

Manual para la atención a situaciones de **MALTRATO INFANTIL**



Editor:

Dr. A. Gancedo Baranda

*Grupo de Atención al Maltrato Infantil de
la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría*

Manual para la atención a situaciones de **MALTRATO INFANTIL**



EDITOR

Antonio Gancedo Baranda

*Grupo de Atención al Maltrato Infantil de
la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría*

Los contenidos de esta publicación son responsabilidad de los editores y están basados en fuentes consideradas de confianza en el conocimiento científico actualmente disponible.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Este libro debe citarse como:

Gancedo Baranda A, editor. Manual para la atención a situaciones de Maltrato Infantil. Madrid: Editorial Grupo 2 Comunicación Médica; 2021

© Grupo 2 Comunicación Médica S.L. 2021

Calle Aquitania, 85, Local 2

28032 Madrid

www.grupo2cm.com

D.L.: 09/240051.9/21

ISBN: 978-84-123334-0-4

Dedicado a todas las niñas y niños que sufren violencia

EDITOR

Antonio Gancedo Baranda

*Especialista en Pediatría y Neonatología,
Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid*

AUTORES

Elena Aguado Alba

Especialista en Enfermería Pediátrica, Hospital Universitario Infantil Niño Jesús, Madrid

Lorena I. Álvaro Barrio

Especialista en Enfermería Pediátrica, Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón, Madrid

Amaia Arbeloa Miranda

Especialista en Pediatría, Centro de Salud Zuazo, Bizkaia

Ana Barrios Tascón

*Especialista en Pediatría,
Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid*

Lorena Braviz Rodríguez

*Especialista en Pediatría, Ambulatorio de Cambrils,
Hospital Lleuger Antoni de Gimbernat de Cambrils, Tarragona*

Noelia M. Cadenas Benítez

*Especialista en Pediatría, Urgencias Pediátricas,
Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla*

Nuria Cahís Vela

*Especialista en Pediatría, Urgencias Pediátricas,
Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell, Barcelona*

Juan Alonso Cózar Olmo

Director Unidad Pediatría Interniveles, Hospital San Agustín, Linares, Jaén

Ana I. Curcoy Barcenilla

*Especialista en Pediatría, Urgencias Pediátricas,
Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona*

Elena Daghoum Dorado

*Especialista en Pediatría, Urgencias Pediátricas,
Hospital Universitario Cruces, Bizkaia*

Carmen Díez Sáez

Especialista en Pediatría, Hospital Universitario Basurto, Bizkaia

Zelidety Espinel Padrón

*Médico adjunto, Urgencias Pediátricas,
Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil, Gran Canaria*

Gloria Estopiñá Ferrer

Especialista en Pediatría, Urgencias Pediátricas, Consorci Sanitari de Tarrasa, Barcelona

Anna Fàbregas Martori

*Especialista en Pediatría, Unidad de Pediatría Social,
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona*

Francesc Ferrés Serrat

*Jefe de Sección de Pediatría, Urgencias Pediátricas,
Hospital Son Espases, Palma de Mallorca*

Raquel Garcés Gómez

*Especialista en Pediatría, Urgencias Pediátricas,
Hospital Royo Villanova y Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza*

Virginia Gómez Barrena

*Especialista en Pediatría, Urgencias Pediátricas,
Hospital Infantil Miguel Servet, Zaragoza*

Leticia González Martín

Especialista en Pediatría, Hospital General de Segovia, Segovia

Juan González Peñín

Director Médico Técnico de Responsabilidad Sanitaria, Willis Towers Watson, Madrid

María Luisa Herreros Fernández

*Jefe de Sección de Pediatría, Urgencias Pediátricas,
Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid*

Zaira Ibars Valverde

Especialista en Pediatría y Nefrología infantil, Hospital Arnau de Vilanova, Lleida

María Gloria López Lois

*Especialista en Pediatría, Hospital Universitario Príncipe de Asturias,
Alcalá de Henares, Madrid*

Rafael Marañón Pardillo

*Especialista en Pediatría, Urgencias Pediátricas,
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid*

Carmen Pérez Velasco

*Médico especialista en el Urgencias Pediátricas,
Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca*

María Rimblas Roure

*Especialista en Pediatría, Urgencias Pediátricas,
Hospital Universitari Sant Joan, Reus, Tarragona*

Julia Ruiz Jiménez

Especialista en Pediatría, Centro Salud de Sedaví, Valencia

Gerardo Suárez Otero

Especialista en Pediatría, Servicio de Pediatría de Reumatología, de la EOXI-Vigo, Pontevedra

Esther Tobarra Sánchez

*Especialista en Pediatría, Especialidad Comunitaria,
Servicio de Salud de Cardiff, Gales, Reino Unido*

Victoria Trenchs Sainz de la Maza

*Especialista en Pediatría, Urgencias Pediátricas,
Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona*

Teresa Vallmanya Cucurull

Especialista en Pediatría, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida

Nota del editor

Previamente a la lectura y consulta de este libro me gustaría señalar las siguientes ideas. En primer lugar, destacar que la violencia en su doble aspecto de uso deliberado de la fuerza física o del poder por parte del victimario y los distintos problemas de salud que pueden causar en las víctimas, fue reconocida como un problema de salud pública por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1996. Por lo tanto, hay una vulneración en los derechos de las víctimas y una amenaza en su adecuado bienestar físico, psíquico y social. Todas y todos los profesionales que nos dedicamos a la atención a niñas, niños y adolescentes, tenemos la obligación profesional, moral y social de plantar cara a la violencia contra la infancia.

Quiero agradecer a todos los autores y autoras, la mayoría del Grupo de Atención al Maltrato de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), su implicación, esfuerzo e interés en ofrecer una atención integral a la infancia, y que se ha materializado en la realización de los capítulos que les han correspondido. A lo largo de los temas que componen esta obra se ha intentado en todo momento escribir con un lenguaje inclusivo, como medio eficaz de visibilizar los valores de igualdad y equidad tanto de niñas como de niños. Si en algún momento no se ha conseguido, al igual que los posibles errores y fallos que hayan podido deslizarse a lo largo del libro, como editor los asumo personalmente, y pido disculpas por ellos.

Todos los temas que siguen a continuación tienen relación directa con los motivos de consultas que los profesionales sanitarios pueden atender bien en la Urgencia, en la Atención Primaria o en el resto de las consultas pediátricas. Es cada vez mayor el número de artículos científicos centrados en la atención de los problemas bio-psico-sociales de la infancia, y que expresan de una forma objetiva y basada en la evidencia, la necesidad de introducir nuevas áreas de mejora en nuestra manera de realizar la actividad asistencial pediátrica. Asimis-

mo, es significativo el desarrollo de nuevos dispositivos, tanto públicos como privados, que centran su acción en niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia.

Quisiera agradecer a la SEUP, su apoyo incondicional a las actividades de este grupo de trabajo y su estímulo continuo en la mejora de la atención de niños y niñas en las Urgencias de Pediatría en España. Asimismo, quiero mostrar mi agradecimiento a entidades implicadas en la defensa de los derechos y de la salud de las personas menores de edad, como son la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI) y la Sociedad Española de Pediatría Social (SEPS) por conceder su aval a este libro. Con respecto a FAPMI, agradecer especialmente sus orientaciones y consejos en la elaboración de este libro.

Esta obra no hubiese sido posible sin la ayuda del Grupo Alter, a través de Nutribén®. Su implicación en la mejora de las condiciones de vida y de salud de la población infantil está fuera de toda duda, y el apoyo a este libro es un claro ejemplo de dicha implicación.

No quiero concluir esta nota sin recordar a cuatro pediatras y que conjuntamente con otras compañeras y compañeros, han hecho posible la mejora en la formación, orientación y sensibilización en este tema. Son el Dr. D. Jordi Pou Fernández, la Dra. Dña. Macarena Anchoriz Esquitino, el Dr. D. Antoni Martínez Roig y el Dr. D. Jesús García Pérez.

A todos ellos y ellas, mi reconocimiento y gratitud.

Antonio Gancedo Baranda

*Médico Especialista en Pediatría y Neonatología
Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid*

Prólogo

Es un privilegio poder prologar esta 2.^a edición del **Manual para la atención a situaciones de maltrato infantil**. Este manual ha sido elaborado por el Grupo de Trabajo de Atención al Maltrato Infantil de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) y creo contribuiré a la mejora en el diagnóstico y manejo de los niños víctimas de maltrato, en los Servicios de Urgencia de nuestro país.

El maltrato infantil (MTI) está muy presente en nuestra sociedad y genera siempre sufrimiento, en ocasiones lesiones de gravedad, e incluso muertes, y muchas veces secuelas de por vida. Sus diferentes formas de presentación, muchas veces sutiles, hacen difícil su diagnóstico, por lo que es preciso mantener un alto índice de sospecha y disponer de recursos que faciliten su manejo. La protocolización del proceso para establecer la sospecha de maltrato, y las actuaciones a llevar a cabo, es una de las claves para ofrecer una atención adecuada a los niños que consultan en cualquier ámbito sanitario y más concretamente en urgencias. En los Servicios de Urgencia muchas veces no disponemos de la suficiente información sobre la salud global del niño y de su entorno social, pero sí de los medios para el diagnóstico e inicio de los trámites que garanticen la protección de los niños, niñas y adolescentes (NNA). Por este motivo, es preciso contar con documentos que faciliten la identificación de los casos sospechosos y el manejo global del maltrato infantil, adaptados al ámbito de urgencias.

El **Manual para la atención a situaciones de maltrato infantil** reúne estas características. Se trata de la 2.^a edición de un manual práctico y ameno, elaborado por expertos en la materia, integrados en el Grupo de Trabajo de Atención al Maltrato Infantil de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP). Como la primera edición,

que fue publicada en el año 2015, esta nueva versión aborda los diferentes tipos de maltrato, pero añade nuevas formas como la violencia de género en adolescentes y la vinculada a las nuevas tecnologías. También detalla cómo realizar y registrar los datos de una adecuada historia y exploración física, la redacción de informes y comunicación de los casos, además de otros muchos aspectos, como la normativa legal, la prevención, el autocuidado de los profesionales que atienden estos casos, etc. En definitiva, aporta un documento de referencia para los profesionales que atienden las urgencias pediátricas.

Por último, y no por esto de menor importancia, agradecer a los miembros del Grupo de Trabajo de Atención al Maltrato Infantil de SEUP la labor desarrollada, no solo por la elaboración de este manual, sino también por la labor de investigación y docencia que viene desarrollando todos estos años.

Deseo que esta obra tenga una gran difusión, ya que estoy seguro contribuirá a incrementar la detección del maltrato en urgencias y facilitará las complejas gestiones que en ocasiones es preciso realizar en estas situaciones.

Dr. Javier Benito Fernández

Jefe de Servicio de Urgencias de Pediatría - Hospital Universitario Cruces

Profesor Asociado del Departamento de Pediatría

de la Universidad del País Vasco (UPV)

Presidente de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)

Abreviaturas

ASI: abuso sexual infantil

BOE: Boletín Oficial del Estado

CC. AA.: comunidades autónomas

CSMIJ: Centro de Salud Mental Infanto Juvenil

d.u.: dosis única

ITS: infecciones de transmisión sexual

FR: factores de riesgo

g: gramo

mg: miligramo

IgHB: inmunoglobulina específica frente al virus de la hepatitis B

i.m.: intramuscular

MF: médico forense

MGF: mutilación genital femenina

MTF: maltrato físico

MTI: maltrato infantil

MTP: maltrato psicológico

NNA: niños, niñas, adolescentes

NNASMNA: niños, niñas, adolescentes migrantes no acompañados

NGC: negligencia

OMS: Organización Mundial de la Salud

SS. SS.: servicios sociales

SNV: síndrome del niño vulnerable

TAC: tomografía axial computerizada

TEP: Triangulo de Evaluación Pediátrica

TCNA: traumatismo craneal no accidental

UPED: urgencia pediátrica

Valoración ABCDE: se atiende a la vía aérea, ventilación, circulación, discapacidad (exploración básica neurológica, del dolor, y glucemia), exposición del paciente.

v.o.: vía oral

VCMP: violencia contra la mujer en la pareja

VDF: violencia doméstica/familiar

Índice

1	Introducción al abordaje del maltrato infantil	15
2	Factores de riesgo y de protección	23
3	Entrevista clínica del maltrato infantil	27
4	Maltrato físico	35
5	Abuso sexual infantil	49
6	Maltrato psicológico	67
7	Maltrato por negligencia	75
8	Enfermedad generada por el cuidador	83
9	Violencia de género y maltrato infantil	93
10	Violencia entre pares/iguales	99
11	Mutilación genital femenina	107
12	Recomendaciones tras la asistencia al maltrato infantil	115
13	Los niños y niñas como sujetos de derechos	121
14	Experiencias adversas en la infancia	135
15	Violencia de género entre adolescentes	145
16	Maltrato infantil y tecnologías de la información y la comunicación	151
17	Trata de niños y niñas	165
18	Conflictos interparentales y su repercusión en la infancia	173
19	Calidad en la atención a la persona menor de edad que sufre maltrato infantil	177
20	Prevención del maltrato infantil desde las urgencias pediátricas	183
21	Autocuidado del profesional que atiende a personas menores de edad que sufren maltrato	189
22	Pediatría y justicia	197
23	Directorio	207
	Glosario	221

1.

Introducción al abordaje del maltrato infantil

Amaia Arbeloa Miranda

Raquel Garcés Gómez

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil (MTI) como «los abusos o la desatención de que son objeto los menores de 18 años, incluyendo todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación sexual, 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 Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas (1989) en su artículo 19 se refiere al MTI 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 los progenitores, de un tutor o de cualquier persona que lo tenga a su cargo».

El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) añade, además, que puede producirse en el grupo familiar o en las instituciones sociales-administraciones. El maltrato puede ser ejecutado por omisión, supresión o transgresión de los derechos individuales y colectivos e incluye el abandono completo o parcial. Los autores de violencia contra la infancia, no solo se circunscriben a los ámbitos familiar o institucional, sino también a entornos extrafamiliares donde los niños y niñas se relacionan y desarrollan sus vidas.

Aunque el MTI ha dejado de ser un problema privado para ser un problema social, su prevalencia está sin duda subestimada. No existen estudios precisos sobre su prevalencia real ni estadísticas fiables, además de que la investigación en esta materia es escasa. La primera dificultad reside en la amplitud que puede tener para cada autor su diagnóstico y el margen de edad de cada estudio, pero podrían compararse los casos detectados con la figura del iceberg de Rostad. Se asume mayoritariamente que los estudios epidemiológicos no reflejan

ni la incidencia real ni la prevalencia y se acepta que se detectan entre un 10 a un 20% de los casos que se producen.

En Estados Unidos, las cifras de MTI han empeorado en los últimos años; en el 2018, 3.534.000 casos fueron investigados por sospecha de MTI y 678.000 casos fueron confirmados (674.000 en 2017). El 60,8% se correspondió con casos de negligencias, 10,7% con maltrato físico y 7% con abuso sexual infantil (ASI). En el 15% de los casos dos o más tipos de maltrato se presentaban de forma concomitante. Se estima que durante el 2018 se produjeron 1.770 muertes de niños a consecuencia del MTI.

Según lo publicado por la OMS en 2015 en Europa se produjeron 629 muertes de menores de edad por homicidio. En el 2013 la prevalencia de ASI era del 9,6% (13,4% en niñas y 5,7% en niños), 22,9% del maltrato físico y 29,1% del maltrato psicológico. Existen pocos estudios sobre la prevalencia de la negligencia, pero se estimó la existencia de un 16,3% de negligencia física y un 18,4% de negligencia emocional. Se sugiere por tanto que en Europa hay 55 millones de niños, niñas y adolescentes (NNA) que sufren MTI. A raíz de diversos estudios se ha puesto en funcionamiento el Plan de Prevención Europeo contra el MTI 2015-2020. Aunque hay diversas iniciativas institucionales en marcha, el papel del pediatra cobra especial importancia como figura clave en su diagnóstico, seguimiento y prevención.

TIPOS DE MALTRATO

Dentro del MTI se puede incluir lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión), o se realiza de forma inadecuada (negligencia), ocasionando al niño no solamente daño físico, psicológico, emocional y social sino que, además, al considerarle persona sujeto de derecho, también incluye sus derechos y su bienestar. A este respecto, la Observación General número 14 o 13 (2013) del Comité de Naciones Unidas de los Derechos de los Niños, insiste en el derecho del niño o niña a que su interés superior sea una consideración primordial para la sociedad.

Hay tantos tipos de MTI como formas de dañar a un NNA. La Observación General número 13 (2011) del Comité de Naciones Unidas clasifica las formas de violencia en el ámbito sanitario de siguiente manera:

- Maltrato físico: toda acción no accidental contra un NNA que provoque daño físico o enfermedad. Se incluyen en este concepto lanzar objetos, tirones de pelo, tirones de oreja, golpes, patadas, zarandeos, mordiscos, estrangulamientos...
- Maltrato por negligencia y/o abandono: situación en la que las

necesidades básicas del menor de edad son desatendidas, de manera temporal o permanente, por parte de un progenitor u otro miembro de la familia que está en condiciones de proveer salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, vivienda y condiciones de vida seguras y protegidas para contribuir al desarrollo y bienestar del NNA.

- Maltrato psicológico o emocional: situación crónica de actuaciones o privaciones que provocan en el NNA sentimientos negativos en su propia autoestima y limiten sus iniciativas (menosprecio, rechazo verbal, insultos, intimidación, discriminación...). Se puede distinguir la situación producida por conductas activas del adulto (aterrorizar, aislar, corromper...) catalogada como maltrato emocional, o producirse por omisión de conductas (ignorar) catalogada como abandono emocional.
- Abuso sexual: situación en la cual un NNA es utilizado para satisfacer los deseos sexuales del adulto, ya sea participando o presenciando actividades sexuales que violen los tabús sociales y legales de la sociedad, para los cuales no está preparado en su desarrollo y por lo tanto, independientemente de su consentimiento (incesto, violación, tocamientos, seducción verbal, masturbación en presencia de un NNA, pornografía...). Cuando el perpetrador del abuso es otro menor de edad, se acepta que existe asimetría de poder y por lo tanto ASI, cuando la edad del abusador supera en 4 años la edad de la víctima. El límite que se establece la ley para las relaciones sexuales consentidas en España es de 16 años.
- Maltrato prenatal: toda acción u omisión voluntaria por la gestante o terceras personas que pueda producir daño o ponga el peligro la salud fetal directa o indirectamente. También es maltrato prenatal la violencia contra la mujer en pareja durante la gestación.
- Sumisión químico farmacológica: situación en la cual sin necesidad médica, se somete al NNA a la administración de cualquier tipo de sustancia sin que pueda desarrollar su autonomía, resistencia o el control sobre la misma.
- Enfermedad generada por el cuidador o trastorno facticio impuesto a otro: es producido cuando los progenitores, tutores o personas cuidadoras simulan enfermedades en el NNA provocando continuas exploraciones complementarias e ingresos hospitalarios innecesarios. Antiguamente conocido como síndrome de Münchhausen.
- Explotación laboral: situación en el que se utiliza al NNA para el trabajo de manera física o toma parte de forma activa o pasiva en la mendicidad.

- Explotación sexual: situación en la que el NNA es inducido u obligado a actividades relacionadas con la prostitución y/o la pornografía.
- Violencia machista: se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad; se distinguen tipos específicos: la violencia de género entre adolescentes (VGA), el matrimonio forzado sin consentimiento válido (en España la edad mínima para contraer matrimonio es de 16 años si están emancipados o de 14-16 en caso de haber obtenido una resolución judicial) y la mutilación genital femenina (MGF).
- Trata de niños y niñas: un NNA es víctima de trata cuando es captado, transportado, trasladado, acogido o recibido, recurriendo a la amenaza o al abuso de la fuerza u otras formas de coacción, al rapto, al fraude, al engaño, al abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad, o a la concesión o recepción de pagos o beneficios para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre otra, con fines de explotación.
- Violencia contra la infancia y la adolescencia a través de las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC): uso dañino de las TIC contra un NNA que genera consecuencias negativas en su desarrollo: ciberacoso, *grooming*, *stalking*/acecho... puede producirse entre iguales como entre adultos y menores.
- Maltrato institucional: cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o derivada de la actuación individual del profesional 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 NNA.

Para que las estimaciones sean lo menos variables posibles es importante utilizar la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) para facilitar la investigación y la prevención, rellenar siempre la hoja de notificación siguiendo los criterios establecidos por el Observatorio de la Infancia y reportar los casos al Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI).

El MTI es un serio problema de salud que si no es evitado ni tratado genera en los NNA secuelas significativas que repercutirán de manera muy negativa en la creación de una sociedad más justa y solidaria. Puede conllevar daño en la integridad física y/o psicológica del NNA

que será de mayor o menor grado en función de tipo de maltrato, su gravedad, su frecuencia, la edad del menor, la relación víctima-agresor, reacción del entorno ante el desvelamiento de la situación de maltrato, las características de la víctima y su resiliencia y la existencia de figuras de apoyo. Las alteraciones se pueden producir en distintas áreas del desarrollo, a nivel biológico, cognitivo, emocional, conductual, social y psicosexual.

A nivel emocional pueden verse perturbados los procesos de formación de vínculos de apego e interferir en la capacidad para regular las emociones. De ahí que las víctimas de MTI sean más propensas a presentar problemas de relación. Las niñas maltratadas tienden a mostrar más signos de malestar interno (vergüenza y culpa) y los niños son más agresivos física y verbalmente. La incapacidad para regular las emociones influirá en la aparición en problemas de internalización (depresión y miedos) y de externalización (hostilidad y conductas violentas).

Las investigaciones parecen mostrar que los efectos del MTI en la conducta de las víctimas difieren en función del tipo de maltrato. Las víctimas de maltrato físico suelen ser más agresivas, responder con ira o violencia a estímulos positivos, tener problemas de relación y tendencia a relacionarse con pares violentos. Las víctimas de maltrato psicológico pueden presentar problemas de rendimiento académico, aislamiento y problemas de relación. En cuanto a los casos de negligencia, son NNA retraídos que evitan relacionarse; en la etapa preescolar suelen aislarse y no jugar con otros niños y rara vez muestran signos de cariño. Las víctimas de ASI pueden presentar regresiones como enuresis secundaria y a medida que se hace mayores presentar un comportamiento sexual inapropiado para su edad y conductas antisociales. Los hijos e hijas de las madres maltratadas pueden experimentar retraso en el desarrollo, problemas de aprendizaje y atención, sintomatología ansiosa o depresiva, sentimientos de inseguridad y de baja autoestima, comportamientos violentos...

A nivel neurobiológico el MTI puede producir daño permanente en la estructura neural y en el funcionamiento del cerebro todavía en desarrollo con consecuencias neuroconductuales. Pueden producirse deficiencias en el desarrollo del lenguaje y las capacidades cognitivas, aumento de la vulnerabilidad ante estresores y modificar la capacidad de resolución de conflictos.

Como pediatras no debemos olvidar nunca nuestro papel como defensores de los NNA, y el hecho de que el no ejercerlo constituye una forma de maltrato por negligencia. Ante la sospecha o evidencia de

maltrato, además de la actuación médica precisa, debemos garantizar la protección del NNA y priorizar siempre el derecho a su bienestar. Los servicios de salud pueden ser la puerta de entrada a la red de apoyo social y lo que hagamos en este primer contacto puede condicionar el trabajo interdisciplinar que el menor de edad y su familia necesitarán. El buen abordaje del MTI empieza por una adecuada formación y una actitud de alerta en nuestro día a día.

El abordaje inicial del MTI es complejo y debe ser interdisciplinar. Los Servicios de Urgencias Pediátricas juegan un papel clave en su diagnóstico porque son en muchas ocasiones la puerta de entrada al sistema sanitario. Es fundamental hacer una buena anamnesis, conocer que el alto índice de sospecha y la concienciación entorno al MTI deben estar siempre presentes para poder detectarlo, y que debe formar parte de nuestro diagnóstico diferencial en el día a día. Cabe destacar que muchas veces el motivo de consulta a urgencias es otro, y es en la anamnesis donde se destapa la sospecha. A pesar de que los objetivos de la intervención médica en los casos de MTI son: establecer el diagnóstico o la sospecha diagnóstica, instaurar el tratamiento necesario y asegurar la protección del NNA, también es cierto que siempre que no sea imprescindible, el paciente no debe ser atendido en urgencias y debe ser enviado a equipos especializados. Todo pediatra debe conocer la forma de hacer una anamnesis y los indicadores que deben hacer pensar en MTI, incidir en una exploración física dirigida, conocer las indicaciones de exámenes complementarios y conocer el tratamiento preciso, las medidas de protección y los informes necesarios a realizar para las autoridades. Todo ello se irá desarrollando en los distintos capítulos del manual.

Por último, aunque es un gran desafío para los pediatras de atención primaria, parece adecuada la puesta en marcha de programas para detectar el riesgo a la desprotección infantil y poder iniciar intervenciones de prevención antes que se produzcan los casos de maltrato.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- 29th edition of the Child Maltreatment Report. Child abuse, neglect data released. January 2020. Administration for children & families. USA. Disponible en <http://acf.hhs.gov/media/press/2019>.
- European report of preventing child maltreatment. World Health Organization. Regional office of Europe. 2018 y 2013. Disponible en <http://www.euro.who.int>.
- Maltrato Infantil en la familia es España. Informe Reina Sofía. 2011. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Disponible en: <https://observa->

toriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_total_100_acces.pdf

- Martínez Roig, A. y Sánchez Marín, J.J. (1989). Malos tratos institucionales. Libro de Actas del I Congreso de Infancia Maltratada. Madrid, FAPMI, pp. 198-211. Disponible en: <https://www.congresofapmi.es/antecedentes.asp?secc=2&pp=2>

2.

Factores de riesgo y de protección

Gerardo Suárez Otero

Rafael Marañón Pardillo

DEFINICIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE MALTRATO INFANTIL

Los factores de riesgo (FR) son las circunstancias tanto personales, familiares como sociales en las que se desarrolla el menor de edad y que pueden desencadenar situaciones que conducen a algún tipo de violencia. No todos los niños expuestos a FR van a sufrir maltrato ni un único FR predice el desarrollo de esta situación. Cuantos más FR se asocien, más alta es la probabilidad de maltrato.

La importancia de conocerlos y de detectarlos es que nos puede permitir su corrección y evitar la aparición de un maltrato.

Existe una serie de factores de orden individual que pueden afectar negativamente a los progenitores, cuidadores (PC) y al niño, aunque estos últimos tienen menor importancia en la determinación del riesgo. Se han identificado hasta 20 factores individuales con asociación significativa con el maltrato físico infantil y la negligencia, estando solo tres de ellos relacionados con el niño y con un impacto leve o moderado.

Algunos FR están relacionados con el entorno comunitario y familiar, que sitúan a los niños, niñas y adolescentes (NNA) y a su familia en un periodo de crisis, dificultad y/o vulnerabilidad. Todos estos factores que se exponen no implican una causalidad directa y deben ser considerados simples indicadores de riesgo (**Tabla 1**).

Definición de factores protectores de maltrato infantil

Así como hay ciertos factores que incrementan la susceptibilidad de los menores y de la familia al maltrato infantil (MTI), otros están asociados con disminución del riesgo. Se entienden por factores protectores aquellas condiciones o entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos y que pueden reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Cuando estos factores están presentes en las

familias y las comunidades, aumentan la salud, el bienestar y el grado de protección de los niños, niñas y adolescentes. Fomentar estos factores protectores, particularmente en familias vulnerables, es una parte fundamental en la prevención del maltrato infantil. Por lo tanto, en la valoración de las situaciones de MTI no solo favorecerá o no su aparición el número de FR que coexisten en el NNA, sino la presencia o ausencia de factores de protección que puedan contrarrestar a aquellos.

Así podrán superarse estas posibles situaciones de MTI desde un abordaje preventivo y de apoyo, generando un mayor número de factores de protección en el menor y su familia.

Tabla 1. Factores de riesgo de maltrato
Factores asociados al niño/a
Nacimiento prematuro, malformaciones, enfermedades congénitas
Situaciones desfavorables/inseguridades en la relación de apego afectivo con madre/padre
Características temperamentales difíciles del niño: irritabilidad importante, irregularidades en hábitos alimenticios, sueño, reacciones excesivas a los estímulos, problemas de autocontrol, sentimientos de inseguridad, falta de confianza, impulsividad, baja tolerancia a la frustración
Niño/a con discapacidad física o mental
Niños con enfermedad grave, enfermedad crónica, retrasos en el desarrollo
Problemas de conducta (oposicionista-desafiante, hiperactividad, absentismo escolar)
Pertenencia a grupos antisociales
Edad menor de 4 años
Factores familiares de riesgo
Situaciones de violencia familiar: violencia en la pareja contra la mujer, situacional, contra los ancianos, entre los hermanos, violencia ascendente o filio-parental
Padre o madre han sido objeto de abuso o negligencia en su infancia
Padre o madre con problemas de alcoholismo, drogadicción
Familia con muy bajo nivel de instrucción, siempre que influya en su capacidad o habilidad para afrontar y resolver los problemas de cuidados al niño/a
Padre o madre con algún tipo de enfermedad que pueda conllevar la ausencia de cuidados al niño/a (enfermedades mentales, discapacidades, enfermedades crónicas)
Embarazo no aceptado, accidental o traumático (violación)
Progenitores muy jóvenes
Familias monoparentales. Presencia de cuidadores transitorios en la familia
Desestructuración familiar. Ruptura familiar o situaciones críticas
Antecedentes de retiro de tutela, guardia o custodia de otros hijos/as
Familias de los PC con tendencia a justificar situaciones de maltrato
Estilo de disciplina utilizado por los progenitores excesivamente laxo o excesivamente punitivo, dificultades para controlar la conducta de sus hijos/as
Factores socioculturales de riesgo
Estatus socioeconómico muy desfavorable. Aislamiento social
Deficiencias en la vivienda, carencia de higiene y falta de adaptación a las necesidades del menor de edad
Falta de apoyos familiares y sociales (acceso a asistencia sanitaria, servicios sociales)
Dificultad social (prostitución, delincuencia, narcotráfico, mendicidad, paro etc.)
Domicilio en barrios donde las condiciones de vida dominantes son la pobreza, la marginación y la violencia
Valores y actitudes negativos hacia la mujer, la infancia y la paternidad
Comunidades expuestas al racismo/discriminación

En Estados Unidos existe evidencia de la eficacia en la prevención del maltrato infantil con el desarrollo de programas domiciliarios de atención materno infantil en familias en situación de riesgo (**Tabla 2**).

En resumen, el predominio del tipo de factores que presenta el menor, su familia y el entorno, van a ser definitorios a la hora de establecerse situaciones de vulnerabilidad, y por lo tanto favorecer la aparición de situaciones compatibles con el maltrato infantil.

Tabla 2. Factores que pueden disminuir el riesgo de maltrato

Factores protectores

Ausencia de tensiones y afrontamiento adecuado al estrés cotidiano y de crianza de los PC y cuidadores

Seguridad en el estilo de apego. Relaciones familiares estables

Conocimiento de los progenitores sobre la crianza y desarrollo infantiles

Apoyo de las redes familiares y sociales y la pertenencia a grupos comunitarios

Mayor nivel educacional de los progenitores. Modelos positivos de competencia y habilidades familiares/sociales de los PC

Utilización de técnicas disciplinarias positivas sin castigo físico

Accesibilidad de las familias al sistema sanitario y a los apoyos sociales y comunitarios

Expectativas familiares de compromiso social

3.

Entrevista clínica del maltrato infantil

Juan Alonso Cózar Olmo

Virginia Gómez Barrena

INTRODUCCIÓN

La entrevista representa el eje alrededor del cual giran todas las demás técnicas e instrumentos, pues sirve para establecer un clima de confianza y, además, de la información que obtengamos dependerán los aspectos más importantes a evaluar posteriormente.

El objetivo general de la entrevista por tanto es conseguir que el niño, niña o adolescente (NNA) puedan compartir sus emociones, sus necesidades y sus miedos y que puedan expresar la violencia que han sufrido. Para ello, es imprescindible garantizarles un espacio donde él o ella sientan que pueden comunicarse y ser escuchados, hay que crear un entorno tan cálido y acogedor como sea posible. Hemos usado la palabra «comunicar» en vez de hablar ya que según la edad de la niña o el niño la palabra no es el vehículo de expresión y, aunque por la edad pueda serlo, hay niñas y niños que se expresan mejor de otras formas. Con dibujos, juegos, historias que se inventan o cuentos, los profesionales se adaptan a sus necesidades y posibilidades mostrando completa disponibilidad en su favor.

Desde cualquier recurso sanitario no especializado en la atención a situaciones de maltrato, la entrevista inicial tendrá un carácter exploratorio y ajustada a los protocolos establecidos, para su posterior derivación a los recursos específicos: Pediatría Social, Trabajo Social, SS. SS. Pilar básico en el adecuado manejo de las situaciones de violencia contra la infancia es la coordinación interprofesional e interinstitucional. Se tendrá que realizar una primera entrevista muy somera y remitir al niño/a a organismos o estructuras con personal experto en el manejo del maltrato infantil. En casos de necesidad de protección urgente del NNA, y si su estado físico y psíquico lo permite, tal vez sea precisa una entrevista

más completa, pero siempre con la idea de preservar el interés superior del menor.

Con la entrevista se intenta averiguar el tipo de maltrato, su duración, el tiempo de abuso, las secuelas psíquicas en el paciente, y si es posible el agresor.

FASES

Proceso previo

- Datos de filiación y antecedentes personales:
 - A.** Datos de identificación.
 - B.** Situación sanitaria actual.
 - C.** Antecedentes sanitarios.
 - D.** Situación socio-familiar actual:
 - Miembros de la familia.
 - Personas que conviven con la niño/a en el mismo domicilio.
 - Acuerdos de custodia si los hay.
 - Colegio al que acude.
- Elección de lugar, entrevistador, sistemas de grabación, etc.:

Con respecto al menor de edad

El NNA puede ser entrevistado solo, previo consentimiento de los progenitores, bien por escrito o reflejado de manera clara en la historia clínica. (Ley 41/2002, de 14 de noviembre: Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica).

También puede valorarse que esté acompañado por un adulto conocido, siempre que no intervenga durante la entrevista para que no influya en las respuestas de la víctima. Se debe dejar constancia en la historia clínica de cómo ha sido recogida la información: «el niño está solo durante la entrevista o acompañado de... a quien no se le permite intervenir durante la entrevista». La entrevista en menores de 3 años, no es valorable.

- Elección del lugar de la entrevista: lugar reservado, de ambiente confortable, no transitado, libre de ruido e interrupciones. Colgar dibujos de otros niños, colores en paredes relajantes. Los juguetes pueden ayudar a establecer comunicación.
- Elección del entrevistador: el más experto. En agresiones sexuales a niñas y mujeres adolescentes, valorar el sexo del entrevistador.
- Número de entrevistadores: nunca hay que realizar la entrevista a solas con la supuesta víctima. Siempre debemos requerir la presencia de otro sanitario. Si hubiera dos entrevistadores, uno sería el entrevistador principal y el segundo se dedicaría a tomar

notas sentándose fuera del campo de visión del NNA para hacer que la entrevista sea menos confrontadora. Debemos registrar las conversaciones de la forma más veraz posible: transcribiendo con precisión sus palabras reales (a menos que haya una buena razón para no hacerlo, por ejemplo, si esto incluye información sobre otros NNA).

- Métodos de grabación y de filmación durante la entrevista: Se utilizarán cuando exista un protocolo específico para su manejo y custodia. Si es así, puede realizarse la grabación de la entrevista pero posteriormente se deberá transcribir textualmente, para incorporarla a la historia clínica como una parte más de ella. También puede realizarse por imperativo legal, en la urgencia pediátrica (UPED).
- Tiempo no predeterminado. Su duración variará en función de la capacidad de expresión del NNA, de su estado anímico y fatiga física, de la capacidad que tenga de recordar el episodio, y de las habilidades del entrevistador. Hay que seguir el ritmo del niño, dándole la oportunidad para suspender la conversación o abandonar la sala.
- Es fundamental la coordinación entre profesionales para que niños y cuidadores no necesiten dar la misma información repetidamente. Hay que evitar repetir la entrevista. Esta situación favorece la victimización secundaria. Si se precisa la presencia del médico forense se debe esperar a su llegada para la realización de la entrevista conjuntamente. Antes del inicio, debemos ponernos de acuerdo en quién la dirigirá según experiencia mayor.

Con respecto a los progenitores o acompañantes

La entrevista con los progenitores o tutores se realizará si no existe riesgo o consecuencias negativas para el NNA. Una vez descartadas comenzaremos presentándonos indicando cuál es el motivo de la entrevista y asegurarnos de que los progenitores entienden el motivo y proporcionarles información clara sobre lo que se va a hacer.

Valorar situación: estatuto de refugiado, discapacidad o problemas de aprendizaje, enfermedad crónica, problemas de salud mental... Determinar si es necesario utilizar ayuda para la comunicación (mediador intercultural...). Construir un clima de confianza manteniendo los límites profesionales.

Aceptar inicialmente las explicaciones de los familiares y evitar la confrontación dialéctica. Esta entrevista debería acompañarse posteriormente de una entrevista al niño/a realizada por representantes de los servicios sociales de protección al menor de edad, en casa o en la escuela, para detectar problemas subyacentes y descubrir si el niño/a

necesita ayuda. Tener en cuenta potenciales problemas de seguridad en la entrevista (en relación con el maltratador): colocación del entrevistador en un lugar donde sea fácil la salida, favorecer la presencia del segundo entrevistador, solicitar ayuda...

Entrevista

Las preguntas que se puedan plantear en este momento son más útiles para avanzar y generar experiencia que para recoger información o hacer interpretaciones, la pregunta se convierte en una herramienta más para avanzar en el proceso y el relato del niño o la niña.

Fases

- Fase I: Informar al NNA de la entrevista:
 - Presentarnos por nuestro nombre y ocupación, haciendo hincapié en que somos alguien que puede ayudarlo.
 - Explicar el rol del entrevistador.
 - Crear un clima de confianza con preguntas sobre amigos, colegio, deportes...
- Fase II: Evaluar la competencia del niño/a:
 - Evaluar la capacidad para recordar y explicar un suceso pasado (p. ej. que nos cuente el último cumpleaños, una mañana en el colegio).
 - Comprobar su comprensión (entiende lo que decimos). Se debe valorar si existe un trastorno del desarrollo neurológico, retraso del lenguaje, deficiencias auditivas... En este caso puede ser necesario demorar la entrevista y requerir la ayuda de especialistas.
 - Evaluar la capacidad de diferenciar el concepto verdad/mentira (por ejemplo, «si alguien te dijera que esto (libro) es un boli, ¿qué le dirías?»).
- Fase III. Evitar el sesgo en las respuestas del NNA:
 - Debemos intentar obtener una narración libre de lo sucedido, que el niño/a lo cuente con sus propias palabras y lo transcribiremos literalmente entre comillas.
 - Mantener un clima de confianza.
 - Utilizar un lenguaje sencillo y explicar cualquier término técnico.
 - Podemos preguntar si ya ha estado alguna vez en el hospital por estar resfriado o por haberse dado un golpe, porque en el hospital los médicos quieren ayudar y curar a los niños: «Cuéntame algo de tu familia», más que realizar preguntas directas como «¿tienes hermanos?, ¿qué hace tu padre?».
 - Hablar de temas neutros, cosas que le gusta hacer «cuéntame que es lo que más te gusta hacer».

- Adaptar la comunicación con el menor a su edad. Se pueden utilizar diversidad de métodos: dibujos, escritura, ordenador... Si es apropiado por la edad, acordar cómo comunicarnos con él.
- Lo más importante **no es lo que ha pasado sino cómo el niño/a lo explica, cómo lo ha vivido**, cómo se siente, qué deseos tiene... Siguiendo las **directrices de la terapia narrativa**, no debemos centrarnos en lo que pasa sino en lo que la niña o el niño hace con lo que le pasa.
- Siempre dependerá de cómo se encuentra el niño/a de afectado en ese momento.

Características de la entrevista: cómo hacer

Para realizar una adecuada entrevista es fundamental recordar que esta deberá ajustarse a la edad y grado de madurez y desarrollo del NNA.

- Comenzar estimulando el recuerdo libre de los hechos: «¿sabes por qué has venido a verme hoy? Por favor cuéntame todo lo que pasó lo mejor que recuerdes».

En los mayores de 6 años debemos intentar que hablen espontáneamente de su situación de maltrato a través de preguntas sobre sus miedos, preocupaciones y hechos positivos y negativos que hayan pasado recientemente. Por ejemplo, pedir tres deseos, tres cosas que les hagan sentirse bien o mal.

- Hacer preguntas abiertas, no de respuestas sí/no.
- Formular preguntas de una en una. Utilizar: ¿qué? ¿quién? ¿dónde? ¿cuándo?
- Darle tiempo para que conteste. En las pausas de conversación es adecuado no mirar fijamente al niño para evitar intimidarle y darle tiempo para que continúe hablando. Le podemos ayudar a seguir de forma no sugerente: repetir las últimas palabras del niño: «y entonces...», «así que...», «¿qué pasó entonces?...».
- Si hay dificultad para entender lo que el niño dice hay que pedirle que repita el comentario con frases «no he podido oír eso, ¿puedes repetirlo?» en lugar de hacer conjeturas «¿has dicho...?».
- Intentar eliminar el sentimiento de culpa.

Cierre de la entrevista

Se recapitula sobre las partes más relevantes del relato utilizando el lenguaje del niño.

Se le agradece su colaboración y se le da un refuerzo positivo «has sido muy valiente».

Se vuelve a hablar de temas neutros.

A final de la entrevista le explicaremos que debemos hacerle una exploración física y cómo la vamos a realizar.

Se evitará utilizar la fuerza para realizar dicha exploración. Si fuese necesario, se valorará la posibilidad de sedación del NNA para explorarlo, en centros adecuados (y con consentimiento informado de sedación).

A veces la comunicación del maltrato es indirecta, a través del comportamiento o apariencia del NNA, por lo que debe registrarse en la anamnesis. También es importante observar la interacción del niño con progenitores o cuidadores y describir la respuesta al examen médico, sobre todo en caso de abuso sexual y si es una respuesta inesperada o inadecuada (con resistencia extrema y pánico o, todo lo contrario, facilitando la exploración «como si estuviera entrenado»).

CONCLUSIÓN DE LA ENTREVISTA: DEVOLUCIÓN DE LA INFORMACIÓN RECOGIDA Y EVALUACIÓN DEL RIESGO

Al acabar esta fase con el niño o niña deberíamos poder devolver tanto a la familia protectora como al hijo o hija los siguientes aspectos.

- Qué se debería hacer a partir de este momento. El plan de trabajo que el equipo profesional propone a la familia.
- Qué servicio debería hacerlo. Si se puede asumir desde ese mismo lugar o hay que hacer una derivación; en este caso, quién y cómo se haría.
- Cuáles serían los objetivos de la intervención en urgencias y, en días próximos, cuál sería el papel de la familia (siempre que sea familia protectora. Asimismo se deberán indicar habilidades y recursos para posibles situaciones futuras urgentes o imprevistas.

PUNTOS CLAVE – Entrevista al menor de edad
1. Explicar la confidencialidad, cuándo y con quién vamos a compartir los datos
2. Mostrar sensibilidad y empatía
3. Escuchar activamente y utilizar preguntas abiertas
4. Descubrir la visión del niño
5. Comprobar que hemos entendido lo que el niño ha dicho
6. Utilizar un lenguaje sencillo y claro
7. Progresar al ritmo del niño
8. Ser sensible a sus creencias religiosas y aspectos culturales
9. Dar la oportunidad de interrumpir la conversación y seguir más tarde
10. Explicar qué va a ocurrir después

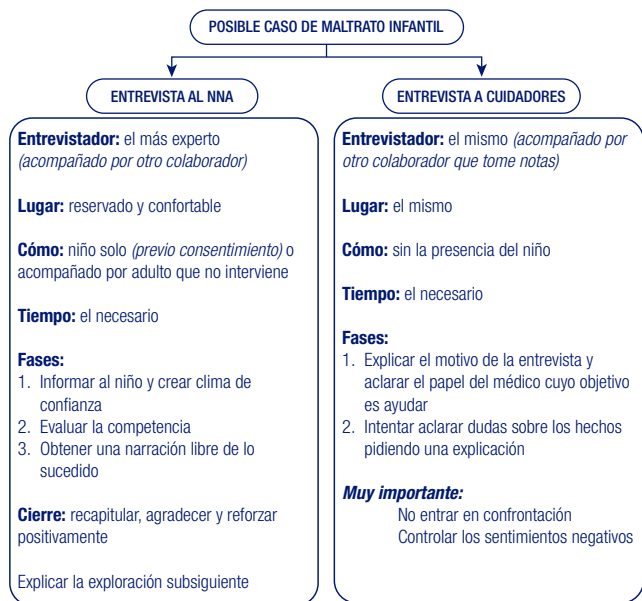
PUNTOS CLAVE. Entrevista a los progenitores y cuidadores

1. Escuchar activamente su relato
2. Ser honesto
3. Intentar su colaboración en la búsqueda de soluciones
4. Evitar culpabilizarlos *a priori*
5. Reconocer y compartir sus preocupaciones
6. Hacer entender que somos sensibles a los factores que complican su vida: enfermedades crónicas, trastornos del desarrollo, problemas de salud mental, ser refugiados o tener discapacidades
7. Identificar lo que están haciendo correctamente
8. Ser sensible a sus creencias religiosas y aspectos culturales
9. Trabajar creando una cierta confianza mientras mantenemos nuestra responsabilidad profesional
10. Mantener nuestras preguntas sin deteriorar la relación médico-paciente

NUNCA HAY QUE HACER

- Confundir o desconocer el nombre del niño
- Repetir preguntas
- Utilizar preguntas con respuestas sí/no
- Mirar fijamente al menor o sentarse cerca de él
- Tocar repetidamente al niño
- Inducir respuestas con nuestras preguntas
- Hacer comentarios que pongan en duda su historia
- Manifestar horror o desaprobación
- Poner en duda lo que el niño dice

ALGORITMO DE ENTREVISTA ANTE POSIBLE CASO DE MALTRATO INFANTIL



BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Blasbalg U, Hershkowitz I, Karni-Visel Y. Support, reluctance, and production in child abuse investigative interviews. *Psychology, Public Policy, and Law*. 2018; 24(4):518-527.
- C. Jenny, MD, MBA, J. E. Crawford-Jakubiak, MD, and Committee on child Abuse and neglect. American Academy of Pediatrics. The Evaluation of Children in the Primary Care Setting when Sexual Abuse is suspected. Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2013-1741
- Guerra C, Bravo C. La víctima de abuso sexual infantil versus el sistema de protección a la víctima: Reflexiones sobre la victimización secundaria Praxis, [S.l.], n. 26, p. 71-84, may 2017. ISSN 0718-2201.
- NICE guideline. Child abuse and neglect. Published: 9 October 2017. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng76
- Pou i Fernández J. Abuso sexual. Protocolo de actuación. En: Casado Flores J, Serrano A. Urgencias y tratamiento del niño grave 2º ed. Madrid: Ergón; 2007. p. 852-6.
- Snoeren F, Hoefnagels C, Lamers-Winkelmann F, et al. Design of a quasi-experiment on the effectiveness and cost-effectiveness of using the child-interview intervention during the investigation following a report of child abuse and/or neglect. *BMC Public Health* 2013, 13:1164. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/1164>.

4.

Maltrato físico

Julia Ruiz Jiménez

Juan Alonso Cózar Olmo

DEFINICIÓN

El maltrato físico (MTF) por acción, el más fácil de detectar desde el punto de vista clínico y, por tanto, el que más se diagnostica, se define como: «cualquier intervención, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le pongan en situación de grave riesgo de padecerlo».

El maltrato físico por omisión (negligencia) se produce cuando se desatienden las necesidades básicas de alimentación, vestido, asistencia médica, seguridad y educación. Se desarrolla en capítulo de Negligencia.

EPIDEMIOLOGÍA

El maltrato físico es más frecuente en niños, en edades de 2 a 4 años y constituye la segunda causa de mortalidad en menores de 5 años (exceptuando el periodo neonatal).

Tenemos que mejorar en la identificación de estos casos, para poder desarrollar mecanismos para protegerlos antes de que sea demasiado tarde.

FACTORES DE RIESGO

Hay ciertos factores de riesgo que predisponen al maltrato y que deben ser valorados a la hora de evaluar a estos pacientes. Los niños son las víctimas y nunca se les podrá culpar del maltrato (Tabla 1).

CLÍNICA

Los pacientes se pueden incluir en dos grandes grupos, aquellos en los que la familia nos refiere que los niños, niñas y adolescentes (NNA) puede estar siendo sometido a un maltrato físico y aquellas en las que vemos lesiones sugestivas de haberse podido ocurrir.

Tabla 1. Factores de riesgo		
Factores del niño	Factores de la familia y/o cuidadores	Factores sociales y comunitarios
Los niños son las víctimas y nunca se les podrá culpar del maltrato. Sin embargo, hay una serie de características del niño que pueden aumentar la probabilidad de que sea maltratado: <ul style="list-style-type: none">• Edad inferior a 4 años y la adolescencia• El hecho de no ser deseados o de no cumplir las expectativas de los progenitores• Tener necesidades especiales o tener rasgos físicos anormales: deficiencias físicas o psíquicas, dependencia biológica y social, niño hiperactivo, prematuros, discapacitados	Hay varias características de la familia y el entorno que pueden incrementar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas: <ul style="list-style-type: none">• Familias monoparentales• Embarazo no deseado• Progenitores adolescentes• Padre o madre no biológico• Abuso de drogas o alcohol• Historia de violencia en la familia• Bajo control de impulsos• Trastorno psiquiátrico en los progenitores• Deficiencia mental• Prostitución• Separación en el periodo neonatal precoz• Abandono y/o fallecimiento de uno de los cónyuges• Antecedente de maltrato familiar	Hay diversas características de las comunidades y las sociedades que pueden aumentar el riesgo de maltrato infantil, entre ellas: <ul style="list-style-type: none">• Las desigualdades sociales y de género• La falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones• Los niveles elevados de desempleo o pobreza• La disponibilidad fácil del alcohol y las drogas• Las políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, la pornografía, la prostitución y el trabajo infantiles• Las normas sociales y culturales que debilitan el estatus del niño en las relaciones con sus progenitores o fomentan la violencia hacia los demás, los castigos físicos o la rigidez de los papeles asignados a cada sexo• Las políticas sociales, económicas, sanitarias y educativas que generan malas condiciones de vida o inestabilidad o desigualdades socioeconómicas

La entrevista clínica debe realizarse y estructurarse como en el resto de tipologías de maltrato, y es fundamental en la detección de casos de maltrato, ya que este tiene efectos a corto y a largo plazo:

- La aparición de MTF en edades tempranas se asocia con mayor morbilidad y mortalidad.
- A largo plazo: experiencias adversas en la infancia.
- En el caso del maltrato físico, siempre se debe valorar la existencia de las llamadas «lesiones centinelas», siempre sugerentes de maltrato, y las cuales se caracterizan por aparecer siempre en niños o niñas con una edad igual o menor a los 24 meses de vida, y que o bien han quedado reseñadas previamente en la historia clínica del niño o son motivo de nuevas consultas. Asimismo, se caracterizan porque en el relato de la lesión por parte de los cuidadores, el origen de los daños que presenta el niño/a no queda lo suficientemente aclarado. Recordar el Síndrome del niño zarandeado.

En función de la edad de la víctima, estas lesiones centinelas pueden ser:

- 0-6 meses:
 - Lesiones en la piel: escoriaciones, equimosis, quemaduras, etc.
 - Afectación orofaríngea: eritema o petequias en paladar, laceraciones, hematomas y/o hemorragias en cavidad oral y en mucosa oral/labial. Rotura frenillo lingual. Lesiones en el macizo facial.
- 6-12 meses:
 - Fracturas de huesos largos: con patrones similares a los descritos a lo largo de este capítulo.
 - Traumatismo craneal no accidental (TCNA).
- Menores de 24 meses:
 - Fractura de costillas.
 - Traumatismos abdominales.
 - Hemorragias subconjuntivales.
 - Lesiones genitales.

Es fundamental en la atención al niño o niña que puede estar sufriendo maltrato físico establecer la causa de la lesión que presenta. Es por ello que tendremos alto índice de sospecha de maltrato cuando el relato de los cuidadores, se caracterice por:

- Un mecanismo imposible de producción de la lesión, dado el desarrollo del menor.
- Justificaciones inverosímiles, negación del trauma o de que haya podido ocurrir.
- Retrasar de manera inexplicable o excesiva la solicitud de atención médica.
- Atribuir las lesiones a los esfuerzos de reanimación en el hogar.
- Un relato cambiante, o que entra en contradicción entre ellos, o con otros observadores.

Las lesiones que nos podemos encontrar en los casos de maltrato físico son muy variables y, a veces, difíciles de distinguir de aquellas de origen no intencional.

A continuación, se exponen las lesiones más frecuentes y las características propias de una etiología intencional.

Lesiones cutáneo-mucosas

Hematomas, contusiones, equimosis, erosiones, heridas inciso-contusas, pinchazos, cicatrices. Se aconseja realizar fotos con consentimiento de los tutores.

TEN-4 FACE

(Pierce 2010) **T** (Torso), **E** (Orejas) **N** (Cuello). **4** (≤ 4 años)

- Localización: zonas no habituales de traumatismo y no prominentes («zonas de castigo», **Figura 1**); fundamentalmente, en tórax orejas y cuello (área peribucal y periocular), área genital, nalgas o muslos (zonas ocultas). Lesiones múltiples. Pueden estar en distinto estadio evolutivo y en los lactantes las lesiones suelen desaparecer más precozmente. El color de la lesión puede variar desde rojo o azulado-violáceo, en las primeras 72 h, tras producirse la lesión. Entre el 3^{er}. al 7.^o día de evolución, oscila de verde a amarillo verdoso. Por último, desde la primera semana hasta la cuarta, las lesiones adoptan un color entre amarillo a amarillo-marrón. Se debe tener en cuenta que el tiempo de evolución de las lesiones en los lactantes es más corto que en el resto de los niños.

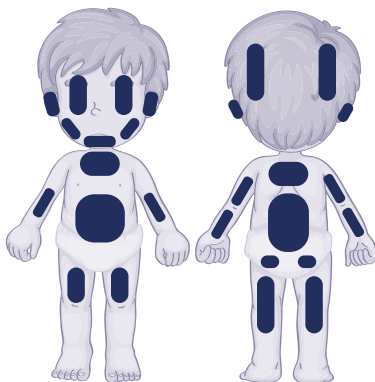


Figura 1. Zonas de castigo. Abusive bruising patterns. Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2010 Dec; 95(6): 170-7.

- Morfología: que reproduzcan la forma o dibujo de algún objeto (cinturón, hebilla, regla), asociación de petequias perilesionales, y lesiones en distintos estadios evolutivos y/o cicatrización.
- Edad: cualquier lesión en lactantes o en menores de 4 años en regiones TEN.

Quemaduras/escaldaduras

- Localización: zonas cubiertas o zonas de castigo.
- Morfología: bordes nítidos, no presenta lesiones de salpicadura, profundidad homogénea, generalmente quemaduras 2.^o-3.^{er} gra-

do, forma de guante/calzetín o casquete o circulares (cigarrillos) o que reproduzca objetos. Al igual que en las lesiones cutáneo-mucosas, pueden estar en periodos diferentes.

Mordeduras

Características de las que pueden ser sospechas de maltrato:

- Reproducen la arcada dentaria humana en forma ovoide.
- Recurrentes (aisladas o múltiples).
- Diagnóstico diferencial con: mordedura de un perro (suelen presentar marcas punzantes o desgarros del tejido), autolesiones (trastorno psíquico, metabopatías), mordedura de otro niño, cuya distancia intercanina suele medir menos de 2,5-3 cm.

Si la mordedura es fresca y hay posibilidades se podría recoger para realizar ADN de la saliva.

Lesiones osteoarticulares

Los factores de riesgo que debemos evaluar son la edad del niño, principalmente en los menores de 2 años; la localización y el número de fracturas. Es fundamental indagar el mecanismo de producción de la lesión y quien era la persona que estaba cuidando al niño/a. También tener en cuenta el gran potencial biológico de curación que presentan la infancia.

Observar la piel cuidadosamente en busca de «marcas de agarre». La ausencia de hematomas no excluye la fractura.

Ante la sospecha de fractura producida por abuso, la repetición del estudio radiológico 2-3 semanas después, mejora la sensibilidad y especificidad diagnóstica, ya que no todas son visibles en el momento de su producción.

Ojo a cualquier fractura en un niño que no deambula.

Se pueden catalogar en tres tipos característicos de maltrato:

- Tipo I: en la que se aprecia una línea radiolúcida metafisaria correspondiente a la fractura y/o imagen en esquina y/o en asa de cubeta. Evolucionan sin deformidad metafisaria.
- Tipo II: en la que la fractura forma un bloque separado del resto del hueso, adoptando una forma en luna en cuarto menguante. Evolucionan sin o con leve deformidad metafisaria.
- Tipo III: en la que existe un gran desplazamiento de la plataforma metafisaria junto a un mayor o menor grado de luxación articular. Evolucionan con gran deformidad metafisaria.

Existen varios tipos de fractura que se han relacionado con una probabilidad mayor de que la etiología sea intencional:

- Fracturas costales: más en los arcos posteriores o laterales. Traumatismo en las metáfisis debido a golpes violentos, estiramientos y desplazamientos epifisarios.
- Fracturas de huesos largos: predominan las fracturas espiroideas u oblicuas, siendo características las que afectan las metáfisis, en asa de cubo o en las esquinas. Las fracturas de fémur suelen ser más características de los menores de un año; las de húmero en menores de 3 años, las del eje proximal y medio, son más probables debidas a abuso que las distales, las supracondíleas es menos probable que se deban a MTF.
- Fracturas vertebrales: por mecanismos de hiperextensión o hiperflexión forzadas, o por impacto directo.
- Traumatismo craneal no accidental:
 - Fracturas craneales: las asociadas a mecanismo no intencional suelen ser lineales y parietales. Son sugestivas de maltrato las que son bilaterales, complejas y de trayecto anfractuoso, deprimidas o que atraviesan suturas. Si la energía del impacto es muy elevada, se asocian a hematomas subdurales. Es característico el «síndrome del niño sacudido», el cual puede estar producido por traumatismo directo de la cabeza contra un objeto, o por movimientos de sacudida del cuerpo del niño, de manera brusca y enérgica. En este tipo de acciones se producen desgarrs de los puentes venosos entre la corteza cerebral y los senos dures. Estas lesiones suelen encontrarse en la zona parietal, frontal y temporal. Clínicamente se puede expresar como crisis convulsivas, coma, lesiones cerebrales permanentes (hemiparesias, tetraparesias), ceguera, discapacidades del desarrollo, y una mortalidad próxima al 25 %.
 - Hemorragia intracraneal: el hematoma subdural es el tipo más común en el maltrato, aunque puede visualizarse cualquier tipo de sangrado.
 - El TCNA, se asocia con un valor predictivo positivo cuando hay tres o más de los signos siguientes:
 - Fracturas de costillas.
 - Hemorragias retinianas.
 - Fracturas de huesos largos.
 - Lesiones en zona TEN.
 - Apnea.
 - Convulsiones.

Un dato de sospecha de una posible situación de MTF, es la demora en la solicitud de atención médica. En los traumatismos craneales accidentales la solicitud de asistencia es más inmediata. En los casos sospecho-

sos de MTF, se solicitará la asistencia del Oftalmólogo para valorar la existencia de hemorragias retinianas, ya que estas son orientativas de MTF, persisten hasta 3 a 4 semanas tras la agresión. Suelen ser bilaterales.

Lesiones viscerales

Sospechar siempre lesiones intencionadas, ante menores de 3 años, con historia referida por el acompañante no creíble o dudosa, con retraso en la solicitud de la asistencia médica, afectación de vísceras huecas. No suelen asociarse a hematomas cutáneos. La mortalidad se establece en torno al 53%.

Tipología

- Contusión, hematoma pulmonar, neumotórax; contusión esplénica y renal; desgarro mesentérico y hepático; traumatismo cardíaco directa. Las hemorragias renales son debidas a fuerzas aceleradas repetidas (sacudidas), etc.
- Síntomas: hinchazón y dolor abdominal, dificultad respiratoria, vómitos y/o hemorragias.
- La auscultación abdominal antes de la palpación puede determinar un silencio abdominal.

Otras posibles lesiones

Envenenamiento

Si se evidencia administración/ingestión de una o más sustancias tóxicas.

Alopecia

Sospechar si presenta combinación de zonas de pelo sano con zonas de arrancamiento, localización occipital u occipito-parietal y/o diferentes estadios de evolución, sin que siga una distribución determinada. Es característica la presencia de un hematoma por debajo de la zona lesionada.

Daño por frío

Sospechar si presenta hipotermia sin una explicación adecuada o lesiones por frío (inflamación y eritema de manos o pies).

DIAGNÓSTICO

Siempre que se evalúe a un paciente se debe ser minucioso, más cuando valoramos a un paciente que consulta por una lesión que podría ser de origen intencional, por lo que la historia clínica y la exploración física serán detalladas, buscando hallazgos compatibles con maltrato.

Reconocer e identificar una posible situación de maltrato físico; debe ser lo más precoz posible para evitar la gravedad de las consecuencias para el niño. El diagnóstico de un caso de maltrato infantil debe realizarse en base a cuatro elementos:

- Historia: datos aportados por el propio niño, otros profesionales (maestro, médico, policía, pediatra social, trabajador social...) u otras personas (vecinos, amigos, parientes...). Hacerla exhaustiva, con antecedentes familiares, embarazo, atención prenatal, historia clínica del desarrollo del niño, historia de abuso a otros niños, hermanos, a los progenitores...
- Examen psicológico-médico: existencia de indicadores físicos y comportamentales de la víctima y en la conducta del agresor/acompañante.
- Pruebas complementarias: realización de pruebas médicas (radiología, 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. Valoración de los factores protectores del NNA y su entorno familiar y social.

Para establecer el diagnóstico, también nos pueden ayudar unos indicadores que se presentan en este problema. Los indicadores son aquellos datos derivados de la historia, de los exámenes médico-psicológicos y de la historia social que señalan la posible existencia de maltrato. Es recomendable anotar que profesional es el que efectúa la valoración del comportamiento de la víctima.

Los indicadores físicos son los recogidos en la clínica. Los indicadores comportamentales en la víctima pueden ser:

- Parece tener miedo a sus progenitores o cuidadores.
- Cuenta que alguno de sus progenitores le pega normalmente.
- Se muestra receloso(a) en cuanto al contacto físico con los adultos.
- Se adapta fácilmente con adultos desconocidos.
- Se adapta fácilmente cuando le ingresan en el hospital.
- Demuestra pasividad y comportamiento retraído, tímido, asustadizo; tendencia a la soledad y aislamiento.
- Muestra una actitud de auto culpa y aceptación de los castigos.
- Presenta sentimiento de tristeza y depresión.
- Presenta abuso de drogas y alcohol desde edades tempranas.
- Siente inquietud desmedida por el llanto de otros niños.
- Observación de la conducta del NNA, con respecto a la persona adulta que le acompaña.

Indicadores comportamentales en los progenitores:

- Utilizan una disciplina severa, impropia para la edad del niño.
- No dan ninguna explicación con respecto a la lesión, o esta es ilógica, no convincente o contradictoria.
- Parecen no preocuparse por su hijo.
- Perciben al niño de manera negativa.
- Abusan del alcohol u otras drogas.
- Intentan ocultar la lesión o proteger la identidad de la persona responsable de esta.
- Culpabilizan al cónyuge como causante del maltrato.
- Se contradicen mutuamente ante la causa de la lesión.
- Existe un retraso indebido o sin explicación en buscar y proporcionar atención médica al niño.
- Si un padre/cuidador se niega a permitir que el niño hable por sí mismo con el profesional médico.
- Se registran repetidos eventos sospechosos sin una explicación médica.

Tras la evaluación inicial, puede estar indicada la realización de pruebas complementarias según los hallazgos observados:

- Hematimetría con recuento de plaquetas y coagulación: en los pacientes con una hemorragia intracraneal, salvo que exista un traumatismo verificable (intencional o no intencional) o en aquellos que presentes otros hallazgos compatibles con maltrato (fracturas, quemaduras, lesión intraabdominal, lesiones cutáneas). Hemoglobina baja.
- Bioquímica: ionograma, pruebas hepáticas, creatininfosfoquinasa (CPK), amilasa/lipasa, metabolismo férrico (ante sospecha de traumatismo abdominal se obtendrá de urgencia, si no las pruebas se pueden diferir).
- Orina y sedimento: si traumatismo abdominal, deshidratación o fallo renal agudo, para objetivar la presencia de hematuria. En caso de hemorragia subdural realizaremos ácidos orgánicos en orina.
- Detección de tóxicos y medicamentos en sangre y/u orina: si alteraciones del nivel de conciencia o se sospecha la ingesta.
- Pruebas de laboratorio de salud ósea, incluyendo calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, la 25-hidroxivitamina D y nivel de PTH, cobre sérico, la vitamina C, y niveles de ceruloplasmina si el niño está en riesgo de escorbuto o deficiencia de cobre, una biopsia de piel para cultivo de fibroblastos y/o ADN para osteogénesis imperfecta.

- Fondo de ojo: debe ser realizado por el oftalmólogo. Lo solicitaremos ante toda sospecha de maltrato en menores de 2 años. Las hemorragias que implican varias capas de la retina están asociadas más frecuentemente a las producidas por maltrato.
- Radiología.
- Radiografía específica:
 - Menores de 2 años, serie ósea completa.
 - Brazos anteroposterior (AP).
 - Antebrazos AP.
 - Manos AP.
 - Muslos AP.
 - Piernas AP.
 - Pies AP.
 - Tórax AP y lateral (LAT).
 - Columna lumbar LAT.
 - Columna cervical AP y LAT.
 - Mayores de 2 años. Se solicitará en el área donde se sospeche lesión aguda o crónica.
 - Tomografía axial (TAC) craneal sin contraste: las indicaciones de realizarlo en los casos de traumatismo craneoencefálico varían en función de la edad:
 - Mayores de 2 años: sospecha TCE no accidental con presencia de síntomas o signos neurológicos o convulsiones, con o sin otros hallazgos físicos.
 - Menores de 24 meses: sospecha de TCE no accidental con o sin clínica neurológica asociada; paciente de «alto riesgo» (fracturas costales, fracturas múltiples, lesiones faciales o menores de 6 meses); lesiones torácicas y/o abdomino-pélvica inconsistente con la historia.
 - TAC espinal: en la radiología se evalúa la compresión vertebral o las fracturas espinosas.
 - Realizar TAC helicoidal en las fracturas complejas
- TAC, ecografía abdominal: si se sospecha lesión visceral.
- Gammagrafía ósea: más sensible en menores de 1 año, pero requiere sedación y es más costosa. Poco utilizada.
- Resonancia magnética (RMN): evalúa las hemorragias agudas y es lo idóneo para valorar una lesión intracraneal.

Ante un caso de sospecha de maltrato es importante conocer si existen más niños en el hogar y evaluarlos a ellos también en las siguientes 24 horas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

No todas las lesiones que parecen provocadas lo son; algunas corresponden a síntomas y signos de enfermedades:

- Hematológicas: trastornos de la coagulación, hemopatías malignas, vasculitis postinfecciosa, púrpura trombocitopénica idiopática, etc.
- Infecciosas: sepsis, meningitis, sífilis congénita, osteomielitis, impétigo, síndrome estafilocócico de piel escaldada.
- Dermatológicas: mancha parda, mancha mongólica, fotodermatitis.
- Metabólicas: raquitismo, escorbuto.
- Patología congénita: osteogénesis imperfecta, síndrome de Ehler-Danlos...).
- Hemorragia intracraneal: déficit de vitamina K, aciduria glutárica, diátesis hemorrágica, traumatismo en canal del parto.
- Terapias alternativas o tradicionales: caída de mollera, Cao Gio, Cupping, Moxibustión, Gua Sha, etc.
- Otros: muerte súbita Infantil, episodios breves resueltos inexplicados (BRUE: *brief resolved unexplained events*), epidermólisis bullosa, eritema multiforme.

Notificación: imprescindible para poner en marcha todos los mecanismos de protección. Su desarrollo se explica en otro capítulo de esta obra.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe ser abordado simultáneamente por un equipo multidisciplinario que englobe los aspectos médicos, sociales y legales.

- Atención médica: no solo implica el tratamiento de las lesiones, que no difiere del tratamiento de las mismas producidas por otra causa, además tenemos que prevenir, tanto detectando el caso como las situaciones de riesgo; por ello, en ocasiones la hospitalización tiene por objeto no solo el tratamiento de las lesiones, sino también la de separar a la víctima del ambiente agresor, hasta que los sistemas de protección intervengan y garanticen la integridad del niño.
- Atención psiquiátrica o psicológica del niño y del agresor.
- Orientación familiar.
- Separación del niño/a del medio de peligro.
- Medidas de prevención: tras llevar a cabo todo el proceso diagnóstico es muy importante la comunicación a otros servicios y la protección del niño/a. Es nuestra responsabilidad. Tendremos fundamentalmente dos supuestos (**Tabla 1**):
 - Caso de maltrato evidente o muy sospechoso: se debe garantizar la seguridad del NNA mediante su ingreso hospitalario. Realizaremos las pruebas complementarias oportunas para

confirmar o completar el diagnóstico y se establecerá el tratamiento médico/quirúrgico oportuno. Se debe comunicar el caso de manera urgente a la consulta de Pediatría social/servicios sociales del centro y a la autoridad judicial (telefónicamente y por escrito). Se contactará con el pediatra de Atención Primaria. Valorar ingreso hospitalario.

- Caso no grave, dudoso o sospechoso: si el niño no tiene lesiones físicas importantes y se garantiza su seguridad se puede enviar al domicilio. Si tenemos dudas sobre la seguridad del niño estaría indicado el ingreso hospitalario o enviarlo a un centro de acogida. Se debe comunicar el caso a la consulta de Pediatría social/servicios sociales y contactar con pediatra de Atención Primaria. Se puede diferir la notificación judicial, hasta realizar un adecuado seguimiento.

CRITERIOS DE GRAVEDAD

Valorados según la Guía BALORA (Tabla 2).

- Gravedad muy elevada: utilización excesiva de la fuerza física que provoca una lesión muy grave, es decir el niño requiere atención médica urgente (por ejemplo, fracturas de huesos largos, lesiones internas, quemaduras de tercer grado). Se considera «fuerza excesiva» que la intensidad de la agresión física provoca un daño físico considerable al niño, niña o adolescente, es claramente desproporcionada en relación a su corpulencia o condiciones físicas, o se prolonga indebidamente (caso grave).
- Gravedad elevada: utilización excesiva de la fuerza física que provoca una lesión grave. Una lesión grave no pone en riesgo la vida y no es probable que provoque ninguna incapacidad, incluso si no se proporciona atención médica (por ejemplo, torceduras, conmociones leves, dientes rotos, quemaduras de primero y segundo grado, cortes que necesitan puntos de sutura, fracturas no de hueso largos, etc.) (caso grave).
- Gravedad moderada: incluye a aquellos casos donde se utilice habitual o frecuentemente la fuerza física de forma excesiva, produciendo lesiones superficiales o no causando lesiones. Las lesiones superficiales están localizadas en una o dos áreas e implican rozaduras y enrojecimientos de la piel (caso no grave, dudoso, sospechoso).
- Riesgo leve: utilización habitual o frecuente de la fuerza física aunque no de forma excesiva, no habiendo provocado lesiones o únicamente enrojecimientos que desaparecen rápidamente (caso no grave, dudoso, sospechoso).

- No presente: utilización ocasional de la fuerza física aunque no de forma excesiva, no habiendo provocado lesiones o únicamente enrojecimientos que desaparecen rápidamente. El tipo de castigo es inapropiado en cuanto al tipo (p. ej., cachetes con la mano abierta o tirones de orejas), aunque no se emplea fuerza física excesiva. Normalmente, se utilizan estrategias disciplinarias no físicas, ni violentas (caso no grave, dudoso, sospechoso).

PREVENCIÓN

La prevención del MTF es importante pero difícil y requiere esfuerzos. Los pediatras, como asesores de confianza para progenitores, cuida-

Tabla 2. Actuación en función de los criterios de gravedad		
Actuación	Caso de maltrato evidente o muy sospechoso (caso grave)	Caso no grave, dudoso o sospechoso
Destino	Hospital frente a centro de acogida (ca)	Domicilio frente a hospital/ca
Comunicación a consulta Pediatría social/servicios sociales	Urgente	Sí
Comunicación juzgado	Urgente	Diferida según seguimiento
Comunicación atención primaria	Sí	Sí

dores y familias sobre salud, desarrollo, puede jugar un papel importante en la prevención del abuso mediante la evaluación de fortalezas y deficiencias de los cuidadores, proporcionar educación para mejorar habilidades parentales, y promover prácticas parentales adecuadas basadas en evidencia que son enriquecedoras y positivas.

Los pediatras pueden ser eficaces implementando programas de prevención en su comunidad. Finalmente, reconociendo a la violencia sobre la infancia e interviniendo en nombre de un menor maltratado se puede salvar una vida, proteger al menor de edad de las consecuencias negativas del abuso, y salvaguardar sus derechos contenidos en la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Berciano MJ, Arruabarrena I, *et al.* BALORA: Instrumento para la valoración de gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los Servicios Sociales Municipales y Territoriales de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia en la Comunidad Autónoma Vasca. 1ª Ed. Gobierno Vasco, departamento de Empleo y Asuntos Sociales; 2011 [acceso 30 de junio de 2014]. Disponible en http://www.gizartelan.ejgv.euskadi.net/r45contss/es/contenidos/informacion/balora/es_doc/balora.html

- Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia. Menores víctimas de violencia en el ámbito familiar. España (2001/2005). Valencia: Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia; [fecha de acceso: 10 de mayo 2011] URL disponible en: <http://www.centroreinasofia.es/panel>
- Child Abuse Workup: laboratory Studies, Imaging, Other Tests (Julia Magana, MD; Chief Editor: Kirsten A Bechtel, MD.) 24 julio 2018.
- Child abuse and neglect: Publicada 9 octubre 2017 nice.org.uk/guidance/ng76.
- Christian CW. Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics. 2015 May;135(5):e1337-54.
- Maguire S. Which injuries may indicate child abuse? Arch Dis Child Educ Pract 2010; 95(6):170-177.
- Maguire SA, Upadhyaya M, Evans A, *et al.* A systematic review of abusive visceral injuries in childhood--their range and recognition. Child Abuse Negl. 2013;37(7):430-445.
- Página web de interés: <http://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/docs/serviciosProtecciónInfanciaCCAA.pdf>
- Schouten MCM, van Stel HF, Verheij TJM, Houben ML, Russel IMB, Nieuwenhuis EES, *et al.* (2017) The Value of a Checklist for Child Abuse in Out-of-Hours Primary Care: To Screen or Not to Screen. PLoS ONE 12(1):e0165641. doi:10.1371/journal.pone.0165641

5.

Abuso sexual infantil

Carmen Díez Sáez

Gloria Estopiñá Ferrer

Antonio Gancedo Baranda

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido a la violencia sexual como aquellos actos que van desde el acoso verbal a la penetración forzada y una variedad de tipos de coacción, desde la presión social y la intimidación a la fuerza física. Dicha victimización sexual es reconocida de manera habitual como el abuso sexual infantil. Se trata de una forma de violencia con repercusiones muy negativas sobre la salud de las víctimas, y presenta una gran complejidad en su detección, orientación, abordaje y prevención.

Se estima que la prevalencia de la victimización sexual es de un 8% de niños y cerca de un 20% de niñas.

CONCEPTO DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

El abuso sexual infantil (ASI) ocurre cuando un niño, niña o adolescente (NNA) es utilizado para la estimulación sexual de su agresor o la gratificación de un observador. Implica toda interacción sexual en la que el consentimiento no existe o no puede ser dado, independientemente de si el niño o niña entiende la naturaleza sexual de la actividad e incluso cuando no muestre signos de rechazo.

Supone la imposición de comportamientos de contenido sexual por parte de un adulto hacia un NNA, realizado en un contexto de desigualdad o asimetría de poder, habitualmente a través del engaño, la fuerza, la mentira o la manipulación. También se considera abuso las actividades sexuales impuestas por un niño a otro si el primero es considerablemente mayor que la víctima o utiliza la fuerza, amenazas y otros medios de presión.

La legislación vigente en España (Ley Orgánica 1/2015) establece la edad del consentimiento sexual en los 16 años. La realización de actos de carácter sexual con menores de 16 años será considerada,

en todo caso, como un hecho delictivo, salvo que se trate de relaciones consentidas libremente con una persona próxima a la o el menor por edad y grado de desarrollo o madurez (nuestro legislador deja abierto con patente vaguedad el dato cronológico).

TIPOLOGÍA

- Abuso sexual infantil con o sin contacto físico. El código penal diferencia:
 - Abuso sexual. Cualquier actividad sexual impuesta, realizada sin violencia o intimidación, aunque siempre sin que medie el consentimiento de dicha persona.
 - Ausencia de contacto: pedirle al niño que se desnude, mostrarle los órganos sexuales, mostrarle pornografía, diálogos sexuales, seducción verbal, realizar el acto sexual o masturbarse en la presencia de una o un menor de edad con el objeto de buscar la gratificación sexual.
 - Contacto sin penetración: tocamientos, masturbación del agresor a la víctima o viceversa.
 - Penetración: vaginal, anal, oral, penetración digital, introducción de objetos.
 - Agresión sexual. Cualquier forma de contacto físico con violencia o intimidación y sin consentimiento.
- Abuso sexual a través de Internet y nuevas tecnologías: imágenes de abuso sexual infantil, *grooming*, sextorsión...
- Explotación sexual. Un NNA es víctima de explotación sexual (ESIA) cuando participa en actividades sexuales a cambio de algo, ya sea una ganancia económica o bien de otro tipo, o incluso la promesa de tal, para una tercera persona, la persona agresora o el propio niño, niña o adolescente. En estas situaciones la niña, el niño o el adolescente puede verse obligado a la explotación a través de la fuerza física, las amenazas, la coacción, etc., o bien darse factores más complejos, entre los que se incluyen el desequilibrio de poder entre la víctima y la persona agresora o una relación de confianza que es utilizada por la persona agresora o explotadora.

INDICADORES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

- La revelación por parte de la víctima. El hecho de que un NNA nos cuente que ha sido víctima de abuso sexual es uno de los indicadores más potentes y específicos.
- Indicadores físicos: dolor, sangrado o secreción genital o anal inexplicable; erosiones, contusiones y hematomas en la zona ge-

nital, anal o en senos; sugilaciones en cuello o mamas; dificultad para andar y sentarse; ropa interior rasgada o manchada; presencia de semen, antígenos específicos (por ejemplo, proteína p30) o enzimas (por ejemplo, fosfatasa ácida), pelo púbico en boca, ano, genitales, ropa; infecciones de transmisión sexual; embarazo.

- Indicadores comportamentales:
 - Conductas sexuales impropias de la edad (masturbación compulsiva con objetos, caricias bucogenitales, pedir ser tocado en el área genital, conductas sexualmente seductoras). Agresiones sexuales a otros NNA. Conocimiento sexual precoz e inapropiado para su edad. Promiscuidad en adolescentes. Debemos conocer el desarrollo sexual normal para poder valorar adecuadamente las conductas inapropiadas que pueden estar relacionadas con ASI. Los juegos sexuales infantiles implican actividades consentidas y apropiadas, cumplen funciones de satisfacer la curiosidad y aprender las diferencias sexuales e implican a niños y niñas del mismo nivel de desarrollo cognitivo. Los comportamientos sexuales inapropiados no siempre pueden atribuirse a ASI. Sin embargo, cuando están presentes justifican una evaluación. Debemos considerar, además, otros estresores (abuso emocional, abuso físico, disfunción familiar, etc.) o exposición inapropiada a material sexualizado.
 - Inespecíficos (pueden observarse como reacciones ante diversas situaciones de estrés): llanto, trastornos del sueño y el apetito, enuresis secundaria, encopresis, conductas regresivas, depresión, ansiedad, aislamiento, falta de control emocional, fobias repetidas y variadas, culpa o vergüenza extremas, desórdenes funcionales, agresiones, fugas, consumo excesivo de alcohol y drogas, conductas autodestructivas o intentos de suicidio, etc.
- Es importante tener en cuenta que los NNA que han sido abusados sexualmente pueden estar aparentemente asintomáticos (lo que no significa que los hechos no hayan podido ocurrir).

ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL

Deben abordarse seis aspectos fundamentales:

- Contribuir al diagnóstico de abuso sexual. El diagnóstico de abuso sexual debe estar basado en una valoración médica, social y psicológica por lo que debe realizarse de manera interdisciplinar.
- Hacer el diagnóstico diferencial.
- Instaurar tratamiento si es necesario.

- Poner en conocimiento de las autoridades. En el adecuado manejo del ASI no solo tenemos responsabilidad profesional y ética, sino legal. Debemos comunicar al juzgado de guardia o fiscalía de menores, (cuando la persona agresora sea menor de edad) cuando hay una sospecha razonable de que ha existido un abuso. Además, siempre es obligatoria la comunicación a los servicios sociales, que tienen las competencias en materia de protección de menores. Las autoridades y los servicios de protección a la infancia son quienes tendrán la responsabilidad de llevar a cabo la investigación para determinar si el abuso ha ocurrido.
- Asegurar la protección de la o el menor.
- Evitar la victimización secundaria. Nuestra actitud, gestos (sorpresa, rechazo, desacreditación), exploración, etc., pueden suponer para el NNA una agresión más. No prolongar el interrogatorio más de lo necesario. Evitar que tenga que repetir el relato de los hechos.

Debe considerarse el ASI como una urgencia médica en estos casos:

- Abuso sexual agudo o reciente: en niños y niñas prepuberales 72 horas es el punto de corte generalmente aceptado porque después de ese tiempo disminuye la posibilidad de recoger pruebas médico-forenses válidas. En adolescentes se ha ampliado el tiempo hasta 5-7 días.
- Manifestaciones físicas o psicológicas que requieran tratamiento urgente.
- Necesidad de instaurar profilaxis post exposición para infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Necesidad de anticoncepción de urgencia.
- Síntomas recientes que hagan sospechar abuso.
- Abuso reiterado con el último contacto reciente.
- Necesidad de protección urgente a la víctima.

ENTREVISTA E HISTORIA CLÍNICA

Es fundamental para el diagnóstico e inicio de las medidas médico-legales.

- Historia clínica recogida de la familia o cuidadores. En este momento el NNA no debe estar presente, ya que oír la exposición de los hechos por parte de los acompañantes puede contaminar su relato. Preguntar por los indicadores de sospecha de ASI (revelación, físicos, conductas sexuales inadecuadas, alteraciones emocionales y cambios de conducta etc.).

Cuando existan indicadores altamente específicos (indicadores físicos o la revelación del NNA) se notificará (telefónicamente y por escrito) al juzgado de guardia (o fiscalía de menores, cuando la persona agresora sea menor de edad) con independencia de que su familia desee presentar la denuncia correspondiente.

El o la juez decidirá la presencia de la o el forense en el hospital (informe pericial sobre lesiones, toma de muestras judiciales en ASI reciente). En caso de que acuda, se esperará para realizar la valoración conjuntamente. Se ubicará a la víctima en un lugar que garantice su intimidad, confidencialidad, seguridad y protección. Evitar las actuaciones que puedan interferir en la posterior toma de muestras de interés legal (lavados, cambio de ropa, etc.).

- Historia clínica recogida de la o el menor. Hacer la entrevista al NNA sin su familiar presente, si es posible. Esto es fundamental si un progenitor es el supuesto perpetrador o si encubre al sospechoso, para evitar que la víctima pueda sentirse intimidada o amenazada. Sin embargo, si el NNA se siente incómodo a solas con él o la pediatra, puede ser más eficaz permitir que su familiar se quede, advirtiéndole previamente que no debe intervenir. Adaptar las preguntas a la edad y nivel de desarrollo. No apremiar ni forzar a que revele lo sucedido. Evitar preguntas dirigidas. Es importante reforzar la idea de que fue muy valiente al contarlo, que no tiene la culpa y que no va a tener problemas. En el informe escribiremos lo que el NNA cuenta con sus propias palabras, entrecomillado. Nuestras percepciones subjetivas las identificaremos como tales. Para entrevistar al NNA a solas pediremos el consentimiento (verbal) a la familia y lo señalaremos en nuestro informe. Haremos la entrevista con un testigo.
- Elementos que deben constar en la historia clínica:
 - Identificar al acompañante. Relación con la o el menor.
 - Antecedentes personales. Incluir cualquier antecedente aparentemente no relacionado. Historia ginecológica si es adolescente.
 - Historia de la agresión. Tener en cuenta que es muy probable que la información con fines legales la vayan a obtener en otro momento de manera más específica (juzgado, equipo psicosocial, unidad de valoración forense, etc.). Evitar la revictimización.
 - Síntomas actuales y pasados. Identificar cualquier síntoma genitourinario o gastrointestinal que pueda ser relevante o cualquier queja somática que pueda estar asociada con el abuso. Numerosos signos y síntomas médicos han sido asociados con el abuso sexual.

- Historia sociofamiliar: convivientes en el domicilio y parentesco, centro escolar al que acude, etc.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En el 90-95% de las ocasiones la exploración física será normal, incluso cuando ha habido penetración (las lesiones genitales cicatrizan rápidamente y dejan evidencia mínima del trauma). Una exploración normal no excluye el abuso sexual y este hecho debe constar en nuestro informe.

Debe ser realizada por la persona más experta en ASI, siendo el o la pediatra la persona de referencia del equipo y siempre acompañado. Se hará una exploración conjunta Pediatría - Medicina Forense - Ginecología - Cirugía (cuando estas sean necesarias) en un acto único para evitar la victimización secundaria.

Explicar en un lenguaje adecuado a su edad la exploración que se va a llevar a cabo. Dar a los NNA la sensación de control sobre la situación. Procurar preservar su pudor. No utilizar métodos de contención. Valorar sedación en algunos casos. Un adulto de apoyo que no sea sospechoso de estar involucrado en el abuso estará presente, salvo oposición de la víctima.

Todas las lesiones se deben describir minuciosamente. Añadir al informe imágenes fotográficas (previo consentimiento, y si existe un protocolo específico en el centro sanitario) que pueden ser posteriormente estudiadas, analizadas y mostradas como prueba objetiva.

Exploración física

Tras valorar de la estabilidad clínica del paciente, realizaremos una exploración física general adaptada a la situación.

Posteriormente dicha exploración deberá centrarse en:

- Clasificar el grado de madurez sexual de la víctima a través de la Escala de Tanner.
- Descartar signos de maltrato físico, secundarios a la posible resistencia, o a la inacción forzada de la víctima al sufrir la agresión: Erosiones, equimosis, hematomas, sugilaciones en cuello o mamas, lesiones en brazos, glúteos o muslos.
- Al existir la posibilidad de sexo oral forzado se debe explorar siempre la cavidad oral, describiendo si existen: petequias, laceraciones, mordeduras, equimosis, hematomas, sobre todo en la unión del paladar duro y el blando.
- Manifestaciones de infecciones de transmisión sexual:
 - Boca: explorar en busca de lesiones características en labios, mucosas yugal y gingival, lengua.

- Faringe: úvula, pilares amigdalares, amígdalas. La faringitis gonocócica suele ser asintomática.

Exploración región anogenital

El examen debe ser breve pero completo. Es importante una posición adecuada: niñas, en supino y en posición de «piernas de rana» o en posición genupectoral (en prono-de rodillas, apoyándose en los codos). Niños, en supino y rodillas hacia el pecho, o en posición genupectoral o en decúbito lateral (**Figuras 1, 2 y 3**).

Realizaremos una inspección visual. Una combinación de diferentes técnicas aumenta el rendimiento de los resultados: separación labial



Figura 1. Posición piernas de rana.



Figura 2. Posición genupectoral.

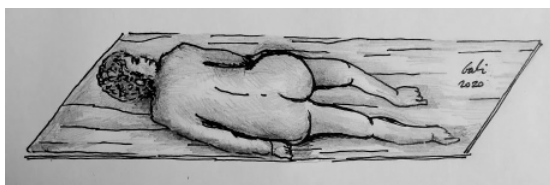


Figura 3. Posición decúbito lateral.

y tracción labial en posición «piernas de rana» y elevación de glúteos en posición genupectoral en niñas, y separación de nalgas y elevación de glúteos en posición genupectoral en niños (**Figuras 4 y 5**).

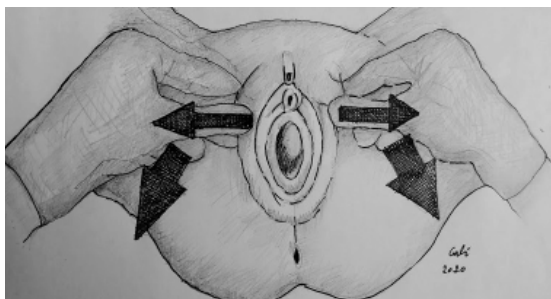


Figura 4. Separación y tracción labial.



Figura 5. Elevación de glúteos.

No se deben realizar exámenes con espéculo o digitales en niños o niñas prepúberes a menos que estén bajo anestesia (por ejemplo, para detectar la sospecha de un cuerpo extraño). No se necesitan exámenes digitales del recto.

La clasificación de Adams ha logrado una aceptación generalizada y es la principal guía para la evaluación de los hallazgos anogenitales en el contexto de sospecha de abuso infantil.

En dicha clasificación se describen:

- Variantes normales: variantes anatómicas normales de la región genital y perianal. Muchos hallazgos que anteriormente fueron mal

interpretados como evidencia de abuso ahora se consideran hallazgos y variantes normales. En particular, la anchura de la abertura del himen no tiene ningún valor (Figura 6).

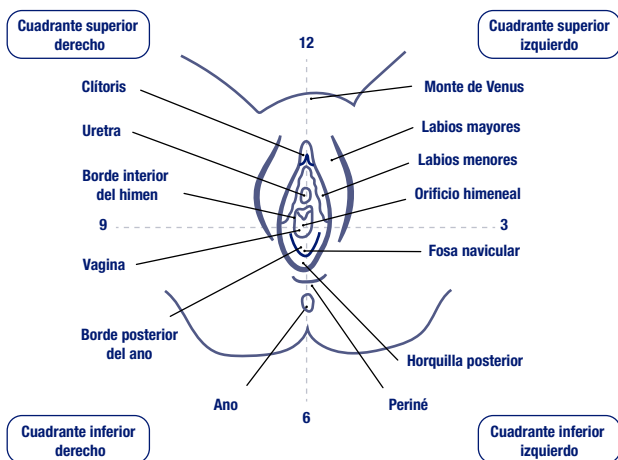


Figura 6. Esquema anatómico de la zona genital femenina.

- Hallazgos causados por afecciones médicas distintas de trauma o contacto sexual que pueden confundirse con abuso (ver diagnóstico diferencial).
- Hallazgos sin consenso de expertos sobre su significado con respecto a un posible contacto sexual o trauma. Como es la dilatación anal completa con relajación de los esfínteres anales internos y externos, o la sección no completa en el borde del himen.
- Hallazgos causados por trauma: son altamente sugestivos de abuso o agresión sexual, incluso en ausencia de una revelación por parte del NNA, a menos que se proporcione una descripción oportuna y verosímil del accidente.
 - Traumatismo agudo en los tejidos genitales/anales:
 - Laceración aguda o hematomas de labios, pene, escroto o periné.
 - Laceración aguda de la horquilla posterior o vestíbulo.
 - Hematomas, Petequias o abrasiones en el himen.
 - Laceración aguda del himen, de cualquier profundidad; parcial o completo.
 - Laceración vaginal.

- Laceración perianal con exposición de los tejidos debajo de la dermis.
- Lesiones residuales (cicatrices) de los tejidos genitales/anales:
 - Cicatriz perianal.
 - Cicatriz de horquilla o fosa posterior.
 - Hendidura completa del himen debajo de la ubicación de las 3 a 9 en punto que se extiende a través de la base del himen, sin tejido himenal discernible en esa localización.
 - Signos de mutilación genital femenina.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Lesiones accidentales anogenitales: en general son lesiones superficiales de los genitales externos, más comúnmente de labios mayores, labios menores y clítoris. El relato del mecanismo accidental se da habitualmente de modo espontáneo por el o la paciente y es agudo, dramático y consistente. Habitualmente se procura atención médica rápidamente.
- Otros hallazgos que pueden confundirse con abuso:
 - Ulcera de Lipschütz y otras úlceras vulvares (Behçet, Epstein-Barr).
 - Infecciones: vulvovaginitis inespecífica, perianitis estreptocócica...
 - Liqueen escleroso y atrófico anogenital.
 - Sinequias vulvares.
 - Prolapso uretral.
 - Fisuras anales (estreñimiento crónico o enfermedad de Crohn), prolapso rectal, proctitis (citomegalovirus).

TOMA DE MUESTRAS DE INTERÉS JUDICIAL

Cuando ha habido contacto sexual y sospecha de abuso sexual agudo o reciente. El o la forense decidirá las muestras de interés legal a recoger en función de dos situaciones clínicas:

- Durante las primeras 72 horas en una agresión/abuso sexual consistente en: penetración anal, oral o digital, derramamiento de semen o fluido seminal en superficie corporal, restos de saliva procedente de sugilaciones, etc.
- Agresión/abuso sexual con presunta penetración vía vaginal. El semen y restos celulares de varón pueden permanecer en cavidad vaginal hasta 7 días después de producido el hecho (los espermatozoides pueden recuperarse del cuello uterino). Por lo tanto, se debe ampliar el tiempo de la toma de muestras en estos casos hasta las 168 horas posteriores, sobre todo en adolescentes. En niñas prepúberes la vida media del semen es más corta

debido a la ausencia de moco cervical. En niñas prepúberes las muestras forenses se obtienen únicamente de las superficies genitales externas, a menos que exista una necesidad médica de usar anestesia.

DESPISTAJE DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Se recomienda cuando:

- Ha sufrido una penetración o hay evidencia de una herida profunda en zona genital, ano u orofaringe.
- Ha sido abusado por un extraño.
- Ha sido abusado por una persona que tiene una ITS o tiene un alto riesgo de ITS.
- Tiene un conviviente en el hogar con una ITS.
- Presenta signos y síntomas de ITS.
- Solicitud de pruebas por parte de la víctima o su familia.

El tiempo transcurrido entre los hechos y el primer reconocimiento médico de la víctima no debe ser un impedimento para la recogida de muestras para análisis microbiológico. Considerar el periodo de incubación si el abuso ha sido reciente (si test iniciales negativos y no se ha pautado profilaxis, repetir en 2 semanas).

Se recogerán muestras para cultivos y análisis moleculares para el diagnóstico de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Trichomonas vaginalis* (Tabla 1). Se tomarán las muestras de la localización donde se ha producido el contacto (faringe, recto, vagina, uretra). En niñas prepuberales las muestras vulvo-vaginales, en lugar de las cervicales, son adecuadas. En niños con supuración uretral se

Tabla 1. Infecciones causadas por abuso sexual

Infecciones causadas por contacto sexual (descartada la transmisión perinatal)

Infección por *N. gonorrhoeae* genital, rectal o faríngea

Sífilis

Infección por *C. trachomatis* genital o rectal

Infección por *T. vaginalis*

Infección por VIH (si la transmisión por sangre o agujas contaminadas ha sido descartada)

Infecciones que pueden transmitirse por contacto sexual y no sexual

Molusco contagioso en el área genital o anal. En niños pequeños, la transmisión probablemente no sea sexual

Condiloma acuminado (Virus del papiloma humano, VPH) en el área genital o anal. Es más probable que las verrugas que aparecen por primera vez después de los 5 años de edad se hayan transmitido por contacto sexual

Infecciones por VHS tipo 1 o 2 en el área oral, genital o anal

Infecciones no relacionadas con el contacto sexual

Vaginosis bacteriana o fúngica

Úlceras genitales causadas por infecciones virales como el virus de Epstein Barr u otros virus respiratorios

le toma muestra del meato uretral, lo que puede sustituir a la muestra uretral.

Se extraerá sangre para la determinación de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), virus hepatitis B (VHB), virus hepatitis C (VHC), virus herpes simple (VHS) y sífilis. Para conocer estado inicial. En el seguimiento se valorará seroconversión (Tabla 2).

Detectar una ITS por encima del periodo neonatal, obliga a descartar en primer lugar el abuso sexual, teniendo en cuenta también la transmisión vertical y accidental.

Tabla 2.				
Solicitar	Fecha de ASI	6 semanas	3 meses	6 meses
Hemograma y Bioquímica	Si	Sí	No	No
VIH	Si	Sí	Sí	Sí
VHC	Si	Sí	Sí	Sí
VHB, incluir: AgHBs y AchBs	Si	Se repetirá si no hay respuesta a la inmunización	Se repetirá si no hay respuesta a la inmunización	Se repetirá si no hay respuesta a la inmunización
RPR	Si	Sí	Sí	Sí
En mujeres adolescentes: Test de embarazo	Si	Si	No	No

OTRAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Prueba de embarazo si menarquia.
- Tóxicos en orina si se sospecha sumisión química (utilización de drogas o fármacos que facilitan el asalto sexual).

TRATAMIENTO DE LESIONES FÍSICAS Y SECUELAS PSICOLÓGICAS

En situaciones de urgencia médica y según criterios de gravedad, esta será la primera actuación a realizar.

Se tratarán las heridas y se efectuará prevención de la infección de las mismas. Se administrará profilaxis antitetánica cuando sea preciso.

Se realizará una interconsulta al servicio de Psiquiatría si se considera necesario en función del tipo de agresión, edad, desarrollo psicoemocional del paciente y urgencia de la situación.

El apoyo psicológico a medio-largo plazo se realizará a través del servicio establecido para tal fin en cada comunidad autónoma.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Se planteará en los casos en los que se ha considerado necesario la toma de muestras microbiológicas.

No se recomienda el tratamiento empírico frente a las ITS en todas las víctimas prepúberes porque: 1) la incidencia de la mayoría de las ITS en niños y niñas es baja después del abuso/agresión, 2) las niñas prepúberes parecen estar en menor riesgo de infección ascendente que las adolescentes, y 3) por lo general se puede garantizar el seguimiento regular de los niños y las niñas (podemos esperar los resultados). Sí está recomendado en adolescentes.

Profilaxis antibiótica empírica (tratamiento frente a gonococia, clamidiasis y tricomoniasis)

Se administrarán en Urgencias los tres fármacos (Tabla 3).

Tabla 3. Profilaxis antibiótica empírica		
	Peso <45 kg	Peso ≥45 kg
<i>C. trachomatis</i>	Eritromicina 50 mg/kg/día c/6 h v.o., 14 días (no hay datos de dosis óptima ni eficacia de azitromicina en < 45 kg)	Azitromicina 1 g v.o., dosis única
<i>N. gonorrhoeae</i>	Ceftriaxona 125 mg IM, dosis única	Ceftriaxona 500 mg IM, dosis única
<i>T. vaginalis</i>	Metronidazol 15 mg/kg/día c/8 h v.o., 7 días, máximo 2 g al día Otra opción: Tinidazol 50-75 mg/kg (máx. 2 g), dosis única	Metronidazol 2 g v.o., dosis única Otra opción: Tinidazol 2 g v.o., dosis única
Alergia β-lactámicos	Misma pauta pero sin ceftriaxona	Misma pauta pero sin ceftriaxona
Si ingesta de alcohol reciente o se va a administrar contracepción de urgencia, el metronidazol o tinidazol pueden ser administrados en el domicilio para minimizar los potenciales efectos secundarios e interacciones		

Vacunación postexposición frente al virus de la hepatitis B (VHB) (Tabla 4)

Tabla 4. Vacunación postexposición frente al VHB		
	Persona no vacunada	Persona vacunada
Fuente HBs Ag positivo	IGHB +vacunación HB (3 dosis)	1 dosis de vacuna HB
Fuente de status HBsAg desconocido	Vacunación HB (3 dosis)	No requiere vacunación

Profilaxis postexposición frente a VIH

Los niños y niñas víctimas de ASI tienen más riesgo de contraer el VIH. Se recomienda profilaxis postexposición (PPE) frente al VIH cuando ha habido sexo receptivo o insertivo, bucal, anal o vaginal, sin el uso de métodos de barrera. También, cuando exista presencia de sangre o fluidos sanguinolentos sobre mucosas. Si es posible, conocer si el

agresor es VIH positivo o tiene alta carga viral, presenta mucosas no intactas, enfermedad genital con úlceras o coinfección con otras ITS.

Valorar siempre el riesgo de que la víctima pueda sufrir una enfermedad crónica y/o mortal como es la desarrollada por el VIH, al no iniciar el adecuado tratamiento antiretroviral por sus posibles efectos secundarios. También en mordeduras que presenten sangre visible (**Tabla 5**).

Tabla 5. Profilaxis postexposición frente a VIH

<12 años (3 fármacos)	Emtricitabina 6 mg/kg/24 h (Suspensión: 10 mg/ml)
	Zidovudina 120 mg/m ² c/8 h o 4 mg/kg/12 h (Suspensión: 10 mg/ml)
	Lopinavir potenciado con Ritonavir 230-300 mg/m ² c/12 h (Solución oral: 1 ml: 80 mg de lopinavir y 20 mg ritonavir)
≥12 años (pauta adultos, 2 fármacos)	Raltegravir 1 comp/12 h (400 mg). No puede masticarse ni triturarse. Existen dos presentaciones: comprimidos de 400 mg o bucodispersables de 100 mg.
	Emtricitabina/Tenofovir 1 comp/24 h (200/245 mg). Puede masticarse o mezclarse con alimentos

(Documento de Consenso sobre Profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el sida y sociedades científicas).

La PPE debe iniciarse lo antes posible (< 6 h) y siempre en las primeras 72 horas tras el contacto. Mantener durante 28 días. Previamente a la administración, se solicitará una hematimetría y bioquímica (función hepática).

En Urgencias debemos contar con un kit con formulaciones pediátricas de la medicación en cantidad suficiente para cubrir al menos 3 días, hasta que la o el paciente pueda ser evaluado en la consulta de Infectología pediátrica.

Vacunación frente al virus del papiloma humano (VPH)

El CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) recomienda comenzar la vacunación tras la agresión sexual en mujeres (entre 9 y 26 años de edad) y hombres (entre 9 y 21 años) si no están vacunados o vacunación incompleta. Dos dosis antes de los 15 años o un régimen de tres, si la inician entre los 16 y los 26 años. En España no hay recomendación a este respecto.

ANTICONCEPCIÓN DE URGENCIA

- Levonorgestrel 1,5 mg en dosis única (o fraccionado en 2 dosis en un intervalo máx. de 12 h), si la agresión se produce en las 72 horas previas (la eficacia disminuye proporcionalmente a las horas transcurridas).

- Acetato de ulipristal 30 mg* en dosis única. Se puede usar hasta 120 horas después de la agresión.

La seguridad de la anticoncepción de urgencia permite ofrecerla incluso si la adolescente no está segura si ha ocurrido la penetración. Si está utilizando un método anticonceptivo efectivo no será necesario. Confirmar la próxima regla o realizar una prueba de embarazo a las 3 semanas. Pueden provocar náuseas y vómitos. Si vomita dentro de las 2 horas siguientes debe tomar otra dosis. Pueden producirse manchado o sangrado vaginal en los días siguientes.

La adolescente puede tomar simultáneamente la anticoncepción de urgencia, los antibióticos para las ITS y comenzar la PPE para la prevención de la infección por VIH, sin perjuicio alguno.

CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO

- Gravedad de las lesiones físicas o psíquicas.
- En ocasiones es recomendable el ingreso de una o un menor que ha sufrido un abuso sexual reciente (< 72 horas) hasta no clarificar el entorno familiar, ya que en la mayoría de los casos el agresor puede pertenecer al mismo.
- Cuando la familia no sea capaz de proporcionarle el apoyo necesario.
- A petición del juzgado, del NNA o su familia.

NOTIFICACIÓN, INFORMES Y COORDINACIÓN

- Notificación a servicios sociales/servicios de protección a la infancia: deseable utilizar hoja de notificación específica (normalizadas en algunas comunidades autónomas).
- Parte de lesiones e informe médico. La forma en que se realicen puede condicionar si se lleva a cabo una investigación. Lenguaje claro y comprensible, evitando la jerga médica. Debemos detallar la presencia de hallazgos (historia, síntomas o signos, laboratorio) compatibles con un posible abuso sexual y las razones por las que se sospecha el abuso. En el informe clínico usar la codificación diagnóstica de la clasificación internacional de enfermedades, CIE10.
- Cuando solamente existen indicadores conductuales que pueden deberse a otras causas diferentes de ASI pero el abuso es una posibilidad a tener en cuenta, aunque no notifiquemos al juzgado de guardia siempre notificaremos a servicios sociales.

* Acetato de ulipristal 30 mg, no le afecta la recomendación de revocación de la comercialización del acetato de ulipristal 5 mg, utilizado para el tratamiento de los síntomas de los fibromas uterinos, que según el PRAC (Comité Europeo de Evaluación de Riesgos en Farmacovigilancia) se asocia con fallo hepático grave.

- Consultas de seguimiento para resultados de cultivos, serologías, completar pauta de vacunación y monitorización de efectos secundarios y adherencia al tratamiento, si indicado.
- Lo primordial en el tratamiento y recuperación es el apoyo psicológico y la programación de un seguimiento por personal preparado.
- Derivaciones adecuadas a los recursos especializados: servicios sociales, Pediatría social, salud mental infantojuvenil, dispositivos especializados en la atención a las víctimas de ASI, etc.
- Mantener una coordinación integral con Atención Primaria.

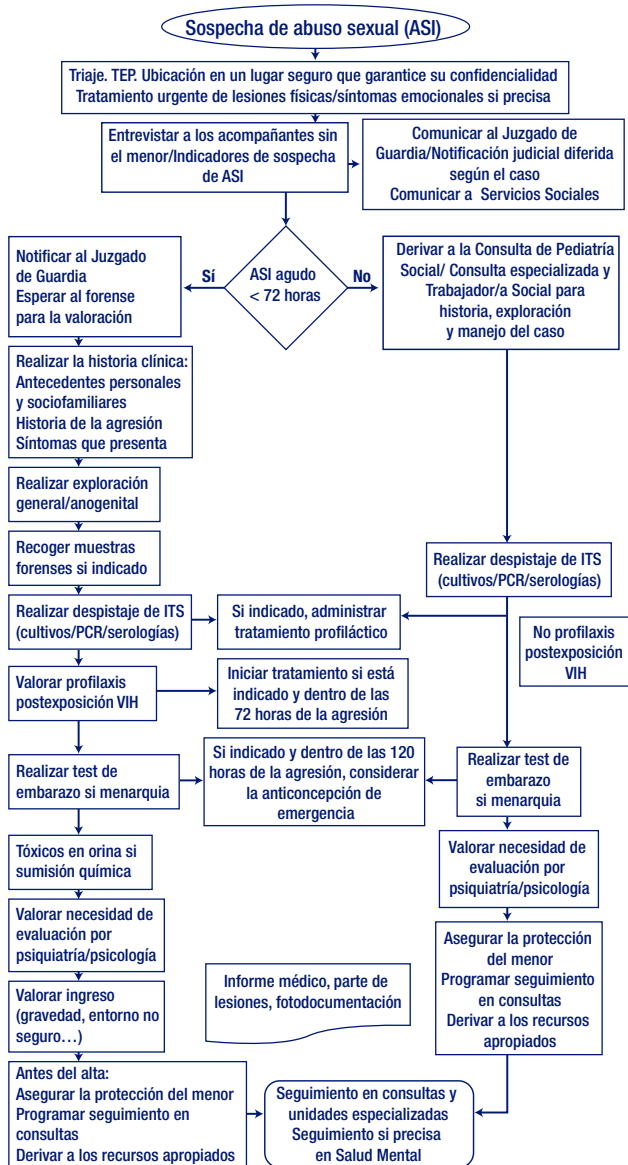
MODELO BARNAHUS

La asistencia actual a las víctimas de abuso sexual precisa de grandes áreas de mejora. El riesgo de provocar una victimización secundaria de los NNA abusados es una amenaza real a la que se enfrentan todos los dispositivos institucionales que atienden a estos menores de edad. Tal como señala Save The Children, el NNA puede relatar hasta en 10 ocasiones los detalles del abuso por término medio, o pueden pasar hasta 3 años entre que la víctima revela el abuso sexual y se resuelve judicialmente dicha situación, o que en 7 de cada 10 casos abiertos por abuso sexual infantil acaban sin sentencia.

Bragi Gudbrandsson, creó en Islandia en 1998 el modelo Barnahus o «Casa de los niños». Esta forma de atención a los NNA abusados fue reconocido como buena práctica por el Consejo de Europa en 2015. Se basa en integrar a todos los dispositivos involucrados en la atención al abuso sexual infantil (salud, servicios sociales, educación, sistema judicial, cuerpos y fuerzas de seguridad), en un entorno amigable para los NNA. De esta manera coordinada e integrada, se atiende desde la salud, lo social y lo judicial a los niños y las niñas víctimas de violencia sexual. Actualmente se encuentra funcionando ya en Catalunya como prueba piloto en Tarragona.

PUNTOS CLAVE

- El relato del NNA es la pieza fundamental en el diagnóstico del ASI.
- La mayoría de los exámenes médicos son negativos o no concluyentes en relación con la posible existencia de ASI. Dicha ausencia de datos no excluye el ASI.
- No dar el alta ni enviar a casa si la protección del NNA no está asegurada.
- Evitar la revictimización con nuestra actuación.
- Debe tenderse al abordaje multiprofesional e interinstitucional, orientado al modelo Barnahus, donde siempre debe figurar una o un pediatra sensibilizado y formado adecuadamente.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN CASO DE SOSPECHA DE ABUSO SEXUAL

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Adams JA *et al.* Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018;31.
- Adams JA, Farst KJ, Kellogg ND. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018 Jun;31(3):225-231.
- Actuación en la atención a menores víctimas en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia. Secretaría General Técnica, 2018. Disponible en https://www.observatoriodelainfancia.es/fichero-soia/documentos/5688_d_ActuacionAtencionMenoresVictimas.pdf. Acceso diciembre 2019.
- Centers for Disease Control. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. 2015. Disponible en <https://www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm>. Acceso enero 2020.
- Chiesa A, Goldson E. Child Sexual Abuse. *Pediatrics in Review.* 2017;38;105.
- Jenny C, Crawford-Jakubiak JE and Committee on Child Abuse and Neglect, American Academy of Pediatrics. The evaluation of children in the primary care setting when sexual abuse is suspected. *Pediatrics.* 2013;132(2):e558-567.
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., y Tonia, T. (2014). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469-483. doi:10.1007/s00038-012-0426-1.
- <https://www.savethechildren.es/actualidad/barnahus-la-casa-que-protege-los-ninos-y-ninas>.

6.

Maltrato psicológico

Ana Barrios Tascón

Elena Aguado Alba

Noelia M. Cadenas Benítez

DEFINICIÓN

No existe una definición universalmente aceptada de maltrato psicológico o emocional. El maltrato psicológico (MTP) (abuso y negligencia) se refiere a un patrón repetido de conducta del cuidador o cuidadores, y cuya consecuencia es que el niño no se sienta querido ni valorado, lo que conlleva a una gran falta de autoestima de los niños, niñas y adolescentes (NNA). Estas interacciones negativas caracterizan la relación y socavan gravemente el desarrollo cognitivo, social, emocional y/o físico del niño. El maltrato emocional puede ser la forma más compleja, frecuente y perjudicial de maltrato infantil y puede ocurrir simultáneamente con otras formas de abuso.

Este tipo de maltrato incluye actos de acción u omisión y puede ser verbal o no verbal, activo o pasivo y perpetrado con o sin intención real de dañar al niño.

Existen seis categorías para los diferentes tipos de conductas de los cuidadores en este tipo de maltrato:

- Rechazar: denigrar, ridiculizar por mostrar emociones normales, humillar en público.
- Aterrorizar: exponer a circunstancias impredecibles o caóticas, tácitamente peligrosas. Tener expectativas rígidas o irrealistas acompañadas de amenazas si no se cumplen. Amenazar, perpetrar la violencia contra los seres queridos y objetos del niño.
- Aislar: confinamiento dentro del ambiente. Restringir las interacciones sociales.
- Explotación/corrupción: de por sí, ya son tipos específicos de maltrato, y consisten en modelar, permitir o fomentar comportamientos antisociales o delictivos del menor de edad.
- Negligencia emocional: no interactuar, solo cuando sea necesario. No proporcionar calidez, ni afecto. No alabar ni celebrar cuando el menor alcanza alguno de los hitos en su desarrollo.

Es difícil estimar su prevalencia debido a la falta de consenso en cuanto a su definición, la probabilidad de que a menudo no se detecte, y la focalización de la mayoría de los estudios en la relación del niño con su cuidador primario y no con otros cuidadores.

Las estimaciones sitúan la prevalencia de maltrato emocional en el rango de 8 a 12% en la población general y puede estar presente en el 75 y el 90% de los casos conocidos de abuso físico o negligencia.

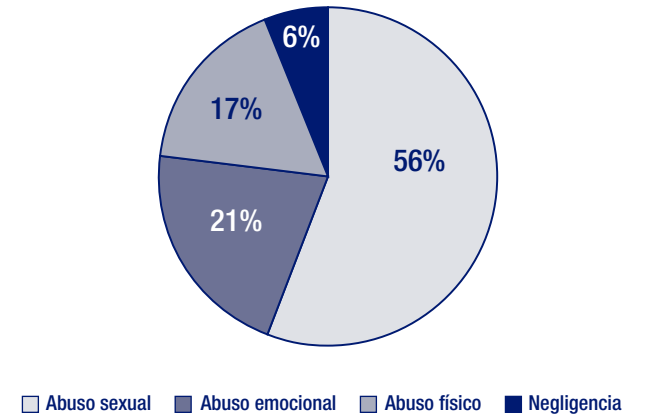


Figura 1. Proporción de tipología de maltrato en notificaciones nacionales (2018).

En España, el maltrato emocional fue la segunda forma de maltrato más notificada en el año 2018 (Figura 1).

INDICADORES

Existe una serie de indicadores físicos en el NNA (Tabla 1) y comportamentales en la posible víctima y el cuidador (Tabla 2) que son signos de alarma para la detección de este tipo de maltrato.

Tabla 1. Indicadores físicos en el menor
<ul style="list-style-type: none">- Fallo de medro- Talla baja- Retraso de crecimiento no orgánico- Plagiocefalia y áreas de alopecia producidas por mantener de forma prolongada en decúbito a un lactante o niño pequeño- Retrasos en las adquisiciones madurativas y problemas de aprendizaje- Retrasos en el desarrollo psicomotor- Enfermedades de origen psicosomático

Tabla 2. Indicadores comportamentales

En el niño/a	En el cuidador
Muestra desconfianza hacia el adulto en sus promesas o actitudes positivas	Exhibe frialdad y falta de afecto en el trato del niño
Es apático en las relaciones con los progenitores	No calma el llanto del niño
Paradójica reacción de fácil adaptación a los desconocidos	Facilita u obliga permanencias prolongadas en la cuna/cama
Parece excesivamente complaciente, pasivo, nada exigente	Rechaza verbalmente, insulta, menosprecia y desvaloriza al niño
Busca contactos físicos inapropiados	Basa sus relaciones con el niño en el temor o en una disciplina excesiva
Exhibe una ausencia de respuesta ante los estímulos sociales. Se inhibe en el juego con otros niños	Trata de manera desigual a los hermanos
Muestra conductas extremadamente adaptativas, que son demasiado «de adultos» (hacer el papel de padre de otros niños) o demasiado infantiles (mecearse constantemente, chuparse el pulgar, enuresis) indicando una inmadurez socio emocional	Mantiene unas exigencias superiores a las propias del momento evolutivo del niño o de sus características individuales
Tiene dificultad de adaptación a situaciones cotidianas y escasa habilidad en situaciones conflictivas	Utiliza frecuentemente el castigo y la intimidación
Presenta un carácter asustadizo, tímido, pasivo o, por el contrario, comportamientos de más mayor	Obliga a practicar convicciones y creencias extremas (nutricionales, religiosas, culturales)
Presenta disminución de la capacidad de atención, trastornos del aprendizaje, retraso en el lenguaje y/o fracaso escolar	Parece no preocuparse por los problemas del niño
Cambios bruscos en el rendimiento escolar y/o conducta	Tolera todos los comportamientos del niño sin poner límite alguno
Presenta trastornos en las funciones relacionadas con la alimentación (anorexia, bulimia) o relacionadas con el sueño (insomnio, terror nocturno) o con el control de esfínteres (enuresis, encopresis)	Responde de manera extrema e imprevisible ante conductas normales del menor, como por ejemplo su curiosidad natural
Presenta trastornos neuróticos o de relación (estructuras obsesivas, fobias, ansiedad, regresión)	No acepta la iniciativa del niño; impide al niño una mayor autonomía
Exterioriza trastornos psicósomáticos (cefaleas, abdominalgias) o finge síntomas	Aparta al niño de las interacciones sociales
Tiene baja autoestima y una visión negativa del mundo y de los progenitores. Está deprimido. Exhibe conductas de autolesión, ideación o intentos de suicidio	Cambios frecuentes de las funciones parentales; renuncia de su función parental
Tiene comportamientos antisociales (vandalismo, hurtos, violencia, agresividad, fugas del hogar), participa en actividades delictivas y/o practica conductas de riesgo para la salud (uso y/o abuso de tabaco, drogas, alcohol); actividad sexual temprana y sin medidas anticonceptivas, promiscuidad sexual, prostitución	Es inaccesible o poco disponible para el niño
	No participa en las actividades diarias del niño
	Tiene un exceso de vida social o laboral
	Alienta a cometer conductas delictivas; expone al niño a pornografía; premia conductas agresivas

CLÍNICA

El maltrato emocional puede comenzar a afectar negativamente a los niños desde las primeras etapas de la infancia, sobre todo en menores de 2 años. Los niños que sufren maltrato emocional en los primeros

años de vida parecen estar en el mayor riesgo de sufrir los resultados más negativos y perjudiciales.

Las características observadas dependerán de la edad (**Tabla 3**). El exceso de estrés afecta a su desarrollo mental y físico, tanto a corto como a largo plazo, y puede conducir a déficit en el rendimiento académico, el coeficiente intelectual, la memoria, la capacidad de aprendizaje y el volumen cerebral. También pueden sufrir dificultades sociales y de comportamiento, como la depresión, los trastornos de la personalidad, la ansiedad, trastornos alimentarios, comportamiento violento y más propensión al abuso del alcohol u otras drogas.

Tabla 3. Manifestaciones comportamentales por edad
9-24 meses
Ansiosamente unido al cuidador. Declive pronunciado en el funcionamiento intelectual
↓
2-4 años
Actitud no confor,ista, infeliz, carente de persistencia. Declive en el desarrollo comparados con niños de su edad
↓
4-6 años
Actitud negativista, impulsivo y altamente dependiente de los cuidadores, nervioso y con comportamiento auto-lesivo
↓
6-13 años
Poca aceptación de iguales, poca salud emocional en general. Más agresivo que sus compañeros y peores resultados en las pruebas de desarrollo
↓
Adolescentes
Problemas sociales, más delincuencia, mas agresivos y más tendencias suicidas. La mayoría acumulan al menos dos trastornos psiquiátricos

DIAGNÓSTICO

En la práctica diaria se aprecia un área de mejora en cuanto a la formación del profesional sanitario en la atención a los casos de maltrato infantil, por ello, a la hora de realizar el diagnóstico es importante tener en cuenta siempre los indicadores antes descritos. Para ello, el pediatra debe evaluar la atención emocional de los niños y niñas y valorar siempre la calidad de la relación con sus cuidadores (**Tablas 4 y 5**). Los factores de riesgo a tener en cuenta son la violencia doméstica, violencia en la pareja contra la mujer, depresión u otros problemas de salud mental en los cuidadores, el abuso de alcohol o drogas y las dificultades de aprendizaje.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Descartar siempre otras causas médicas del comportamiento del niño: trastornos del neurodesarrollo, trastorno de déficit de atención

con hiperactividad (TDAH), trastorno de espectro autista (TEA), trastornos bipolares o los actos deliberados de evitar la interacción.

Tabla 4. Resumen del manejo del maltrato psicológico		
Maltrato psicológico		
Ámbito de trabajo		
Consultas de Pediatría social/ externas/Atención Primaria	Urgencias de Pediatría	Planta de hospitalización
El pediatra debe:		
<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la atención emocional de todos los niños - Preguntar a los niños sobre sus relaciones con los cuidadores, y valorar las experiencias de disciplina y sentimientos de autoestima y seguridad - Valorar la relación del cuidador con el menor de edad y viceversa - Aplicar las técnicas de prevención del maltrato emocional universales, e individualizadas en cada caso - Conocer formas de apoyar a las familias que cuentan con indicadores de riesgo y alentar a los progenitores que están experimentando problemas a considerar los efectos de tales condiciones en la crianza de sus hijos, ayudándoles a acceder a los recursos apropiados - Asumir el rol de enlace con los profesionales del sistema de bienestar infantil y conocer los criterios de derivación a profesionales de salud mental y a instancias estatales de protección menores 		
Si sospecha/diagnóstico/situación de riesgo		
Siempre		
Notificar a Pediatría Social y Trabajo Social/citación con salud mental infantil		

Tabla 5. Resumen de actuaciones a evitar
En el maltrato psicológico, nunca se debe:
<ul style="list-style-type: none"> - Dejar de evaluar el aspecto psicológico y social del niño/a y las posibilidades de su deterioro a cargo de terceros - Pensar que es un espectro independiente del resto de tipologías de maltrato infantil - Asumir únicamente el papel de los progenitores como cuidadores capaces de incurrir en maltrato psicológico, sin tener en cuenta al resto de cuidadores del menor - Asumir que el maltrato psicológico siempre se realiza de manera intencionada - Considerar que no existe posibilidad de prevención desde el inicio

TRATAMIENTO

La colaboración entre los profesionales de los servicios pediátricos, psiquiátricos y de protección infantil es esencial para formular un plan de manejo para un niño con riesgo de maltrato psicológico o que lo padece.

El mejor tratamiento del maltrato es la prevención, detección, notificación y adecuada derivación. Si se sospecha o diagnóstica una situación de riesgo siempre se debe notificar a las consultas de Pediatría social, trabajo social y/o citar con salud mental infantil (Tablas 4 y 5).

Las técnicas de prevención e intervención deben centrarse en mejorar las circunstancias de la vida del niño y cuidadores.

Los tratamientos potencialmente efectivos incluyen programas cognitivos conductuales para progenitores y otras intervenciones psicoterapéuticas.

Actuación del pediatra

- Debe saber evaluar la atención emocional inadecuada al niño, como el abuso físico y sexual.
- Tiene que desarrollar enfoques para preguntar a los niños sobre sus relaciones con los cuidadores, las experiencias de disciplina y sentimientos de autoestima y seguridad.
- Debe estar atento a la relación del cuidador con el niño/a y cómo es la relación entre ellos en la consulta.
- Debe aplicar las técnicas de prevención del maltrato emocional universales, dirigidas a toda la población e individualizadas.
- Debe conocer formas de apoyar a las familias que cuentan con indicadores de riesgo y alentar a los progenitores que están experimentando problemas de salud mental, violencia de género o uso indebido de sustancias, a considerar los efectos de tales condiciones en su crianza, ayudándoles a acceder a los recursos apropiados.
- Debe asumir el rol de enlace con los profesionales del sistema de bienestar infantil y conocer los criterios de derivación a profesionales de salud mental y a instancias estatales de protección del menor. Para la intervención y tratamiento de los casos de maltrato infantil resulta imprescindible la comunicación y coordinación interdisciplinar.

Salud mental

Al igual que con otros tipos de maltrato infantil, los niños que muestran signos de problemas de comportamiento y psicológicos deben ser evaluados para identificar condiciones específicas, como la depresión o el trastorno de estrés postraumático.

Trabajo social

La coordinación con los mecanismos de protección infantil es vital. Se debe notificar cualquier tipo de sospecha para activar los mecanismos de protección del NNA.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín. número 21. Datos 2018. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Dirección General de Servicios para la Familia y la Infancia. Observatorio de la Infancia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2019. Disponible en: https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/Boletin_Proteccion_21_Accesible.pdf
- Botello Díaz B, Díaz Oliver B. Prevención y Detección precoz del Maltrato Infantil: revisión de estrategias e intervenciones desde los servicios sanitarios. Sevilla. Consejería de Igualdad, Salud y Bienestar Social. 2001. (Serie

Salud y Buen Trato a la Infancia y Adolescencia en Andalucía) (Cuadernos de trabajo; 3). Disponible en: https://www.redsabria.org/pluginfile.php/69/mod_label/intro/Cuaderno_3_Preencionmaltrato.pdf

- Calzón Fernández S, Prieto Uceda M. Manejo de la violencia psicológica: una revisión bibliográfica. Sevilla. Consejería de Salud y Bienestar Social, 2013. (Serie Salud y Buen Trato a la Infancia y Adolescencia en Andalucía) (Cuadernos de trabajo; 4). Disponible en: https://www.redsabria.org/pluginfile.php/72/mod_label/intro/Cuaderno_4.pdf
- Campbell AM, Hibbard R. More than words: the emotional maltreatment of children. *Pediatr Clin North Am*. 2014 Oct;61(5):959–70.
- Hibbard R, Barlow J, MacMillan H, Clinical Report: Psychological Maltreatment. *Pediatrics*. 2012;130(2):372-378.
- Hornor G. Emotional Maltreatment. *J Pediatr Heal Care*. 2012 Nov;26(6):436-442.
- NICE. (National Institute for Health and Clinical Excellence). When to suspect child maltreatment. London. Junio 2017.
- Ruiz Jiménez J, López Contreras I, Marín Ferrer M. En Gancedo Baranda A, coordinador. Maltrato psicológico. Majadahonda (Madrid): Ergón; 2015. p.37-43. Disponible en: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/when-to-suspect-child-maltreatment>.

Maltrato por negligencia

Anna Fàbregas Martori

Francesc Ferrés Serrat

INTRODUCCIÓN

El maltrato por negligencia (NGC) es la forma más frecuente de maltrato infantil, representando más de la mitad de los casos notificados, tanto en España como en otros países.

Normalmente, las víctimas no reciben la atención suficiente hasta que llega a provocar un accidente o situación incontrolable. Por eso, es de máxima importancia el conocimiento de los factores de riesgo y su detección para prevenir una mayor repercusión a nivel físico, cognitivo, emocional o social.

En la mayoría de las muertes producidas por cualquier tipo de maltrato coexisten múltiples formas de maltrato infantil, y más del 70% de los casos notificados involucran la negligencia.

DEFINICIÓN

La negligencia se define como cualquier acción o falta de acción, que cause daño físico o emocional grave (o hasta la muerte) o ponga a los niños, niñas y adolescentes (NNA) en riesgo inminente de sufrir tal daño.

TIPOS DE NEGLIGENCIA

El abandono es la forma más grave de negligencia. Las siguientes son las formas de presentación más frecuentes del maltrato por negligencia.

- Negligencia física
 - No proporcionar adecuada alimentación, ropa, vivienda e higiene.
- Negligencia por descuido de la supervisión
 - No garantizar la realización de actividades seguras o no utilizar dispositivos de seguridad adecuados.
 - No proporcionar una adecuada vigilancia para evitar daños o lesiones.

- Negligencia emocional
 - No responder a las expresiones emocionales del niño.
 - No proporcionar amor, afecto y apoyo emocional.
 - No proporcionar atención psicológica cuando sea necesaria.
 - Incluye también no proteger al niño de la exposición a la violencia doméstica y al abuso de sustancias.
- Negligencia médica
 - Negativa o demora en buscar atención médica que haya causado o podido causar un daño.
 - Mal cumplimiento de las indicaciones médicas, sobre todo en patologías crónicas (búsqueda de terapias alternativas sin evidencia científica).
 - No seguimiento de los programas de salud pediátricos.
- Negligencia nutricional
 - No proporcionar una nutrición adecuada para mantener el crecimiento y el desarrollo físico o no prevenir la sobrenutrición que conduce a complicaciones médicas graves (obesidad).
- Negligencia dental
 - Describe la falta de atención o tratamiento dental adecuado a pesar del acceso adecuado a la atención.
- Negligencia educativa
 - No inscribir al niño en la escuela o asegurar la asistencia escolar.
 - Incapacidad para abordar las necesidades educativas específicas.
- Negligencia prenatal
 - Consumo de sustancias tóxicas durante la gestación.
 - No realizar revisiones básicas durante la gestación y/o mal cumplimiento de las recomendaciones.

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

Los siguientes factores de riesgo colocan a los niños en mayor riesgo de sufrir daños o negligencia:

- Pobreza.
- Violencia doméstica/familiar (VDF).
- Familiares con antecedentes penales: estar o haber estado en prisión, robos con violencia, posesión de armas, tráfico de drogas...
- Familiares y/o hermanos en seguimiento por los servicios de protección de menores.
- Estrés familiar.
- Problemas de salud mental no tratados.
- Uso de sustancias tóxicas.

- Edad joven de los progenitores.
- Falta de apoyo-red social.
- Falta de habilidades parentales para el cuidado del niño.

Por el contrario, los siguientes factores de protección, podrían disminuir el riesgo de negligencia:

- Crianza saludable por parte del cuidador con un apego normal al niño.
- Cuidador con conocimientos sobre la paternidad y el desarrollo infantil.
- Resiliencia de los progenitores (es decir, capacidad cognitiva, emocional y física para manejar las dificultades).
- Red social (familiares y amigos) para el cuidador y el niño.
- Soportes concretos (por ejemplo, vivienda adecuada, comida, transporte y finanzas).
- Competencia social/emocional del niño.

FORMAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN: INDICADORES

El criterio para establecer la existencia de maltrato por negligencia viene determinado generalmente por la presencia, en el niño o en los cuidadores, de uno o varios indicadores identificados de forma reiterada o continua.

Indicadores que pueden presentar los niños

Físicos:

- Retraso pondoestatural.
- Obesidad.
- Falta de higiene personal.
- Lesiones por exposición inadecuada a situaciones climáticas.
- Trastornos relacionados con la falta de alimentación o una alimentación inadecuada.
- Caries dental extensa.
- Cansancio que no es habitual.
- Menor de edad abandonado.
- Accidentes frecuentes por falta de supervisión.

Conductuales:

- Retraso psicomotor.
- Trastornos del comportamiento: hiperactividad, agresividad, apatía, somnolencia.
- Conductas o actividades de riesgo.

- Comportamientos antisociales.
- Desconfianza hacia el adulto.
- Paradójica reacción de adaptación a personas desconocidas.
- Trastornos que se manifiesten en el ámbito escolar: no va a la escuela o falta con frecuencia y sin justificación.

Indicadores que pueden presentar los cuidadores

- Violencia de género.
- Organización familiar muy deficiente.
- Consumo de tóxicos durante la gestación.
- Falta de supervisión parental.
- Toleran todos los comportamientos del niño sin ponerle ningún límite.
- Progenitores ausentes por actividad laboral.
- Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta seguimiento médico.
- Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica.
- Ausencia de cuidados médicos rutinarios.
- Separaciones conflictivas de los progenitores (utilización de los hijos en denuncias y acusaciones).

NIVELES DE GRAVEDAD

Leve

Hay conducta negligente, pero el niño no sufre ninguna consecuencia negativa en el desarrollo físico o cognitivo, en sus relaciones sociales o en su situación emocional.

Moderado

La negligencia en la conducta parental determina que el niño presente retrasos que no comprometen su desarrollo físico, cognitivo, emocional o social.

Grave

El niño ha sufrido de forma repetida lesiones o daño físico, como consecuencia directa de la conducta negligente de sus cuidadores, que han requerido atención médica.

La negligencia en la conducta parental ha determinado que el niño presente retrasos importantes en el desarrollo físico, cognitivo, emocional o social.

Las conductas de negligencia emocional son constantes y su intensidad elevada, provocando un daño emocional grave.

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN

A pesar de ser el maltrato más frecuente, su expresividad es generalmente menos llamativa, por lo que para su correcta identificación deberemos tenerlo siempre bien presente y conocer bien sus indicadores.

Cuando se sospeche deberemos hacer una historia clínica dirigida detallada, una exploración física completa y observar cuidadosamente la interacción progenitores-hijo/a.

De la anamnesis repasaremos siempre los factores de riesgo y de protección. La mayoría de los cuidadores no tienen la intención de dañar a sus hijos, por lo que la atención debe centrarse en las circunstancias que rodean la presentación y el cuidado del niño en lugar de su intención. Deben realizarse preguntas abiertas y por separado a cada cuidador y al niño, dependiendo de su edad.

En la exploración física, aparte de una exploración general, revisaremos con especial atención:

- Higiene y vestimenta: suciedad y ropa adecuada a la estación meteorológica.
- Estado nutricional: según las gráficas de crecimiento, calcular el IMC, en menores de 2 años medir el perímetro cefálico.
- Boca, cabello, piel y uñas.

En caso de negligencia las pruebas adicionales están determinadas por la preocupación específica: déficits nutricionales, complicaciones de la obesidad...

Es muy importante realizar una evaluación multidisciplinar con el servicio de trabajo social del centro.

Recordar de incluir a los hermanos del caso para su evaluación.

Los puntos clave para el diagnóstico de negligencia son:

- Determinar si existe evidencia de daño físico, cognitivo, emocional o social causado por la negligencia.
- Identificar la posibilidad de daño inminente al niño causado por la acción o falta de acción de un cuidador.
- Determinar el tipo, gravedad y frecuencia de la negligencia.
- Identificar la posible existencia de maltrato físico, sexual y/o emocional asociados.
- Evaluar el equilibrio de los factores de riesgo frente la capacidad de proporcionar factores de protección o recursos que pueden mitigar estos factores de riesgo y prevenir la negligencia.

La presencia de un equipo multidisciplinar de referencia en maltrato infantil es clave para un buen diagnóstico y manejo de estos casos, así como la existencia de una consulta de Pediatría social para el estudio

y valoración de los casos detectados, especialmente cuando solo se detecten dos o más factores de riesgo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El principal diagnóstico diferencial de la negligencia son los determinantes sociales de la salud. Estos incluyen la pobreza, la inseguridad de la vivienda y la falta de cuidado infantil asequible. La evaluación psicosocial es una herramienta importante para ayudar a su diferenciación.

Además, el pediatra debe diferenciar la negligencia de las enfermedades médicas que pueden afectar el crecimiento y el desarrollo.

MANEJO EN URGENCIAS

Debido a que la negligencia infantil abarca tanto daños reales como potenciales y puede atribuirse a factores relacionados con el niño, el cuidador, el medio ambiente o los recursos, a veces es difícil saber cómo actuar y si debemos comunicar al organismo local de protección de menores.

La detección del maltrato por negligencia en urgencias no es fácil cuando la sospecha/certeza de negligencia no es el motivo de consulta. Por ello es importante conocer los indicadores de negligencia y las distintas formas de presentación del maltrato por negligencia, para de esta manera poderla identificar adecuadamente.

Además, en urgencias generalmente no se dispone del tiempo suficiente para una adecuada evaluación de la negligencia detectada.

Pero lo que sí se debe hacer es una correcta notificación que posibilitará una más completa evaluación del caso.

NOTIFICAR LA SOSPECHA O EVIDENCIA DE NEGLIGENCIA

Si la gravedad de la negligencia se considera leve o moderada:

- Se notificará Servicios Sociales de territorio y a Pediatría Social si existe el recurso.
- Siempre se informará al pediatra de Atención Primaria del niño y al profesional de trabajo social del centro de salud.

Si es una negligencia grave:

- Además de lo anterior se comunicará al organismo local de protección y a Fiscalía de menores y se hará un parte judicial que se enviará al juzgado de guardia pertinente.
- Cuando el grado de negligencia se considere grave y el niño no precise cuidados médicos que justifiquen un ingreso se debe contactar con protección de menores para que haga una evalua-

ción urgente del caso de cara a considerar una retirada cautelar de la tutela a los progenitores.

- También se contactará con protección de menores en el caso de niños abandonados que no precisen ingreso hospitalario y que por carecer de figura paternal o maternal protectora requieran ser ingresados en un centro de acogida. Se considerará llamar a las fuerzas de seguridad para trasladar al niño.

CUMPLIMENTACIÓN DEL RUMI

Además, siempre debe cumplimentarse el formulario/hoja de notificación del Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI).

INFORMAR A LOS PROGENITORES

Siempre que se realice una notificación de sospecha o evidencia de negligencia se debe informar a los progenitores y evaluar su reacción.

VALORAR LA NECESIDAD DE INGRESO HOSPITALARIO

Criterios de hospitalización:

- Necesidad de intervención urgente de protección de menores, que no se puede gestionar de forma ambulatoria.
- En todos los casos de negligencia grave, excepto si el NNA se ingresa en un centro de acogida o si ya ha podido ser valorado por protección de menores y no precisa cuidados hospitalarios.
- Abandono con repercusión física importante (lesiones internas, fracturas que requieran cirugía, quemaduras graves...) o repercusión emocional severa.
- Retraso del crecimiento de causa no orgánica en los primeros 6 meses de vida.
- Incapacidad manifiesta de los progenitores en asumir el cuidado médico de la enfermedad aguda de su hijo o sus necesidades básicas.

INFORMES DE ALTA O INGRESO

Cumplimentar y documentar adecuadamente los documentos legales: informe médico de alta o de ingreso y el parte judicial cuando proceda.

Tanto en el informe de alta o ingreso, como en el parte judicial si procede, debe figurar de manera inequívoca el diagnóstico de sospecha o evidencia de negligencia.

No será necesario en los casos muy dudosos de negligencia leve o moderada o en los casos de negligencia leve en los que no se considere necesaria la notificación de maltrato.

ASEGURAR Y ORGANIZAR EL TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO AL ALTA

En los casos de negligencia leve-moderada, es imprescindible la coordinación con trabajo social para asegurar una más completa evaluación del caso y un adecuado seguimiento por los servicios sociales básicos y por su equipo referente de Pediatría en Atención Primaria.

Deben conocerse los recursos en la red del territorio que pueden ofrecerse a las familias para el seguimiento y la prevención del maltrato.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Child abuse and neglect. NICE guideline [NG76]. NICE; 2017. Disponible a: nice.org.uk/guidance/ng76.
- Guía para la notificación y detección del maltrato infantil. Actuaciones ante el maltrato desde el ámbito sanitario. Direcció General de Menors i Família del Govern de les Illes Balears. 2010. Disponible en: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST1685Z1104863&id=104863>
- History, injury, and psychosocial risk factor commonalities among cases of fatal and near-fatal physical child abuse. Mary Clyde Piercea et al. Child Abuse & Neglect 69 (2017) 263–277.
- LeeB RT, Paulozzi L, Melanson C, Simon T, Arias I. Child Maltreatment Surveillance: Uniform Definitions for Public Health and Recommended Data Elements, Version 1.0. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2008. Disponible en: http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/cm_surveillance-a.pdf
- Maltrato y desprotección en la infancia y la adolescencia. Atención a las situaciones de riesgo. Departamento de Acción Social de la Diputación Foral de Bizkaia. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. 2000. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r8520319/es/contenidos/informacion/maltrato_domestico/es_maltrato/adjuntos/maltratoDesproteccionInfanciaAdolescencia.pdf
- Protocol d'actuació davant de maltractaments en la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut'. Marzo 2019. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infancia-i-adolescencia/05maltractament-infantojuvenil/protocol-actuacio-maltractaments-infancia.pdf
- The role of social support in the prevention of child maltreatment: family support programs. Enrique GRACIA FUSTER. Área de Psicología Social. Facultad de Psicología. Universitat de Valencia.
- Wood JN, Ludwig S. Child abuse. En: Fleisher GR, Ludwig S (Eds). Text-book of Pediatric Emergency Medicine, 6th. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2010. p. 1656-75.

Enfermedad generada por el cuidador

Leticia González Martín

Elena Daghoum Dorado

María Rimblas Roure

CONCEPTO

La enfermedad generada por el cuidador (EGC) también se denomina trastorno facticio impuesto sobre otros, según la nomenclatura del DSM 5. Antiguamente, y referido solo a la infancia, era reconocido como síndrome de Munchausen por poderes.

Se trata de un tipo de maltrato infantil (MTI) en el que se combinan el maltrato físico y psicológico, que es potencialmente mortal, y generado por la invención o producción intencionada de signos y/o síntomas de alguna enfermedad orgánica o psíquica, siendo el sujeto de la enfermedad el niño/a y el agente productor de los síntomas un adulto, ya sean progenitores u otros cuidadores principales. Para su realización es imprescindible la intervención de tres protagonistas: el niño/a como víctima, el cuidador toxico como victimario, y que precisa su reconocimiento social como cuidador, y el personal sanitario que, sin ánimo de dañar, perpetúa el proceso a través de la iatrogenia. Este último aspecto motiva que en ocasiones reciba también la denominación de abuso médico infantil.

EPIDEMIOLOGÍA

La EGC es una entidad infradiagnosticada. Se estima una incidencia anual de 0,4 a 1,2 por 100.000 en <16 años y se asocia a una alta tasa de consultas, hospitalizaciones, morbilidad y en ocasiones mortalidad.

Afecta sobre todo a niños <4 años (edad media entre 20 y 39,8 meses), sin predilección por sexos. El diagnóstico de este proceso oscila entre los 14 meses a los 4 años por término medio.

En la mayoría de los casos, la perpetradora es la madre (85%) y es frecuente que tenga relación con la profesión sanitaria.

Hasta en el 25% de los casos pueden existir antecedentes de muerte de hermanos en condiciones extrañas.

CLÍNICA

Los cuidadores describen una historia de signos y síntomas en la que cualquier sistema puede encontrarse comprometido (neurológico, respiratorio, gastrointestinal, cardiovascular...).

No hay una presentación clínica típica, pero sí se ha observado un conjunto de puntos en común.

Características del paciente

- Habitualmente niños <5 años y, con frecuencia, lactantes.
- Los síntomas y/o signos que relatan o que presenta el niño discrepan de la historia clínica, el examen físico y los resultados de las pruebas complementarias.
- Estas manifestaciones son persistentes o recurrentes, inexplicables, abigarradas y difícilmente se pueden encasillar en un cuadro clínico específico.
- Los tratamientos habituales son ineficaces o no tolerados.
- El paciente está sujeto a reiteradas visitas a diferentes centros sanitarios, múltiples ingresos hospitalarios, exámenes complementarios e intervenciones médicas.
- Los signos o síntomas solo aparecen en presencia del cuidador. Además, el paciente suele mejorar cuando se separa del mismo.
- Las actividades diarias del niño se ven comprometidas, dando lugar a un significativo absentismo escolar.
- Los niños mayores frecuentemente toleran y cooperan con el perpetrador, tanto por miedo o por persuasión.
- La salud del menor afectado, suele mejorar en el momento en que es separado del progenitor nocivo.

Características del perpetrador

- Más del 95% son mujeres, la mayoría madres o cuidadoras primarias.
- Puede existir un antecedente en la infancia de abuso o negligencia, o de trastornos facticios o somatomorfos.
- Existen otras características que pueden ser útiles para establecer la sospecha diagnóstica, pero tienen poco valor predictivo:
 - Tener conocimiento y experiencia médica.
 - Tener un historial extenso de enfermedades.
 - Poner en duda los diagnósticos y buscar el enfrentamiento entre los distintos médicos que participan en el proceso.
 - Mostrar más preocupación por sus interacciones con el personal médico que por el estado de la víctima; o, por el contrario, estar desproporcionadamente involucrado con el estado y tratamiento de la víctima.

Acciones del perpetrador

- Exageración de los síntomas: cuando es persistente y convincente puede dar lugar a una atención médica innecesaria.
- Invención de síntomas (convulsiones, apneas) o simulación de los mismos (por ejemplo, adición de sangre a orina para simular la hematuria).
- Inducción de enfermedad (por ejemplo, inducción de convulsiones por asfixia o de hipernatremia agregando sal a la leche materna, etc.).

Valoración del nivel de gravedad

En función de la historia médica previa de ingresos hospitalarios y de la gravedad de los daños sufridos por el menor de edad como consecuencia de los distintos episodios provocados, puede ser:

- Leve: el cuidador busca repetidamente atención médica innecesaria exagerando los síntomas del paciente. El niño no sufre daño siempre y cuando el médico no ceda a las solicitudes irracionales de tratamiento.
- Moderado: las acciones del cuidador dan como resultado que el niño reciba atención médica continuada, que afecta sus actividades diarias, aunque no es potencialmente mortal.
- Grave: la fabricación o la inducción de la enfermedad por parte del cuidador da lugar a que el niño sufra lesiones graves que pueden comprometer su vida, incluso que fallezca, así como poder recibir tratamiento médico que puede ser potencialmente mortal.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la EGC debe sospecharse en todo niño que:

- Ha sufrido múltiples visitas, estudios e ingresos hospitalarios, con diagnósticos poco precisos.
- Presenta una patología abigarrada e inhabitual, que recidiva y responde mal al tratamiento.

Para establecer el diagnóstico, son necesarias dos circunstancias:

- Diagnóstico en el niño/a, el cual es sometido a afectos lesivos o potencialmente lesivos en relación con la asistencia médica.
- Diagnóstico en cuidador, que es responsable de simular, falsificar o provocar los síntomas y/o signos en el niño para generar la asistencia médica. No hay incentivos externos ni beneficio económico que justifique este comportamiento. La motivación principal es la de asumir el papel de cuidador.

Cuando un médico sospeche que se encuentra ante una posible EGC debe:

- Documentar la historia relatada por el cuidador, comparar la misma con la proporcionada por otros cuidadores u observadores y con los hallazgos de la exploración física y exámenes complementarios.
- Revisar el historial médico completo del niño, reunir información de todos los profesionales implicados (médicos de atención primaria, urgencias, especialistas, asistente social, psicólogos, etc.) e identificar si los síntomas dependen de la presencia del autor.
- Informar a los otros profesionales de su sospecha.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La complejidad de la EGC obliga en numerosas ocasiones a hacer diagnósticos diferenciales, no solo con enfermedades reales, sino con otras situaciones en las que la motivación del adulto genera situaciones que repercuten negativamente en la salud de los niños, niñas y adolescentes (NNA). Siempre sospechar una EGC, cuando pensemos que nos encontramos ante una enfermedad nunca descrita.

Existe el término de falsificación de un proceso pediátrico (FPP), y en el que se engloban formas de exageración o invención de enfermedades que tienen motivaciones diferentes de la EGC. Son formas de FPP, distintas a la EGC;

- Negligencia clásica: ver capítulo correspondiente.
- Enfermedad crónica del niño/a: la asunción por parte de los progenitores de un menor con enfermedad crónica, es un proceso muy complejo y hay madres y padres que no realizan una asimilación adecuada.
- Enfermedad real, aún no diagnosticada, por haber presentado una sintomatología inhabitual.
- Falsas alegaciones en un contexto de disputa legal por la custodia de los hijos, en los cuales estos son utilizados por parte de los progenitores, bien para conseguir la custodia o vengarse de su expareja.
- Maternidad hasta la muerte (*mothering to death*): las madres tratan a sus hijos como enfermos o discapacitados. Evitan que estos sean valorados por los servicios sanitarios o sociales, adoptando ellas un papel de cuidadora estricto y continuado.
- Progenitores desbordados o con procesos psicopatológicos: los cuales, o no pueden asumir la educación ni el cuidado de sus hijos, o por la psicopatología que padecen se lo impide.

- Simulación de un progenitor con interés económico: el progenitor o progenitora, utiliza al niño/a para obtener un beneficio económico.
- Síndrome de la máscara: los progenitores inventan enfermedades de su hijo para impedir que haga sus actividades habituales. El objetivo de los cuidadores es mantener la dependencia del niño/a respecto a ellos.
- Trastorno facticio en adolescentes: el propio adolescente es el que se genera la patología.
- Síndrome de NNA vulnerable: se trata de niños sanos que acuden a urgencias de manera repetida y debido a que sus progenitores temen una gran vulnerabilidad en sus hijos/as y que puedan morir tempranamente por sus supuestas enfermedades. Como antecedentes personales destacan los ingresos hospitalarios durante el primer año de vida, la prematuridad y el bajo peso. Son factores de riesgo que la madre presente problemas de fertilidad, bajo nivel de apoyo social o alteraciones psicopatológicas. Conlleva problemas en el desarrollo de los NNA, pudiendo presentar mayores problemas de escolarización, socialización y violencia hacia sus progenitores.

TRATAMIENTO

El manejo de la EGC es extremadamente complejo, y la realidad es que estos niños/as que sufren este tipo de maltrato van de médico en médico, centro sanitario en centro sanitario (fenómeno conocido como Dr. Shopping), y hay que destacar que el «cuidador tóxico» elabora habilidades para no ser descubierto, y cambiar el discurso del padecimiento de su hijo en función de la tipología y de las características personales y profesionales del facultativo que en ese momento le está atendiendo.

De ahí que sea preciso e imprescindible establecer una adecuada coordinación tanto interprofesional como interinstitucional, siendo fundamental la constitución del equipo multidisciplinar, y que estará formado por el pediatra de Atención Primaria, consulta de Pediatría social, especialistas pediátricos implicados, enfermería, trabajo social y equipo de salud mental, y tendrá como función el elaborar una estrategia común en el manejo y seguimiento del menor, sus hermanos si los hubiera, así como facilitar medios de contención o de cambio en la conducta nociva del «cuidador tóxico». Así:

- Contrastar la información aportada por el autor en los diferentes momentos, ya que es frecuente la discordancia.
- Establecer una puerta de entrada hospitalaria alternativa al servicio de urgencias; las visitas a un servicio de urgencias hospitalario

suelen concluir con el ingreso de la víctima, dados los antecedentes de una historia abigarrada y la presentación o exageración de los síntomas que puede presentar el NNA.

- Establecer un médico y enfermero de referencia hospitalaria; serán los encargados de valorar al niño como alternativa al servicio de urgencias y decidirán si precisa ingreso hospitalario. Además, coordinarán la actuación de los diferentes especialistas implicados.
- Planificar actuaciones del equipo médico, Pediatría social, equipo de salud mental y trabajo social.

ADOPCIÓN DE MEDIDAS LEGALES

Al tratarse de un maltrato infantil tenemos que:

1. Garantizar que la persona menor de edad esté protegida.
2. Garantizar que en el futuro no corre riesgos.
3. Permitir que el tratamiento tenga lugar en el ambiente menos restrictivo.

En estos casos está indicada la realización del parte al juzgado de guardia. Valoraremos el nivel de gravedad. Si la valoración ha sido de leve lo derivaremos a Pediatría social y servicios sociales comunitarios, para promover la intervención social en el entorno familiar y en el caso de valoración moderada o grave se derivará a comisión de tutela o el servicio de protección de menores.

Están establecidas unas situaciones de riesgo que harán de la valoración una situación urgente en la EGC, que son:

- Intento de asfixia y/o administración de tóxicos.
- Edad <5 años.
- Existencia de alguna muerte inexplicada en la familia (muerte súbita del lactante).
- Madre con trastorno facticio impuesto a uno mismo o antecedentes de haberlo padecido.
- Factores sociales adversos (drogadicción, alcoholismo...)
- Invención de enfermedades persistentes, incluso tras previa confrontación.
- No respuesta al tratamiento.
- EGC materializado mediante la producción de síntomas físicos.
- Situaciones en las que no se puede asegurar un correcto seguimiento del NNA.

En estos casos está indicada la comunicación inmediata al organismo legal competente (servicio de protección al menor, fiscalía de me-

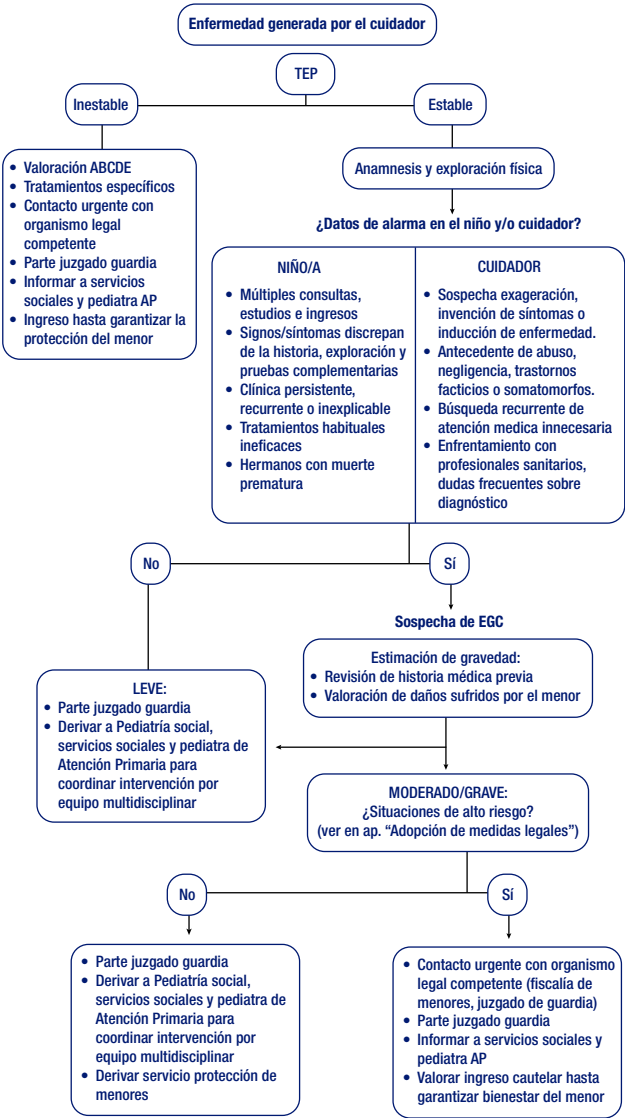
nores, juzgado de guardia), ante la sospecha fundada de EGC, aunque no se tenga la certeza absoluta, ya que resulta prioritario establecer medidas de protección para asegurar el bienestar del menor, que generalmente requerirán la separación de la figura maltratadora y en caso de no reconocerse entorno seguro para el NNA, se procederá a mantener al menor ingresado en el hospital de forma cautelar hasta que dicho servicio adopte las medidas legales para garantizar el bienestar del menor.

EVOLUCIÓN

A largo plazo, aparte del riesgo vital que puede correr, las víctimas pueden presentar secuelas físicas y mentales (trastornos del comportamiento, trastornos emocionales y de la conducta, absentismo y fracaso escolar, trastornos del sueño, depresión, ansiedad o trastorno de estrés postraumático).

El pronóstico depende del tiempo y la intensidad con la que la víctima haya experimentado el abuso, así como de la adecuada coordinación e intervención de todos los dispositivos que han atendido al menor de edad y su familia.

ALGORITMO DEL MANEJO DE LA EGC



BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Brink FM, Thackeray JD. Factitious illness - Red flags for the pediatric emergency medicine physician. *Clin Ped Emerg Med*. 2012;13:213-20.
- Chambers PL, Mahabee-Gittens E, Leonard AC. Vulnerable child syndrome, parental perception of child vulnerability, and emergency department usage. *PediatrEmerg Care*. 2011;27:1009-13.
- Cujíño MF, Dávila A, Sarmiento M, Villarreal MI, Chaskel R. Síndrome de Münchausen por poderes. *Rev Latinoam Psiquiatría*. 2012;11:60-5.
- Faedda N, Baglioni V. Don't Judge a Book by Its Cover: Factitious Disorder Imposed on Children-Report on 2 Cases. *Front Pediatr*. 2018;6:110
- Pellitero Marañón A, Alonso Álvarez MA, González-Carloman González L. Síndrome de Munchausen por poderes: dificultades diagnósticas y terapéuticas. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2018;20:e105-e108.
- Salort S, Irigoyen M. Cuando diagnosticamos al cuidador. Síndrome de munchausen por poderes. *Psicosom. psiquiatr*. 2017;(1)3:30-6.
- Sousa Filho D, Kanomata EY. Munchausen syndrome and Munchausen syndrome by proxy: a narrative review. *Einstein (Sao Paulo)*. 2017 Oct-Dec;15(4):516-21.
- Squires JE, Squires RH. Review of Munchausen syndrome by proxy. *Pediatr Ann*. 2013;42:67-71.
- Stinling J. Más allá del Síndrome de Münchausen por poderes: Identificación y tratamiento de los malos tratos infantiles en el ámbito médico. *Pediatrics (edesp)*. 2007;63:321-5.
- Thomas A Roesler, Carole Jenny. Medical child abuse (Munchausen syndrome by proxy). Post TW, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate. Inc. <https://www.uptodate.com> (Accessed on Sept 2020.).
- Yates G, Bass C. The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) - A systematic review of 796 cases. *Child Abuse Negl*. 2017 Oct;72:45-53.

Violencia de género y maltrato infantil

María Gloria López Lois

Lorena Braviz Rodríguez

Lorena I. Álvaro Barrio

Antonio Gancedo Baranda

DEFINICIONES

Ya en 1998, la Academia Americana de Pediatría definía el maltrato hacia las mujeres como un problema pediátrico. La exposición a la violencia perpetrada contra las mujeres tiene consecuencias negativas para sus hijos porque ven, oyen, intervienen y muchas veces sufren estos episodios de violencia.

Existen diferentes conceptos sobre los tipos de violencia en el entorno familiar y en relación con el género. Para una mejor comprensión, definimos:

- Violencia de género (VG): violencia que se dirige hacia las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas por sus agresores carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión, y que tiene como resultado un daño físico, sexual o psicológico.
- Violencia familiar (VF): situaciones de violencia que se producen entre los miembros de una familia.
- Violencia contra la mujer en pareja (VCMP): aquella que genera un hombre sobre la mujer con la cual tiene o ha tenido una relación íntima de pareja. Incluye el maltrato físico, psicológico, sexual, el aislamiento social y la privación económica, con el fin de conseguir el sometimiento integral de la mujer al agresor. Según datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2019, en España un 51,7% de los hijos menores de edad de las víctimas de este tipo también sufrieron violencia a manos de la pareja violenta.

En el capítulo 15 se ampliarán conceptos relacionados con estos tipos de violencia.

VÍCTIMAS

Un total de 1.078 mujeres fueron asesinadas por sus parejas o ex-parejas entre los años 2003 y 2020. Desde el año 2013 hasta el 2020, 302 niñas, niños y adolescentes han quedado huérfanos por el asesinato de su madre. Pero dicha violencia no solo mata a sus madres y deja huérfanos, 37 niños, niñas y adolescentes (NNA) fueron asesinados por quienes también habían quitado la vida a sus madres, en el periodo anteriormente referido.

La Fiscalía General del Estado señala que el número de condenas por denuncias falsas en casos relacionados con VG, es el 0,0069 % del total de denuncias desde el 2009 al 2019.

CLÍNICA. EFECTOS SOBRE LOS MENORES DE EDAD

Si bien inicialmente se consideró a los menores como meros espectadores de la situación de violencia entre sus progenitores, hoy en día se acepta que son verdaderas víctimas de una situación que les afecta de forma directa (Tabla 1).

Tabla 1. Tipologías de maltrato en niños/as que viven VCMP.		
Tipo y/o momento de la exposición	Acción	Tipología maltrato infantil (MTI)
Perinatal	Ocurrida durante gestación	Maltrato prenatal
Intervención directa	Intentan proteger a la víctima	Maltrato psicológico/físico
Victimización	Sufre efectos directos de la agresión	Maltrato físico
Participación/cooperación forzada	Obedece al agresor (vigila, insulta...)	Maltrato psicológico, negligencia
Testigo de la agresión	Visualización/escucha de los hechos	Maltrato psicológico
Observa efectos de la agresión	Lesiones, destrucción enseres, reacciones emocionales, presencia de extraños	Maltrato psicológico
Sufre secuelas	Efectos de la afectación emocional o física de la madre	Maltrato psicológico
Escucha acerca de lo ocurrido	Oye conversaciones de los adultos	Maltrato psicológico
Los adultos ocultan al menor o la información cuando han sido lesionados durante el conflicto entre los progenitores	No recibir atención por parte de las asistencias	Son posibles las cuatro tipologías clásicas

La exposición de los menores a la VCMP tiene múltiples consecuencias en el ámbito físico, afectivo-emocional, conductual y relacional así como repercusión en la edad adulta (Tabla 2).

Tabla 2. Consecuencias de la VCMP en la salud de los/as hijos/as

Consecuencias fatales	
-	Muerte por homicidio o como consecuencia de interponerse entre el agresor y su madre para intentar frenar la violencia
Consecuencias en la salud física	
-	Daño y lesiones
-	Riesgo de alteración del desarrollo integral: retraso crecimiento, menos habilidades motoras, retraso del lenguaje, síntomas regresivos
-	Alteraciones del sueño y la alimentación
-	Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas
Consecuencias en la salud psicosocial	
-	Ansiedad, depresión, baja autoestima
-	Estrés postraumático
-	Déficit de atención y concentración, hiperactividad
-	Dificultades de aprendizaje y socialización, habilidades sociales escasas, bajo rendimiento escolar
-	Problemas de conducta social: comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros
-	Comportamientos de riesgo, abuso de sustancias
-	Inhibición, aislamiento, trastornos psicopatológicos
-	Parentalización, asunción de roles de protección/control de hermanos/madre
Consecuencias a largo plazo/violencia transgeneracional	
Mayor probabilidad de:	
-	Maltrato a sus parejas en edad adulta en varones
-	Mayor tolerancia al maltrato en las mujeres

DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA DE ACTUACIÓN

Los profesionales de la Pediatría jugamos un importante papel en la detección, atención y prevención ante situaciones de VCMP y somos un elemento más del complejo abordaje multidisciplinar de este problema junto con médicos de familia, trabajadores sociales, educadores, etc.

En la atención aguda al maltrato infantil siempre debe abordarse la presencia de VCMP asociada, de la misma forma que en cualquier intervención relacionada con la VCMP debe valorarse la situación de los menores convivientes. Por otra parte, la detección sistemática o ante cualquier signo sospechoso en la consulta pediátrica puede ayudar a la prevención e intervención temprana en situaciones de violencia familiar.

Existen varios cuestionarios cortos para la detección de la VCMP que han demostrado alta sensibilidad y especificidad, entre los que destaca el acrónimo HITS por su facilidad de manejo en la urgencia pediátrica (UPED) (**Tabla 3**).

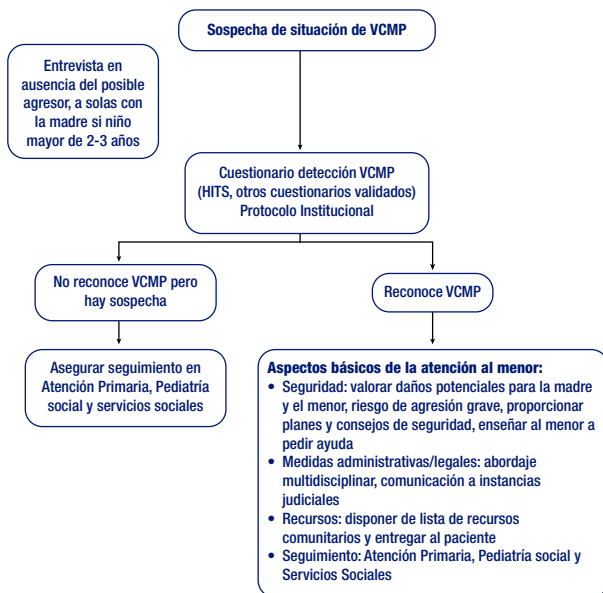
Tabla 3. Cuestionario HITS.

HITS	¿Con qué frecuencia su pareja?	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	Muy frecuente
Hurt	¿Le golpea?	1	2	3	4	5
Insulted	¿Le insulta?	1	2	3	4	5
Threatened with harm	¿Le amenaza con hacerle daño?	1	2	3	4	5
Screamed	¿Le grita?	1	2	3	4	5

Puntuación 4-20, siendo positivo con valores iguales o mayores de 10.

Aspectos básicos de la entrevista son que nunca debe realizarse con el supuesto agresor presente, y preferentemente con la madre a solas si el niño/a es mayor de 2-3 años. La transcripción a la historia clínica del menor debe realizarse siguiendo los criterios de preservar la salud, autonomía y seguridad del paciente y su madre. En el siguiente **algoritmo** se muestra la propuesta de actuación.

ACTUACIÓN ANTE SOSPECHA DE VCMP



HIJO/AS DE MADRES ASESINADAS POR VCMP

Tras la muerte de la madre, los huérfanos quedan en una situación de especial vulnerabilidad. Esta viene motivada, entre otras causas, aparte de la ruptura traumática del fundamental vínculo afectivo con su progenitora, porque en numerosas ocasiones visualizan u oyen la agresión, o tras el ataque fatal a la madre quedan a solas con el cuerpo de la madre, y en ocasiones también son testigos del suicidio del agresor. El relato repetido en distintos dispositivos, la fijación del entorno en la víctima y el victimario, la incorporación a nuevas familias con sus distintos parámetros de conducta y educación, nuevos colegios, grupos

de amigos, etc. Sin olvidar la falta de recursos adecuados y reglados para estas víctimas infantiles.

Como consecuencia de estas situaciones, presentarán más tendencia a precisar asistencia médica bien de manera urgente o reglada por una mayor predisposición a: estrés postraumático, alteración en el control de esfínteres, dificultades para conciliar el sueño o que este sea de calidad, mayor presencia rabietas/berrinches, sentimientos de ira, rabia, fenómenos de flashback, disociaciones, conductas pasivas o agresivas.

CONCLUSIONES

Los profesionales que trabajamos en la UPED debemos reconocer la VCMP como un elemento significativo en el origen y el mantenimiento del MTI y debemos asumir las siguientes competencias en su abordaje:

- Sensibilizar a todo el personal acerca de la magnitud de este problema.
- Identificar y documentar el MTI y la VCMP.
- Conocer y aplicar a nuestra actividad diaria la legislación referente al MTI y la VCMP.
- Conocer los mecanismos para preservar la seguridad de las potenciales víctimas y garantizar su adecuada atención.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- López-Soler C, Alcántara-López M, Castro M, *et al.* The association between maternal exposure to intimate partner violence and emotional and behavioral problems in Spanish children and adolescents. *J Fam Violence*. 2017; 2: 135-44.
- Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019. Ministerio de Igualdad. Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf
- Schilling S, Snyder A, Scribano PV. Intimate partner violence- Pediatric risks of "Not asking-Not telling". *Clin Pediatr Emerg Med*. 2012; 13:229-38.
- Thackeray JD, Hibbard R, Dowd MD *et al.* Intimate partner violence: the role of the pediatrician. *Pediatrics* 2010; 125: 1094.

Violencia entre pares/iguales

Esther Tobarra Sánchez

Zaira Ibars Valverde

INTRODUCCIÓN

Los pediatras juegan un papel importante en la detección de la violencia entre pares/iguales (VP), la cual puede producirse en diferentes entornos donde desarrollan sus actividades diarias y conviven los niños, niñas y adolescentes (NNA). Por lo tanto no solo se circunscribe exclusivamente al entorno escolar, sino también puede ocurrir en entornos de ocio, tiempo libre, deportes, urbanizaciones, etc. Los NNA que sufren AP pueden presentar síntomas inespecíficos y son reacios a informar de estas situaciones, lo que contribuye a que pasen desapercibidas y se perpetúe la victimización. Sin embargo, una visita pediátrica bajo la mirada adecuada puede ayudar en la detección, fomentar un cambio de percepción y establecer un plan de manejo de estas situaciones de acoso, siendo estos pasos clave para prevenir futuros episodios.

Según la literatura, la mayoría de los NNA atendidos en urgencias por lesiones traumáticas producidas en actos violentos habían acudido a urgencias previamente por otras lesiones y estaban involucrados en situaciones de acoso previas. Además, hasta un 17% de los pacientes que requieren evaluación psiquiátrica urgente experimentan situaciones de acoso escolar, destacando una oportunidad de intervención en los servicios de urgencias pediátricas.

Tras definir las situaciones de acoso escolar y sus tipos, así como sus consecuencias, trataremos de describir de manera práctica la labor de los pediatras en el acoso entre pares, desarrollando los siguientes pasos a seguir:

1. Identificar a la posible víctima/acosador.
2. Detectar las situaciones de acoso.
3. Evaluar las consecuencias psicológicas del acoso.
4. Establecer un plan de manejo.

DEFINICIÓN

El acoso entre pares, o en inglés *bullying*, se define como una serie de actos repetidos de intimidación, agresión, coerción física o verbal realizados con la intención de molestar o dañar. Para considerarse acoso estas acciones negativas indeseadas deben prolongarse en el tiempo y existe normalmente una diferencia de poder entre el agresor y la víctima, ya sea por sus diferencias físicas, psicológicas o sociales en el grupo. Se puede diferenciar de las bromas esperadas para la edad en que estas últimas suceden de forma bidireccional y resultan graciosas para todos los presentes, siendo el bullying intimidatorio y hostil para el que lo padece.

Existen distintos tipos de acoso: físico, verbal y emocional (exclusión social, difamación de rumores, etc.) (**Tabla 1**). Se denomina ciberacoso o *ciberbullying* al acoso a través de medios electrónicos y también se considera acoso quitar dinero, romper pertenencias o forzar a alguien a hacer algo bajo amenazas. En este tipo de maltrato, no existe el parámetro de la repetición ya que se mantiene de manera continuada en la red.

Tabla 1. Tipos de acoso		
Tipos de acoso	Directo	Indirecto
Físico	Empujar, pegar...	Quitar, esconder, romper
Verbal	Insulto, burla, motes, amenazas	Hablar mal de alguien, difundir rumores
Digital o ciberacoso	Llamadas, mensajes, e-mails Envío de fotos y videos	Comentarios en redes sociales. Suplantación de personalidad. Envío o publicación de material comprometedor
Exclusión social	Exclusión, rechazo, prohibición de participación...	Ignorar, no informar, no tener en cuenta opinión...

El ciberacoso, una creciente fuente de violencia

El tan extendido uso de teléfonos inteligentes, ordenadores y redes sociales hace que los chavales prefieran tolerar sus efectos negativos antes que permanecer desconectados. Debido a la amplia disponibilidad de Internet, los adolescentes acaban conectándose a ciertos espacios virtuales a edades en las que su desarrollo socioemocional los puede poner en situaciones de vulnerabilidad. Además, el ciberacoso es más dañino que el tradicional por varios motivos:

- Puede ser realizado desde el anonimato. El perfil del acosador aquí es el que tiene un mejor manejo tecnológico y sabe cómo quedar indemne.
- Puede alcanzar una escala mayor con un mayor número de espectadores. La posibilidad de incluir archivos avergonzantes aumenta la permanencia del acoso y las situaciones pueden llevarse demasiado lejos por no ser plenamente conscientes de las reacciones emocionales de la víctima.

- El acoso va más allá del horario escolar y es más difícil encontrar un espacio seguro y libre del ciberambiente dañino.
- Puede conllevar riesgos mayores si por ignorancia se comparte información confidencial, contraseñas o se es víctima de hackeo.

Acoso escolar, un problema de salud pública

El reporte de *bullying* varía entre un 9 y 54% según los distintos países, siendo el verbal el tipo de acoso más prevalente (motes, burlas, etc.), seguido del acoso físico y el ciberacoso. Estas cifras se traducen en millones de jóvenes cada año, por lo que el acoso entre pares constituye un problema de salud pública.

El acoso escolar ocurre con mucha más frecuencia en secundaria y disminuye a medida que aumenta la edad. Suele suceder en áreas donde hay menor supervisión adulta, como patios de recreo, autobuses escolares, pasillos o cafeterías. El acoso es más frecuente entre chicos, y entre las chicas los tipos más frecuentes son el verbal y emocional (difamación de rumores y exclusión social).

Se han identificado como factores de protección las relaciones intrafamiliares positivas, el ambiente favorable en el vecindario o barrio y las relaciones de apoyo entre compañeros y profesores. Promover una educación basada en el respeto que rechace cualquier tipo de intolerancia es clave, poniendo énfasis en el rol de los testigos o mirones y convirtiendo la presión de grupo en un factor protector capaz de frenar y disolver estas situaciones.

Aunque los ataques físicos pueden parecer más importantes que los verbales, el impacto psicológico de estos últimos es más intenso y duradero. Las víctimas pueden sufrir un trauma social que pone en riesgo sus habilidades sociales y su futuro académico y laboral. Estos NNA pueden presentar mayor riesgo de depresión y ansiedad, aunque en otras ocasiones la brecha en la autoestima no se manifiesta hasta edades adultas, cuando aparecen síntomas psicosomáticos, problemas de ánimo, conducta y abuso de alcohol u otras drogas.

MEDIDAS CONTRA EL ACOSO ESCOLAR

Identificar a la posible víctima y/o acosador

Personas menores de edad víctimas de acoso

Los NNA que son percibidos como diferentes tienen un mayor riesgo de ser acosados por sus pares. Los motivos son increíblemente diversos, entre los cuales destacan tener una discapacidad, pertenecer a una religión o grupo étnico minoritario o tener una diferente inclinación

sexual (homosexualidad, bisexualidad o transexualidad). Otro motivo común son los rasgos de apariencia física, entre los cuales está el sobrepeso y la ortodoncia o maloclusión dental.

Es quizá el aislamiento social de aquellos alumnos que por cualquier motivo no han desarrollado relaciones sólidas con sus compañeros lo que atrae a los acosadores. Estos NNA pueden presentarse como más sensibles o precavidos y se pueden llegar a culpar a sí mismos del ataque. Pueden reconocer a los acosadores como sus amigos y no ser totalmente conscientes de las dinámicas de acoso. Normalmente, no relatan estas situaciones por miedo a las represalias, por no querer ser percibidos como débiles o por evitar que sus progenitores restrinjan sus salidas de ocio, su tiempo en Internet o con el teléfono móvil.

Personas menores de edad acosadores

Los victimarios que realizan acoso entre pares suelen mostrarse desafiantes, impulsivos y agresivos. Pueden tener conductas antisociales más serias como peleas, vandalismo, consumo de sustancias, uso de armas o absentismo escolar. Aunque no son realmente sociables, suelen tener más aptitudes de liderazgo y les gusta sentirse en control de las situaciones. El agresor también ve afectado su rendimiento académico, habilidades sociales y bienestar emocional.

En muchas ocasiones el NNA que acosa se encuentra en situaciones de vulnerabilidad o procede de familias con crianza impredecible, estilos educativos autoritarios y falta de cariño. Las situaciones de violencia en el ámbito familiar son uno de los predictores más importantes, ya que los niños/as expuestos a violencia desarrollan baja empatía y normalizan el comportamiento agresivo. Todos estos factores favorecen el desarrollo de una personalidad inestable y con baja autoestima, pero enmascarada por una falsa seguridad. Cuando chicos y chicas con estos perfiles encuentran a otros que destacan por no ser especialmente hábiles o por todo lo contrario, por ser más brillantes en alguna faceta, se desencadena su deseo de control para sentirse superiores.

Ambos víctimas y acosadores pueden haber sufrido experiencias adversas en la infancia (EAI) (**Tabla 2**). Los NNA victimizados en sus familias pueden resultar más fácilmente acosados y ambas situaciones pudiendo alternar la posición de víctima y/o victimario en función de la situación en que se encuentra, lo cual genera un gran desprecio por parte del entorno de sus iguales.

Detectar las situaciones de acoso

Una vez conocidos los factores de riesgo, el siguiente paso es permanecer atentos e indagar en aquellos pacientes que los presentan.

Tabla 2. Perfiles acosado y acosador

Perfil acosado	Perfil acosador
Mal funcionamiento familiar	Mal funcionamiento familiar
Maltrato, abuso, EAI	Maltrato, abuso, EAI
Violencia intrafamiliar o doméstica	Violencia intrafamiliar o doméstica
Falta de amigos cercanos	Presión de grupo, bandas delincuentes
Barrios desfavorecidos	Barrios desfavorecidos
Rasgo físico definitorio, religión, LGTB...	Mayor fuerza física o habilidad tecnológica
Enfermedades crónicas, discapacidad	Problemas emocionales o de conducta
Alto o bajo rendimiento académico	Bajo rendimiento académico

Detectar el acoso en última instancia depende de que el adolescente lo relate en la historia clínica. En ese sentido, es clave crear un clima de confianza y una adecuada relación médico-paciente. Además, existen signos indirectos en la historia clínica o exploración física, como son:

- Ropas rotas o dañadas.
- Cortes, arañazos o hematomas inexplicados.
- Apariencia triste o cansada. Cambios de humor: un niño o adolescente previamente contento o simpático que se presenta retraído, enfadado, nervioso o con dificultades del comportamiento, especialmente al volver del colegio.
- Síntomas vagos: dolores de cabeza, náuseas, mareos o dolor abdominal frecuente, que no corresponden a ningún diagnóstico clínico, son de naturaleza psicosomática y desaparecen los fines de semana.
- Exacerbación de síntomas en niños con enfermedades crónicas.
- Cambios en los hábitos alimenticios, ya sea atracones o pérdida de apetito.
- Problemas del sueño o pesadillas.
- Que el niño este faltando a la escuela por estos síntomas o que manifieste un reciente rechazo a ir al colegio o a actividades extraescolares, o que haya cambiado la ruta para ir al colegio o dejado de ir en autobús escolar.
- Reciente pérdida de interés en hacer deberes, problemas de atención o empeoramiento en resultados académicos.
- Esquivo a la hora de contar cosas del colegio, disminución de las relaciones sociales, repentina pérdida de amigos o evitación de situaciones sociales.
- Que los progenitores hayan observado reciente pérdida de libros, ropa, material escolar u otras pertenencias.
- Expresión de violencia por escrito o en dibujos.

Una vez se tiene cierto nivel de sospecha, el paso siguiente sería incluir algunas preguntas en el repertorio de preguntas de la historia

clínica. Aunque puede resultar sorprendentemente difícil, es siempre aconsejable continuar realizando preguntas abiertas, algunos ejemplos serían:

- Me gustaría saber qué tal te va en el colegio, ¿me podrías contar tu mejor y tu peor día en el colegio?
- ¿Hay algunos NNA en tu colegio o barrio que se metan con otros? ¿Qué haces si esto sucede? ¿Hay alguien con el que puedas hablar?
- ¿Se han metido alguna vez contigo? Cuéntame cómo y dónde sucedió.
- ¿Alguien te ha hecho sentir incómodo alguna vez por Internet o por mensajes?

Evaluar las consecuencias del acoso

Aunque los pediatras no somos profesionales de salud mental, podemos evaluar el bienestar emocional de los pacientes y valorar una posible derivación a psicología o servicios de salud mental. No debemos olvidar realizar el cribado de acoso en NNA que consultan por problemas emocionales y en otras consultas en las que sospechamos acoso se pueden evaluar los siguientes aspectos:

- Cambios en los patrones de sueño, tanto insomnio como somnolencia.
- Cambios en el estado de ánimo e irritabilidad.
- Cambios en el comportamiento.
- Cambios en el rendimiento académico.

La exposición a un episodio agudo importante puede desencadenar síntomas de estrés postraumático como intenso miedo, flashbacks o problemas de sueño. La exposición de forma continuada puede generar trastornos del ánimo y adicciones, sin olvidar la posible adicción a Internet o videojuegos. Las intensas sensaciones de vergüenza e impotencia pueden provocar ideas o conductas suicidas y estos NNA pueden tener muchas dificultades de adaptación social y emocional a nuevos ambientes, llegando a presentar auténticos trastornos adaptativos.

MANEJO DEL ACOSO ESCOLAR: NUESTRO PAPEL COMO PEDIATRAS

Identificando las situaciones de acoso entre pares, los pediatras pueden asumir un rol de liderazgo que influya en un cambio social con consecuencias positivas para sus pacientes. En las urgencias pediátricas o en la consulta de Atención Primaria, o en Atención Hospitalaria (Pediatria social/externas), el pediatra puede:

Ayudar al paciente y la familia a identificar las situaciones de acoso

Si el pediatra identifica una situación de acoso, ya sea en el perfil de acosador o víctima, esto debe ser discutido en un primer lugar con la familia. Como pediatras podemos ayudar a los NNA y familias a que reconozcan estas situaciones como un problema serio y debemos recomendarles que las relaten a sus profesores. Podemos explicarles que el acoso se perpetúa con el silencio: del acosado, del acosador y de las personas espectadoras. Podemos, además, recordarles a los pacientes que lo que ocurre no es culpa suya y no escatimar en mensajes positivos que refuercen su autoestima. Podemos, además, recomendarles que realicen actividades que mejoren su bienestar o que participen en programas comunitarios.

Coordinación con otros dispositivos

El pediatra debe trabajar de forma colaborativa con educación, salud mental y en ciertos casos, servicios sociales. En primer lugar, debemos asegurarnos de que el colegio es notificado de las situaciones de acoso. Se debe involucrar a trabajo social cuando pensemos que el ambiente familiar es de riesgo o incapaz de proteger al NNA. Se debe valorar en cualquier caso la necesidad de derivar a consultas de Pediatría Social, Trabajo Social, y/o CSMIJ. Sería recomendable dentro de la capacidad del servicio poder ofrecer una consulta de seguimiento para evaluar la evolución de las lesiones si las hay y las repercusiones de cualquier episodio de acoso.

Recomendaciones y plan de manejo para los progenitores

Debemos recomendar a los progenitores que notifiquen cualquier preocupación a los docentes y que mantengan una supervisión estrecha de la posible víctima. Los progenitores pueden beneficiarse de los siguientes consejos:

- Fomentar una relación de confianza con los hijos y apoyarlos a crear relaciones de apoyo firmes y positivas con sus compañeros.
- Observar signos de posible acoso: pérdida de material escolar, hematomas, arañazos, cambios en comportamiento, ansiedad o rechazo a acudir al colegio, entidad deportiva o actividad extraescolar.
- No ignorar o quitar importancia a las quejas y siempre notificar al colegio sin demora cualquier incidente que sugiera situaciones de acoso entre pares.
- Buscar medidas de coordinación con el centro educativo para el cese de las situaciones de acoso ente pares.

- No se debe de buscar confrontación ni con el acosador ni con su familia.
- Llevar una documentación y registro de los incidentes y denunciar a la policía las situaciones de asalto físico o acoso significativo.
- Discutir con el hijo o hija un plan de seguridad para situaciones de amenaza e identificar a una figura de confianza en el centro donde pueden estar ocurriendo las situaciones de acoso.
- Asegurarse de que los NNA entienden que no es su culpa y que no tienen nada de lo que avergonzarse.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Bullying and Paediatricians. Stopbullying.gov Department of Health and Human Services US Government: <https://www.stopbullying.gov/sites/default/files/2017-10/parents-and-providers-partnering-with-healthcare-provider-fact-sheet.pdf>
- Informe “Yo a eso no juego. Bullying y Cyberbullying en la infancia” de Save the Children: <https://www.savethechildren.es/publicaciones/yo-eso-no-juego>
- Kim SK, Kim NS. The role of the pediatrician in youth violence prevention. Korean J Pediatr. 2013;56(1):1-7.
- Waseem M, Ryan M, Foster CB, Peterson J. Assessment and management of bullied children in the emergency department. Pediatr Emerg Care. 2013;29(3):389-398.

Mutilación genital femenina

María Luisa Herreros Fernández

Ana Barrios Tascón

DEFINICIÓN

La mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos de ablación parcial o total de los genitales externos de la mujer, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos, causados por razones culturales, u otras, y no con fines terapéuticos. En muchos casos estas prácticas se basan en la falsa creencia de proporcionar un beneficio a la niña o adolescente.

Se suele practicar entre los 4 y 12 años y provoca lesiones agudas y complicaciones físicas, psíquicas y sexuales. Es un sistema de control y dominio de la mujer y su sexualidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica la MGF en 4 tipos:

- Tipo I o clitoridectomía: resección parcial o total del glande del clítoris y/o del prepucio.
- Tipo II o escisión-ablación: resección parcial o total del glande del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores. Estos dos tipos constituyen el 80 al 85%.
- Tipo III o infibulación: estrechamiento de la abertura vaginal, que se sella procediendo a cortar y recolocar los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos, con o sin resección del prepucio y el glande del clítoris. Representa el 15% de estas prácticas.
- Tipo IV: incluye todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, la incisión, el raspado, la cauterización o la introducción de sustancias corrosivas en la zona genital.

Según recoge el último informe publicado por UNICEF se estima que al menos 200 millones de niñas y mujeres en el mundo han sido o son víctimas de la MGF, de las que 44 millones son menores de 14 años.

La MGF se practica en 30 países del África Subsahariana, pero también en Egipto, Yemen o Indonesia.

La MGF practicada depende del país. Los tipos I y II predominan en el área subsahariana occidental y el tipo III en Sudán, Somalia, Yibuti, Yemen y Omán.

Dentro de cada país se encontrará distinta incidencia según las diferentes etnias. Son etnias practicantes: sarajole, fulbé, soninke, mandinga, bámbara, dongón, edos, awusa y fante. Son etnias no practicantes: wolof, djola, serer y ndiogo.

En España, ante la ausencia de datos epidemiológicos o de prevalencias de MGF, la antropóloga Adriana Kaplan diseña una metodología pionera, que da como resultado en 2001 el primer mapa de la MGF en España, que se actualiza cada 4 años. La metodología se basa en la explotación de los datos del padrón para situar geodemográficamente a la población procedente de países donde se practica la MGF. Las comunidades autónomas en las que viven más mujeres de países de riesgo de son: Cataluña, Madrid, Andalucía y Canarias.

INDICADORES

Son indicadores de sospecha de MGF reciente la aparición en una niña perteneciente a etnia de riesgo y/o antecedentes de viaje al país de origen de:

- Tristeza y falta de interés.
- Cambios de carácter.
- Andar con las piernas juntas o muy separadas.
- Inquietud en el momento de sentarse.
- Palidez cutáneo-mucosa.
- Síntomas de anemia subaguda.
- No realizar ejercicio físico o no querer participar en juegos que impliquen actividad.
- Comentarios hechos a las compañeras de escuela.

CLÍNICA Y COMPLICACIONES

La clínica es la derivada de las complicaciones inherentes a esta práctica:

- Físicas:
 - Agudas y subagudas: hemorragia, dolor intenso, infecciones (locales, sepsis, tétanos), fracturas, lesión de órganos y estructuras anatómicas de la zona: uretra y vagina.
 - A largo plazo: anemia crónica, enfermedades infecciosas (sida, hepatitis), afectaciones ginecológicas (dismenorrea, hematocolpos, esterilidad) y obstétricas (alteración de la mecáni-

ca del parto, desgarros, fístulas, sufrimiento fetal con aumento de la mortalidad perinatal y complicaciones).

- Psíquicas: ansiedad crónica, fobias, pánico y depresión.
- Sexuales: frigidez, dispareunia y alteraciones de la identidad sexual.

El hecho de que no todas las mujeres sufran complicaciones, o al menos no sean conscientes de ellas, puede llevar a justificar y mantener estas prácticas.

DIAGNÓSTICO

El objetivo principal es identificar y valorar el riesgo de la víctima para prevenir que cualquier niña o adolescente sea mutilada.

Factores de riesgo no inminente

- Ser niña o adolescente perteneciente a una familia originaria de un país o etnia en que es admitida la práctica de la MGF.
- Pertenecer a una familia en la que alguna mujer haya sufrido MGF.

Factores de riesgo inminente

- La organización inmediata de un viaje al país de origen.
- La niña informa de las previsiones de la familia sobre la práctica de la MGF.

Mutilación genital femenina practicada

- Situaciones en las que se detecten o sospechen posibles casos de MGF ya practicada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La MGF debe entrar siempre dentro del diagnóstico diferencial de patología ginecológica, urinaria y psicológica en mujeres que provengan de países de riesgo o etnia practicante.

TRATAMIENTO

Las actuaciones sanitarias van encaminadas a la detección, intervención y prevención desde una perspectiva integral, multi e interdisciplinar, integrando la atención primaria, atención especializada y servicios sociales. La actuación se adaptará al nivel de riesgo de la niña de sufrir MGF (**Algoritmo 1**).

Riesgo no inminente

- Se registrará en la historia clínica la situación de riesgo detectada (país de procedencia y la etnia, edad entre 4 y 12 años, mujeres

en la familia con MGF), así como se la exploración detallada de genitales y todas las intervenciones preventivas que se realicen.

- Se informará acerca de las secuelas físicas y psíquicas de la MGF y de las implicaciones legales de esta práctica en nuestro país.
- Se señalará a las familias la importancia de avisar sobre posibles viajes a su país de origen para adecuar las actividades preventivas.
- Se pondrá en conocimiento de los servicios sociales y se citará en consulta de Pediatría social o en su defecto, en consultas externas para su control. El seguimiento debe ser coordinado con el equipo de Atención Primaria que atiende a la niña. Es fundamental no generar en el entorno familiar sentimientos de culpabilidad.

Riesgo inminente

Si existe la posibilidad de viaje inminente de la niña al país de origen, o ella comenta verbalmente que le van a practicar la MGF se seguirán los siguientes pasos:

- Se valorarán las creencias y posicionamiento familiar al respecto.
- Se realizará la educación e información a la familia sobre los riesgos para la salud, las secuelas e implicaciones legales. Se reforzará la decisión de la familia de no mutilar ayudándola a desarrollar habilidades para resistir las presiones de grupo.
- Como parte de la exploración general se revisarán los genitales de la niña, confirmando su integridad.
- Se procederá a la firma del compromiso preventivo como documento que confirme que han entendido las complicaciones e implicaciones legales de la MGF, y que, en ocasiones, servirá como documento protector de los progenitores de cara a las presiones familiares partidarias de MGF. Este documento se ofrecerá tras el proceso preventivo educacional y nunca como inicio de la conversación. Si la familia no lo firma se comunicará de manera urgente a los servicios sociales para su intervención. Tras el retorno del país de origen debe ser de nuevo citada en los dispositivos previamente descritos, para su seguimiento y atención. Si no acude a dicha cita o se objetiva práctica de MGF se pondrá en conocimiento de la fiscalía y servicios sociales.

Confirmación de mutilación genital femenina

Nuestra actuación en función del momento de apreciar MGF (**Algoritmo 2**), variará si es:

- Reciente: comunicación urgente telefónica al juzgado de guardia o fiscalía de menores y a los servicios sociales.

- No reciente: comunicación a los servicios sociales que iniciarán la investigación acerca de la temporalidad de la lesión y situación de la familia en el momento del daño.
- Valoración de tratamiento reparador por parte de ginecología y tratamiento psicológico de las posibles secuelas.

Compromiso preventivo

Se trata de la firma de un documento por parte de los progenitores, por el cual se comprometen a evitar la mutilación a sus hijas y permite descargarles de las presiones del entorno familiar en los países de origen. Su aceptación debe ser voluntaria y de común acuerdo entre las partes implicadas. Es importante que la familia conozca que la MGF está tipificada como un delito que conlleva penas de prisión entre 6 y 12 años y de inhabilitación para el ejercicio de la patria potestad, la tutela o acogimiento de la menor (Ley Orgánica 11/2003: Artículo 149.2).

Existen diferentes idiomas y formatos del documento, debiendo incluir todos ellos los siguientes datos:

- Filiación de la menor.
- Filiación de la persona responsable.
- Descripción del marco legal de la mutilación genital femenina en el Estado español.
- Identificación del médico que da la información del marco legal, medidas preventivas y compromiso de revisión al regreso del viaje.
- Certificación del médico de la integridad genital.
- Declaración y firma de la persona responsable de haber entendido toda la información.
- Firma del médico.
- Lugar y fecha.

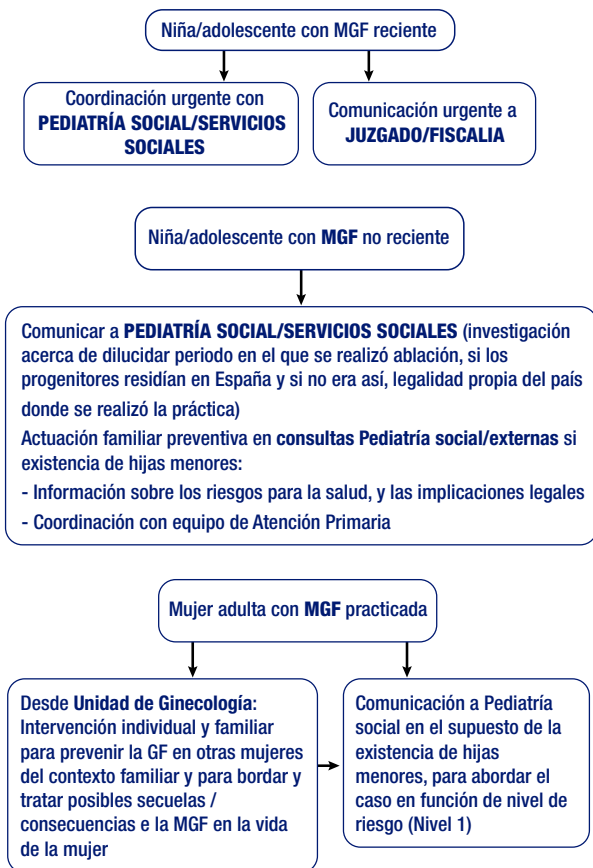
Se realizarán dos copias, una se dará a los responsables de la niña, y la otra se guardará en su historia clínica.

La obtención del compromiso preventivo no excluye ni sustituye las demás medidas judiciales a adoptar en caso de existir una situación de elevado riesgo.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN RIESGO DE MGF



Algoritmo 1.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN MGF PRACTICADA

Algoritmo 2.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Barrios Tascón A, Herreros Fernández ML, Gancedo Baranda A. En Gancedo Baranda A, coordinador. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Majadahonda (Madrid): Ergón; 2015. p. 63-68.
- Kaplan, Adriana y López-Gay, Antonio (2017). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016. Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España. [Consultado 21 de octubre 2020]. Disponible en: <https://www.uab.cat/web/transferencia-de-conocimiento/mutilacion-genital-femenina-mgf-1345799901785.html>
- Delegación de Gobierno para la Violencia de Género. La Mutilación Genital Femenina en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. [Consultado 21 de octubre 2020]. Disponible en: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/MGF_definitivo.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. [Consultado 21 de octubre 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf
- Organización mundial de la salud. Mutilación Genital Femenina. [Internet] OMS; 2016. Nota descriptiva N°241. [Consultado 21 de octubre de 2020]. Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>
- Portal Salud. Govern de les Illes Balears. Mallorca: Consejería de Salud y Consumo; 2017. [Consultado 21 de octubre 2020]. Guía de Aplicación del Compromiso Preventivo. Fundación Wassu-UAB. Disponible en: https://www.caib.es/sites/salutigenere/es/mutilacion_genital_femenina-86044/
- United Nations Children's Fund. Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern. [Internet] New York: UNICEF; 2016 [Consultado 21 de octubre 2020]. Disponible en: http://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf

Recomendaciones tras la asistencia al maltrato infantil

Ana I. Curcoy Barcenilla

Victoria Trenchs Sainz de la Maza

INTRODUCCIÓN

Tras la atención clínica inmediata en urgencias de un paciente por posible maltrato infantil (MTI), el facultativo responsable tendrá que comunicarse con distintos estamentos y/o profesionales con el fin de garantizar una protección efectiva de la víctima y posibilitar la actuación judicial. Para ello, es necesario conocer cómo y a quién se debe informar de los hechos. La realización de un informe médico detallado y de un parte de lesiones, así como la notificación y registro del caso es indispensable. El contacto con Pediatría social, servicios sociales, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FF.CC.SS.EE.), sistema judicial y médico forense, también. A continuación, se describen cada uno de estos aspectos.

INFORME MÉDICO DE URGENCIAS

Documento que va a poner en marcha la protección de los niños, niñas y adolescentes (NNA) y, en caso necesario, el proceso judicial. Se recomienda letra clara e inteligible (mejor mecanografiada) y evitar el uso de abreviaturas, signos o acrónimos. La descripción de la sospecha de maltrato no debe contener elementos de tipo penal (juicios de valor o imputaciones).

Debe incluir:

- Datos del centro.
- Filiación del paciente.
 - Fecha de nacimiento.
 - Nombre completo.
 - Dirección y teléfono.
 - Nombre completo de los progenitores o tutores legales.
- Fecha y hora de la consulta.
- Motivo de consulta (descripción de los hechos utilizando las comi-

llas para transcribir literalmente el relato, siempre que sea posible). Identificación del agresor, si lo refiere. En los casos que el motivo de consulta no requiera una actuación de urgencias, posponer la anamnesis de la víctima a los equipos especializados para evitar victimización secundaria.

- Lugar donde se supone que han sucedido los hechos (es importante porque marcará el juzgado encargado de las diligencias) y tiempo transcurrido desde los mismos.
- Persona o institución que remiten al paciente.
- Acompañantes del NNA.
- Antecedentes personales (incidir en antecedentes sociales).
- Exploración física (descripción detallada de las lesiones que se observen). Estado anímico del paciente: miedo, ansiedad, etc. y relación con el acompañante.
- Exploraciones complementarias. Especificar si se realizan fotografías.
- Comentarios de evolución (descripción de todas las incidencias que puedan producirse durante la asistencia del paciente, especialmente hacer constar si se contacta con médico forense, juzgado y/o trabajador social).
- Orientación diagnóstica:
 - De las lesiones objetivadas, sin interpretaciones subjetivas acerca del posible origen o causa de las mismas.
 - De la sospecha de maltrato; para facilitar que la orientación diagnóstica se correlacione con la descripción sanitaria y no interfiera con la interpretación jurídica se aconseja alguno de los siguientes códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades - 10.^a Revisión Modificación Clínica (CIM-10-MC):
 - T76 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, sospecha.
 - T76.02 Negligencia o abandono infantil, sospecha.
 - T76.1 Abuso físico, sospecha.
 - T76.2 Abuso sexual, sospecha.
 - T76.3 Abuso psicológico, sospecha.
 - T76.9 Malos tratos no especificados, sospecha.
 - Z60.9 Problema relacionado con el ambiente social, no especificado.
 - Z65.9 Problema relacionado con circunstancias psicosociales no especificadas.
- Tratamiento.
- Destino del paciente (hacer constar bajo la responsabilidad de quién queda la protección del NNA).

- Fecha y hora del alta de urgencias.
- Firma del médico que le ha asistido, con número de colegiado y preferiblemente con el sello sobre la firma.

PARTE DE LESIONES O COMUNICADO JUDICIAL

Debe realizarse siempre que exista sospecha de maltrato; no requiere consentimiento del paciente o de su tutor legal. Una copia se remitirá al juzgado de guardia en un plazo de 24 horas desde la asistencia en urgencias y la otra quedará registrada dentro de la historia clínica del paciente.

El formato del documento es indiferente, pero los datos mínimos que deben constar son los siguientes: identificación del centro sanitario desde donde se emite, identificación del paciente, diagnóstico, mecanismo de producción de las lesiones manifestado por el paciente y/o cuidador, tratamiento establecido, destino del paciente y lugar y fecha de los hechos.

HOJAS DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL

No es lo mismo notificar que registrar, ante un maltrato se deben realizar ambos pasos. Las hojas de notificación son específicas de cada comunidad autónoma, y hay dirigidas para cada uno de los ámbitos de aplicación (servicios sociales, sanidad, educación y policía). Esta notificación puede ir acompañada o precedida de otros cauces de información cuando se estime oportuno (teléfono, fax, etc). Su uso promueve la coordinación interinstitucional, la recogida sistemática de la información y aumenta la eficacia en la toma de decisiones. Debe incluirse una copia en:

- El expediente del NNA del ámbito específico del que se trate.
- La intervención (dirigida a los servicios sociales municipales en el procedimiento de actuación ordinario y a la entidad competente en materia de protección de menores en el procedimiento de actuación urgente).
- El centro de registro de datos de maltrato infantil de la Comunidad Autónoma (Registro unificado de maltrato infantil o RUMI).

REGISTRO UNIFICADO DE MALTRATO INFANTIL (RUMI)

Base de datos estadísticos «online de todo el territorio nacional» impulsada por la Comisión Interautonómica de Directores Generales de Infancia sobre notificaciones de casos de maltrato infantil, que tienen lugar en el ámbito de cada comunidad autónoma. Sus principales objetivos son:

- Llegar a un consenso sobre el concepto de maltrato y tipología.
- Implicar y sensibilizar directamente a los profesionales de distintos ámbitos.
- Incrementar las fuentes de notificación.
- Facilitar la notificación de profesionales sin formación inicial.
- Unificar el material de notificación.
- Integrar las distintas fuentes de notificación en un sistema de registro.

Registra las siguientes variables: comunidad autónoma y provincia donde se ha detectado el hecho; tipo de maltrato infantil (físico, emocional, negligencia y abuso sexual); sexo; nivel de gravedad (leve, moderado y grave); ámbito de procedencia (sanitario, educativo, servicios sociales y policial); y un número de orden para evitar duplicidades.

PEDIATRÍA SOCIAL

Si en nuestro centro de trabajo existe dicha consulta, esta será la referente para establecer las coordinaciones posteriores tras la asistencia en la urgencia. Asimismo, en función de los protocolos hospitalarios establecidos, se continuará con las revisiones que precise el menor de edad, siempre en coordinación con Pediatría de Atención Primaria, y evitando las duplicidades en los servicios.

SERVICIOS SOCIALES

Siempre es obligatorio comunicarse con ellos, ante cualquier situación sospechosa o confirmada de maltrato infantil. Posteriormente, se decidirá si el abordaje se realizará desde los servicios sociales de base o será derivado el caso al servicio especializado de menores.

Se les debe notificar todos los casos, incluidos los de sospechas leves o incluso solamente situaciones de riesgo, para que posteriormente ellos encaucen el seguimiento.

FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD DEL ESTADO

Tienen unidades especializadas en la atención al NNA y su entorno familiar.

En el caso de un presunto delito o una situación de riesgo o desamparo inminente para la integridad de la posible víctima, se requerirá su presencia en el Servicio de Urgencias. A su llegada, analizarán la situación, establecerán sus protocolos de actuación en relación con el maltrato, y velarán por la seguridad de la víctima.

También se puede recurrir a ellos en caso de precisar contacto con el juzgado de guardia y se desconozca cómo hacerlo.

SISTEMA JUDICIAL

El juzgado de guardia tiene como función principal dar respuesta urgente a la solicitud de tutela judicial inmediata en la preservación de los derechos de los ciudadanos. Se le debe comunicar cualquier sospecha o certeza de maltrato mediante el correspondiente parte de lesiones. A su vez, la fiscalía de menores tiene la función de proteger específicamente a niños, niñas y adolescentes, por lo que también se le debe notificar.

MÉDICO FORENSE

Su presencia en el Servicio de Urgencias vendrá determinada por las indicaciones dictadas por el juez de guardia, del cual depende jerárquicamente. En el caso de requerirla, se le debe esperar para explorar conjuntamente al paciente, ya que de esa manera se evita la revictimización secundaria de los NNA y la posible pérdida de pruebas judiciales.

Su objetivo es el de la búsqueda y custodia de las posibles pruebas de la agresión sufrida por la víctima; realizará el informe médico-pericial, con el registro de las lesiones y posibles secuelas.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol d'actuació davant de maltractaments en la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut. Barcelona: Secretaria de Salut Pública. Departament de Salut, 2019. [acceso 12 de agosto de 2020]. Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bits-tream/handle/11351/4053/protocol_actuacio_davant_maltractaments_infancia_adolescencia_ambit_salut_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Grupo de trabajo de atención al maltrato infantil de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. A. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. 1ª ed. Madrid: Ergon; 2015.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; [acceso 12 de agosto de 2020]. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/MaltratoInfantil_accesible.pdf
- Quaderns de la bona praxi. Núm. 23: Orientacions medicolegals de l'atenció al serveis d'urgències. [acceso el 12 de agosto de 2020]. Disponible en: <http://www.comb.cat/cat/actualitat/publicacions/bonapraxi/praxi23.pdf>

Los niños y niñas como sujetos de derechos

Lorena Braviz Rodríguez

Nuria Cahís Vela

La historia de la protección a la infancia cambia a partir del siglo pasado. Previamente no se regula el delito de abandono de familia hasta una ley inglesa de 1824; en España, no se castiga dicho delito hasta el Código Penal de 1944. Hito fundamental es la aprobación en 1989 de la Convención de los Derechos del Niño (CDN), primer instrumento internacional que reconoce a los niños, niñas y adolescentes (NNA) como agentes sociales y como titulares activos de sus propios derechos. En España, el Parlamento ratifica dicha Convención el 6 de diciembre de 1990 y, de esta manera, se compromete a que su articulado sea adaptado y asumido por la legislación española. Esta ratificación implica presentar informes cada cuatro años, al Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, sobre las medidas legales que se van adoptando y su cumplimiento.

La normativa vigente en materia de protección a la infancia y sus derechos se encuentra recogida en cuatro ámbitos: internacional, europeo, estatal y autonómico. Señalamos a continuación las principales normas y leyes sobre las que se sustentan estos derechos.

MARCO INTERNACIONAL

- Declaración de los Derechos del Niño de la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, año 1959. Puede considerarse el origen que sentará las bases de la normativa internacional posterior.
- Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño de 20 de noviembre de 1989. Constituye el marco universal de la defensa de los derechos de la infancia y adolescencia. Establece en su artículo 1 el concepto de niño, que incluye a todo ser humano desde su nacimiento hasta que cumple los 18 años de edad,

salvo que haya alcanzado antes la mayoría de edad. Se basa en cuatro principios fundamentales, que son:

- La no discriminación del menor.
- El interés superior del menor.
- El derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo.
- La participación infantil.

Reconoce como derechos humanos básicos y que todos los niños deben tener en todo el mundo:

- El derecho a sobrevivir.
- El derecho a desarrollarse por completo.
- El derecho a la protección de toda influencia nociva, abuso y explotación.
- El derecho a la participación en la vida familiar, cultural y social.
- El respeto a las opiniones del niño.

Según el artículo 19 de la citada Convención, se considera maltrato infantil toda violencia, perjuicio, o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los progenitores, tutor o cualquier persona que lo tenga a su cargo.

- Los Derechos del Niño en la Agenda 2030. Agenda del Desarrollo Sostenible 2030. El 25 de septiembre de 2015, los estados miembros de las Naciones Unidas aprueban la nueva agenda mundial de desarrollo sostenible, que incluye por primera vez una meta específica centrada en poner fin a todas las formas de violencia contra los NNA.

MARCO EUROPEO

- Carta Europea de los Derechos del Niño, aprobada por el Parlamento Europeo en 1992. En ella, además de solicitar a los estados miembros que se adhieran sin reservas a la CDN, y basándose en esta, se enumeran una serie de principios que afectan a todos los niños de la Unión Europea.
- Carta Europea de los Derechos del Niño Hospitalizado, aprobada por el Parlamento Europeo en 1986. Pretende proteger las necesidades especiales de los niños, por su edad y madurez, ingresados en un centro sanitario. Recoge 23 derechos.
- Convenio del Consejo de Europa para la Protección de los Niños Contra la Explotación y el Abuso Sexual (Lanzarote, 25 de octubre 2007). Ratificado por España en 2010 (BOE 274). Los estados acuerdan criminalizar la actividad sexual con niños menores, sin importar el contexto en el que ocurra.

- Resolución Legislativa del Parlamento Europeo de 27 de octubre de 2011 sobre la propuesta de la Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa al Embaucamiento de Menores con Fines Sexuales.
- Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de Octubre de 2012. Se establecen normas mínimas sobre los derechos, el apoyo y la protección de las víctimas de los delitos, en particular en los procesos penales. Entre otros aspectos se habla de proteger a las personas frente a la victimización secundaria y reiterada.
- Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo sobre la Protección de los menores migrantes (COM 2017). Intenta proporcionar un sólido marco legislativo para la protección de los menores migrantes no acompañados y especialmente vulnerables, desde las devoluciones en caliente hasta la tramitación de sus solicitudes e integración.
- Manual de Legislación Europea sobre los Derechos Del Niño (Agencia de los Derechos Fundamentales de la UE, Consejo de Europa, Secretaría del Tribunal Europeo de Derechos Humanos, 2015). Es el cuarto de una serie de manuales de legislación europea (los anteriores versaron en: no discriminación, asilo, fronteras e inmigración y protección de datos). El actual pone de relieve el papel que desempeña la normativa jurídica europea para garantizar que los niños disfruten de sus derechos universales.

MARCO NACIONAL

- Constitución Española, 1978. Se recogen los derechos fundamentales y las libertades públicas, extensibles también a los menores. El artículo 39-4. establece que «Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos». Existen otros artículos específicos como el 20, sobre la protección de la infancia y la juventud y el artículo 27, que reconoce el derecho a la educación.
- Artículo 172 del Código Civil, que reconoce el desamparo como forma de maltrato infantil, hecho que se produce por incumplimiento, imposibilidad o inadecuado ejercicio de los Deberes de Protección establecidos para la guardia de los menores, cuando se prive a estos de la asistencia moral o material.
- Ley General de Sanidad 14/1986. En general el derecho a la asistencia sanitaria en el estado español se contempla en el artículo 43 de la Constitución y en la ley mencionada. Con respecto al menor, el derecho a la asistencia se describe, más específicamente,

en el artículo 10.3 de la Ley de Protección Jurídica del Menor. Si el menor no tiene nacionalidad española, el Reglamento de Extranjería de 1996 regula este derecho, asegurando la asistencia sanitaria para cualquier menor que se encuentre en territorio español.

- Real Decreto 732/95 de 5 de mayo. Marca las obligaciones de profesores y centros escolares. En su Título 2, artículo 18, establece que: «...comunicarán a la autoridad competente las circunstancias que puedan implicar malos tratos para el alumno o cualquier otro incumplimiento de los deberes establecidos por las leyes de protección de los menores».
- Ley del Menor 21/1987, de 10 de noviembre. Modifica algunos artículos del Código Civil y extiende la competencia de retirar la patria potestad, anteriormente exclusiva del poder judicial, a los servicios sociales, a través de los servicios de protección al menor. El anticuado concepto de abandono es sustituido por la institución del desamparo, dando lugar a una considerable agilización de los procedimientos de protección. Asimismo, introduce la consideración de la adopción como elemento de plena integración familiar y la configuración del acogimiento familiar como una nueva institución de protección del menor.
- Ley Orgánica 1/1996, del 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de Modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento civil. Esta Ley pretende abordar una reforma de las tradicionales instituciones de protección del menor, reguladas en el Código Civil. De innovadora se puede calificar la distinción entre situaciones de riesgo social y desamparo, que da lugar a un grado distinto de intervención de la entidad pública.
No obstante y aunque el núcleo central de la ley lo constituye la modificación del citado código, su contenido trasciende los límites del mismo para construir un amplio marco jurídico de protección que vincula a todos los Poderes Públicos, a las instituciones relacionadas con los menores, a los progenitores y familiares y a los ciudadanos en general. El concepto «ser escuchado si tuviere suficiente juicio» se va trasladando a todo el ordenamiento jurídico en todas aquellas cuestiones que afectan al menor.
- Real Decreto de 14 de septiembre de 1882, aprobatorio de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, de las Garantías Penales y de la Aplicación de la Ley Penal. Prevé la responsabilidad penal de los autores o responsables de delitos o faltas que se puedan cometer contra los menores. Destaca el capítulo II bis del título VIII, sobre abusos y agresiones sexuales a

menores y el capítulo V del Título VIII, sobre los delitos relativos a la prostitución, explotación sexual y corrupción de menores.

- Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la LO anterior 10/1995, de 23 noviembre, adecuándose a las disposiciones de la CDN. Fundamental en esta ley es la modificación de la edad mínima para considerar tener relaciones sexuales consentidas: de 13 a 16 años. Así, será considerada como delito la realización de actos de carácter sexual con menores de 16 años, salvo que se trate de relaciones consentidas con una persona próxima al menor por edad, y grado de desarrollo o madurez.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (LAP). Esta ley establece un criterio objetivo, basado en la edad, para determinar el otorgamiento válido de consentimiento informado por parte de los menores, sobre cualquier actuación en el ámbito de la salud (artículo 9.3):
 - Antes de los 12 años se da la presunción legal de incapacidad y se obtiene el consentimiento por representación.
 - Entre los 12 y los 16 años, se debe valorar la madurez del menor para poder decidir, después de haber escuchado su opinión. Si el facultativo considera que no es «menor maduro» el consentimiento lo dará el representante legal.
 - Con 16 años cumplidos, al igual que si fueran menores emancipados, no cabe prestar el consentimiento por representación.

No obstante, si se trata de una situación de grave riesgo (artículo 9.3.c) para la vida o la salud del menor según criterio del facultativo, se impondrán restricciones a la capacidad de consentimiento de los menores emancipados, menores mayores de 16 años y menores maduros, dándose el consentimiento por representación en estos casos:

- Si el menor considerado maduro se niega a una intervención médica con grave riesgo para su vida o salud y los representantes legales son favorables (por aplicación artículo 9.3.c LAP) se puede llevar a cabo la intervención sin necesidad de acudir al juez.
- Si el menor maduro rechaza la intervención apoyado por sus representantes legales, el médico debe plantear el conflicto ante el juez de guardia (directamente o a través del Ministerio Fiscal), sin perjuicio de actuar de urgencia sin autorización judicial.

- Si el menor maduro presta su consentimiento y son los representantes legales los que se oponen, debe respetarse la capacidad de autodeterminación que la ley reconoce al menor maduro (LAP), pudiendo el médico aplicar el tratamiento, aunque se debe poner también en conocimiento del juez de guardia.
- Si los representantes legales del menor sin condiciones de madurez no consienten, se debe plantear el conflicto ante el Juzgado de Guardia para obtener un pronunciamiento judicial, sin implicar por eso la inacción del médico.
En definitiva, si se trata de intervención de «grave riesgo» solo se requiere indicación facultativa.

Esta ley contempla tres excepciones sobre la mayoría de edad para decidir, siendo esta la misma que en el Código Civil, o sea, los 18 años: donación de órganos, participación en ensayos clínicos e interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

- Ley 14/2006 de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida. Igualmente establece la mayoría de edad para poder otorgar el consentimiento informado, tanto si se es donante como receptor, en los 18 años.
- Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva y de IVE. Su entrada en vigor modificó la doctrina pertinente en este ámbito (LAP), fijando la mayoría de edad para abortar en los 16 años, incluso sin consentimiento de los progenitores. Las menores tenían que informar, al menos, a uno de sus representantes legales (madre, padre o tutor), pero no era necesario si se alegaba coacción, violencia intrafamiliar, amenazas, malos tratos, etc.

Con la reforma de la ley en septiembre de 2015, de nuevo, las menores de 18 años necesitan el consentimiento de sus progenitores o representantes legales para la IVE. Si hay conflicto se debe resolver judicialmente.

- En materia de acceso a la historia clínica del menor, la doctrina actual de la Agencia Española de Protección de Datos considera que: «el menor de edad mayor de 14 años podrá, en general, ejercitar por sí solo el derecho de acceso a la historia clínica». Los titulares de la patria potestad podrán también acceder a los datos del menor para el cumplimiento de las obligaciones previstas en el código Civil, sin poder oponerse a ello el menor, salvo que así lo reconociera una norma con rango de ley.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género. Las situaciones de

violencia sobre la mujer afectan también a los menores que se encuentran dentro de su entorno familiar. La Ley contempla medidas de suspensión de la patria potestad o custodia de menores, así como medidas de suspensión del régimen de visitas o comunicación con los menores (última modificación LO 8/2015, 22 de julio).

- Pacto de Estado contra la Violencia de Género, de 25 de julio del 2017. En él se recogen 217 medidas entre las que cabe destacar, la consideración del menor cómo víctima directa de la violencia de género y su protección con respecto al agresor.
- Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del Delito. Entre otros aspectos, se comienza a hablar del fenómeno «victimización secundaria», definido como la segunda experiencia victimal que se deriva de la actuación del sistema jurídico-penal. Se trata de evitar o limitar que el desarrollo de la investigación o la celebración del juicio se convierta en una nueva fuente de perjuicios para la víctima, con especial consideración a los menores. (artículo 23, 26). En su artículo 28 especifica las funciones de las Oficinas de Asistencia a las Víctimas.
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio y Ley 26/2015, de 28 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia. Pretenden avanzar e introducir los cambios necesarios en la legislación española sobre la protección al menor, que hasta entonces tenía su principal marco regulador en la LO 1/1996. Realiza una profunda revisión de las instituciones de protección y de las actuaciones a seguir, fundamentalmente en relación con niños extranjeros y con los que son objeto de cualquier forma de violencia. Regula determinados derechos y define los «deberes del menor».

Señalar, por su aportación a la prevención del maltrato institucional, el avance en lo referente al artículo 13.5 de la LO 1/1996: «será requisito para el ejercicio de profesiones y actividades que impliquen contacto habitual con menores, el no haber sido condenado por sentencia firme por algún delito de tipo sexual, corrupción de menores o trata de seres humanos».

Con la Ley 26/2015, de 28 de julio y el Real Decreto 1110/2015, de 11 de diciembre, se da cumplimiento a los compromisos asumidos por España con Europa en ese sentido y se crea el Registro Central de Delincuentes Sexuales (de apoyo a la Administración de Justicia). Con la Ley 45/2015, de 14 de octubre, se incorpora también a esta normativa el personal voluntario que trabaja con menores.

- II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016, vigente (II PENIA). Se definen las grandes líneas estraté-

gicas de todos los ministerios, referidas al desarrollo de políticas para la infancia y adolescencia, de acuerdo a la CDN. Incorpora 125 medidas distribuidas en 8 grandes objetivos:

- Promover el conocimiento de la situación de la infancia.
 - Apoyo a las familias.
 - Protección con respecto a los medios y tecnologías de comunicación.
 - Protección e inclusión social, prevención y rehabilitación ante situaciones de conflicto social.
 - Educación de calidad.
 - Salud integral.
 - Participación infantil.
 - Entornos adecuados.
- El 9 de junio de 2020, se aprueba remitir a las Cortes generales el Proyecto de Ley Orgánica de Protección Integral a la Infancia y Adolescencia frente a la Violencia, que trata de dar respuesta a la obligación de protección de los menores establecida en la Convención sobre los Derechos del Niño (adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas 1989, ratificada en España en 1990, en el artículo 3 del Tratado de Lisboa y en el artículo 39 de la Constitución Española). Esta ley pretende establecer una protección y prevención común:
 - Priorizar la prevención para evitar la violencia, reforzando también las capacidades de los niños, niñas y adolescentes (NNA) para la detección precoz y adecuada reacción frente a situaciones de violencia.
 - Establecer medidas de protección para eludir la victimización secundaria.
 - Superar la fragmentación del modelo actual, mediante la colaboración de las comunidades autónomas.
 - Garantizar a los NNA víctimas de violencia los derechos a la información, asesoramiento y apoyo, a una atención integral y personarse en los procedimientos judiciales que se sigan.
 - Promover y garantizar la formación especializada, inicial y continua en materia de derechos fundamentales de la infancia y la adolescencia de los profesionales que tengan un contacto habitual con menores de edad por las Administraciones Públicas.
 - Generalizar el deber de comunicar cualquier situación de violencia sobre NNA a la autoridad competente aun cuando no sea constitutiva de un delito, mediante mecanismos adecuados de comunicación accesibles y seguros.

- Elaboración de una estrategia para la erradicación de la violencia sobre la infancia y adolescencia a nivel nacional.
- Reforzar las actuaciones de sensibilización, detección precoz y prevención con planes y programas públicos dotados presupuestariamente y que prioricen a los colectivos más vulnerables.
- Promover la parentalidad positiva, la adquisición de competencias emocionales, de negociación y resolución de conflictos en base a situación y necesidades de los progenitores, o en su caso, de las personas tutoras o guardadoras o acogedoras.
- De forma coordinada con la reforma de la Ley de Educación, se crea la figura del coordinador de bienestar y protección en los centros educativos y se definen sus funciones básicas para asegurar el adecuado funcionamiento para los protocolos de actuación frente a indicios de acoso escolar, ciberacoso, acoso sexual, violencia de género y cualquier otra forma de violencia.
- Atribuir la condición de agentes de la autoridad a los funcionarios que desarrollan su actividad profesional en los servicios sociales. Se optimiza la información estadística sobre los casos de violencia sobre la infancia o la adolescencia en el Registro Unificado de los Servicios Sociales sobre Violencia contra la Infancia con la procedente de los servicios sociales de atención primaria.
- Regular las actuaciones públicas dirigidas a garantizar el uso seguro y responsable de Internet por parte de los NNA, familias, personal educador y profesionales que trabajen con personas menores de edad.
- Establecer que las FF.CC.SS.EE., a nivel estatal, autonómico y local cuenten con unidades especializadas en la sensibilización, prevención de situaciones de violencia sobre personas menores de edad. Se reduce la práctica de diligencias con intervención de personas menores de edad a aquellas que sean estrictamente necesarias. En este punto añadimos que en el Cuerpo Nacional de Policía, existen las Unidades de participación ciudadana (participa@policia.es) y que a través de sus delegados de participación ciudadana, son elementos muy significativos en la coordinación y colaboración en otros temas de prevención de la violencia contra la infancia.
- Aumentar la dotación presupuestaria en el ámbito de la Administración de Justicia y la Administración de los Servicios Sociales para luchar contra la victimización secundaria y cumplir

las nuevas obligaciones encomendables por la ley respectivamente.

- Obligación de denunciar al cónyuge y a los familiares cercanos de la persona que haya cometido un hecho delictivo cuando se trate de un delito grave contra un menor.
- Marcar como obligatoria la práctica de prueba reconstituida por el órgano instructor, cuando la víctima sea una persona menor de 14 años o con discapacidad necesitada de especial protección a fin de evitar que tenga que declarar reiteradamente, a lo largo del procedimiento penal, sobre los hechos objeto del procedimiento.
- Atribuir la facultad de decidir el lugar de residencia de los hijos menores de edad a ambos progenitores.
- Regular la necesidad de formación especializada en las carreras judicial y fiscal, exigida por toda la normativa internacional, en materia de derechos fundamentales de la infancia y la adolescencia.
- Prohibir la publicidad que por sus características pueda provocar en personas menores de edad la adopción de conductas violentas sobre sí mismas o sobre terceros, así como los que integren una serie de estereotipos de carácter sexista, racista, estético o de carácter homofóbico o transfóbico.
- Endurecer las condiciones para el acceso al tercer grado de clasificación penitenciaria, a la libertad condicional y a los permisos penitenciarios por parte de las personas penadas por delitos que atenten contra la indemnidad y libertad sexuales de personas menores de 16 años.
- Reconocer el derecho a la asistencia jurídica gratuita de las personas menores de edad y de las personas con discapacidad necesitadas de especial protección víctimas de delitos violentos graves, con independencia de la situación económica de la víctima.
- Regular las condiciones y el procedimiento aplicable a las solicitudes de acogimiento transfronterizo de menores procedentes de un Estado miembro de la Unión Europea o de un Estado parte del Convenio de la Haya de 1996.
- Se modifica de la Ley 15/2015, de 2 de julio, de la Jurisdicción Voluntaria para asegurar el derecho de los NNA a ser escuchados en los expedientes de su interés, salvaguardando su derecho a la defensa, expresarse con libertad y garantizando su intimidad. Se encomienda al Gobierno la elaboración de dos proyectos de ley con el fin de establecer

la especialización de la jurisdicción penal y civil, así como del Ministerio Fiscal.

MARCO AUTONÓMICO

A partir del proceso de transferencia de competencias en materia de asistencia social (artículo 148.1 20 de nuestra Constitución) a las Comunidades Autónomas, estas han elaborado sus propias leyes y normas, entre ellas, las leyes de protección de la infancia cuyo fin sigue siendo la salvaguarda de los derechos de la infancia y la promoción de su bienestar social. En junio de 2020, se crea como ya se ha comentado previamente, la ley de Protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Esta ley pretende optimizar la colaboración entre las diferentes comunidades autónomas como estrategia para la erradicación de la violencia sobre NNA.

OBLIGACIONES ÉTICAS, LEGALES Y PROFESIONALES DEL MÉDICO

Los preceptos legales que regulan nuestro ejercicio profesional y las normas deontológicas que rigen nuestra conducta, nos obligan a intervenir en los casos de malos tratos y en las situaciones de riesgo o de posible desamparo de un menor.

La notificación es condición necesaria para posibilitar la intervención en los casos de sospecha de maltrato infantil y se debe realizar, según los protocolos y cauces estipulados por cada comunidad autónoma, tanto a la autoridad judicial como a los servicios sociales pertinentes.

El incumplimiento de estas obligaciones puede incluso incurrir en responsabilidad penal.

- Código de Deontología y Ética Médica, artículo 30.2.
- Código Deontológico de la Enfermería Española, capítulo VII, artículo 39.
- Ley de Enjuiciamiento Criminal, artículo 262.
- Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor (LO 1/96), artículo 13.1.

Es por este motivo que con respecto al tener el profesional sanitario el conocimiento de un supuesto delito, la actuación profesional se guiará por los siguientes conceptos:

- Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana. En su artículo 7, se incide en el deber de colaboración punto 1.

- Asociación Médica Mundial: en su Código Internacional de Ética Médica, señala: «Es ético revelar información confidencial cuando el paciente otorga su consentimiento o cuando existe una amenaza real e inminente de daño para el paciente u otros, y esta amenaza solo puede eliminarse con la violación del secreto».
- Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM): en el artículo 30 de su Código de Deontología Médica, epígrafe 1, y en el tema que atañe en los puntos c y e, donde se indica:
 - El secreto profesional debe ser la regla. No obstante, el médico podrá revelar el secreto exclusivamente, ante quien tenga que hacerlo, en sus justos límites, con el asesoramiento del colegio si lo precisara, en los siguientes casos:
 - c. Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo.
 - e. En caso de malos tratos, especialmente a niños, ancianos y discapacitados psíquicos o actos de agresión sexual.

CONCLUSIONES

El hito marcado por la CDN, al establecer al NNA como sujeto de derechos establece un antes y después en la protección y visibilización de la infancia. El conocimiento de la legislación que atañe a la infancia debe ser un área de mejora en nuestra actividad profesional, ya que de esa manera seremos elementos significativos en una atención integral a los niños y niñas.

Señalar que el menor de edad tiene derecho a ser oído y escuchado, teniendo en cuenta sus opiniones sin discriminación alguna, tanto en el ámbito familiar como en procedimientos administrativos, judiciales o de mediación. Los conflictos en casos de «riesgo grave» para el NNA, en los que el facultativo entiende que es imprescindible una intervención médica urgente, y si sus representantes o el propio menor de edad se niegan a prestar el consentimiento, se debe de solucionar mediante el concepto jurídico de «interés superior del menor» que está en consonancia con la normativa internacional y la jurisprudencia española y europea. El médico se convierte, de esta forma, en garante de la salud e integridad del paciente menor de edad, amparado por las causas de justificación de cumplimiento del deber y de estado de necesidad. En la asistencia sanitaria al menor de edad, prima siempre el Principio de beneficencia sobre el de autonomía del menor.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- BOE. Legislación de menores (última actualización septiembre 2020).
- Cuerpo Nacional de Policía. https://www.policia.es/participacion_ciudadana.php
- Ley 41/2002 Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE núm 274, de 15 enero 2002.
- Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del menor, de modificación parcial del Código Civil y de la ley de Enjuiciamiento Civil. BOE, núm 15, de 17 enero de 1996.
- Ley orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por al que se modifica la LO 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE, núm 77, de 31 marzo 2015.
- ONU. Convención sobre los Derechos del niño. <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Experiencias adversas en la infancia

Antonio Gancedo Baranda

Lorena I. Álvaro Barrio

Carmen Pérez Velasco

INTRODUCCIÓN

La asistencia a niños, niñas y adolescentes (NNA) que acuden a los Servicios de Urgencias, o a los distintos dispositivos de atención pediátricos, presenta un recorrido vital diferente, pero a lo largo de su vida han podido sufrir distintos eventos negativos que pueden afectar a su salud. En conjunción con dichos eventos existen los Determinantes Sociales de Salud (DSS), definidos como aquellas circunstancias en que las personas nacen, se desarrollan, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud al que pueden tener acceso. Los DSS se relacionan con las diferencias injustas y subsanables que se observan dentro de un mismo país, o entre países, referidos a la asistencia sanitaria. Dichas inequidades afectan de manera muy significativa la salud de la Infancia. En relación con los DSS, surge el concepto de las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI). Definidas ya en 1998 como aquel conjunto de eventos perjudiciales, crónicos o recurrentes, con efectos acumulativos, con diferente gravedad y consecuencias para la salud que afectan a los NNA. Estas experiencias, por su magnitud e impacto, son actualmente consideradas un problema de salud pública.

Las EAI comenzaron a investigarse en la década de los noventa en EE. UU., a través de un estudio llamado ACE (*Adverse Childhood Experiences*), realizado por el CDC (*Center for Disease Control*) y la *Kaiser Permanente's Health Appraisal Clinic* de San Diego, que coordinó el Dr. Vincent Felitti, y en el que se evaluó la asociación entre la salud general y los eventos adversos vividos durante la infancia y la adolescencia. En el estudio inicial se midieron siete categorías de EAI: maltrato físico, maltrato psicológico, violencia sexual, violencia contra la madre, o la convivencia con algún miembro de la familia que

abusara de sustancias, sufriera alguna enfermedad mental o estuviera en prisión. Los resultados mostraron que más de la mitad de la población muestral, tanto hombres como mujeres, había vivido por lo menos una experiencia adversa, y una cuarta parte había sufrido dos o más. Además, entre aquellas personas que habían sufrido cuatro o más EAI, presentaban en la edad adulta mayores tasas de alcoholismo, tabaquismo, consumo de drogas, depresión, intentos de suicidio, enfermedades de transmisión sexual, inactividad física, obesidad grave y diferencias significativas en la autopercepción de la salud en general. También se apreciaron dificultades académicas, y peor capacitación profesional en el futuro. Incluso se observó relación entre el número de EAI y la aparición de determinadas enfermedades como cardiopatías isquémicas, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, fracturas óseas y enfermedades hepáticas.

Es por todo ello, que desarrollaremos con más detalle a lo largo del capítulo, que las Experiencias Adversas en la Infancia deben ser de obligado conocimiento por parte de los profesionales de cualquier ámbito cuyo objetivo sea la salud y el bienestar de los NNA, ya que su correcta identificación y posterior tratamiento determinará su desarrollo y posteriores consecuencias. Las urgencias pediátricas son uno más de los recursos sanitarios para su identificación y adecuada orientación.

ESTRÉS TÓXICO

Sin entrar en las características generales del estrés, en el caso en que se produce una activación fuerte y prolongada de los sistemas de respuesta de estrés del organismo, y no hay una figura de referencia que aporte un apoyo emocional y físico adecuado al menor de edad, este podrá desarrollar lo que se denomina un estrés tóxico, el cual podrá tener un efecto nocivo para la salud presente y futura del individuo. Existen distintos factores como son el apoyo socio emocional, predisposición genética y antecedentes de otras situaciones traumatizantes, que pueden regular la acción negativa de las EAI.

En relación entre el estrés y el desarrollo cerebral, conviene referir tres aspectos significativos:

- El cerebro al nacimiento no está completamente estructurado y precisa continuar con su desarrollo en base a las influencias que recibe del exterior.
- En base a dichas influencias el cerebro para desarrollarse de una manera adecuada, y para prepararse a los eventos de futuro, precisa de aquellas que estén basadas en el afecto, el amor y la estimulación dados por parte de sus figuras de referencia

- Las experiencias tempranas que vive el niño/a pueden generar cambios en el sistema neuroendocrino, sobre todo a través de la alteración en la regulación del eje límbico-hipotalámico-hipofisario adrenal, y como consecuencia se generan modificaciones genéticas que pueden influir tanto sobre la estructura cerebral como sobre su citoarquitectura. Así como transmitirse dichos cambios genéticos a las generaciones futuras.

En resumen, tras los cambios que puede generar en el organismo de los niños/as víctimas de EAI, sus relaciones con el entorno pueden reforzar la respuesta al estrés, perpetuando dichas modificaciones. Estableciéndose una compleja interrelación entre el sistema familiar y social en que el NNA se desarrolla, su conducta de adaptación, su sistema neuroendocrino, carga genética y epigenética, dando lugar a lo que se denomina en la actualidad modelo de ecobiodesarrollo.

CATEGORÍAS DE EXPERIENCIAS ADVERSAS EN LA INFANCIA

Como en todas las disciplinas, el aumento del interés y el incremento en el estudio de las EAI han permitido demostrar de manera clara la relación entre estas y la morbilidad a corto, medio y largo plazo de los NNA.

Históricamente, podemos encontrar distintas escalas para la medición de las EAI, como la inicial en 1998, para posteriormente surgir otras como las de Cronholm et al. y, por último, en el año 2015 apareció la reformulación de Finkelhor et al., que creó una escala de cribado/test autoadministrado que es la más utilizada en la actualidad, si bien los ítems utilizados en el cuestionario para la detección de EAI han ido variando conforme han avanzado las investigaciones y las distintas entidades. Se asume que la mayoría de la población presenta como mínimo una EAI.

A continuación, se describen las experiencias adversas que se analizan en el cuestionario de cribado, dividiéndolas en categorías según la esfera afectada del propio NNA y/o de su entorno (**Tabla 1**):

- Relacionadas con tipologías de maltrato directo al niño/a:
 - Maltrato emocional.
 - Maltrato físico.
 - Abuso sexual.
 - Negligencia emocional.
 - Negligencia física.
- Relacionadas con disfunción parental o familiar:
 - Abuso de sustancias tóxicas en el hogar.

TABLA 1. Experiencias adversas que se analizan en el cuestionario de cribado

EAI relacionadas con:	Tipo de Maltrato	Desarrollo del concepto	SÍ (1)	NO (0)
Tipologías de maltrato	Emocional	A menudo uno de los progenitores u otro adulto en el hogar, insulta, engaña, defrauda, humilla o actúa de una manera que hace que el menor sienta miedo o pánico.		
	Físico	A menudo uno de los progenitores u otro adulto en el hogar empuja, agarra, abofetea o le arroja algo al menor, o le golpea tan fuerte que le provoca lesiones físicas.		
	Abuso sexual	Alguno de los progenitores, u otro adulto o persona al menos 5 años mayor que el menor, ha tenido contactos o interacciones de contenido sexual con un niño/a, utilizando a éste/a para estimularse sexualmente él mismo, o a otra persona.		
	Negligencia emocional	El menor siente a menudo que nadie de su familia le quiere, o le protege o que nadie le considera importante o especial, o que los miembros de su familia no se cuidan entre sí, ni se apoyan mutuamente.		
	Negligencia física	A menudo el menor siente que no tiene alimentos para comer, tiene que usar ropa sucia o rota, o sus progenitores o cuidadores no quieren o están demasiado borrachos o drogados para cuidarle o llevarle al médico, si fuese preciso.		
Disfunción parental o familiar		Los progenitores del menor se han separado o divorciado.		
	Violencia Doméstica	El menor vio u oyó que la madre era tratada violentamente, o que las personas que convivían con el niño/a se amenazaban y/o se agredían.		
		Presencia de un progenitor o figura de referencia del niño/a, que padece o ha padecido algún tipo de enfermedad mental.		
		Encarcelamiento de un miembro de la familia.		
Circunstancias vitales del menor		El menor fue acogido por el Sistema de Protección.		
		Padece una enfermedad crónica, ha sufrido alguna/a intervención/es quirúrgica/s grave/s, o enfermedades que han puesto en peligro su vida.		
		Alguno de los progenitores o figuras de referencia ha muerto.		
Relaciones disfuncionales con el entorno y la comunidad		El menor tuvo que separarse de su cuidador/a principal por motivos de inmigración legal o fue deportado/a.		
		Aislamiento, rechazo o agresión verbal y/o física del NNA, motivado por su lugar de origen, religión, orientación sexual o discapacidad de algún tipo.		
		Exposición a violencia en su entorno escolar o social.		
TOTAL	Acoso entre pares/Bullying	Victimización del niño/a por pares, en sus lugares de aprendizaje, deporte u ocio.		

Modificada de CYW ACE (0-12 años)© Center for Youth Wellnes 2015.

- El NNA vio u oyó que la madre era tratada violentamente, o que las personas que convivían con el niño/a se amenazaban o se agredían.
- Presencia de un progenitor o figura de referencia del niño/a, que padecía algún tipo de enfermedad mental.
- Separación de los progenitores o divorcio, experiencia que se debe analizar cuidadosamente, ya que el elemento tóxico en ella es la exposición prolongada al conflicto y denigración parental, más que el propio divorcio.
- Encarcelamiento de un miembro de la familia.
- El menor de edad fue acogido por el Sistema de Protección.
- Relacionadas con circunstancias vitales del NNA:
 - Padece una enfermedad crónica, ha sufrido alguna/a intervención/es quirúrgica/s grave/s, o enfermedades que han puesto en peligro su vida.
 - Alguno de los progenitores o figuras de referencia ha muerto.
 - El niño/a tuvo que separarse de su cuidador/a principal por motivos de inmigración legal o fue deportado.
- Relaciones disfuncionales con el entorno y la comunidad:
 - Victimización del niño por pares, en sus lugares de aprendizaje, deporte u ocio.
 - Aislamiento, rechazo o agresión verbal y/o física del NNA, motivado por su lugar de origen, religión, orientación sexual o discapacidad de algún tipo.
 - Exposición a violencia en su entorno escolar o social.

CONSECUENCIAS

Son múltiples las consecuencias derivadas de la exposición a EAI por parte de los NNA, como lo son la gran cantidad de clasificaciones que podríamos enumerar de estas para su mejor estudio y comprensión.

La complejidad del tema, la implicación personal que inconscientemente conlleva, y la frecuente sensación de impotencia y necesidad de ayuda que despierta el NNA vulnerado, hace que como profesionales nos planteemos un sinfín de dudas al respecto y que intentemos jerarquizar los eventos y nuestra celeridad para lo que consideramos una mejor actuación.

De acuerdo con estas premisas, algunas de las posibles clasificaciones que se podrían considerar serían:

- Gravedad en función de la puntuación obtenida en la escala de Finkelhor (en el cual, una puntuación mayor o igual a 4 puntos determinaría un elevado riesgo biopsicosocial para el NNA).

- Permanencia de la/s EAI experimentada/s, si bien ha sido algo puntual o por el contrario, se perpetúa en el tiempo.
- El tipo de EAI vivida, jerarquizando su impacto e importancia en el NNA.
- El grado de proximidad y afectividad del agresor/es con el NNA.

Las consecuencias que las EAI pueden generar en los NNA son:

1. Consecuencias físicas.
2. Consecuencias psicológicas y cognitivas.
3. Consecuencias a largo plazo.

De esta manera, al conocer los efectos y las posibles consecuencias de la exposición a las EAI, el objetivo será evitar su desarrollo, minimizarlo o revertirlo cuando sea posible, no perdiendo de esta manera el objetivo principal que es el bienestar del NNA.

En primer lugar, se debe tener en cuenta que existen momentos críticos en el desarrollo de los NN, en los cuales debe considerarse la exposición a los EAI como un eje relevante en la evolución de su salud y su bienestar, y estos son los primeros cinco años de vida. El abordaje en este período evita la consecución de una cadena de riesgos asociados. Como dato añadido, encontramos que las EAI más prevalentes en este grupo de edad son la privación socioeconómica, la separación/divorcio de los progenitores, y el maltrato emocional o psicológico.

Consecuencias físicas

Dentro de este apartado podemos dividir a su vez el impacto de las EAI en el NNA en consecuencias estructurales y fisiopatológicas.

Estructurales

Múltiples estudios asocian las EAI con alteraciones cerebrales tanto a nivel funcional como estructural, provocando daños que persisten hasta la edad adulta.

Estos daños son causados por la exposición a niveles anormales y prolongados en el tiempo de glucocorticoides como consecuencia del estrés sufrido, provocando alteraciones tales como:

- Déficits de integridad y conectividad en la materia blanca y en amplias redes cerebrales relacionadas con múltiples funcionalidades, que dan como resultado cambios permanentes en el desarrollo cerebral cuya manifestación veremos en las consecuencias psicológicas.
- Disminución del volumen del hipocampo.

- Disminución de las estructuras corticales frontales.
- Desarrollo de cuerpos callosos reducidos, con disminución de las interconexiones interhemisféricas.
- Anormalidades estructurales en la amígdala.

Podemos observar que todas estas regiones se encuentran relacionadas con la emoción y su procesamiento.

También incluiremos los efectos descritos a nivel genético y epigenético, asociando el estrés temprano con:

- Cambios en la expresión del microRNA.
- Modificaciones en las histonas.
- Menor longitud de los telómeros.
- Metilación del ADN en la región 5HTT.

Con la consecuente alteración en la expresión estructural y funcional que ello conlleva.

Fisiopatológicas

Estudios multidisciplinarios en distintos países han concluido que la acumulación de EAI afecta a la salud general y aumenta la probabilidad de desarrollar distintas patologías:

- Brotes recurrentes con necesidad de hospitalización en enfermedades autoinmunes (miastenia gravis, artritis reumatoide...).
- Infecciones.
- Asma.
- Alteraciones cutáneas tales como dermatitis, urticaria, psoriasis.
- Problemas digestivos como síndrome de colon irritable, colitis ulcerosa.
- Alteraciones cardiovasculares como la hipertensión arterial.
- Enfermedades crónicas como diabetes, obesidad.
- Se incrementa el dolor y el grado de discapacidad. Aumenta el número de visitas a los servicios médicos, tanto de atención primaria como hospitalaria.

Consecuencias psicológicas

Podemos encontrar manifestaciones derivadas de las alteraciones estructurales anteriormente descritas:

- Déficits/retraso en el desarrollo de las funciones cognitivas: memoria, funciones ejecutivas, funciones afectivas.
- Alteraciones en el aprendizaje.
- Alteraciones en la conducta que, entre otras, favorecen respuestas maladaptativas a situaciones futuras, siendo frecuente una

capacidad reducida para distinguir entre la amenaza y las señales seguras durante el condicionamiento del miedo.

Y alteraciones psicológicas derivadas de la exposición de las EAI:

- Trastornos del lenguaje.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Sueño disruptivo.
- Conductas regresivas.
- Enfermedades psicosomáticas tales como taquicardia, cefaleas, alergias, tics, temblores, lumbalgias, contracturas, etc.
- Trastornos de personalidad.
- Baja satisfacción con la vida.
- Práctica de conductas sexuales de riesgo.
- Consumo de drogas, alcohol y tabaco.
- Aumento de intentos autolíticos.

Consecuencias a largo plazo

Por otro lado, encontramos consecuencias a largo plazo, desarrolladas por adultos que sufrieron experiencias adversas durante su infancia y/o adolescencia, y cuya manifestación posterior tiene su origen en su falta de diagnóstico y, por lo tanto, su no resolución:

- Mayores tasas de:
 - Alcoholismo.
 - Tabaquismo.
 - Consumo de tóxicos.
 - Depresión.
 - Intentos de suicidio.
 - Criminalidad.
 - Enfermedades de transmisión sexual.
 - Inactividad física.
 - Obesidad grave.
- Diferencias significativas en la autopercepción de la salud en general.

De igual manera existe relación entre el número de experiencias adversas sufridas con la aparición de patologías que potencialmente pueden ocasionar una muerte precoz:

- Cardiopatías isquémicas.
- Cáncer.
- Enfermedad pulmonar crónica.
- Fracturas óseas.
- Enfermedades hepáticas.

Por último, debemos recordar que todos estos factores pueden tener consecuencias para toda la vida, e incluso intergeneracionales, pudiendo encerrar a las familias en ciclos de adversidad, privación y mala salud.

ABORDAJE PRÁCTICO

Para abordar las EAI, como todo en Medicina, es preciso su conocimiento para instaurar las medidas terapéuticas. Es por ello por lo que, una vez atendida la solicitud de atención médica requerida, recurriremos al cuestionario de cribado e identificaremos las experiencias que hemos valorado en la atención médica, y en el caso de superar o ser iguales a 4, deberemos reseñar tal hallazgo e iniciar las adecuadas coordinaciones con Atención Primaria, Pediatría social, y a través de esos dos recursos el contacto con los servicios sociales y establecer la posibilidad de derivación a recursos de salud mental.

Actualmente están en estudio distintos biomarcadores, tanto neuroendocrinos (cortisol, adrenalina, dopamina) como inflamatorios (elevación de IL-6, FNT- α , PCR), o la determinación de parámetros como la toma de tensión arterial, índice de masa corporal, perfil lipídico, etc., pueden tener relación con los efectos y secuelas de las EAI.

CONCLUSIONES

Las EAI se asocian a una significativa morbilidad y, como consecuencia, a una mayor utilización de los servicios médicos y sociales. Las unidades de urgencias, no son ajenas a este aumento en su frecuentación. Dada la evolución actual de las urgencias pediátricas, con un mayor número de consultas de carácter socioemocional, es recomendable mejorar la formación en EAI de los profesionales sanitarios que atienden aquellas. En EE. UU., solo el 4% de los pediatras preguntan sobre las EAI. El aumento en su detección, sin duda, mejoraría todas las actividades preventivas. Aparte de dar la posibilidad de identificar dichas experiencias, en muchas ocasiones este reconocimiento ya tiene un efecto terapéutico, el cual se multiplica si se detectan de manera precoz y existe una adecuada derivación a recursos específicos: Pediatría social, servicios sociales, centros de salud mental infanto-juvenil, etc.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Campbell JA, BS, Walker RJ, PhD, Egede, Leonard E., MD, MS. Associations Between Adverse Childhood Experiences, High-Risk Behaviors, and Morbidity in Adulthood. American Journal of Preventive Medicine 2016;50(3):344-352.

- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, *et al.* Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE). Study. *Am J Prev Med.* 1998;14(4):245-258.
- Finkelhor D, Shattuck A, Turner H, Hamby S. A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse & Neglect* 2015;48:13-21.
- Jones CM, Merrick MT, Houry DE. Identifying and Preventing Adverse Childhood Experiences. Implications for Clinical Practice. *JAMA.* 2020; 323 (1): 25-26.
- Kalmakis KA, Chandler GE. Adverse childhood experiences: Towards a clear conceptual meaning. *J Nurs Adv.* 2014;70:1489-501.
- Purkey E, Davison C, MacKenzie M, *et al.* Experience of emergency department use among persons with a history of adverse childhood experiences. *BMC Health Serv Res.* 2020;20:455.
- Vega-Arce M, Núñez-Ulloa G. Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enfermería Universitaria.* 2017; 14 (2):124-130.

Violencia de género entre adolescentes

Gloria Estopiñá Ferrer

María Gloria López Lois

INTRODUCCIÓN E IDEAS PRINCIPALES

Como profesionales, tenemos que aprovechar cualquier oportunidad que nos brinda la presencia de los adolescentes en urgencias para intentar abordar temas por los que ellos y ellas no consultarán. Además, hay que estar atentos a los signos y síntomas que pueden derivarse de la violencia de género entre adolescentes (VGA) así como saber cómo actuar si ellas mismas desvelan su situación de violencia.

MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO ENTRE ADOLESCENTES

La Escalera Cíclica de la Violencia de Género explica las diferentes situaciones o escalones por los que pasa la adolescente, desde los hechos que parecen más leves a los más graves:

- Empieza con lo que la chica vive como una demostración amorosa pero que es un control: control de espacios presenciales, virtuales (móvil, redes sociales) aspecto físico, ropa, etc., aislamiento de amistades, familia y hobbies, chantaje, culpabilización y agresión sexual por falso consentimiento.
- Posteriormente, la adolescente se percata de la violencia que vive (desvalorizaciones, humillaciones e insultos, intimidación, agresiones físicas iniciales y amenazas) pero existe una adherencia afectiva que dificulta la ruptura con obsequios y promesas de cambio por parte del chico.
- En la última fase, aparecen la violencia física grave y agresiones sexuales por la fuerza: la chica se siente desbordada y le cuesta encontrar una salida porque se siente sola, con baja autoestima, con una gran dependencia afectiva y miedo hacia lo que podría pasarle, lo que frena la ruptura.

Para explicar cómo las adolescentes, y las mujeres en general, quedan atrapadas en estas relaciones y van subiendo escalones, encontramos el Ciclo de la Violencia (Leonore Walker, 1979):

- Acumulación de la tensión: desde el inicio de la relación existe una acumulación de la tensión ya que la chica no se ajusta a las expectativas sexistas que el agresor tiene sobre ella y sobre la relación.
- Explosión violenta: uso de mecanismos correctivos por parte del agresor (desde ridiculizarla, abandonarla en situaciones o lugares considerados peligrosos, romper o golpear objetos, insultarle, gritarle, golpearle) para que la chica se comporte según sus expectativas sexistas.
- Falso arrepentimiento: cuando el agresor cree que ella puede romper la relación se justifica, excusando su comportamiento en cuestiones externas (problemas familiares, estrés, actitudes o comportamientos de otros), o en comportamientos de ella (responsabilizándola de llevarlo al límite). Puede pedirle perdón mostrando un falso arrepentimiento (ya que sus expectativas sexistas no se han modificado) e incluso llegar a comprometerse con un cambio si ella le da una oportunidad.

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN CHICAS ADOLESCENTES

- Consecuencias psicológicas y sociales en la adolescente:
 - Problemas de socialización: aislamiento, inseguridad o agresividad.
 - Problemas de integración en la escuela: falta de concentración, disminución del rendimiento, etc.
 - Síntomas de estrés postraumático: insomnio, pesadillas, fobias, ansiedad.
 - Síntomas depresivos: llanto, tristeza, aislamiento.
 - Alteraciones del desarrollo afectivo.
 - Dificultad para manejar las emociones.
 - Internalización de roles de género erróneos.
- Secuelas físicas producidas por el maltrato físico y la violencia sexual en la adolescente.
- Efectos en el entorno de la adolescente: familia, amigos...
 - Sentimientos de rabia, impotencia, culpa.

INDICADORES DE VIOLENCIA DE GÉNERO OBSERVABLES EN CHICAS ADOLESCENTES

Son indicadores que pueden presentar las adolescentes que pueden estar viviendo una situación de violencia de género:

- Justifica los celos de él o los minimiza, informando a su pareja de todo lo que hace y siendo acompañada por él a todos los lugares.
- Cuestiona sistemáticamente sus amistades anteriores, aficiones o sus actividades previas, justificando su no participación en redes o grupos de Whatsapp.
- Se producen enfrentamientos con su familia por no querer hacer actividades conjuntas y por la actitud negativa de la familia hacia él.
- Se muestra más reservada o se comporta de una forma diferente cuando él se encuentra presente, para agradarle y complacerle y lo calma y justifica si se comporta mal ante los demás.
- Se infravalora considerándose responsable de los problemas en la relación y se siente afortunada de estar con él, por lo que cede continuamente.
- Cambia su estilo de vestir.
- Muestra miedo a ser abandonada por él.
- Reconoce agresiones hacia ella por parte de él, así como golpes a objetos que considera puntuales y motivadas por ella.
- En el ámbito sexual, justifica y tolera sus relaciones a pesar de que ella no quiera, con métodos anticonceptivos poco controlados o sin ellos por solicitud de él, pidiendo en ocasiones la «píldora del día después» y o presentando infecciones de transmisión sexual por ello.
- Baja su rendimiento escolar o laboral, con dificultades en la concentración.
- Acude a consulta médica o psicológica con sintomatología de depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático, trastornos conductuales, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos psicopatológicos, intento de suicidio, autolesiones, abuso de alcohol, drogas y psicofármacos. Si acude acompañada de su pareja, él está interesado en estar siempre presente, habla por ella, o ella se expresa de forma vaga.
- Muestra alteraciones en el ritmo de sueño y apetito.

LA ENTREVISTA

Ante cualquier adolescente que acuda a la urgencia pediátrica, es aconsejable explorar de forma concisa el entorno en el que vive. Para ello, nos podemos ayudar (entre otros) del acrónimo FACTORES: **F**amilia, **A**migros, **C**olegio, **T**óxicos, **O**bjetivos, **R**iesgos, **E**stima, **S**exualidad. En las unidades especializadas (consulta de Pediatría social, recursos de atención a la VGA...) ya se realizará una valoración más amplia y estructurada.

Posteriormente, y si sus respuestas nos orientan a indicadores de VG, centraremos más la entrevista en la relación de pareja.

- Si no verbaliza inicialmente ser víctima de VG, nuestra actuación deberá orientarse de la siguiente manera:
 - Intentar, en la medida de lo posible, hablar con la chica a solas. Nunca con la pareja.
 - No empezar explorando la situación de pareja a no ser que ella ya haya desvelado que ese es su principal problema.
 - Podemos hacer preguntas concretas sobre la relación, por ejemplo: «Cuéntame un poco de tu relación (tiempo, edad de su pareja), cómo te sientes, qué problemas habéis tenido...».
 - Plantear que las divergencias en las relaciones de pareja son normales si se resuelven con respeto y hacen que se disfrute de la relación.
 - Valorar la calidad de la relación entre la adolescente y su entorno familiar.
 - Explicar que hay servicios donde trabajan profesionales especializados en conflictos en la pareja, y que pueden ayudar en las relaciones con problemas. Acudir a estos servicios también podrían ayudar a mejorar su relación familiar.
 - Abordar con ella el tema de que es necesario informar de lo que le pasa a su familia (al igual que si sufriera acoso, problemas alimentarios o consumo de tóxicos...) y acordar cómo hacerlo.
 - Comunicar a su familia la situación que está viviendo la mujer adolescente y derivarla a los servicios especializados, a pesar de que la adolescente no se identifique aún como víctima. Al mismo tiempo, ofrecerles a ellos información y apoyo.
 - Explorar los riesgos detectados a través del relato de la posible víctima y de la familia.
 - Comunicar la información obtenida a TS y al servicio especializado.
- En caso de que la adolescente sea consciente de que es víctima de VGA:
 - Deberemos permitirle que exprese sus sentimientos.
 - Explicarle que otras chicas viven situaciones como la suya.
 - Reforzarla por contarlo y pedir ayuda.
 - Explicarle la existencia de servicios especializados.
 - Abordar el tema de la familia y de los servicios especializados.

OBJETIVOS Y ACTUACIÓN

Nuestro objetivo será que la chica sea consciente de su malestar ante las situaciones de abuso, no que se reconozca como víctima de

VG, a no ser que este sea directamente el motivo de la consulta, ya que este reconocimiento dependerá de su percepción de riesgo, de su conocimiento de la VGA y del momento del ciclo de violencia donde se encuentra.

- Si ella misma solicita ayuda:
 - Ofrecer servicios especializados de atención a la mujer víctima de Violencia de género para desmontar los mitos románticos, fortalecer la autoestima, reparar los daños y prevenir que esto suceda en otras relaciones.
- Si no quiere reconocerse como víctima, cortar con su pareja o recibir ayuda:
 - Será importante intervenir con la familia para conseguir, a través de ella, que acepte la ayuda.
 - Hacer ver a la adolescente que reconocemos su malestar y las dificultades en su relación. En ocasiones, el hecho de ofrecer mejorar su relación puede hacer que quiera acudir a servicios especializados donde se reconducirá su solicitud.
 - Ofrecer servicios especializados donde pueda acudir cuando esté receptiva y preparada.

Es importante derivar también a servicios especializados a aquellas mujeres adolescentes donde se observa o tenemos indicadores de una relación que calificamos de «violencia cruzada» o «violencia mutua». Aunque pueda parecer que ella es tan agresora como él, puede ser la respuesta de revelación o defensa de los ataques de su pareja.

No considerar que el riesgo ha desaparecido con la finalización de la relación de pareja. Debe trabajarse por el riesgo de recaídas y por las futuras relaciones de la adolescente.

La denuncia no debiera ser la primera actuación en casos de violencia adolescente de baja intensidad, a no ser que en el entorno cercano se perciba claramente un riesgo para la integridad física o para la vida de la víctima. Si no está preparada o convencida para terminar con la relación, no debe forzarse ni presionar. Se deberá esperar y acompañarla.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Casas J *et al.* La entrevista al adolescente. 2015; III (2): 64-68.
- Escalera cíclica de la Violencia. (Ruiz, C (2016). Voces tras los Datos. Una mirada cualitativa a la violencia de género en adolescentes.
- Guía para profesionales ante chicas adolescentes que sufren violencia de género: saber mirar, saber acoger, saber acompañar. Instituto Andaluz de la Mujer. Consejería de Igualdad y asuntos Sociales. 2018 <http://www.jun->

tadeandalucia.es/iamindex.php/2013-08-08-10-31-21/guia-para-profesionales-ante-chicas-adolescentes-que-sufren-violencia-de-genero-saber-mirar-saber-acoger-saber-acompanar

- Violencia de género en población adolescente. Guía de orientación para la familia. Diputación de Alicante. Unidad de Igualdad. 2013

Maltrato infantil y tecnologías de la información y la comunicación

*Zelidety Espinel Padrón
Rafael Marañón Pardillo*

INTRODUCCIÓN

La era de la globalización, con su continua innovación tecnológica, ha transformado y transforma nuestra manera de vivir y convivir. Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) son todas aquellas herramientas y programas que tratan, administran, transmiten y comparten la información mediante soportes electrónicos. Las TIC abarcan desde las clásicas, como la radio y la televisión, hasta las nuevas tecnologías centradas fundamentalmente en Internet y en todos los dispositivos electrónicos conectados a la red.

Esta nueva realidad conlleva que tanto los progenitores como los profesionales de diferentes ámbitos relacionados con la formación y el bienestar del menor de edad, tengamos el reto de formarnos en el uso responsable y adecuado de las TIC, para garantizar los derechos y la seguridad de los niños, niñas y adolescentes (NNA), y de este modo, evitar un nuevo tipo de violencia contra la infancia en el entorno *online*. La labor de los progenitores y de los diferentes profesionales implicados es primordial en la prevención de los riesgos.

EL IMPACTO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA

En las sociedades desarrolladas, los niños se inician cada vez más pronto en el conocimiento y uso de las TIC. Esta afirmación queda constatada a través de diferentes estudios como el de Cánovas (2014), en el que consta que el 30% de los niños y niñas en España a los 10 años ya disponía de un teléfono móvil, a los 12 años el 70% y a los 14 años el 83%; estos porcentajes siguen aumentando. Según el estudio, elaborado por Google, FAD y BBVA, publicado en enero de 2020 un 89,9% de los adolescentes encuestados disponen de un teléfono

móvil y un 76% un ordenador portátil. Según este último estudio los usos principales de los adolescentes de Internet son escuchar música (75,6%), seguido de mantener el contacto con personas a las que no ven de manera frecuente (45,8%).

LOS RIESGOS DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Actualmente entre las distintas formas de violencia a las que se enfrenta la infancia en el entorno *online* se encuentra el *ciberbullying*.

Los niños están desproporcionadamente más afectados por los peligros que conlleva navegar libremente en Internet que los adultos; tienen menos posibilidades de comprender los riesgos y es más probable que sean víctimas de los daños.

Con respecto a la violencia sexual *online*, las TIC pueden actuar como medio de captación, difusión y/o producción del abuso. Consideramos las siguientes categorías:

- Explotación sexual *online* de la infancia y la adolescencia que incluiría a distribución, difusión, importación, exportación, oferta, venta, posesión o consulta de material/imágenes de abuso sexual de niñas, niños y adolescentes *online*, equivalente a la pornografía infantil, abuso sexual *online* de NNA.
- *Online grooming*: que sería el embaucamiento y/o las proposiciones a NNA para su participación en conductas sexuales, que puede incluir el envío de imágenes y/o de materiales propios o de otras personas menores de edad con contenido sexual.
- Exposición a contenido sexual, y que puede ser voluntario o involuntario.

Los posibles riesgos que existen al navegar en Internet sin control, pueden clasificarse en relación a los servicios utilizados:

Página web

Los riesgos a los que se exponen niños y adolescentes cuando navegan libremente por Internet son:

- Acceso a páginas de contenido para adultos, con material sexual explícito.
- Acceso a páginas de juegos no adecuadas para su edad, con escenas de violencia, consumo de drogas, consumo de alcohol, etc.
- Acceso a páginas de juegos de dinero (casinos, loterías, sistemas piramidales o cualquier otro), pudiendo crearles adicción.
- La comunicación con personas desconocidas que les pueden engañar, seducir, abusar e inclusive desarrollar acciones ilícitas

contra ellos, solicitando información personal como nombre, dirección, teléfono, aficiones, datos de la familia, etc.

Blog

Este sitio web recopila información personal y funciona como un diario en línea. Es un sitio visitado frecuentemente por depredadores en línea.

Chat

Permite comunicarse con personas de cualquier parte del mundo. En esta variante el riesgo para el usuario infantil y juvenil se incrementa debido a que al estar «charlando», fácilmente se olvidan que se trata de un lugar público. No necesariamente se conoce la verdadera identidad de los participantes. La mayoría de chats no está supervisada por adultos.

Mensajería instantánea: WhatsApp, Facebook, Messenger, Line, Viber...

El envío de mensajes instantáneos permite establecer conversaciones de texto en tiempo real con otras personas de una lista de contactos. En este caso, la conversación es entre dos o más personas; puede ser más segura porque se puede controlar la lista de contactos.

Este medio permite activar la *webcam* (cámara web) para establecer contacto visual; uno de los riesgos más importantes es que la *webcam* se puede «troyanizar»; es decir, cualquier persona puede tomar el control del dispositivo (portátil, ordenador) a través de la cámara conectada.

Correo electrónico

En esta modalidad los menores de edad se comunican y reciben mensajes de otras personas; además pueden recibir mensajes comerciales no deseados (mensajes de correo basura o *spam*).

El inconveniente es que algún desconocido puede establecer una relación inadecuada, pudiendo el NNA ser amenazado o acosado por esta vía.

Foros

Son áreas de Internet para grupos de discusión e intercambio de ideas sobre varios temas: música, deportes, profesiones, escuelas, etc.; el problema es que también se pueden tratar temas que no son adecuados para los niños, tales como sexo, drogas, violencia, etc.

DEFINICIÓN DE CIBERACOSO Y SUBTIPOS

El ciberacoso o ciberviolencia se puede definir como una forma de intimidación, acoso y malos tratos por parte de un individuo o grupo de individuos hacia otro, implicando el uso de medios tecnológicos como canal de agresión: Internet, telefonía móvil, correo electrónico, mensajería instantánea, videoconsolas online, etc.

Sexting

El *sexting* (de la unión de las palabras en inglés: *sex*: sexo y *texting*: mensaje de texto) ha sido definido como la creación y envío voluntario de textos, fotos o vídeos con un contenido sexual o erótico a través de la red, a una persona amiga física o virtual. No es un tipo de violencia sexual, lo sería el uso que se diese a esas imágenes y materiales obtenidos a través de la práctica del *sexting*.

La ley castiga tanto la posesión, como la difusión de fotos o vídeos íntimos cuando el protagonista es un menor de edad, ya que es considerado pornografía infantil.

Sextorsión

El anglicismo *sextortion*, formado por la contracción de las palabras *sex*: sexo y *extortion*: extorsión, se emplea para designar una forma de coacción-chantaje sexual basada en la amenaza de hacer públicas fotografías o videos de contenido sexual, que normalmente se ha compartido a través de Internet mediante *sexting*.

Grooming

Grooming (en castellano, engatusamiento) son un conjunto de tácticas deliberadas llevadas a cabo por una persona adulta o adolescente con la intención de ganarse la confianza de un NNA. Este acoso es efectuado a través de estas tecnologías con el objetivo de establecer una relación y control psicológico sobre la víctima con la finalidad de obtener contenidos (por ejemplo fotos o vídeos) o favores sexuales.

El fenómeno del *grooming* se compone de cuatro etapas principales:

1. Establecimiento de contacto y acercamiento. El acosador contacta con el NNA a través de Internet con el objetivo principal de ganarse su confianza.
2. Sexo virtual. Una vez el acosador se ha ganado la confianza del NNA, consigue que éste comparta con él información de carácter íntimo, como imágenes comprometidas, o que encienda la *webcam* y pose desnudo.

3. Ciberacoso: el acosador ha obtenido material del menor de edad con el que poder chantajearle, si este no accede a sus constantes y sucesivos requerimientos sexuales; el acosador le amenaza con difundir en Internet o enviar a los contactos las fotografías o vídeos comprometidos que el NNA le haya podido enviar.
4. Abuso o agresiones sexuales. Es en esta última etapa donde pueden producirse abusos o agresiones sexuales cara a cara, si la víctima accede a las pretensiones sexuales del acosador.

La Ley 5/2010 de 22 de junio de reforma del Código Penal, añadió el artículo 183 bis al Código Penal, que penaliza al *grooming* con penas de uno a tres años de prisión o multa de doce a veinticuatro meses. La opción por una pena privativa de libertad o por la multa depende de la gravedad del delito y de la culpabilidad del autor.

Ciberbullying

El *ciberbullying* o ciberacoso escolar se define como el daño intencional y repetido infringido por parte de un niño/a o grupo de pares hacia otro menor edad, mediante el uso de medios digitales. Es un ciberacoso en el que solo están implicados menores. Es llevado a cabo en el ámbito escolar, principalmente. En la definición quedan reflejadas las características de este fenómeno:

- Daño: la víctima sufre un deterioro de su autoestima y dignidad personal dañando su estatus social, provocándole victimización psicológica, estrés emocional y rechazo social.
- Intencionalidad: el comportamiento es deliberado, no ocasional; sin embargo hay que tener en cuenta que la intención de causar daño de modo explícito no siempre está presente en los inicios de la acción.
- Repetido: no es un incidente aislado; refleja un patrón de comportamiento.

Existen tantas formas posibles de perpetrar *ciberbullying* como aplicaciones tecnológicas. Además, se trata de un fenómeno que cambia continuamente debido a la constante introducción de nuevos avances tecnológicos y nuevas plataformas comunicativas. Las formas más frecuentes de *ciberbullying* actualmente son:

- Envío o recepción de mensajes electrónicos con un lenguaje hostil o vulgar.
- Envío o recepción de mensajes amenazantes o que pretenden obtener algo de la víctima en contra de su voluntad (por ejemplo, favores sexuales, dinero, etc.) a través de chantajes.

- Difusión a través de Internet o envío de imágenes, fotos o vídeos con información íntima o sexual, o que muestren a la víctima en una situación humillante o embarazosa.
- Acoso a la víctima con numerosos mensajes, correos electrónicos o llamadas, con el objetivo de molestarla o hacerle sentir mal.
- Difusión de comentarios crueles o rumores sobre una persona para dañar su reputación o relaciones con amigos.
- Infiltración en una cuenta ajena y emplearla para enviar mensajes que hacen quedar mal a su propietario, pudiendo ponerlo en una situación problemática o de peligro, dañar su reputación y amistades, etc.
- Exclusión intencional de un individuo de un grupo online, como por ejemplo una lista de amigos, con el objetivo de causarle un daño o perjuicio.
- Divulgación de secretos o información embarazosa o comprometida de alguien.
- Grabación en vídeo o captura de fotos de una víctima mientras se le obliga a llevar a cabo un comportamiento humillante, comprometido (por ejemplo, un comportamiento sexual) o se le agrede físicamente (fenómeno conocido como *happy slapping* o paliza feliz) para después difundirlo a través de Internet o el móvil.

DIAGNÓSTICO

Para poder diagnosticar este tipo de maltrato debemos sospecharlo e incluirlo en el diagnóstico diferencial, en todos los pacientes que empiecen con una clínica compatible como disminución del rendimiento académico, cambio de hábitos y la aparición de una serie de síntomas.

Los síntomas que más frecuentemente van a presentar estos pacientes son:

- Ansiedad: en la etapa de la infancia y adolescencia, la ansiedad se puede expresar como somatización, siendo las cefaleas y trastornos gastrointestinales inespecíficos, las formas más frecuentes de presentación. El nerviosismo e inquietud asociados a la actitud de espera del acontecimiento temido son otras formas de expresar la ansiedad, y se presentan tanto en el ambiente escolar como en el propio domicilio, ya que el agresor puede estar en ambos virtualmente.
- Miedo: más evidente al ir al colegio, en el caso del *ciberbullying*, o quedarse solo en el domicilio.
- Crisis de angustia agudas: ante una amenaza o una situación de peligro inminente, por ejemplo, chantajes, pueden desencadenarse ataques de pánico espontáneos con el complejo vegetativo acompañante. Generalmente, cuanto más pequeño es el niño sometido

al acoso o agresión cibernética, más rico será el complejo somático. Con el paso de los años, en escolares mayores o adolescentes, se puede exteriorizar la angustia, no mediante palabras como podría hacer el adulto joven, sino con acciones o comportamientos.

- Síntomas psicósomáticos: más frecuentemente, cefalea o dolores abdominales, sin encontrar por parte del pediatra una causa orgánica.
- Síntomas depresivos: no es infrecuente que la irritabilidad y la agresividad sea el primer y principal síntoma de un cuadro depresivo. Pueden presentar sentimientos de frustración, tristeza, soledad, apatía, fatiga, pudiendo llegar a presentar conductas autolesivas, ideación suicida o desenlaces fatales, incluso con mayor frecuencia que en los casos de acoso tradicional.
- Baja autoestima.
- Cambios repentinos de humor: mayor irritabilidad, cólera y rechazo a situaciones habituales. Labilidad emocional fluctuante.
- Trastornos de sueño, son frecuentes tanto las parasomnias (terrores nocturnos, pesadillas) como el insomnio, tanto de conciliación como de mantenimiento.
- Trastornos de la alimentación: comentarios despectivos e insultos por el aspecto físico, pueden ser la causa de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, tanto anorexia como bulimia.
- Bajo rendimiento escolar: pueden aparecer trastornos deficitarios de la atención, con empeoramiento del rendimiento escolar. Este déficit de atención es importante diferenciarlo de los que configuran un trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
- Ausencias: tanto en forma de fugas, como comportamiento de evitación (más en adolescentes), negativa o temor a ir al colegio, pudiendo desarrollar una verdadera fobia escolar.
- Aislamiento: pérdida de amistades, rechazo a acudir a reuniones o actividades grupales, tendencia a encerrarse en su habitación, menor comunicación, estado de sumisión a terceros.
- Trastornos disociativos: en la adolescencia pueden aparecer síntomas disociativos con relativa frecuencia. Un primer grupo de síntomas disociativos son de expresión corporal: neurológicos (cefaleas tipo migrañoso, mareos, pérdidas de equilibrio, incluso crisis convulsivas), musculares (dolores erráticos, pesadez de miembros, sensaciones cenestésicas diversas), sensoriales (auditivos como acúfenos, visuales como pérdida de nitidez en la visión, visiones de tipo de hipnagógico o pseudoalucinatorias). Un segundo grupo son las disociaciones de la serie psicótica; ocurre en sujetos vulnerables, en los que el acoso persistente

(desde el imaginario de los medios de pantalla) toman una evaluación real para el sujeto y le hacen ser tema de delirio referencial, suspicacia creciente e incluso alucinaciones verdaderas, en ocasiones.

Como en cualquier otra patología, hacer una buena historia clínica nos ayuda a hacer un diagnóstico correcto; para ello, debemos recoger los siguientes datos:

- Antecedentes personales: debemos incorporar a nuestra tarea asistencial, el hacer preguntas en relación al consumo de las nuevas tecnologías, lo cual nos dará una idea si el paciente hace o no un hiperconsumo de las mismas.
- Anamnesis: no es fácil que el niño-adolescente que es víctima de ciberacoso se sincere, y aún menos cuando es el agresor. Por tanto, ante todo NNA que presente clínica compatible con esta patología es necesario indagar sobre la utilización y relación que tiene con las TIC: tiempo diario dedicado a las mismas, lugar (casa, escuela, otros), los momentos (mientras come, está en la cama restando horas al descanso nocturno, cuando está aburrido), la finalidad (para llamadas, agenda, chat), si algún amigo ha intimidado o sufrido intimidación a través de las mismas y finalmente, preguntar si ha sido víctima, si ha agredido alguna vez, o si ha sido testigo y cómo ha actuado en dicho caso (protegiendo a la víctima, apoyando al agresor o ignorando lo sucedido). Es importante preguntar cuáles fueron sus sentimientos tras el suceso. En el caso de la víctima y el observador pueden oscilar entre rabia, ira, rencor, deseos de venganza, a sentir miedo, pena, vergüenza, preocupación, culpabilidad, y a veces, indiferencia. En el caso del agresor se indagará por qué lo hace (para divertirse; porque considera que la víctima es tímido, feo, inferior, homosexual, diferente, etc.; porque considera que se lo merece; para evitar ser víctima; para ser amigo del líder que también lo hace, etc.) y cuáles son sus sentimientos, que pueden oscilar entre sentirse fuerte, superior a los demás y contento de saber que el otro sufre, a sentir cierta culpabilidad, nerviosismo, rencor u odio. En otras ocasiones los sentimientos serán simplemente de indiferencia.
- Exploración: debemos hacer una exploración física completa (para descartar autolesiones) y una valoración psicológica-psi-quiátrica.

TRATAMIENTO

El tratamiento del paciente afecto de ciberacoso, puede requerir el uso combinado de psicoterapia y psicofármacos, según los casos.

- Psicoterapia (psicoeducación): esta terapia la llevará a cabo bien un psiquiatra, psicólogo, psicopedagogo u orientador que a través de un acercamiento empático, le eduque, enseñe y ayude a enfrentarse a las situaciones de estrés y a reforzar su autoestima.
- Psicofármacos: en ocasiones es necesario añadirlos para tratar los trastornos emocionales, afectivos (somatización, insomnio, ansiedad, depresión) o conductuales (agresividad, oposicionismo desafiante) que pudieran haber surgido, con el objetivo de reducir sus síntomas. Los antidepresivos (ISRS como sertralina, fluoxetina o escitalopram con indicación en infancia y/o adolescencia) o ansiolíticos (benzodiacepinas de vida larga preferentemente y por corto periodo de tiempo) pueden ser potencialmente útiles, con reducción progresiva de su dosis a medida que el paciente vaya recuperando el control de su vida, de sus emociones y sentimientos.

Para un recuperación completa, se debe trabajar conjuntamente con la familia (ayudar y enseñar a las familias) y con intervención en la escuela (en ocasiones se cumple con los trámites administrativos, pero no se erradica el problema, resolviéndose el problema con un cambio de centro del alumno, en los casos de *ciberbullying*). Debe existir un protocolo de detección de casos de *ciberbullying*, con sensibilización del alumnado y profesores (pueden ayudar las encuestas anónimas).

El tratamiento del *ciberbullying* incluye también el tratamiento al colaborador (observador pasivo). El papel que juegan los colaboradores es fundamental, puesto que tienen el poder de intervenir, pedir ayuda a un adulto e intentar frenar la situación. Se debe trabajar la responsabilidad individual, por el acto del observador pasivo del ciberacoso. Es necesario trabajar la inteligencia emocional, la empatía, así como la resolución de conflictos/mediación y la reparación dando pautas claras: no subir fotos o vídeos de otros sin su consentimiento; no ser partícipe de mensajes en cadena de mal gusto y hablar sobre la cobardía de callar un hecho y no de sentirse delator.

Además de diagnosticarlo y tratarlo, ¿qué más debemos hacer?

En el caso de que la agresión haya sucedido en el centro escolar, conviene actuar tanto con la persona que ha sufrido el acoso y su agresor, como con el conjunto de la comunidad.

Desde el punto de vista judicial, la aplicación del Derecho Penal es el último paso. Antes de poner en marcha la maquinaria judicial y mucho antes, para evitar que los hechos tengan lugar, hay que insistir en la

prevención y en la educación, teniendo tanto los progenitores como los centros educativos y educadores su responsabilidad, y se analizará en cada caso de acoso dónde ha fallado la responsabilidad, y actuar en consecuencia.

En el caso de que se trate de un caso de *grooming*, la acción debe dejarse en manos directamente de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, para iniciar la investigación, identificar al responsable y ponerle a disposición de la justicia. No solo se debe poner fin a estas situaciones, cosa prioritaria, sino también localizar al responsable para evitar que se repita en el futuro o con otras víctimas potenciales. En muchas ocasiones, los acosadores no actúan contra una sola víctima, sino que disponen de varios contactos, a los que acosan. En este sentido, la denuncia de uno de ellos servirá para poder ayudar a todos los que están en su situación, pero no han decidido aún denunciar el acoso.

ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD

Existe a nivel mundial un gran interés y preocupación por crear estrategias que permitan un buen uso y un mejor control de las TIC. Hay recomendaciones que van dirigidas a los progenitores y adultos que interactúan con los menores y estrategias dirigidas a la población infanto-juvenil.

Estrategias de seguridad para los progenitores y adultos que interactúan con el NNA:

- Promover una comunicación sincera y asertiva entre progenitores/cuidadores e hijos e hijas adecuándose a su edad y grado de madurez.
- Los progenitores deben empezar a familiarizarse con el uso de Internet.
- Enseñar a los menores de edad, desde pequeños a navegar con un adulto y hacer del Internet una actividad familiar.
- Crear una lista de reglas domésticas para el uso de Internet que incluya sitios a los que se les permite acceder y tiempo estipulado para su uso.
- Mantener los equipos conectados a Internet fuera de la habitación, en un área abierta donde pueda haber supervisión constante.
- En caso de utilizar un ciber-Internet, también es necesaria la supervisión.
- Investigar si en la escuela existe supervisión y programas de filtro de Internet; de lo contrario hay que sugerir estas herramientas.
- Informar sobre el comportamiento en línea responsable y ético: no se debe utilizar Internet para propagar rumores, molestar o amenazar a otras personas.

- Investigar e instalar herramientas de filtro de Internet como complemento. NUNCA como reemplazo de la supervisión de los progenitores.
- Enseñar a los niños desde pequeños a utilizar una cuenta de correo electrónico familiar. En lo posible, evitar que ellos tengan su propia dirección. Evitar poner nombres o apellidos de los integrantes de la familia.
- Es necesario brindar información sobre sexualidad saludable y adecuada a la edad del niño.
- Considerando como un derecho del NNA la privacidad de su información personal, en momentos excepcionales se puede valorar la oportunidad de acceder a su cuenta de correo electrónico y mensajería instantánea.
- En púberes y adolescentes, explicar sobre la pornografía en línea e indicar sitios adecuados para su edad.
- Explicarles que es necesario informar a los progenitores si algo o alguien en la web les hace sentir incómodos o amenazados.
- Si los NNA han sido víctimas de depredadores en línea es necesario mantener la calma y mencionar que no habrá problemas con la familia si lo comunican.
- Si fallan todas las medidas y los NNA tienen contacto con un depredador «en línea», no deben ser culpados. El infractor siempre tiene la responsabilidad. Se deben tomar medidas firmes para el uso de Internet y solicitar ayuda.
- Denunciar a la policía.

Estrategias de seguridad para población infanto-juvenil:

1. No proporcionar información personal cuando se utilicen el correo electrónico, chats o mensajería instantánea.
2. No compartir información personal sin consentimiento de los progenitores (nombre, edad, dirección, teléfono, aficiones, datos de tarjetas de crédito, ubicación de la escuela o datos del trabajo de los progenitores).
3. No enviar fotos personales o de la familia.
4. Nunca deben acordar una cita con «amigos» o personas conocidas en la red.
5. No utilizar Internet para propagar rumores, molestar o amenazar a otras personas.
6. No llenar formularios de registro, perfiles personales o participar en concursos en línea.
7. No descargar programas (música o archivos) sin permiso; existe el riesgo de bajar accidentalmente *software* espía o virus informático.

8. Si utilizan chat individual o en salas, es necesario que lo informen a sus progenitores y que sean supervisados.
9. Suspender cualquier comunicación mediante correo electrónico, mensajería instantánea o chat, si alguien realiza preguntas demasiado personales o con contenidos sexuales.
10. Solicitar ayuda de los progenitores si algo les hace sentirse incómodos o amenazados en Internet.

PREVENCIÓN

La repercusión que está teniendo el ciberacoso en la población pediátrica es considerable dada su amplitud y las consecuencias que conlleva: malestar psicológico, baja autoestima, depresión, ansiedad, síntomas psicósomáticos, llegando hasta el suicidio. Por ello, es necesaria la participación activa del personal sanitario en su prevención.

La prevención primaria del ciberacoso está dirigida a evitar su aparición: englobaría las acciones o procedimientos que pretenden intervenir con acciones o metodologías concretas para que la conducta nunca llegue a producirse. El personal sanitario orientará sus actuaciones a la familia y al menor de edad, además de colaborar con las actividades que al respecto se realizan en el mundo educativo. En los controles periódicos de salud o en forma espontánea aprovechando otro motivo de consulta, se podrán dar pautas a los progenitores sobre el uso adecuado, responsable y seguro de las TIC por parte de sus hijos. En edades escolares, las actividades preventivas del personal sanitario se dirigirán, además, directamente al niño; al adolescente se le indicarán pautas sobre el uso seguro y responsable de las TIC y alertarles sobre sus riesgos.

La prevención secundaria va encaminada a detectar la enfermedad en estadios tempranos; por ello debemos pensar en esta patología para poder diagnosticarla. Una vez detectado, se deben iniciar todas las medidas para tratarlo e impedir su progresión.

La prevención terciaria actúa sobre casos que ya se han producido intentando minimizar las consecuencias sobre la víctima e intentando corregir las conductas violentas ya originadas.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Alfaro González M, Vázquez Fernández ME, Fierro Urtur A, *et al.* Uso y riesgos de las tecnologías de la información y comunicación en adolescentes de 13-18 años. *Acta Pediatr Esp.* 2015; 73(6): e126-e135.
- Arén Vidal E. El niño y las nuevas tecnologías: luces y sombras. En: AEPap (ed.). *Curso de Actualización Pediatría 2017*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2017. p. 53-60.

- Ballarotto G, Volpi B, Marzilli E, *et al.* Adolescent Internet Abuse: A Study on the Role of Attachment to Parents and Peers in a Large Community Sample. *BioMed Research International*. Volume 2018, Article ID 5769250, 10 pages. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2018/5769250>
- EDUCACIÓN Y FUTURO. Revista de investigación aplicada y experiencias educativas nº 38, abril 2018. Disponible en: www.cesdonbosco-com/numeros-publicados/educacion-yfuturo.html
- Estado mundial de la Infancia 2017. Niños en un mundo digital. Disponible en: www.unicef.org/SOWC2017
- Gairín Sallán, J. y Mercader, C. (2018). Usos y abusos de las TIC en los adolescentes. *Revista de Investigación Educativa*, 36(1), 125-140. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/rie.36.1.284001>
- García-Piña CA. Riesgos del uso de Internet por niños y adolescentes. Estrategias de seguridad. *Acta Pediatr Mex* 2008; 29(5):273-9.
- Grupo de trabajo de la Guía Clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Guía clínica de ciberacoso para profesionales de la salud. Plan de confianza del ámbito digital del Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Hospital Universitario La Paz, Sociedad Española de Medicina del Adolescente, Red.es. Madrid. 2015.
- Mouesca JP. Prevención del maltrato infantil: función del pediatra. 2da parte. Prevención antes de que ocurra, ante la sospecha y con la confirmación del maltrato. *Archivos Argentinos de Pediatría*. Febrero 2016;114(1):1-96. Disponible en: <http://www.sap.org.ar/archivos>
- Pou Fernández J. El Pediatra y el Maltrato infantil. 2ª edición. Editorial Médica Ergón. 2017.
- Roca G. (Coord.) Las nuevas tecnologías en niños y adolescentes. Guía para educar saludablemente en una sociedad digital. Barcelona: Hospital Sant Joan de Déu (ed). 2015. Disponible en la web: <http://faros.hsjsbcn.org>
- Rumpf HJ, Achab S, Billieux J, *et al.* Including gaming disorder in the ICD-11: The need to do so from a clinical and public health perspective. *J Behav Addict*. 2018 Sep 1;7(3):556-561.
- Sallán J, Mercader C. Usos y abusos de las TIC en los adolescentes. *Revista de Investigación Educativa*, 2018; 36 (1): 125-140. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/rie.36.1.284001>
- Estiarte C. Predadores sexuales online y menores: Grooming y sexting en adolescentes. e-Eguzkilore. Zientzia Kriminologikoen Aldizkari Elektronikoa/ Revista Electrónica de Ciencias Criminológicas Número 2, 2017, 2. Zenbakia. Disponible en: <https://ojs.ehu.eus/index.php/eguzkilore/article/view/17846/15446>

Trata de niños y niñas

Nuria Cahís Vela

Antonio Gancedo Baranda

INTRODUCCIÓN

El tráfico de personas es una realidad existente en todo el mundo. Se estima que aunque el 30% de las víctimas de trata estará expuesto al sistema de salud para el tratamiento de una enfermedad o heridas en algún momento durante su cautiverio, rara vez son reconocidas como víctimas de la trata de personas.

Es importante que los profesionales sanitarios podamos identificar las señales de alerta y las podamos detectar. La atención en un servicio de urgencias por cualquier motivo puede ser la única oportunidad para que estos pacientes puedan ser liberados de su cautividad.

Conocer el problema y sus posibles soluciones permite contribuir a abolir este tipo de esclavitud.

DEFINICIÓN

Naciones Unidas se refiere a la trata de seres humanos como a una forma de esclavitud contemporánea, enlazando este hilo histórico de explotación con el contexto jurídico, social y político del siglo XXI.

La definición más correcta es la que recoge el Protocolo de Palermo, herramienta que las Naciones Unidas aceptaron en el 2000 para «prevenir, suprimir y castigar la trata de personas, especialmente mujeres y niños». Su definición, en el capítulo 3, es: «El reclutamiento, transporte, transferencia, albergue o recepción de personas mediante: amenazas o el uso de la fuerza u otras formas de coerción, abducción, fraude, decepción, abuso de poder o de una posición de vulnerabilidad o de la entrega o recepción de pagos o beneficios para lograr el consentimiento de una persona que tiene el control sobre otra persona, con el propósito de explotación».

Hay que diferenciar la trata de la explotación sexual de los niños, niñas y adolescentes (NNA). Esta explotación (ESIA), se produce cuando una per-

sona menor de edad participa en actividades sexuales a cambio de algo, ya sea una ganancia económica o bien de otro tipo, o incluso la promesa de tal, para una tercera persona, la persona agresora o el propio niño, niña o adolescente. En estas situaciones la NNA puede verse obligado a la explotación a través de la fuerza física, las amenazas, la coacción, etc., o bien darse factores más complejos, entre los que se incluyen el desequilibrio de poder entre la víctima y la persona agresora o una relación de confianza que es utilizada por la persona agresora o explotadora.

La Directiva de la Unión Europea extiende los tipos de explotación añadiendo «la mendicidad forzosa o la explotación para realizar actividades delictivas como las llevadas a cabo por carteristas, hurtos en comercios, tráfico de estupefacientes y otras actividades similares que están castigadas con penas e implican una ganancia económica» y «otras conductas como, por ejemplo, la adopción ilegal o los matrimonios forzados».

El Convenio 182 de la OIT sobre la prohibición contra las peores formas de trabajo infantil (1999) comprende la trata de personas menores de 18 años. En referencia al tema a tratar en este capítulo, es importante señalar que el consentimiento de todo NNA para ser explotado es irrelevante, y los NNA no tendrán que probar que existió fraude, engaño o coacción, uso de la fuerza o la violencia o ninguno de los medios de la trata para ser considerados víctimas de esta.

EPIDEMIOLOGÍA

La trata de seres humanos es una realidad compleja: su condición invisible y la falta de registros de datos hace que sea difícil saber el número de víctimas infantiles a nivel mundial. No obstante, se estima que cerca de 1,2 millones de niños son objeto de trata de forma anual. La Oficina de Naciones Unidas contra la droga y el delito publica regularmente informes sobre este fenómeno. En los últimos, los menores de edad representan un 33% de todas las víctimas de trata (más del 80% son niñas). Si analizamos los datos por regiones, en África subsahariana, América Central y el Caribe, los NNA suponen más del 60% de todas las víctimas. En Europa el porcentaje es menor (16%): los datos publicados por la Fiscalía General del Estado (informe de 2018) revelan un número de 127 niñas y 1 niño desde 2013, la cantidad de adultos, sin diferenciar por sexo, asciende a casi 1.100.

FACTORES DE RIESGO

Existen factores de riesgo para el fenómeno de trata de NNA:

- Pobreza.
- Crisis humanitarias.

- Falta de educación.
- Falta de inscripción de los nacimientos.
- Actividad lucrativa.
- Legislación insuficiente e ineficaz.
- Adopción internacional.

MODALIDADES

Si nos centramos en las modalidades de explotación:

- Explotación sexual: participación en la prostitución, la servidumbre sexual y otros tipos de servicios sexuales, incluidos actos pornográficos o la producción de material pornográfico. El perfil mayoritario de estas víctimas es de adolescentes (14-17 años) de sexo femenino, procedentes de Europa del Este, de un entorno de violencia y desprotección. Uno de los métodos más usados para su captación es el de *Lover boy*, chicos jóvenes que enamoran a las víctimas y, aprovechando su vulnerabilidad, las trasladan a otro país para explotarlas.

Otro perfil de víctimas son niñas procedentes de África subsahariana. El método de captación suele ser similar al de las adultas, la promesa de una vida mejor en España y la ceremonia de compromiso que las atará a los tratantes hasta que hayan pagado su deuda, que no dejará de crecer nunca.

Un tercer grupo lo componen adolescentes de América Latina. Suelen viajar con la esperanza de iniciar estudios o para trabajar. Suelen ser captadas por amigos o los mismos familiares, quienes las derivan a agencias especializadas y que forman parte de la red de explotación.

Aunque la mayor parte de víctimas no son de nacionalidad española, se empiezan a detectar víctimas nacionales. Las redes utilizan a NNA que captan a otros en institutos o discotecas con situaciones vulnerables.

- Mendicidad y comisión de delitos: en su mayor parte provienen de Rumanía, Bulgaria y Marruecos. Se desconoce los medios de captación de estos menores de edad, aunque se constata la colaboración, de algún modo, de algún familiar, bien siendo estos quienes les explotan, bien cediéndoles a las mafias. Es frecuente que estas víctimas sean de varias modalidades de trata, ya sea al mismo tiempo o cuando han alcanzado una edad en la que ya no son rentables para la mendicidad. Nuestro sistema de protección de menores considera como situación de desamparo «la inducción a la mendicidad, delincuencia o prostitución, o cualquier otra explotación del menor de similar naturaleza o gravedad». Si

la Entidad Pública constata que el menor se encuentra en dicha situación, asumiría su tutela, según el artículo 18 de la Ley de Protección Jurídica del Menor.

- Matrimonio forzado: menores de edad a las que «sin que le asista el derecho a oponerse, es prometida o dada en matrimonio a cambio de dinero o sexo».

¿QUÉ DEBEMOS HACER?

Los recursos internacionales de lucha contra la trata quedan reforzados por mecanismos dirigidos a la protección de los menores de edad.

La atención a las víctimas de trata es un procedimiento que está regulado en el Protocolo Marco para la Protección de las Víctimas de Trata de Seres Humanos (2011), sentando así las bases para la coordinación y la actuación de las distintas instituciones y entidades implicadas. A nivel autonómico, además de las leyes autonómicas sobre la protección a la infancia y a la adolescencia, también se han elaborado protocolos dirigidos a establecer pautas de actuación a nivel territorial.

Existen diversas fases:

- Detección: tener conocimiento de la existencia de una supuesta víctima o detectar indicios de ello. La mayoría de casos se detectan por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado pero también realizan una labor importante los servicios de información de las entidades especializadas.
- Identificación: reconocimiento formal como víctima de trata de seres humanos. En España únicamente pueden hacer la identificación formal las unidades policiales con formación específica en la prevención y lucha contra la trata y en la identificación y asistencia a las víctimas, dentro del Cuerpo Nacional de Policía está la UCRIF Central (Unidad Central de Redes de Inmigración Ilegal y Falsedades Documentales): https://www.policia.es/formulario_contacto.php

Se realizará una entrevista a la supuesta víctima, evaluarán distintos elementos, y finalmente determinarán la existencia de indicios o motivos razonables que llevarán a considerar a esa persona como víctima.

- Derivación: como parte de las medidas de protección y seguridad, la víctima deberá ser derivada a alguno de los recursos asistenciales facilitados por las administraciones autonómicas o locales, u organizaciones y entidades con experiencia acreditada en la asistencia a dichas personas. Se garantizará alojamiento seguro, ayuda material, asistencia psicológica y médica y servicios de asesoramiento jurídico.

En caso de encontrarnos en medio hospitalario, deberemos avisar al juzgado de guardia, y coordinarnos con los recursos hospitalarios: consulta de Pediatría social y trabajo social por tal de coordinar este último proceso de derivación.

Existen casos de hijos e hijas de las víctimas adolescentes de trata. Una vez identificados y documentados de manera correcta, queda pendiente que sean considerados como víctimas de trata independientemente de la situación en la que se encuentren sus progenitores. No dependerían del proceso de los progenitores y su seguimiento y protección corre a cargo de los servicios sociales municipales.

ACTUACIÓN EN URGENCIAS

Se estima que un 30% de víctimas serán recibidas por los servicios de urgencias pediátricas. Sin embargo, la mayoría de veces no se presentan como tal y la identificación de posibles NNA víctimas de trata es difícil para los profesionales de la salud. En la **Tabla 1** se adjuntan algunas herramientas de cribado con indicaciones para detectar a dichas víctimas.

Tabla 1. Indicadores potenciales de NNA víctimas de trata

Presentación inicial	Anamnesis	Examen físico
NNA acompañado de adulto dominante que no deja contestar a preguntas	Múltiples infecciones de transmisión sexual	Evidencia sugestiva de lesión física
NNA acompañado de un adulto no familiar	Antecedente de embarazo/aborto	Tatuajes (sexuales, con nombres de parejas)
NNA acompañado de otro NNA	Visitas frecuentes para métodos de contracepción	NNA atemorizado
NNA que da información cambiante	Comportamiento crónico de fuga	Signos de uso indebido de sustancias
Agresión sexual como motivo de consulta	Absentismo escolar crónico o problemas escolares	Artículos caros, ropa de marca, llaves de hotel
Intento de suicidio como motivo de consulta	Historia de abusos sexuales	Mala dentición o falta de higiene
NNA desorientado (por sueño o privación/intoxicación)	Participación con el departamento de justicia infantil/juvenil	
	Pareja significativamente mayor	
	Visitas frecuentes al servicio de emergencias	
	Falta de hogar	

Puede ser que este tipo de paciente se muestre temeroso, es importante planificar el tipo de entrevista que se hará. Habrá que tener en cuenta los límites de confidencialidad, los pacientes pueden negarse a responder preguntas. Es necesario separar a la víctima de la persona acompañante, asegurando la privacidad tanto de la entrevista como de la exploración física. Los pediatras deben abordar los problemas de seguridad, escuchando los problemas, los temores y las preocupaciones de los pacientes. Las preguntas deben formularse de manera respetuosa y sin prejuicios. Este tipo de conservaciones o discusiones pueden provocar ansiedad y estrés, por lo que es importante controlar los signos de angustia durante la entrevista y minimizar el riesgo de «retraumatizar» al NNA. En caso de que el paciente no hable nuestro idioma, tiene importancia el papel de un mediador intercultural, y el conocimiento por parte del personal sanitario de los condicionantes culturales y sociológicos de la posible víctima.

El examen médico y el enfoque diagnóstico deben centrarse en:

1. Evaluación y tratamiento de la patología aguda.
2. Evaluación de la salud y el cuidado dental.
3. Derivación a servicios sexuales apropiados, con recopilación de pruebas forenses.
4. Realización de un informe escrito con un examen físico completo.
5. Evaluación del estado nutricional.
6. Evaluación de la salud mental.
7. Prueba de embarazo y cribado de enfermedades sexuales.
8. Análisis de orina y/o sangre para el consumo de tóxicos.
9. Ofrecer contracepción.
10. Ofrecer profilaxis para enfermedades de transmisión sexual.

En caso de detección de un menor extranjero no acompañado (NNAMNA [niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados]) que presente indicios de ser víctima de trata se le derivará a un centro de protección de menores con recursos específicos o, si así procede en atención a las exigencias de protección integral del menor, a centros de acogida de una asociación, fundación u organización no gubernamental sin ánimo de lucro que disponga de los medios necesarios que garanticen su seguridad, recuperación física y psicológica, y la asistencia integral que requiera. Ahora bien, estos NNA deben ser derivados a recursos especializados. La razón principal es que los centros de protección de menores simples no tienen los recursos necesarios para acoger a las víctimas de trata: allí los NNA tienen libertad de entrada y salida y muchas de las víctimas que entran en

estos centros desaparecen a los pocos días. Actualmente, aunque existen numerosas organizaciones que atienden a víctimas de trata: Adoratrices, Fundación Amaranta, APRAMP, Fundación Cruz Blanca, Oblatas, Hijas de la Caridad, Nueva Vida, Fundación Apip Acam, Villa Teresita, ACCEM...), solo la Fundación Amaranta y APRAMP disponen de plazas en sus recursos para las víctimas de trata de menores de edad.

CONCLUSIONES

A continuación señalamos algunos de los protocolos que existen a nivel estatal o autonómico para la atención a las personas en situaciones de trata:

- Actuaciones para la detección y atención a Víctimas de Trata de Seres Humanos (TSH) Menores de Edad (https://observatoriode-lainfancia.vpsocial.gob.es/productos/pdf/Anexo_Protocolo_Marco_Menores_Victimas_TSH_aprobado_por_Pleno1_12_2017.pdf)
- Anexo sobre “Actuación sanitaria frente a la Trata con Fines de Explotación Sexual” al protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género 2012 (http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Anexo_TRATA_al_Protocolo_Comun_VG_SNS_27Nov2017_entregado_en_papel_Reunion_ComisionVG_28nov2017.pdf)
- <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/va/otrasFormas/trata/normativaProtocolo/marco/home.htm>

En nuestro país, los menores de edad son destinados sobre todo para la industria sexual, aunque existen otras modalidades como la mendicidad y los matrimonios forzados.

Es primordial el abordaje multidisciplinar de atención a víctimas de trata.

Es necesario aumentar la sensibilización personal del personal sanitario, sobre esta forma de vulneración de los derechos de estos NNA. Asimismo, sin una adecuada formación profesional, consecuencia del anterior concepto, persistirán «pasando» delante de nosotros víctimas infantiles de trata, sin recibir la atención específica que precisan.

Como en todas las situaciones relacionadas con la violencia es preciso activar la coordinación profesional y la necesaria cooperación institucional, así como incentivar la creación a nivel nacional de un mecanismo de registro, respetuoso con la protección de los derechos y datos de las víctimas, y que favorezca la adecuada atención para las víctimas de trata.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- IV Plan de Acción contra la Explotación Sexual de la Infancia y la Adolescencia. 2021-2024, FAPMI-ECPAT España. Alejandra Pascual, Selma Fernández. Junio 2020. <https://ecpat-spain.org/ecpat.asp?sec=1>.
- Greenbaum J, Crawford-Jakubiak JC. FAAD, Committee on Child Abuse and Neglect. Child Sex Trafficking and Commercial Sexual Exploitation: Health Care Needs of Victims. *Pediatrics*. 2015;135 (3):566-74.
- Kiss L, Yun K, Pocock N, Zimmerman C. Exploitation, violence and suicide risk among child and adolescent survivors of human trafficking in the Greater Mekong Subregion. 2015 Sep;169(9):e152278.
- Organización Internacional del Trabajo. Un futuro sin trabajo infantil, OIT. Ginebra 2002, pág. 32.
- Son niños y niñas, son víctimas. Situación de los menores de edad víctimas de trata en España. Instituto Universitario de estudios sobre Migraciones (IUEM), Universidad Pontificia Comillas. María José Castaño Reyer, Ana Pérez Adroher. UNICEF Comité Español. Febrero 2017.
- United Nations. Optional Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children, Supplementing the United Nations Convention Against Transnational Organized Crime, G.A. Res 55/25(2000).
- CPAT Int., ECPAT Luxemburg (2016). Grupo de Trabajo Interinstitucional sobre explotación sexual de niñas, niños y adolescentes. Orientaciones terminológicas para la protección de niñas, niños y adolescentes contra la explotación y el abuso sexuales. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Children/SR/TerminologyGuidelines_sp.pdf
- Boletín del Secretario General sobre medidas especiales de protección contra la explotación y el abuso sexuales (ST/ SGB/2003/13). Disponible en: <https://www.un.org/preventing-sexual-exploitation-and-abuse/es/content/documentos>.

Conflictos interparentales y su repercusión en la infancia

*Victoria Trenchs Sainz de la Maza
Ana I. Curcoy Barcenilla*

DEFINICIÓN DE CONFLICTO INTERPARENTAL

El conflicto interparental se ha definido como una oposición mutua entre ambos progenitores que refleja la expresión de diferencias entre ambos. No es exclusivo de familias procedentes del divorcio, sino que también se observa en familias en las que ambos progenitores viven juntos o en otras configuraciones en las que ambos progenitores mantienen contacto. Generalmente, en situaciones de conflicto interparental, los progenitores pierden la perspectiva de lo que supone dejar fuera de sus problemas a sus hijos y los acaban utilizando de un modo u otro. Esta instrumentalización de los niños, niñas y adolescentes (NNA) es ya, una forma de maltrato infantil y una vulneración clara de los derechos de los NNA. En concreto, estas situaciones son valoradas por los profesionales del ámbito judicial y psicosocial como situaciones de maltrato psicológico por el importante daño emocional que causan en el menor de edad.

INSTRUMENTALIZACIÓN PARENTAL

La instrumentalización parental hace referencia a una forma específica de interacción entre los progenitores y sus hijos/as y que se caracteriza por acciones deliberadas o inconscientes de los progenitores para emplear como un instrumento a los hijos menores de edad con un objetivo específico. Este objetivo, por lo general, beneficia al progenitor, pero al mismo tiempo afecta la integridad del NNA. Tales objetivos pueden estar orientados a lograr ventajas sobre el otro progenitor; dañarlo en un afán de venganza; y en otros casos, aparentemente menos dañinos, se usa a los hijos como soporte o apoyo emocional.

Se consideran fuentes de instrumentalización del NNA las siguientes estrategias:

- En caso de progenitores no convivientes, problemas en el régimen de visitas. Por ejemplo, el conocido «síndrome del viernes», en el que el progenitor custodio lleva al NNA a urgencias para dejar constancia que está enfermo y no podrá ir el fin de semana con el otro progenitor. O bien, la negación de las visitas regulares del otro progenitor, no permitirle el acceso telefónico, impedir su participación en la vida escolar y actividades extraescolares escondiéndole información.
- Pleitos repetidos, incluyendo denuncias por amenazas y maltrato.
- Actos dirigidos hacia el otro progenitor a través del propio hijo.

Ante estas situaciones u otras parecidas, lo esencial es que el profesional dirija su atención a las necesidades que se están manifestando en el NNA, con el fin de minimizar sus consecuencias.

CONSECUENCIAS DEL CONFLICTO INTERPARENTAL

El conflicto interparental puede ser una experiencia muy estresante para los NNA, y puede tener consecuencias a corto, medio y largo plazo, a nivel psicológico, cognitivo, conductual y físico. Estas consecuencias vendrán marcadas por las características del conflicto y su contexto. Si el conflicto es frecuente, intenso, no resuelto y centrado en el hijo, tendrá mayores efectos negativos. Estos efectos, vendrán modulados también por la experiencia previa que tenga el NNA con situaciones de conflicto, su estado emocional, su temperamento, edad y sexo.

En la **Tabla 1** se presentan las principales consecuencias detectadas en estos NNA.

Tabla 1. Posibles consecuencias en los NNA de los conflictos interparentales
Trastorno de ansiedad
Trastornos del sueño
Trastornos de la conducta alimentaria
Trastorno de conducta (agresividad, evitación...)
Lenguaje y expresiones orales inapropiadas para la edad
Dependencia emocional
Dificultades en la expresión y comprensión de las emociones
Trastornos psicosomáticos

ABORDAJE DEL CONFLICTO INTERPARENTAL

Es necesaria una buena coordinación entre los diferentes estamentos, servicios y profesionales, estableciendo protocolos y guías de actuación de cada uno de ellos. Más allá del ámbito judicial y de su relación con los servicios de mediación de los equipos psicosociales

y con los servicios de protección a menores, es indispensable una intervención en red para que, desde las escuelas, pediatras y servicios de salud mental, se minimicen las actuaciones por diferentes motivos que puedan contribuir a formar parte del conflicto y perjudicar a los menores de edad afectados.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Death J, Ferguson C, Burgess K. Parental alienation, coaching and the best interests of the child: Allegations of child sexual abuse in the Family Court of Australia. *Child Abuse Negl.* 2019; 94: 104045.
- Mayorga Muñoz C, Godoy Bello MP, Riquelme Sandoval S, *et al.* Relación entre problemas de conducta en adolescentes y conflicto interparental en familias intactas y monoparentales. *Revista Colombiana de Psicología* 2016; 25: 107-22.
- Pinillos Dolader C, Fernández Vergara S. La instrumentalización del menor en los conflictos de pareja. Libro de Actas. X Congreso Estatal de Infancia Maltratada. Sevilla, 2010 [acceso 15 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.congresofapmi.es/imagenes/auxiliar/Actas_CM_45_instrumentaliz_CPinillos.pdf
- QE52.0 Problemas de la relación entre el cuidador y el niño. CIE-11 (Versión : 09/2020) [acceso 21 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fenti-ty%2f547677013>

Calidad en la atención a la persona menor de edad que sufre maltrato infantil

*Virginia Gómez Barrena
Gerardo Suárez Otero*

INTRODUCCIÓN

La Convención de los Derechos del Niño, que se convirtió en ley en 1990 y que ha sido ratificada por todos los países del mundo excepto Estados Unidos, es un tratado que reconoce los derechos de todas las personas menores de 18 años y obliga a los gobiernos a reconocerlos. En su artículo 24, del derecho del niño a la atención a la salud, considerando como tal el disfrute del más alto nivel posible de salud y servicios para el tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, responsabiliza de su cumplimiento a los estados.

Asimismo, y en contraposición al maltrato, García Pérez, habla del «buen trato» como la capacidad de las personas para cuidarse entre ellas y hacer frente a sus necesidades personales manteniendo una relación afectiva y de amor. Sería la forma más eficaz de garantizar la salud y el bienestar físico, psíquico y social de los niños, niñas y adolescentes (NNA). Exige que el entorno del niño esté libre de violencia.

ACTUACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

Ante una situación de sospecha de maltrato a un NNA que acude a un servicio de urgencias, la atención sanitaria de calidad debe cumplir unos requisitos básicos con el objetivo de obtener la máxima información en el menor tiempo posible y evitando las consecuencias negativas de una victimización secundaria.

La atención recibida siguiendo un protocolo específico de actuación en situaciones de maltrato infantil (MTI), se considera uno de los indicadores de calidad de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (revisión 2018). Se trata de un indicador de tipo estructural cuyo estándar de cumplimiento debe ser del 100%. Dicho protocolo debe tener

definidas las situaciones de riesgo, los datos de sospecha y las pautas a seguir ante las diferentes formas de maltrato.

La justificación de esta consideración se debe a la gran importancia que tiene el personal sanitario en la detección y prevención de estas situaciones. Asimismo, obliga a los profesionales de los servicios de urgencias pediátricos a conocer la existencia del protocolo de MTI propio de la unidad y saber su localización para poder aplicarlo en cualquier momento.

Objetivos de la actuación en el ámbito sanitario

1. Detectar: reconocer o identificar la existencia de una posible situación de MTI.
2. Identificar si se trata de una situación urgente: en la cual la salud o seguridad básicas del NNA se encuentren amenazadas y/o no exista una figura familiar o de apego que pueda hacerse cargo o proteger al menor de edad.
3. Valorar la gravedad, teniendo en cuenta los siguientes aspectos: la cercanía del incidente que ha provocado la visita, los efectos del maltrato en el NNI, si se trata de un hecho aislado o de una situación repetida, la existencia de factores de vulnerabilidad (imposibilidad de autoprotección), así como la inexistencia de factores protectores externos (adultos cercanos o recursos sociales).

Factores favorecedores de la detección en ámbito sanitario

Estos factores podrían evitar que los casos pasaran desapercibidos:

1. El entrenamiento mediante programas específicos que hayan demostrado su efectividad, a profesionales que en algún momento puedan ser requeridos por las autoridades judiciales o la policía en relación con situaciones de maltrato a NNA.
2. La utilización de un sistema de alerta en la historia clínica electrónica de los NNA en situación de riesgo.

Estándares de calidad en la aproximación y posterior atención a menores en situación de maltrato (NICE 2019)

1. Capacidad de detectar cambios: los NNA que presentan cambios importantes en su comportamiento o estado emocional deben tener la oportunidad de hablar de su bienestar. Si no existe una situación estresante que los justifique como una pérdida familiar, una separación paterna o una enfermedad, debemos pensar en la posibilidad de algún tipo de maltrato.

2. Existencia de un «grupo de apoyo»: los NNA que han sufrido maltrato deben recibir apoyo de un grupo especializado de profesionales. El trabajo con el mismo grupo de personas permite a los niños establecer adecuadas relaciones y ganar en confianza. Asimismo, les evita tener que recontar sus experiencias traumáticas. Este grupo de profesionales puede conocer mucho mejor el contexto familiar en el que vive el niño y así protegerle de futuros daños.
3. Testimonio de la víctima: es necesario recoger las palabras íntegras que los NNA dicen en sus entrevistas con los diversos profesionales. Los NNA deben estar seguros de que sus voces son oídas y sus palabras recogidas de forma precisa. Las conversaciones deben estar adaptadas a su edad y estado de desarrollo mental y cognitivo. El resumen de las mismas debe ser recogido inmediatamente y reflejar únicamente los hechos que cuenta el niño. Este a su vez debe poder, siempre que sea posible, reflexionar sobre lo que ha dicho y revisar lo escrito.
4. Facilitar la comunicación: los NNA que han sufrido maltrato deben ponerse de acuerdo con los profesionales sobre la forma de comunicarse. Pueden vivir en circunstancias en que el maltratador tenga acceso al teléfono o correo electrónico con el que se comunica por lo que responder a la llamada de un profesional puede poner en riesgo su vida. Asimismo, el NNA puede necesitar contactar cuando tiene ganas de hablar o incluso de forma urgente, no programada. Debe asegurarse una vía segura para ponerse en contacto cuando lo necesite.
5. Intervenciones terapéuticas: debe ofrecerse tratamiento tras una valoración exhaustiva de las necesidades terapéuticas en cada caso. El maltrato puede afectar de forma diversa a cada NNA por lo que es precisa una valoración detallada del caso para conocer las necesidades específicas. Posteriormente, habrá que discutir las distintas opciones con el niño y sus cuidadores y ofrecer las que sean aceptadas en cada momento. La decisión debe ser conjunta y en último término debe elegir el niño cuando esté preparado.

LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

Por sus especiales características (no conocer la trayectoria del niño ni realizar generalmente seguimientos médicos), los servicios de urgencias deben actuar con el máximo cuidado para prevenir el incremento del estrés familiar en ese momento:

- Favoreciendo que el niño permanezca siempre junto a sus progenitores.
- Conteniendo su ansiedad.

- Cuidando de no utilizar técnicas exploratorias que puedan ser vividas como agresivas por el niño.
- Informando claramente del estado de salud y su evolución.
- Observando aspectos como la relación niño/progenitores y la actitud de estos frente a los síntomas y al personal sanitario.

Ante la presencia de factores de riesgo de MTI detectados en un servicio de urgencias es necesario hacer una derivación a la consulta de Pediatría social (si la hubiere) y notificación al trabajador social del centro en todos los casos en las siguientes horas para valorar la necesidad de investigación ulterior. En el caso de que además existan indicadores físicos o psíquicos de maltrato infantil será necesario además cumplimentar la hoja de registro de MTI que será remitida al juzgado de guardia como un parte de lesiones. En estos casos es preciso valorar si la situación precisa de una actuación urgente que implicaría el contacto inmediato con el servicio especializado de menores para seguir sus indicaciones para protegerle. No hay que olvidar en todos los casos la colaboración de las unidades de salud mental infanto-juvenil para el abordaje multidisciplinario.

En el caso de que se presente un menor desamparado, será necesario contactar de forma inmediata con el servicio especializado de menores cuyos responsables, tras la valoración de la situación, decidirán su destino.

Los indicadores que nos permitirán medir la calidad de la atención prestada en Urgencias podrían ser entre otros los siguientes:

- Registro de los documentos: parte de lesiones al juzgado y/o hoja de notificación de maltrato infantil remitida al servicio de menores en el 100% de los casos.
- Constancia en la historia clínica de la notificación a los servicios sociales del centro en el 100% de los casos.
- Constancia del tiempo transcurrido desde la agresión y las muestras recogidas en la valoración del 100% de los casos de abusos sexuales.

CONCLUSIONES

La calidad en la atención al NNA que sufre maltrato infantil debe basarse en un estricto respeto a sus derechos, buscando siempre su superior interés. Con respecto al profesional que le atiende, es necesario tanto un empeño en la sensibilización personal, como en la formación específica frente a la violencia como un auténtico problema de salud.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Cochrane Systematic Review - Intervention - Protocol. Version published: 29 June 2015. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011775/full>
- Convención sobre los derechos del niño. UNICEF Comité Español. Mayo 2015. Disponible en: https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/conven-cion_derechos_nino_integra.pdf
- García Pérez J. Aplicación de los derechos de los niños como buen trato para prevención del maltrato. En: Guía práctica del buen trato al niño. García Pérez J. y Martínez Suárez V. (Coord.) IMC, Madrid 2012.
- Grupo de Trabajo de Maltrato Infantil. Mesa C (Coord.). El papel de los profesionales del sistema de salud: Qué hacer desde el ámbito hospitalario. Los Servicios de Urgencia. En: Guía completa para la detección e intervención en situaciones de Maltrato Infantil desde el Sistema de Salud de Aragón, 2007 pag. 60. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesServiciosSociales/IASS_new/Documentos/infancia/MALTRATO-2007-Guia-salud-aragon.pdf
- Grupo de Trabajo de Seguridad y Calidad. Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. Indicadores de Calidad. Revisión 2018. González Hermosa A. (Coord.). Nombre del indicador: Maltrato Infantil pag. 32. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/gt/mejora_indicadores.pdf
- Mathews B, Walsh K, Kenny M C, Vagenas D. Child protection training for professionals to improve reporting of child abuse and neglect.
- Quality standard (QS 179). Child abuse and neglect. NICE Guidance. February 2019. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs179/chapter/Quality-statements>
- Suresh S, Saladino R A, Fromkin J, Heineman E, McGinn T, Richichi R, Berger R P. Integration of physical abuse clinical decision support into the electronic health record at a Tertiary Care Children's Hospital. J Am Med Inform Assoc. 2018 Jul 1;25(7):833-840.

Prevención del maltrato infantil desde las urgencias pediátricas

*Teresa Vallmanya Cucurull
Zaira Ibars Valverde*

INTRODUCCIÓN

En una guía de maltrato infantil no podía faltar un capítulo dedicado al buen trato infantil puesto que cuando llega un niño maltratado a un centro sanitario, tanto la sociedad como nosotros los profesionales «hemos llegado tarde».

Las intervenciones de prevención del maltrato infantil se clasifican en tres niveles:

- Prevención primaria: son intervenciones universales dirigidas a toda la población, con el objetivo de evitar la presencia de factores de riesgo y potenciar los factores protectores.
- Prevención secundaria: servicios dirigidos a las familias con factores de riesgo identificados, con el objetivo de reducir daños, potenciando los factores protectores.
- Prevención terciaria: son intervenciones especializadas que se ofrecen una vez que se ha detectado el maltrato infantil, con el objetivo de reducir las secuelas y evitar la revictimización.

La atención pediátrica en los servicios de urgencias es generalmente puntual en el tiempo, por alguna situación más o menos crítica que atañe a la salud y esto permite detectar, en ocasiones, diferentes factores de riesgo que pueden surgir ante la adversidad, cuando ocurren situaciones no previstas y que pueden poner a prueba las relaciones parentales, la capacidad de frustración, la confianza, el tipo de lazos afectivos establecidos entre el niño/a, ambos progenitores u otros miembros de la familia.

En estas situaciones de estrés, es importante tener este concepto amplio de salud y poder hacer su abordaje desde esta perspectiva integral, teniendo en cuenta la repercusión de las emociones en la salud

física y viceversa, y la relevancia de las relaciones afectivas dentro del núcleo familiar, mejorando así la eficacia y la eficiencia en la atención de los pacientes, optimizando los resultados de nuestras orientaciones diagnósticas, terapéuticas y de nuestras intervenciones.

Desde nuestra actividad en los servicios de Urgencias pediátricas, será la prevención secundaria, la que tendremos que valorar y trabajar en cada contacto con el niño y su familia.

Este capítulo intenta resumir cómo en los servicios de Urgencias pediátricas, sea hospitalaria, primaria o rural, nuestra actitud como profesionales puede incidir de forma positiva y producir algún cambio de rumbo en familias con factores de riesgo de maltrato (ver capítulo correspondiente). Dando algunas indicaciones que permitan intervenir de forma positiva con los progenitores y sus hijos, incrementando sus conocimientos, proporcionando pautas de relación positiva que potencien el establecimiento de unas buenas relaciones afectivas para fomentar un «buen apego», favoreciendo el buen trato (infantil) y realizando así prevención primaria y/o secundaria (**Tabla 1**) también desde la atención en el servicio de urgencias.

Tabla 1. Prevención secundaria. Acciones en Urgencias

1. Reconocimiento de situaciones de abandono o trato negligente en el niño
2. Identificación de situaciones de violencia de género
3. Derivación del grupo familiar a terapia psicológica para educar en el manejo de emociones como la ira
4. Reconocer las conductas paternas de disciplina inapropiada. Ofrecer métodos alternativos
5. Ofrecimiento a las familias que lo precisen de todos los recursos comunitarios de ayuda psicológica, social, laboral o económica. Tener esa información a disposición
6. Remitir a centros de salud mental a progenitores con adicción al alcohol, drogas o trastornos psiquiátricos, incluidos trastornos de ansiedad o depresivos
7. Invitar a las familias a incrementar las visitas dentro del programa de salud infantil de su Centro de Salud, que aumenten la capacidad y habilidad para cuidar a su hijo
8. Colaboración con la consulta de Pediatría social/trabajador social del hospital/zona, en la definición de objetivos, planes y estrategias de Prevención desde el Área de Urgencias

Para llevar a cabo esta prevención, necesitaremos varios pasos:

1. Observar

La actitud de los profesionales puede influir de forma positiva en el establecimiento de buenos vínculos. La observación de la interacción de los cuidadores con los niños, es la clave que nos permite valorar estos indicadores:

Vínculo seguro: el cuidador es sensible y atento a las demandas del niño/a, mostrándose accesible cuando le necesita. Garantiza unas relaciones afectivas positivas, estimula la autonomía del niño o la niña y fomenta una visión positiva de sí mismo y de los demás.

Vínculo inseguro: el cuidador es poco sensible a los requerimientos del niño/a mostrándose estos inseguros y, a veces, preocupados por la proximidad del mismo.

2. Qué observar y con qué finalidad

La observación debe efectuarse durante todo el acto asistencial y debería estar integrada dentro de la práctica habitual del personal sanitario. Habitualmente se realiza de manera inconsciente, pero al hacerlo de forma activa el resultado será más eficaz. Debemos observar la actitud del niño y la calidad de la relación con sus cuidadores: respeto, reconocimiento y aceptación de sentimientos, afectividad... Observaremos también la actitud de los cuidadores puesto que si es de confianza hacia nosotros, el niño/a mostrará también confianza hacia el profesional resultando de ello una reducción del nivel de estrés durante la exploración. Una actitud empática del cuidador hacia el niño mientras realizamos la exploración física y las exploraciones complementarias mejorará la aceptación y tolerancia de dichas intervenciones.

Todo ello ayuda a valorar la calidad de la relación y permite intervenir positivamente en el reconocimiento y la aceptación de los sentimientos y la autodefensa.

3. Incidir en la actuación de los cuidadores

También en una visita de Urgencias pediátricas es posible incidir positivamente en las relaciones parentales que secundariamente ayudarán o reforzarán el establecimiento de un buen apego.

Una asistencia médica urgente puede originar una situación de estrés y a su vez poner de manifiesto una deficiente sintonía emocional entre progenitores/cuidadores y el niño, permitiendo reflexionar sobre ello e incidir de forma positiva en el reconocimiento del estado mental del niño, mejorando la empatía.

Es bueno recomendar a los progenitores/cuidadores:

- Observar, escuchar y empatizar con su hijo/a en esta situación de estrés.
- Transmitir tranquilidad y confianza que de forma positiva influirá en la tranquilidad y confianza del niño.
- Expresar afecto con gestos y/o palabras durante la asistencia médica sin que ello entorpezca la actuación sanitaria.
- Establecer límites sobre todo en niños más mayores ayudándoles a entender los motivos de la atención médica y sus beneficios induciendo confianza en los profesionales. Si ven confianza, los niños aprenderán a confiar.

- Escuchar y dialogar con él según la edad ayudándole a afrontar el miedo y las dificultades, evitando que se sienta solo.

Todas estas actitudes contribuyen a que el niño/a tenga una base segura. Esta tranquilidad le permite relajarse y afrontar las dificultades con normalidad, mejorando su autoestima y confianza.

4. Incidir en la actuación del profesional

La actitud de los profesionales puede influir en favorecer buenos lazos afectivos. Los profesionales sanitarios debemos ser conscientes de nuestra actuación, nuestros comentarios, nuestros gestos..., dado que están siendo realizados en una situación de estrés tanto para los cuidadores como para los niños. Si todo ello es positivo puede ayudar a un mejor reconocimiento entre progenitores e hijos.

Así también, si nuestra actuación es desafortunada puede provocar un resultado negativo tanto en la propia relación asistencial como en las relaciones parentales, generando una baja autoestima de los cuidadores/niños y/o potenciar su inseguridad.

Siempre que reconozcamos una acción o actitud positiva de los cuidadores hacia los niños debemos hacerlo consciente para que puedan darse cuenta de lo bien que lo hacen, fortaleciendo y reforzando así su conducta.

Por otro lado reconocer una acción o actitud negativa de los cuidadores hacia los niños requiere gran sensibilidad para realizar cualquier tipo de intervención. No se trata de generar inseguridad sino de analizar y mejorar las relaciones parentales en beneficio final del niño.

Debemos tener muy presente que ayudando a los progenitores ayudamos a sus hijos.

COMENTARIOS

En nuestra práctica habitual como profesionales de la salud deberíamos incorporar con normalidad, en todo acto asistencial, estos aspectos relacionales/emocionales dada su relevancia en la salud mental y en el buen desarrollo de los niños.

El maltrato y abandono infantil es un problema grave de salud pública que tiene consecuencias transcendentales en los miembros más pequeños y vulnerables de la sociedad. Debemos asegurar que todos los niños tengan buenas y seguras relaciones afectivas. En este sentido es fundamental el abordaje multidisciplinar para prevenir el maltrato y abandono infantil. Deberíamos incluir estrategias y enfoques con el

objetivo de llevar a cabo la prevención primaria, o sea, evitar que el maltrato y abandono infantil no llegue a producirse, así como enfoques para aminorar los daños a corto y largo plazo.

Múltiples estudios avalan la utilidad de llevar a término programas comunitarios estratégicos, ya sea a nivel de salud, escuela, justicia, espacios lúdicos... que han demostrado reducir directamente el maltrato y abandono infantil o sus factores de riesgo. Para poder diseñar este tipo de programas es necesario conocer los datos de incidencia en nuestra población, monitorizar y evaluar nuestra realidad en los servicios de urgencias y así implementar estrategias de acuerdo con estos datos epidemiológicos propios evidenciados. El maltrato y abandono infantil es un problema importante de salud pública, pero también es prevenible. Queremos un mundo en el que todos los niños puedan desarrollarse con su máximo potencial. Es la mejor inversión de futuro para la sociedad.

Deberíamos animarnos a realizar estos estudios epidemiológicos sobre el maltrato y el abandono infantil en los servicios de urgencias de nuestros hospitales para poder abordar de forma eficaz programas y estrategias más eficientes.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Ainsworth BI, Apego SM, exploración y separación, ilustrados a través de la conducta de niños de un año en una situación extraña. En J. Delval (Comp.), *Lecturas de psicología del niño*, Vol. 1. Madrid: Alianza.; 1978.
- Barudy J, Dantagnan M. Los buenos tratos en la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa; 2005.
- González R, Horno P, Amaya R, Orjuela L Creciendo como padres y madres. Save the children. Disponible en <http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/191/guia-padres-2009.pdf>
- Solís-García G, Marañón R, Medina Muñoz M, de Lucas Valle S, García-Morín M, Rivas García A. Maltrato infantil en Urgencias: epidemiología, manejo y seguimiento. *An Pediatr (Barc)*. 2018.
- Merchán, Leonor Isaza (2006) Sin golpes, ni gritos. Descubriendo la crianza positiva. Manual para agentes educativos para trabajar con padres y madres. Save the Children.

21.

Autocuidado del profesional que atiende a personas menores de edad que sufren maltrato

María Rimblas Roure

Julia Ruiz Jiménez

Todos los profesionales de la salud implicados en la atención a víctimas de maltrato infantil se convierten en depositarios de historias dolorosas y crueles de malos tratos y abuso, en testigos de situaciones violentas y hasta en mediadores de conflictos familiares. En ocasiones, pueden ser objeto de violencia verbal o física por parte de los familiares o acompañantes. Estas experiencias pueden repercutir negativamente en la salud psíquica y física del profesional, de menor a mayor grado de gravedad. El temor a estas consecuencias no debería suponer una barrera a la hora de denunciar una posible situación de maltrato infantil. En este contexto, la incorporación a la práctica de estrategias de autocuidado es una necesidad para preservar la salud y bienestar de los que prestan la atención a los niños, niñas y adolescentes (NNA) lo que, paralelamente, beneficiará al niño en situación de riesgo.

CONCEPTO DE AUTOCUIDADO

Llamamos autocuidado al conjunto de estrategias de afrontamiento que el propio individuo (en este caso, profesional sanitario) puede implementar para prevenir experiencias negativas y propiciar o fortalecer su bienestar integral, tanto en el área psíquica como física.

La promoción del autocuidado constituye una estrategia imprescindible para alcanzar el bienestar integral en la vida cotidiana, así como la consecución del desarrollo humano.

El personal debe conocer sus puntos débiles y sus fortalezas, para así, a partir de ello, elaborar un planteamiento inicial de acciones o estrategias de autocuidado -individuales o colectivas- orientadas a su propia protección y a la recuperación de su bienestar. El autocuidado del profesional debe ser tanto psíquico como físico.

AUTOCUIDADO DE LA ESFERA PSÍQUICA

Existen distintos factores de riesgo (**Tabla 1**), tanto internos como externos, que pueden desestabilizar la salud del profesional.

Tabla 1. Factores de riesgo para la salud psíquica del profesional implicado en la atención al maltrato infantil
Factores de riesgo internos (dependen del profesional) <ul style="list-style-type: none">• Características de personalidad: labilidad emocional, alto grado de empatía, identificación con el agredido• Dudas respecto al protocolo de actuación.• Poca experiencia en la atención a situaciones de maltrato• Haber sido víctima de una situación de maltrato. Tener un familiar en situación de maltrato, similar a la que atiende• No poder compartir la experiencia por la confidencialidad exigida• Temor a que algo parecido le ocurra a sus seres queridos• Temor a una agresión física o verbal por el entorno del agredido• Problemas personales extralaborales. Falta de apoyo familiar y social extralaboral• Descontento con la situación laboral previa, falta de incentivos, escasa motivación
Factores de riesgo externos (dependen de la situación) <ul style="list-style-type: none">• Tener que escuchar constantemente la historia de violencia, de forma repetida• Haber sido testigo directo de una situación de violencia física o verbal• Identificar situaciones de riesgo para las víctimas que no puede evitar• Observar como los sistemas de justicia y protección de menores pueden re-victimizar y estigmatizar a las víctimas• Observar como los diferentes servicios implicados pueden entorpecer o enlentecer el proceso• Constatar cómo no se concreta la atención apropiada por factores ajenos al profesional

Se identifican varias maneras de afectación, que pueden darse de manera independiente o conjunta:

- **Estrés:** se genera en situaciones donde las demandas son percibidas por el individuo como superiores a sus posibilidades bien por su alto impacto emocional y/o carácter extraordinario. Apreciando que sus recursos o estrategias de afrontamiento son ineficaces para la resolución de dichas situaciones.
- **Burnout** (síndrome del desgaste laboral, síndrome del quemado): síndrome de estrés crónico que se produce en aquellos profesionales que atienden de manera intensa y prolongada a personas en situación de necesidad o dependencia. Es característico de profesiones vocacionales, y se produce paulatinamente por la falta de cumplimiento de las expectativas creadas. Las consecuencias en la salud pueden ser variadas: depresión, alteraciones del sueño, cefaleas, trastornos gastrointestinales, etc.

Fases del *burnout*:

- **Agotamiento emocional:** como consecuencia de fracasar en el intento de cambiar las situaciones que le originan estrés, la persona presenta pérdida de energía, desgaste emocional, agotamiento,

fatiga, irritabilidad, pérdida del disfrute de las tareas, insatisfacción laboral.

- Despersonalización o deshumanización: constituye la parte medular del *burnout*; su aparición se origina en el fracaso ocurrido en la fase anterior y constituye además una manera en que la persona busca protegerse frente a la indefensión, impotencia y desesperanza emocional. Asimismo, esta etapa se caracteriza por el distanciamiento afectivo, estados de depresión, actitudes negativas, insensibilidad, trato impersonal e indiferente hacia los demás (incluidos los usuarios, familiares, compañeros de trabajo, etc.).
- Abandono de la realización personal: en esta etapa, la persona autoevalúa negativamente su propio trabajo, siente que ha perdido el significado y valor que tenía; aparecen además sentimientos de fracaso, inadecuación e insatisfacción respecto a sus logros, llegando a apartarse de las actividades, tanto familiares, sociales como recreativas.

Dado que el síndrome de *burnout* es un proceso continuo, cuya aparición es paulatina hasta llegar a instaurarse en la persona, si no es tratado adecuada y oportunamente, puede desencadenar la aparición de un cuadro de depresión, el que, paralelamente y a manera de círculo vicioso, facilitaría que el síndrome de *burnout* continúe manteniéndose.

- Estrés postraumático: reacción que se desarrolla ante un suceso traumático o una situación de amenaza excepcional o de naturaleza catastrófica. Los sujetos que lo sufren tienen síntomas re-experimentados del suceso traumático de modo muy vívido y perturbador. Esto incluye *flashbacks*, pesadillas, imágenes perturbadoras, etc.
- Traumatización vicaria: presentación de síntomas relacionados con estrés postraumático en quienes apoyan a personas afectadas por una experiencia traumática, como en casos de malos tratos, violencia intrafamiliar o abuso sexual. Se desarrolla como resultado de la exposición, breve o prolongada, a los traumas de la otra persona, combinada con la empatía que el trabajador siente hacia esta persona y con sus propias experiencias dolorosas aún no integradas en su vida. Sus consecuencias, además de un estado de alerta incrementado, pueden ser sensación de frustración, impotencia, depresión o deterioro de las relaciones interpersonales.
- Movilización de las propias experiencias de violencia: enfrentarse de forma cotidiana al dolor ajeno implica estar en un posible riesgo de revivir o reactivar las propias vulnerabilidades (sufrimientos,

temores, culpas, frustraciones., etc.), y referidas a eventos violentos y de abuso vividos previamente por el profesional.

AUTOCUIDADO EN CASO DE AGRESIÓN FÍSICA/PSICOLÓGICA

Es un hecho que las agresiones a los profesionales sanitarios, tanto verbales como físicas, son cada vez más frecuentes. Están expuestos aquellos que tratan situaciones especialmente sensibles, como en las que se atienden a un NNA en situación de maltrato, abuso o negligencia, por la repercusión emocional, en los familiares y posibles consecuencias legales que conlleva. Se denomina «incidente violento en el lugar de trabajo» a cualquier acto que conlleve abuso verbal, físico, amenazas o cualquier otro comportamiento intimidatorio cometidos por un paciente, su familiar o acompañante, contra un profesional médico en el ejercicio de su función y causando un daño físico o psicológico.

Al igual que en el apartado anterior, se describe una serie de factores de riesgo para que se produzca una agresión a un profesional sanitario que quedan reflejados en la **Tabla 2**.

Tabla 2. Factores de riesgo para que se produzca una agresión al profesional implicado en la atención al maltrato infantil

Factores de riesgo internos (dependen del profesional)

- Características del profesional:
 - Falta de autoridad
 - Carácter temperamental: responde, desafía o se encara al agresor
 - Sexo masculino (para la agresión física)
- Dudas respecto al protocolo de actuación
- Poca experiencia en la atención a situaciones de maltrato
- Mala relación inicial médico-paciente o médico-familiares
- Pocos recursos en el abordaje de situaciones conflictivas (baja empatía, baja asertividad).
- Infravalorar la agresividad verbal y amenazas previas del entorno

Factores de riesgo externos (dependen de la situación)

- Situaciones especialmente sensibles (sospecha de abuso sexual)
- Disfunción familiar severa. En especial en disputas legales por la custodia
- Familiares presentes con antecedentes de agresiones. Familiares presentes ebrios o bajo efecto de drogas
- Soledad del sanitario en la consulta. Falta de testigos
- Ausencia de personal de seguridad. No existencia de sistemas de alarma ni teléfono
- Dificultad para la huida del contexto si es necesaria
- Ausencia de respuesta contundente de la Administración y Dirección ante agresiones anteriores en el mismo centro
- Horario de noche

ESTRATEGIAS DE AUTOCUIDADO

Se proponen diversas estrategias desde la Organización Médica Colegial (OMC), colegios de médicos y sindicatos sanitarios para prevenir el desarrollo de estas situaciones. Desde un punto de vista práctico, abordaremos las estrategias de autocuidado según sean:

Estrategias de autocuidado psíquico del profesional

- Identificar cuáles son los factores de riesgo personales y situacionales que pueden atentar contra la salud psíquica del profesional, en especial aquellos de carácter interno que lo pueden hacer más vulnerable ante situaciones estresantes.
- Valorar las posibles formas en que el profesional puede verse afectado: reacción de estrés, *burnout*, estrés postraumático, traumatización vicaria, etc.
- Conocer la variada sintomatología con la que se pueden presentar para identificarlas de forma precoz.

Autoevaluarse periódicamente tras periodos de tensión surgidos en el entorno laboral, valorando:

- El que se ejerce una adecuada práctica profesional: rendimiento, formación continuada, capacidad de trabajo, afrontamiento de dificultades, relaciones con los compañeros, satisfacción laboral.
- Las posibles repercusiones en otros ámbitos de la vida: salud física, emocional, relación de pareja, sexualidad, relaciones sociales, etc. Es importante también identificar el riesgo de aumentar el consumo de alcohol, tabaco, ansiolíticos.
- Solicitar ayuda profesional a través de los equipos de salud mental. Evitar la automedicación.
- Compartir las preocupaciones y la responsabilidad, actuando con los diversos compañeros implicados en la atención al maltrato como un «equipo de tareas», multidisciplinario, de modo que la máxima responsabilidad no recaiga sobre un único profesional.
- Procurar mantener límites bien definidos entre la actividad laboral y la vida personal.
- Paralelamente, incorporar otras estrategias elementales como: hábito de sueño regular, alimentación adecuada, fomentar el ejercicio físico, mantener el sentido del humor, buscar en espacios para el ocio y actividades recreativas.

Estrategias de autocuidado físico, si ha existido agresión física al profesional

- Identificar situaciones de riesgo en base a los factores de riesgo señalados, sin infravalorar situaciones de agresividad verbal y hostilidad. Política de «tolerancia cero» ante la mínima agresión.

- Conocer los protocolos de actuación ante la sospecha de maltrato y actuar con diligencia, sin dudas, explicando a la familia de forma franca los pasos a seguir.
- Desarrollar estrategias de comunicación con el paciente o familiares mediante formación específica de los profesionales: comunicación en situaciones difíciles, asertividad, escucha activa, comunicación no verbal, habilidades de negociación, manejo del estrés y técnicas de autocontrol.
- Informar a la familia y explorar a los pacientes siempre bajo la supervisión de un testigo, compañero de trabajo (médico, enfermero, auxiliar).
- Establecer una adecuada distancia de seguridad, situándose a ser posible en el umbral de la puerta, siempre de cara al potencial agresor.
- Exigir la existencia de sistemas de alarma (colocación de botón de pánico), y personal de seguridad cuando sea posible, más ante situaciones de posible agresión y en horario de noche o quedar solo en la zona de consultas.
- Avisar al personal de seguridad y/o policía.
- En caso de agresión, interrumpir la actividad asistencial (salvo urgencia vital) hasta que el agresor haya sido reducido o haya abandonado el centro.

Lo que no hay que hacer:

- Responder a las agresiones verbales, insultar, encararse con el agresor.
- Quedarse frente al agresor y plantarle cara, no emprendiendo la huida si es posible.
- Responder a la agresión de forma inadecuada.

Medidas ulteriores:

- Autoevaluar la integridad física y psíquica tras la agresión, poniéndose en manos de otro facultativo cuando sea necesario.
- Comunicar a la fiscalía/juzgado de guardia la agresión.
- Comunicar a la dirección del centro la agresión.
- Comunicar al colegio de médicos la agresión.
- Denunciar en caso necesario.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Benito E, Arranz P, y Cancio H. Herramientas para el autocuidado del profesional que atiende a personas que sufren. FMC. 2011;18(2):59-65.

- Guía NICE. (National Institute for Health and Clinical Excellence). When to suspect child maltreatment. London. Junio 2017. Disponible en: <http://pathways.nice.org.uk/pathways/when-to-suspect-child-maltreatment>.
- Pérez-Tarrés A, Cantera Espinosa LM y Pereira SJ. Health and self-care of professionals working against gender-based violence: an analysis based on the grounded theory. *Salud Ment* [online]. 2018;1(5):213-22.

Pediatría y justicia

Juan González Peñín

Noelia M. Cadenas Benítez

Antonio Gancedo Baranda

1. MOTIVOS POR LOS QUE TE PUEDEN AVISAR AL JUZGADO. ¿POR QUÉ ME HA LLEGADO LA NOTIFICACIÓN?

Un juzgado puede comunicarse con sus ciudadanos por muchos motivos, pero acotando estos al ámbito sanitario lo hará fundamentalmente por cuestiones relacionadas con la responsabilidad sanitaria -que es la obligación que se impone al profesional de responder de sus actos cuando incumple un deber u obligación o cause un daño, siempre que estos le sean imputables-.

Los profesionales sanitarios pueden ser citados por un juzgado al estar implicados en unos hechos con relevancia jurídica, por haberlos presenciado o para realizar una valoración de los mismos.

Recordemos que de forma directa al profesional sanitario se le puede exigir responsabilidad civil -que es la más frecuente-, por incumplimiento de un deber, por una conducta incorrecta o no adaptada a la *lex artis*; o, en su caso, responsabilidad penal, por conductas u omisiones tipificadas concretamente en el Código Penal, por determinadas formas de actuar o de abstenerse de actuar.

La finalidad de la responsabilidad civil es obtener una compensación económica por los daños y perjuicios causados, cuantía que puede y debe ser transferida a una entidad aseguradora, pues de no ser así se pondría en juego el patrimonio del profesional al que se le solicita.

La responsabilidad penal puede generar la obligación de cumplir una pena, penas que serán la privación de libertad, multas y la inhabilitación, que son intransferibles, es decir, tiene un carácter personalísimo. Si en el procedimiento penal se declara también la obligación de resarcir económicamente por los daños y perjuicios, esta es transferida al seguro de responsabilidad, si es que se cuenta con él.

Relacionados con lo anterior, es importante señalar que los profesionales sanitarios que ejerzan en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como las personas jurídicas o entidades de titularidad privada que presten cualquier clase de servicios sanitarios, están obligados a suscribir el oportuno seguro de responsabilidad, un aval u otra garantía financiera que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios.

Cuando un usuario del sistema sanitario público considere que se ha producido una lesión de sus bienes o derechos y pretenda ser resarcido económicamente por ello mediante una indemnización, no podrá dirigirse contra los profesionales sanitarios, sino que habrá de hacerlo directamente contra la Administración, surgiendo la responsabilidad patrimonial de la Administración, cuya jurisdicción competente es la contencioso-administrativa, pero para acceder a ella obligatoriamente ha de tener una fase administrativa previa.

En la fase de instrucción administrativa de los procedimientos de responsabilidad patrimonial será preceptivo solicitar informe al servicio cuyo funcionamiento haya ocasionado la presunta lesión indemnizable, siendo esta solicitud -realizada por órgano administrativo, no judicial- el único contacto que tendrá el profesional sanitario con todo el procedimiento. De derivarse consecuencias económicas lo serán únicamente para la Administración, motivo por el que la mayoría de los sistemas de salud públicos transfieren este riesgo suscribiendo seguros de responsabilidad patrimonial que cubre su actividad y, por lo tanto, también la de sus empleados.

Hay otros tipos de responsabilidad dentro del ámbito sanitario, pero los juzgados no tienen intervención. Nos referimos a la responsabilidad deontológica -derivada de los incumplimientos de las normas deontológicas y de organización interna de los colegios profesionales-, y a la responsabilidad disciplinaria -por incumplimientos de las normas de orden interno que rigen en las empresas en las que desempeñan su actividad los profesionales sanitarios en cuanto a trabajadores por cuenta ajena-.

2. ¿QUÉ TIPO DE COMUNICACIÓN JUDICIAL PUEDO RECIBIR?

Hay diferentes tipos de comunicación, llamados actos de comunicación judicial, dirigidos a las partes y otros sujetos:

- Notificación es la comunicación desde el juzgado para dar noticia de una resolución o actuación a todos los que sean parte en el pleito, causa o expediente, es decir, ponen un hecho en conocimiento del interesado.

- Citación es el documento judicial en el que se dispone la comparecencia de una persona ante el órgano jurisdiccional, a fin de realizar algún acto procesal, instándole a acudir al juzgado para celebrar un juicio de una determinada clase, o bien para tomarle declaración en algunos procedimientos. En la citación se debe hacer constar en calidad de qué se cita a esa persona, si como investigado, como testigo o como perito.

En el documento se concreta la fecha, hora y lugar donde hay que presentarse, así como si hay que hacerlo acompañado de abogado y procurador, en el caso de que se le hubiera citado como investigado. En principio, las citaciones son obligatorias y en caso de no atender dicha citación se le podría imponer una multa.

- Emplazamiento es un acto de comunicación procesal por lo que el tribunal requiere a las partes a que se personen y actúen dentro de un plazo en un proceso. Citación y emplazamiento no son términos sinónimos, pues en la citación se señala día y hora concreta para presentarse ante la autoridad judicial, mientras el emplazamiento fija un plazo hasta el cual se puede acudir al llamamiento del tribunal.
- Requerimiento es el acto de comunicación de un juez o tribunal, dirigido a una de las partes o a un tercero, para ordenar, conforme a la ley, una conducta o inactividad. El destinatario no está obligado a comparecer ante el órgano jurisdiccional sino a actuar según sus instrucciones.

También hay actos de comunicación judicial con otros órganos para dar a conocer una resolución, solicitar información, o para que se presente un elemento de prueba. No referimos a los Mandamientos -dirigido a funcionarios al servicio de la Administración de justicia, registradores o notarios- y los Oficios -dirigido a autoridades no judiciales y a funcionarios distintos de los mencionados en el mandamiento-.

3. ¿DE QUÉ JURISDICCIÓN SE TRATA?

Al recibir una comunicación del juzgado, lo primero que importará es discriminar el tipo de procedimiento, para ello nos debemos fijar en la parte superior del escrito, donde pondrá «juzgado de instrucción», tratándose entonces de un procedimiento penal, o bien «juzgado de instancia» en un procedimiento civil.

Si el escrito judicial llegara desde un «juzgado de primera instancia e instrucción», denominados así por estar las jurisdicciones unidas -como suele ocurrir en pequeñas poblaciones-, nos fijaremos en in-

dicios, que solemos encontrar en los encabezamientos, para saber el tipo de jurisdicción que nos cita. Se tratará de un procedimiento penal si se nombra alguno de los siguientes:

- Diligencias previas: procedimiento penal que se encuentra en sus primeras fases, habitualmente de hechos cometidos de forma relativamente reciente. Se trata de la fase de instrucción donde se investiga si se ha cometido un ilícito penal y quien es el autor.
- Juicio rápido: posiblemente se trate de un delito reciente que propició la intervención de la policía. En este caso no hay fase de instrucción. Se trata de delitos relativamente sencillos en los que está clara la infracción cometida y el autor, por lo que el enjuiciamiento se produce de manera inmediata.
- Procedimiento abreviado: implica que ha habido una instrucción previa, así que se trata de hechos ocurridos mucho tiempo atrás. Lo más importante es que, una vez que se dicta el auto de procedimiento abreviado, ya existe una imputación formal contra una persona concreta por la comisión de unos hechos presuntamente delictivos.
- Procedimiento ordinario penal, también conocido como sumario: se trata del procedimiento penal reservado a los asuntos mas graves, aquellos que pueden ser sancionados con penas superiores a 9 años de prisión, algo que es excepcional en el ámbito sanitario.

Las diligencias preliminares hacen referencia a un procedimiento civil. Son actuaciones solicitadas por el futuro demandante de un procedimiento a los órganos jurisdiccionales, con el fin de obtener información, precisar datos u otras cuestiones esenciales para ese futuro juicio, antes de presentar la demanda.

4. ¿EN CALIDAD DE QUÉ ME REQUIEREN? ¿CUÁL ES MI PAPEL?

Cuestión importante es conocer en calidad de qué se nos está citando, pues puede ser como perito, testigo-perito, testigo, demandado, investigado, procesado o encausado.

- Perito es quien por encargo de la parte o del tribunal, por sus conocimientos técnicos o especializados que le permite valorar hechos o circunstancias relevantes en el asunto, es llamado al proceso. Antes de realizar el dictamen pericial, no tiene conocimiento de los hechos discutidos en el juicio. Los dictámenes se formularán por escrito previamente al juicio, siendo su actuación remunerada.

Al emitir el dictamen, todo perito deberá manifestar, bajo juramento o promesa de decir verdad, que ha actuado y, en su caso, actuará con la mayor objetividad posible, tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes, y que conoce las sanciones penales en las que podría incurrir si incumpliere su deber como perito.

- Testigo-perito es el sujeto, que, no siendo parte, conoce los hechos procesales antes de que el proceso se incoe, y los conoce por ciencia propia, y no por referencia y cuyo saber es particular, el del hecho que presencia, aunque matizado por el saber que le da su profesión. Sus manifestaciones y valoraciones las efectúa oralmente en el momento del juicio, no teniendo que emitir un escrito previo. No puede existir encargo de la parte o del tribunal ya que entonces hablaríamos de un perito. Citar a un facultativo como testigo-perito es algo frecuente en cuestiones de responsabilidad sanitaria.
- Testigo es el particular invitado a declarar y dar testimonio, dentro del marco de una investigación o de un proceso, acerca de los hechos de que ha tenido conocimiento personal, después de haber prestado juramento o promesa de que dirá la verdad. La persona deberá personarse en la hora de juicio y declarar en función de lo que se solicite.

Características comunes de los testigo-peritos y los testigos es que están obligados a acudir y a decir verdad, bajo juramento o promesa, siendo su actividad no remunerada, aunque podrá solicitar una indemnización por todos los gastos ocasionados, que hay que acreditar con sus correspondientes facturas y justificaciones.

- Demandado, en un proceso civil, es aquella persona física o jurídica frente a la que se dirige la demanda y, por tanto, la acción contenida en la misma. El demandado, por tanto, es una parte en el proceso frente a la que la otra parte, el actor o demandante, ejercita la acción y plantea el litigio.

Al ser emplazado, tras la presentación de la demanda, el demandado puede mantener alguna de las siguientes conductas: personarse en el procedimiento, contestar a la demanda, allanarse o reconvenir la demanda, pero en todo caso debe comparecer en el Juzgado en el plazo concedido, pues de no hacerlo se da la situación de rebeldía procesal. Las declaraciones de las partes no se hacen bajo el juramento o promesa de decir verdad, se harán en el marco impuesto por la buena fe.

- Investigado: solo se recoge dentro de un proceso penal, por lo que tendrá que ser un juzgado de Instrucción el que emita la cita-

ción. (Esta figura es la que sustituyó a la de imputado en la última reforma del Código Penal).

Se denomina «investigado» a la persona a la que se investiga en relación a unos presuntos hechos delictivos, durante la fase de Instrucción. En esta fase se recaban pruebas para ver si objetivamente hay base suficiente para sostener una acusación futura, es decir, para ver si se va a poder enjuiciar al investigado por el delito. Todas las diligencias probatorias de la investigación que realiza el juez de instrucción en el procedimiento abreviado se conocen como diligencias previas.

Cuando ya existen indicios suficientes de criminalidad para sostener la acusación contra el investigado por la comisión de unos hechos concretos con relevancia jurídico penal, el juez da traslado a las partes para formalizar la acusación, y se entra en la fase de juicio oral del procedimiento abreviado, pasando el investigado a ser acusado formalmente (encausado).

- Procesado es una situación asimilable a la de investigado. La diferencia radica en el procedimiento penal incoado, si para el investigado es un procedimiento abreviado, para el procesado es el procedimiento ordinario, ya que desde que resultase del sumario algún indicio racional de criminalidad contra determinada persona, se dictará auto declarándola procesada. Seguimos estando en una fase de instrucción, en este caso del procedimiento ordinario y por ello la instrucción se denominará sumario.

Como investigado, acusado o procesado se tendrán los siguientes derechos:

1. Al conocimiento de la infracción penal atribuida.
2. A ser instruido de sus derechos.
3. A examinar las actuaciones con la debida antelación.
4. A la actuación en el proceso penal.
5. A designar libremente abogado.
6. A solicitar asistencia jurídica gratuita.
7. A interpretación y a la traducción gratuita.
8. A guardar silencio y a no prestar declaración.
9. A no declarar contra sí mismo y a no confesarse culpable.

En resumen, en sus declaraciones ante el juez están obligados a decir la verdad los peritos, los testigos-peritos y los testigos, no así los investigados, acusados o procesados, tampoco los demandados, pero estos últimos tendrán que hacerlo dentro de la buena fe.

5. ¿ME PUEDEN ACOMPAÑAR? ¿QUIÉN?

En caso de recibir una citación judicial, como se expuso previamente, entre otras cuestiones deberá contemplar la información de si hay que hacerlo acompañado de abogado y procurador.

En las citaciones como investigados para prestar declaración ante el juez, es imprescindible que el investigado acuda acompañado de letrado de su confianza, en caso de no hacerlo así, se designara letrado de oficio.

Para actuar en el proceso, las personas investigadas deberán ser representadas por procurador y defendidas por abogado. Todas las comunicaciones entre el investigado o encausado y su abogado tendrán carácter confidencial.

En las citaciones como testigos-peritos o como testigos no se puede ir asistido de abogado, aunque en ambos casos será aconsejable el debido asesoramiento jurídico previo, para conocer la implicación real del testimonio que vaya a realizarse. Es posible, pero muy poco frecuente, que un testigo pase a ser investigado, si durante el proceso se observasen indicios de que pudiera haber cometido algún delito.

6. ¿PUEDO BUSCAR AYUDA QUE ME ASESORE? ¿DÓNDE? ¿QUIÉN?

Si recibe cualquier documento del juzgado es muy aconsejable que consulte con un abogado, o despacho de abogados, para conocer en profundidad las implicaciones legales y le digan cómo actuar.

Si dispone de un seguro de responsabilidad individual o colectiva, como son las de algunos colegios de médicos, debe ponerse en contacto con ellos, primero para comunicar un posible siniestro, pero sobre todo para que le proporcionen asistencia jurídica, que es una prestación normalmente incluida en este tipo seguro, así como los honorarios y las costas. Si su actividad se desarrolla dentro del sistema público de salud debe ponerse en contacto con la asesoría jurídica del centro asistencial, consejería u organismo al que pertenezca. Como norma general, con independencia de si la actividad es pública o privada, es aconsejable ponerse en contacto con el gabinete jurídico del centro u organización donde desarrolle la actividad objeto de comunicación judicial y dar parte a todos los seguros de responsabilidad sanitaria que pueda tener suscritos, solicitando asistencia al que le inspire más confianza.

Las compañías de seguros de responsabilidad sanitaria tienen con ciertos despachos de abogados especializados en derecho sanitario, que suelen contar con dilatada experiencia en procesos penales y civiles. Muchas pólizas permiten la libre elección de abogado, con unas condiciones que suelen encontrarse delimitadas.

Entendemos que siempre es aconsejable buscar asesoramiento, siendo mejor el proporcionado por profesionales que se hayan especializado en Derecho sanitario y en ocasiones como pueden ser los procedimientos penales, con letrados penalistas experimentados.

7. CUANDO RECIBO UNA CITACIÓN, ¿SIGNIFICA QUE TENGO QUE IR AL JUZGADO A DECLARAR? ¿QUÉ REPERCUSIÓN LEGAL TIENE?

Una citación obliga a comparecer en el juzgado, pues toda persona residente en España, no impedida, está obligada a concurrir al llamamiento judicial a fin de declarar. (Se pueden alegar razones, debidamente justificadas, para no comparecer, por ejemplo, residir en el extranjero, o padecer alguna enfermedad o circunstancia personal que justifique el no comparecer. En estos supuestos, habría que comunicar debidamente la situación al juzgado).

Las consecuencias de no atender a una citación dependerán del tipo de delito/procedimiento, pero suelen ser sanciones económicas que oscilan en diferentes horquillas dependiendo del procedimiento, y consecuencias más gravosas en el caso de no atender la segunda citación.

8. ¿QUIÉN HAY EN EL JUZGADO? ¿SE DECLARA DELANTE DE LA PERSONA ACUSADA? DERECHOS DE INTIMIDAD/CONFIDENCIALIDAD

En las salas donde se celebran los juicios, vistas y comparecencias y en relación a la ubicación donde se dispone la composición de quienes intervienen en un proceso en sus distintas funciones, se suele utilizar la expresión estrados para diferenciarlo del resto del espacio físico de la sala.

Se habla de estrados presidenciales al lugar en donde normalmente se sientan el juez o tribunal colegiado y los estrados laterales donde lo hacen el fiscal, el letrado de la acusación y el de la defensa. Cuando comparecemos en sala, nos situarán enfrente del estrado presidencial, situándose a nuestra izquierda la acusación (y el fiscal si estamos en lo penal) y nuestra derecha la defensa.

Cuando la citación es en calidad de investigado y el procedimiento judicial se ha incoado como «diligencias previas», la declaración se prestará a presencia judicial, no en sala, normalmente en el despacho del juez, estando presente el letrado de la acusación, que también interrogará al investigado. Del mismo modo discurrirá la declaración en calidad de testigo, pero sin letrado que lo asista.

Cuando la citación sea para declarar como testigo en juicio penal, la declaración sí se prestará en sala, estando presente el/los denunciantes.

En ciertos casos excepcionales, cuando el juez aprecie que por motivo de su declaración el testigo o sus familiares más próximos pueden correr un peligro grave, o si el testigo considera que, por cualquier circunstancia, su intervención puede traerle un riesgo grave, apreciación que debe poner inmediatamente en conocimiento del juzgado o tribunal, el juez está facultado para adoptar medidas de protección de tal persona, de sus familiares o de sus bienes.

En lo que respecta al deber de guardar secreto (intimidad/confidencialidad), actuando como testigos, éste se anula -enerva, en términos jurídicos- cuando el juez requiere prestar declaración sobre los hechos objeto de denuncia/querella.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Mediuris: Derecho para el personal sanitario. Marcial Pons Ediciones Jurídicas y Sociales, S.A.
- Gallego Riestra S. Introducción al Derecho Sanitario. Disponible en: <https://www.chospab.es/calidad/archivos/Comisiones/CHistorias-Clinicas/formacion/doc/introduccionDerechoSanitario.pdf>
- Guías Jurídicas. Disponible en: <https://guiasjuridicas.wolterskluwer.es/Content/Inicio.aspx>

Directorio

Raquel Garcés Gómez

Leticia González Martín

Antonio Gancedo Baranda

A lo largo del siguiente capítulo, se señalan distintos recursos que hay establecidos para la atención a los niños/niñas/adolescentes, que pueden haber sufrido alguna forma de maltrato infantil. Es un largo listado, sin duda incompleto, pero que puede servir de orientación para la adecuada coordinación con los distintos dispositivos establecidos a lo largo de todo el Estado, para intervenir en la asistencia directa de estos niños, niñas y adolescentes (NNA) vulnerados en sus Derechos.

Se inicia con la enumeración de distintas entidades internacionales/nacionales de reconocido prestigio y trayectoria, y que destacan por sus esfuerzos en el reconocimiento de los Derechos de la Infancia, la lucha contra la violencia y las desigualdades e inequidades. Su labor aporta cada día noticias, documentos, campañas, etc., que sin duda son imprescindibles para la adecuada sensibilización y formación de la sociedad en general, pero de una manera especial sobre el colectivo sanitario, el cual atiende día a día a todos los niños y niñas de España.

ENTIDADES INTERNACIONALES/NACIONALES

- CRUZ ROJA: <https://www2.cruzroja.es>
- EDUCO: <https://www.educo.org>
- ENTRECULTURAS: <https://www.entreculturas.org/es/home>
- FAPMI-ECPAT: <https://www.fapmi.es>
- PLATAFORMA DE INFANCIA: <https://plataformadeinfancia.org>
- SAVE THE CHILDREN: <https://www.savethechildren.es>
<http://www.infocoponline.es/pdf/guiasavethechildren.pdf>
- UNICEF: <https://www.unicef.es>

En segundo lugar, señalaremos estamentos oficiales relacionados con el maltrato infantil, y a los que podemos recurrir para localizar las distintas delegaciones autonómicas, y realizar las consultas que estimemos oportunas

ESTAMENTOS OFICIALES

- FISCALIA GENERAL DEL ESTADO: Área Especializada de Menores: <https://www.fiscal.es/ca/web/fiscal/-/menores>
- MINISTERIO DEL INTERIOR:
 - Cuerpo Nacional de Policía:
 - Comisaría General de Seguridad Ciudadana. Unidad Central de Participación Ciudadana. Plan director para la Convivencia y Mejora de la Seguridad en los Centros Educativos y sus Entornos: https://www.policia.es/org_central/seguridad_ciudadana/unidad_central_part_ciudadana/art_ciudadana_poli_escuel.html
seguridadescolar@policia.es
 - Comisaría General de Policía Judicial. Unidad de Atención a la Familia y Mujer. (U.F.A.M.):
https://www.policia.es/org_central/judicial/ufam/contacto_ufam.html
atencionfamiaymujer@policia.es
 - Guardia Civil: Equipo Mujer Menor (EMUME). Áreas rurales: <https://www.guardiacivil.es/es/institucional/Conocenos/especialidades/emumes/index.html>
proteccion-menor@guardiacivil.org
- MINISTERIO DE SANIDAD: Profesionales. <https://www.msbs.gob.es/profesionales/portada/home.htm>
- MINISTERIO DE JUSTICIA: Oficina de Atención a las Víctimas del Delito, servicio público y gratuito creado por Ley 35/1995 de 11 de diciembre, de ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual.
https://violenciagenero.igualdad.gob.es/informacionUtil/recursos/estadoAlarma/docs/Triptico_Oficinas_Atencion_Victimas.pdf
- MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030: Observatorio de la Infancia: <https://observatoriodelainfancia.vpsocial.gob.es/estadisticas/estadisticas/home.htm>
- MINISTERIO DE IGUALDAD:
<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/instituciones/observatorioEstatal/home.htm>

- POLICÍAS AUTONÓMICAS:
 - Generalitat de Catalunya. Generalidad de Cataluña: https://interior.gencat.cat/es/arees_dactuacio/seguretat/violencia-masclista-i-domestica/
 - Eusko Jaurlaritza. Gobierno Vasco: <https://www.ertzaingia.eus/lfr/web/ertzaingia/violencia-de-genero>

RECURSOS DE APOYO A LA VÍCTIMA

A continuación, y asumiendo que no están todas las entidades, estructuras administrativas y otras que apoyan a los menores de edad abusados, y a las que pedimos disculpas por no incluirlos.

Iniciaremos un recorrido por todas las CC. AA., señalando en primer lugar, en el caso que existan, consultas de Pediatría social o recursos sanitarios especializados en la atención al maltrato infantil. A continuación, entidades bien públicas o privadas que realizan asistencia directa, y posteriormente estamentos oficiales relacionados con la protección a la Infancia. En ocasiones se pondrá el nombre de la persona responsable.

ANDALUCÍA

■ Consultas médicas de Pediatría social

- Sevilla:
 - Hospital Universitario Virgen Macarena. Calle Dr. Fedriani, 3, 41009 Sevilla. Tfno.: 955 00 80 00
 - Instituto Hispalense de Pediatría. Calle Jardín de la Isla, 6 Edificio Expolocal. Tfno.: 954 610 022. Fax: 954 690 155

■ Entidades de atención públicas o privadas

- Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y Prevención del Maltrato Infantil (ADIMA)
Avenida Hytasa, Nº 36.
Edificio Toledo - II, planta 4ª. Módulos 2, 3 y 4. 41006 - SEVILLA (España)
Tfno.: 954 63 63 58
- Equipo de Evaluación e Investigación de Casos de Abuso Sexual
Tfno.: 954 902 267. Fax: 954 907 481.
Correo electrónico: eicas@correo.cop.es

■ Departamentos Oficiales relacionados con Protección a la Infancia SERVICIO DE PROTECCIÓN DE MENORES

- Almería
Ctra. de Ronda nº 226. Edificio Bola Azul, 4º planta. CP 04071
Tfno.: 950 017 271
- Cádiz
Edificio Junta de Andalucía, Plaza Asdrúbal, s/n. CP 11071
Tfno.: 956 007 000
- Córdoba
C/ Blanco Soler, nº 4. CP 14071
Tfno.: 957 249 021
- Granada
C/ Ancha de Gracia, nº 6. CP18071
Tfno.: 958 024 600
- Huelva
C/ Mora Claros, nº 4-6. CP 21071
Tfno.: 959 005 700
- Jaén
Paseo de la Estación, nº 19. 3ª, 5ª y 6ª planta. CP 23071
Tfno.: 953 013 084
- Málaga
C/ Tomás Heredia, nº 18. CP 29001
Tfno.: 951 932 203
- Sevilla
Avenida de Luis Montoto, nº 87. CP 41071
Tfno.: 955 890 200

ARAGÓN

■ Departamentos Oficiales relacionados con Protección a la Infancia

- Servicio de Pediatría social del Instituto Aragonés de Servicios Sociales. Gobierno de Aragón
golivang@aragon.es
- Huesca: Delegación Provincial del IASS (sección menores):
Plaza Inmaculada nº 2. CP 22071
Tfno.: 974 221 635. Fax: 974 221 504
- Teruel: Delegación Provincial del IASS (sección menores):
Avda. Sanz Gadea nº 11. CP 44002
Tfno.: 978 641 325. Fax: 978 641 232
- Zaragoza:
Delegación Provincial del IASS (subdirección de Protección a la Infancia y Tutelas)

C/Supervía nº 27. CP 50006

Tfno.: 976 715 004. Fax: 976 715 288

- Teléfono de Urgencias del Servicio Especializado en Menores: 901 111 110

CANTABRIA

- Entidades de atención públicas o privadas
 - Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales y para la Prevención del Maltrato Infantil. Avda. Reina Victoria, 33 Entresuelo. 39004 - Santander
Tfno.: y Fax: 942 21 95 00
- Departamentos Oficiales relacionados con Protección a la Infancia
 - Servicio de Atención a la Infancia, Adolescencia y Familia
Calle Canalejas, nº 42. C. Postal 39004, Santander.
Tfno.: 942 200 010. Fax: 942 270 010

CASTILLA-LA MANCHA

- Recursos sanitarios específicos frente al Abuso Sexual Infantil
 - UVASI - Unidad de Valoración del Abuso Sexual Infantil de Castilla La Mancha
Hospital G. La Mancha Centro de Alcázar de San Juan. Ciudad Real
Tfno.: 926 580 500 / 638 228 071
email: uabuso@sescam.jccm.es
- Entidades de atención públicas o privadas
 - UAVDI. Unidad de prevención y atención a víctimas de abuso con discapacidad intelectual
Email: uavdi.laborvalia@gmail.com.
Tfno.: 926 971 097 / 657 489 861.
 - Programa Revelas-m. Programa de prevención e intervención en abuso sexual infantil.
email: revelas-ml@amformad.es Tfno.: 659 929 980
- Departamentos Oficiales relacionados con Protección a la Infancia
 - Servicio de Familia de las Delegaciones Provinciales de Salud y Bienestar Social de la Junta de Comunidad de Castilla la Mancha
Avda. Francia, nº 4. CP 45071 (Toledo). Tfno.: 925 27 45 52.
email: prevencionviolencia.bs@jccm.es

CASTILLA Y LEÓN

- Entidades de atención públicas o privadas
 - Asociación Castellano-Leonesa para la Defensa de la Infancia y Juventud (REA)
Centro Hospitalario Padre Benito Menni. Paseo Juan Carlos I, nº 10.
CP 47008 Valladolid. Tfno : 626 16 75 31
- Departamentos Oficiales relacionados con Protección a la Infancia
 - Dirección General de la Familia. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades
C/ Francisco Suarez 2. CP 47006 (Valladolid)
Tfno.: 983 410 900 / 983 412 251
 - Gerencias Territoriales de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León:
 - Ávila: Pza Fuente El Sol, nº 2. CP 05071.
Tfno.: 920 352 165 extensión 816066
 - Burgos: C/ Glorieta de Bilbao, nº 4. CP 09006.
Tfno.: 947 264 642 extensión 821227
 - León: Pza de Colón, nº 19. CP 24001.
Tfno.: 987 256 612 extensión 831625 / 831634
 - Palencia: Avda Casado del Alisal, nº 32. CP 34001.
Tfno.: 979 706 109 extensión 840550
 - Salamanca: Gran Vía nº 53-55. CP 37001.
Tfno.: 923 216 101 extensión 852258 / 852290
 - Segovia: C/ Infanta Isabel, nº 16, CP 40001.
Tfno.: 921 461 982 extensión 861198
 - Soria: C/ Ronda Eloy Sanz Villa nº 6, bajo. CP 42003.
Tfno.: 975 220 555 extensión 870728
 - Valladolid: C/ Garcia Valladolid, nº 1. CP 47004.
Tfno.: 983 306 888 extensión 882953 / 882954
 - Zamora: C/ Prado Tuerto, nº 17. CP 49019.
Tfno.: 980 671 300 extensión 890765

CATALUNYA/CATALUÑA

Pendiente de implantar una nueva reestructuración y manejo de las situaciones de maltrato frente a la Infancia. Por lo tanto, todos estos datos deben ser recogidos con precaución debido a los próximos cambios que se aproximan.

- Consultas de Pediatría social
 - Hospital Vall d'Hebron Barcelona. Campus Hospitalari. Hospital Infantil. Tfno.: 934 893 000

- Consorci Sanitari de Terrassa. Hospital de Terrassa.
Tfno.: 937 318 119
- Recursos sanitarios específicos frente al Abuso Sexual Infantil
 - EMMA: Unitat d'atenció a les violències vers la infància i adolescència de l'Hospital Infantil Vall d'Hebron (equip EMMA)'. Barcelona. Equipo multidisciplinar de atención al maltrato infantil y abuso sexual. equipemma@vhebron.net. Tfno.: 667 300 655
 - Hospital Sant Joan de Déu. Unidad funcional de Abusos al menor Passeig Sant Joan de Déu, nº 2, CP 08950. Tfno.: 932 804 000 / 932 033 959
Correo electrónico: silviam@hsjdbcn.org
Web: <http://www.hsjdbcn.org/portal/ca/web/infoServeiProfessional>
 - UPS Unitat de Pediatria social Hospital Germans Trias i Pujol Ctr del Canyet s/n 08916 Badalona. Tfno.: 932 186 864
- Entidades de atención públicas o privadas
 - Asociación Catalana para la infancia Maltratada (ACIM)
C/Pere Vergés, 1, planta 10, despatxos 2 i 3 (Hotel d'Entitats La Pau). 08020 Barcelona. Tfno.: 93 511 44 16 / 660 13 94 67
- Departamentos Oficiales relacionados con Protección a la Infancia
 - DIRECCIÓ GENERAL D'ATENCIÓ A LA INFÀNCIA I L'ADOLESCÈNCIA (DGAIA)
 - Barcelona
 - Barcelona ciudad: Tfno.: 935 524 438. Fax: 935 524 530
 - Barcelona comarca: Tfno.: 935 524 463 / 935 524 499. Fax: 935 524 540 / 935 524 434
 - Girona: Tfno.: 972 486 060 / 972 941 262. Fax: 972 941 274
 - Lleida: Tfno.: 973 727 707. Fax: 973 727 956
 - Tarragona: Tfno.: 977 251 986. Fax: 977 241 176
 - Terres de l'Ebre: Tfno.: 977 708 224 / 977 708 232. Fax: 977 705 002
 - Unitat de detecció i Prevenció del Maltractament Infantil (UDEPMI): Tfno.: 900 300 777. Fax: 935 524 594

EUSKADI/C.A. del PAÍS VASCO

- Consultas de Pediatría social
 - Consulta de Pediatría-Desarrollo Infantil y Pediatría social. Hospital Universitario Basurto. Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto. Tfno.: 944 006 000

- Entidades de atención públicas o privadas
 - Asociación Vasca para la Ayuda a la Infancia Maltratada/Tratu Txarrak Jasotako Haurren Laguntzarako Euskal Elkarte
Pº Zarategi, 100. Ed. Txara 1. 20015 Donostia- San Sebastián (Guipuzkoa)
Tfno.: 943 245 616 / 605 726 823
- Departamentos Oficiales relacionados con Protección a la Infancia
 - Diputación foral de Álava
Departamento de Política Social y Servicios Sociales. Instituto Foral de Bienestar Social-Área de Infancia, Menor y Familia
Tfno.: 945 151 015
 - Diputación foral de Guipuzkoa
Departamento de Política Social. Prevención, infancia y familia y Servicio de la mujer
Tfno.: 943 112 111
 - Diputación foral de Bizkaia
Departamento de Acción Social. Servicio de infancia.
Tfno.: 944 066 000
 - Departamento de Interior del Gobierno Vasco. Dirección de Atención a las Víctimas de Violencia de Género (DAVVG) y Ertzaintza: Planificación de la atención a las víctimas de la violencia de género y Protección de niñas y niños víctimas de la violencia de género.
Tfno.: 900 840 111

EXTREMADURA

- Departamentos Oficiales relacionados con Protección a la Infancia
 - Consejería de Bienestar Social. Dirección General de la Infancia y Familia
Avd Reina Sofía s/n. CP 06800 (Mérida)
Tfno.: 924 008 801 / 02 / 03 / 04 / 05
Fax: 924 302 308
 - Delegaciones de la Consejería de Bienestar Social. Dirección General de la Infancia y Familia:
 - Badajoz: Ronda del Pilar nº 6. CP 06002.
Tfno.: 924 010 000 / 55. Fax: 924 010 076
 - Cáceres: C/ Alféreces Provisionales nº 1. CP 10001.
Tfno.: 927 004 306 / 49. Fax: 927 004 309

GALICIA

- Entidades de atención públicas o privadas
 - Asociación Abuso y Maltrato infantil No. Galicia (AMINOGAL)
Tel.: 604 033 699. www.aminogal.es
e-mail: info@aminogal.es
- Departamentos Oficiales relacionados con Protección a la Infancia:
 - Conselleria de Familia e promoción do Emprego, Muller e Xuventude
 - Dirección Xeral de Familia e Inclusión
Edif. Administrativo San Caetano, s/n, CP 15771 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 54 56 61 / 981 95 78 37. Fax: 981 95 75 91
e-mail: familia@xunta.es
 - Departamento Territorial da Coruña - Servizo de Familia e Menores
Enrique Mariñas, s/n "Edificio Proa" Matogrande. CP 15009 A Coruña
Tfno.: 981 18 57 06 / 981 18 57 30
Fax: 981 18 57 37 / 981 18 57 01
e-mail: maltrato.infantil.co@xunta.es
 - Departamento Territorial de Lugo - Servizo de Familia e Menores
Ronda da Muralla, nº 70. CP 27071 Lugo
Tfno.: 982 29 48 79 / 982 29 43 67 / 982 29 44 42
Fax: 982 29 43 86
 - Departamento Territorial de Ourense - Servizo de Familia e Menores
C/ Sáenz Díez, nº 39 baixo. CP 32003 Ourense
Tfno.: 988 38 65 84 / 988 38 61 22
Fax: 988 38 61 31
 - Departamento Territorial de Pontevedra - Servizo de Familia e Menores
Pza. Concepción Arenal, nº 8. CP 36201 Vigo
Tfno.: 986 81 70 63 / 986 81 70 86 / 986 81 73 93
Fax: 986 817 040
 - LIÑA DE AXUDA Á INFANCIA : Tfno.: 116 111

ILLES BALEARS/ISLAS BALEARES

- Consultas de Pediatría social
 - Hospital Universitario Son Llàtzer. Palma de Mallorca
Unidad funcional de Pediatría social
Tfno.: 871 202 246
e-mail: hsll.ufpediatriasocial@ssib.es

- Entidades de atención públicas o privadas
 - Unidad de valoración de abuso sexual infantil (UVASI).
Palma de Mallorca: C/General Riera, 67.
Tfno.: 971 763 325 / 628 140 831. Fax: 971 761 231
Web: www.imasmallorca.com
 - Red de Ayuda a niños abusados (RANA)
C/ Bonaire 16, 3er Piso. 07003 Palma de Mallorca
Tfno.: 971 724 795
- Departamentos Oficiales relacionados con Protección a la Infancia
 - Dirección General de Familia y Menores
C/ San Joan de la Salle, 4ºB. CP 07003, Palma de Mallorca.
Tfno.: 971 177 400. Fax: 971 176 416
<http://dgmenors.caib.es>

ISLAS CANARIAS

- Departamentos Oficiales relacionados con Protección a la Infancia
 - Dirección general de Protección del Menor y la Familia
 - Sede en Tenerife:
C/ San Sebastián nº 53. Edificio Príncipe Felipe. CP 38071, Santa Cruz de Tenerife.
 - Sede en Gran Canarias
C/ Agustín Millares Carló nº 18, Edificio Usos Múltiples II, 2ª planta. CP 35071, Las Palmas de Gran Canaria.

LA RIOJA

- Entidades de atención públicas o privadas
 - Asociación Pro-Infancia Riojana (APIR)
C/ Travesía de Palacio, 7 bajo. 26001 Logroño (La Rioja)
Tfno.: 941 230 725
- Departamentos Oficiales relacionados con Protección a la Infancia
 - Consejería de Servicios Sociales:
Tfno.: 941 291 100
Servicio de Protección de menores, mujer y familia.
Tfno.: Información al menor: 116 111

MADRID

- Consultas de Pediatría social
 - Alcorcón: Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Calle Buda-pest, 1, 28922 Alcorcón, Madrid. Tfno.: 916 21 94 00

- Getafe: Hospital Universitario de Getafe. Carr. Madrid - Toledo, Km 12,500, 28905 Getafe, Madrid. Tfno.: 916 83 93 60
 - Madrid:
 - Hospital Infantil Universitario La Paz: Paseo de la Castellana, 261, 28046 Madrid. Tfno.: 917 277 000
 - Hospital Infantil Universitario Niño Jesús: Av. de Menéndez Pelayo, 65, 28009 Madrid
 - Torrejón: Hospital Universitario de Torrejón. Calle Mateo Inurria, s/n, 28850 Torrejón de Ardoz, Madrid. Tfno.: 916 262 626
- Entidades de atención públicas o privadas
- Centro especializado de Intervención en abuso sexual infantil (CIASI)
Manuel de Falla, nº 7. CP 28036 (Madrid)
Tfno.: 91 420 85 72 / 85 54 /82 97
 - Centro de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Violencia Sexual (CIMASCAM) Tfno.: 915 340 922
 - Ilustre Colegio de Abogados de Madrid:
Esta institución dispone de recursos para la Orientación jurídica de menores, un Servicio de Orientación jurídica de las víctimas y la defensa del turno de oficio.
C/ Serrano, 9. 28001 Madrid. Tfno.: 914 357 810
<http://www.icam.es>
- Departamentos Oficiales relacionados con Protección a la Infancia
- INSTITUTO MADRILEÑO DE LA FAMILIA Y DEL MENOR
C. de Manuel de Falla, 7, 28036 Madrid
Tfno.: 915 803 464. Fax: 915 803 747
 - JUZGADO DE GUARDIA MADRID. Tfno.: 914 932 513
 - U.A.P.F. (Unidad de Atención y Protección a la Familia del cuerpo de Policía municipal de Madrid). Tfno.: 900 222 100
 - SAMUR SOCIAL. Tfno.: 914 802 020

COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

- Departamentos Oficiales relacionados con Protección a la Infancia
- Departamento de Políticas Sociales
C/ González Tablas nº 7, CP 31005 (Pamplona)
Tfno.: 902 165 170 / 848 426 900
e-mail: dgps.informacion@navarra.es

PRINCIPADO DE ASTURIAS

- Entidades de atención públicas o privadas
 - Asociación Asturiana para la atención y el cuidado de la Infancia
C/ Foncalada 5, 1º oficina 3, 33002 Oviedo
Tfno.: 618 092 283
- Departamentos Oficiales relacionados con Protección a la Infancia
 - Instituto Asturiano de Atención Social a la Infancia, familia y Adolescencia
C/ Alférez Provisional s/n. CP 33005 (Oviedo)
Tfno.: 985 106 538. Fax: 985 106 376

COMUNITAT VALENCIANA/COMUNIDAD VALENCIANA

- Departamentos Oficiales relacionados con Protección a la Infancia
 - PROTECCIÓN INFANTIL I INTERVENCIÓN FAMILIAR
<http://www.inclusio.gva.es/es/web/menor/proteccion-infantil-e-intervencion-familiar6cf>
 - Direcciones territoriales competentes:
 - Alicante:
Rambla Méndez Núñez, nº 41. CP 03002. Tfno.: 966 478 200
 - Castellón:
Avenida Hermanos Bou, nº 81. CP 12003. Tfno.: 964 726 200
 - Valencia:
Avenida Barón de Cárcer, nº 36. CP 46001.
Tfno.: 96 386 67 50
 - Teléfono del Menor: 900 100 033
 - Teléfono de Ayuda a la Infancia: 116 111

REGIÓN DE MURCIA

- Entidades de atención públicas o privadas
 - Asociación Murciana de apoyo a la infancia maltratada (AMAIM)
C/San Martín de Porres, 4, 3º A. 30004 Murcia
Tfno.: 968 201 187
- Departamentos Oficiales relacionados con Protección a la Infancia
 - Consejería de política social, mujer e inmigración. Dirección general de familia y menor
 - Avda. de La Fama nº 3, 3ª planta. Tfno.: 968 362 035.
Fax: 968 365 174
 - Información propia en Web Consejería: www.carm.es/ctra/menoryfamilia/

- Protección de menores:
C/ Travesía del Rocío, nº 8 (Edif. Lago).
Tfno.: 968 273 160 / 968 273 197

CIUDADES AUTÓNOMAS DE CEUTA Y MELILLA

- Entidades de atención públicas o privadas
 - Fundación ANAR. Tfno.: 900 202 010
- Departamentos Oficiales relacionados con Protección a la Infancia
 - CEUTA: Áreas de Menores de la Ciudad Autónoma de Ceuta/
Dirección General del Menor y la Familia.
C/ Real nº 63 (antiguo Edificio La Mutua). CP 51001 (Ceuta)
Tfno.: 956 511 842 / 956 512 413. Fax: 956 510 813
 - MELILLA: Consejería de Bienestar Social y Sanidad/Dirección General del Menor y la Familia. Sección Técnica de Protección.
Tfno.: 952 699 301. Fax: 952 699 302

Para concluir este capítulo, incluimos otras páginas web que pueden incrementar nuestros conocimientos y mejorar la práctica profesional y la atención integral del niño o niña.

OTRAS PÁGINAS WEB DE INTERÉS:

- Universidad de Harvard. Center on the Developing Child:
 - <https://developingchild.harvard.edu/resources/aces-and-toxic-stress-frequently-asked-questions/>
- Fondation Dr. Julien:
 - <https://fondationdrjulien.org/les-centres/>
- U.S. Department of Health & Human Services. Child Welfare Information Gateway:
 - [https://www.childwelfare.gov/topics/preventing/prevention-programs/reports/...](https://www.childwelfare.gov/topics/preventing/prevention-programs/reports/)
- International Society for Social Pediatrics and Child Health:
 - <https://www.childwelfare.gov/topics/preventing/prevention-programs/reports/>
- Sociedad Española de Urgencias de Pediatría:
 - <https://seup.org/gtmaltrato/>
- Sociedad Española de Pediatría social:
 - <https://www.pediatriasocial.es/>
- American Academy of Pediatrics: Council on Child Abuse and Neglect (COCAN):
 - <https://services.aap.org/en/community/aap-councils/child-abuse-and-neglect/>

- <https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/resilience/Pages/Child-Abuse-and-Neglect.aspx>
- American College of Emergency Physicians/American Academy of Emergency Medicine (AAEM):
 - <https://www.acep.org/>
 - <https://www.aaem.org/>
 - <https://www.acep.org/how-we-serve/sections/social-emergency-medicine/>

Glosario

Zaira Ibars Valverde

Amaia Arbeloa Miranda

A

ACOGIMIENTO: Medida de protección por la que se otorga la guarda de un menor de edad a una persona o familia que asume las obligaciones señaladas expresamente en el artículo 173 del Código Civil, siempre que no fuese posible la permanencia del NNA en su propia familia de origen.

ACOGIMIENTO RESIDENCIAL: Medida de protección que adopta la entidad pública competente como forma de la guarda, en virtud de la cual el NNA es acogido en un centro donde recibe servicios de alojamiento, manutención, apoyo educativo y atención integral.

ADOPCIÓN: Acto jurídico mediante el cual se crea un vínculo de parentesco entre dos personas, de tal forma que establece entre ellas una relación de paternidad y/o maternidad.

AMPARO INFANTIL: Acción o recurso que tutela los derechos constitucionales del menor de edad. En origen el menor se encuentra amparado por sus progenitores o tutores legales.

APEGO: Vinculación afectiva intensa, duradera, de carácter singular, que se desarrolla y consolida entre dos personas, por medio de su interacción recíproca.

APOYO SOCIAL: Medidas naturales o puestas en marcha por los servicios de atención al menor, que darán como resultado la prevención, tratamiento y la no reiteración del maltrato infantil.

ASERTIVIDAD: Conjunto de habilidades que nos permiten satisfacer nuestras actividades: hacer valer nuestros derechos, expresar nuestros pensamientos, sentimientos, deseos, respetando los de los demás y haciéndolo de una forma adecuada.

AUTOCUIDADO: Conjunto de estrategias de afrontamiento que el propio individuo puede implementar para prevenir experiencias ne-

gativas y propiciar o fortalecer su bienestar integral, tanto en el área psíquica como física. A partir de ello, el profesional podrá elaborar un planteamiento inicial de acciones o estrategias de autocuidado -individuales o colectivas- orientadas a su propia protección y a la recuperación de su bienestar.

AUTONOMÍA: Capacidad para determinar el curso de acción por uno mismo. Es uno de los grandes principios de la bioética. En el contexto del cuidado médico, el respeto por la autonomía individual significa permitir que el paciente escoja si acepta o rechaza tratamientos específicos. La expresión práctica de este principio es el consentimiento informado.

B

BENEFICIENCIA: Principio de la bioética que promueve el bienestar o el mejor interés de una persona.

BIENESTAR INFANTIL: Conjunto de competencias (cognitivas, conductuales, emocionales y sociales) que permiten al NNA un despliegue evolutivo en condiciones favorables y saludables en su entorno y consigo mismos.

BIOÉTICA: Rama de la ética aplicada que estudia las implicaciones de valor de prácticas y desarrollos en las ciencias de la vida, medicina y atención en salud.

BUENTRATO INFANTIL: Manifestaciones de afecto, cuidado, pautas positivas de crianza, apoyo y socialización que reciben los NNA por parte de progenitores, cuidadores, el grupo social y las instituciones, para garantizarles un adecuado desarrollo físico, afectivo, psicológico y social.

BURNOUT: Situación de estrés crónico que se produce en aquellos profesionales que atienden de manera intensa y prolongada a personas en situación de necesidad o dependencia. Es característico de profesiones vocacionales, y se produce paulatinamente por la falta de cumplimiento de las expectativas creadas. Las consecuencias en la salud pueden ser variadas: depresión, alteraciones del sueño, cefaleas, trastornos gastrointestinales, etc. También conocido como síndrome del desgaste laboral o síndrome del quemado.

C

CALIDAD DE VIDA: Bienestar integral, teniendo en cuenta, condiciones y estilos de vida, así como indicadores, tanto objetivos, como subjetivos. Entre estos últimos cabe señalar la satisfacción con la propia vida.

CAPACIDAD JURÍDICA: Capacidad de la persona para ser titular de derechos y obligaciones. Toda persona tiene capacidad jurídica.

CAPACIDAD DE OBRAR: Capacidad de la persona para ejercer sus derechos y obligaciones. No toda persona tiene plena capacidad de obrar, por lo que de estar restringida, será necesaria la asistencia de la persona que ejerza la patria potestad, tutela o curatela. «No tienen capacidad de obrar los menores de 18 años y las personas mayores que hayan sido declaradas incapacitadas mediante resolución judicial».

CARÚNCULAS MIRTIFORMES: Conjunto de pequeñas elevaciones que rodean el orificio vaginal, restos de la membrana del himen.

CIBERBAITING: Actividad o conducta de humillación a docentes o centros educativos por parte de alumnos con resultado de la indefensión de la víctima al viralizarse en internet el contenido videográfico o fotográfico obtenido de la agresión.

CONCERTACIÓN: Proceso de deliberación entre partes con intereses diversos, facilitado por un tercero imparcial, que conduce a la obtención de acuerdos voluntarios y al establecimiento de límites en sus diferencias.

CONDICIONES MATERIALES DE VIDA: Se evalúan teniendo en cuenta los siguientes criterios: Condiciones estructurales de la vivienda, equipamiento doméstico básico, hacinamiento, satisfacción de los integrantes de la familia con los ingresos.

CONFIDENCIALIDAD: Derecho del paciente a que todos los profesionales que por su relación con el mismo lleguen a conocer sus datos personales, respeten su intimidad y cumplan con el deber de secreto y sigilo. En el compromiso de confidencialidad típicamente encontrado en el código de ética profesional, el médico contrae la obligación de no revelar información sobre un paciente o cliente sin su consentimiento, siempre que no resulte en daño social o en la violación de los derechos de otras partes (relatividad del secreto profesional).

CONFLICTO: Antagonismo o incompatibilidad inicial entre dos o más partes que expresan una insatisfacción o desacuerdo sobre cosas diversas.

CONTROL PARENTAL: Sistema de supervisión informatizado, dirigido a progenitores o tutores, que permite o deniega el acceso del menor de edad a determinados contenidos durante la navegación por internet o la programación televisiva, cuyo objetivo es la seguridad del NNA.

CONTUSIÓN: Daño que se produce en alguna parte del cuerpo a causa de un golpe que no genera una herida exterior. Se trata de una

lesión física no penetrante por la acción de un objeto duro que actúa sobre el organismo con fuerza considerable.

CUIDADOS PALIATIVOS: Cuidados totales y activos de los pacientes cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo. Sus objetivos son el control del dolor y de otros síntomas, el apoyo emocional y la preservación de la dignidad y la autonomía del enfermo. El propósito esencial es disminuir el sufrimiento y la mayor calidad de vida y el máximo bienestar subjetivo posible al final de la vida.

CUSTODIA DEL NIÑO: En derecho de familia, se denomina custodia legal, a la situación jurídica que se da cuando un tribunal otorga, mediante sentencia, la guarda y custodia de un menor de edad o de un incapacitado a una o a varias personas.

D

DAÑO PSÍQUICO EN EL NIÑO: Deterioro, disfunción, disturbio o trastorno, o desarrollo psicogénico o psicoorgánico que, producido por una lesión psíquica que ha afectado las esferas afectivas y/o intelectual y/o volitiva de un niño y que limita la capacidad de goce intelectual, familiar, social y/o recreativa.

DECLARACIÓN INDUCIDA: Acto de influir en los NNA, intencionalmente o no en la acción y el efecto de comunicar un hecho que pueda establecer la base para que se determine si ha sido víctima de comportamientos constitutivos de delito.

DEFENSOR DEL NIÑO: Figura institucionalizada para la promoción y protección de los derechos de los/las menores o adolescentes, que garantiza el cumplimiento de la «convención de derechos del niño» en los lugares donde queda establecida y reglamentada. No existe en todas las comunidades autónomas.

DEPRESIÓN: Trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos extremos de tristeza, falta de autoestima y abatimiento.

DESAMPARO: Situación a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los NNA, cuando estos están privados de la necesaria asistencia moral o material (artículo 172 1, 2.º párrafo, del Código Civil).

DESAPEGO: Inatención pasiva o pasiva-agresiva de los progenitores respecto a las necesidades del niño, que evita la creación de un vínculo afectivo y mutuo.

DESPROTECCIÓN INFANTIL POR IMPOSIBILIDAD DE CUIDADOS: Se produce cuando los menores de edad no pueden recibir ni los cuidados ni la atención necesarios por parte de los progenitores o

tutores responsables de su cuidado y es imposible, temporal o definitivamente que se modifiquen las causas que las provocaron. Ejemplo serían: orfandad, prisión de ambos progenitores, enfermedad invalidante de los progenitores, huida de los progenitores, etc.

DESPROTECCIÓN INFANTIL POR INCUMPLIMIENTO DE DEBERES: Se produce cuando de manera total, absoluta y definitiva, los progenitores o tutores renuncian a cumplir con los deberes de protección, quedando los menores de edad en una situación de desprotección total. El no reconocer la paternidad o maternidad por parte de ningún adulto, el dejar de manera definitiva al menor en manos de otras personas, negando la compañía y cuidado de aquel. Existe un abandono en el sentido literal de la palabra.

DESPROTECCIÓN POR INADECUADO CUMPLIMIENTO DE DEBERES: Se produce cuando de manera consciente o inconsciente infringen al hijo/a maltrato o abandono físico, emocional o abuso sexual.

DIGNIDAD HUMANA: Expresión que hace referencia a los derechos básicos y al respeto radical inherentes a todo ser humano por el mero hecho de serlo, que son anteriores a su reconocimiento positivo por parte de las leyes. Existe un consenso social casi universal de que la vida pierde esa dignidad cuando es considerada como sólo fisiología.

DILEMA ÉTICO: Conflicto de valores o creencias que resulta de una situación en la que la elección de un bien inevitablemente conlleva la pérdida de otro bien. Se mantiene por una suerte de «idolatría biológica» cuando ya todo potencial de relación no existe.

DISCAPACIDAD: Condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan la forma de interactuar y participar plenamente en la sociedad. Término actualizado en ocasiones por «diversidad funcional».

E

EDAD DE CONSENTIMIENTO SEXUAL: Concepto jurídico, presente en códigos penales, que señala la edad a partir de la cual un/a menor de edad puede consentir tener relaciones sexuales con otras personas. En España desde 2015 la edad de consentimiento sexual es de 16 años.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección de la salud; contribuye a capacitar a los individuos para que

participen activamente en definir sus necesidades y elaborar propuestas para conseguir unas determinadas metas en salud.

EMANCIPACIÓN: Acto jurídico que habilita al menor de edad para regir su persona o bienes como si fuese mayor. Reflejado en el artículo 323 del Código Civil.

EQUIDAD EN SALUD: Principio de oportunidad justa para alcanzar su potencial pleno de salud y, más pragmáticamente, que nadie debe ser desfavorecido en alcanzar su potencial si esto puede ser evitado.

ERROR MÉDICO: Todo acto médico o paramédico de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico que no se corresponda con el problema real de salud del paciente y en el que no exista mala fe, negligencia indolencia, incapacidad, ni ignorancia profesional.

EXCORIACIÓN: Lesión superficial de la piel. Levantamiento o irritación de la piel, de manera que esta adopta un aspecto escamoso.

ÉTICA MÉDICA: Conjunto de normas de comportamiento para los miembros de la profesión médica en sus relaciones con quienes demandan sus servicios y en las que mantienen entre sí los profesionales de la medicina y con otros profesionales de la salud.

EQUIMOSIS: Son contusiones superficiales, no hay afectación de la piel, y si del tejido celular subcutáneo. Pueden adaptar distinta forma, y serán sospechosas de maltrato físico las que aparecen en las denominadas «zonas de castigo»: nalgas, genitales, laterales del cuerpo, abdomen o espalda.

F

FACTOR DE PROTECCIÓN: Característica, condición, evento, atributo o contingencia personal, familiar, social o ambiental que favorece el desarrollo del NNA, previene riesgos o modera vulnerabilidades frente a circunstancias de la vida, especialmente en situaciones desfavorables.

FACTOR DE RIESGO: Aspecto del comportamiento personal o del estilo de vida, de exposición ambiental o de características hereditarias de una persona, que según la evidencia epidemiológica, se asocia a estados de salud no favorables y que se considera importante prevenir. El término de factor de riesgo también se utiliza para indicar un determinante que se puede modificar con una intervención reduciendo con ella la probabilidad de aparición de la enfermedad.

FAMILIA: Grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, y que está condicionado

por los valores socioculturales en los cuales se desarrolla. Su funcionamiento se basa en el cumplimiento de las funciones básicas (biológica, económica, afectiva y educativa), la dinámica de las relaciones internas (cohesión, armonía, comunicación, adaptabilidad, afectividad, roles y permeabilidad).

FAMILIA DE ACOGIDA: Núcleo familiar distinto al que ostenta la patria potestad que recibe a uno o varios NNA para cuidarlos, atenderlos y educarlos de modo que participen plenamente en la vida familiar.

FAMILIA EXTENSA: En ella se incluyen los progenitores, sus hijos y otros familiares.

FAMILIA NUCLEAR: Está compuesta por uno o dos progenitores y sus hijos.

G

GÉNERO: La Organización Mundial de la Salud (OMS), lo define como los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.

GUARDA: Institución jurídica ejercida por los progenitores respecto a sus hijos no emancipados, y que comprende el deber de velar por ellos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral.

GUARDA VOLUNTARIA: Guarda asumida por entidad pública a solicitud de los progenitores o tutores ordinarios, cuando estos acrediten que no pueden cuidar al menor de edad por circunstancias graves.

GUARDA JUDICIAL: Guarda asumida por la entidad pública cuando así lo haya acordado el juez, en los casos en que legalmente proceda.

H

HEMATOMA: Lesión subcutánea sobreelevada caracterizada por depósitos de sangre extravasada debajo de la piel intacta. También puede ser interno.

HERIDA INCISA: Es toda pérdida de continuidad en la piel (lo que se denomina «solución de continuidad»), secundaria a un traumatismo. Son producidas por instrumentos de hoja afilada y cortante los bordes son limpios sin contornos tortuosos.

HERIDA CONTUSA: La solución de continuidad se produce por agentes traumáticos obtusos, casi siempre actuando sobre un plano duro subyacente, los bordes se encuentran magullados, desvitaliza-

dos, apreciándose, a veces, pérdidas de sustancia en el contorno de la herida.

HIMEN COMPLACIENTE: Tipo de himen que durante el examen ginecológico permite el paso de dos dedos enguantados sin romperse, y al retirarlos vuelve a sus dimensiones normales, o aquel que en el momento de la relación sexual permite la penetración sin lesionarse.

I

INSTRUMENTALIZACION PARENTAL: Conjunto de comportamientos de los progenitores del menor de edad que, de manera consciente o inconsciente, pueden generar una disfunción familiar. No confundir con el falso síndrome de alienación parental.

INTIMIDACIÓN: Comportamiento agresivo intencionado para causar daño o angustia. El comportamiento puede ser físico o verbal. Normalmente hay un desequilibrio del vigor, fuerza, o del estado entre la víctima y el agresor.

INTERÉS SUPERIOR DEL MENOR: Concepto triple: es un derecho, un principio y una norma de procedimiento. Es un conjunto de acciones y procesos tendientes a garantizar un desarrollo integral y una vida digna, así como las condiciones materiales y afectivas que permitan vivir plenamente y alcanzar el máximo de bienestar posible a niñas y niños.

INTERVENCIÓN FAMILIAR: Conjunto de acciones orientadas hacia la familia y que son realizadas por miembros del equipo de salud o servicios sociales. A través de ellas se propicia el desarrollo de los propios recursos familiares de manera que la familia pueda ser capaz de hallar alternativas de solución ante los problemas.

INTERVENCIÓN FAMILIAR EDUCATIVA: Proceso que permite a la familia recibir información, producir conocimiento sobre determinados temas y promover la reflexión. Pretende simular la adopción de estilos de vida saludables y patrones de relación funcionales y adaptativos a los cambios, incluyendo los de salud-enfermedad.

INTERVENCIÓN FAMILIAR TERAPÉUTICA: Proceso que consiste en la aplicación de una metodología compuesta por técnicas y procedimientos encaminados a producir un cambio o modificación de las pautas disfuncionales de relación familiar.

J

JUEGO INFANTIL: Interacción recreativa del menor de edad con su medio que distingue entre el juego normado y estructurado y el juego

espontáneo y no-normado. Diferenciándose según objetivos, de igual manera, entre el juego como proceso de aprendizaje y socialización y el juego como descubrimiento emocional en la interacción. Es un derecho de la infancia.

JUSTICIA: Principio que exige la justicia distributiva de los bienes de salud. En un contexto de medicina pública, obliga a establecer los mecanismos para satisfacer las necesidades básicas de salud de todos los ciudadanos, obligación de la administración, y a gestionar con eficacia unos recursos limitados.

M

MADUREZ SEXUAL: Capacidad de vivir la sexualidad de forma plena: física, psicológica, social y emotivamente.

MALA PRÁCTICA: Cuando un profesional, como un médico o abogado, no brinda el servicio adecuado por ignorancia reprochable o negligencia, o con intención criminal, especialmente cuando dicha falla da lugar a daño o pérdida; conocido también como impericia, mala praxis.

MALTRATO PRENATAL: Conductas realizadas voluntariamente por la madre o personas del entorno familiar, o conductas negligentes que influyen negativamente en el embarazo y repercuten en el feto; también conocidas como maltrato durante el período de gestación.

MUERTE SÚBITA DEL NIÑO: La muerte súbita o inexplicada en un niño cualquiera que sea su edad, es aquella que sobreviene bruscamente o de modo imprevisto, presumiblemente enfermo o saludable, cuya causa no se tuvo en cuenta en el desenlace fatal de la víctima. Participan factores clínicos, éticos y biosociales.

MODELO ECOLÓGICO: Modelo explicativo que estudia las relaciones entre las personas y su ambiente, integrando los aspectos psiquiátricos y psicológicos con los aspectos sociales, culturales y ambientales. La integración, en cada caso concreto, de variables de diferentes niveles ecológicos se consideró como el aspecto esencial del maltrato y abandono infantil. Se basa en círculos concéntricos de mutua influencia divididos en tres contextos principales: el macrosistema, el exosistema y el microsistema.

O

OBSERVATORIO DE LA INFANCIA: Órgano colegiado con capacidad para vigilar y seguir la situación del bienestar, de la calidad de vida de la población infantil y de las políticas públicas que la afectan, cuyos

objetivos básicos son hacer recomendaciones sobre políticas de infancia y potenciar el conocimiento de la realidad de NNA.

ORIENTACIÓN INFANTIL: Estudio y tratamiento psiquiátrico, sociológico y psicológico del niño en desarrollo, con énfasis en las medidas preventivas o profilácticas centradas en el medio familiar, educacional y socioambiental del NNA.

P

PARENTALIDAD POSITIVA: Se basa en el comportamiento de los progenitores que se fundamenta en el interés superior del niño/a, que cuida, desarrolla sus capacidades, no es violento y ofrece reconocimiento y orientación que incluyen el establecimiento de límites que permitan el pleno desarrollo del niño.

PATRIA POTESTAD: Conjunto de derechos y deberes que corresponden a los progenitores sobre la persona y el patrimonio de cada uno de sus hijos no emancipados, como medio natural de ejercer la función natural de proteger y educar a los mismos.

PEDERASTIA: Abuso deshonesto cometido por un adulto hacia un NNA. El pederasta es quien abusa sexualmente de un menor de edad.

PEDOFILIA: Parafilia de una persona adulta que consiste en orientar el deseo y excitación sexual hacia NNA. El pedófilo no puede satisfacer su sexualidad con personas de su edad; solo desea, se siente atraído y se excita con menores de edad; realice (pederasta) o no conductas sexuales ellos.

PEDIATRÍA SOCIAL: Perspectiva de análisis e intervención profesional cuyos fundamentos, provenientes de la medicina, sitúan la salud y el bienestar de la infancia y adolescencia en el contexto familiar, social y medioambiental.

PLAN DEL CASO: Recurso utilizado por los servicios sociales, que se centra en conseguir la acción protectora más completa del NNA, de cara a su definitiva integración.

POBREZA INFANTIL: Situación o proceso de privación de los recursos necesarios para la supervivencia y/o desarrollo, que impide a niños y niñas disfrutar de sus derechos, alcanzar su potencial o participar en igualdad de condiciones en la sociedad.

PORNOGRAFÍA INFANTIL: Se establece en el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual o Convenio de Lanzarote, como todo material que represente de forma visual a un niño manteniendo una conducta sexualmente explícita, real o simulada, o toda representación de los órganos

sexuales de un niño con imágenes principalmente sexuales” (Art. 20.2.). Se establecen como delito en este Convenio producción de pornografía infantil, la oferta o puesta a disposición de pornografía infantil, la difusión o transmisión de pornografía infantil, la adquisición para sí o para otro de pornografía infantil y la posesión de pornografía infantil” (Art. 20.1.).

PREVENCIÓN PRIMARIA: Protección de la salud a través de medidas generales de tipo personal y comunitario, como la promoción de un estado nutricional adecuado, del ejercicio físico y del bienestar emocional; la vacunación frente a las enfermedades infecciosas, y el establecimiento de medidas de seguridad ambientales.

PREVENCIÓN SECUNDARIA: Medidas aplicadas a individuos y grupos de población para la detección precoz y la intervención rápida y efectiva sobre las situaciones de desviación del estado adecuado de salud.

PREVENCIÓN TERCIARIA: Aplicación de medidas para reducir o eliminar las alteraciones y formas de incapacidad a largo plazo, minimizar el sufrimiento causado por las situaciones que dan lugar a pérdida de la salud, y facilitar la adaptación del paciente a las enfermedades irreversibles.

PROMOCIÓN DE SALUD: Proceso por el cual se ayuda a las personas a incrementar el control sobre su propia salud y a mejorarla. Se refiere a la población en su conjunto y en el contexto de su vida cotidiana, más que a las personas con riesgo de enfermedades específicas, y persigue el objetivo de actuar sobre los factores determinantes o causas de las alteraciones de la salud.

PSEUDO-SÍNDROME DE ALIENACIÓN PARENTAL: Falso síndrome que no es reconocido como trastorno por las comunidades médicas o legales. Ha sido ampliamente criticado por la comunidad legal y de salud mental, quienes afirman que su utilización no debe ser admitido en los juicios sobre medidas de custodia de los NNA. Su falso constructo teórico ha sido rechazado como entidad clínica por las dos instituciones más reconocidas en el mundo en términos de salud y trastornos mentales: la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Americana de Psiquiatría. No aparece en las listas de trastornos patológicos de ningún manual, ni en el CIE-10 de la (OMS) ni en el DSM-5 publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría.

R

RESILIENCIA: Capacidad humana, a nivel individual o colectivo, para adaptarse ante la tragedia, trauma, adversidad o infortunios y sobrellevar importante estrés en la vida.

RESPONSABILIDAD MÉDICA: Obligación que tienen todas las personas que ejercen la medicina de responder ante la justicia por daños ocasionados con motivo del ejercicio de su profesión. Cuenta con las tipificaciones siguientes: impericia, imprudencia, negligencia, delito, error médico, infracción o falta médica e iatrogenia.

RESPONSABILIDAD SOCIAL DEL PROFESIONAL: Realización con dignidad de la función encomendada por la sociedad expresada mediante una actitud moral de este profesional ante sí y ante los demás (colegas, pacientes, familiares y sociedad en general), la cual refleja su profunda comprensión del compromiso y función social que le corresponde desempeñar.

RIESGO: Probabilidad de aparición de un evento que puede dar lugar a un daño o enfermedad. Situación de riesgo: aquellas en que existan carencias o dificultades en la atención de las necesidades básicas de los NNA.

R.U.M.I: Registro unificado de maltrato infantil. Se crea una base española que incorpora información sobre las futuras personas entre 0 y 18 años que están o pueden ser víctimas de maltrato.

S

SALUD: Según la Organización Mundial de la Salud (1948), la salud se define como «un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no simplemente la ausencia de enfermedad o malestar».

SALUD DE LOS INTEGRANTES DE LA FAMILIA: Se evalúa teniendo en cuenta la salud de cada miembro. Se considera que este aspecto afecta la salud familiar cuando hay predominio de la enfermedad sobre la salud o cuando la naturaleza del problema que afecta a alguno de sus integrantes es de una envergadura tal que influye negativamente en la dinámica de las relaciones internas.

SERVICIO SOCIAL: Prestaciones que están incluidas dentro de la acción protectora del sistema de la Seguridad Social, cuya finalidad es complementar las prestaciones económicas y, a la vez, procurar una mejora de las condiciones de vida de los beneficiarios reduciendo, en lo posible, las limitaciones personales motivadas por razones de edad o discapacidad.

SEXTORSIÓN: Chantaje que realiza una persona al amenazar a otra con la difusión de imágenes, vídeos u otros con contenido sexual, a cambio de más imágenes o materiales de este tipo o de una contraprestación en dinero u otros.

SÍNDROME DE MUERTE SÚBITA DEL LACTANTE (SMSL): Muerte abrupta e inexplicable de un recién nacido aparentemente saludable

con menos de un año, y que permanece sin explicación luego de un estudio exhaustivo del caso, incluyendo la realización de una autopsia completa, examen del escenario de la muerte, y revisión de la historia clínica.

SUMISIÓN QUÍMICA: Administración de sustancias psicoactivas a una persona, sin su conocimiento, con fines delictivos o criminales. La acción de la sustancia administrada, evita el consentimiento legal o el presentar resistencia de la víctima a la acción del agresor.

T

TRABAJO INFANTIL: Actividad laboral de personas menores de edad. La edad mínima de trabajo en España son los 16 años con el consentimiento o la autorización de los progenitores/ tutores.

TRASTORNO DE DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH): Trastorno de la conducta, normalmente diagnosticado por primera vez en la infancia, caracterizado por la falta de atención, la impulsividad y, en algunos casos, hiperactividad.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN EL NIÑO: Trastorno de la ansiedad caracterizado por un suceso (trauma) físico o emocional aterrador que provoca que el niño que lo ha sobrevivido tenga pensamientos y recuerdos o retrospectivas persistentes y aterradores de esa terrible experiencia.

TRAUMATIZACIÓN VICARIA: Presentación de síntomas relacionados con estrés postraumático en quienes apoyan a personas afectadas por una experiencia traumática, como en el caso de la violencia intrafamiliar.

TUTELA: Representación de los menores de edad no sujetos a patria potestad y a los mayores de edad judicialmente incapacitados.

TUTELA AUTOMÁTICA: Tutela que por el Ministerio de la Ley asume la entidad pública cuando declara el desamparo de un menor al amparo del artículo 172 del Código Civil, sin necesidad de que sea constituida por los órganos judiciales.

TUTELA ORDINARIA: Tutela que se constituye mediante resolución judicial para proteger y representar a un menor de edad o una persona declarada incapaz por resolución judicial. Por causa diferente a la edad.

TUTOR LEGAL: Autoridad que se confiere por el ministerio de la ley a una persona para cuidar de un menor de edad y para administrar sus bienes, en defeco de la autoridad paterna o materna.

V

VERACIDAD: Conformidad entre lo que se dice y lo que se piensa con los datos disponibles. Es un requisito básico en la relación médico-paciente.

VICTIMIZACIÓN PRIMARIA: Consecuencias directas que tiene para un NNA haber sufrido una situación traumática de maltrato.

VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA: Atención inadecuada a la víctima por parte del sistema judicial, instituciones de salud o policía, que se produce después de haber sufrido maltrato infantil, que perjudica psicológica y emocionalmente a la víctima de manera profunda y traumática. La víctima rememora los hechos en virtud de los cuales ha sido victimizada.

VÍNCULO SEGURO: Relación afectiva que se establece entre un niño/a y los responsables más directos de su «crianza». Se caracteriza por ser una relación perdurable en el tiempo, en la que tanto el niño como el cuidador contribuyen a la calidad de la relación. Un vínculo cálido, afectivo, estable fomenta un desarrollo positivo en las diferentes dimensiones del individuo (afectivas, cognitivas y sociales), así como también, un desarrollo sano de la personalidad.

VIOLACIONES DE LOS DERECHOS HUMANOS: Maltrato deliberado de grupos de humanos incluyendo violaciones de los derechos fundamentales generalmente aceptados y establecidos por la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptados y proclamados por la Asamblea General de las Naciones Unidas, resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948.

VIOLENCIA: El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 1996).

VIOLENCIA DE PAREJA: Se produce entre personas relacionadas de manera íntima. Comprende distintos tipos de violencia física, psicológica, sexual. Es independiente del estado civil, orientación sexual o momento de relación. Existen situaciones de agresividad entre ambos componentes de la relación, y los dos reconocen ambos las conductas emitidas, las cuales les suelen generar sentimientos de culpa por agresiones.

VULNERABILIDAD: Relación directa que existe entre situaciones de riesgo o crisis y la carencia o deficiencia de recursos para afrontar dichas situaciones.

*“Si eres libre, debes liberar a alguien más. Si tienes algo de poder,
entonces tu trabajo es empoderar a alguien más”*

*Tony Morrison.
Escritora (1931-2019). Premio Nobel de Literatura en 1993.*

Finis coronat opus

Marzo 21



SEUP
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
URGENCIAS DE PEDIATRÍA



SEPS
Sociedad Española
de Pediatría Social



Federación de Asociaciones
para la Prevención
del Maltrato Infantil
www.fapmi.es

Nutribén®
Especialistas en alimentación infantil

N ÁREA
PROFESIONAL
Nutribén®

