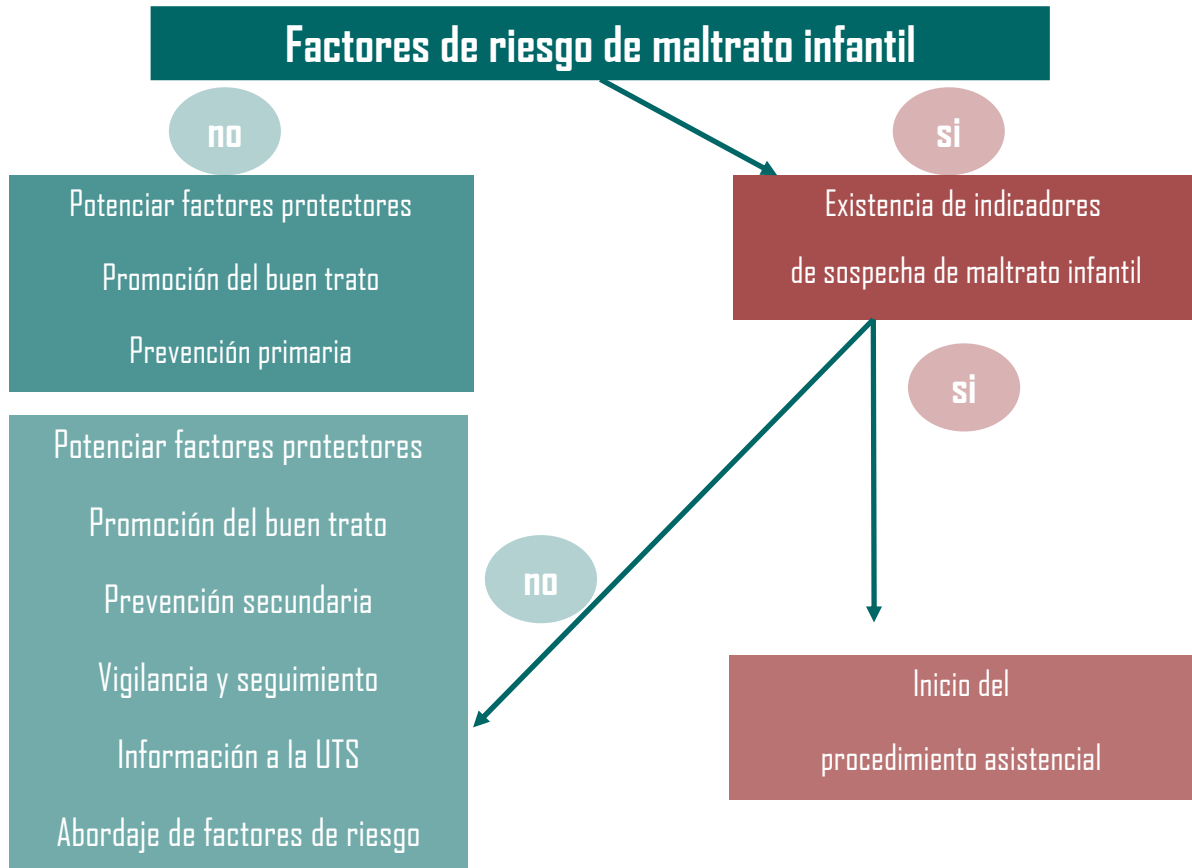
Indicador de sospecha	Criterios para valorarlo como indicador de maltrato	Diagnóstico diferencial
Equimosis Hematomas	En diferentes fases evolutivas En zonas anatómicas protegidas En forma de impresiones digitales en antebrazos codos, crestas iliacas... por maniobras de sujeción Es poco probable el mecanismo de producción explicado	Trastorno de la coagulación Accidente Negligencia Maltrato o agresión física Abuso sexual
Heridas Incisas, contusas, marcas, cicatrices, fracturas	Múltiples, indiferentes fases de cicatrización Dejan marcas de objetos En espalda o en zonas anatómicamente protegidas o de difícil acceso. En genitales o en región perianal Poco probable el mecanismo de producción explicado Múltiples, espiroideas o en tallo verde, en huesos propios de la cara, en diferente fase de cicatrización.	Accidente Negligencia Maltrato físico Abuso sexual Fractura patológica. Trastorno metabólico
Alopecia Placa de pelada en lactantes	En zonas localizadas En región occipital y se acompaña de: falta de estímulos, permanece mucho tiempo acostado. Presenta escasos movimientos activos. Escasa sonrisa afectiva	Alopecia areata Infecciones, micosis, falta de higiene Abandono Maltrato o agresión física.
Quemaduras	Dejan marcas de objetos de cigarrillos Por líquidos calientes en pies, nalgas, en cara... Eléctricas en el primer año de vida. Poco probable el mecanismo de producción explicado	Accidente Negligencia Agresión o maltrato físico
Higiene deficiente	Reiteradamente está sucio, ropa sucia o inadecuada. Dermatitis del pañal reiteradas o de mala evolución.	Abandono, falta de habilidades. Negligencia, actitud negativa
Desnutrición, deshidratación.	Por falta de aportes necesarios o por falta de cuidados adecuados en enfermedades subyacentes	Abandono, falta de habilidades. Negligencia, actitud negativa
Trastornos del nivel de conciencia	Somnolencia, hipotonía. Irritabilidad Traumatismo craneo-encefálico. Agresión física con objeto o contra superficies. Sacudida del cuello.	Enfermedad infecciosa o neurológica. Intoxicación accidental Administración de tóxicos o fármacos Hemorragia cerebral accidental.

INDICADORES DE ABUSO SEXUAL		
Indicadores físicos en la exploración	Indicadores de conducta del menor	Indicadores del comportamiento de los familiares
<p>Hemorragia vaginal Lesiones genitales o perianales Alteraciones del himen Dolor, molestias al defecar Restos de semen en la vagina, boca, ano, ropa Ropa rota interior manchada Infección de transmisión sexual (I.T.S.) Embarazo Síntomas psico-somáticos Verbaliza conductas compatibles con abuso sexual</p>	<p>Fuerte resistencia a la exploración de genitales Conducta sexualizada Cambios de comportamiento, del carácter, de la personalidad. No suele delatar a abusadores de la familia. Enuresis y otros síntomas psicósomáticos o funcionales.</p>	<p>Celoso ante la retirada del menor. Le implica en pornografía o prostitución. Dificultades en las relaciones de pareja. Frecuentemente ausente del hogar. Padece o padeció I.T.S. Consumidor de prostitución. Sufrió abuso sexual en su infancia.</p>

VALORACIÓN Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN ALGUNOS INDICADORES DE ABUSO SEXUAL		
Indicador de sospecha	Criterios para valorarlo como indicador de maltrato	Diagnóstico diferencial
Dolor o molestias al defecar	Se descarta traumatismo accidental	Estreñimiento primario. Infección micótica o estreptocócica.
Fisuras perianales	En ausencia de estreñimiento Se descarta infección estreptocócica Ropa interior mancha de sangre, puede estar rota	Estreñimiento Candidiasis Enfermedad inflamatoria intestinal Fístula Abuso sexual
Engrosamiento de pliegues anales	Poco específico de abuso sexual	Gastroenteritis aguda Mal absorción Estreñimiento Hemorroides Abuso sexual
Dilatación del orificio anal	Signo de la "D" positivo Poco específico de abuso sexual si es negativo	Abuso sexual Dilatación vagal o como signo cadavérico.
Rotura del esfínter anal	Incompetencia de esfínter	Abuso sexual Agresión sexual
Restos biológicos: semen, pelos, sangre	En la ropa, en piel, en la boca, ano o vagina	Abuso sexual Relaciones consentidas
Hemorragia vaginal	En edad prepuberal	Pubertad precoz Enfermedad tumoral Abuso sexual
Enrojecimiento vulvar o perianal	Recurrente	Gastroenteritis. Vulvovaginitis de repetición. Micosis, candidiasis. Parasitosis intestinal Infección estreptocócica Abuso sexual
Heridas en vulva, muslos, nalgas o región perianal	Arañazos Equimosis, impresiones digitales.	Parasitosis intestinal. Autorrascado. Pediculosis. Escabiosis. Agresión sexual. Abuso sexual
I.T.S.	Chancro sifilítico. Infección gonocócica Clamidias. Verrugas, condilomas acuminados (por VPH) Vaginosis vaginal. Enfermedad inflamatoria pélvica. Moluscum contagioso (descartar antecedentes de atopía). Lesiones localizadas en genitales o región perianal	Abuso sexual Manifestación de atopía. Contagio en maniobras no relacionadas con prácticas sexuales.

INDICADORES DE MALTRATO PSICOLÓGICO		
Indicadores físicos en la exploración del menor	Indicadores de conducta del menor	Indicadores del comportamiento de los familiares
<p>Tristeza Retraso psico-motor Desnutrición, cabello frágil Alopecia Crecimiento inadecuado. Enanismo psicógeno</p>	<p>Inhibición en el juego Conducta hipermadura o demasiado infantil Agresividad, irritabilidad pasividad... Enuresis. Fracaso escolar. Mala integración Pérdida de autoestima. Intento de autolisis</p>	<p>Despreocupado por los síntomas Relación poco afectiva Rechazo y culpabilización Trato desigual entre hermanos Valoración reiteradamente negativa del menor Aislamiento en la familia No reconocimiento de sus méritos</p>

Anexo 3: Algoritmos de actuación



Inicio del procedimiento asistencial	
<p><u>Valoración inicial</u></p> <p>Anamnesis, exploración de indicadores de sospecha, de la situación clínica</p> <p>¿Se trata de una situación urgente?</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	
<p>Sí. ¿Hay riesgo vital, de desprotección o se precisa valoración urgente?</p>	
<p>Sí</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Procedimiento de urgencia</p>	<p>No</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Procedimiento ordinario</p>
<p>Tratamiento lesiones y medidas de protección inmediata</p> <p>Notificación urgente con Parte al Juzgado de Guardia</p> <p>Hoja de detección y notificación de maltrato infantil, como grave. Enviar a la Delegación Territorial con competencia en protección de menores</p> <p>Valorar traslado a centro de referencia hospitalario e ingreso hospitalario</p> <p>Valorar la necesidad de evaluación por otros especialistas. Valorar la necesidad de evaluación por médicos o médicas forenses a través de Juzgado de Guardia.</p> <p>Información a la U.T.S.</p>	<p>Información a la U.T.S.</p> <p>Trabajo de equipo interdisciplinar :</p> <p>Evaluación de indicadores, entorno, repercusiones.</p> <p>Hoja de detección y notificación de maltrato infantil, como leve o moderado. Enviar a los Servicios Sociales Comunitarios de la localidad de residencia de la persona menor.</p> <p>Si lesiones: Parte al Juzgado de Guardia</p> <p>Seguimiento</p> <p>Servicios Sociales y Centros Sanitarios</p> <p>Comisiones Provinciales y locales</p>

Anexo 4: Situaciones de desamparo

Se consideran situaciones de desamparo:

- a) El abandono voluntario del o la menor por parte de su familia.
- b) Absentismo escolar habitual.
- c) La existencia de maltrato físico o psíquico o de abusos sexuales por parte de las personas de la unidad familiar o de terceros con consentimiento de éstas.
- d) La inducción a la mendicidad, delincuencia o prostitución, o cualquier otra explotación económica del o la menor de análoga naturaleza.
- e) La drogadicción o alcoholismo habitual del o la menor con el consentimiento o la tolerancia de los padres o guardadores.
- f) El trastorno mental grave de los padres o guardadores que impida el normal ejercicio de la patria potestad o la guarda.
- g) Drogadicción habitual en las personas que integran la unidad familiar y, en especial, de los progenitores, tutores o guardadores del menor, siempre que incida gravemente en el desarrollo y bienestar del menor.
- h) La convivencia en un entorno socio-familiar que deteriore gravemente la integridad moral del o la menor o perjudique el desarrollo de su personalidad. En este punto hacemos referencia a los menores expuestos a violencia de género en su hogar.
- i) La falta de las personas a las cuales corresponde ejercer las funciones de guarda o cuando estas personas estén imposibilitadas para ejercerlas o en situación de ejercerlas con peligro grave para el o la menor.

Según art 23.1 de la Ley 1/1998 de 20 de abril, de los derechos y la atención al menor.

Anexo 5: Referencias normativas

- Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor
- Procedimiento de Coordinación para la Atención a Menores Víctimas de Malos Tratos en Andalucía, de 20 de noviembre de 2002, (Orden de 11 de febrero de 2004).
- Decreto 3/2004, de 7 de enero, por el que se establece el Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía.
- Decreto 81/2010, de 30 de marzo, de modificación del Decreto 3/2004, por el que se establece el Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía.
- Orden de 23 de junio de 2006 por la que se aprueban los modelos de la Hoja de Detección y Notificación del Maltrato Infantil.
- Decreto 3/2011, de 11 de enero, por el que se crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones.
- Ley de Salud de Andalucía(Ley 2/1998 de 15 de Junio)
- DECRETO 246/2005, de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de Salud de las Personas Menores de Edad.
- Valórame: instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo, desprotección y desamparo de la infancia en Andalucía. Observatorio de la infancia de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2014.

Anexo 6: Recursos

Línea de ayuda a la infancia 116111

El número 116111 entró en servicio en la Comunidad Autónoma Andaluza el día 1 de febrero de 2012, teniendo como objetivos:

- Proporcionar ayuda a las personas menores que precisan cuidados y protección, a quienes se prestará servicios y recursos tendentes a satisfacer sus necesidades.
- Dar a la ciudadanía menor de edad la oportunidad de expresar sus preocupaciones, de hablar sobre problemas que les afecten directamente y de llamar a alguien en caso de urgencia.

Este servicio responde a la puesta en marcha en España y en Europa de un único teléfono europeo para acceder a una línea telefónica de atención a la infancia.

Teléfono de Notificación de posibles situaciones de Maltrato infantil 900 851 818

Se trata de un servicio público y gratuito de atención a los ciudadanos, con el que se intenta facilitar su colaboración en la comunicación de los posibles casos de malos tratos a menores que conozcan, de modo que se pongan en marcha las actuaciones precisas por los servicios sociales que garanticen su bienestar.

Atendido por un equipo de profesionales especializados, está disponible las 24 horas.

Tras la recepción de las llamadas, se sigue un protocolo de actuación en función de la valoración de su gravedad, notificando los hechos a los servicios sociales correspondientes. A partir de ese momento se inicia un proceso de investigación de las circunstancias sociofamiliares a fin de movilizar los recursos necesarios que aseguren la integridad física y mental de los menores implicados y planificar la intervención profesional más adecuada.

Web SIMIA

Facilita a los y las profesionales que dispongan de certificado digital, la creación, cumplimentación informática e impresión de una Hoja de Detección y Notificación, así como su envío automático, para los casos que se consideren graves, a los Servicios de Protección de Menores. Desde la Web, se tiene acceso al manual de instrucciones para la cumplimentación de la Hoja, se pueden consultar las hojas notificadas y visualizar los documentos asociados a una Hoja específica.

Asimismo la web SIMIA ofrece, para cualquier ciudadano/a que acceda a la misma, distintos contenidos sobre el maltrato infantil, tipologías, valoración de su gravedad y pautas de actuación ante el mismo, así como información diversa sobre el Sistema.

A la web SIMIA puede accederse desde el Portal de la Junta de Andalucía, a través del siguiente enlace: <https://ws058.juntadeandalucia.es/simia/>

Delegaciones Territoriales de la Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales

SERVICIOS DE PROTECCIÓN DE MENORES:

Almería	Ctr ^a de Ronda, 226, Edificio "Bola Azul", 4 ^a Planta, 04071, Almería. TLF: 950 01 73 19. FAX: 950 01 72 80
Cádiz	Plaza Asdrúbal, s/n, Edificio Administrativo Junta de Andalucía, 11008, Cádiz. TLF: 956 00 70 00. FAX: 956 00 70 03
Córdoba	C/ Dr. Blanco Soler, 4, 14071, Córdoba. TLF: 600 161 479. FAX: 957 74 53 25
Granada	Ancha de Gracia, 6, 18071, Granada. TLF: 958 02 46 00. FAX: 958 02 47 98
Huelva	Alcalde Mora Claros, 4-6, 21003, Huelva. TLF: 671 596 059/959 00 57 06. FAX: 959 00 57 40
Jaén	Paseo de la Estación, 19 - 3 ^o , 23071, Jaén. TLF: 953 01 30 84. FAX: 953 01 31 14 /24
Málaga	C/ Tomás Heredia, 18, 29071, Málaga. TLF: 951 92 22 03/04. FAX: 951 92 23 54
Sevilla	C/ Luis Montoto, 87-89, CP 41071, Sevilla. TLF: 955 89 02 00. FAX: 955 89 03 59

FISCALÍA DE MENORES:	
Almería	950 00 49 12/950 00 49 13
Cádiz	956 01 17 71/956 01 17 72
Córdoba	957 00 57 08/957 00 57 09
Granada	958 02 61 52/958 02 61 53
Huelva	959 01 26 10/959 01 26 14
Jaén	953 00 35 22
Málaga	951 93 80 50
Sevilla	954 54 47 63

Bibliografía

1. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Sistema de Información sobre maltrato infantil en Andalucía. 2005
2. FERNÁNDEZ ALONSO MC., BUITRAGO RAMÍREZ F., CIUDANA MISOL R., CHOCHRÓN BENTATA L., GARCÍA CAMPAYO J., MONTÓN FRANCO C. Y TIZÓN GARCÍA J. Prevención de los trastornos de salud mental desde atención primaria. Grupo de Prevención de los Trastornos de Salud Mental del PAPPs. Aten Primaria 2005;36 (Suple 21):85-96
3. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. Maltrato infantil en la familia en España. Madrid.2011
4. JUNYENT PRIU M., GARCÍA CARCÍA JJ., POU FERNÁNDEZ J. El maltrato infantil: detección e intervención. Rev. Pediatría Atención Primaria 2004; 6:443-441.
5. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, 2003
6. BARUDY JORGE, DANTAGNAN MARYORIE .Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia.GEDISA. 2005
7. DEFENSOR DEL MENOR DE ANDALUCÍA. Informe especial. Menores expuestos a violencia de género: Víctimas con identidad propia. Septiembre,2012
8. Observatorio de la infancia. Maltrato infantil: Detección, notificación y registro de casos. Madrid,2006.
9. Decreto 3/2004, de 7 de enero, modificado parcialmente por el Decreto 81/2010, de 30 de marzo
10. Liliana Orjuela López, L y col. Manual de atención para los niños y niñas de mujeres de víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. Save the children, 2008.
11. MacMillan Harriet L. with the Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, 2000 update: prevention of child maltreatment. CMAJ 2000;163(11):1451-8
12. U.S. Preventive Services Task Force, Screening for Family and Intimate Partner Violence: Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2004;140:382-386.
13. Muriel Fernández ,Rafael y colab. Documento base. Respuesta al Maltrato en la Infancia. Consejería de Salud. Junta de Andalucía,2010
14. Soriano Faura FJ, Grupo PrevInfad/PAPPs Infancia Adolescencia. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria. Rev Pediatr ;11(41):121-144,2009.

15. Organización Panamericana de la Salud . Sérgio Pinheiro, P. Informe mundial sobre la violencia contra los niños y las niñas. Washington, 2006.
16. Agencia Sanitaria Poniente. Distrito Sanitario Poniente De Almería. Guía de actuación.Unidad para la atención integral de menores. 2011
17. Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor.
18. BUTCHART A. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence [Internet]. Ginebra: World Health Organization, 2006 [citado 20 mayo 2011]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf
19. DÍAZ HUERTAS JA,ESTEBÁN GÓMEZ J, ROMEU SORIANO FJ, por el Grupo de Trabajo sobre maltrato Infantil del Observatorio de la infancia. Maltrato Infantil. Detección,Notificación y Registro de Casos. Observatorio de la Infancia. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales, 2002
20. BARUDY JORGE, DANTAGNAN MARYORIE La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil.Manual técnicas terapéuticas para apoyar/promover resiliencia GEDISA, 2011
21. GIL, ARRONES J. Y COLABORADORES. Documento del grupo de trabajo de. Maltrato infantil. Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2010
22. Ley 1/1998, de 20 de abril, de los Derechos y la Atención al Menor
23. RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, M, GARRIDO PORRAS, A Y COLABORADORES. Cuadernos sobre salud y buen trato a la infancia y adolescencia en Andalucía. Sevilla. Consejería de Salud, 2010.
24. Decreto3/2011, de 11 de enero, por el que se crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones
25. Decreto 246/2005 de 8 de noviembre, por el que se regula el ejercicio del derecho de las personas menores de edad a recibir atención sanitaria en condiciones adaptadas a las necesidades propias de su edad y desarrollo y se crea el Consejo de salud de las Personas Menores de Edad.
26. Decreto 42/2002, de 12 de febrero, del régimen de desamparo, tutela y guarda administrativa.
27. BOTELLO DÍAZ B.,DÍAZ OLIVER B. Cuaderno 3 sobre salud y Buen trato a la infancia y adolescencia en Andalucía. Prevención y detección precoz del maltrato infantil: Revisión de estrategias e intervenciones desde los Servicios Sanitarios. Consejería de Salud .Junta de Andalucía,2011
28. Consejería de Asuntos Sociales .Procedimiento de coordinación para la atención a menores víctimas de malos tratos en Andalucía. Junta de Andalucía ,2003.

29. Protocolo para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. Consejería de Salud, 2008.

