

# MALTRATO INFANTIL: EL ROL DE ENFERMERÍA

*Ana María Sánchez Oliván*

Medicina y Salud





# **MALTRATO INFANTIL EL ROL DE ENFERMERÍA**

*Ana María Sánchez Oliván*



**Editorial Área de Innovación y Desarrollo, S.L.**

Quedan todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida, distribuida, comunicada públicamente o utilizada, total o parcialmente, sin previa autorización.

© del texto: **Ana María Sánchez Oliván**

ÁREA DE INNOVACIÓN Y DESARROLLO, S.L.

C/Alzamora, 17- 03802- ALCOY (ALICANTE) [info@3ciencias.com](mailto:info@3ciencias.com)

Primera edición: **junio 2020**

ISBN: **978-84-121459-8-4**

DOI: <https://doi.org/10.17993/Med.2020.70>

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN</b> .....	<b>7</b>
<b>PALABRAS CLAVE</b> .....	<b>7</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>8</b>
<b>KEYWORDS</b> .....	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>9</b>
1.1. Problema de investigación/antecedentes .....	9
1.2. Marco Jurídico .....	10
1.3. Tipos de maltrato .....	12
1.4. Nuevos tipos de maltrato .....	14
1.5. Situación actual .....	15
1.6. Impacto económico.....	19
1.7. Justificación .....	20
1.8. Objetivos .....	21
1.8.1. Objetivo Principal .....	21
1.8.2. Objetivos Específicos.....	21
<b>CAPÍTULO II: METODOLOGÍA</b> .....	<b>23</b>
2.1. Criterios de inclusión .....	23
2.2. Criterios de exclusión .....	24
2.3. Estrategia de búsqueda .....	24
<b>CAPÍTULO III: RESULTADOS</b> .....	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN</b> .....	<b>29</b>
4.1. Consecuencias a corto y largo plazo del maltrato infantil .....	29
4.2. Resiliencia.....	31
4.3. Barreras que dificultan la detección y notificación .....	32
4.4. Detección de maltrato infantil.....	34
4.5. Indicadores de maltrato infantil .....	35
4.6. Diagnóstico de malos tratos .....	39
4.6.1. Proceso de Atención de Enfermería .....	40
4.7. Protocolo a de actuación una vez detectados los malos tratos.....	42
4.7.1. Procedimientos de notificación .....	43
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES</b> .....	<b>45</b>
<b>CAPÍTULO VI: RESULTADOS ESPERADOS y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>47</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>49</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>55</b>
ANEXO I. Resultados búsqueda bibliográfica.....	55
ANEXO II. Hoja de notificación de maltrato ámbito sanitario .....	58
ANEXO III. Oficio de remisión al juzgado de guardia .....	61

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Clasificación del maltrato infantil.....	12
<b>Figura 2.</b> Búsqueda bibliográfica.....	27
<b>Figura 3.</b> Proceso Atención de Enfermería malos tratos.....	40

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Comparativa CCAA. Notificaciones por ámbito de procedencia.....	17
<b>Tabla 2.</b> Evolución de la violencia infantil en España (2009-2016).....	18
<b>Tabla 3.</b> Número de llamadas y casos 2016.....	19
<b>Tabla 4.</b> Traducción de lenguaje libre a lenguaje controlado.....	23
<b>Tabla 5.</b> Estrategia de búsqueda en Pubmed.....	24
<b>Tabla 6.</b> Estrategia de búsqueda en Cuiden.....	24
<b>Tabla 7.</b> Estrategia de búsqueda en ScienceDirect.....	24
<b>Tabla 8.</b> Estrategia de búsqueda Lilacs.....	24
<b>Tabla 9.</b> Estrategia de búsqueda en Scielo.....	25
<b>Tabla 10.</b> Evolución desglosada por sexo.....	29

## RESUMEN

El maltrato infantil es un problema de salud pública cuya incidencia está aumentando de forma alarmante en los últimos años. Su identificación es difícil por lo que resulta imprescindible que los profesionales de enfermería sepan reconocer los signos del maltrato y el protocolo a seguir, para poder detectar los casos, notificarlos y proporcionar al menor una protección y atención integral adecuada.

Se realizó una revisión bibliográfica de la evidencia científica disponible sobre la problemática del maltrato infantil para: conocer los principales indicadores y signos de maltrato que deben tener en cuenta los profesionales sanitarios en su atención al menor. Identificar las causas por las que muchos profesionales sanitarios no notifican los casos de maltrato infantil. Describir el rol de enfermería a la hora de enfrentarse a este problema y conocer el protocolo a seguir una vez detectado un caso de maltrato infantil. La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Sciencedirect, Dialnet, Scielo y Google académico a partir de estudios de investigación primarios publicados en los últimos diez años, obteniendo 128 artículos. Tras descartar los duplicados y aquellos que no cumplían ni con los criterios de inclusión ni con los objetivos se seleccionaron 28 artículos definitivos. Los resultados indican que la tasa de detección de los casos de maltrato infantil subestima los casos reales. A pesar de que la notificación de supuestos malos tratos a menores es obligatoria, muchos profesionales de la salud no notifican. Curiosamente el personal enfermero es el más reacio a hacerlo, debido principalmente al miedo, a la falta de formación y a la no diferenciación entre notificación y denuncia. Todos los artículos coincidieron en que existe un desconocimiento generalizado entre los profesionales sanitarios en el protocolo a seguir una vez detectados los signos de malos tratos. El maltrato infantil es un problema de salud pública de escasa visibilidad cuya detección es muy compleja. A pesar de que las estadísticas son alarmantes, estas solo representan una pequeña parte de la realidad, ya que muchos de los casos no llegan a los servicios de salud, otros no se notifican o se registran como otras casusas. La prevención del maltrato debe integrarse en la formación de los profesionales de la salud, en universidades y postgrados ya que es fundamental para saberlo detectar y actuar, siendo preciso que todos profesionales que están en contacto más directo con el niño tengan la formación y los conocimientos adecuados con el fin de prevenir y tratar de manera temprana este problema.

## PALABRAS CLAVE

Maltrato infantil, Enfermería, Indicadores, Detección.

## **ABSTRACT**

Child abuse is a public health problem that is increasing alarmingly in recent years. Their identification is difficult so it is essential that nursing professionals know how to recognize the signs of child abuse and the protocol to follow, to be able to detect cases, notify them and provide the child with protection and adequate comprehensive care.

A bibliographic search of the scientific evidence available was carried out on the problem of child abuse to: know the main indicators and signs of child abuse that health professionals should take into account in their care for the child. Identify what causes many of these health professionals to fail to report cases of child abuse. Describe what is the role of nursing when dealing with this problem and know what is the protocol to follow once a case of child abuse is detected. The bibliographic search was carried out in the databases in the Pubmed, Cuiden, Sciencedirect, Lilacs, Scielo and Google academic based on primary research studies published in the last ten years, obtaining 128 items. After discarding duplicates and those that did not meet either the inclusion criteria or the objectives of the review, 28 final articles were selected. The results indicate that the detection rate of child abuse cases underestimates actual cases. Although reporting of alleged ill-treatment of minors is mandatory, many health professionals do not notify them. Interestingly, nurses are the most reluctant to do so, mainly due to fear, lack of training and non-differentiation between notification and reporting. All articles agreed that there is widespread ignorance among healthcare professionals in the protocol to be followed once detected are signs of ill-treatment. Child abuse is a poorly visible public health problem that is very complex to be screened. Although the statistics are alarming, they represent only a small part of the reality, as many of the cases do not reach health services, others are not reported or recorded as other cases. Abuse prevention should be integrated into the training of health professionals, in universities and postgraduates as it is essential to know how to detect and how to act, it is necessary that all professionals who are in more direct contact with the child have the appropriate training and knowledge to prevent, detect and treat this problem early.

## **KEYWORDS**

Child abuse, Nursing, Indicators, Detection.

# CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

## 1.1. Problema de investigación/antecedentes

El maltrato infantil es un problema universal que se remonta a los orígenes de la humanidad. Durante siglos el infanticidio y los malos tratos a menores fueron aceptados y justificados de diversas formas, siendo una práctica relativamente habitual hasta el inicio del siglo XIX, especialmente sobre discapacitados, niñas e ilegítimos (De Bonis, 1998). En el siglo X el médico persa Rhazés en su monografía sobre los infantes fue el primero en señalar que las fracturas de los “niños llorones” podrían haber sido causadas por golpes intencionados a manos de sus cuidadores. Pero no fue hasta la segunda mitad del XIX cuando el catedrático en medicina legal Ambroise Tardieu describió el abuso sexual y el maltrato físico en niños. En sus obras “*Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*” (1857) y “*Étude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants*” (1860) describió cien años antes que el pediatra Henry Kempe el síndrome del niño apaleado, basándose en los resultados obtenidos en 32 autopsias de niños golpeados y quemados. En 1962 el médico pediatra y virólogo alemán Henry Kempe, publicó en la revista JAMA, el “síndrome del niño golpeado”. La publicación de este artículo condujo a la identificación y reconocimiento por parte de la comunidad médica del abuso infantil (Baranda, 2017). Finalmente en 1959 la Organización de las Naciones Unidas (ONU) firma la Declaración de los Derechos del Niño, en la cual se proclama el derecho de la infancia de todo el mundo a recibir un cuidado adecuado por parte de los padres y de la comunidad.

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (Jefatura del Estado, 1990) por vez primera recoge, en su artículo 19, el derecho de los menores a no ser maltratados y define el maltrato infantil como:

*Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo (p.38899).*

Desde ese momento cualquier tipo de maltrato a un niño pasa a considerarse un delito y un problema de salud pública de profundas repercusiones psicológicas, sociales, éticas, legales y médicas.

Diversos autores han emitido definiciones del maltrato infantil, definiciones que varían dependiendo de si han sido elaboradas desde el campo jurídico, en el cual lo

que se intenta es identificar y castigar al agresor, o desde el campo de la salud, en cuyo caso se privilegia brindar atención a las víctimas. En la actualidad la definición más amplia y aceptada por el colectivo científico es la incluida en la nota descriptiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016), que define el maltrato como:

*Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil (párr.2).*

A pesar de ser la definición más extendida hay que señalar que en ella no se menciona ni el maltrato institucional ni la mendicidad, mientras que en la definición elaborada por el Observatorio de la Infancia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en 2008 sí se tiene en cuenta: “acción, omisión o trato negligente, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad” (Observatorio De la Infancia, 2008).

## 1.2. Marco Jurídico

En el siglo XX nace la primera Declaración de los Derechos del Niño, momento en el que definitivamente se toma conciencia de la responsabilidad de la sociedad y del Estado en proteger y asegurar el futuro de los niños. Sin embargo esta declaración no era de obligatorio cumplimiento ya que carecía de carácter legislativo. Tuvieron que pasar 30 años hasta que finalmente en la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño en 1989, por primera vez se reconoce a los niños como sujetos de derecho y a las personas adultas como sujetos de responsabilidades. Este tratado tiene rango de ley y es de obligatorio cumplimiento.

A continuación se enumeran las diferentes normas que regulan el maltrato infantil.

### **A nivel Internacional destacan:**

- Año 1959. Declaración Derechos del Niño por la Organización de Naciones Unidas
- Año 1986. Resolución Parlamento Europeo en la que se establece la Carta Europea de los Niños Hospitalizados.

- Año 1989. Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño, donde se especifica el derecho de los niños a ser protegidos de todas las formas de maltrato.
- Año 1996. Convenio del Consejo de Europa sobre el Ejercicio de los Derechos de los Niños.
- Año 2007. Convenio del Consejo de Europa relativo a la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual.
- Año 2010. Convenio de La Haya relativo a la competencia, la ley aplicable, el reconocimiento, la ejecución y la cooperación en materia de responsabilidad parental y de medidas de protección de los niños.

### **En España destacan:**

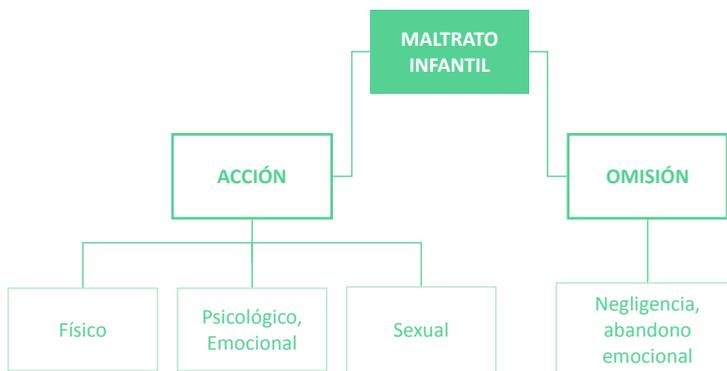
- Año 1978. Constitución Española. (Artículo 39).
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.
- Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, de Reforma del Código Penal de 2015.
- Ley 26/2015, de 28 de julio y Ley Orgánica 8/2015 de modificación del Sistema de protección a la infancia y a la adolescencia.
- En el artículo 148.1.20 de la Constitución Española otorga a las Comunidades Autónomas las competencias, por lo que cada Comunidad Autónoma desarrolla su propia normativa referente a la infancia.

### **A nivel profesional:**

- Todos los profesionales están obligados a intervenir en los casos de maltrato infantil a través de sus correspondientes códigos deontológicos de los colegios profesionales.
- Código de Deontología y Ética Médica art. 30.2 “El médico que conociere que cualquier persona y más aún si es menor o discapacitado, para cuya atención a sido requerido, es objeto de malos tratos, deberá poner los medios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad correspondiente”.
- Código Deontológico de Enfermería en España, capítulo VII art. 39 “ La enfermera denunciará y protegerá a los niños de cualquier forma de abusos y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento”.

### 1.3. Tipos de maltrato

La tipología del maltrato se establece en base a cuatro parámetros: por el momento en el que se produce (prenatal o postnatal), por los autores o ámbito de ocurrencia (familiar, extrafamiliar o institucional), por su expresión o comportamiento (acción u omisión) y por su carácter y forma (maltrato físico, emocional, sexual, negligencia, corrupción, explotación laboral, enfermedad generada por el cuidador, etc.), sin embargo, la mayoría de los autores en las diferentes guías de práctica clínica atienden a la siguiente clasificación: Identifican cinco tipos de maltrato divididos en dos grupos, por acción (maltrato físico, maltrato emocional y abuso sexual) y por omisión (negligencia y abandono emocional) (Álvarez *et al.*, 2006; Vicente y Navalón, 2014).



**Figura 1.** Clasificación del maltrato infantil.

- **Maltrato físico:** cualquier acción no accidental por parte de los padres que provoque daño físico o enfermedad en los niños/as o les coloque en grave riesgo de padecerlo.
- **Maltrato emocional:** acción capaz de originar cuadros psicológico-psiquiátricos por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño/a.
- **Abuso sexual:** contacto o interacción entre un niño/a y un adulto en la que son utilizados para la obtención de estimulación sexual por parte del adulto. El abuso sexual también puede ser llevado a cabo por menores de 18 años cuando estos son significativamente mayores que la víctima o están en una situación de poder o control sobre la misma.
- **Negligencia:** aquella situación en la que las necesidades físicas de los niños/as no son atendidas temporal o permanentemente por parte de las personas responsables de su cuidado.

- **Abandono emocional:** falta de respuesta persistente a las señales (llanto, sonrisa...) expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño/a y la ausencia de iniciativa de interacción y contacto por parte de las personas responsables de su cuidado.

Wekerle, Wolfe y Cohen (2007) señalan otros tipos de situaciones que comparten estas características pero que no se ajustan de manera estricta a ellas, estas son:

- **Explotación laboral:** los padres o responsables del cuidado del niño/a les asignan con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos que exceden de los límites de lo habitual para la infancia en ese contexto sociocultural.
- **Corrupción:** conductas propiciadas por adultos que refuerzan pautas de conducta antisocial o desviada, en ocasiones con el fin de sacar un beneficio del menor y que impiden la normal integración del niño/a, manifestándose especialmente en el área de la agresividad.
- **Incapacidad de control de la conducta del hijo/a:** los padres hacen dejación de su responsabilidad de controlar y manejar de manera adaptativa el comportamiento de sus hijos/as o intentan hacerlo de manera notoriamente inadecuada y dañina.
- **Maltrato prenatal:** falta de cuidado, por acción u omisión, del cuerpo de la futura madre o auto-suministro de sustancias o drogas que, de manera consciente o inconsciente, perjudica al feto, provocando que el bebé nazca con crecimiento anormal, patrones neurológicos anómalos, síntomas de dependencia física de dichas sustancias u otras alteraciones imputables a su consumo por parte de la madre.
- **Enfermedad generada por el cuidador:** antiguamente denominado Síndrome de Münchhausen, este trastorno casi siempre involucra a una madre/padre que abusa de su hijo buscándole atención médica innecesaria. Se trata de un síndrome raro, poco comprendido, y cuya causa es desconocida. La madre/padre puede simular síntomas de enfermedad en su hijo añadiendo sangre a su orina o heces, dejando de alimentarlo, falsificando fiebres, administrándole secretamente fármacos que le produzcan vómito o diarrea o empleando otros trucos como infectar las vías intravenosas (a través de una vena) para que el niño aparente o en realidad resulte enfermo. Presenta una incidencia de

0,5-2 por cada 100.000 niños y genera elevada morbimortalidad. Es muy difícil su diagnóstico y manejo. Hace sospechar su existencia hallazgos clínicos inexplicables, fracasos terapéuticos incomprensibles o fallecimientos extraños.

- **Maltrato literal:** todas aquellas situaciones en las que de manera total y absoluta el niño/a se encuentra en una situación de ausencia total de protección porque no tienen padres, tutores o guardadores o estos han renunciado a cumplir con sus deberes de manera literal.
- **Maltrato Institucional:** cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual de los profesionales que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia.

Según Martínez y Sánchez (1989) el maltrato institucional, se refiere a las inadecuadas o insuficientes prácticas llevadas a cabo por los siguientes sectores: ámbito sanitario, justicia, educación, servicios sociales, centros de acogimiento/ familias sustitutas, medios de comunicación, asociaciones para la prevención del maltrato infantil y ONGS Incluye tanto las formas más conocidas de malos tratos llevadas a cabo extrafamiliarmente - físico, negligencia, emocional, sexual-, como de los programas - educación, salud, nutrición, sociales- y de los sistemas sociales- políticas públicas y/o sociales - inadecuadas.

- **Acoso entre pares:** conducta agresiva física o psicológica, repetida en el tiempo, que realiza un alumno (agresor) contra otro (víctima), y en el que el agresor establece una relación de dominancia que le reporta una gratificación social y/o individual, e incapacita a la víctima para salir de esa situación, acrecentando la sensación de indefensión y aislamiento. El acoso ocasiona significativas secuelas, tanto en la víctima (baja autoestima, ansiedad, aislamiento, absentismo escolar, fobias, trastornos psicósomáticos, depresión, ideación e intentos de suicidio), en el agresor (vandalismo, abuso de tóxicos, delincuencia, fracaso escolar y profesional y uso de la violencia como forma de relacionarse). También quedan afectados los testigos ante la violencia presenciada.

## 1.4. Nuevos tipos de maltrato

La llegada de internet y el uso de nuevas tecnologías de comunicación e información han dado lugar a nuevas formas de interrelacionarse y de comunicarse a través

de estos soportes. Sin embargo algunas personas los utilizan para cometer actos delictivos. Vivas (2018) y Montiel, Carbonell, y Salom (2014) indican que la población que más los utiliza son los menores de edad, algo que los convierte en el grupo más vulnerable para padecer estos nuevos tipos de acoso que a continuación se citan:

- **Ciberacoso:** prácticas de intimidación (amenazas, hostigamiento, humillación) realizadas a través de tecnologías telemáticas como internet, teléfonos móviles etc., con intención de dañar, que se repiten en el tiempo y hay un desequilibrio de poder entre participantes.
- **Grooming:** acciones deliberadas por parte de un adulto para establecer contacto con un menor a través de internet con el único objetivo de obtener una satisfacción sexual. Este tipo de maltrato pasa por varias fases hasta alcanzar el groomer, que es su objetivo final: establecer lazos de amistad fingiendo ser menor, obtener información de la víctima y a través de esa información poder seducir al menor para conseguir conductas de contenido sexual cada vez más explícitas, hasta llegar a chantajear para obtener fotos o videos de contenido sexual cada vez más explícitos para finalmente conseguir un contacto sexual.
- **Sexting:** envío a través del teléfono móvil de fotografías y videos de contenido sexual, grabados por el protagonista de los mismos de manera voluntaria y sin coacción. El problema es que una vez colocada en la red la foto o video, es prácticamente imposible eliminarla, pudiendo ser utilizada en un futuro como motivo de chantaje, humillación de quien se hizo la foto o vídeo, por parte de las personas de supuesta confianza a quienes envió dichos documentos.

## 1.5. Situación actual

A nivel mundial, el último informe de UNICEF (2015) que recoge los datos de la violencia infantil en 190 países arroja unos datos inquietantes: 6 de cada 10 niños del mundo (unos 1000 millones) de 2 a 14 años de edad sufren de manera periódica castigos físicos (corporales) a manos de sus cuidadores. En la mayoría de los casos, estos niños son objeto de una combinación de castigos físicos y agresiones psicológicas. Estos tipos de castigos afectan al 17% de los niños en 58 países. En otros 23 países, la aplicación de castigos físicos severos está generalizada, con más de uno de cada cinco niños. Además 3 de cada 10 adultos del mundo creen que para criar o educar de manera adecuada a un niño es necesario apelar al castigo físico. Una cuarta parte de las adolescentes de 15 a 19 años del mundo (unos 70 millones de niñas) dijo haber sido objeto de alguna forma de violencia física desde los 15 años de

edad. Los datos son inquietantes, en África oriental y meridional, por lo menos el 12% de las niñas de esa edad de los nueve países sobre los que se dispone de datos, con la excepción de las Comoras, denunciaron incidentes de violencia física durante el año previo a este estudio. En África occidental y central, la proporción de niñas de los 11 países sobre los que se cuenta con datos que fueron objeto de violencia física en ese lapso es de por lo menos 1 de cada 14. Las proporciones más elevadas corresponden a las niñas de la república Democrática del Congo, con el 42%, y del Camerún, con el 26%. 120 millones de niñas de todo el mundo (algo más de una de cada 10) han sido víctimas de relaciones sexuales forzadas y otras agresiones sexuales en algún momento de sus vidas. Sin embargo, las niñas que viven en determinadas partes del mundo parecen correr más peligro que otras. En 13 de los 18 países del África subsahariana sobre los que se dispone de datos pertinentes, las tasas de prevalencia de las relaciones sexuales forzadas son del orden del 10%. A pesar de que estas cifras son muy elevadas el informe advierte que son sólo la punta del iceberg del problema ya que no recogen a las víctimas que lo mantienen en silencio y por tanto ni solicitan ayuda ni denuncian.

Por otro lado según datos de la OMS, se calcula que en los países de ingresos altos alrededor del 4-16% de los niños sufren malos tratos físicos y uno de cada 10 abandono y abusos psicológicos. Durante la infancia 9 niñas y 3 niños de cada 100 están expuestos a abusos sexuales. Estos abusos sexuales oscilan entre el 8-31% para las niñas y el 3-17% para los niños. La prevalencia es mayor en los países de ingresos bajos y medios. A nivel mundial, la prevalencia por negligencia física y abandono emocional es del 16,3% y del 18,4% (World Health Organization, 2013).

A nivel europeo La Alianza Europea para la Seguridad Infantil, en marzo de 2014 publicó un informe, donde se recoge la prevalencia de las lesiones intencionales en la población infantil europea. El informe señala que el maltrato infantil en Europa es común, existiendo una gran variabilidad en las tasas de muertes por lesiones intencionales entre los países. La prevalencia en Europa varía entre el 9,6% para el abuso sexual (5,7% de los varones, 13,4% de las niñas) y el 22,9% para el maltrato físico y el 29,1% para el abuso psicológico. Este informe supone el primer análisis de este tipo llevado a cabo en el entorno de la Unión Europea, y pretende servir de base para guiar los próximos desarrollos a realizar en este ámbito. A pesar de que en muchos países se están realizando esfuerzos para desarrollar e implementar políticas y recursos adecuados contra la violencia infantil la Alianza advierte que la actual crisis económica y las medidas de austeridad supone una grave amenaza para el desarrollo óptimo de estas medidas, por lo que solicita a los Estados miembros

que sigan manteniendo sus esfuerzos para proteger a la población infantil y juvenil contra esta violencia (MacKay y Vincenten, 2014).

En España la situación no difiere del contexto mundial. Según la base de datos RUMI (Registro Unificado para el Maltrato Infantil), 16777 niños fueron víctimas de malos tratos en el ámbito familiar en 2017. Comparando con años anteriores, a excepción del año 2015 donde sí hay una disminución de registros, se puede decir que existe un crecimiento constante desde que existen registros en el RUMI. El número de notificaciones distribuidas por sexo señala que la mayoría corresponden al sexo masculino un 58%. El grupo de edad 15-17 años es el que más notificaciones registró, con predominancia en sexo masculino y gravedad leve/moderada (Observatorio de la Infancia, 2017). Atendiendo a la gravedad 5713 fueron notificaciones graves denunciadas por las fuerzas de seguridad. Curiosamente de todas las notificaciones el grupo que menos notifico fue el sanitario (ver Tabla 1).

**Tabla 1.** Comparativa CCAA. Notificaciones por ámbito de procedencia.

	Nº NOTIFICACIÓN	C. FUERZAS SEGURIDAD	EDUCATIVO	OTROS	SANITARIO	SERVICIOS SOCIALES
Andalucía	3135	4	192	131	84	2724
Aragón	385	46	2	34	11	292
Asturias	295	71	7	76	42	99
Baleares	1640	96	746	0	66	732
Canarias	1369	39	25	433	262	610
Cantabria	600	134	66	89	78	233
Castilla León	831	158	22	280	57	314
C. La Mancha	180	66	13	9	11	81
Cataluña	3184	1.978	165	440	438	163
C. Valenciana	499	46	305	46	48	54
Extremadura	1053	0	46	5	20	982
Galicia	SD	SD	SD	SD	SD	SD
Madrid	1424	380	65	124	122	733
Murcia	753	502	109	22	120	0
Navarra	181	26	8	19	10	118
País Vasco	1121	578	2	225	9	307
La Rioja	55	0	18	0	16	21
Ceuta	20	2	0	9	5	4
Melilla	52	1	36	1	8	6
<b>TOTAL</b>	<b>16777</b>	<b>4127</b>	<b>1827</b>	<b>1943</b>	<b>1407</b>	<b>7473</b>

**Fuente:** elaboración propia.

Según la Fundación A.N.A.R. (Ayuda A Niños y Adolescentes En Riesgo) (2016), en su último informe anual del teléfono de ayuda para niños y adolescentes, se atendieron un total de 468754 llamadas de ayuda a niños y niñas, un 27% más que el año anterior. El 56,9% de estas llamadas corresponden a casos de violencia contra la infancia lo que supone un incremento de un 25,3% con respecto al año anterior. Del 59,6% de las llamadas atendidas por violencia contra un menor el 14,6% fueron por maltrato físico, el 11,3% por maltrato psicológico, 12,4% por violencia escolar, 5,7% por violencia de género, 4,9% por abuso sexual, 4,2% por abandono, 2,2% por agresiones familiares, 1,1% por ciberacoso, 0,3% por expulsión del hogar, 0,1% por pornografía/prostitución y 0,1% por otros tipos de violencia. El informe concluye que la violencia ha alcanzado el grado más alto en su escala de gravedad, pasando de atender 1487 casos graves a 5930 en el año 2016 (ver Tabla 2). Más de la mitad de los casos atendidos son por algún tipo de violencia contra la infancia.

**Tabla 2.** Evolución de la violencia infantil en España (2009-2016).

TIPOS VIOLENCIA	AÑOS							
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Maltrato físico	333	488	547	515	664	874	1143	1348
Violencia escolar	171	261	333	283	350	350	611	1170
Maltrato psicológico	148	239	317	310	454	720	824	1042
Trastornos conducta	234	343	432	380	373	383	470	551
Violencia genero	25	79	171	192	227	281	492	536
Abuso sexual	162	223	246	199	233	292	410	450
Abandono	226	264	225	190	225	304	368	391
Agresiónextrafamiliar	105	152	129	128	134	133	138	203
Ciberacoso/Grooming	21	30	33	26	75	55	96	107
Violencia A/M	34	27	33	40	34	61	51	92
Echado domicilio	10	23	26	29	23	20	32	28
Prostitución/violencia	18	26	11	16	11	9	20	12
<b>TOTAL CASOS</b>	<b>1487</b>	<b>2155</b>	<b>2503</b>	<b>2308</b>	<b>2803</b>	<b>3482</b>	<b>4655</b>	<b>5930</b>

**Fuente:** elaboración propia.

Por otro lado la fundación señala un nuevo problema emergente muy preocupante: la ideación suicida, el intento de suicidio y las autolesiones. Las llamadas por ideación/intento de suicidio se han triplicado desde 2013, mientras que y las llamadas por autolesiones se han multiplicado por 7 (ver Tabla 3). Este tipo de conductas autolesivas suicidas y no suicidas surgen como un medio para poner fin a estados emocionales desagradables, como un intento de desplazar el malestar emocional al

plano físico, o como búsqueda de solución a problemas graves (Belloso y Peñalver, 2017).

**Tabla 3.** Número de llamadas y casos 2016.

AÑO 2016	Autolesión	Ideación suicida	Intento de suicidio
Llamadas	1373	1102	496
Casos	571	429	198

**Fuente:** elaboración propia.

Según informa Aspasi (citado en Galet-Macedo y Felipe, 2016), de los 516092 niños atendidos de urgencia en trece hospitales de España entre septiembre de 2011 y septiembre de 2012, 471 niños habían sido víctimas de posibles maltratos. Son demasiadas urgencias por maltrato, además añaden que uno de cada cuatro niños que es atendido de urgencia en los hospitales por sospecha de haber sido víctima de maltratos no vuelve al domicilio familiar, porque es trasladado a un centro de acogida, queda ingresado en el centro – en algunos casos en la unidad de curas intensivas – o ha muerto a consecuencia de la agresión. Según la misma investigación, el 37% de esos 471 niños fueron atendidos por sospechas de haber sufrido abusos sexuales, otro 37% por sospecha de maltratos físicos, un 20% habían sido víctimas de una probable conducta negligente y un 4,5% de un potencial maltrato emocional, de acuerdo a los datos del servicio de urgencias del Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona (España).

## 1.6. Impacto económico

Otro aspecto muy importante a tener en cuenta es el impacto económico generado por el maltrato infantil. Este tipo de violencia no solo afecta a la víctima y a su entorno, sino a toda la sociedad, repercutiendo en el desarrollo económico del estado en su conjunto, dado que genera elevados gastos en costes sanitarios, jurídicos, sociales y educativos. Fabra *et al.* (2018) en su informe “Los costes de la violencia en la infancia. Impacto económico y social”, basado en datos del Anuario de la Criminalidad y Seguridad Ciudadana 2015, dependiente del Ministerio del Interior, revela que la violencia a la infancia cuesta a las administraciones públicas españolas 979 millones de euros al año, lo que supone el 0,1% del PIB español. Una cifra infravalorada ya que en este informe solo se tiene en cuenta a las víctimas directas de abuso sexual. Unas víctimas cuyo número real se desconoce, ya que solamente se denuncian el 4% de las violaciones o abusos sexuales sufridos por estos niños. Una situación que pone en evidencia la falta de disponibilidad pública de datos fiables y armónicos de los casos reales de violencia infantil.

Lo más significativo de este estudio es que el coste sanitario es el más elevado, con 850 millones de euros, es decir el 87% del total de los costes de la violencia contra la infancia. El coste educativo supondría un gasto anual de 4,1 millones de euros. Los costes sociales 44,4 millones de euros en centros de acogida y 11,4 en familias de acogida. En cuanto a los costes judiciales se estima un gasto anual de más de 67 millones de euros por servicios penitenciarios y 2,2 millones de euros por procedimientos judiciales. El informe concluye que la inversión en prevenir los abusos sería inferior a los gastos en sanidad, reparación, justicia y educación, advirtiendo que si no se puede cuantificar una realidad difícilmente se puede solucionar un problema, lo que imposibilita poder hacer política pública, generar unos presupuestos y evaluar su impacto y la eficacia de las conclusiones.

### **1.7. Justificación**

El maltrato infantil es un problema de salud pública, de escasa visibilidad cuya incidencia está aumentando de forma alarmante en los últimos años. Al mismo tiempo detectar que un menor está siendo maltratado es una tarea muy compleja. El personal de enfermería ocupa una posición privilegiada y fundamental a la hora de detectar y prevenir estas situaciones, especialmente aquellos enfermeros/as que trabajan en áreas asistenciales como urgencias, atención primaria y hospitalización, donde las continuas revisiones realizadas dentro del programa del niño sano, o en la atención de lesiones sospechosas de malos tratos pueden dar la señal de alarma. Es en ese momento cuando el conocimiento, la formación y la experiencia que se tenga en ese campo como profesional sanitario marcará la diferencia a la hora de cómo hay que actuar.

A pesar de que el personal de enfermería es consciente de la gravedad de este problema, continúan existiendo dudas en relación a la implicación, la competencia profesional, los compromisos legales, las situaciones de riesgo, las vías de notificación y otra serie de deficiencias. Todo esto me hace plantearme las siguientes preguntas: ¿Cuál es el rol de enfermería ante el maltrato infantil? ¿Porque algunos profesionales sanitarios no notifican los casos de maltrato infantil.

La realización de esta revisión bibliográfica nos ayudará a aclarar términos, a diferenciar los distintos tipos de malos tratos, a conocer aquellos indicadores que nos puedan señalar que un menor está siendo víctima de malos tratos, a esclarecer cuales son los motivos que hacen que algunos sanitarios no notifiquen los casos de maltrato infantil y conocer el protocolo a seguir una vez detectado un caso de maltrato. Esta información nos permitirá en un futuro poder hacer una detección

precoz ofreciendo protección y atención integral al menor, contribuyendo de esta manera a reducir las cifras de uno de los problemas más serios de salud pública.

## 1.8. Objetivos

A continuación, se detallan los objetivos que se pretenden conseguir con este estudio.

### 1.8.1. Objetivo Principal

- Realizar una revisión bibliográfica sobre la problemática del maltrato infantil describiendo cual es el rol de enfermería a la hora de enfrentarse con este problema.

### 1.8.2. Objetivos Específicos

- Clarificar los conceptos básicos más importantes sobre maltrato infantil; definición, tipologías, etc.
- Conocer los principales indicadores y signos del maltrato infantil que debe de tener en cuenta el profesional de enfermería en su atención al menor en los servicios sanitarios (atención primaria, urgencias, etc.).
- Sensibilizar al profesional sanitario sobre la repercusión de los malos tratos infantiles en la salud de niño, su tratamiento y abordaje.
- Identificar las causas que hacen que muchos profesionales sanitarios no notifiquen los casos de maltrato infantil.
- Conocer el protocolo a seguir una vez detectados indicios de maltrato infantil.



## CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

Con el objetivo de poder dar respuesta a las preguntas de investigación y a los objetivos planteados se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva de la evidencia científica disponible en las principales bases de datos de Ciencias de la Salud, concretamente en Pubmed, Cuiden, Sciencedirect, Lilacs y Scielo. La búsqueda se llevó a cabo durante el mes de enero y febrero de 2020, se acotó en el tiempo, delimitando la búsqueda a artículos publicados en los últimos diez años (2009-2019). En aquellos casos en los que los resultados de artículos eran excesivamente numerosos se acotó el tiempo del año 2015 a 2019. Se seleccionaron las palabras clave: maltrato infantil, enfermería, indicadores, detección y notificación. Posteriormente se tradujeron a lenguaje controlado, empleando para ello descriptores DeCS y términos MeSH, (ver Tabla 4).

**Tabla 4.** Traducción de lenguaje libre a lenguaje controlado.

LENGUAJE LIBRE	DESCRITORES DeCS	DESCRITORES MeSH
Maltrato infantil	Child abuse	Child abuse
Enfermería	Nursing	Nursing
Indicadores	Indicators	Indicators
Detección	Detection	Detection
Notificación	Mandatory reporting	Mandatory reporting

**Fuente:** elaboración propia.

Para ampliar la información también se llevó a cabo una búsqueda en Google y Google Académico de artículos científicos a texto completo, protocolos y guías de práctica clínica publicados por diferentes sociedades y asociaciones profesionales y elaboradas en España, así como publicaciones de organismos nacionales e internacionales como UNICEF, Organización Mundial de la Salud, Observatorio de la Infancia, Fundación ANAR y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. Por último también se consultaron las revistas Atención Primaria, Gaceta Sanitaria, Gerokomos y Rol de Enfermería.

### 2.1. Criterios de inclusión

- Artículos y revisiones sistemáticas que aborden el tema del maltrato infantil publicados en revistas indexadas que atiendan a los aspectos: maltrato infantil, enfermería, indicadores de maltrato, detección de maltrato, protocolo.

## 2.2. Criterios de exclusión

- Artículos que aborden el tema del maltrato infantil fuera de núcleo sanitario (colegios, centros de acogida, etc.).
- Fuentes que no tengan relación con los objetivos del trabajo.
- Fuentes en idiomas diferentes al inglés, castellano, portugués y francés.

## 2.3. Estrategia de búsqueda

A continuación se presentan las tablas con la estrategia de la búsqueda llevada a cabo en las diferentes bases de datos.

**Tabla 5.** Estrategia de búsqueda en Pubmed.

Base de datos	Palabras clave	Filtros	Artículos
Pubmed	Child abuse{Mesh}And nursing{Mesh}	2015-2019,	45
	Child abuse{Mesh}And detection	Full text,	20
	Child abuse{Mesh}And Indicators	Abstract.,	8
	Child abuse{Mesh} And Mandatoryreporting	Rewiev	23

**Fuente:** elaboración propia.

**Tabla 6.** Estrategia de búsqueda en Cuiden.

Base de datos	Palabras clave	Filtros	Artículos
Cuiden	Child abuse{Desh} AND nursing	2009-2019	18
	Child abuse{Desh} AND detection	2009-2019	10
	Child abuse{Desh} AND indicators	2009-2019	3
	Child abuse{Desh}AND notification	2009-2019	4

**Fuente:** elaboración propia.

**Tabla 7.** Estrategia de búsqueda en ScienceDirect.

Base de datos	Palabras clave	Filtros	Artículos
ScienceDirect	Child abuse{Desh} AND nursing	2015-2019	16
	Child abuse{Desh}AND mandatoryreporting AND nursing	2010-2019	18
	Child abuse AND indicators AND detection	2015-2019	13

**Fuente:** elaboración propia.

**Tabla 8.** Estrategia de búsqueda Lilacs.

Base de datos	Palabras clave	Filtros	Artículos
Lilacs	Child abuse{Desh} AND nursing AND reporting	2015-2019	15
	Child abuse {Desh} ANDdetection AND nursing {Desh}	2015-2019	14
	Child abuse {Desh} nursing AND indicators	2015-2019	6

**Fuente:** elaboración propia.

**Tabla 9.** Estrategia de búsqueda en Scielo.

Base de datos	Palabras clave	Filtros	Artículos
Scielo	Child abuse{Desh} AND nursing {Desh}	2009-2019	30
	Child abuse {Desh} AND reporting	2015-2019	17
	Child abuse {Desh}AND indicators	2015-2019	13

**Fuente:** elaboración propia.

Para elaborar búsquedas más concretas se utilizaron los operadores booleanos “OR” y “AND”.



## CAPÍTULO III: RESULTADOS

Tras llevar a cabo las estrategias de búsqueda anteriormente descritas se obtuvieron un total de 273 artículos que cumplían con los criterios de inclusión y que fueron seleccionados para la revisión de sus resúmenes. Tras eliminar los duplicados se llevó a cabo una lectura profunda de los resúmenes excluyendo aquellos que no revelaron hallazgos de interés sobre el problema investigado. Del total de los resúmenes se seleccionaron 77 artículos para su lectura a texto completo. Finalmente se obtuvieron 28 artículos que cumplían con todos los criterios de inclusión y calidad (ver Anexo I). La base de datos con mayor número de resultados fue Pubmed, obteniendo un total de 96 artículos, de los cuales tras una lectura crítica se seleccionaron 17. Tras las búsquedas bibliográficas realizadas en Cuiden, Scielo, Science Direct y Lilacs se excluyeron aquellos artículos ya cribados en Pubmed, obteniendo 11 resultados totales tras su lectura completa (ver Figura 2). También se realizaron búsquedas en Google académico y aunque no se seleccionaron artículos debido a su repetición en otras bases de datos sí que se seleccionaron 3 guías de práctica clínica debido a su importancia como herramienta útil para apoyar al profesional de enfermería en la toma de decisiones sobre las intervenciones más efectivas en el cuidado de los pacientes.

### DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA



**Figura 2.** Búsqueda bibliográfica.

**Fuente:** elaboración propia.



## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN

Todas las fuentes consultadas coinciden en que el maltrato infantil es un fenómeno recurrente, multifactorial, multicausal y multidisciplinario, habitualmente rodeado de un manto de silencio. Sucede independientemente de la clase social, origen étnico, religión o educación de los agresores. Los autores de los malos tratos son siempre las personas responsables del niño, por lo general aquellos que pasan la mayor parte del tiempo con él. En el 90% de los casos los maltratadores sufren de inadaptación social y muchos de ellos han sido objeto de maltrato y abandono cuando eran pequeños. Un número significativo de madres maltratadoras no están casadas, o son todavía adolescentes, y muchas de ellas tienen actitudes de rechazo hacia sus hijos. Según el estudio de Sabaté *et al.* (2009), y De la Maza *et al.* (2013), en la mayoría de los casos, los autores son padre y madre, padrastro / madrastra, familiares y conocidos o vecinos incluso las propias instituciones (hospitales, unidades básicas de salud, guarderías, escuelas, comunidad). Las estadísticas muestran que los bebés prematuros tienen tres veces más de riesgo de sufrir malos tratos y que la mayor prevalencia se da en menores de dos años. A pesar de que los datos a nivel mundial señalan que las niñas son más maltratadas que los niños, curiosamente en las estadísticas españolas (ver Tabla 10) ocurre todo lo contrario ya que el número de casos notificados pertenecientes al sexo masculino es un poco más elevado. En cuanto al tipo de maltrato este varía según el sexo de la víctima, mientras que las niñas son más propensas al maltrato sexual los niños lo son al maltrato físico (Observatorio de la Infancia, 2018).

**Tabla 10.** Evolución desglosada por sexo.

	2012	2013	2014	2015	2016
Femenino	4249	5675	6535	6271	6627
Tasa	52,1	67,9	73,7	75,2	83,3
Masculino	4811	6697	7878	7547	7942
Tasa	58,9	80,2	88,8	90,5	99,9
<b>TOTAL</b>	<b>111</b>	<b>148,1</b>	<b>162,5</b>	<b>165,8</b>	<b>183,2</b>

**Fuente:** elaboración propia.

### 4.1. Consecuencias a corto y largo plazo del maltrato infantil

En los últimos años son muchas las investigaciones que arrojan datos sobre la estrecha relación entre el maltrato infantil y los efectos negativos a corto y largo plazo sobre la salud física, mental y emocional de estos niños. Para la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, la severidad de las secuelas físicas o

psicológicas depende de la intensidad y frecuencia del maltrato, de las características del niño, de la relación más o menos directa con el maltratador, del apoyo o no de otros miembros de la familia y del acceso o no a los servicios de ayuda médica, social y psicológica. Los efectos físicos inmediatos pueden ser relativamente leves (hematomas, rasguños) o severos (fracturas, hemorragias e incluso la muerte), pero más allá de este maltrato físico y psíquico que es evidente, se produce un daño que se extiende durante toda la vida adulta (Baranda, 2015).

El desarrollo cerebral resulta fisiológicamente alterado en situaciones de maltrato prolongado y severo durante los primeros años de vida. Se ha comprobado que el abuso y la negligencia de menores causan que regiones importantes del cerebro no crezcan ni se desarrollen adecuadamente, resultando en problemas de desarrollo. Estas alteraciones en el crecimiento del cerebro tienen consecuencias a largo plazo para el desarrollo de capacidades cognitivas, de lenguaje y académicas y están relacionados con trastornos de salud mental (Amores-Villalby y Mateos-Mateos, 2017; Glaser, 2014). Afortunadamente hay evidencia prometedora de que los cerebros de estos niños pueden recuperarse con la ayuda de intervenciones apropiadas (Bick y Nelson, 2016). Autores como Monnat y Chandler (2015), y Gonzalez, Sánchez, y Ramírez (2019) relacionan el maltrato infantil con un mayor riesgo de problemas de salud y enfermedades en la edad adulta como: diabetes, desnutrición, problemas de visión, problemas cardíacos, artritis, problemas de espalda, hipertensión arterial, daño cerebral, migrañas, bronquitis crónica/enfisema/enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer, derrames cerebrales, enfermedad gastrointestinal y síndrome de fatiga crónica. Son diversos los estudios que revelan que los adultos que han experimentado abusos en la infancia presentan un riesgo muy elevado de padecer problemas de salud mental y emocional como depresión, ansiedad y trastornos psiquiátricos.

En la etapa adulta un elevado porcentaje llegan a las consultas de psicología con trastornos afectivos, sentimientos de vergüenza o culpabilidad hacia ellos mismos o sus familias de origen y con serios problemas a la hora de experimentar afecto hacia su pareja e hijos. En la mayoría de los casos no son capaces de relacionar estos problemas con la situación de abuso sostenida en la infancia, ya que la mayoría de las veces eran situaciones que la sociedad consideraba normales, o bien no se intervenía o bien permanecían invisibles en el ámbito privado de la familia. Además los adultos con un historial de experiencias infantiles adversas tienen una mayor prevalencia de intentos autolíticos. Por otro lado los estudios también apuntan que las víctimas de malos tratos infantiles incluso cuando ha terminado el maltrato presentan comportamientos nocivos durante la adolescencia y edad adulta tales como prácticas

sexuales poco saludables, delincuencia juvenil que conduce a la criminalidad adulta, abuso de alcohol y otras drogas y mayor probabilidad de perpetración futura de maltrato (Choi *et al.*, 2017; LeTendre y Reed, 2017).

## 4.2. Resiliencia

A pesar de ser innumerables los estudios que revelan una clara asociación entre crecer en un entorno de abusos y malos tratos con una elevada probabilidad de presentar en la edad adulta alteraciones en todas las áreas de desarrollo (emocional, conductual, social, académico y salud física), otros investigadores como Soriano (2015), y Dubowitz *et al.* (2016) han observado que aproximadamente 1/3 de los niños sometidos a maltrato grave se encuentran asintomáticos y no presentan alteraciones emocionales o desordenes psiquiátricos. La sintomatología observada a través del seguimiento de estos niños es muy heterogénea, lo que sugiere que las consecuencias son resultado de múltiples indicadores que interactúan originando atribuciones o ajustes capaces de favorecer conductas saludables o trastornos de la conducta y desordenes psiquiátricos. Es decir, niños sometidos a condiciones de vida difíciles o traumas graves consiguen evolucionar y vivir, incluso en un nivel superior, como si el trauma vivido y asumido hubiera desarrollado en ellos recursos para elaborar una respuesta de ajuste saludable a la adversidad. A esta cualidad se le denomina resiliencia o capacidad de una persona para mantener un funcionamiento efectivo frente a las adversidades del entorno o recuperarlo en esas condiciones. Esta adaptación personal y social suele resultar de una buena capacidad para utilizar los recursos internos y externos que les van a permitir enfrentarse con éxito a la adversidad. Se ha observado que la resiliencia aparece en familias con mayor número de hermanos, hábitat disperso o rural y mayor edad del progenitor, que suele ir asociado a mayor madurez personal. En relación al género, ser mujer es un factor predictivo positivo para tener resiliencia o mejor adaptación a sucesos de maltrato (Soriano, 2015). Existen indicadores que de forma directa o indirecta intervienen en la resiliencia:

Indicadores relacionados con un pronóstico favorable:
Personalidad, temperamento y cualidades del menor.
Motivación de la madre para el cambio.
Conciencia del problema.
Cooperación de la madre con los servicios sociales.
Acceso y competencia de los servicios de ayuda médica, social y psicológica.
Indicadores relacionados con un pronóstico desfavorable:

Mayor o moderado impacto en el desarrollo del menor.
Ausencia de expectativas del padre y la madre para el futuro del hijo/s.
Continuidad en el tiempo de la situación de adversidad.
Oposición de la madre a la intervención.
Problemática transgeneracional.
Dependencia del padre a los servicios sociales.

### 4.3. Barreras que dificultan la detección y notificación

El personal sanitario y especialmente las enfermeras disponen de una posición privilegiada para detectar casos de violencia infantil, sin embargo, autores como Pabíś *et al.* (2016), y Fraser *et al.* (2010) señalan que a pesar de esta situación privilegiada y de que la notificación es obligatoria, muchos profesionales de la salud no notifican. Curiosamente el personal enfermero es el más reacio a hacerlo. Los profesionales a la hora de detectar y notificar un posible caso de maltrato se pueden encontrar con una serie de dificultades que hacen que esta ardua tarea se complique.

En un estudio cualitativo realizado por Leite *et al.* (2016), la totalidad de las enfermeras entrevistadas manifestó que a pesar de ser conscientes de las políticas existentes para la lucha del maltrato infantil y de la importancia y obligatoriedad de notificar, en muchas ocasiones no lo hacían por temor. A menudo se sentían intimidadas por las acciones y reacciones del agresor y por las amenazas de las familias de las víctimas, así como por las posibles represalias legales. Asimismo estas profesionales también temían que la notificación les pudiese generar problemas con sus compañeros de trabajo. Esta falta de notificación en la práctica enfermera también se confirma en países que poseen diferentes contextos socioculturales. En estos países, a pesar de contar con distintos sistemas de salud y con unos protocolos de notificación de maltrato que llevan muchos años en vigor, todavía existen obstáculos que impiden que los enfermeros/as notifiquen (Eisbach y Driessnack, 2010).

Por otro lado, la incredulidad de algunos profesionales de que se pueda hacer algo para resolver la situación o las experiencias negativas de notificaciones anteriores en las que las respuestas de los Servicios de Protección Infantil no fueron satisfactorias, creaban una expectativa de inutilidad en estos profesionales a la hora de poner en conocimiento de estos servicios los nuevos casos detectados. El hecho de la existencia de experiencias negativas anteriores no justifica en ningún caso la no notificación, ya que las características de cada familia son diferentes por lo que las respuestas de los servicios de Protección Infantil también serán diferentes en función de las particularidades de cada caso. En otras ocasiones los profesionales no notificaban

porque pensaban que los servicios de protección infantil no habían intervenido por no haber tenido información del proceso. El no recibir información posterior sobre las acciones llevadas a cabo no debe entenderse como una falta de actuación sino como la obligación de los Servicios de Protección Infantil de cumplir con el derecho de intimidad y confidencialidad de las familias (Leite *et al.*, 2016).

Otros de los motivos que explicarían el bajo nivel de notificación por parte de los profesionales son el miedo a que la sospecha de maltrato infantil no resulte cierta o no pueda verificarse, la no diferenciación entre notificación y denuncia, la falta de formación y capacitación y la creencia de que este problema está dentro del ámbito de otros profesionales.

La mayoría de los profesionales no tienen ningún inconveniente a la hora de notificar una sospecha cuando existen manifestaciones clínicas evidentes y lógicas, sin embargo cuando estas manifestaciones son poco evidentes o claras prefieren no notificar por miedo a que resulten sospechas infundadas (Aller *et al.*, 2011). Es muy importante aclarar a estos profesionales que ellos no son los responsables de determinar si una situación es maltrato o no, ya que esta labor corresponde únicamente a los profesionales de los Servicios de protección infantil.

Por otro parte existe un gran desconocimiento dentro del personal de enfermería con respecto al maltrato infantil, ya que en general no se reconoce como un problema que tenga que ser resuelto por enfermería, asociándolo como una responsabilidad de otros profesionales del equipo de salud (médicos, psicólogos y trabajadores sociales). Muchos de los enfermeros/as entrevistados manifiestan que cuando detectan un caso de malos tratos lo remiten directamente al médico o trabajador social ya que consideran que es un problema a solucionar por ellos. Desgraciadamente esta situación nos deja ver que algunos profesionales de enfermería todavía continúan con un modelo biomédico lo que supone un paradigma a superar (Aragão *et al.*, 2013).

Además, investigaciones como las de Leite *et al.* (2013) y Sheets *et al.* (2013) revelan que la causa más frecuente de estas infranotificaciones es la dificultad para detectar el abuso infantil y el desconocimiento del protocolo a seguir. Estos estudios reflejan falta de formación, bajo nivel de conocimientos y falta de habilidades profesionales y de autoeficacia. Sin lugar a dudas estas investigaciones evidencian la existencia de importantes carencias. Es necesario que los profesionales de la salud tanto a lo largo del grado como en los estudios de postgrado reciban formación en todas las cuestiones básicas relativas a la protección infantil (aspectos físicos, psicosociales y

legales), ya que esta formación es fundamental para la detección precoz de situaciones de malos tratos o de alto riesgo. La identificación temprana y la intervención es la única manera de proteger al niño, detener los abusos y salvar vidas.

Por último, otro aspecto muy importante que contribuye a este subregistro es la no diferenciación entre notificación y denuncia. En el estudio de cohorte transversal llevado a cabo por Arruda *et al.* (2014) se observa que muchos profesionales no reportaron los casos de maltrato porque asociaban el término notificar con denunciar. Notificar es transmitir o trasladar información sobre el supuesto caso de riesgo o de maltrato infantil y la familia o contexto de la supuesta víctima. Es una condición necesaria para posibilitar la intervención y una obligación legal tanto para los ciudadanos como para los profesionales, recogida en el marco normativo de España y en el de otros países. La denuncia es posterior a la notificación y se produce siempre y cuando quede verificado o confirmado el maltrato, por lo tanto no es responsabilidad del profesional sino de los servicios especializados verificarlos y confirmarlos. Los ciudadanos en general y los profesionales sanitarios, están en la obligación de notificar sus sospechas. No es necesario que dispongan de la certeza de que el menor está siendo víctima de maltrato. La denuncia siempre es posterior a la verificación del caso y no corresponde al profesional que la ha notificado. Puede ser anónima y los dispositivos especializados están en la obligación de iniciar las diligencias oportunas dirigidas a la protección de las posibles víctimas.

#### **4.4. Detección de maltrato infantil**

La detección de casos de maltrato infantil supone un reto para los profesionales de la salud debido a la complejidad del tema. Tenemos que tener en cuenta que nos encontramos frente a un problema que, en la mayoría de los casos permanece oculto y es difícil de detectar. Muchos profesionales sanitarios no informan ni intervienen en numerosos casos de maltrato por falta de preparación. Esto implica una necesidad urgente de que los profesionales de la salud tanto a lo largo del grado como en los estudios de postgrado reciban formación en todas las cuestiones básicas relativas a la protección infantil (aspectos físicos, psicosociales y legales), ya que esta formación es fundamental para la detección precoz de situaciones de malos tratos o de alto riesgo (Leite *et al.*, 2013; Sheets *et al.*, 2013).

Como ya sabemos los malos tratos pueden producirse en todos los niveles económicos, orígenes étnicos y situaciones familiares, sin embargo hay una serie de factores de riesgo que hacen que el niño tenga mayor probabilidad de sufrirlos (Lavigne *et al.*, 2017; Wulczyn, 2009).

**Factores de riesgo relacionados con el niño:**

- Retraso mental,
- Discapacidades físicas,
- Hijos ilegítimos,
- Niños enfermizos, prematuros e hijos no deseados.

**Factores de riesgo familiares:**

- Abuso de sustancias,
- Antecedentes de maltrato en la infancia,
- Separación o divorcio conflictivo,
- Padres muy jóvenes,
- Situación de desempleo.

**Factores de riesgo sociales:**

- Aislamiento social y familiar,
- Tensiones conyugales,
- Frustraciones laborales,
- Estrés y mala situación económica,
- Familia monoparental (especialmente cuando la cabeza de familia es la mujer),
- Bajo nivel de instrucción y número de hijos,
- Fuerte asociación entre el maltrato y una elevada sintomatología depresiva y síntomas de ansiedad en los padres.

#### 4.5. Indicadores de maltrato infantil

La dificultad para detectar el maltrato infantil reside en la privacidad del suceso, ya que frecuentemente ocurre en el medio intrafamiliar por lo que pasa inadvertido al profesional. Los profesionales sanitarios tienen que saber detectar estos sucesos, pero para ello tienen que saber reconocer e identificar los indicadores de sospecha. Los indicadores son signos de alarma que indican la posibilidad de maltrato. En ocasiones es extremadamente difícil diferenciar entre lesiones accidentales y malos tratos. A veces se presentan lesiones físicas mínimas que pasan inadvertidas al ser consideradas como debidas a un accidente, sin ahondar en su verdadero origen (Christian y Committee on Child Abuse and Neglect, 2015; Adams, Kellogg y Moles,

2016). A continuación se exponen los indicadores de maltrato infantil que tienen que conocer los profesionales.

### **Maltrato físico**

#### Indicadores físicos

- Magulladuras o hematomas: en rostro, labios o boca; en diferentes fases de cicatrización; en zonas extensas del torso, espalda nalgas o muslos; con formas anormales agrupados o como señal o marca del objeto con el que ha sido ocasionado; en varias áreas diferentes indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.
- Quemaduras: por cigarrillos; quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (guante) o de los pies (calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales; indicativas de inmersión en un líquido caliente; quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas; quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).
- Fracturas: en el cráneo, nariz o mandíbula; fracturas en espiral en los huesos largos (brazos o piernas); en diversas fases de cicatrización; fracturas múltiples; cualquier fractura en un niño menor de dos años.
- Heridas sin explicación.
- Heridas o raspaduras: en la boca, los labios, encías y ojos, en los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- Lesiones abdominales: hinchazón del abdomen, dolor localizado, vómitos constantes.
- Mordedura humana: huella del adulto (separación mayor de 3 cm entre caninos).
- Otros indicadores: cortes o pinchazos; lesiones internas; asfixia o ahogamiento.

#### Indicadores comportamentales en el niño

- Cauteloso con respecto al contacto físico con los adultos.
- Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran.
- Muestra conductas extremas, por ejemplo, agresividad, o rechazo.

- Parece tener miedo de sus padres o por ir a casa, llora cuando terminan las clases y tiene que irse de la escuela o guardería.
- Dice que su padre/madre le ha causado alguna lesión.

#### Indicadores en la conducta del cuidador

- Fue objeto de maltrato en su infancia.
- Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, para la falta cometida y condición del niño.
- No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño o estas son ilógicas, no convincentes o contradictorias.
- Parece no preocuparse por el niño.
- Percibe al niño de manera significativamente negativa, por ejemplo, le ve como malo, perverso.
- Psicótico o psicópata.
- Abusa del alcohol u otras drogas.
- Intenta ocultar la lesión del niño o Proteger la identidad de la persona responsable de este.

### **Abuso sexual**

#### Indicadores físicos

- Dificultad para andar y sentarse.
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- Se queja de dolor o picor en la zona genital.
- Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal.
- Presenta una enfermedad de transmisión sexual.
- Cérvix o vulva hinchados o rojos.
- Presencia de semen en boca, genitales o ropa.
- Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano.
- Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia).
- Infecciones urinarias de repetición.

### Indicadores comportamentales

- Dice que ha sido atacado sexualmente por un padre/cuidador.
- Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados, inusuales.
- Psicósomáticos.
- Trastornos del sueño y alimentación.
- Diversos: algias abdominales, cefaleas, trastornos neurológicos, respiratorios, esfinterianos, etc., que originan intenso consumo médico sin aclarar las causas.
- Psíquicos: depresiones crónicas, intentos de autolisis, automutilaciones.
- Desvalorización corporal: obesidad, anorexia.
- Problemas de conducta: fugas, fracasos escolares.

### En el cuidador

- Extremadamente protector o celoso del niño.
- Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador.
- Sufrió abuso sexual en su infancia.
- Experimenta dificultades en su matrimonio.
- Abusa de drogas o alcohol.
- Está frecuentemente ausente del hogar.

### **Indicadores de abandono, negligencia o descuido**

- Escasa higiene, hambriento, inapropiadamente vestido.
- Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando actividades peligrosas o durante largos períodos de tiempo.
- Cansancio o apatía permanentes.
- Retraso del crecimiento.
- Infecciones leves, recurrentes o persistentes.
- Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta seguimiento médico.
- Hematomas inexplicados.

- Accidentes frecuentes por falta de supervisión en situaciones peligrosas.
- Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica.
- Ropa inadecuada para las condiciones climáticas.
- Alimentación y/o hábitos y horarios inadecuados.
- Ha sido abandonado.
- Retraso en las áreas madurativas.
- Problemas de aprendizaje escolar.

### **Indicadores de maltrato psicológico**

Los síntomas que se pueden presentar en este tipo de maltrato no son exclusivos del mismo y pueden indicar otro tipo de patología. Por tanto, los siguientes síntomas y trastornos son factores de riesgo y no signos inequívocos de la existencia de maltrato psicológico:

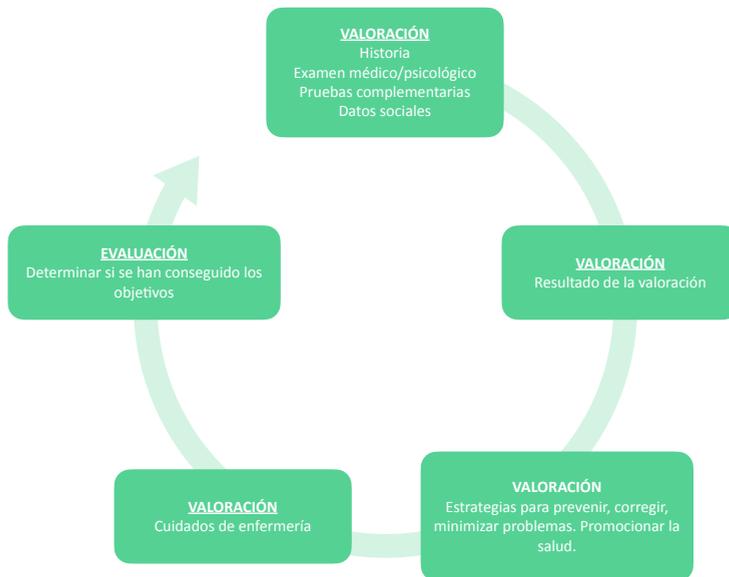
#### Indicadores físicos

- Dificultades y/o retraso en cualquier área del desarrollo evolutivo (psicomotricidad, inteligencia, lenguaje, socialización, etc.).
- Trastorno en el control de esfínteres.
- Trastornos o enfermedades psicosomáticas de repetición.
- - Indicadores comportamentales en el niño.
- Depresión o intentos de suicidio.
- Inhibido del juego.
- Psicopatías y conductas delictivas. Psicosis.
- Labilidad afectiva y trastornos del comportamiento.
- Extremadamente agresivo, rabioso y exigente.
- Conductas extremas o demasiado adultas o demasiado infantiles.

## **4.6. Diagnóstico de malos tratos**

Según Díaz *et al.* (2001), la manera adecuada de afrontar el problema de los malos tratos infantiles desde enfermería es mediante la aplicación del método científico. El proceso de atención de enfermería (PAE) es la aplicación del método científico a

la práctica asistencial, ya que permite a los profesionales de la enfermería prestar al niño los cuidados que necesita de una forma racional, lógica y sistemática.



**Figura 3.** Proceso Atención de Enfermería malos tratos.

El PAE (Figura 3) configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí, y aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen. En el caso del maltrato infantil, es muy importante que lo tengamos en cuenta, pues en muchas ocasiones no es este el motivo de consulta o de hospitalización y es mediante la observación, no solo de aspectos físicos, sino también de los aspectos de interrelación del niño-familia-entorno cuando descubrimos o sospechamos que existe algún tipo de maltrato (Díaz *et al.*, 2001).

#### 4.6.1. Proceso de Atención de Enfermería

El proceso enfermero consta de cinco etapas sucesivas:

**VALORACIÓN:** es la primera fase del proceso y la más importante. Requiere una evaluación minuciosa de la situación de los signos físicos y de comportamiento. Se debe obtener y registrar los datos propios del maltrato infantil mediante la exploración, observación y entrevista. La determinación del caso se realiza en base a cuatro elementos:

- Historia: datos aportados por el propio niño, otros profesionales y/o otras personas (maestro, médico, vecinos, amigos...).

- Examen-psicológico médico: existencia de indicadores físicos y comportamentales del niño y la conducta del agresor/ acompañante.
- Pruebas complementarias: realización de pruebas médicas (radiologías, análisis...), psicológicas (test, entrevistas...), para confirmar o realizar diagnóstico diferencial con otros procesos.
- Datos sociales: factores de riesgo presentes que actúan como facilitadores de la existencia del maltrato infantil, que nos van a ayudar a entender por qué se produjo esta situación y a orientar la toma de decisiones y la intervención.

**DIAGNÓSTICO:** una vez finalizada la valoración se presentará un juicio clínico o conclusión sobre cada uno de los problemas que presenta el niño/a. Para poder llegar a un diagnóstico los profesionales deben de tener los conocimientos suficientes sobre signos y síntomas así como saber reconocer los indicadores.

**PLANIFICACIÓN:** en esta etapa se establecerán los objetivos que se pretenden alcanzar así como las intervenciones y actividades a realizar, con la finalidad de prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados. Aunque el plan de cuidados debe de ser individualizado para adaptarse a las necesidades de cada niño/a a continuación se especifican una serie de actividades de enfermería comunes a la mayoría de los casos de niños víctimas de malos tratos.

**Actividades de enfermería:**

- Establecer relación de confianza, transmitir seguridad y bienestar, explicar en todo momento que se está haciendo y tranquilizar.
- Efectuar cura de las lesiones existentes según su naturaleza y preparar para cirugía en caso necesario.
- Colaborar en la exploración y observar los posibles indicadores físicos de maltrato.
- Examinar en busca de lesiones ocultas: por debajo de la ropa; lesiones antiguas o internas, subyacentes a las heridas superficiales.
- Realizar o colaborar con las pruebas complementarias correspondientes.
- Contrastar la historia con la lesión resultante, estableciendo su compatibilidad.
- Estimular al niño a que cuente libremente lo sucedido, sin presionarle, escribir fielmente su relato (respetar al niño cuando no desea hablar dejándole descansar).

- Observar los posibles indicadores de maltrato psicológico.
- Observar la conducta del niño y la reacción con los padres, personal sanitario, etc.
- Observar conducta de los padres, interés por el niño, reacción ante el personal sanitario.
- Especial cuidado en la observación de los indicadores que permitan descubrir los malos tratos psicológicos, ya que es difícil de detectar en los niños.
- Registrar en la historia de enfermería de forma clara y concisa los hallazgos encontrados con firma legible y fecha.
- Notificar a los servicios sociales tanto la certeza como la sospecha de maltrato.
- Preparar al niño para el ingreso hospitalario (es frecuente que se realice aunque sólo se sospeche, así se le estudia con tranquilidad y se protege del medio familiar).

**EJECUCIÓN:** esta etapa es decisiva dentro del proceso de atención de enfermería y supone la puesta en práctica de las decisiones que se hayan tomado en la etapa anterior, es decir, se realizarán todas las intervenciones enfermeras que se han decidido aplicar dirigidas a la resolución de los problemas y necesidades asistenciales del niño/a. En esta fase es muy importante la recogida de datos para poder valorarlos en la etapa siguiente.

**EVALUACIÓN:** en esta fase se compararan los objetivos planteados con los resultados obtenidos verificando así si se ha realizado un buen plan de cuidados con el niño/a Se valorara si los objetivos se han alcanzado o por el contrario hay que realizar cambios en el plan de cuidados. También se pueden identificar nuevos problemas y volver a reiniciar el proceso

#### **4.7. Protocolo a de actuación una vez detectados los malos tratos**

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 (Ley 1/1996, 1996; Ley 26/2015, 2015; Ley 8/2015, 2015; González, 1998).

Una vez detectado un posible caso de maltrato se realizará una primera valoración de la urgencia. Esta valoración tiene como objetivo saber cuál es el siguiente paso a seguir por el profesional, ya que existen dos procedimientos de notificación y el uso de uno u otro dependerá de si la situación es urgente o no urgente. Si tras

la valoración se considera una situación no urgente se iniciará el procedimiento de notificación ordinario, por el contrario si la situación es considerada urgente se iniciará el procedimiento de notificación urgente (Salmerón *et al.*, 2009; “Guía práctica para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil desde el Sistema de Salud de Aragón”, 2006).

**VALORACIÓN DE LA URGENCIA:** la valoración de la urgencia es un proceso intuitivo asociado generalmente al concepto de gravedad. La situación de urgencia vendrá determinada principalmente, por la valoración de aquellas situaciones que puedan constituir un peligro inminente para la salud y la vida del niño.

Para que una situación se considere urgente se deben de dar los siguientes criterios:

- Cuando hay daño evidente y la gravedad de las lesiones o abusos que presenta el niño es alta y la probabilidad de que los episodios de abuso se repitan es alta o muy alta.
- Que la salud o seguridad básicas del niño se encuentren seria y directamente amenazadas como consecuencia de la acción u omisión de los padres o cuidadores o que no exista una figura familiar o de apego que pueda hacerse cargo o proteger al menor.

Cuando estos criterios no se cumplan la situación será considerada como no urgente.

#### 4.7.1. Procedimientos de notificación

- A. Proceso de notificación ordinario (situación no urgente): se cumplimentará la hoja de notificación de situaciones de maltrato infantil (ver Anexo II), que se remitirá a los Servicios Sociales correspondientes (previo contacto telefónico). Se adjuntará una copia a la historia clínica/registro de urgencias y se entregará otra copia al trabajador social del centro notificante.
- B. Proceso de notificación urgente: cuando exista la certeza o sospecha razonable de que la salud y/o seguridad básica del menor se encuentre o pueda encontrarse directamente amenazada, y no existan datos de otras fuentes que contradigan la información, ni una figura familiar o de apego que pueda hacerse cargo del menor se considerará una situación urgente. Se cumplimentará la hoja de notificación de situaciones de maltrato infantil y se remitirá por fax al Servicio Especializado de Menores (previo contacto telefónico). Se adjuntará una copia a la historia clínica/registro de urgencias y se entregará otra copia al

trabajador social del centro remitente. (También está disponible un teléfono atendido por un profesional del Servicios especializado durante las 24 horas todos los días del año).

- C. Algunas notificaciones remitidas a los Servicios Sociales Comunitarios o al Servicio Especializado de Menores pueden requerir a su vez notificarse al juzgado de guardia. La hoja de notificación, precedida del Oficio de remisión servirá como parte de lesiones. Además de los pasos citados anteriormente para la notificación a Servicios Sociales Comunitarios o al Servicio Especializado de Menores habrá que cumplimentar la hoja de Oficio de remisión, (ver Anexo III) y contactar con el Juzgado de Guardia para concretar el modo de envío de estos documentos.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta revisión bibliográfica nos han permitido llegar a una serie de conclusiones con respecto a los objetivos de este trabajo. De acuerdo a los resultados obtenidos se puede concluir:

El maltrato infantil es un problema de salud pública de escasa visibilidad cuya detección es difícil. Ha de ser comprendido como un fenómeno complejo y nunca aislado. A pesar de que las estadísticas son alarmantes, estas solo representan una pequeña parte de la realidad ya que muchos de los casos no llegan a los servicios de salud, otros no se notifican o se registran como otras casusas.

Para los menores que lo sufren implica graves alteraciones tanto a nivel físico como psicológico. Estas alteraciones permanecen a corto y largo plazo en la vida de los menores, repercutiendo de una manera muy negativa en su día a día y en su futuro. Estos niños sometidos a abusos y conductas violentas durante su infancia es probable que en su adultez reproduzcan las acciones que han sufrido. Si bien un gran número de niños manifiesta severos trastornos, 1/3 de los menores sometidos a maltrato son asintomáticos y no muestran alteraciones emocionales ni desordenes psiquiátricos, consiguiendo adaptarse a la adversidad. A esta habilidad de adaptación se le denomina resiliencia.

El personal de enfermería cuenta con una situación privilegiada para la prevención, protección, detección y abordaje de este problema. Desde atención primaria gracias al contacto periódico y estrecho con el niño a lo largo de todo su desarrollo. Desde los servicios de urgencias al atender determinados tipos de lesiones y desde las unidades de hospitalización al poder observar la conducta del menor, sus hábitos, costumbres e interrelación del niño con su familia durante su ingreso. A pesar de esta situación privilegiada muchos enfermeros/as se encuentran con una serie de dificultades a la hora de abordar y notificar los casos de maltrato infantil. Las barreras más habituales son la falta de formación, el miedo a la reacción del agresor y de la familia, el temor a las consecuencias legales, el miedo a equivocarse, la escasa experiencia, experiencias negativas anteriores, el desconocimiento del protocolo a seguir, la elevada presión asistencial, la falta de tiempo, la falta de protección de los trabajadores, la falta de una red de soporte adecuada y la no diferenciación entre notificación y denuncia.

Enfermería ha de ser capaz de reconocer los factores de riesgo e indicadores de maltrato. Detectar de manera precoz estos signos y síntomas posibilita la puesta en marcha de estrategias sólidas de prevención y control para proteger al niño, detener

los abusos y salvar vidas. Es fundamental que estos profesionales cuenten con la formación adecuada en este campo, sin embargo todos los estudios consultados coinciden en que un elevado porcentaje de enfermeras/os carecen de formación, conocimientos, experiencia y habilidades profesionales necesarias para enfrentarse a este problema. Por ello es de vital importancia que los profesionales de la salud tanto a lo largo del grado como en los estudios de postgrado reciban formación en todas las cuestiones básicas relativas a la protección infantil (aspectos físicos, psicosociales y legales). Su frecuencia y aumento hacen preciso que todos los profesionales que están en contacto más directo con el niño tengan la formación y los conocimientos adecuados para que puedan tomar conciencia del problema, formando parte activa en la prevención primaria, en la detección precoz y en el tratamiento temprano.

La atención al niño maltratado se basa en el Proceso de Atención de Enfermería. El (PAE) es la herramienta de trabajo que permite la aplicación del método científico en la práctica asistencial proporcionando al niño los cuidados que necesita de una manera racional, lógica y sistemática. El profesional de enfermería en su trabajo diario con la población infantil debe aplicar este proceso como sistema de trabajo ya que juega un papel muy importante en la prevención, detección y posteriores intervenciones con el niño maltratado. Se compone de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, siendo la fase de valoración la más importante, pues de ella derivan todas las demás. El éxito de todo el proceso dependerá de esta etapa ya que de la recogida de información y del análisis y síntesis de esta derivarán todas las intervenciones enfermeras.

La notificación y protección del niño ante un caso de sospecha de maltrato infantil es obligatoria para todo profesional de la salud: Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor (art. 13), Código Deontológico de Enfermería de 1989 (art. 39). Existen dos procedimientos de notificación y el uso de uno u otro dependerá de si la situación es urgente o no urgente. Si tras la valoración del niño se determina que la situación es urgente se realizara el procedimiento de notificación urgente, si por el contrario la situación no se considera urgente se realizara el procedimiento de notificación ordinario.

Por último, la realización de este trabajo nos ha permitido realizar una lectura crítica de la bibliografía existente así como una profunda reflexión, planteándonos la necesidad de una intensa implicación por parte de todos los profesionales sanitarios, en especial de enfermería, ya que una detección precoz supondría en un futuro un mejor abordaje de la víctima evitando futuras secuelas e incluso fallecimientos gracias a la captación temprana.

## CAPÍTULO VI: RESULTADOS ESPERADOS y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Con la elaboración de este trabajo se espera hacer una aportación significativa al conocimiento actual sobre los malos tratos. Un campo de estudio en el que se acredita una importante falta de desarrollo, y donde la formación de los enfermeros/as es escasa. Esta falta de formación indica que es necesario continuar formando a todos los profesionales sanitarios a lo largo de toda su carrera profesional y no solo durante sus estudios de grado y posgrado, debido a los cambios que pueden surgir en el manejo de estos niños. Es necesario incluir en todos los hospitales y centros de Atención Primaria actividades de sensibilización y formación como talleres, sesiones clínicas ponencias y comunicaciones. También consideramos muy importante continuar investigando en las intervenciones específicas de enfermería con el uso de un lenguaje común, mediante los Diagnósticos de Enfermería. Además se debería mejorar la investigación acerca de los protocolos y las guías de práctica clínica existentes a nivel nacional, fomentando la elaboración y actualización de los mismos.

Con respecto a la epidemiología la investigación tiene un reto importante. Resulta fundamental promover, diseñar y aplicar estudios e investigaciones de carácter epidemiológico para contar con instrumentos, conceptos y definiciones más claras y precisas que nos permitan disponer de un registro veraz de los casos y una visión más real del problema. Esto es imprescindible para elaborar programas basados en la realidad. Al mismo tiempo sería interesante crear una plataforma de datos agrupados con un sistema que permitiera notificar los datos de maltrato, las actuaciones e intervenciones de todas las Comunidades Autónomas.

Para finalizar, pensamos que es necesario realizar campañas de divulgación, instrucción y educación para sensibilizar y concienciar de la problemática existente a la población general. Los ciudadanos tienen que entender que el maltrato infantil es un problema social y no privado que no puede permanecer invisible, y de la obligatoriedad de notificar los casos. Es necesario que la población general entienda que no solo el trauma físico lesiona al niño, sino que también los otros tipos de maltrato como el emocional, el psicológico, la negligencia, etc. dañan severamente al menor. Los ciudadanos tienen que ser conscientes que es responsabilidad de ellos y de todo el conjunto de la sociedad garantizar el bienestar de los niños, Su colaboración es fundamental para identificar a los niños que pueden estar sufriendo malos tratos. Sin ella ni los profesionales sanitarios ni los Servicios Sociales podrían iniciar ningún tipo de intervención para resolver el problema. Creemos firmemente que este tipo

de actuaciones favorecerían notablemente un aumento de las detecciones y una disminución de los patrones de violencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, J. A., Kellogg, N. D., y Moles, R.** (2016). Medical Care for Children Who May Have Been Sexually Abused: An Update for 2016. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 17(4), 255-263. <https://doi.org/10.1016/j.cpem.2016.09.002>
- Aller, T., Jaén, P., Gómez, E., Arruabarrena, R., y Franco, S.** (2011). *Detección y notificación de casos de maltrato infantil. Guía para la ciudadanía*. Federación de asociaciones para la prevención del maltrato infantil (FAPMI). [https://www.fapmi.es/imagenes/subsecciones1/SOIC\\_Guia%20Ciudadano\\_Maquetada\\_30-03-11.pdf](https://www.fapmi.es/imagenes/subsecciones1/SOIC_Guia%20Ciudadano_Maquetada_30-03-11.pdf)
- Álvarez, M. B., Fernández, A., García, A. B., Sánchez, C., Suárez, M. D., Bustamante, C., y Bertrand, P.** (2006). *Maltrato infantil. Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias*. Consejería de vivienda y bienestar social. <https://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789>
- Amores-Villalba, A., y Mateos-Mateos, R.** (2017). Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología educativa*, 23(2), 81-88. <https://doi.org/10.1016/j.pse.2017.05.006>
- Aragão, A. D. S., Ferriani, M. D. G. C., Vendruscollo, T. S., Souza, S. D. L., y Gomes, R.** (2013). Primary care nurses' approach to cases of violence against children. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(SPE), 172-179. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692013000700022>
- Arruda, A. C., Remigio, G. A., Mendes, S. M., da Silva, S., y de Souza, L. J. E.** (2014). Factors associated with reporting of abuse against children and adolescents by nurses within Primary Health Care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(6), 1048-1055. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0050.2515>
- Baranda, A. G.** (2017). Abordaje integral del maltrato infantil. *AEPap (ed). Curso de actualización en Pediatría*, 535-543. [https://www.aepap.org/sites/default/files/535-544\\_abordaje\\_maltrato\\_infantil.pdf](https://www.aepap.org/sites/default/files/535-544_abordaje_maltrato_infantil.pdf)
- Baranda, A. G. (Coord.).** (2015). *Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia*. Ergon. [https://seup.org/pdf\\_public/gt/maltrato\\_aproximacion.pdf](https://seup.org/pdf_public/gt/maltrato_aproximacion.pdf)

- Belloso, J. J. C., y Peñalver, J. G.** (2017). Relación entre el bullying, autolesiones, ideación suicida e intentos autolíticos en niños y adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*, (115), 207-218. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo/?codigo=6215272>
- Bick, J., y Nelson, C. A.** (2016). Early adverse experiences and the developing brain. *Neuropsychopharmacology*, 41(1), 177. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.252>
- Choi, N. G., DiNitto, D. M., Marti, C. N., y Segal, S. P.** (2017). Adverse childhood experiences and suicide attempts among those with mental and substance use disorders. *Child Abuse & Neglect*, 69, 252–262. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.04.024>
- Christian, C. W., y Committee on Child Abuse and Neglect.** (2015). The evaluation of suspected child physical abuse. *Pediatrics*, 135(5), e1337-e1354. <https://doi.org/10.1542/peds.2015-0356>
- De Bonis, M. C.** (1998). Evolución histórico-social del fenómeno maltrato (infantil) implicancias médico-legales actuales en nuestro país. *Revista Nuestro Hospital Año*, 2(2).
- De la Maza, V. T. S., Curcoy, A. I., Gelabert, G., Macias, C., y Pou, J.** (2013). Evolución de los ingresos por maltrato infantil durante 15 años. *Anales de Pediatría*, 78(2), 118-122. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2012.05.027>
- Díaz, J. A., Casado, J., García, E., Ruiz, M. Á., y Esteban, J.** (2001). *Atención de enfermería al maltrato infantil*. Instituto madrileño del menor y la familia. Consejería de Servicios Sociales. <http://www.madrid.org/Bvirtual/BVCM007092.pdf>
- Dubowitz, H., Thompson, R., Proctor, L., Metzger, R., Black, M. M., English, D., Poole, D., y Magder, L.** (2016). Adversity, maltreatment, and resilience in young children. *Academic pediatrics*, 16(3), 233-239. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2015.12.005>
- Eisbach, S. S., y Driessnack, M.** (2010). Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses. *Journal For Specialists in Pediatric Nursing*, 15(4), 317-323. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00259.x>

- Fabra, M. E., Redondo, R., Dubin, A., Martínez, C., y Larrañega, K. P.** (2018). *Los costes de la violencia contra la infancia. Impacto económico y social*. EDUCO; Universidad Pontificia Comillas, Cátedra Santander de Derecho y Menores. [https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=5675](https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=5675)
- Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., y Dunne, M.** (2010). Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis. *International journal of nursing studies*, 47(2), 146-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.015>
- Fundación A.N.A.R.** (2016). *Informe anual Teléfono ANAR 2016*. <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2017/11/Informe-Tel%C3%A9fono-ANAR-2016.pdf>
- Galet-Macedo, C., y Felipe, J.** (2016). Abuso/violencia infantil y Derecho a la Imagen en el contexto europeo y español. *Em Aberto, Brasília*, 29(95), 53-68. [https://www.academia.edu/31186207/Abuso\\_violencia\\_infantil\\_y\\_Derecho\\_a\\_la\\_Imagen\\_en\\_el\\_contexto\\_europeo\\_y\\_espa%C3%B1ol](https://www.academia.edu/31186207/Abuso_violencia_infantil_y_Derecho_a_la_Imagen_en_el_contexto_europeo_y_espa%C3%B1ol)
- Glaser, D.** (2014). The effects of child maltreatment on the developing brain. *Médico-legal Journal*, 82(3), 97-111. <https://doi.org/10.1177%2F0025817214540395>
- González, M. A.** (1998). *Código Deontológico de la Enfermería española*. Organización Colegial de Enfermería. <http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/codigodeontologicoesp.pdf>
- Gonzalez, S., Sánchez, J. M., y Ramírez, N.** (2019). Epigénesis: secuelas de una infancia adversa. *Revista Digital Universitaria*, 20(2). <https://doi.org/10.22201/Codeic.16076079e.2019.v20n2.a1>
- Guía práctica para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil desde el Sistema de Salud de Aragón.** (2006). Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Dirección General de Planificación y Aseguramiento. [https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos\\_ficha.aspx?id=2851](https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=2851)
- Jefatura del Estado.** (1990, 31 de diciembre). Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. Boletín Oficial del Estado N.º 313. <https://www.boe.es/boe/dias/1990/12/31/pdfs/A38897-38904.pdf>

- Lavigne, J. L., Portwood, S. G., Warren-Findlow, J., y Huber, L. R. B.** (2017). Pediatric inpatient nurses' perceptions of child maltreatment. *Journal of pediatric nursing*, 34, 17-22. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.01.010>
- Leite, J. T., Beserra, M. A., Scatena, L., Silva, L. M., y Ferriani, M.** (2016). Coping with domestic violence against children and adolescents from the perspective of primary care nurses. *Revista gaucha de enfermagem*, 37(2), e55796-e55796. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000200415&lng=pt&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200415&lng=pt&tlng=pt)
- LeTendre, M. L., y Reed, M. B.** (2017). The effect of adverse childhood experience on clinical diagnosis of a substance use disorder: Results of a nationally representative study. *Substance Use & Misuse*, 52(6), 689–697. <https://doi.org/10.1080/10826084.2016.1253746>
- Ley 26/2015**, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia ya la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado*, 180, 64544-64613. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2015-8470>
- Ley orgánica 1/1996**, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 15, 1225-1238. <https://www.boe.es/eli/es/lo/1996/01/15/1>
- Ley orgánica 8/2015**, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia ya la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado*, 175, 61871-61889. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8222](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2015-8222)
- Mackay, M., y Vincenten, J.** (2014). *National Action to Address Child Intentional Injury–2014: Europe Summary*. European Child Safety Alliance. <https://www.childsafetyeurope.org/archives/news/2014/info/ciir-report.pdf>
- Martínez, A., y Sánchez, J. J.** (1989). Malos tratos institucionales, (120-132). En *I Congreso Estatal sobre Infancia Maltratada, Barcelona*. [https://www.congresofapmi.es/imagenes/auxiliar/taller%203\\_instituc\\_1%20CONGRESO.pdf](https://www.congresofapmi.es/imagenes/auxiliar/taller%203_instituc_1%20CONGRESO.pdf)
- Monnat, S. M., y Chandler, R. F.** (2015). Long-term physical health consequences of adverse childhood experiences. *The Sociological Quarterly*, 56(4), 723–752. <https://doi.org/10.1111/tsq.12107>

- Montiel, I., Carbonell, E., y Salom, M.** (2014). Victimización infantil sexual online: online Grooming, ciberabuso y ciberacoso sexual. En *Delitos sexuales contra menores. Abordaje psicológico, jurídico y policial*. Tirant lo Blanch, 203-224. [https://www.researchgate.net/publication/275273999\\_Victimizacion\\_Infantil\\_Sexual\\_Online\\_Online\\_Grooming\\_Ciberabuso\\_y\\_Ciberacoso\\_sexual](https://www.researchgate.net/publication/275273999_Victimizacion_Infantil_Sexual_Online_Online_Grooming_Ciberabuso_y_Ciberacoso_sexual)
- Observatorio De la Infancia.** (2008). Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil. *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/ProtocolointervencionM.pdf>
- Observatorio de la Infancia.** (2017). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 20. Datos 2017*. [https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/Boletin\\_20\\_DEFINITIVO.pdf](https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/Boletin_20_DEFINITIVO.pdf)
- Organización Mundial de la Salud.** (2016). *Maltrato Infantil. Datos y Cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
- Pabiś, M., Wrońska, I., Ślusarska, B., y Cuber, T.** (2011). Pediatric nurses' identification of violence against children. *Journal of advanced nursing*, 67(2), 384-393. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05473.x>
- Sabaté, A., Sancosmed, M., Cebrián, R., Canet, M., y Martín, M.** (2009). Sospecha de maltrato infantil en urgencias pediátricas. *Anales de Pediatría*, 71(1), 60-63. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2008.12.002>
- Salmerón, J. A., Pérez, F., Castellanos, B., y Gea, A.** (2009). *Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario: manual para el profesional*. Dirección General de Familia y Menor. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. [https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=4674&IDTIPO=246&RAS-TRO=c2689\\$m51542,22802,5855](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=4674&IDTIPO=246&RAS-TRO=c2689$m51542,22802,5855)
- Sheets, L. K., Leach, M. E., Koszewski, I. J., Lessmeier, A. M., Nugent, M., y Simpson, P.** (2013). Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. *Pediatrics*, 131(4), 701-707. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2780>
- Soriano, F. J.** (2015). Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud. *PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia*. [http://previnfad.aepap.org/sites/default/files/2017-04/previnfad\\_maltrato.pdf](http://previnfad.aepap.org/sites/default/files/2017-04/previnfad_maltrato.pdf)

- UNICEF.** (2015). *Ocultos a plena luz: un análisis estadístico de la violencia contra los niños*. Resumen. <https://www.unicef.org/ocultos-a-plena-luz.pdf>
- Vicente, M. T., y Navalón, C. (Coords.)** (2014). *La protección de la infancia y los derechos de los niños y de las niñas*. Ediciones de la Universidad de Murcia (Editum).
- Vivas, W. J.** (2018). Uso seguro y responsable de las TIC: una aproximación desde la tecnoética. *Ciencia, docencia y tecnología*, 29(57), 235-255. <http://pcient.uner.edu.ar/cdyt/article/view/300/394>
- Wekerle, C., Wolfe, D. A., y Cohen, J. A.** (2007). *Maltrato infantil*. Manual Moderno.
- World Health Organization.** (2013). *European report on preventing child maltreatment. Summary*. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108627>
- Wulczyn, F.** (2009). Epidemiological Perspectives on Maltreatment Prevention. *The Future of Children*, 19(2), 39–66. <https://doi.org/10.1353/foc.0.0029>

# ANEXOS

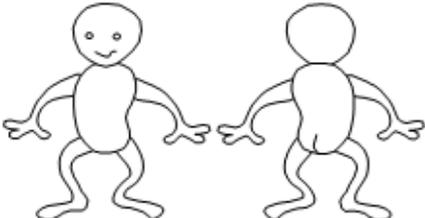
## ANEXO I. Resultados búsqueda bibliográfica

ARTÍCULO	AUTORES	AÑO	TIPO ESTUDIO	REVISTA
Sospecha de maltrato infantil en urgencias pediátricas	Sabaté, A., Sancosmed, M., Cebrián, R., Canet, M., y Martín, M.	2009	Estudio descriptivo retrospectivo	Anales de Pediatría
Evolución de los ingresos por maltrato infantil durante 15 años	De la Maza, V. T. S., Curcoy, A. I., Gelabert, G., Macias, C., y Pou, J.	2013	Estudio descriptivo retrospectivo	Anales de Pediatría
Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia	Baranda, A. G.	2015	Guía de Práctica Clínica	Ergon
Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia	Amores-Villalba, A., y Mateos-Mateos, R.	2017	Revisión Sistemática	Psicología educativa
The effects of child maltreatment on the developing brain	Glaser, D	2014	Revisión Sistemática	Médico-legal Journal
Early adverse experiences and the developing brain	Bick, J., y Nelson, C. A.	2016	Revisión Sistemática	Neuropsychopharmacology
Long-term physical health consequences of adverse childhood experiences	Monnat, S. M., y Chandler, R. F.	2015	Estudio de cohorte prospectivo	The Sociological Quarterly
Epigénesis: secuelas de una infancia adversa	Gonzalez, S., Sánchez, J. M., y Ramírez, N.	2019	Revisión sistemática	Revista Digital Universitaria
Adverse childhood experiences and suicide attempts among those with mental and substance use disorders	Choi, N. G., DiNitto, D. M., Marti, C. N., y Segal, S. P.	2017	Estudio de casos y controles	Child Abuse & Neglect
The effect of adverse childhood experience on clinical diagnosis of a substance use disorder: Results of a nationally representative study	LeTendre, M. L., y Reed, M. B.	2017	Estudio longitudinal retrospectivo	Substance Use & Misuse
Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de la salud	Soriano, F. J.	2015	Revisión bibliográfica	PrevInfad (AEPap) / PAPPS infancia y adolescencia

ARTÍCULO	AUTORES	AÑO	TIPO ESTUDIO	REVISTA
<b>Adversity, maltreatment, and resilience in young children</b>	Dubowitz, H., Thompson, R., Proctor, L., Metzger, R., Black, M. M., English, D., Poole, D., y Magder, L.	2016	Estudio longitudinal prospectivo	Academic pediatrics
<b>Pediatric nurses' identification of violence against children</b>	Pabiś, M., Wrońska, I., Ślusarska, B., y Cuber, T.	2011	Estudio transversal	Journal of advanced nursing
<b>Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: A multivariate analysis</b>	Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., y Dunne, M.	2010	Estudio transversal	International journal of nursing studies
<b>Coping with domestic violence against children and adolescents from the perspective of primary care nurses</b>	Leite, J. T., Beserra, M. A., Scatena, L., Silva, L. M., y Ferriani, M.	2016	Estudio cualitativo fenomenológico	Revista Gaúcha de Enfermagem
<b>Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses</b>	Eisbach, S. S., y Driessnack, M.	2010	Estudio cualitativo enfoque teoría fundamentada	Revista para especialistas en enfermería pediátrica
<b>Detección y notificación de casos de maltrato infantil. Guía para la ciudadanía</b>	Aller, T., Jaén, P., Gómez, E., Arruabarrena, R., y Franco, S.	2011	Guía de práctica clínica	Fapmi. Federación de asociaciones para la prevención del maltrato infantil
<b>Primary care nurses' approach to cases of violence against children</b>	Aragão, A. D. S., Ferriani, M. D. G. C., Vendruscollo, T. S., Souza, S. D. L., y Gomes, R.	2013	Estudio cualitativo hermenéutico	Revista latino-americana de enfermagem
<b>Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse</b>	Sheets, L. K., Leach, M. E., Koszewski, I. J., Lessmeier, A. M., Nugent, M., y Simpson, P.	2013	Estudio retrospectivo de caso y control	Pediatrics
<b>Factors associated with reporting of abuse against children and adolescents by nurses within Primary Health Care</b>	Arruda, A. C., Remigio, G. A., Mendes, S. M., da Silva, S., y de Souza, L. J. E.	2014	Estudio transversal	Revista Latino-Americana de Enfermagem
<b>Pediatric Inpatient Nurses' Perceptions of Child Maltreatment</b>	Lavigne, J. L., Portwood, S. G., Warren-Findlow, J., y Huber, L. R. B.	2017	Revisión sistemática	Journal of pediatric nursing

ARTÍCULO	AUTORES	AÑO	TIPO ESTUDIO	REVISTA
<b>Epidemiological Perspectives on Maltreatment Prevention</b>	Wulczyn, F.	2009	Revisión sistemática	The Future of Children
<b>The evaluation of suspected child physical abuse.</b>	Christian, C. W., y Committee on Child Abuse and Neglect	2015	Revisión narrativa	Pediatrics
<b>Medical Care for Children Who May Have Been Sexually Abused: An Update for 2016</b>	Adams, J. A., Kellogg, N. D., y Moles, R.	2016	Revisión sistemática	Clinical Pediatric Emergency Medicine
<b>Atención de enfermería al maltrato infantil</b>	Díaz, J. A., Casado, J., García, E., Ruiz, M. Á., y Esteban, J.	2001	Guía de práctica clínica	Instituto Madrileño del menor y la familia. Consejería de Servicios Sociales
<b>Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario</b>	Salmerón, J. A., Pérez, F., Castellanos, B., y Gea, A.	2009	Guía de práctica clínica para el profesional	Dirección General de Familia y Menor. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración
<b>Guía práctica para la detección e intervención en situaciones de maltrato infantil desde el Sistema de Salud de Aragón</b>	Gobierno de Aragón	2006	Guía de práctica clínica	Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Dirección General de Planificación y Aseguramiento

## ANEXO II. Hoja de notificación de maltrato ámbito sanitario

LOGOTIPO COMUNIDAD AUTÓNOMA	<b>HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO</b> L = Leve    M = Moderado    G = Grave Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso	Sospecha <input type="checkbox"/> Maltrato <input type="checkbox"/>													
<b>MALTRATO FÍSICO</b>															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Magulladuras o moratones<sup>1</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Quemaduras<sup>2</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Fracturas óseas<sup>3</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Heridas<sup>4</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Lesiones viscerales<sup>5</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Mordeduras humanas<sup>6</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Intoxicación forzada<sup>7</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Síndrome del niño zarandeado<sup>8</sup></td></tr> </table>			<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Magulladuras o moratones <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Quemaduras <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Fracturas óseas <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Heridas <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Lesiones viscerales <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Mordeduras humanas <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Intoxicación forzada <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Síndrome del niño zarandeado <sup>8</sup>					
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Magulladuras o moratones <sup>1</sup>															
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Quemaduras <sup>2</sup>															
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Fracturas óseas <sup>3</sup>															
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Heridas <sup>4</sup>															
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Lesiones viscerales <sup>5</sup>															
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Mordeduras humanas <sup>6</sup>															
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Intoxicación forzada <sup>7</sup>															
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Síndrome del niño zarandeado <sup>8</sup>															
 <p>Señale la localización de los síntomas</p>															
<b>NEGLIGENCIA</b>															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Escasa higiene<sup>9</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Falta de supervisión<sup>10</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Cansancio o apatía permanente</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Problemas físicos o necesidades médicas<sup>11</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Es explotado, se le hace trabajar en exceso<sup>12</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G No va a la escuela</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Ha sido abandonado</td></tr> </table>			<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Escasa higiene <sup>9</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Falta de supervisión <sup>10</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Cansancio o apatía permanente	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Problemas físicos o necesidades médicas <sup>11</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Es explotado, se le hace trabajar en exceso <sup>12</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G No va a la escuela	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Ha sido abandonado						
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Escasa higiene <sup>9</sup>															
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Falta de supervisión <sup>10</sup>															
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Cansancio o apatía permanente															
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Problemas físicos o necesidades médicas <sup>11</sup>															
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Es explotado, se le hace trabajar en exceso <sup>12</sup>															
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G No va a la escuela															
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Ha sido abandonado															
Otros síntomas o comentarios:															
<b>MALTRATO EMOCIONAL</b>															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Maltrato emocional<sup>13</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Retraso físico, emocional y/o intelectual<sup>14</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Intento de suicidio</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Cuidados excesivos / Sobreprotección<sup>15</sup></td></tr> </table>			<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Maltrato emocional <sup>13</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Retraso físico, emocional y/o intelectual <sup>14</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Cuidados excesivos / Sobreprotección <sup>15</sup>									
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Maltrato emocional <sup>13</sup>															
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Retraso físico, emocional y/o intelectual <sup>14</sup>															
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Intento de suicidio															
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G Cuidados excesivos / Sobreprotección <sup>15</sup>															
<b>ABUSO SEXUAL</b>															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Sin contacto físico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Con contacto físico y sin penetración<sup>16</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Con contacto físico y con penetración</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dificultad para andar y sentarse</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Dolor o picor en la zonal genital</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Cerviz o vulva hinchados o rojos</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Explotación sexual</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Semen en la boca, genitales o ropa</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Enfermedad venérea<sup>17</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Apertura anal patológica<sup>18</sup></td></tr> <tr><td>Configuración del himen<sup>19</sup> <input style="width: 100px;" type="text"/></td></tr> </table>			<input type="checkbox"/> Sin contacto físico	<input type="checkbox"/> Con contacto físico y sin penetración <sup>16</sup>	<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 picor en la zonal genital	<input type="checkbox"/> Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal	<input type="checkbox"/> Cerviz 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 <sup>17</sup>	<input type="checkbox"/> Apertura anal patológica <sup>18</sup>	Configuración del himen <sup>19</sup> <input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sin contacto físico															
<input type="checkbox"/> Con contacto físico y sin penetración <sup>16</sup>															
<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 picor en la zonal genital															
<input type="checkbox"/> Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal															
<input type="checkbox"/> Cerviz 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 <sup>17</sup>															
<input type="checkbox"/> Apertura anal patológica <sup>18</sup>															
Configuración del himen <sup>19</sup> <input style="width: 100px;" type="text"/>															
<b>IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)</b>															
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <b>Identificación del niño</b>                      Apellidos <input style="width: 100%;" type="text"/>                      Domicilio <input style="width: 100%;" type="text"/> Localidad <input style="width: 100%;" type="text"/> Teléfono <input style="width: 100%;" type="text"/>                      Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M      Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100%;" type="text"/>                      Acompañante   Padre <input type="checkbox"/>   Madre <input type="checkbox"/>   Tutor <input type="checkbox"/>   Policía <input type="checkbox"/>   Vecino <input type="checkbox"/>   Otro (especificar) <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> <td style="width: 50%;">                     Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/>                      Nombre <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>Identificación del notificador</b>      Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100%;" type="text"/>                      Centro: <input style="width: 100%;" type="text"/>      Servicio / Consulta: <input style="width: 100%;" type="text"/>                      Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/>      Área sanitaria <input style="width: 100%;" type="text"/>                      Profesional   <input type="checkbox"/> Médico   <input type="checkbox"/> Enfermera   <input type="checkbox"/> Trabajador Social   <input type="checkbox"/> Matrona   <input type="checkbox"/> Psicólogo      N.º Colegiado <input style="width: 100%;" type="text"/> </td> </tr> </table>			<b>Identificación del niño</b> Apellidos <input style="width: 100%;" type="text"/> Domicilio <input style="width: 100%;" type="text"/> Localidad <input style="width: 100%;" type="text"/> Teléfono <input style="width: 100%;" type="text"/> Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M      Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100%;" type="text"/> Acompañante   Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Nombre <input style="width: 100%;" type="text"/>	<b>Identificación del notificador</b> Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100%;" type="text"/> Centro: <input style="width: 100%;" type="text"/> Servicio / Consulta: <input style="width: 100%;" type="text"/> Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/> Área sanitaria <input style="width: 100%;" type="text"/> Profesional <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo      N.º Colegiado <input style="width: 100%;" type="text"/>										
<b>Identificación del niño</b> Apellidos <input style="width: 100%;" type="text"/> Domicilio <input style="width: 100%;" type="text"/> Localidad <input style="width: 100%;" type="text"/> Teléfono <input style="width: 100%;" type="text"/> Sexo <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M      Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100%;" type="text"/> Acompañante   Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Nombre <input style="width: 100%;" type="text"/>														
<b>Identificación del notificador</b> Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 100%;" type="text"/> Centro: <input style="width: 100%;" type="text"/> Servicio / Consulta: <input style="width: 100%;" type="text"/> Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/> Área sanitaria <input style="width: 100%;" type="text"/> Profesional <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo      N.º Colegiado <input style="width: 100%;" type="text"/>															

## ANEXO

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

**L (Leve):** circunstancias que requieren un seguimiento,

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

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

- <sup>1</sup> Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido inflingidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.
- <sup>2</sup> Quemaduras de puros o cigarrillos. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de muñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).
- <sup>3</sup> Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 2 años.
- <sup>4</sup> Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- <sup>5</sup> Lesiones viscerales (abdominales, torácicas y/o cerebrales). Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos constantes. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas, o alteraciones del sensorio sin causa aparente.
- <sup>6</sup> Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.
- <sup>7</sup> Intoxicación forzada del niño por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos
- <sup>8</sup> Hemorragias retinianas e intracraneales, sin fracturas.
- <sup>9</sup> Constantemente sucio. Escasa higiene. Hambriento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).
- <sup>10</sup> Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo.
- <sup>11</sup> Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado.
- <sup>12</sup> Incluye a niños que acompañan a adultos que «piden», vendedores en semáforos y a todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.
- <sup>13</sup> Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidos amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto.
- <sup>14</sup> Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.
- <sup>15</sup> Sobreprotección que priva al niño del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, juego, actividades escolares).
- <sup>16</sup> Incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clítoris, que habrá de especificarse en el apartado «Otros síntomas o comentarios».
- <sup>17</sup> Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonococia y sífilis no neonatal. Son sospechosos de abusos sexual: Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.
- <sup>18</sup> Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual. desgarros de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (> 15 mm, explorado el ano decúbite lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual.
- <sup>19</sup> Normal, imperforado,

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención.

La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la Ley:

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



## ANEXO III. Oficio de remisión al juzgado de guardia

OFICIO DE REMISIÓN AL JUZGADO DE GUARDIA:

D/D<sup>a</sup> [.....] médico  
o enfermero/a colegiado en [.....] con el nº [.....]  
con ejercicio profesional en (centro de trabajo) [.....]  
[.....]  
situado en (calle, avenida, ...) [.....]  
de (localidad) [.....]

PARTICIPA A V.I.: que en el día de hoy, a las [.....] horas, he prestado  
atención sanitaria en (centro sanitario) [.....]  
[.....]  
al/la menor [.....]  
con D.N.I./N.I.E./nº Pasaporte [.....]  
de [.....] años de edad, con domicilio en (calle, avenida...) [.....]  
[.....] nº [.....] código postal  
[.....] en (municipio) [.....]  
de (provincia) [.....] con teléfono [.....]  
y le REMITE el parte de lesiones<sup>1</sup> por presuntos malos tratos que se acompaña.

Fecha y firma

ILMO./A. SR./A. JUEZ DE GUARDIA DE [.....]

<sup>1</sup> Ver hoja de notificación de situaciones de maltrato infantil

Medicina y Salud

