



Universidad de Valladolid



GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado

El papel de Enfermería ante el Maltrato Infantil

Rocío Crespo Sáez

Tutelado por: María Milagros Montserrat Ballesteros García

Soria, (11 de Mayo de 2021)

"La violencia suele engendrar la violencia" – Esquilo.

RESUMEN

Introducción: El maltrato infantil supone un problema de salud pública a nivel mundial, cuya incidencia ha aumentado significativamente en los últimos años. Para su detección, es imprescindible conocer las diferentes definiciones y tipologías existentes, ya que con ello se facilitará el reconocimiento de signos y síntomas que nos alerten de un caso de violencia hacia el menor. Con este objetivo se han creado una serie de protocolos a nivel sanitario, con el fin de que el equipo de enfermería, junto a otros profesionales, actúe de forma similar a otros problemas de salud mediante acciones de prevención, detección, notificación y seguimiento.

Objetivos: Describir el papel que debe desarrollar el profesional de enfermería en la detección, notificación y seguimiento ante el maltrato infantil.

Resultados: La legislación que regula la violencia hacia el infante es muy extensa, remontándonos a 1904 con la primera ley establecida por el Dr. Tolosa Latour. Sin embargo, dicha normativa no es conocida por la gran mayoría de los profesionales, siendo un escaso porcentaje de casos de maltrato infantil los detectados frente a los reales. Esto desencadena una serie de consecuencias a nivel físico, psicológico, social y económico. Se debe en gran parte a la desactualización de los protocolos y la falta de formación de los profesionales, lo que ocasiona inseguridad y rechazo a la hora de notificar la sospecha de un caso maltrato infantil. Por ello, es imprescindible la existencia de protocolos actualizados dirigidos al personal sanitario que les guíe en la prevención, asistencia, detección, notificación y seguimiento de un caso de sospecha o real de maltrato infantil.

Conclusión: El equipo de enfermería se encuentra en una posición privilegiada para la detección del maltrato infantil, debido a su cercanía con el menor y la familia, por lo que a través de un trabajo multidisciplinar debe realizar la prevención, detección y seguimiento del menor.

Palabras Clave: Maltrato, infancia, prevención, detección.

ABSTRACT

Introduction: Child abuse is a worldwide public health problem whose incidence has increased significantly in recent years. For its detection, it is essential to know the different definitions and existing typologies since this will facilitate the recognition of signs and symptoms that alert us of a case of violence towards the child. With this objective in mind, a series of protocols have been created at the healthcare level, so that the nursing team, together with other professionals, can act in a similar way to other health problems through prevention, detection, notification and follow-up actions.

Objectives: To describe the role of the nursing professional in the detection, notification and follow-up of child abuse.

Results: The legislation regulating violence against children is very extensive, dating back to 1904 with the first law established by Dr. Tolosa Latour. However, these regulations are not known by the vast majority of professionals, and only a small percentage of cases of child abuse are detected compared to actual cases. This triggers a series of physical, psychological, social and economic consequences. This is largely due to outdated protocols and the lack of training of professionals, which causes insecurity and rejection when it comes to reporting suspected cases of child abuse. Therefore, it is essential to have updated protocols for health personnel to guide them in the prevention, care, detection, notification and follow-up of a suspected or actual case of child abuse.

Conclusion: The nursing team is in a privileged position for the detection of child abuse, due to its proximity to the child and the family, so through multidisciplinary work should perform the prevention, detection and monitoring of the child.

Keywords: Abuse, childhood, prevention, detection.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. JUSTIFICACIÓN	4
3. OBJETIVOS	5
4. METODOLOGÍA	5
5. RESULTADOS.....	6
5.1. MARCO JURÍDICO	6
5.2. CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL	10
5.2.1 Físicas	10
5.2.2 Psicológicas y Emocionales.....	10
5.2.3 Sociales.....	11
5.2.4 Resiliencia.....	12
5.2.5 Económicas.....	13
5.3. INTERVENCIONES PREVENTIVAS	13
5.3.1. Prevención Primaria	14
5.3.2 Prevención Secundaria.....	14
5.3.3 Prevención Terciaria.....	15
5.4. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL MALTRATO INFANTIL.....	15
5.4.1 ASISTENCIA SANITARIA AL MENOR	15
5.4.2 DETECCIÓN	15
5.4.3 NOTIFICACIÓN	17
5.4.4 EVALUACIÓN – INTERVENCIÓN - SEGUIMIENTO	19
6. DISCUSIÓN.....	20
7. CONCLUSIONES.....	21
8. BIBLIOGRAFÍA	21
9. ANEXOS	26

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla I: Palabras Claves utilizadas	5
Gráfico I: Fases de la transmisión intergeneracional.....	11
Tabla III: Factores que dificultan la detección.....	17
Tabla IV: Tabla artículos escogidos.....	26
Tabla V. Factores de riesgo del maltrato infantil.....	31
Tabla V: Indicadores del maltrato infantil.....	32

LISTADO DE ABREVIATURAS

- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **TIC:** Tecnología de la información y la comunicación.
- **ONU:** **Organización** de las Naciones Unidas.
- **AP:** Atención Primaria.
- **AEPap:** Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria.
- **BOE:** Boletín Oficial del Estado.

1. INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil es un problema universal que se ha extendido a lo largo de los años. Durante siglos, los malos tratos a menores fueron aceptados y justificados de diversas formas.¹ Para abordar esta situación en 1904 se decretó la ley general de protección a la infancia del Dr. Tolosa Latour, la cual es la base de las diferentes leyes que actualmente protegen a la infancia.²

A pesar de la existencia previa de leyes para la defensa y protección de la infancia, no fue hasta el año 1989 en la Convención de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre los derechos del niño, cuando se consideró el problema real que suponía la violencia hacia los menores.³ A partir de entonces, cualquier tipo de violencia hacia el infante fue considerada delito, y diversos autores, organizaciones e instituciones, relacionadas con la protección a la infancia y la adolescencia, han tratado de definir el término “maltrato”:

- Según la **Organización Mundial de la Salud (OMS)** se define como *“Abusos y 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 entre las formas de maltrato infantil.”*⁴

- Según **Save The Children** es toda acción u omisión no accidental ejercida por padres, madres o cuidadores principales que provoca un daño en el bienestar físico, emocional y psicológico de niños, niñas y adolescentes, perjudicando su desarrollo evolutivo.⁵

- La **Fundación ANAR** para definir el maltrato lo diferencia en físico *“cualquier actuación, hecha a posta o no, por parte de los adultos responsables de tu cuidado y protección que te haga daño o te ponga en riesgo de que te ocurra algo grave.”*; y psicológico *“cualquier acción en la que se te hable de manera despectiva, te insulten o no te hagan caso. Estas situaciones están provocadas por los adultos responsables de tu cuidado y protección”*. En ambos casos, no se trata de hechos aislados, sino recurrentes.⁶

- Según **La Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria (AEPAP)** así como **La Federación de Asociaciones para la prevención del Maltrato infantil** y el **Observatorio de la Infancia** se define 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”*^{7,8}

En primer lugar, es esencial diferenciar los tipos de maltrato que el menor puede sufrir. Así, debemos distinguir el **Maltrato Familiar**, que es aquel que es llevado a cabo por parte de los progenitores, tutores o familiares de menor; del **Maltrato Extrafamiliar**, que es aquel ejercido por personas externas al vínculo familiar como en el ámbito educativo, es decir, realizado por compañeros del centro educativo en el que estudian.^{1,9} Por otra parte, se debe distinguir entre **Maltrato Activo**, que requiere una acción por parte del agresor, es decir, la utilización de agresiones, bien físicas (bofetadas, empujones...) o verbales (gritos, insultos...) e incluso el aislamiento del menor; y **Maltrato Pasivo o Negligencia** que no requiere acción por parte del agresor, como por ejemplo rechazar gestos de apego por parte del menor o no proporcionar al menor una adecuada alimentación, cuidados médicos necesarios etc.

Teniendo estos conceptos claros podemos analizar las diferentes tipologías de Maltrato Infantil que hay a partir de ellos:

- **Maltrato Físico:** recoge cualquier acto, no accidental, que provoca o puede provocar daño físico al menor o bien ponerlo en grave riesgo de sufrirlo. ⁷ Dentro de este encontramos el **Castigo Corporal**, que se produce cuando se usa la fuerza física como medio de disciplina o corrección, el cual actualmente, en España, se encuentra penado en el artículo 154 de la ley 54/2007. Esta categoría también recoge el denominado **Síndrome del niño zarandeado** definido como el movimiento brusco de la cabeza del bebé, golpeando su cerebro contra las paredes del cráneo. Igualmente, se incluye la **Mutilación Genital Femenina**, considerada además una forma de violencia contra la mujer, consistente en aquellos procedimientos quirúrgicos que conllevan la ablación parcial o total del aparato genital externo, u otro tipo de lesiones, en los órganos genitales de la mujer por razones no terapéuticas. En la mayoría de los casos, se realiza cuando la menor tiene entre 18 meses y 14 años de edad. Tal es la importancia e incidencia de este tipo de violencia en la infancia, en especial en países subdesarrollados, que existe un protocolo específico desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad en 2015, y a su vez protocolos propios de cada Comunidad Autónoma. Finalmente, el **Filicidio** u homicidio del menor también queda incluido dentro de esta tipología. ^{5, 6, 10}

- **Maltrato Emocional:** recoge acciones tales como rechazar, aislar o aterrorizar, y en general cualquier actitud hacia el menor que le provoque o pueda provocar daños emocionales, sociales e intelectuales. ⁹

- **Negligencia Física:** Situación en la que las condiciones físicas como la alimentación, el vestido o la higiene, y cognitivas básicas del menor no son atendidas, de forma temporal o permanente, por sus cuidadores.

- **Negligencia Emocional:** Se trata de la ausencia de respuesta a las expresiones emocionales y conductas del menor en busca de apego, y la falta de iniciativa de contacto e interactividad por parte de los padres o cuidadores principales. ⁶

- **Abuso Sexual:** Consiste en la interacción entre un niño y un adulto utilizando al menor para estimulación del adulto. Igualmente si es llevado por menores de 18 años, se considera abuso sexual cuando el agresor es significativamente mayor respecto a la víctima, o están en situación de poder o control sobre ella.

- **Explotación Laboral:** Obligar al menor a realizar continuamente trabajos que exceden los límites normales para la infancia en ese contexto sociocultural.

- **Maltrato Prenatal:** Falta de cuidado, por acción u omisión, del cuerpo de la madre, que de manera inconsciente o consciente, perjudican al feto.

- **Acoso entre pares o bullying:** conducta agresiva, física o mental, de un menor contra otro, en el que el agresor establece una relación de dominancia sobre la víctima. Igualmente están afectados los testigos de la violencia.

- **Acosos mediante las TIC:** Cabe destacar la aparición en los últimos años de nuevas formas de maltrato con la llegada del Internet y las Nuevas Tecnologías como el **Ciberacoso**, en el que se llevan a cabo intimidaciones a través de las tecnologías con el fin de dañar a la víctima, repetidas en el tiempo y el **Grooming**, que son acciones deliberadas por parte de un adulto para

contactar con un menor a través de internet con fines sexuales. Se finge ser menor y así obtener información de la víctima, hasta conseguir seducirla para que realice conductas de índole sexual materializadas a través de fotos o videos e incluso llegando a tener contacto sexual.¹

Para resaltar la importancia de considerar el Maltrato Infantil como un problema de salud mundial nos fijaremos en la **incidencia a nivel mundial, europeo y nacional**.

A **nivel mundial**, el último informe anual de UNICEF de 2015 expresa que 6 de cada 10 niños en el mundo de entre 2 y 14 años son castigados físicamente por sus cuidadores (un 52% niños y un 39% niñas), siendo 3 de cada 10 adultos los que consideran el castigo físico necesario para educar. De esta forma, 1 de cada 4 menores sufren maltrato físico. Respecto a los estudiantes, más de 1 por cada 3 estudiantes, entre 13 y 15 años sufre acoso o intimidación de forma habitual.^{11,12} Como ejemplo, UNICEF Costa Rica refleja en un informe de 2015 la realización de 40.382 llamadas al 911 relacionadas con agresión, abandono, abuso sexual u explotación laboral. Estas denuncias iban asociadas a conflictos familiares en un 34%, negligencia en un 20% y a agresión física en un 15%. Además los datos muestran como 18.139 menores no estudian ni trabajan y están expuestos a riesgo de explotación sexual, trata y narcotráfico.¹³ En la misma línea, la OMS refiere que 1 de cada 5 muertes en adolescentes se debe al homicidio, siendo el 80% de género masculino.¹² Respecto al abuso sexual infantil se ha observado una prevalencia variable de un 7 – 36% en las últimas décadas, siendo mayor en niñas (20%) que en hombres (8%).¹⁴

A **nivel europeo** 1 de cada 10 menores son maltratados físicamente, 3 de cada 10 emocionalmente y 2 de cada 10 menores sufren negligencia física.⁵

A **nivel nacional**, en España se estima según el Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar que 7,16 por cada 10.000 menores de 18 años son maltratados.¹⁵ En 2014 un 10.7 % de la población de 11 a 18 años habían sido víctima de maltrato físico en su centro educativo y en 2018, 6.532 menores fueron víctimas de violencia familiar. Igualmente en 2017, 505.224 menores fueron atendidos por los servicios sociales; ¹⁵ recogiéndose ese mismo año 1.313 sentencias, 4.875 denuncias y 14.569 notificaciones de sospecha de malos tratos.⁵ En la misma línea, la Fundación ANAR en su informe de 2016 refiere haber atendido desde 2009, 38.439 llamadas de violencia y 25.312 casos de violencia. El 22.7% de las consultas fueron por maltrato físico y el 17.6% maltrato psicológico. Todos estos datos podemos verlos reflejados en la **Base de Datos RUMI (Registro Unificado para el Maltrato Infantil)** que nos muestra una crecida importante de casos desde 2015 con 16.777 niños víctimas de malos tratos en el ámbito familiar en 2017.¹⁶

Finalmente, a **nivel autonómico**, en Castilla y León, durante 2015 y 2017 se recibieron 971 y 831 notificaciones sobre sospechas de desprotección. Igualmente, en 2015 se abrieron 449 expedientes.

Debido a toda esta problemática se puso en marcha la creación de protocolos de actuación ante sospecha de violencia infantil para guiar el proceso de detección, notificación y seguimiento. Actualmente existe un **“Protocolo Básico de Intervención contra el Maltrato Infantil en el ámbito familiar”**, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, y una serie de protocolos desarrollados por cada Comunidad Autónoma, como el de Castilla y León, **Protocolo Sanitario de Actuación ante la sospecha de Maltrato Intrafamiliar en la Infancia y Adolescencia**; a excepción de Ceuta que aún no dispone de un protocolo propio.

Por todo ello, se debe considerar el maltrato infantil como un problema de salud pública que debe abordarse de forma integral y que requiere la intervención de diversos sectores con una actuación multidisciplinar. El equipo de enfermería debe actuar de manera similar a otros problemas de salud; hay que prevenir, detectar precozmente, sospechar un diagnóstico en base a unos síntomas, trabajar en equipo multidisciplinar, comunicar y proteger.¹⁷

2. JUSTIFICACIÓN

El Maltrato Infantil es una de las problemáticas mundiales, que en muchas ocasiones, son difíciles de detectar, a pesar de que su incidencia aumenta progresivamente con los años. Se calcula que los casos denunciados son tan solo el 10% de los reales¹⁷; y de los casos detectados tan solo un pequeño porcentaje procede del ámbito sanitario. Un ejemplo de ello se da en Castilla y León, ya que durante 2015 se recibieron 971 notificaciones de posibles casos de maltrato, de las cuales solo 36 procedían del sistema de salud.⁹

La Asociación Española de Pediatría en Atención Primaria ha redactado un manifiesto en relación con el Proyecto de Ley Orgánica de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, con el fin de mejorar dicho proyecto. En él se expresa la falta de profesionales específicamente formados ante el estudio de casos de sospecha y atención a las víctimas y de una estructura jerarquizada en cada territorio que garantice la atención, protección y seguridad de las víctimas, e igualmente la ausencia de protocolos de colaboración conocidos. En la misma línea realiza una serie de propuestas como la creación de unidades asistenciales o juzgados especializados; la formación básica obligatoria de los profesionales de diversos sectores que atienden a menores y la creación de un Protocolo de Coordinación Interinstitucional, entre otras.⁸ Como consecuente, a día 13 de abril de 2021 el Congreso de los Diputados aprobó el Proyecto de Ley Orgánica de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

El personal de enfermería se encuentra en una posición cercana al menor y su familia, por lo que es esencial para la detección de casos de Maltrato Infantil o sospecha de este. Tal es su importancia que el Decreto 3/2004 refleja la obligación de enfermería de notificar todo caso de maltrato infantil detectado; e igualmente el artículo 13 de la ley orgánica 1/1996 de protección jurídica del menor, menciona la obligación de toda persona, y en especial de aquellos que por su profesión o función detecten dicha situación, de notificarla a la autoridad más próxima, prestando auxilio inmediato si se precisa.¹⁷ Cabe resaltar, el personal de los Servicios de Urgencias, donde se estima que del 2 al 10% de los niños atendidos son víctima de abuso o negligencia;¹⁹ y la Atención Primaria, donde se realizan continuas revisiones al niño, y se pueden observar las relaciones interfamiliares o signos de maltrato o negligencia. Sin embargo, a pesar de que se reconoce la gravedad del problema, el equipo de enfermería presenta dudas acerca de su protocolo de actuación, en especial ante los compromisos legales y vías de notificación.¹

En esta línea, la elaboración de esta revisión bibliográfica nos ayudará a aclarar términos, conocer los diferentes tipos de maltrato infantil y sus indicadores, resaltar la especial importancia de enfermería y su rol y esclarecer cuales son los pasos a seguir ante la sospecha de que un menor está siendo maltratado, con el fin de darle una atención integral e individualizada.

3. OBJETIVOS

Objetivo General: Describir el papel que debe desarrollar el profesional de enfermería en la detección, notificación y seguimiento ante el maltrato infantil.

Objetivos Específicos:

- Aclarar los términos básicos más importantes sobre el Maltrato Infantil.
- Enunciar los principales indicadores y signos de alerta acerca del Maltrato Infantil a tener en cuenta como profesionales de enfermería en nuestro ámbito de actuación.
- Analizar los protocolos sanitarios de actuación ante el Maltrato Infantil en el ámbito Nacional y Autonómico.

4. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa entre los meses de Noviembre y Mayo de 2020 – 2021 en las Bases de Datos, ScienceDirect, CuidenPlus, Dialnet y PubMed. Se comenzó con una extracción de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS), Maltrato a los niños, Enfermería, Prevención y Detección, siendo a su vez convertidos en descriptores en inglés MESH, Child abuse, Nursing, Prevention y Detection. Igualmente, se usaron los operadores booleanos AND y OR.

Criterios de inclusión: artículos centrados en población menor de 18 años, publicados en los últimos 10 años, salvo aquellos de mayor antigüedad escogidos por su gran relevancia; el libre acceso a texto completo y el idioma en español e inglés.

Criterios de exclusión: artículos que aborden el tema del maltrato infantil fuera del ámbito sanitario o sociosanitario.

Se encontraron alrededor de 15.500 artículos; y tras analizar título y resumen se seleccionaron 21. Una vez realizada la lectura completa de estos, se recogió información de 15.

Para completar la información se realizó una búsqueda en Google Académico, así como en las páginas oficiales de organismos e instituciones reconocidas acerca del maltrato infantil como OMS, UNICEF, Save The Children y ANAR; así como en la web del Ministerio de España y del SaCyL con el fin de encontrar los protocolos de actuación vigentes. Finalmente, se realizó una revisión del marco legislativo a través del BOE disponible en la web del Ministerio de Justicia.

Tabla I: Palabras Claves utilizada

BASE DE DATOS	PALABRAS CLAVES	
ScienceDirect	Maltrato a los niños AND enfermería Maltrato a los niños AND detección OR prevención	Child Abuse AND nursing Child Abuse AND detection OR prevention
CuidenPlus	Maltrato a los niños AND enfermería Maltrato a los niños AND detección OR prevención	Child Abuse AND nursing Child Abuse AND detection OR prevention
Dialnet	Maltrato a los niños AND enfermería Maltrato a los niños AND detección OR prevención	Child Abuse AND nursing Child Abuse AND detection OR prevention
Pubmed	Maltrato a los niños AND enfermería Child abuse AND prevention	Acoso escolar AND agresores Cyberbullying AND nursing

Fuente: Elaboración propia.

5. RESULTADOS

El maltrato infantil es una problemática a nivel mundial que requiere que se aborde de forma integral, mediante la intervención de diversos sectores, educativo, sanitario, social y judicial, a través de una actuación multidisciplinar.¹⁷ Por ello, para abordar dicha problemática de forma adecuada, debemos analizar previamente el marco jurídico que la regula.

5.1. MARCO JURÍDICO DEL MALTRATO INFANTIL.

A **nivel internacional** cabe destacar la Declaración de los Derechos del Niño de la ONU de 1959 así como la Convención de los Derechos del Niño de la ONU de 1989 donde se especifica el derecho de los niños a ser protegidos de toda forma de maltrato.

A **nivel europeo** en 1996 se produjo el Convenio del Consejo de Europa sobre el Ejercicio de los Derechos de los Niños. En 2007 el Convenio del Consejo de Europa relativo a la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, firmado en España, consideró delito toda actividad sexual con menores de la edad establecida para disponer de consentimiento sexual; además de criminalizar la prostitución y pornografía infantil.¹

Si observamos La Legislación de Menores a **nivel Nacional** es la **Ley General de Protección a la Infancia de 1904 del Dr. Tolosa Latour** la precursora y base de las actuales leyes relativas a la protección y defensa de la infancia. Actualmente, se puede observar que la ley que sustenta la normativa referida a la Protección a la infancia y la adolescencia es la **Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor**. Esta ley ha sufrido varias modificaciones a lo largo de los años, las cuales quedan recogidas en las **Leyes Orgánicas 8/2015 y 26/2015 de modificación del Sistema de Protección a la infancia y adolescencia**; siendo esta su última modificación.

En cuanto a los puntos más relevantes que presenta dicha ley, comenzaremos por el **Artículo 2**, que señala que el “**Interés superior del Menor**” debe ser considerado como primordial en cuanto a las acciones y decisiones que le conciernan, teniendo en cuenta la protección del derecho a la vida, supervivencia y desarrollo del menor y satisfacción de sus necesidades básicas, respetando su derecho a participar en función de su edad y madurez en el proceso de determinación de su interés; primerando su convivencia y desarrollo en un entorno familiar adecuado y libre de violencia. Además, debe darse la intervención de profesionales cualificados, así como la participación de los tutores, representantes legales o defensor judicial.

Continuando con el **Artículo 3** se mencionan los derechos de los menores recogidos en la Constitución, así como en los Tratados internacionales de los que España forma parte, y en especial de la Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, mencionados anteriormente; sin discriminación alguna.

Otro a destacar es el **Artículo 9**, que nos habla del “**Derecho a ser oído y escuchado**” sin discriminación, en función de su edad y madurez, que será valorada por personal especializado, observando su capacidad de comprensión del caso. En los procedimientos judiciales o administrativos se priorizarán las audiencias de menores, desarrollándolas de forma adaptada y en presencia de profesionales cualificados. Si el menor no puede expresar su opinión, se dará a conocer por medio de sus representantes legales, siempre que no tengan intereses contrarios a los del menor. Relativo a ello cabe señalar los **derechos del niño hospitalizado** como son el “Derecho a ser informado en función de su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y

psicológico de los diagnósticos y de las prácticas terapéuticas a las que se somete” o “Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad”, entre otros.

En el **Artículo 10** se mencionan “**Las medidas para facilitar el ejercicio de los derechos**”, de tal forma que los menores tienen el derecho de recibir a través de las Administraciones Públicas información y asistencia. Igualmente, los menores pueden solicitar tutela y protección, poner en conocimiento del Ministerio Fiscal su situación si consideran que están siendo vulnerados sus derechos y/o dirigir sus quejas al Defensor del Pueblo y/o instituciones autonómicas. Además pueden solicitar asistencia legal y un defensor judicial; e incluso presentar denuncias al Comité de Derechos del Niño. En esta misma línea, se cita como los poderes públicos llevarán a cabo actuaciones encaminadas a la sensibilización, prevención, detección, notificación, asistencia y protección de la violencia contra la infancia y la adolescencia a través de procedimientos que aseguren la coordinación entre las Administraciones, entidades colaboradoras y servicios competente, garantizando una actuación integral.

En el **Artículo 12** se enumeran las Actuaciones de protección, realizadas a través de la prevención, detección y reparación de situaciones de riesgo, estableciendo servicios y recursos, el ejercicio de la guarda, y en casos de desamparo, la retirada de la tutela. Se priorizarán las medidas familiares frente a las residenciales, las estables frente a las temporales y las consensuadas frente a las impuestas. Igualmente, los poderes públicos se asegurarán que los progenitores o tutores cumplan con sus responsabilidades y presten servicios de prevención, asesoramiento y acompañamiento en los ámbitos que afectan a los menores. En el caso de menores que están bajo la tutela de una víctima de violencia de género, se garantizará el apoyo necesario para procurar la permanencia de los menores con aquella, así como su protección y atención especializada.

Respecto a la notificación de una situación de maltrato infantil o desamparo, en el **Artículo 13** se menciona la obligación de toda persona, y en especial de aquellos que por su profesión o función detecten dicha situación, de notificarla a la autoridad más próxima, prestando auxilio inmediato si se precisa, lo cual está recalcado en el **Artículo 14**.

Es esencial diferenciar el significado de situación de riesgo frente al desamparo. Para ello el **Artículo 17** define **Situación de Riesgo** como “*aquella en la que, a causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, el menor se vea perjudicado en su desarrollo personal, familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos [...] y sea precisa la intervención de la administración pública competente, para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que le afectan y evitar su desamparo y exclusión social, sin tener que ser separado de su entorno familiar*”.

En esta situación la intervención de la Administración Pública competente garantizará los derechos del menor, la disminución de los indicadores de riesgo y la promoción de medidas para su protección y la preservación del entorno familiar. A la hora de actuar colaborará con los servicios de salud para adoptar medidas de prevención, intervención y seguimiento.

En términos sanitarios, si los progenitores o tutores se niegan a dar el consentimiento respecto a tratamientos médicos necesarios para salvaguardar la vida o integridad física o psíquica del menor, se declarará igualmente Situación de riesgo. En este caso, las autoridades sanitarias lo harán saber a la autoridad judicial para tomar la decisión que salvaguarde el mejor interés del menor. Para entender este apartado, cabe mencionar que la mayoría de edad en

términos sanitarios se encuentra establecida en los 16 años, de tal forma que será a partir de dicha edad cuando el menor pueda decidir por sí mismo, siendo siempre informado en función de su grado de madurez y comprensión, independientemente de ser menor de dicha edad.

Si se declara la **Situación de Desamparo**, entendida como *“la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material”*; tal y como se indica en el **Artículo 18**, se actuará asumiendo la tutela del menor adoptando las adecuadas medidas de protección y con el conocimiento del Ministerio Fiscal.

Se entenderá que se produce desamparo cuando esté presente alguna de las siguientes circunstancias con la suficiente gravedad como para suponer una amenaza para la integridad física o mental del menor:

- a) Presencia de un hermano en Situación de Desamparo declarada.
- b) Abandono del menor
- c) Los responsables legales no están en condiciones para asumir la tutela del menor.

d) Riesgo para la vida, salud e integridad física del menor. En particular si se producen malos tratos físicos, abusos sexuales o negligencia; o cuando exista abuso de sustancias y/o conductas adictivas por parte del menor con el consentimiento de los progenitores o tutores.

e) Riesgo para la salud mental, integridad moral y el desarrollo de su personalidad debido al maltrato psicológico o a la falta de atención de sus necesidades afectivas o educativas.

En el caso de que el menor se traslade a otra residencia se comunicará a la Comunidad Autónoma de destino y esta asumirá la medida o adoptará otra en un plazo de tres meses.

En el caso de un menor de nacionalidad española que se encuentra fuera del territorio nacional será competencia de la Entidad Pública de la Comunidad Autónoma en la que residan los tutores o en su defecto con la que mayores vínculos tenga el menor o sus familiares o en la que se hubiera tenido la última residencia. Será responsabilidad de la Administración General del Estado el traslado del menor a España, y la Comunidad Autónoma asumirá la competencia en el momento que el menor se encuentre en España.^{20, 21, 22}

Es esencial tener en cuenta la **Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**, en cuyo **Artículo 1** se indica que las medidas de protección establecidas no solo son aplicables a la mujer sino también a los menores que están bajo su tutela o custodia, siendo considerados igualmente víctimas de este tipo de violencia. Respecto a la custodia del menor en el **Artículo 37 y 65** de acuerdo con el **Artículo 153 del Código Penal**, queda reflejado que por orden judicial, y en interés del menor, se podrá retirar al agresor la patria potestad, tutela o guarda del menor. En la misma línea, en el **Artículo 66**, se expresa la posibilidad de que el Juez ordene la suspensión de visitas y comunicación del agresor hacia los menores. Cuando no se toma esta decisión, se establecerá el régimen de visitas o comunicación adoptando las medidas necesarias para asegurar la integridad y recuperación de los menores y la mujer, y realizar un seguimiento. Para todo ello, tal y como queda establecido en el **Artículo 71**, existirá una **Sección de Menores** dentro de la Fiscalía para desempeñar las funciones que atribuye la **Ley Orgánica reguladora de la Responsabilidad Penal de los Menores**.²³

Otra ley a tener en cuenta es la **Ley Orgánica 5/2010 por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal**. Cabe destacar el **Artículo 177** que considera la Trata de Seres humanos la imposición de trabajo, explotación sexual o extracción de órganos cuando se lleve a cabo con menores de edad con fines de explotación. Así, el **Artículo 183** señala las penas establecidas contra quien realice actos sexuales no consentidos a menores, y el **Artículo 183 bis** la condena impuesta a quien utilice las tecnologías con el fin de comunicarse y concertar encuentros con menores. Por último, los **Artículos 187, 188 y 189** narran las condenas establecidas para quien promueva la prostitución y pornografía infantil.^{26, 25}

Igualmente la **Constitución Española de 1978** recoge en su **Artículo 27** los derechos de los menores y en su **Artículo 39** expresa que los poderes públicos deben asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia; la protección de los hijos y de las madres así como que los niños gozarán de la protección acordada en los acuerdos internacionales.²⁶

El **Código Civil** en su **Artículo 154** expresa las obligaciones de velo y representación que tienen los tutores o progenitores.²⁷

Respecto a la normativa vigente en **Castilla y León**, cabe destacar la **Ley orgánica 4/1983 del Estatuto de Autonomía de Castilla y León** que establece competencias en materia de asistencia, servicios sociales, promoción y atención a la infancia; la **Ley 14/2002 de Promoción, atención y Protección a la infancia en Castilla y León**; el **R.D. 131/2003** que regula la protección de los menores en situación de riesgo o desamparo; **R.D. 37/2006**, que regula los acogimientos familiares de menores en situación de riesgo o de desamparo; y la **Resolución del 1 de marzo de 2011 de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León**, por la que se crea la Red Centinela del Sistema de Protección a la infancia en Castilla y León, que consiste en *“un sistema de información, investigación, vigilancia y propuesta en relación con la fenomenología de las situaciones de desprotección de los menores, los problemas de todo orden asociados con su génesis y la actividad de prevención e intervención que ha de ser desplegada para su atención desde el sistema de protección a la infancia en particular y desde los demás sistemas y servicios considerados por la legislación vigente como corresponsables en esta materia.”* Está formada por profesionales sanitarios, administrativos, de los servicios sociales y del ámbito educativo.⁹

Igualmente, cabe resaltar la **legislación dirigida al personal sanitario**, el **Real Decreto 3/2004** que relata la obligación de notificar a los servicios competentes en materia de protección de menores, cuando se sospeche de un caso de maltrato contra el menor. Igualmente, el **Código Deontológico de Enfermería** expresa el “derecho del niño a crecer en salud y dignidad” y la “obligación de proteger a los niños de cualquier forma de abuso y poner en conocimiento de las autoridades competentes cualquier caso del que se tenga conocimiento”.¹⁶

Finalmente, es de importancia mencionar que el 13 de Abril de 2021 se aprobó el **Proyecto de Ley Orgánica de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia**. Dicha norma tiene entre sus objetivos, terminar con la impunidad de delitos graves mediante la ampliación de plazos de denuncia; reforzar el derecho del menor a ser informado y escuchado, creación de juzgados especializados y la prevención mediante la formación de los profesionales que estén en contacto con el menor mediante el establecimiento de protocolos en colegios, centros de salud y sociales.²⁸

5.2. CONSECUENCIAS DEL MALTRATO INFANTIL

El Maltrato infantil genera en las víctimas consecuencias a largo y corto plazo, de carácter físico y psicológico, que dificultarán su desarrollo personal y su calidad de vida, afectando a la esfera afectiva, emocional, conductual y social de las víctimas.^{8, 15} Tal y como refleja la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, la severidad de dichas consecuencias depende de numerosos factores, tales como el tipo de maltrato, su duración y continuidad, las características y edad del menor, la relación existente entre víctima y agresor, la existencia de apoyo de otros miembros de la familia o allegados y el acceso o no a servicios de ayuda médica, social y psicológica.^{1, 8, 29}

Se han clasificado en cinco las consecuencias que desencadena el maltrato en la infancia:

5.2.1 Físicas

En primer lugar, encontramos una serie de efectos físicos inmediatos o a corto plazo que pueden ser relativamente leves, como hematomas o rasguños, o graves como fracturas, hemorragias e incluso la muerte; que se presentan especialmente en el maltrato físico.¹ Cabe destacar el Síndrome del niño zarandeado, que puede llegar a desencadenar hemorragias y múltiples lesiones cerebrales y secuelas, en algunos casos, irreversibles.⁵

Con el paso de los años se pueden desarrollar efectos físicos a largo plazo, de tal forma que los niños que sufren maltrato durante su infancia tienen un mayor riesgo de padecer problemas de salud y enfermedades durante la edad adulta, como diabetes, desnutrición, obesidad, problemas de visión, cardiopatías, problemas de espalda, hipertensión arterial, migrañas, enfermedad pulmonar, cáncer y enfermedad gastrointestinal, entre otros.^{1, 30, 31} Se observa también una estrecha relación con las enfermedades de transmisión sexual, siendo el VIH dos veces más frecuente en estas víctimas, debido a la asociación del maltrato con el consumo de drogas o la práctica de relaciones sexuales de riesgo.⁵

5.2.2 Psicológicas y Emocionales

Las experiencias de maltrato durante la infancia afectan negativamente al desarrollo y la adaptación mental y psicológica de las víctimas. En esta línea, se ha demostrado que el maltrato infantil está asociado a un aumento considerable del riesgo de sufrir trastornos psicológicos tales como depresión, estrés postraumático y diversas adicciones.^{32, 33}

Entre los efectos psicológicos y emocionales a corto plazo, destacan los sentimientos de temor e inseguridad, dificultad para dormir, pensamientos intrusivos o recurrentes e incapacidad de regular sus emociones; todos ellos síntomas del estrés postraumático. Además, es frecuente encontrarnos con víctimas con carencia de creencias positivas sobre sí mismos, mostrando menor habilidad para reconocer o reaccionar ante el malestar de los demás e interpretan las interacciones de los demás de forma hostil; prestando mayor atención a las señales de ira o amenaza que a las expresiones emocionales como las muestras de cariño.⁵

Por consiguiente, como indica el Informe del Centro Reina Sofía sobre el Maltrato infantil en la familia en España, es habitual que desarrollen un apego inseguro presentando, en muchos de los casos, problemas para relacionarse con su entorno social. Debido a que frecuentemente no son capaces de relatar su sufrimiento, se aíslan, sienten miedo, soledad, culpa o tristeza; lo que se conoce como sintomatología internalizante. Todo ello puede derivar

en trastornos depresivos, de pánico, ideación y/o tentativa suicida o conductas autolesivas. De la misma forma, tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria como bulimia, anorexia u obesidad; y de sufrir embarazos no deseados en la adolescencia.^{5, 29, 30}

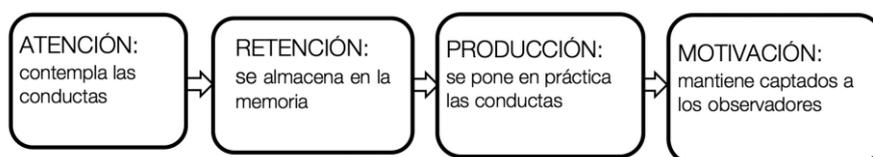
Sin embargo, la sintomatología también puede externalizarse mediante conductas que dependerán del tipo de maltrato sufrido, pero comunes en muchas de ellas. En general, como nos señala Carmela del Moral Blasco en la guía *“Mas me duele a mí”*, las víctimas de maltrato infantil suelen presentar conductas violentas hacia los demás, delincuencia, rechazo, problemas de rendimiento académico, problemas para relacionarse con sus compañeros, aislamiento, relaciones sexuales de riesgo o consumo de alcohol y drogas en la adolescencia; pudiendo darse una, varias o todas las previamente señaladas. Es más frecuente que las niñas muestren signos internos como vergüenza y culpa; y los niños externos como agresiones físicas y verbales.^{5, 29}

Estos efectos se alargan en el tiempo, de tal forma que las personas adultas que han sufrido maltrato durante la infancia tienen un mayor riesgo de presentar trastornos afectivos, ansiedad, pánico e incluso psicosis, ideación y/o tentativa suicida. Habitualmente desarrollan sentimientos de vergüenza y culpa ante la situación vivida; y tienen problemas para expresar afecto hacia sus seres queridos. En particular, M^a Rosario Cortés Arboleda, José Cantón Duarte y David Cantón-Cortés, en un estudio realizado a estudiantes universitarios, comprobaron que se producen ciertas diferencias según el sexo de la persona; en el caso de las mujeres, se observa una menor autoestima y asertividad y una mayor tendencia a la ansiedad y la depresión, en cambio en los varones tan solo se observa una mayor tendencia a la ansiedad. Además, estos pacientes no suelen responder de forma correcta a la psicoterapia y la farmacoterapia. De la misma forma, las conductas problemáticas que el menor desarrolla en la infancia se extienden a la edad adulta como la delincuencia que conduce a la criminalidad adulta o la continuidad de la práctica de relaciones sexuales de riesgo o el abuso de alcohol y otras drogas.^{1, 30, 34}

5.2.3 Sociales

Una de las consecuencias que más debate genera, es la transmisión intergeneracional del maltrato, es decir, la repetición por parte de las víctimas del patrón violento ejercido por sus cuidadores u otros hacia ellos. Las primeras investigaciones acerca de la transmisión de la violencia, siendo una de ellas la Teoría del aprendizaje por imitación de Bandura, demostraron que existía una relación entre haber sido víctima y/o testigo de violencia con el maltrato infantil. Dicha conducta no necesariamente se desarrolla en todas las víctimas; aunque sí es frecuente que determinados patrones de conducta sean aprendidos y replicados. Esta teoría se sustenta en la Teoría del Aprendizaje Cognoscitivo Social de Bandura (1977), que sostiene que la observación de las conductas de las personas de nuestro entorno genera un modelo de conducta.

Gráfico: Fases de la transmisión intergeneracional



Fuente: la violencia intergeneracional en el subconsciente familiar. Marta María Pardo Alañón

En el año 2000 Simón y colaboradores afirmaron que *“parece que aquellas personas que en su día fueron objeto de malos tratos por parte de sus padres manifestaban, cuando llegaban a adultos, unos comportamientos similares con sus propios hijos”*.

Por otra parte, según el Modelo Intergeneracional de la Violencia Doméstica de Pollak de 2002 se explica cómo se transmiten las conductas violentas de las figuras paternas a descendientes, y cómo cuando ellos forman una familia están influenciados por las vivencias de violencia en su niñez. Sin embargo, establece que haber sido testigo o víctima de maltrato infantil sería un factor de riesgo, nunca un factor determinante.

En esta misma línea Carmen Touza Garma, Doctora en Psicología, en 2005 afirmó que existe una mayor probabilidad de que los menores maltratados desarrollen conductas violentas, que en el caso de los menores cuyos cuidadores tienen conductas no violentas hacia ellos; especialmente cuando el maltrato es acompañado de razonamientos verbales y ocurre como método de disciplina ante acciones del niño; quedando de esta forma dichos comportamientos recogidos en la memoria del menor y consolidándose como normales. Para entender mejor cuando se desencadena esta transmisión intergeneracional de la violencia, Castells en 2008 afirmó que si se dan los factores ambientales y personales, las vivencias de malos tratos que quedan almacenadas en las mentes de los menores, terminarán manifestándose.

Como ejemplo, el Informe sobre el Maltrato Infantil en España de 2011, muestra como el 45.83% de los familiares que maltrataban a los menores habían sufrido maltrato durante su infancia; siendo el doble que los progenitores que no tuvieron dicha experiencia en su niñez.⁵
³⁵ Así en numerosos estudios ya desde principios de los años 90, como el realizado por Oliver en 1993 concluyen que un tercio de los menores que sufren malos tratos se convierten en agresores.²⁹ En contraposición, un estudio realizado por Lackey y Willian en 1993, concluyó que si existen fuertes vínculos sociales se puede frenar la transmisión intergeneracional.³⁶

Otra de las principales consecuencias a nivel social es el riesgo de sufrir otros tipos de violencia y convertirse en polivíctimas, incrementando el riesgo de sufrir problemas psicosociales. Igualmente, se puede presentar en estas víctimas absentismo o abandono escolar, bajo nivel educativo o desarrollo de necesidades educativas especiales. Todo ello desencadena que en la edad adulta, tiendan a ocupar trabajos semi-cualificados, permanecer menos tiempo empleados, presentar mayores tasas de desempleo y menores ingresos.⁵

5.2.4 Resiliencia

A pesar de la clara asociación entre sufrir malos tratos durante la infancia con una elevada probabilidad de presentar alteraciones en todas las áreas del desarrollo, se ha observado que aproximadamente un tercio de los menores que sufren maltrato se encuentran asintomáticos y no presentan alteraciones emocionales o desordenes psiquiátricos. La sintomatología que se observa en dichas víctimas es muy heterogénea, lo que sugiere que las consecuencias son resultado de múltiples indicadores que interactúan favoreciendo conductas saludables. Es decir, niños que aun habiendo vivido situaciones difíciles o traumas graves consiguen vivir y evolucionar, incluso en un nivel superior, como si el trauma vivido hubiera desarrollando en ellos recursos para crear una respuesta de ajuste saludable a la diversidad. Esto es lo que se denomina como resiliencia, es decir, es tanto la capacidad que desarrolla una persona para resistir el daño psicológico que puede causar un entorno problemático y dañino, como el impulso de reparación que nace de esa resistencia al sufrimiento.

A la hora de que una persona desarrolle dicha capacidad, es decir, presente resiliencia, actúan una serie de indicadores que están relacionados con un pronóstico favorable tales como tutores afectivos; personalidad, temperamento y cualidades del menor; existir conciencia del problema; posibilidad de acceder a servicios de ayuda médica, social y psicología. Por el contrario, existen una serie de indicadores relacionados con un pronóstico desfavorable, como mayor impacto en el desarrollo del menor, ausencia de expectativa por parte de los progenitores del futuro del menor, continuidad en el tiempo de la situación de adversidad, oposición de los progenitores a la intervención o problemática transgeneracional.^{7, 29}

5.2.5 Económicas

El cálculo del coste de la violencia hacia la infancia resulta una complicada tarea derivada de la escasez de casos reales detectados. Además, es importante resaltar los diferentes tipos de costes económicos que existen. Se dan **costes sanitarios** directos como el tratamiento médico de las víctimas (atención primaria, urgencias hospitalización, gastos farmacéuticos), la atención psicológica, o indirectos como el internamiento en centros psiquiátricos o desintoxicaciones. También se producen **costes educativos**, bien directos como la necesidad de educación especial, absentismo escolar, bajo rendimiento o fracaso escolar, o indirectos como la dificultad de encontrar empleo, menor salario o pérdida de capacidad laboral. Además se desencadenan **costes judiciales** directos derivados de la necesidad de contar con los cuerpos de fuerzas de seguridad, servicios legales y/o forenses, e indirectos derivados de la delincuencia juvenil, como los servicios penitenciarios. Finalmente se dan **costes sociales** directos tales como los servicios de protección al menor de edad o el alojamiento temporal, e indirectos como el desempleo juvenil o el sistema de pensiones y la reinserción social.³⁷

Así en España, según datos recogidos en el Instituto Nacional de Estadística en el año 2017, dichos gastos podrían ascender a 11.636,62 millones de euros⁵; y según un informe elaborado por Educo en 2018, los costes totales ascendían a 155.398.045 €.³⁷

5.3. INTERVENCIONES PREVENTIVAS

La prevención del maltrato infantil debe ser abordada por equipos multisectoriales, en los que la figura de la enfermera juega un papel fundamental; especialmente en los servicios de AP, al ser los únicos servicios comunitarios a los que tienen acceso normalizado y generalizado las familias, en un periodo de edad en el que el niño es especialmente vulnerable.^{8, 17}

Esta prevención desde AP debe llevarse a cabo fundamentalmente en menores de 5 años, ya que a partir de esa edad la escuela es la que juega un papel principal en la detección del maltrato infantil. Con ello, es esencial el trabajo de la enfermera escolar, que debe buscar factores de riesgo que puedan hacer sospechar de un posible maltrato infantil, reconocer situaciones de violencia doméstica, concertar entrevista con padres o tutores, registrar lesiones sospechosas por si fueran sugerentes de maltrato y comunicar cualquier síntoma sospechoso al trabajador social del centro educativo, si es que estuviera presente, y si no del centro sanitario de referencia.^{8, 38} Para ello, es importante la comunicación directa de los centros escolares con los pediatras de referencias, las enfermeras de pediatría de los centros de salud, e incluso si precisase, con los profesionales de salud mental infante - juvenil; siendo un punto a favor las reuniones que se desarrollan entre los orientadores y profesores.

Por ello es importante aclarar cuáles son los principales **Factores de Riesgo** (ANEXO II) del maltrato infantil, es decir, aquellas circunstancias que aumentan la probabilidad de que se ejerza violencia o se tenga alguna conducta que pueda comprometer el desarrollo del menor.

Con ello, las diferentes intervenciones de prevención acerca del maltrato infantil se pueden agrupar en las siguientes categorías:

5.3.1. Prevención Primaria: Actividades dirigidas a la comunidad con el objetivo de evitar la presencia de indicadores potenciadores y promocionar los indicadores protectores:

- Sensibilizar y formar profesionales en la detección y prevención del maltrato infantil.
- Intervenir en foros comunitarios de educación para la salud incrementando las habilidades de los padres en el cuidado de los hijos, en las relaciones educativas y afectivas entre padres e hijos, las escuelas de padres y las campañas de sensibilización poblacional.
- Prevenir el embarazo no deseado mediante la educación sexual en centros escolares y El Programa de Salud Infantil (controles de salud de los 11-12 y 14 años realizados en AP).
- Evaluar la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva y la actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites.
- Intervenir en las consultas con amabilidad y empatía cuando observamos prácticas de castigo corporal que se establecen inapropiadamente entre padres e hijos discutiendo métodos alternativos de disciplina y refuerzos de experiencias de confrontación padres-hijo.
- Utilizar guías para comunicar a cada edad específica los requerimientos del niño dando orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva y promover la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable.
- Identificar los puntos valiosos y positivos de los padres y reforzar.
- Prevención del abuso a menores a través de las TIC: Hotline (líneas para la denuncia de contenido abusivo; en España Protégeles); Acción legal (aspectos normativos que se incluyen en la comunidad online global de Internet); Software que bloqueen contenido no elegido y que resulte ofensivo; Acciones formativas preventivas online y Redes Sociales (incluyen políticas y medidas de prevención como la función “report abuse”)

5.3.2. Prevención Secundaria: dirigida a la población de riesgo con el fin de reducir daños y atenuar los indicadores de riesgo presentes, potenciando los indicadores protectores.

- Reconocer situaciones de abandono o negligencia, evaluar la situación y consultar con el Servicio de Protección al Menor.
- Reconocer situaciones de violencia doméstica como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil (30 a 70% de los casos de violencia doméstica presentan maltrato infantil).
- Remitir a los miembros de la familia a programas para mejorar las habilidades de los padres, mejorar la dinámica familiar y reducir los problemas conductuales de los niños.
- Aumentar las visitas dentro del Programa de Salud infantil.
- Informar a las familias de los recursos comunitarios de ayuda psicológica, social, laboral o económica.

- Colaborar con el trabajador social de la zona en la definición de objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.

- Dar difusión a la “Línea de Ayuda a la Infancia” (Telf. 116111)

5.3.3. Prevención Terciaria: Acciones dirigidas a las familias donde se haya producido el maltrato. Se seguirá el protocolo de actuación, explicado más adelante. ^{7, 15, 41}

5.4. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL MALTRATO INFANTIL.

La figura de la enfermera está presente además de en el ámbito sanitario, en el educativo y formativo, social y familiar por lo que tiene responsabilidad a la hora de identificar un caso de maltrato infantil, cuidar la salud del menor, solicitar ayuda a los organismos de protección y fomentar programas de prevención, apoyo y seguimiento. Por ello es importante que la enfermera brinde un servicio humanizado, con fundamento en el conocimiento científico y legal. Así, según la ONU es necesaria la función de las enfermeras a la hora de ofrecer apoyo, formación e información en coordinación con otras instituciones implicadas en su cuidado y seguimiento. Para ello, es necesaria la formación de los profesionales de la salud en todas las cuestiones básicas relativas a la protección infantil. ^{17, 19, 32}

5.4.1 ASISTENCIA SANITARIA AL MENOR

Previo a cualquier paso, será fundamental la asistencia sanitaria al menor, incluyendo la atención de las lesiones físicas y otros problemas de salud, la satisfacción de las necesidades básicas del menor subsanando las carencias afectivas, educativas o nutricionales, facilitando a los progenitores o cuidadores las habilidades, cuidados o pautas necesarias a través de métodos positivos; la valoración y tratamiento de las consecuencias psicológicas con derivación, si precisa, al Equipo de Salud Mental; y por último, la petición de pruebas que puedan requerirse como muestras o estudios, en caso de abuso sexual, así como la profilaxis ante ETS o la administración de anticonceptivos de urgencia o IVE. ⁹

5.4.2 DETECCIÓN

La detección de casos de maltrato infantil supone un gran reto para los profesionales de la salud debido a la complejidad de la situación ¹. Dicha detección comienza con la **Valoración**, en la cual se llevan a cabo las siguientes actuaciones:

1. Anamnesis y registro en la historia clínica del menor: se deben recoger aquellos datos que nos hagan sospechar de una situación de malos tratos hacia el menor; tanto los aportados por él como por su entorno u otros profesionales. En estudios realizados en los servicios de urgencias hospitalarias se comprobó que la sospecha apareció mayoritariamente durante la anamnesis, lo que resalta la importancia de una adecuada historia clínica, así como de la necesidad de una correcta formación y concienciación adquiriendo estrategias para asegurar la protección del menor y evitar las posibles consecuencias. ^{9, 33}

2. Entrevista: la entrevista se realizará al menor, sus padres u otro adulto o familiar que acompañe al menor al centro sanitario. Es importante valorar la interacción del menor con sus padres y la existente entre estos últimos. Para ello en términos generales, se realizará en un

ambiente tranquilo, presentándonos y mostrando nuestro deseo de ayudar. Nos sentaremos cerca del menor, utilizando un lenguaje sencillo adaptado a su edad, siendo honestos y sin hacer promesas que no se puedan cumplir. Además, se emplearán preguntas abiertas, para permitir expresarse al entrevistado. Es importante no manifestar desaprobación o enfado, ya que con ello se puede generar desconfianza.

3. Exploraciones físicas y psicológicas: se comprobará la existencia de indicadores físicos y comportamentales del niño así como la conducta del agresor y/o acompañante. Se debe realizar en un ambiente tranquilo, y si la exploración pudiera resultar traumática para el menor nos basaremos en la historia clínica detallada, evitando exploraciones repetidas.

4. Exploraciones complementarias: en función de la anamnesis y la historia clínica.

5. Datos sociales: Se estudiará la situación familiar (apoyos, situación económica, número de miembros de la familia, etc.), así como la presencia de factores de riesgo presentes que nos ayuden a encontrar el motivo de la situación y a orientar nuestras decisiones.⁹

Siguientemente se elabora un **Diagnóstico**, pudiendo llegar a dos conclusiones:

1. Evidencia de maltrato: por la presencia de indicadores, consistentes en maltrato físico, psicológico, sexual, negligencia, confirmados por el menor u otros testigos.

2. Sospecha de maltrato: por la presencia de señales sugerentes de maltrato infantil, que nos ponen en alerta, pero no se confirma dicha situación por el menor o acompañantes y/o cuyas explicaciones desestiman nuestra sospecha.

Así, dicha detección consiste en la identificación de una serie de **indicadores o signos de alarma** que nos alertan de la posible presencia de malos tratos: (ANEXO II)

En cuanto al maltrato físico, el niño suele presentar hematomas, fracturas, heridas o intoxicaciones. Además, suele mostrarse cauteloso al contacto físico, presentar conductas extremas, miedo por ir a casa y relata que sus padres le han hecho daño. En cuanto a la conducta del cuidador, es habitual observar una disciplina severa, falta de preocupación por el menor, consumo de drogas y/o alcohol e intenta ocultar la lesión del menor.

Centrándonos en la negligencia, físicamente se puede observar en el menor una escasa higiene, accidentes frecuentes, alimentación inadecuada e infecciones recurrentes. Además, el niño habitualmente muestra cansancio, apatía, conductas delictivas e inmadurez emocional. Respecto al cuidador es frecuente observar enfermedad mental, apatía y/o drogodependencia.

En el maltrato emocional se suelen observar en el menor retraso en el desarrollo, trastornos del control de esfínteres, enfermedad psicomática, desnutrición o retraso en la adquisición de funciones madurativas. Además, es frecuente que el niño muestre depresión, intentos de suicidio, psicopatía y agresividad. Respecto al cuidador se suele dar rechazo, culpa, exigencias al niño, violencia de género y aislamiento.

Finalmente, en el abuso sexual es habitual observar en el menor dificultad para andar o sentarse, dolor o picor en genitales, ETS, semen en genitales y/o ropa, embarazo e infecciones urinarias. Además, muestra resistencia a la exploración de genitales, conductas sexuales inusuales, trastornos del sueño, alimentación o psíquicos y problemas escolares. En cuanto al cuidador, es frecuente que sea extremadamente protector, abuse de drogas y/o alcohol y esté ausente del hogar.⁹

En este sentido, cabe resaltar la detección desde los servicios de Urgencias Pediátricas, ya que actúan como puerta de entrada de estos pacientes al sistema sanitario.³³ Sin embargo, existen una serie de **factores que dificultan la detección**:

Tabla III: Factores que dificultan la detección

→ FACTORES RELACIONADOS CON LA VÍCTIMA/AGRESOR
- Presencia de lesiones compatibles con otras situaciones clínicas. Es esencial diferenciar entre lesiones accidentales y abusivas en los niños, ya que pueden producirse consecuencias graves, como la pérdida de un caso de maltrato hacia el menor, dándose una situación peligrosa.
- Heterogeneidad en las manifestaciones y combinación de diversos tipos de maltrato.
- Dificultad para obtener el testimonio del menor (menores de 2 años, discapacidad etc.)
- Ausencia de un perfil concreto de persona maltratadora.
- Privacidad del suceso al producirse en el medio intrafamiliar. Entre un 80 y un 90% de los casos no son detectados, debido principalmente a que se producen en el ámbito de la familia.
- Miedo del niño a castigos, amenazas y culpabilidad. ^{1, 9, 14, 42}
→ FACTORES RELACIONADOS CON LOS PROFESIONALES
- Poca sensibilidad social hacia la violencia contra los niños, niñas y adolescentes.
- Falta de recursos y su mala gestión, derivada de una inversión insuficiente, provocando la sobrecarga de trabajo de los profesionales y el colapso del sistema.
- Conocimiento inadecuado, falta de formación de los profesionales, falta de voluntad para reportar sospechas de abuso, y discrepancias en lo que se considera abuso.
- Falta de coordinación entre sistemas y de un sistema integrado. ^{5, 19}

Fuente: Elaboración propia.

5.4.3 NOTIFICACIÓN

La Ley 1/1996 de Protección Jurídica del Menor dicta que *“todo profesional sanitario que detecte un supuesto caso de malos tratos tendrá la obligación moral, profesional y legal de notificar el hecho a la autoridad competente”*.²⁰ Por lo tanto, una vez detectada la sospecha, o la confirmación, de una situación de maltrato hacia el menor se debe notificar, es decir, transmitir la información sobre el menor, a los Servicios Sociales competentes.⁹

Para saber a qué Servicios Sociales debemos dirigir la notificación **debemos valorar la urgencia de la situación**. El concepto de urgencia se relaciona de forma general con el concepto de gravedad, por lo que la situación de urgencia vendrá determinada por la presencia de situaciones que pongan en peligro inminente la salud y vida del menor. Por ello, para que una situación se considere urgente se deben dar dos criterios: por un lado la existencia de daño evidente, la elevada gravedad de las lesiones o abusos y la elevada probabilidad de la repetición de los episodios de abuso; y por otro lado, que la salud y/o seguridad del menor este seriamente amenazada como consecuencia de la acción u omisión de los padres o cuidadores.¹

Una vez determinada la urgencia de la situación, y en función de ella, se pueden seguir dos procedimientos:

a) Procedimiento de notificación ordinario: Se emplea ante una situación de maltrato leve-moderado. Se notificará al Trabajador Social del centro sanitario, y conjuntamente a los Servicios Sociales Básicos del municipio en el que reside el menor, mediante el envío de la *Hoja de Notificación* (ANEXO III) a través de la Unidad de Admisión. Se debe destacar que dicha hoja no es un instrumento diagnóstico, sino únicamente de notificación. En primer lugar, se debe marcar si se trata de un caso evidente de maltrato o si solo existe sospecha. Después, se marcarán todos los indicadores que se presenten. En algunos cuestionarios, se puede señalar la gravedad de los indicadores mediante una L (leve), M (moderado) o G (grave); siendo siempre leves cuando se trate de notificación de sospecha de maltrato. Si hubiera síntomas no presentes en los indicadores escritos, se utilizara el apartado de “*otros síntomas o comentarios*”. Además, nos ayudaremos de las siluetas para identificar la localización de los indicadores físicos. Igualmente, es importante recoger los datos de identificación del menor, el profesional que cumplimenta la hoja y el centro; así como anotar la fecha de notificación, por si se daría el caso de existir varias notificaciones de un mismo caso. Después, la copia original se adjuntara a la historia clínica del menor, y una copia será enviada a los servicios sociales. Serán estos últimos, quienes se encarguen, si precisa, de derivar el caso al Servicio de Protección a la Infancia.⁹

b) Procedimiento de notificación urgente: Se debe seguir ante la certeza de que la salud y/o seguridad del menor puedan encontrarse en grave riesgo y no haya figura familiar o de apego que pueda hacerse cargo del menor.⁴¹ Se procederá a la notificación del caso directamente a la Sección de Protección a la infancia de la Gerencia Territorial de Servicios Sociales, junto con la comunicación al Trabajador Social del centro. Se notificará telefónicamente al Juzgado de Guardia en caso de una posible causa judicial, enviando parte de lesiones (ANEXO IV). A la hora de rellenar dicho parte, es esencial cumplimentar los datos referentes a la víctima, así como del centro donde se realiza la exploración. Nos ayudaremos de las siluetas para indicar la localización de las lesiones. Igualmente, se registrarán las pruebas complementarias realizadas. Una vez finalizada la exploración, se anotará la impresión diagnóstica junto con la gravedad considerada. Finalmente, se anotarán las actuaciones a seguir según el plan de cuidados establecido; como por ejemplo, el ingreso hospitalario, tratamiento, seguimiento, o si se considera dar el alta. En aquellos casos detectados fuera del ámbito hospitalario se derivarán al hospital de referencia, previo contacto telefónico, para estudio e ingreso asegurando la seguridad del menor, y el tratamiento de lesiones. Cuando peligre la integridad del menor y con el fin de facilitar su traslado, se avisará a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. Por último, si se ha detectado en el Ámbito Hospitalario, se notificará al Equipo de Atención Primaria para facilitar el trabajo coordinado.⁹

Según lo explicado anteriormente, la **Planificación** se lleva a cabo en esta fase, es decir, se establecen los objetivos que se pretenden alcanzar, así como las intervenciones y actividades a realizar, con el fin de prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Aunque el plan de cuidados debe ser individualizado para adaptarse a las necesidades de cada menor, existen las siguientes actividades de enfermería comunes en la mayoría de casos maltrato infantil:

1. Establecer relación de confianza, transmitir seguridad y bienestar
2. Explicar en todo momento que se está haciendo y tranquilizar.

3. Curar lesiones existentes según su naturaleza.
4. Observar los posibles indicadores físicos, psicológicos y comportamentales.
5. Realizar o colaborar en la realización de pruebas complementarias.
6. Contrastar la historia con la lesión resultante estableciendo su compatibilidad.
7. Estimular al niño a que relate lo sucedido, sin presionarle.
8. Registrar en la historia clínica de forma clara y concisa los hallazgos encontrados.

5.4.4 EVALUACIÓN – INTERVENCIÓN - SEGUIMIENTO

Se trata de la etapa decisiva, y supone la puesta en práctica de las decisiones tomadas durante la planificación, es decir, se realizarán todas las intervenciones enfermeras que se han decidido aplicar encaminadas a la resolución de los problemas y necesidades asistenciales del menor. En esta fase es importante la recogida de datos para valorarlos posteriormente. Así, la actuación en casos de maltrato infantil desde el ámbito sanitario conlleva la atención de las lesiones (atención sanitaria, comprobación diagnóstica, validación de las declaraciones), y apoyo emocional; siempre trabajando en equipo multiprofesional.

Igualmente, es en este punto del procedimiento en el cual se debe llevar a cabo la **Evaluación**, consistente en comparar las respuestas de la persona para determinar si se han conseguido los objetivos establecidos durante la planificación. Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que esta es continua, de tal forma que podemos detectar cómo evoluciona el menor y realizar modificaciones para que la atención resulte más efectiva.⁴³

Finalmente, un punto esencial en esta fase es el **Seguimiento del Menor y su familia** mediante la coordinación interdisciplinar, tanto entre los diferentes profesionales del ámbito sanitario como de estos con el centro educativo del menor, los Servicios Sociales o profesionales del ámbito judicial.⁹ En general, podemos destacar que el grupo de edad que precisa habitualmente seguimiento complementario a la AP, es el de 11 a 16 años, seguido por el de 6 a 10 años. Habitualmente se lleva a cabo por los Servicios Sociales, especialmente en el Maltrato Físico, pero también puede ser necesaria la actuación de los Centros de Salud Mental.³³ Para ello, los profesionales de AP, tanto el Equipo de Pediatría como el Trabajador Social del centro, llevarán a cabo el seguimiento del menor en concordancia con el Programa de Salud Infantil con la prioridad e intensidad que se considere necesaria en función de la gravedad de la situación detectada, incluyendo además al resto de los menores convivientes en el núcleo familiar, y que pudieran ser víctimas de violencia. Se llevarán a cabo actuaciones correspondientes al profesional de enfermería derivadas del plan de intervención acordado con servicios sociales. Además, serán los encargados de la coordinación entre los profesionales sanitarios tanto municipales como territoriales.⁹ El médico deberá realizar un informe de seguimiento de la situación del menor a los servicios de protección en un plazo máximo de seis meses.⁴¹ Centrándonos en Atención Hospitalaria, no solo se realizará una atención coordinada con el Equipo de Pediatría de AP del menor, sino que además se facilitará información sobre el seguimiento de los casos que requieran continuidad en el estudio de su salud a nivel hospitalario. Para garantizar dicha continuidad, es esencial que desde los Servicios Sociales, se

informe de las actuaciones realizadas y de la evolución del caso al resto de los profesionales que mantienen contacto con el menor. Para ello se propone el siguiente plan de actuación:

a) Maltrato Leve – Moderado: El trabajador social de los Servicios Sociales Básicos, tras realizar la investigación pertinente, contactará con el Equipo de Atención Primaria del menor, bien a través de reuniones de coordinación o por medio de informes por escrito; con el fin de transmitir información sobre la evolución e intervención prevista del caso, quedando todo ello registrado en la historia clínica del menor.

b) Maltrato Grave – Desamparo: Las Secciones de Protección a la Infancia de la Gerencia Territorial comunicarán por escrito al profesional sanitario que ha realizado la notificación del caso, el resultado de la actuación desarrollada.⁹

6. DISCUSIÓN E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA.

El Equipo de Enfermería desempeña un papel clave en la detección, notificación y seguimiento de los casos de maltrato infantil, gracias a su posición cercana al menor y su familia; lo cual queda reflejado en numerosos estudios realizados que indican que el mayor porcentaje de casos detectados procede de los Servicios de Urgencias principalmente, y en segundo lugar de AP. Por ello, en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de las comunidades encontramos programas destinados a la protección a la infancia, como el publicado por SaCyL, donde encontramos un apartado referente a la *“Detección precoz y abordaje integral de víctimas de Maltrato intrafamiliar en la infancia y adolescencia”* en el cual se relatan los criterios y el protocolo de actuación a seguir. Por el contrario, como resaltan autores como Carmela del Moral Blasco (2018), existe cierto desconocimiento acerca de los protocolos a seguir, las obligaciones legales y las señales indicativas de malos tratos hacia los menores, todo ello debido a la falta de formación de profesionales. Es por ello por lo que la AEPap manifiesta la existencia de protocolos desactualizados y/o poco conocidos que establezcan una estructura jerarquizada, indicando el papel de cada institución y/o profesional y que faciliten la comunicación entre los diferentes profesionales que actúan en defensa del menor y su familia. Si añadimos que cada Comunidad Autónoma dispone de un protocolo de actuación propio, se observa aún más la necesidad de difundir dichos protocolos con el fin de disponer de personal altamente cualificado y formado; e incluso, podemos encontrar diferencias entre los protocolos, como ocurre entre el nacional redactado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que abarca el tema desde los diferentes ámbitos que actúan para la defensa y protección del menor, es decir, desde el ámbito social, educativo, sanitario, policial y judicial; y el publicado por el SaCyL, que se centra en las actuaciones y pasos a seguir por el personal sanitario, siempre en constante coordinación y colaboración con el resto de profesionales tales como Servicios Sociales.

Es además de especial importancia tener en cuenta que con el transcurso de los años, unido a la aparición de las nuevas tecnologías, el apogeo de las redes sociales y una mayor accesibilidad a internet, han aparecido nuevas formas de sufrir malos tratos y acoso durante la infancia como son el Cyberbullying y el Grooming. Ello genera, como nos indica Ana María Sánchez Oliván (2020), una necesidad de actualización de los protocolos teniendo en cuenta estas nuevas variantes de maltrato infantil. En esta línea, la Sociedad Española de Medicina del Adolescente (SEMA), junto a Red.es y el Hospital Universitario de la Paz de Madrid en 2015 han elaborado una guía destinada al personal sanitario que incide en los usos que hacen los menores

de las TIC y no únicamente en el número de horas. Esto último, es un aspecto a destacar, ya que realmente se ha observado que el uso de las redes sociales, se da cada vez en edades más tempranas, y no ya solo en la adolescencia, por lo que debería ser un punto esencial a aparecer en guías asistenciales desde la infancia. En contraposición, Previnfad, que depende de la AEPap, lleva más de cinco años sin actualizar las recomendaciones respecto al maltrato infantil, quedando sin incluir estas tipologías. Esto último, resalta la importancia de actualización de los protocolos, ya que como indica UNICEF en varios informes, se ha observado que el uso de las redes sociales, se da cada vez en edades más tempranas, y no ya solo en la adolescencia.

Finalmente, cabe resaltar el debate generado por la Teoría de la Transmisión intergeneracional de la violencia, ya que numerosos autores como Bandura con su Teoría del Aprendizaje Cognoscitivo Social (1977) o autores más actuales como Carmen Touza Garma (2005) afirmaron que los menores víctimas de violencia durante la infancia tienen una mayor probabilidad de adquirir y replicar los patrones violentos que han observado y/o experimentado durante su niñez, ya que estos patrones quedan almacenadas en las mentes de los menores, siendo asimilados como normales. Estas afirmaciones se respaldan con los datos publicados por el Informe sobre el Maltrato Infantil en España de 2011. Sin embargo, en contraposición, un estudio realizado por Lackey y Willian en 1993, demostró que si existen relaciones sociales estrechas se puede evitar la transmisión de la violencia. Con ello se observa que es mayor el número de autores que defienden que la violencia sufrida durante la infancia, puede desencadenar una personalidad de maltratador y/o agresor.

7. CONCLUSIONES

El maltrato infantil es un problema de salud pública a nivel mundial, que según datos publicados por el Observatorio de la Infancia, Unicef y la Organización Mundial de la Salud, entre otros, continúa aumentando con el transcurso de los años. Sin embargo, la prevalencia real es desconocida debido a un conjunto de factores que dificulta su detección y notificación.

Con el fin de reducir el impacto de estos factores, a lo largo de los años se han consolidado una serie de leyes que hacen hincapié en los derechos de los niños, así como en las obligaciones de sus padres y/o cuidadores, estableciendo las penas que se darán en caso de no cumplir dichas obligaciones.

Tal es el impacto que tiene el maltrato infantil sobre las víctimas que ocasiona un gran número de consecuencias a largo y corto plazo, dañando el bienestar físico, psicológico y social de estas, debido a que se da en una etapa de la vida en la que se produce el desarrollo del menor, siendo especialmente vulnerable. Lo habitual es la presencia de consecuencias de varios tipos debido a que en la mayoría de las víctimas coexisten varios tipos de maltrato, lo que puede conllevar incluso a la muerte del menor.

El profesional de enfermería se encuentra en una posición cercana al menor y a la familia, en especial aquel que trabaja en el ámbito de las Urgencias y la Atención Primaria, por lo que mediante el trabajo multidisciplinar, con pediatras, educadores y trabajadores sociales, entre otros; debe realizar la prevención, detección y seguimiento del caso. Para ello, debe conocer la legislación y los protocolos de actuación ante casos de maltrato infantil y reconocer los indicadores que nos pongan en alerta de un caso de maltrato hacia el menor.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Oliván AM. Maltrato Infantil: EL Rol de Enfermería [Internet]. Alicante: Editorial 3Ciencias; Junio 2020 [Acceso 14 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.3ciencias.com/wp-content/uploads/2020/06/MALTRATO-INFANTIL-EL-ROL-DE-ENFERMERÍA.pdf>
2. Sacristán Santos M. Los inicios de la protección a la infancia en España (1873-1918). [Internet]. Madrid; 2008; 1–15. Available from: <https://www.aehe.es/wp-content/uploads/2008/09/Los-inicios-de-la-proteccion-infancia.pdf>.
3. UNICEF [Internet]. España: 2006 [acceso 15 Diciembre 2020]. Available from: www.unicef.es
4. Organización Mundial de la Salud. OMS | Maltrato de menores [Internet]. Maltrato de menores. [acceso 15 Diciembre 2020]. Available from: https://www.who.int/topics/child_abuse/es/
5. del Moral Blasco C. La violencia que se ejerce en casa MÁS ME DUELE A MÍ [Internet]. España: Save the Children España; 2018 [acceso 18 Diciembre 2020]. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5797_d_mas_me_duele_a_mi.pdf
6. Fundación ANAR | Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo. [Sede Web]. [acceso 18 Diciembre 2020]. Guía sobre maltrato para menores. Disponible en: <https://www.anar.org/maltrato-menores/>
7. Soriano Faura, FJ. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria de la salud. [Internet]. Valencia: Recomendaciones Previnfad / PAPPS; 2015 [acceso 16 diciembre 2020]. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/Maltrato.htm>
8. Aller Floreancig T, Jaén-Rincón P, Gómez-Pérez E, Arruabarrena-Terán R, Franco-Candel S. Detección y Notificación de Casos de Maltrato Infantil. Guía para la ciudadanía. [Internet]. Sevilla: Fed Asoc para la Prevención del Maltrato Infant; 2011 [acceso 16 diciembre 2020]. Disponible en: https://www.fapmi.es/imagenes/subsecciones1/SOIC_Guia%20Ciudadano_Maquetada_30-03-11.pdf
9. Ledesma Benítez, I, Garrido Redondo, M, Sánchez González, B, Vázquez Fernandez, M. E, de fuentes Acebes, M. del C., de Frutos Pérez, M. L., & Loma Rodriguez, M.C. Protocolo Sanitario de Actuación ante la sospecha de Maltrato Intrafamiliar en la infancia y la adolescencia. [Internet]. Valladolid: Gerencia Regional de Salud; 2016 [acceso 7 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/maltrato-infantil-adolescencia.ficheros/1032891-ProtocoloSanitario%20de%20actuaci%C3%B3n%20ante%20maltrato%20infantil.pdf>.
10. Ballesteros Meseguer C, Almansa Martínez P, Pastor Bravo M del M, Jiménez Ruiz I. La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia. Gac Sanit [revista en Internet] 2014 [acceso 6 Febrero 2021]; 28(4):287–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.006>.
11. UNICEF. Ocultos a plena luz. Un análisis estadístico de la violencia contra los niños [Internet]. Nueva York: Sección de Datos y Análisis División de Datos, Investigación y Políticas; 2015 [acceso 26 Diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/informeocultosbajolaluz.pdf>
12. World Health Organization. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños [Internet]. 2018 [acceso 16 Diciembre 2020]. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/inspire/INSPIRE_infographic_ES.pdf?ua=1
13. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Informe Anual 2015. Juntos hacía una agenda de equidad por la niñez y la adolescencia. [Internet]. San Jose, Costa Rica: Xinia Miranda; 2016 [acceso 20 Diciembre 2020]. Disponible en: https://www.unicef.org/INFORME_ANUALfinal-2015.pdf

14. Cantón-Cortés D. Prevalencia y características de los abusos sexuales a niños. Arch Criminología, Crim y Segur Priv. [Internet] 2014; XII (Nº 12 enero-julio 2014):1–7. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4714189>
15. Cabeza Fernández, S; Celis Solar, L. Abusos sexuales infantiles. Factores que dificultan su detección. Nuberos Científica. 2018; 3(25): 74-79. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/nc/2574nc>
16. Fundación ANAR. Evolución De La Violencia a La Infancia Y Adolescencia En España según las víctimas 2009-2016. [Internet]. 2018. Disponible en: http://www.anar.org/wp-content/uploads/2018/06/Estudio_Evoluci%C3%B3n-de-la-Violencia-a-la-Infancia-en-Espa%C3%B1a-seg%C3%BAn-las-V%C3%ADctimas.pdf
17. Rodríguez Vicaíno, L. Aspectos Fundamentales en el Abordaje del Maltrato Infantil para Enfermería. Revisión Bibliográfica. Ética de los Cuidados. 2018; 11. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/et/e11454>
18. Sánchez Vázquez, AR, Sánchez Pina, C. El Manifiesto de las sociedades científicas de pediatría a los grupos parlamentarios del congreso de los diputados En: boletín Congreso de los Diputados, 2020.
19. Bernal Barquero, M, García díaz, S, García Díaz MJ, Illán Noguera, CR, Álvarez Martínez, MC, Martínez Rabadán M, et al. Detección del maltrato infantil en los servicios de urgencias. Rev Enfermería Docente. 2015; enero- junio (103):40–5. Disponible en: <http://www.index-f.com/edocente/103pdf/10340.pdf>
20. Jefatura de estado. Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Boletín del Estado. 1996; 1225–38.
21. Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Boletín Oficial del Estado, nº 175, (23 de julio de 2015).
22. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia Jefatura de estado. Boletín Oficial del Estado, nº 180, (29 de julio de 2015).
23. Ley Orgánica 1 / 2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, nº 313, (29 de diciembre de 2004).
24. . Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, nº 152, (23 de junio de 2010).
25. Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado, nº 281, (24 de noviembre de 1995).
26. Constitución Española 1978. Boletín Oficial del Estado, nº 311.1, (29 de diciembre de 1978).
27. Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. Boletín Oficial del Estado, nº 206, (25 de julio de 1889)
28. Proyecto de Ley Orgánica de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Congreso de los Diputados, (13 de Abril de 2021)
29. Sanmartín Esplugues J, Serrano Sarmiento Á, Esteve García Y, Rodríguez Martín A, Martínez Sánchez P. Maltrato Infantil en la familia en España. Informe del Centro Reina Sofía [Internet].Madrid: Blundell H, Iborra Marmolejo I; 2011. [acceso 28 diciembre 2020] Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/3688_dmaltrato-infantil-espana-2011.pdf
30. Charles B. Nemeroff, Paradise Lost: The Neurobiological and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect. Neuron [Internet]. Marzo 2016 [acceso 19 diciembre 2020] ; 89(5): [892–909] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0896627316000209>

31. LaPota, HB, Donohue, B, Warren CS, , Gonzalez-Bueno, A, Allen, DN, Aguilera Arévalo, HE. Incorporando un plan de Vida Saludable en la Terapia Familiar Conductual: Ejemplificando un Caso Clínico de una Mujer con historial de Violencia Doméstica, Negligencia Infantil, Abuso de Drogas y Obesidad Revista Internacional de Psicología. [Internet]. 2014 [acceso 19 diciembre 2020]; 13 (1). Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6161354>
32. Ciuffo LL., Rodrigues BM, Tocantins FR. Interdisciplinary action of nurses to children with suspected sexual abuse. Investigación y Educación en enfermería. [Internet] 2014 [acceso 19 diciembre 2020]; 32(1):113-118
33. Solís-García G, Marañón R, Medina Muñoz M, de Lucas Volle S, García-Morín M, Rivas García A. Maltrato infantil en Urgencias: epidemiología, manejo y seguimiento. Anales de Pediatría [Internet] 2019 [acceso 20 diciembre 2020]; 91(1):37-41. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403318303643>
34. Cortés Arboleda MR, Cantón Duarte J, Cantón-Cortés D. Naturaleza de los abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2011 [acceso 20 diciembre 2020]; 25(2):157-65. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv25n2/original11.pdf>.
35. Pardo Alañon, MM. La violencia intergeneracional en el subconsciente familiar. Trabajo Social hoy [Internet] 2016 [acceso 1 de febrero 2021]; 78:67-84. Disponible en: <https://www.trabajosocialhoy.com/articulo/140/la-violencia-intergeneracional-en-el-subconsciente-familiar/>
36. Lackey, C, Williams, K.R. Social Bonding and the Cessation of Partner Violence Across Generations. Journal of Marriage and the family. 1995 [acceso 2 de febrero 2021]; 57, 295-305. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/353684?origin=crossref&seq=1>
37. Educo. Los costes de la violencia contra la infancia Impacto económico y social. [Internet]. Santander: EDUCO; 2018 [acceso 7 de febrero 2021]. Disponible en: [https://www.msccbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/Infancia/Violencia contra la Infancia/PDF/EDUCO Los costes de la violencia.pdf](https://www.msccbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/Infancia/Violencia%20contra%20la%20Infancia/PDF/EDUCO%20Los%20costes%20de%20la%20violencia.pdf)
38. García Dueñas P, Cuesta del Amo M, González García N, López Langa N. Examen de salud básico en un servicio de Enfermería Escolar. Metas de Enfermería. [Internet] 2012 [acceso 1 de febrero 2021]; 15(9):50-56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12960/TSH.2016.0010>
39. Páez Esteban AN, Torres Contreras CC, Ortiz Rodriguez SP, Campos de Idana, MS, Duarte Bueno LM, Niño de Silva BADP. Bullying in adolescents: role, type of violence and determinants. Revista da Escola de Enfermagem da USP. [Internet] 2020 [acceso 2 de febrero 2021]; 54 (e03625) Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019026003625>.
40. Garcia-Continente X, Pérez-Giménez A, Espelt A, Nebot Adell M. Bullying among schoolchildren: Differences between victims and aggressors. Gaceta Sanitaria [Internet]. 2013 [acceso 1 de febrero 2021]; 27(4):350-354. Disponible en: [10.1016/j.gaceta.2012.12.012](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.12.012)
41. Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad. Protocolo Básico de Intervención contra el maltrato Infantil en el ámbito familiar. Actualizado a la intervención en los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Centro de publicaciones; 2014 [acceso 16 de diciembre 2020]. Disponible en: https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/MaltratoInfantil_accesible.pdf
42. Quiroz HJ, Yoo JJ, Casey LC, Willabee BA, Ferrantella AR, Thorson CM, et al. Can we increase detection? A nationwide analysis of age-related fractures in child abuse. Journal of Pediatric Surgery [Internet]. 2020 [acceso 19 de diciembre 2020]; 56 (1): 153-158. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2020.09.027>

43. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, Garcia García E, Ruiz Díaz MÁ, Esteban Gómez J. Atención de Enfermería al Maltrato Infantil. [Internet] Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia – Conserjería de Servicios Sociales; 2002 [acceso 15 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007092.pdf>

9. ANEXOS

ANEXO I: TABLA IV ARTÍCULOS ESCOGIDOS

SCIENCE- DIRECT (ELSEVIER)

ARTÍCULO	AUTORES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	PRINCIPALES RESULTADOS
Can we increase detection? A nationwide analysis of age-related fractures in child abuse	Hallie J. Quiroz , Jason J. Yoo, Liann C. Casey, Brent A.Willobee , Anthony R.Ferrante Ila, et al	2020	Revision bibliographic al systematical	<ul style="list-style-type: none"> - Fractures are the 2 most common type of injury seen in child abuse. However, caregivers presenting with injured children may give an inaccurate history of the injurious event, leading to as many as 20% of abusive fractures being initially missed by healthcare providers. Children with fractures attributed to abuse have a twofold increased risk of mortality. - Physical abuse, including abusive head trauma, made up 60% of all cases of abuse requiring hospitalization. The most common types of physical abuse seen were head trauma and fractures. - Adolescents were the most likely to present with facial fractures; infants had the highest rates of skull fractures without coma; and young elementary school-aged children had the highest rate of skull fractures with coma. - Differentiation between abusive and accidental injuries in children is essential because the decisions from both the healthcare providers can have severe consequences such as missed abuse with the child remaining in a dangerous situation, underestimation of the severity of child maltreatment which also places child at continued endangerment.
Paradise Lost: The Neurobiologic al and Clinical Consequences of Child Abuse and Neglect	Charles B. Nemeroff	2016	Revision bibliographic al narrative	<ul style="list-style-type: none"> - Child abuse and neglect is associated with a marked increase in risk for major psychiatric disorders (major depression, bipolar disorder, post-traumatic stress disorder, substance and alcohol abuse...) and medical disorders - In young adulthood, bully victims exhibited increased rates of agoraphobia, anxiety and panic disorder, and those who were both bully victims and bullies exhibited increased rates of panic disorder and agoraphobia in women and suicidality in men. - ELS was associated with an increased risk for suicide attempt and, more specifically, sexual and physical abuse had the greatest effect, both for onset and persistence of suicidal behavior. - Child abuse is associated with an increased risk for bulimia, substance abuse, obesity and unintended teenage pregnancy. - That patients who have a history of ELS exhibit a very much poorer response to psychotherapy, pharmacotherapy.
Efectividad de la estrategia educativa para la prevención de la violencia y el maltrato infantil en el currículo del Grado de Enfermería.	M. Teresa Soy Andrade, M. Ángel Cuevas Budhartb, Sonsoles Hernández -Iglesias et al.	2019	Estudio Cuasexperim ental Longitunial y prospectivo	<ul style="list-style-type: none"> - El MI es una prioridad de salud pública de acuerdo con la OMS; por lo que se requiere de conocimientos específicos, no solo para la identificación de factores de riesgo, sino también para trabajar en equipo interdisciplinar en la intervención clínica y la notificación de casos, con el fin de abordarlo desde todas las perspectivas posibles. - La estrategia educativa "libro Fórum" ha mostrado resultados positivos, ya que facilita al estudiante del Grado de Enfermería su involucración en el proceso de su propio aprendizaje y construcción de conocimiento, de manera didáctica y novedosa. - El entrenamiento en competencias sobre MI en la formación de los estudiantes de Enfermería podría favorecer la prevención de la violencia y el maltrato infantil.

Maltrato Infantil en Urgencias: epidemiología, manejo y seguimiento	Gonzalo Solis-García, Rafael Marañón, María Medina Muñoz, Sara de Lucas Volle, et al	2018	Estudio Observacional, Retrospectivo, unicentrico y analítico.	<ul style="list-style-type: none"> - Los servicios de URG Pediátricas juegan un papel fundamental en la detección del maltrato infantil, ya que actúa como puerta de entrada de estos pacientes al sistema sanitario. - El maltrato físico es el más frecuente, seguido de la negligencia, el abuso sexual y el maltrato emocional. - La edad media ronda los 4 años, siendo el grupo más afectado el situado entre 1 y 5 años. - La sospecha de abuso sexual es más frecuente en niñas; y de maltrato físico en niños. - La sospecha apareció mayoritariamente durante la anamnesis, lo que resalta la importancia de una adecuada historia clínica, así como de la necesidad de una correcta formación y concienciación adquiriendo estrategias para asegurar la protección del menor y evitar las posibles consecuencias. - En más de la mitad de los casos el sospechoso fue uno de los progenitores. - El grupo de edad que precisa habitualmente seguimiento complementario a la AP, es el de 11 a 16 años, seguido por el de 6 a 10 años. Habitualmente se lleva a cabo por los Servicios Sociales, especialmente en el Maltrato Físico. También puede llevarse a cabo por los Centros de Salud Mental.
---	--	------	--	---

DIALNET

ARTÍCULO	AUTORES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	PRINCIPALES RESULTADOS
Incorporando un plan de Vida Saludable en la Terapia Familiar Conductual.	Holly B. LaPota, Brad Donohue, Cortney S. Warren, et al	2014	Ensayo Clínico	<ul style="list-style-type: none"> - Los niños víctimas de maltrato tienen 10 veces más probabilidades de sufrir obesidad. - Los niños que sufren violencia domestica pueden convertirse en agresores de otros niños. - Los agresores presentan estrés, falta de apoyo; violencia y consumo de sustancias. - Dentro de la TFC destaca la enseñanza de habilidades para controlar a los menores como enseñar a ignorar los comportamientos no deseados de los niños y a reforzar los deseados; no culpar a los niños de su comportamiento y enseñarles cual es el correcto. Por otra parte, enseñar a las familias a priorizar el gasto y gestionar las fuentes de ingreso, así como ayudar a la búsqueda de empleo.
La familia y la intervención preventiva socioeducativa: hacia la identificación del maltrato infantil.	Francisco Xavier Aguiar Fernández; Clara Isabel Fernández Rodico; Carmen Pereira	2014		<ul style="list-style-type: none"> - Fases: 1º- Detección; 2º Notificación a los Servicios Sociales Comunitarios; 3º Presentación por parte del Trabajador Social a la familia del Programa de intervención familiar. 4º Estudio de la dinámica familiar y social, roles familiares y conductas problemáticas. 5º Diagnóstico y diseño del Plan de Intervención Familiar. - Mayor riesgo en padres adictos a sustancias toxicas; desempleados, incapacitados físicamente o sometidos a estrés constantes. - Es necesario crear programas de apoyo locales dirigidos a promover el fortalecimiento de las redes sociales, incorporando modalidades de promoción de las potencialidades de los niños en sus tratamientos e incrementar las competencias en la infancia. - Sufrir MI aumenta el riesgo de sufrir maltrato en la edad adulta; psicopatologías y conductas problemáticas. - Carencia de instrumentos y falta de unificación de criterios en las fases de detección, notificación y derivación, así como las políticas de austeridad presupuestaria.

	Domínguez			
Prevalencia y característica de los abusos sexuales niños.	Dr. David Cantón-Cortés	2013		<ul style="list-style-type: none"> - El abuso sexual infantil recoge cualquier actividad de tipo sexual con un niño donde no hay consentimiento o no puede dárlo. También el contacto sexual entre un niño y otro de mayor edad cuando hay una significativa diferencia de edad. - Agresor habitualmente varón. Misma probabilidad de que el agresor sea un adulto que un menor de edad. - La mayoría de los casos y los más graves ocurren en el ámbito familiar o entorno próximo), un 46.8%. - Haber sufrido ASI aumenta el riesgo de volver a sufrirlo por parte de otros agresores; o en la edad adulta sufrir maltrato por parte de la pareja.
Examen de salud básico en un servicio de Enfermería Escolar	Patricia García Dueñas Marta Cuesta del Amo Nuria González García	2012		<ul style="list-style-type: none"> - La Enfermería Escolar debe buscar factores de riesgo que puedan hacer sospechar de un posible maltrato infantil, reconocer situaciones de violencia doméstica, concertar entrevista con padres o tutores del menor maltratado en caso de que se sospeche maltrato infantil en el menor, registrar lesiones sospechosas por si fueran sugerentes de maltrato y comunicar cualquier síntoma sospechoso al trabajador social del centro - En la prevención del MI es importante: Informar de los factores de riesgo; realizar charlas sobre afectividad-sexualidad en los padres para evitar los embarazos no deseados; brindar orientación práctica a los progenitores en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva con el niño; promover a los padres para una adecuada estimulación del niño y el crecimiento emocional estable; ofrecer los recursos sanitarios y sociales alternativos al centro y que están disponibles cuando se identifica violencia doméstica, drogadicción o enfermedad mental de los progenitores; derivar a los recursos sanitarios y sociales alternativos al centro escolar cuando se observan prácticas de castigo corporal en el niño.

CUIDENPLUS

ARTÍCULO	AUTORES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	PRINCIPALES RESULTADOS
Detección del maltrato infantil en los servicios de urgencias	Marta Bernal Barquero, Silvia García Díaz, María Josefa García Díaz,, Carmen Rosario Illán Noguera, María del Camino Álvarez Martínez, Manuel	2015	Revisión bibliográfica narrativa	<ul style="list-style-type: none"> - Entre el 2% y el 10% de los niños que visitan los servicios de urgencias son víctimas de malos tratos. - El conocimiento, la formación, la actitud y la experiencia del personal sanitario, la situación socioeconómica de la familia, las características de las lesiones, los pacientes y los recursos disponibles o la remisión son factores que desempeñan un papel en la identificación y comunicación de malos tratos infantiles. - Entre un 80 - 90% de los casos de maltrato infantil no son detectados, debido a que se producen en el ámbito de la familia. - Según la ONU es necesaria la función de las enfermeras a la hora de ofrecer apoyo, formación e información, la enfermería tiene una misión en asegurar la atención integral del niño y su familia, en especial del niño en situación de riesgo social, en coordinación con otras instituciones implicadas en su cuidado y seguimiento Para ello, es necesaria la formación de los profesionales de la salud en todas las cuestiones básicas relativas a la protección infantil. - El conocimiento mayor del problema es un requisito previo para una mejor asignación de los recursos y servicios, y aumentar la conciencia promueve una mayor vigilancia por parte de los profesionales. La implementación de un protocolo de detección estructurada, con una lista de señales de advertencia, podría aumentar la detección del maltrato infantil.

	Martínez Rabadán; et al			<ul style="list-style-type: none"> - El maltrato infantil sigue siendo un problema escasamente identificado, debido al conocimiento inadecuado y la falta de formación de los profesionales sobre el reconocimiento de las lesiones de abuso, falta de voluntad para reportar sospechas de abuso, y las discrepancias en lo que se considera abuso.
Aspectos Fundamentales en el Abordaje del Maltrato Infantil para Enfermería	Laura Rodríguez Vizcaíno	2018	Revisión Bibliográfica	<ul style="list-style-type: none"> - La figura de la enfermera está presente además de en el ámbito sanitario, en el educativo y formativo, social y familiar por lo que tiene responsabilidad a la hora de identificar un caso de maltrato infantil, cuidar la salud del menor, solicitar ayuda a los organismos de protección y fomentar programas de prevención, apoyo y seguimiento. - Solo, aproximadamente, un 10% de los casos son detectados. - El MI se da en todas edades, especialmente menores de 13 años (M. Físico más común en < 2 y el abuso sexual en > 9) - RD 3/2004: el enfermero/a tiene la obligación de notificar a los servicios competentes en materia de protección de menores. CODIGO DEONTOLÓGICO DE ENFERMERÍA: “derecho del niño a crecer en salud y dignidad” y “obligación de proteger a los niños de cualquier forma de abuso y poner en conocimiento de las autoridades competentes cualquier caso del que se tenga conocimiento” - Enfermería es consciente de la gravedad que entraña la violencia infantil, sigue existiendo duda en relación a qué tipo de implicación, cual es la competencia profesional, que compromisos legales conlleva dicha actuación, situaciones de riesgo, vías de notificación y otras, que hacen necesario recalcar cuál es el papel de la enfermera ante un caso de maltrato infantil. - El MI es un problema de salud pública que debe abordarse de forma integral, requiere de la intervención de diversos sectores y una actuación multidisciplinar. La actuación de enfermería es similar a la que se realiza en otros problemas de salud: prevenir, detectar, sospechar un diagnóstico en base a unos síntomas, trabajar en equipo, comunicar y proteger. - Estrategias de prevención: Primarias: medidas dirigidas a la comunidad destacando la promoción del buen trato. Secundarias: dirigidas a la población de riesgo. Terciarias: dirigidas a las familias donde se haya producido el maltrato. - Se destaca el papel de la enfermera desde atención primaria, dónde dispone de un lugar destacado para detectar situaciones de riesgo y podrá actuar con actividades de prevención debido a los controles del niño sano y el calendario de vacunación.
Abusos sexuales infantiles. Factores que dificultan su detección.	Sara Cabeza Fernández; Lucía Celis Solar.	2018	Revisión bibliográfica.	<ul style="list-style-type: none"> - UNICEF: el 20% de las mujeres y el 5-10% de los hombres sufrieron abusos sexuales durante la infancia. - Nivel nacional 15, 2% en niños, 22,7% en niñas sufrieron Abusos Sexuales. Prevalencia en España según el Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar: 7,16 niños maltratados por cada 10.000 menores de 18 años - Los agresores suelen ser personas socialmente integradas y considerarse normales, aunque pueden caracterizarse con algunos rasgos como falta de empatía, baja autoestima, escaso control de impulsos. Generalmente es un conocido (85-90%) pero siempre un familiar; un desconocido en el 10-15% de los casos y suele darse una única vez. - Factores asociados del agresor: consumo de alcohol y drogas que inhiben sus principios morales, experiencias propias de abusos por lo que considera “normal” el comportamiento, excitación sexual de los menores... - Factores interfamiliares que favorecen los abusos sexuales: abuso de alcohol, recurso habitual a la violencia, desempleo, ausencia de otro progenitor, problemas de pareja entre los ascendientes, o haber sufrido ellos mismos abusos en la infancia. - las víctimas sufren consecuencias a largo plazo, que dificultaran su desarrollo personal y su calidad de vida.
Naturaleza de los	M. Rosario Cortés	2011		<ul style="list-style-type: none"> - La mayoría de las víctimas son de sexo femenino.

abusos sexuales a menores y consecuencias en la salud mental de las víctimas	Arboleda, José Cantón Duarte y David Cantón-Cortés			<ul style="list-style-type: none"> - La mayoría ocurrió en el hogar de la víctima o el agresor, en especial en los abusos a niñas; siendo mayor los abusos en lugares públicos en niños. Tan solo un pequeño porcentaje fue cometido por desconocidos. - La mayoría de los agresores eran hombres. Algo más de la mitad adultos y el resto menores de 18 años. - Las experiencias de abuso sexual afectan negativamente a la adaptación mental y psicológica de las víctimas, en especial en el caso de las mujeres, donde se observa una menor autoestima y asertividad y una mayor tendencia a la ansiedad y la depresión. En los varones tan solo se observa una mayor tendencia a la ansiedad
--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

PUBMED

ARTÍCULO	AUTORES	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	PRINCIPALES RESULTADOS
Interdisciplinary action of nurses to children with suspected sexual abuse	Lia Leão Ciuffo, Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues, et al	2014	Investigación Cualitativa	<ul style="list-style-type: none"> - The perpetrators of child sexual abuse used to be companions of mothers, biological parents, grandparents, uncles, mothers, grandmother, aunts and other who have with the child a relationship of dependence, affection or trust. - The child often becomes the victim of this assault for a long time, indelibly marking their mental and social health. - It is advisable that the nurse provides a humanized service, with foundation in scientific knowledge and in reliance on the Statute of Children and Adolescents. - The violence requires effective actions in order to be reduced: Information, education and notification to the competent organs are key elements to guide the actions of the professionals who deal directly with children. So it is necessary to think about the development of a solid scientific knowledge that can guide health practices of nurses and health professionals who deal with the reality of violence against children
Bullying among schoolchildren: Differences between victims and aggressors	Xavier García-Contiente, Anna Pérez-Giménez, et al	2013	Estudio transversal	<ul style="list-style-type: none"> - Victims of bullying are associated with being overweight, obesity, low self-esteem, depression, etc. In addition, they often have problems with sleep, behavior and expression of emotions. - The aggressors of bullying are associated with violence, crime, drug or alcohol consumption, nervousness, etc.
Acoso escolar en adolescentes: rol, tipo de violencia y determinantes	Páez Esteban AN, Torres Contreras CC, Ortiz	2019	Estudio de corte transversal analítico	<ul style="list-style-type: none"> - Existe relación entre ser víctima de acoso escolar y presentar algún tipo de discapacidad, el tipo de etnia, la falta de capacidad para establecer relaciones sociales, etc. Igualmente, existe relación entre ser agresor y haber sido testigo de violencia, violencia en el ámbito intrafamiliar, consumo de sustancias, etc.

	Rodríguez SP, et al			
--	------------------------	--	--	--

9.1. ANEXO II

TABLA V FACTORES DE RIESGO DEL MALTRATO INFANTIL.

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES		
FACTORES DE RIESGO DE LA VICTIMA	<ul style="list-style-type: none"> - Mayor incidencia en sexo femenino frente al masculino (20% frente a 5%). En España incidencia invertida. - Niñas: Maltrato sexual - Niños: maltrato físico. - Edad: < 13 años - <2 años → M. Físico - >9 años → M. Sexual. - Ausencia de competencias sociales 	<ul style="list-style-type: none"> - Bajo peso al nacer - Defectos congénitos - Problemas de salud crónicos - Hijos ilegítimos o no deseados. - Trastornos mentales y de conducta - Víctima del bullying: violencia familiar, conductas introvertidas, discapacidades, sobrepeso. - Discapacidad
FACTORES DE RIESGO DEL AGRESOR	<ul style="list-style-type: none"> - Sexo masculino - Entorno cercano al menor (85-90% de los casos; en más de la mitad es uno de los progenitores): padre biológico, pareja de la madre, hermano, tío o abuelo, madre, tía, abuela o hermana. - Inestabilidad emocional - Baja tolerancia a la frustración - Elevado nivel de estrés - Baja autoestima - Trastornos mentales - Abuso de drogas o alcohol - Experiencia de violencia en la infancia - Adolescencia 	<ul style="list-style-type: none"> - Familias monoparentales - Separación o divorcio conflictivo. - Antecedentes delictivos - Desconocimiento del proceso evolutivo del niño y sus necesidades - Aislamiento social - Bajo nivel educativo. - Desempleo - Agresor de bullying o Cyberbullying: Testigo de violencia entre padres, Consumo de alcohol y/o sustancias psicoactivas, adolescencia
FACTORES DE RIESGO FAMILIARES		
Características de la familia y sus interacciones entre sí.		
<ul style="list-style-type: none"> - Violencia familiar - Percepción del hijo como un problema - Escasa cohesión familiar - Estrés familiar - Embarazo no deseado 	<ul style="list-style-type: none"> - Elevado estrés asociado a la parentalidad - Concepción de la violencia física como forma de disciplina - Falta de normas educativas - Violencia domestica 	<ul style="list-style-type: none"> - Insatisfacción de la pareja - Familia numerosa o monoparental - Bajo nivel socioeconómico - Falta de comunicación
FACTORES DE RIESGO SOCIALES		
<ul style="list-style-type: none"> - Pobreza/ inestabilidad económica - Carencia de vivienda 	<ul style="list-style-type: none"> - Pocas opciones de conciliación - Escasas redes de apoyo y soporte social 	

Fuente: elaboración propia

1, 5, 14, 15, 17, 35, 36, 39, 40

9.2. ANEXO III

TABLA VI INDICADORES DEL MALTRATO INFANTIL

	INDICADORES FÍSICOS EN EL NIÑO	INDICADORES COMPORTAMENTALES EN EL NIÑO	CONDUCTA DEL CUIDADOR
MALTRATO FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> Magulladura/hematomas Quemaduras Fracturas (cráneo, nariz, mandíbula, <2 años) Heridas sin explicación Lesiones abdominales Mordedura humana: huella de adulto Intoxicaciones, cortes, ahogamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> Cauteloso respecto al contacto físico. Aprensivo cuando llorar otros niños Conductas extremas: agresividad/rechazo Miedo de ir a casa, llora al terminar las clases. Relata que sus padres le han causado daño. 	<ul style="list-style-type: none"> Disciplina severa inapropiada para la edad del niño. No explica la lesión del niño. Parece no preocuparse del menor, percibiéndolo negativamente. Psicópata Abuso de alcohol/drogas Intenta ocultar la lesión del menor.
NEGLIGENCIA	<ul style="list-style-type: none"> Escasa higiene, ropa inadecuada. Falta de supervisión, accidentes frecuentes. Retraso del crecimiento. Alimentación y/o hábitos inadecuados Infecciones leves, recurrentes. Consultas frecuentes a los servicios de urgencias No escolarización / Problemas de aprendizaje 	<ul style="list-style-type: none"> Somnolencia, cansancio o apatía constante. Conductas y expresiones inadecuadas para su edad. Participa en actividades delictivas. Dice que no hay quien le cuida Inmadurez emocional 	<ul style="list-style-type: none"> Vida caótica en el hogar Mentalmente enfermo o bajo nivel intelectual Muestra apatía Enfermedad crónica que impide la correcta atención del niño. Alcoholismo/drogodependencia
MALTRATO EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad y/o retraso en el desarrollo evolutivo Trastorno en el control de esfínteres Trastornos o enfermedad psicomática de repetición Desnutrición. Alopecia Retrasos en la adquisición de funciones madurativas. 	<ul style="list-style-type: none"> Depresión / intentos de suicidio Psicopatías y conductas delictivas Labilidad afectiva y trastornos del comportamiento Agresividad, rabia, exigencia Conductas extremas. 	<ul style="list-style-type: none"> Rechazo y culpa Trato desigual entre hermanos Exige al niño por encima de sus capacidades Valoración negativa del menor de forma reiterada Violencia de genero Aislamiento
ABUSO SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> Dificultad para andar/sentarse Ropa interior rasgada, manchada, con sangre Dolor o picor en genitales ITS/ETS Semen en genitales/ropa Cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina, ano Embarazo (adolescencia) Infecciones urinarias de repetición 	<ul style="list-style-type: none"> Resistencia a la exploración de genitales Relata sentirse atacado sexualmente Conductas sexuales extraños, inusuales Trastornos del sueño y alimentación. Trastornos psíquicos Desvalorización corporal. Problemas conductuales: fugas, fracaso escolar 	<ul style="list-style-type: none"> Extremadamente protector o celoso del niño Sufrió abuso sexual en su infancia Dificultades en su matrimonio Abuso de drogas/alcohol Ausente del hogar

Fuente: elaboración propia

- María A, Oliván S. MALTRATO INFANTIL: EL ROL DE ENFERMERÍA [Internet]. Alicante; 2020 Jun [cited 2020 Dec 19]. Available from: <https://www.3ciencias.com/wp-content/uploads/2020/06/MALTRATO-INFANTIL-EL-ROL-DE-ENFERMERÍA.pdf>
- Grupo de trabajo sobre maltrato infantil de la APAPCYL. Protocolo Sanitario de Actuación ante la sospecha de maltrato intrafamiliar en la infancia y la adolescencia. [Internet]. 2016 [cited 2020 Dec 19]. Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/procesos-atencion/maltrato-infantil-adolescencia.ficheros/1032891-protocolosanitario-de-actuación-ante-maltrato-infantil.pdf>.

9.3. ANEXO IV: HOJA DE NOTIFICACIÓN



Junta de Castilla y León

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



Sacyl

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

Sospecha

Maltrato

DATOS DE FILIACIÓN	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino Dirección: _____ CP: Provincia: _____ Población: _____	Nombre: _____ DNI: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ Teléfono: _____ CP: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
MALTRATO FÍSICO <input type="checkbox"/> Magulladuras o moretones <input type="checkbox"/> Quemaduras <input type="checkbox"/> Fracturas óseas <input type="checkbox"/> Heridas <input type="checkbox"/> Lesiones viscerales <input type="checkbox"/> Mordeduras humanas <input type="checkbox"/> Intoxicación forzada <input type="checkbox"/> Síndrome del niño zarandeado	
NEGLIGENCIA <input type="checkbox"/> Escasa higiene <input type="checkbox"/> Falta de supervisión <input type="checkbox"/> Cansancio o apatía permanente <input type="checkbox"/> Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas <input type="checkbox"/> Es explotado, se le hace trabajar en exceso <input type="checkbox"/> No va a la escuela <input type="checkbox"/> Ha sido abandonado	
MALTRATO EMOCIONAL <input type="checkbox"/> Retraso físico, emocional y/o intelectual <input type="checkbox"/> Intento de suicidio <input type="checkbox"/> Cuidados excesivos / Sobreprotección	
ABUSO SEXUAL <input type="checkbox"/> Sin contacto físico <input type="checkbox"/> Con contacto físico y sin penetración <input type="checkbox"/> Con contacto físico y con penetración <input type="checkbox"/> Dificultad para andar y sentarse <input type="checkbox"/> Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada <input type="checkbox"/> Dolor o dolor en la zona genital <input type="checkbox"/> Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal <input type="checkbox"/> Cervix o vulva hinchados o rojos <input type="checkbox"/> Explotación sexual <input type="checkbox"/> Semen en la boca, genitales o ropa <input type="checkbox"/> Enfermedad venérea <input type="checkbox"/> Apertura anal patológica <input type="checkbox"/> Himen perforado	
IDENTIFICACIÓN DEL CASO Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de notificación: _____ Acompañante: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tío/a <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____	
DATOS PERSONALES DEL FACILITATIVO Nombre y apellidos: _____ Profesión: _____ Sexo: _____ Nº de colegiado: _____ Servicio/Consulta: _____	

IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO	
Apellidos: _____ Domicilio: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Fecha de nacimiento (día/mes/año): _____ Acompañante: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____	Nombre: _____ Teléfono: _____ Fecha de nacimiento (día/mes/año): _____ Identificación del notificador: _____ Centro: _____ Servicio / Consulta: _____ Nombre: _____ Área sanitaria: _____ Profesional: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> N.º Colegiado: _____

MALTRATO FÍSICO

Magulladuras o moretones¹

Quemaduras²

Fracturas óseas³

Heridas⁴

Lesiones viscerales⁵

Mordeduras humanas⁶

Intoxicación forzada⁷

Síndrome del niño zarandeado⁸



Señale la localización de los síntomas

Fuente:

- Sacyl. Hoja de notificación de maltrato infantil desde el ámbito sanitario. 2016.
- Observatorio de la Infancia; Junta de Castilla y León. Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario. 2018; 63-6.

9.4. ANEXO IV: PARTE DE LESIONES

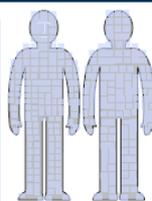


Junta de Castilla y León



Sacyl

PARTE DE ASISTENCIA POR LESIONES

1. DATOS DEL CENTRO Nombre del centro: _____ Dirección: _____ Localidad: _____ Provincia: _____ C.P.: _____ Teléfono: _____	2. DATOS DE LA PERSONA LESIONADA Apellido: _____ Nombre: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Dirección: _____ Teléfono: _____ Provincia: _____ Municipio: _____ CP: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____ DNI: _____ Nº de Historia Clínica/CPA (CP): _____
3. FECHA/HORA ASISTENCIA Lugar de los hechos (dirección y población): _____	
4. CAUSA PRESUMIBLE DE LAS LESIONES <input type="checkbox"/> ACCIDENTE <input type="checkbox"/> Tráfico <input type="checkbox"/> Juegos <input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____ <input type="checkbox"/> VIOLENCIA DE GÉNERO <input type="checkbox"/> MALTRATO <input type="checkbox"/> Menores de edad <input type="checkbox"/> Personas mayores <input type="checkbox"/> Personas con discapacidad <input type="checkbox"/> AGRESIÓN <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____ <input type="checkbox"/> ANIMAL <input type="checkbox"/> INTOXICACIÓN <input type="checkbox"/> OTRAS CAUSAS (especificar): _____	
5. LESIONES QUE PRESENTA Tipo de lesiones / Localización / Data aproximada: _____ 	
6. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS REALIZADAS _____	
7. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA PRONÓSTICO CLÍNICO Sí: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Muy grave	
8. PLAN DE ACTUACIÓN <small>Especificar en caso de que se haya ingresado, se den de alta o otros resultados, pruebas complementarias, etc.</small>	

Fuente:

- Centro DDEL, Hechos LDELOS, Población DY. Parte de asistencia por lesiones 1. 2018; 8-9.