



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

Detección y prevención del maltrato infantil

Estudiante: Selene Rodríguez Medina.

Tutelado por: Miriam Inmaculada Bueno Arnau.

Soria, 08 de Junio del 2016.



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria
Campus Universitario Duques de Soria



Facultad de Enfermería de Soria

ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
2.1. Concepto.....	5
2.2. Epidemiología.....	6
2.2.1. A nivel mundial.....	6
2.2.2. A nivel nacional.....	7
2.3. Clasificación y características generales.....	8
3. Justificación.....	11
4. Objetivos.....	12
5. Material y métodos.....	13
6. Resultados y discusión.....	14
6.1. Factores de riesgo.....	14
6.2. Indicadores.....	19
6.3. Instrumentos de detección.....	26
7. Conclusiones.....	28
8. Bibliografía.....	30

1. RESUMEN

El maltrato infantil es un problema que existe desde la antigüedad, sin embargo, actualmente sigue afectando a nuestra sociedad a escala mundial.

Existen diversas definiciones sobre este término, pero la más utilizada es la descrita por el Observatorio de la Infancia, la cual, define el maltrato infantil como *“acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño o la niña de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”*.

El objetivo de este estudio es conocer los principales indicadores y signos del maltrato infantil que debe de tener en cuenta el profesional de enfermería en su atención al menor en los servicios de emergencias.

Para realizar esta revisión bibliográfica nos hemos basado en artículos que fueran entre los años 2006 y 2016. Para ello se han utilizado buscadores como el Google académico, bases de datos como Scielo, Dialnet, Pubmed, Elsevier y Medline, organizaciones mundiales como la OMS y UNICEF, asociaciones y federaciones de prevención del maltrato infantil, la Consejería de Salud de la junta de Andalucía, la Academia Americana de Enfermería y revistas pediátricas.

Los resultados de este estudio indican que existen factores de riesgo e indicadores para poder prevenir y detectar a tiempo futuros casos de maltrato infantil, sin embargo, también hay que decir que aún queda mucho camino por recorrer e investigar para implementar un sistema de detección fiable y sensible de los casos de maltrato infantil en España y en el resto del mundo.

2. INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil no es un problema reciente, lleva ocurriendo desde la antigüedad, donde se utilizaban a los niños para hacer sacrificios y rituales e incluso algunos científicos como Aristóteles declaraba que un hijo es propiedad de su padre y por lo tanto nada de lo que se haga con su propiedad es injusto, estando totalmente no reconocido el maltrato infantil como un problema ¹⁻².

Así mismo fue en la época romana cuando se regulo el llamado “ius vitae et necis” el cual daba completo derecho a los padres sobre el hijo, siendo estos incluso quienes decidieran su muerte si lo requiriera. Además, de esto también estaba permitido cualquier tipo de maltrato tanto físico, psicológico o el abandono de menores, este último no se implantó como delito en el código penal de España hasta 1944.

El motivo de que esto se permitiera y se viera dentro de la sociedad como algo normal es porque tenían un concepto diferente entre la relación padres e hijo, siendo los padres considerados como los dueños y no como los protectores de este.

Fue ya en la segunda mitad del siglo XIX, cuando el médico francés A. Tardieu publicó en el año 1879 un trabajo de medicina legal sobre el maltrato infantil basándose en los niños que había autopsiado él mismo, y en 1946 el médico estadounidense Silverman demostró con estudios radiológicos las consecuencias no visibles de estos abusos como pudieron ser: hematomas subdurales o fracturas múltiples en los huesos largos, cuyos padres no supieron explicar de manera razonable el motivo de estos. Pero no fue hasta 1962 cuando la sociedad empezó a tomar consciencia de la existencia y de la presencia del abuso infantil, denominando al conjunto de lesiones observadas en el ámbito sanitario por médicos de familias, pediatras y forenses como “Síndrome de niño maltratado” haciendo dudar de la favorabilidad del medio familiar en el que se encontraba.

El primer proceso judicial en la historia del maltrato infantil tuvo lugar en 1874 en la ciudad de New York, donde una niña de 9 años fue atada en la cama,

golpeada, con desnutrición severa y con heridas de cortes de tijeras por su madre y por el compañero de esta. Actualmente, esto lo veríamos claramente como un delito, pero en aquella época no existía nada en la legislación que contemplará el maltrato infantil como un delito, haciendo que ni la policía ni los abogados pudieran intervenir en el caso. A pesar de esto fue una trabajadora social la que llevo el caso a los tribunales volviéndoselo a denegar con el pretexto de que entre padre e hijos no se debería de meter, por lo que acudió a la Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad en los Animales para poder llevar el caso a la corte y que estos les ayudaran a defenderlo ante los tribunales con el argumento de que un niño tenía los mismos derechos que los animales. A raíz de este hecho la sociedad empezó a sensibilizarse surgiendo en 1875 la Sociedad de Prevención de la Crueldad en los Niños ³⁻⁴.

En cambio, no fue hasta 1989 en la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y en 1990 en el B.O.E de España del 30 de diciembre, donde se recoge en el artículo 19, el derecho de los menores a no ser maltratados, definiendo el maltrato como: *“Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo”* ⁵.

2.1. Concepto

Hoy en día no existe una única definición de maltrato infantil, pero sin embargo existen dos definiciones más significativas, pertenecientes una a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define el maltrato infantil como *“los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil. También se puede interpretar como maltrato infantil la omisión no accidental del trato hacia el menor”* ⁶. Y, en segundo lugar,

pero la de mayor consenso es la descrita por el Observatorio de la Infancia en 2008 y recogida en el Protocolo básico de intervención contra el Maltrato Infantil definiéndolo como *“acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño o la niña de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”*⁷.

2.2. Epidemiología

Actualmente, el maltrato infantil ya es un problema de preocupación mundial y punto importante de muchas asambleas generales de Naciones Unidas, teniendo como única finalidad erradicar el problema. No obstante, el abuso infantil se encuentra en cualquier país del mundo, ya sean países desarrollados como subdesarrollados. Además, hay que añadir que poco a poco las incidencias que se van registrando cada vez son más altas, siendo el motivo principal de esto, que la sociedad y en especial el profesional sanitario está cada vez más sensibilizado y más cualificado para detectar y denunciar los primeros signos de maltrato, por lo que es de vital importancia formar a los profesionales sanitarios para que sean capaces de detectar los posibles casos de maltrato en estadios precoces².

2.2.1. A nivel mundial:

Con lo que respecta a la epidemiología a nivel mundial, decir que a pesar de que la mayoría de los estudios realizados son en países desarrollados este es un problema que afecta a escala mundial. Según un estudio realizado en el 2009 se observó que casi un 4% de los menores provenientes de países industrializados de Europa sufren maltrato infantil cada año, y de este porcentaje un 80% de los casos los agresores eran los padres o los cuidadores⁸.

En algunos países como en Australia, Estados Unidos y Canadá se piensa que existe al menos 5 veces más casos de maltrato infantil de los que se detectan, siendo esta incidencia más alta que en España o Reino Unido, debiéndose según la Academia Americana de Pediatría a las diferentes políticas de detección y prevención⁹⁻¹⁰.

Algunos datos destacables son los del Estado Mundial de la Infancia tomados el 22 de enero del 2008, los cuales reflejan como los esfuerzos y las políticas de prevención no son del todo suficiente para prevenir o erradicar este problema, debido a la alta incidencia que este estudio registra.

Algunos datos relevantes que nos muestran esta alta incidencia son por ejemplo que, cada año 275 millones de niños padecen violencia familiar; 40 millones de niños menores de 15 años sufren de abuso y negligencia; también un alto porcentaje de escolares han sido agredidos física o verbalmente; el número de menores que sufren abusos sexuales supera los 200 millones, y además alrededor de 100 millones de niñas se les ha practicado alguna forma de mutilación genital. Por último, también hay destacar el alto número de menores involucrados en el negocio de la prostitución y pornografía¹¹.

Con respecto a los servicios de urgencias se calcula que entre el 2% y el 10% de los menores que acuden a urgencias son víctimas de malos tratos¹²⁻¹³. Otros estudios internacionales muestran cifras significativamente menores realizándose uno en dos de los Países Bajos y el otro en New York estimando un 0,1% y un 0,14% de casos confirmados y un 0,2% de sospecha de maltrato¹⁴⁻¹⁵. Una explicación posible de esta disminución en las incidencias de estos países puede ser por la falta de listas de verificación y cuestionarios en estos servicios¹⁶.

2.2.2. A nivel de España:

Con lo que respecta a España el maltrato infantil es un problema que aún es difícil de cuantificar, tanto a nivel nacional como autonómico ya que los casos que llegan a los servicios sociales son apenas el 20% de todos los expedientes de protección del menor que se registran, además, otros de los motivos más importantes es que el personal sanitario que atiende las lesiones de estos menores no son capaces de detectar el maltrato infantil ya que no reciben la preparación necesaria, a su vez es la familia la encargada de esconder estas lesiones no recurriendo a la asistencia sanitaria y tampoco existen estudios sistemáticos ni registros suficientes y homologados.

Toda la información obtenida sobre el maltrato en España proviene de los Anuarios Estadísticos de la Secretaria de Estado y Seguridad del Ministerio del Interior¹⁶.

2.3. Clasificación y características generales

El maltrato infantil se puede manifestar de diversas formas, ya sea a través de insultos, chantaje, golpes, amenazas, manejo económico, abuso sexual, aislamiento de familiares y amistades, abandono físico o emocional, humillaciones o control de actividades. Todas estas manifestaciones se pueden agrupar en los diferentes tipos de maltrato infantil que existen, los cuales son:

- Maltrato físico: toda acción realizada por los padres, tutor o familiares de manera no accidental provocándoles un daño físico, una enfermedad o exponiéndoles a un riesgo de padecerlo.
- Negligencia: cualquier situación en la que por parte de la persona responsable de su cuidado desatienda las necesidades físicas básicas o de desarrollo en un periodo de tiempo temporal o permanente.
- Maltrato emocional o psicológico: se manifiesta a través de verbalizaciones o actuaciones como insultos, descalificaciones o controles causando en el menor temor o intimidación con el objetivo de poder controlar sus sentimientos, su conducta y actitudes. Todo esto puede afectar a las necesidades en los diferentes estados evolutivos pudiendo originar a corto o a largo plazo cuadros psicológicos-psiQUIÁTRICOS.
- Abandono emocional: ausencia continua de respuestas a las señales como puede ser el llanto, sonrisas etc., conductas afectivas, expresiones emocionales y ausencia de proximidad por parte de la persona responsable de su cuidado.
- Abuso sexual: imposición de actos o interacciones de carácter sexual entre un adulto y un menor contra su voluntad, teniendo como una única finalidad la obtención de estimulación o satisfacción sexual por parte del adulto. No obstante, también se considera abuso sexual en el caso de que un menor sea significativamente mayor que el otro al que le impone actos de carácter sexual. Entre estos actos se incluye el exhibicionismo, los

tocamientos, la penetración, el voyeurismo y la inducción por parte del responsable que lo cuida a la prostitución, aunque la relación sexual sea con terceros.

- Síndrome del bebe zarandeado: es un tipo de maltrato en el que como su propio nombre indica consiste en zarandear fuertemente al bebé, pudiéndolo llevar incluso a la muerte o en su menor medida provocarle graves lesiones como pueden ser daños cerebrales, ceguera, parálisis o fracturas. El principal motivo de este síndrome es la frustración o la ira que vuelca el adulto en el bebé, ya sea porque no deja de llorar o porque está muy inquieto ¹³⁻¹⁷⁻¹⁸.

Todos estos tipos de maltrato que acabamos de mencionar tienen en común una serie de características las cuales son:

- A medida que las situaciones de maltrato se hacen más continuas el daño en el menor es más pronunciado.
- El bienestar familiar y su entorno se ve afectado como consecuencias de las actuaciones o verbalizaciones que hemos mencionado anteriormente.
- La infancia es la etapa de la vida donde más se pueden comprometer el desarrollo y la satisfacción de las necesidades básicas de un menor, estando en el caso del maltrato completamente afectadas.

Además de los tipos de maltrato que hemos mencionado anteriormente, también existen otros que comparten las mismas características, pero no se rigen de manera estricta a ellas, definiéndolos como desprotección infantil en el que igual que las anteriores generan un daño o riesgo en el menor afectando tanto a sus necesidades básicas como a su desarrollo integral. Estos otros tipos son:

- Maltrato prenatal: son todas aquellas conductas que realiza la madre o cualquier persona del entorno familiar de forma voluntariamente atentado contra el embarazo y por tanto repercutiendo en la seguridad del feto.
- Síndrome de Münchausen por poderes: este tipo de maltrato consiste en provocar o inventar síntomas físicos o psicológicos en sus hijos, teniendo

como consecuencia numerosas y consecutivas exploraciones, tratamiento e ingresos hospitalarios innecesarios. Esto finalmente puede llevar en algunos casos a agravarles o provocarles enfermedades reales.

- Explotación laboral: consiste en la realización continuada de trabajos que superan los límites permitidos, interfiriendo en las necesidades escolares y sociales. Estos niños suelen estar obligados a trabajar por los padres o por el responsable de su cuidado con el fin de obtener un beneficio económico.
- Corrupción: son todas aquellas conductas antisociales como por ejemplo la agresividad, la sexualidad o las drogas que influyen al menor de manera negativamente con impidiendo la integración del amor.
- Incapacidad de control de la conducta del menor: tiene lugar cuando la persona responsable del menor no es capaz o lo hace de manera inadecuada de controlar la conducta del niño.
- Abandono literal: es cuando el menor se encuentra en una situación de total desprotección por parte del responsable a su cargo renunciando así a cumplir con sus deberes.

TIPO	ACCIÓN	OMISIÓN
PRENATAL	<p>Circunstancias de la vida de la madre en la que exista voluntariedad que influyan negativa o patológicamente en el embarazo y repercutan en el feto.</p> <p>- Formas: Hábitos tóxicos de la madre, alcoholismo (<i>síndrome alcohólico fetal</i>), toxicomanías (<i>síndrome de abstinencia neonatal</i>).</p>	<p>No atención a las necesidades y cuidados propios del embarazo que tienen repercusiones en el feto.</p> <p>- Formas: Embarazos sin seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal.</p>
POSTNATAL	FÍSICO	<p>Desatender las necesidades del niño y los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.</p> <p>- Formas: Desatención, abandono, retraso crecimiento no orgánico, "Niños de la calle", constantemente sucio, problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de los cuidados médicos rutinarios (<i>vacunaciones</i>).</p>
	EMOCIONAL	<p>Omisión o negligencia en la atención a las necesidades emocionales del niño.</p> <p>- Formas: Privación afectiva, no atender las necesidades afectivas del niño (<i>carinho, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, rol en la familia, autoestima, etc.</i>), abuso pedagógico.</p>
	SEXUAL	<p>No atender a las necesidades del niño y a su protección en el área de la sexualidad.</p> <p>- Formas: No dar credibilidad al niño, desatender demanda de ayuda, no educar en la asertividad, madre que prefiere "no verlo", consentimiento pasivo en el incesto, falta de formación/información, falta de protección, ...</p>

Figura 1. Tipos de maltrato infantil¹⁹.

3. JUSTIFICACIÓN

El maltrato infantil es un problema que desde la antigüedad hasta día de hoy se sigue sufriendo en nuestra sociedad y desgraciadamente con una incidencia más elevada de lo que la población piensa, ocupando así un renglón importante dentro de los problemas sociales.

En los últimos años la incidencia de este problema ha aumentado considerablemente, no solo afectando a nivel nacional sino también a nivel internacional, produciendo así una necesidad de mejora tanto en lo que respecta a la prevención como a la detección del maltrato infantil.

Por lo que el motivo de la realización de esta revisión bibliográfica es el importante papel que juega el personal sanitario, concretamente el profesional enfermero, el cual debe ofrecer una atención integral por parte de todo el equipo interdisciplinar valorando tanto los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, para así poder reducir las cifras de uno de los problemas más serios de la salud pública, mereciendo la máxima atención no solo por las consecuencias, sino por la gran dificultad para controlarla y detectarla, ya que la mayoría de las veces estos sucesos suelen tener lugar en el entorno familiar.

Para ello es importante, entre otras cosas, obtener la formación adecuada y conocer aquellos indicadores que nos señalen que un menor es víctima de malos tratos, también se debe conocer y diferenciar los distintos tipos de maltrato infantil y estar todos los profesionales perfectamente coordinados para finalmente lograr una detección precoz, una mejoría en la situación del menor y un descenso en el número de casos. Sin embargo, a día de hoy aún sigue habiendo mucho desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios en todo lo relacionado con la detección y prevención del maltrato infantil.

4. OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio es conocer los principales indicadores y signos del maltrato infantil que debe de tener en cuenta el profesional de enfermería en su atención al menor en los servicios de emergencias.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Identificar los diferentes tipos de maltrato infantil que existen.
- Conocer las herramientas que existen para la detección y la prevención del maltrato infantil.
- Identificar los factores de riesgo e indicadores del maltrato infantil.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

Este Trabajo Fin de Grado es una revisión bibliográfica, para la cual, se ha llevado a cabo una búsqueda en diferentes bases de datos, páginas de internet y revistas de relevancia científica, cuya finalidad es ser capaz de contestar a la siguiente pregunta de investigación:

- ¿Cuál es el papel de la enfermería ante la detección y prevención del maltrato infantil en los servicios de urgencias?

Una vez especificado el tema y formulada la pregunta prosigo con la búsqueda de información utilizando las siguientes palabras claves tanto en español como en inglés: Maltrato Infantil (Child abuse), Abuso infantil (Child abuse), Enfermería (Nursing), Prevención (Prevention), Detección (Detection).

Por otro lado, decir que el período de búsqueda que he necesitado utilizar para realizar este estudio abarca desde el mes de marzo hasta el mes de mayo del 2016. Para ello se han empleado buscadores como el Google académico, bases de datos como Scielo, Dialnet, Pubmed, Elsevier y Medline, organizaciones mundiales como la OMS y UNICEF, asociaciones y federaciones de prevención del maltrato infantil, la Consejería de Salud de la junta de Andalucía, la Academia Americana de Enfermería y revistas pediátricas.

Los criterios de inclusión para este estudio se basan en aquella información que tratase del maltrato infantil y por consecuente su detección y prevención, desde el año 2006 hasta el día de hoy.

Respecto a la epidemiología he recurrido a artículos publicados mayoritariamente entre los años 2006 y 2011. El hecho de que sea un tema novedoso, difícil de detectar y que no dispone de ningún tipo de base de datos que lo cuantifique, provoca que la información no sea abundante y dificulta encontrar artículos con una epidemiología reciente.

Por otro lado, los criterios de exclusión que se han tenido en cuenta en la búsqueda bibliográfica han sido todos los artículos anteriores al año 2006 y además, los estudios cuya información no haya sido previamente contrastada. También, se han descartado obviamente todos los artículos que no posean los criterios de inclusión que hemos comentado anteriormente.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras la revisión de diversos artículos de investigación se puede decir que todos coinciden en lo importante que es el papel que realiza el profesional sanitario en la detección y prevención del maltrato infantil, siendo necesario por tanto conocer los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de que un menor pueda sufrirlo y aquellas señales que nos indiquen que un menor ya lo sufre.

6.1. Factores de riesgo

A la hora de referirnos a los factores de riesgo que pueden favorecer el maltrato infantil, es necesario primero conocer los diferentes modelos explicativos que surgieron desde finales de los años 60 a principios de los 70, los cuales son:

- El primer modelo fue el modelo psiquiátrico en el que estaban considerado los malos tratos una consecuencia de los trastornos psicopatológicos y la personalidad de los padres. No obstante, en posteriores investigaciones se descubrió que solo ocurría esto en un 10% de los casos.
- Después, llegó el modelo sociológico o sociocultural en el que a diferencia del anterior modelo culpa en cierta manera que un menor sufra maltrato al contexto social y cultural donde se encuentre, añadiendo los valores y creencias que esta tenga. Pero, sin embargo, ninguno de estos dos modelos explicaba completamente todos los casos de maltrato infantil.
- Por último, desarrollaron el modelo ecológico en el que se integran cuatro niveles de análisis, cuyo fin es explicar la etiología del maltrato infantil: individual, relacional, comunitario y social. Todos ellos interrelacionados entre sí y con unos factores de riesgos y de protección determinados. Una vez que se desequilibra alguno de estos niveles da lugar a lo que conocemos como maltrato infantil.

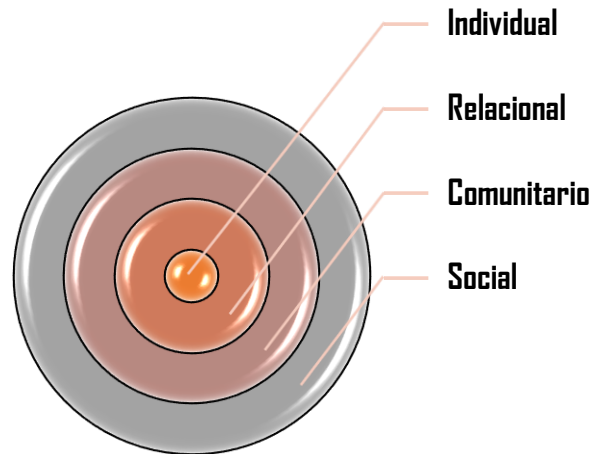


Figura 2. Niveles de análisis.

A continuación, describiremos los diferentes factores de riesgo que pueden llegar a producir ciertas situaciones en la vida del menor que haga que aumenten las posibilidades de sufrir maltrato, no obstante, es importante recalcar que los factores de riesgo por si solos no significan que existan malos tratos, simplemente indican la posibilidad de que aparezcan. Los factores de riesgos lo podemos clasificar según:

- Factores predisponentes:

Existen ciertas características de los padres, socioculturales y socio-ambientales que hace que el menor se exponga a una serie de riesgo como, por ejemplo:

- Percepción negativa del niño al no cumplir las expectativas esperadas, ya sea el sexo, características mentales o físicas.
- Padres con antecedentes de sufrir maltratos en la infancia o padecer de depresiones o algún tipo de problema emocional.
- Padres adolescentes entre los 20 y 30 (incluyendo a los más jóvenes de 20 años) donde la paternidad o la maternidad no sea deseada, llegando a desembocar conductos de rechazo hacia el menor. Añadiendo a esta una incapacidad para afrontar las responsabilidades derivando como consecuencia al abandono o a la negligencia.

- Dificultad para detectar y atender las necesidades del menor y a la hora de adaptarse a situaciones de frustración¹¹.

Otras características importantes que posibilitan un riesgo en el menor son las características de los hijos, como pueden ser: discapacidades físicas o psíquicas, ilegitimidad, desajuste escolar, gemelos, enfermedades crónicas (VIH), adoptados o en custodia, aislamiento emocional, nacimiento prematuro o de bajo peso al nacer o problemas en la conducta (hiperactividad, llanto incontenible, sueño irregular, déficit de atención, etc.).

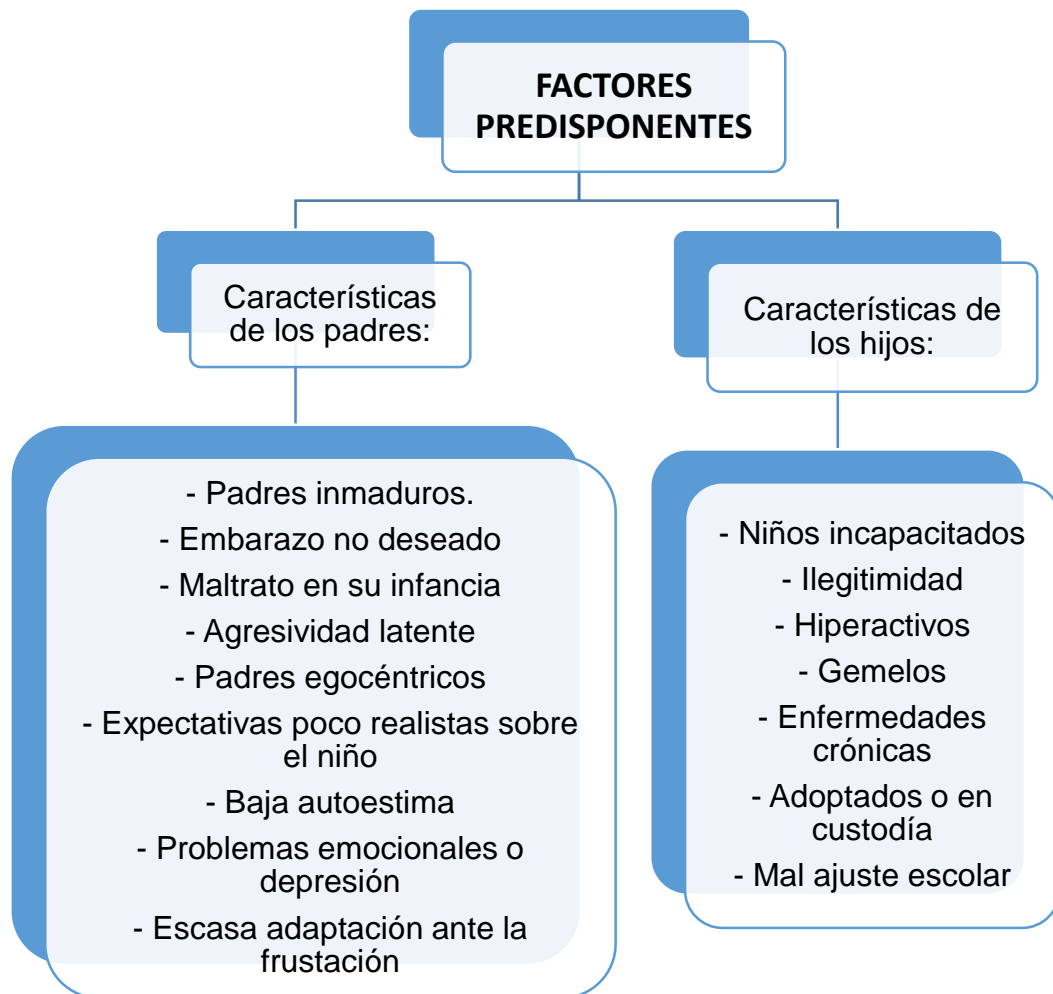


Figura 3. Factores predisponentes¹⁹.

- Factores desencadenantes según:
 - Fallo en la dinámica familiar:
 - Padres que aceptan la violencia física como un recurso eficaz para educar y solucionar los problemas con sus hijos, empleando técnicas autoritarias y expresando pocos sentimientos positivos.
 - Familias desestructuradas.
 - Ambientes marginales o con problemática social:
 - Padres con pocos recursos económicos para salvaguardar las necesidades de su hijo.

- Consumo de alcohol o drogas, ya que un abuso o simplemente un consumo de estas produce situaciones de violencia, siendo el niño la mayoría de las veces el receptor de esta violencia.
- Miseria humana e incultura.
- Hacinamiento, es decir, seres humanos que conviven en un espacio inferior al que debería de tener para cumplir una comodidad, seguridad e higiene adecuada.

Tiene mayor prevalencia aquellas familias con 4 o más hijos recibiendo la mayoría de las veces el maltrato el hijo mayor²⁰.

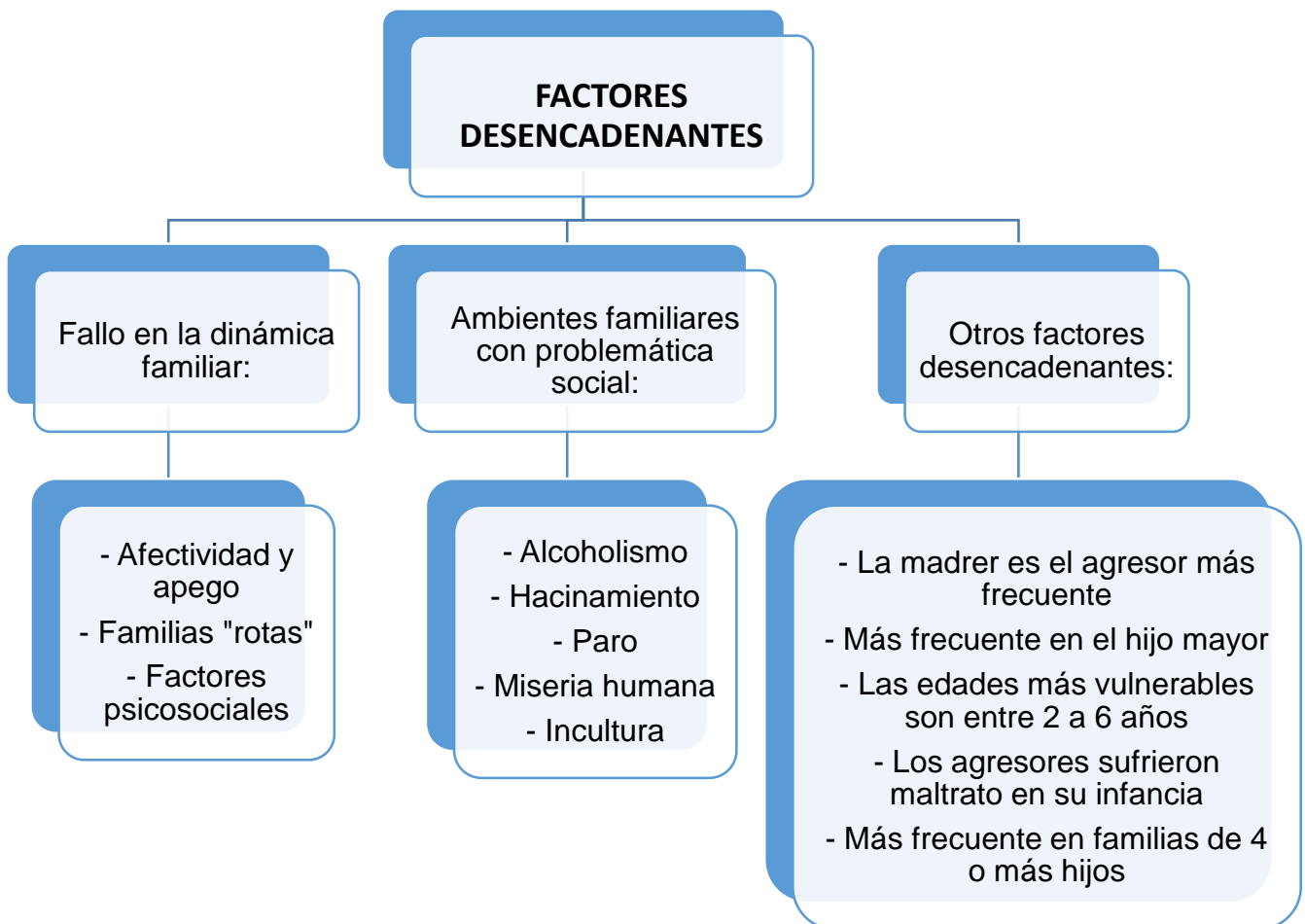


Figura 4. Factores desencadenantes¹⁹.

Sin embargo, a pesar de la multitud de factores de riesgo que existen también encontramos ciertos factores de protección los cuales lo explicaremos a continuación:

- Factores de protección:

A la hora de hablar de los factores de protección decir primeramente que es necesario investigar más y realizar más estudios sobre ellos, sin embargo, existen algunos factores de protección como; la erradicación de disciplinas violentas y la ampliación técnicas más asertiva tanto por parte de los padres como de los colegios evitando también comportamientos discriminatorios¹⁶.

6.2. Indicadores

Ante estos factores de riesgos los menores no se encuentran solos, ya sea de una manera preventiva o resolutive, el personal sanitario y en específico los enfermeros están a disposición de estos menores, con el objetivo de detectar ciertas señales que pueda hacer pensar que sufran algún tipo de maltrato, sirviendo estos indicadores por tanto como primera llamada de atención. Los siguientes indicadores los clasificaremos según el tipo de maltrato:

Maltrato físico: hay que tener en cuenta que las lesiones deben de presenciarse de manera reiterada y frecuente, ser zonas no habituales o que le delate el objeto con el que se lo hicieron.

- Indicadores físicos en el menor: lesiones dentales, lesiones cutáneo-mucosas (contusiones, hematomas, quemaduras, pinchazos, etc.), lesiones osteoarticulares (traumatismos o fracturas) principalmente en niños menores de dos años siendo las más típicas las de impacto directo como costillas, vertebras o cráneo-faciales y por último, aquellas lesiones internas que puedan dar lugar a la afectación de algún órgano, hemorragias y las más típicas los desprendimientos de retina, ruptura visceral y hematoma subdural.
- Indicadores de comportamiento del menor: temeridad a los padres, aprensividad al ver a otros niños llorar, conductas de rechazo o agresivas,

cautela ante el contacto físico por parte de los adultos y comunicación de que el responsable del menor le ha causado alguna lesión.

- Conducta del cuidador: antecedentes de haber sufrido maltratos en su infancia, psicópata o psicótico, idea negativa del niño, excesos de alcohol y drogas, comportamientos inadecuados para la edad del niño, ocultación de lesiones, cambios frecuentes de pediatras, desinterés por las citas médicas.

Además, es importante identificar de aquellas lesiones accidentales de las que no lo son, valorando la localización, frecuencia y su congruencia. También, identificando las manchas benignas, enfermedades dermatológicas, enfermedades hematológicas, enfermedades hemorrágicas, etc.

Negligencia:

- Indicadores físicos del menor: malnutrición, accidentes domésticos, higiene inadecuada, incumplimiento de las pautas preventivas o incumplimiento de tratamientos.
- Comportamiento del menor: ausencia escolar, inmadurez emocional, robo de comida, participación en actividades delictivas, acciones para llamar la atención y conductas autogratificantes.
- Conducta del menor: excesos de alcohol y drogas, apatía, bajo nivel intelectual, mentalidad enfermiza, negligencia
- Conducta del cuidador: exceso de drogas, apatía, vida caótica, bajo nivel intelectual, pobreza, despreocupación por el menor y enfermedades crónicas.

Maltrato emocional:

- Indicadores físicos en el menor: retraso en el desarrollo psico-motor y en las funciones de control de la micción.
- Comportamiento del menor: conductas pasivas y excesivamente adaptativas, autolisis, conductas adultas, retraso en el desarrollo emocional, físico e intelectual, contactos físicos inapropiados.

- Conducta del cuidador: aislamiento, impide tener y la autonomía en sus amistades, ignora y desprecia al menor, violencia doméstica, humillaciones públicas y amenazas.

Abandono emocional:

- Indicadores físicos en el menor: retraso en el desarrollo psico-motor y en las funciones de control de la micción.
- Comportamiento del menor: enanismo psicosocial, es decir, retraso del crecimiento tanto físico y mental, bajo peso, trastorno en el lenguaje y la expresión. También, se da en niños mayores presentando síntomas ansiosos, depresivos, conductas antisociales y regresivas y desconfianza hacia los adultos que muestren conductas positivas.
- Conducta del cuidador: Ignorar y desinterés total hacia el menor y rechazo a recibir ayuda psicológica.

Abuso sexual: en este tipo de maltrato especialmente tenemos saber identificar entre un indicador de abuso sexual y unas lesiones accidentales como, por ejemplo, prácticas de masturbación voluntaria, lesiones accidentales en genitales, malformaciones congénitas en los genitales, estreñimiento crónico produciendo fisuras y hemorroides, dermatitis crónica y las infecciones comunes como la candidiasis o la enfermedad de Behcet (ulceras en genitales). Una vez conocidas algunas de las lesiones accidentales más frecuentes que puede padecer un menor, a continuación, describiremos los indicadores que pueden darnos la señal de alamar de que un menor está sufriendo abuso sexual, los cuales son:

- Indicadores físicos en el menor:
 - o Signos externos: dificultad para caminar o sentarse, ropa interior con semen o sangre o rasgada, lesiones cutáneas en la cara interna de los muslos, rodillas, cuello, pubis y mamas.
 - o Genitales: hemorragias, infección, heridas, dilataciones del himen en más de 5-6mm y anal mayor a 15mm, verrugas perineales y embarazo en el inicio de la adolescencia.

- E.T.S: sufre un abuso sexual si se encuentra un menor con Sífilis, Chlamydia trachomatis, Gonococia, VIH y es muy posible que lo sufran en el caso de padecer Trichomonas vaginales, Herpes genitales y Condiloma.
- Comportamiento en el menor: puede presentar ansiedad, fobias, timidez, comportamientos inadecuados de carácter sexual, agresiones sexuales a otros compañeros o por todo lo contrario un pudor inexplicable y exagerado.
- Conductas del cuidador: conductas protectoras hacia el niño, excesos con el alcohol y las drogas, implica al menor en actos sexuales o la prostitución, haber sufrido en su infancia abuso sexual y frecuentes ausencias en el hogar¹⁰.

Una vez descrito los diferentes factores de riesgo a los que se puede exponer un menor y los diversos indicadores que nos pueden hacer sospechar de un caso de maltrato infantil, es importante aclarar que todos los artículos revisados concuerdan en la descripción de los indicadores y de los factores de riesgo que debe conocer el profesional sanitario para su detección y prevención.

Después de conocer los indicadores para detectar el maltrato infantil es importante, reafirmar el papel tan importante que ocupa la enfermería para su detección y prevención siendo en particular las enfermeras pediátricas y las enfermeras del servicio de urgencias las que están más en contacto con este problema. Por lo que los lugares propicios dentro del ámbito sanitario para detectar este problema son principalmente los centros de atención primaria y atención hospitalaria.

Las enfermeras pediátricas son las que se encuentran por excelencia ante este problema, ya que están en continuo contacto con los niños, teniendo la posibilidad de realizar una valoración completa al disponer los cuatro elementos fundamentales para llevarla a cabo en el caso de encontrarnos ante un posible caso de maltrato infantil, ya que tratan tanto con la víctima, que en este caso sería el niño, como con el agresor, la situación propicia y la familia². Además, las enfermeras pediátricas debido a su especialidad son esenciales en los servicios de urgencias, ya que al poseer conocimientos especializados hace que puedan

actuar como entrenadoras o como recursos o modelos a seguir para otras enfermeras²¹.

Por otro lado, se encuentran las enfermeras que están en el servicio de urgencias, entrada principal para aquellos casos que requieran atención médica urgente, considerándose éste el primer contacto con el personal sanitario y, por tanto, la primera oportunidad para poder detectar las señales y la víctima poder denunciarlo.

Autores como Gilbert y Oral entre otros, hacen constancia de la insuficiente detección del maltrato infantil que se realiza en los servicios de urgencias por parte del personal médico y de enfermería, haciendo fundamental en estas situaciones la realización de un diagnóstico precoz, ya que sin este uno de cada tres niños sufrirían posteriormente maltrato²²⁻²³⁻²⁴. Además, es importante añadir la existencia de datos que verifican que el 20-30% de los menores que mueren por culpa del maltrato han sido previamente examinados por profesionales sanitarios por alguna lesión anterior²³⁻²⁵.

Otro estudio realizado desde enero del 2006 a enero del 2008 en las urgencias de un hospital de Cataluña recopila información de pacientes menores de 16 años que podían ser posibles víctimas de maltrato. Todo este estudio dio como resultado que de un total de 96.149 urgencias pediátricas en 71 casos se sospecharon de maltrato infantil, siendo el 35% sexual, el 45% físico, y el 20% por abandono y negligencia. De todo ellos predominaba, con lo que al género se refiere, las niñas con un 54% de incidencias frente al 46% de los niños, estando la edad media entorno a unos 6 años. En cuanto al responsable de estos actos el 59% de los casos los agresores fueron los padres o tutores, en el 5,6% el compañero sentimental de alguno de los progenitores y en el 2,6% un adulto que convivía en el mismo domicilio. Además, en un 33% tuvo que ser necesaria la hospitalización requiriendo la mitad de ellos una hospitalización de más de 6 días, llegando incluso hasta 60 días. En todos los casos se activó la vía socio-jurídica, derivándose a 8 menores a un centro de acogida²⁶.

Por otra parte, otro estudio realizado a partir del servicio extrahospitalario de emergencia, SUMMA 112, de la comunidad de Madrid, se puede observar

como hay un aumento en la detección de casos de maltrato infantil a lo largo del 2010 y el 2011 respecto a los años anteriores.

Año	Avisos	MTI	Prevalencia (%)
2008	2968	23	0,77
2009	3441	18	0,52
2010	3377	35	1,04
2011	3097	31	1,00
Total	12883	107	0,83

Figura 5. Avisos de menores de 18 años por años, casos detectados de MTI y prevalencia (%)¹⁹.

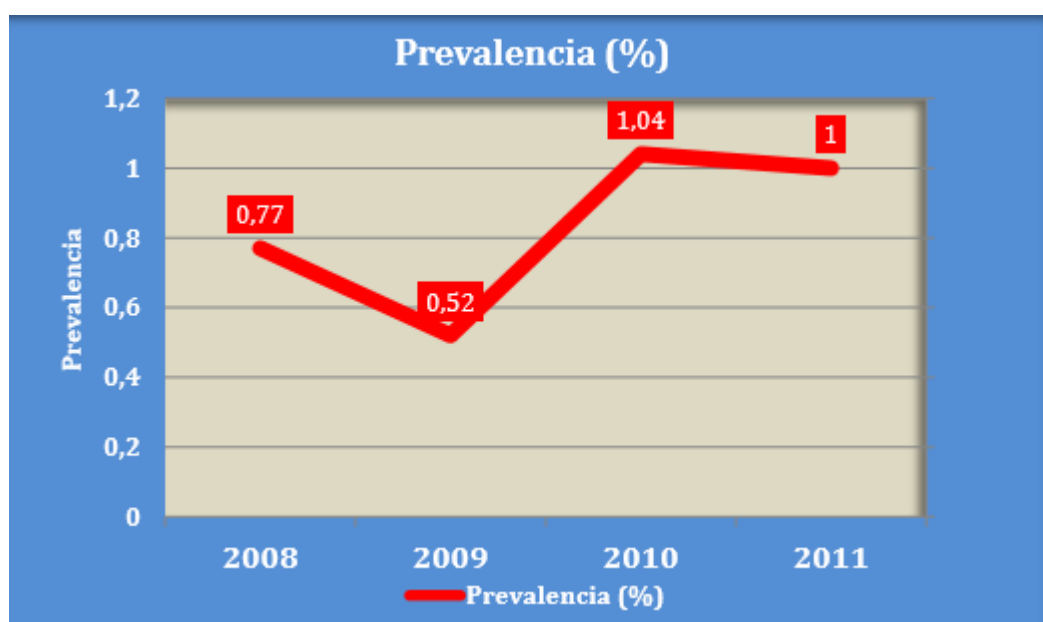


Figura 6. Distribución por años de los casos detectados de maltrato infantil¹⁹.

Tras analizar las gráficas de la figura 5 y 6 se puede observar como en los cuatro años analizados por este estudio existe un aumento en el número de casos detectados de maltrato infantil. Sin embargo, esto no tiene porque significar que haya aumentado la prevalencia real de este problema, sino más

bien podría significar una mejoría en capacidad para detectar los casos de abusos a menores.

Por otra parte, una vez realizado este estudio, también se observó que entre el año 2008 y 2011 un 0,32% de las víctimas de maltrato infantil eran varones frente a un 0,51% que eran mujeres. También se observó que la mayor parte de los casos era por maltrato emocional con 71% a diferencia del maltrato físico con tan solo un 20,6%.

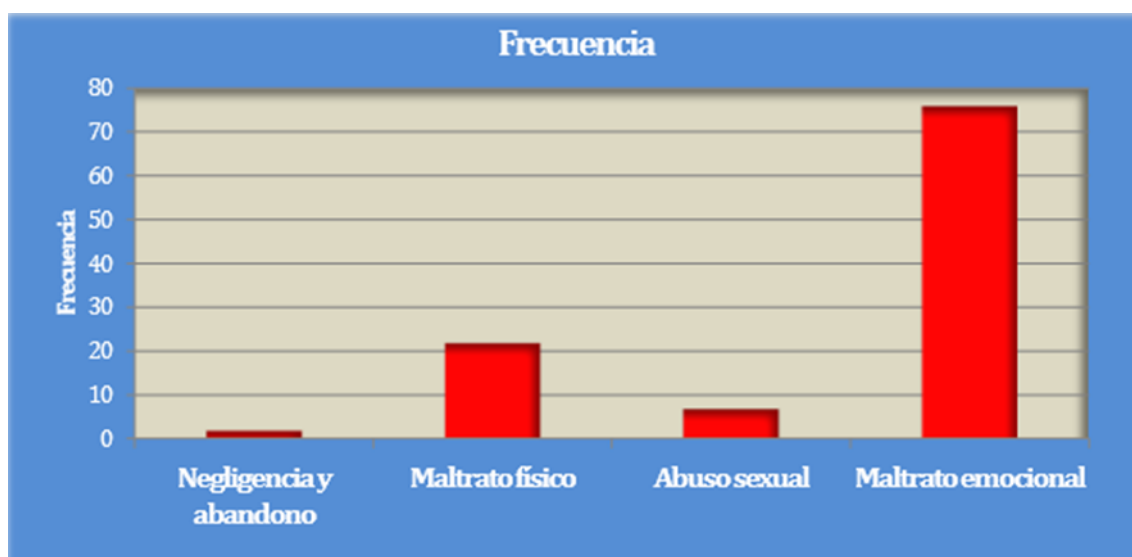


Figura 7. Gráfico de barra según frecuencia del tipo de maltrato.

Fuente: Cardos Alonso C. *Epidemiología del maltrato infantil detectado en un servicio de urgencias extrahospitalario (SUMMA 112) de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de enfermería, fisioterapia y podología; 2015.

Una vez analizados el estudio del servicio de emergencia del hospital de Cataluña y el estudio del servicio de emergencia SUMMA 112 de la comunidad de Madrid podemos ver ciertas similitudes y ciertas discrepancias. En primer lugar, las similitudes que hemos encontrado es que como muestran estos dos estudios las mujeres poseen un porcentaje mayor que el de los varones a la hora de sufrir malos tratos. Sin embargo, una de las discrepancias que existen entre estos dos artículos es a la hora de determinar qué tipo de maltrato es el más frecuente, ya que el primer estudio muestra un porcentaje más alto en el maltrato físico y el segundo estudio tiene un porcentaje más alto en el maltrato emocional.

Esto es debido a que el servicio SUMMA 112 de Madrid muchas veces asisten a las víctimas en el propio lugar de los hechos, que suele ser la mayor parte de las veces el domicilio familiar, haciendo que sea más fácil detectar el maltrato emocional que en un hospital, ya que el personal sanitario puede analizar mejor el comportamiento del supuesto agresor hacia la víctima. No obstante, a pesar de este estudio la mayoría de las investigaciones analizadas determinan que el maltrato físico es el más fácil de detectar y por lo tanto hace también que sea él más frecuente de todos los tipos de maltrato infantil que existen¹⁹.

6.3. Instrumentos de detección

Actualmente, existen en los servicios de urgencias diversas estrategias para la detección del maltrato infantil como, por ejemplo: protocolos, listas de control y sistemas de puntuación.

Autores como Benger recurrieron a la utilización de cuestionarios cuyo fin es mejorar los procedimientos de protección incrementando así, la frecuencia con la que se registran las lesiones intencionales e incrementar el número de menores derivados para una evaluación adicional.

En esta lista de verificación se formulan cuatro preguntas sobre las lesiones del menor, cuyo objetivo es averiguar si estamos tratando con un caso de maltrato.

“1. La primera pregunta es para conocer si existe un retraso entre el momento de la lesión y la llamada a los servicios sanitarios que no puede ser justificado.

2. La segunda pregunta cuestiona la consistencia de la historia relativa a la producción de la lesión.

3. En tercer lugar se examina físicamente al niño para hallar alguna otra lesión que no pueda ser explicada por la historia.

4. Por último, se observa si el comportamiento y la interacción del niño es adecuada¹⁹”.

En el 2012 el autor Teeuw, entre otros, realizaron un estudio basado en la importancia de un especialista en maltrato infantil que revisará todos los registros de un servicio de urgencias. Para ello, necesitaron investigar los casos de parejas con hijos que acudiesen al servicio de urgencias por malos tratos o por abuso de drogas o de alcohol, ya que como hemos comentado anteriormente conductas como estas son claros factores de riesgos para que el menor pueda sufrir malos tratos en un futuro.

Un 98% de los casos de posible maltrato infantil y negligencia que se investigaron en el hospital acabaron siendo casos de abusos. Por lo que estos autores propusieron: “un combinado de cuestionarios de detección del maltrato infantil, historia clínica, exploración física y apoyo de un especialista”. Este cuestionario lo denominaron SPUTOMAVO (acrónimo compuesto por las primeras letras de las 9 preguntas). Más tarde, esta lista de verificación derivó en una lista de control compuesta por 6 preguntas con posibilidad de respuesta binaria, denominada SPUTOVAMO-R, la cual es muy similar a la utilizada por el autor Benger²⁷.

Por otro lado, autores como Bradman han realizado una revisión cuyo fin era buscar una solución óptima para aumentar la detección del maltrato infantil. Para ello se llevó a cabo un estudio en el que se implantaba un procedimiento interdisciplinar, donde participan tanto el personal del equipo de urgencias, miembros de la unidad de protección de menores y trabajadores sociales. Todos ellos examinaban los casos atendidos en urgencias en los que las víctimas fueran menores de dos años. El resultado de éste estudio fue un incremento del 40% en los casos de sospecha de maltrato. Éste incremento está relacionado directamente con la mayor concienciación de los profesionales respecto a las lesiones no accidentales.

Esta situación hace pensar lo imprescindible que es definir un procedimiento a nivel nacional, que sea multidisciplinar e interinstitucional, con el fin de poder llevar un seguimiento del menor tanto por parte de la fiscalía de menores, como de los cuerpos de seguridad del estado, los servicios sociales, los jueces, el Instituto del Menor, la familia y los servicios sanitarios. Con respecto a los servicios sanitarios, siempre que estemos ante un caso o una

sospecha de maltrato infantil deben hacerlo constar, como contempla la legislación vigente, favoreciendo así la detección del maltrato infantil¹⁹⁻²⁸.

Por último, decir que el papel de la enfermera de recogida, acogida y clasificación (enfermera de triage) en este sentido es fundamental para la detección del maltrato infantil, y es que el índice de casos de maltrato que son detectados por estas enfermeras son de un 62,5%, un 25% por el médico de urgencias, un 6,25% por el pediatra del centro de salud y otro 6,25% fueron los profesores del colegio los que derivaron al menor al hospital²⁹.

7. CONCLUSIÓN

Tras realizar este estudio se puede concluir que algunas de las medidas que podrían facilitar la detección del maltrato infantil son, por ejemplo, la implantación de un protocolo de detección estructurada en el que dispusiéramos de listas de verificación de señales de advertencia, obteniendo así la identificación de más casos de abuso infantil. Además, el uso de estas listas de verificación en cada menor que recurriera a las salas de emergencia, se traduciría en un sistema de detección universal para todos aquellos que estén en riesgo de ser posibles víctimas del maltrato infantil.

La vigilancia del maltrato infantil en los servicios de urgencias es fundamental ya que es un área donde se puede realizar la identificación de lesiones intencionales, favoreciendo así a la detección precoz. Para ello es esencial que todo el personal posea unos conocimientos específicos sobre el problema y sobre los recursos de los que se dispone. También hay que destacar que, debido a su alta incidencia y a la gravedad del problema, es muy importante concienciar a los profesionales para así favorecer una mayor vigilancia por su parte.

Respecto a la epidemiología, el tipo de maltrato más común en las salas de urgencias es el maltrato físico, a diferencia de la negligencia, el abuso sexual y el maltrato emocional que son más difíciles de detectar, por lo que requieren especial atención. A esto hay que añadirle la falta de conocimientos y la escasa formación por parte de los profesionales sanitarios a la hora de reconocer

lesiones de abusos, reportar sospechas de este o simplemente las discrepancias que existen entre los límites de lo que se considera abuso y de lo que no.

Por otro lado, hay que decir que un punto en el que coinciden todos los estudios es en lo importante que es disponer de equipos clínicos formados, cuyos miembros sean capaces de realizar procedimientos estructurados y eficaces para la protección de los niños. Ya que, de lo contrario, una escasa formación por parte del personal sanitario produciría una disminución en la calidad de los cuidados sanitarios.

El maltrato infantil, como hemos dicho antes, no es un problema reciente. Sin embargo, la calidad y la cantidad de los estudios que he encontrado es bastante escasa. En especial, si intentamos buscar revisiones bibliográficas que tengan una epidemiología reciente. Además, muchas de las revisiones buscadas basan sus conclusiones en estudios prospectivos o cualitativos empleando un escaso número de casos-contróles, impidiendo así obtener un conocimiento más real de los factores de riesgo que pueden observarse en los servicios de urgencias a la hora de detectar casos de maltrato infantil.

8. BIBLIOGRAFÍA

¹ Vázquez Barrios A., Cáceres N. El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud. Ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la salud; 2008.

² Carmena Hernández A., Vidal Salcedo A., Martín Flores S. La actuación de enfermería ante la detección de un posible maltrato a los niños con discapacidad. 1ª Jornada de sobre maltrato con personas con discapacidad. Universidad Internacional de Andalucía; 2014. p. 17-20.

³ García Palacio E. La práctica de la enfermería ante el maltrato infantil. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2013.

⁴ Doris Alzate P. Propuesta de trabajo para la prevención del maltrato y el abuso sexual infantil. Cultura del cuidado de enfermería. 2009;6(2):46-56.

⁵ Díaz Aguado M.J., Martínez Arias R., Puerta Climent M.E. Detección y prevención del maltrato infantil desde el centro educativo. Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid. [acceso el 9 de abril del 2016]. Disponible en:

https://www.obrasocialcajamadrid.es/Ficheros/CMA/ficheros/OSSoli_MenorMaltratoInfan.PDF

⁶ Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. Ginebra. OMS; 2010. Nota descriptiva 150.

⁷ Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. Maltrato a niños, niñas y adolescentes. Definición y tipología. 2010; [acceso el 25 de abril del 2016]. Disponible en: <http://www.fapmi.es/contenido1.asp?sec=35&pp=1>.

⁸ Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet [Internet]. 2009 [acceso el 3 de mayo del 2016]; 373:68–81. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19056114>.

⁹ Botello Díaz BR, Díaz Oliver B. Cuaderno III. Prevención y detección precoz del maltrato infantil: revisión de estrategias e intervenciones desde los servicios sanitarios. Junta de Andalucía. Conserjería de Salud. [Internet]. 2011 [acceso el 25 de abril del 2016] Disponible en:

<http://www.redsabia.org/file.php?file=/1/Prevencionmaltrato.pdf>.

¹⁰ American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect. Recognizing and responding to medical neglect. Pediatrics [Internet]. 2007 [acceso el 3 de mayo del 2016];120(6):1385–1389. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/120/6/1385.full.pdf+html>.

¹¹ UNICEF. El Estado Mundial de la Infancia 2008. Nueva York: Unicef; 2008.

¹² Soriano Faura F.J. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria. Rev. Pediátrica Atención Primaria [Internet]. 2009 marzo [acceso el 1 de mayo del 2016]; 11(41):121-144. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000100008&lng=es.

¹³ Hussey JM, Chang JJ, Kotch JB. Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. Pediatrics. 2006; 118:933-942.

¹⁴ Bleeker G, Vet NJ, Haumann TJ, van Wijk IJ, Gemke RJ. Increase in the number of reported cases of child abuse following adoption of a structured approach in the VU Medical Centre, Amsterdam, in the period 2001–2004. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2005; 149:1620–1624.

¹⁵ Louwers EC, Korfage IJ, Affourtit MJ, Scheewe DJ, van de Merwe MH, Vooijs-Moulaert FA, Woltering CM, Jongejan MH, Ruige M, Moll HA, De Koning HJ. Detection of child abuse in emergency departments: a multi-centre study. *Arch Dis Child.* 2011; 96:422–425.

¹⁶ Díaz Huertas JA, Esteban Gómez J, Romeu Soriano FJ, Puyo Marín C, Gotzens Busquets F, Pastor Aguilar P et al. *Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos.* Madrid: Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil. Observatorio de la Infancia. Dirección General de Acción Social del Menor y de la Familia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.

¹⁷ Consejería de bienestar social. *Maltrato infantil: Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias.* Gobierno del Principado de Asturias; 2007.

¹⁸ Caicedo Fonseca R. Concepción del maltrato infantil y los patrones de crianza. *Rev. Ciencia y cuidado* [Internet]. 2007 marzo [acceso el 15 de abril del 2016]; 4(4):72-81.

¹⁹ Cardos Alonso C. *Epidemiología del maltrato infantil detectado en un servicio de urgencias extrahospitalario (SUMMA 112) de la Comunidad de Madrid.* Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de enfermería, fisioterapia y podología; 2015.

²⁰ Sáez Crespo A., Castro Molina M., Martínez Piédrola M. *Cuidados de enfermería en el maltrato infantil.* Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2008.

²¹ Conway S. Safeguarding children in emergency departments. *Emerg Nurs.* 2008;16(1):30-35.

²² Oral R, Yagmur F, Nashelsky M, Turkmen M, Kirby P. Fatal abusive head trauma cases: consequence of medical staff missing milder forms of physical abuse. *Pediatr Emerg Care* [Internet]. 2008 [acceso el 4 de mayo del 2016]; 24:816-821. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19050665>.

²³ Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* [Internet]. 2009 [acceso el 4 de mayo del 2016]; 373:68–81. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19056114>.

²⁴ Seifert D, Krohn J, Larson M, Lambe A, Puschel K, Kurth H. Violence against children: further evidence suggesting a relationship between burns, scalds, and the additional injuries. *Int J Legal Med* [Internet]. 2010 [acceso el 5 de mayo del 2016]; 124:49– 54.

²⁵ King WK, Kiesel EL, Simon HK. Child abuse fatalities: are we missing opportunities for intervention? *Pediatr Emerg Care* [Internet]. 2006 [acceso el 5 de mayo del 2016]; 22:211–214. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16651907>.

²⁶ Sabaté Rotés A, Sancosmed Ron A, Cebrián Rubio R, Canet Ponsa M, Martín González M. Sospecha de maltrato infantil en urgencias pediátricas. *Ann Pediatr.* [Internet]. 2009 [acceso el 8 de mayo del 2016];71(1):60-63. Disponible en: http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/sospecha_MI_urgencias.pdf.

²⁷ Teeuw AH, Derkx BHF, Koster WA, van Rijn RR. Educational paper: Detection of child abuse and neglect at the emergency room. Eur J Pediatr [Internet]. 2012 [acceso el 25 de abril del 2016]; 171:877-885. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3357474/>

²⁸ Bradman K. Safety net meetings improve the detection of child abuse in the emergency department. Emerg Med Australas [Internet]. 2011 [acceso el 25 de abril del 2016]; 23:656-657. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21995485>.

²⁹ Pérez González R, Martínez Calero R, Martínez Rodríguez MA, Rodríguez González E, Fernández Rodríguez A. Enfermería de urgencias ante el maltrato infantil: figura clave en la detección precoz de casos. Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias [Internet]. 2009 Segunda Época [acceso el 22 de abril del 2016];6. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/abril/pagina3.html>.