



Cincuenta
Aniversario



Universidad Autónoma
de Madrid

Trabajo Fin de Grado de Enfermería

**ANÁLISIS DE LOS PROTOCOLOS Y GUÍAS DE
PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE EL ABUSO SEXUAL
INFANTIL EN ESPAÑA**

Revisión Narrativa

*ANALYSIS OF CURRENT PROTOCOLS AND GUIDELINES
ON CHILD SEXUAL ABUSE IN SPAIN*

Narrative Review

Autora: Inés del Hierro Lías

Tutora: María Luisa Díaz Martínez

Facultad de Medicina.

Curso Académico 2017/2018

A mis padres

RESUMEN

Introducción: Como sanitarios, debemos disponer de la mejor evidencia científica, para evitar errores en la práctica diaria. Los protocolos y guías clínicas son de utilidad para mejorar la atención de los pacientes y corrigen intervenciones de dudosa calidad.

Objetivo: Conocer los protocolos y guías de práctica clínica existentes en España, y comparar su estructura y contenido con las recomendaciones establecidas a nivel nacional. Los objetivos específicos son comparar en cada documento el formato, el contenido y la bibliografía y anexos, conforme a la “Guía para la elaboración de protocolos y procedimientos enfermeros” publicada por el Servicio Madrileño de Salud (SMS) y a la “Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud”.

Metodología: Se ha realizado una selección de los protocolos y las guías clínicas disponibles sobre el ASI en portales científicos y páginas oficiales del Estado y en las bases de datos (Scielo, CUIDEN, Cochrane, Dialnet, PyscINFO, ProQuest y Pubmed). Para ello, se ha utilizado el lenguaje libre y el controlado con operadores booleanos (“AND” Y “OR”).

Resultados: En este trabajo se realiza una revisión narrativa sobre un total de 12 documentos seleccionados sobre el Abuso Sexual Infantil.

Conclusión: Se detecta un déficit de documentación acerca del Abuso Sexual Infantil en los últimos diez años y los documentos seleccionados no cumplen con los requisitos que establecen las normativas mencionadas. Por lo tanto, la validez, fiabilidad y aplicabilidad en la práctica clínica de estos documentos se ven comprometidas.

Palabras claves: abuso sexual infantil, protocolo, guía clínica, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: As health workers, the best possible scientific evidence must be available to us in order to avoid incurring in mispractice. Protocols and guidelines are useful to improve the care of people and to rectify interventions of dubious quality.

Objective: To analyze the protocols and guidelines treating professional practice in the face of Child Sexual Abuse (henceforth, CSA). The goal is to compare in those documents three main aspects: format, content, and bibliography and annexes any aspect which is not compliant with official regulations, such as “*Guía para la elaboración de protocolos y procedimientos enfermeros*” published by the *Servicio Madrileño de Salud* (SMS) and “*Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud*”, for the preparation of this type of documents.

Methodology: Among existing different protocols and guides dealing with CSA, a selection was made in by navigating scientific portals, public Health Administration websites, and specific bibliographic searches conducted using 7 highly relevant scientific databases (Scielo, CUIDEN, Cochrane, Dialnet, PyscINFO, ProQuest and Pubemd). To perform the search strategy, both free and controlled language with Boolean operators ("AND" and "OR") were applied.

Results: The narrative review carried out in this work was applied to a total of 12 selected documents.

Conclusions: The first conclusion is the lack of a proper documentation on CSA produced in the last 10 years. It is also observed that not all selected documents fulfil the requirements established in the current SMS regulations on the three aspects specified above. Therefore, the necessary features of validity, reliability and applicability, are questioned for those documents.

Key words: child sexual abuse, protocol, clinical guide, nursing.

Contenido

RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS:	xi
1. INTRODUCCIÓN	2
1.1 Contexto histórico	4
1.2 Etiología	5
1.3 Marco legal.....	10
1.4 Aproximación conceptual	13
1.4.1 Abuso Sexual Infantil.....	15
1.4.2 Protocolos y Guías de Práctica Clínica.	18
2. FUNDAMENTACIÓN	19
3. OBJETIVOS	20
3.1 General:	20
3.2 Específicos:	20
4. METODOLOGÍA	21
4.1 Fase documental general sobre el tema.....	21
4.2 Fase documental específica:.....	22
5. RESULTADOS	25
6. DISCUSIÓN	27
6.1 Comparación de los protocolos seleccionados según la normativa del Servicio Madrileño de Salud:	27
6.2 Comparación de las guías clínicas seleccionadas con el manual de Elaboración del Sistema Nacional de Salud:.....	34
7. LIMITACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA	40
8. CONCLUSIONES:	42
9. AGRADECIMIENTOS:	43
10. BIBLIOGRAFÍA:.....	44
11. ANEXOS:	51
Anexo I. Normativa para la elaboración de los siguientes instrumentos sanitarios:	51
Anexo II. Características de los documentos seleccionados.	54
Anexo III. Lista de verificación para las pautas de las Guías Clínicas.	58

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1. Datos y Gráficas de menores víctimas de abuso sexual en España.....	8
Tabla 2. Memoria 2016.....	9
Tabla 3. Clasificación de los diferentes tipos de Maltrato Infantil.....	14
Tabla 4. Consecuencias psicológicas del Abuso Sexual Infantil.	18
Tabla 5. Búsqueda en Scielo, CUIDEN, Cochrane, Dialnet, PyscINFO y ProQuest.....	23
Tabla 6. Sentencia de búsqueda en la base de datos Pubmed	24
Tabla 7. Criterios para la selección de artículos encontrados en las bases de datos utilizadas. ..	25
Tabla 8. Fase del desarrollo de una GPC	37

1. INTRODUCCIÓN

El Abuso Sexual Infantil (ASI), es una tipología del maltrato junto con otras como el maltrato físico, la negligencia, el abandono emocional y el maltrato institucional.¹ El ASI no es una cuestión que concierne solo a la sexualidad. También se trata de un abuso de poder, fruto de la asimetría de edad entre agresor y víctima.

Acerca del Abuso Sexual Infantil se tienen diferentes creencias. Por ejemplo, que los abusos infantiles son infrecuentes o que hoy ocurren con mayor frecuencia que antes. Ninguna de las dos afirmaciones son ciertas: al menos un 20% de las personas sufre en su infancia abusos sexuales. Aunque esta práctica de maltrato no está en aumento, lo que sí se ha intensificado es su detección, gracias a la labor de los profesionales y la revelación de algunas de las víctimas.¹ En España, uno de los resultados positivos del 2016 fue que las denuncias por parte de menores víctimas del abuso sexual aumentaron en un 15,8%.²

La forma de maltrato que nos ocupa lleva siglos encubierta. Sin embargo, en los últimos años se ha producido un cambio en la actitud social, que hoy en día es más favorable a la denuncia frente al secretismo con el que era tratado este problema.² Prueba de ello son la multitud de campañas publicitarias, proyectos de educación de la salud, talleres formativos para los menores y sus familiares con el fin de dar a conocer esta problemática y mejorar su afrontamiento.

A diario se publican numerosos titulares en la prensa sobre abusos a menores realizados por profesores, entrenadores, médicos o familiares de la víctima o, incluso, desconocidos.

Los lugares donde se llevan a cabo los abusos frecuentemente son los colegios, parques, el domicilio familiar o la vía pública. Resulta sobrecogedor cómo se descubren los relatos por parte de las víctimas como por ejemplo mediante dibujos, cuentos o pesadillas que trasladan a sus allegados.

Los datos recogidos en el informe de 2017 realizado por UNICEF,³ muestran que las víctimas y sus agresores no corresponden a una religión, clase cultural, etnia o nivel económico específico. El origen de este problema es multicausal, el resultado del abuso sexual depende de una suma de factores en los que intervienen el agresor, el agredido, el contexto y el estímulo agresivo.

Cuando se profundiza en los argumentos esgrimidos por los agresores y el por qué han cometido estos actos, llama la atención cómo restan importancia a la violencia realizada sobre el menor, alegando motivos como, por ejemplo, que poseen la autoridad sobre el cuerpo de la víctima o que los menores han provocado el deseo sexual.³

También se suelen minimizar los testimonios de las víctimas especulando que solo ha ocurrido en una ocasión o que son situaciones aisladas que suceden en un contexto singular y alejado del entorno habitual. Sin embargo, el ASI tiene lugar dentro del entorno familiar en más ocasiones de las que se cree. La familia se considera el soporte central que facilita todo tipo de necesidades básicas a sus miembros, en especial los niños y niñas. La familia es el agente que debe garantizar el bienestar y amparo de la infancia para avalar su futuro en condiciones óptimas.⁴ Por ello, la estructura familiar se ve debilitada cuando una de sus partes está implicada en un caso de Abuso Sexual Infantil, sobre todo cuando el agresor es uno de los progenitores.

El ASI produce secuelas de por vida en las víctimas, pudiendo éstas llegar a convertirse en posteriores abusadores. Es de especial importancia mencionar que no todos los menores actúan igual ante este trauma, por lo que no existe un patrón de comportamiento generalizable a todos los casos. Las reacciones físicas y emocionales a las que se ven sometidos después de un abuso dependen de cada niño o niña. Podemos encontrar diferentes grados de severidad en las consecuencias, y por tanto variaciones en el período de recuperación. Las víctimas pueden presentar sintomatología al mismo instante que se ejerce el abuso o bien años más tarde. Algunos expertos en psicología que estudian el Abuso Sexual Infantil subrayan la importancia de afrontar este problema mediante técnicas y recursos psicológicos.⁵ El grado de los problemas psicológicos en el menor se determinará dependiendo de si el abuso se ha realizado de manera prolongada y de cómo la familia lo aborda.

Son muchas las razones que llevan a las víctimas a presentar sentimientos de culpabilidad y vergüenza por no haber denunciado los hechos o por no haber frenado los actos sexuales en el momento apropiado, sobre todo en el caso de que el abusador sea un familiar.⁶ Por ello, en la ayuda y asistencia a las víctimas de abuso sexual se deben incluir medidas desde todos los ámbitos posibles, como son el tratamiento médico, el psicológico, el marco legal, el educativo y el social.

1.1 Contexto histórico

Desde la antigüedad ya se desarrollaban con naturalidad determinadas prácticas que hoy en día se consideran parte del Abuso Sexual Infantil. La relación entre los adultos y los menores ha sido de total asimetría a lo largo de la historia, infravalorando los derechos de los niños y niñas. Cada país según sus tradiciones, ejercía una serie de rituales a los Dioses en forma de sacrificio o tratos denigrantes hacia la infancia como la mutilación genital o el abandono.⁷

En la Antigua Grecia, en las familias existía un rol muy importante que era el hombre de la casa, considerado como figura superior que ejercía el control sobre el resto de miembros. Los infantes debían estar a su entera disposición y eran tratados como objetos de relaciones sexuales. Durante el periodo de la Grecia Clásica se pone especial atención en la escolarización de los menores para leer y escribir, pero solamente hasta la pubertad. En Atenas se podía contratar los servicios sexuales de menores y existían lugares como burdeles donde se realizaban los encuentros íntimos. Se hacía preferencia a la penetración anal.⁸ Estas prácticas continuaron en la época de los romanos.

Con la llegada del Cristianismo⁹ se modifica la visión que se tenía de los niños, que dejan de ser objetos con los que se puede actuar a placer para convertirse en seres inocentes. Se intenta asentar el pensamiento de que los niños desconocen el dolor y el placer y se incita a los adultos a abandonar las anteriores costumbres. Al mismo tiempo, la Iglesia declara como ilegal la venta de menores después de los 7 años.

En la etapa de la Europa Medieval¹⁰ la mayoría de los niños colaboraban de manera forzada en la guerra, aunque su función era limitada, dando lugar a la figura conocida como “niño soldado”.

A lo largo de la historia también abundan los ejemplos de infanticidio,¹¹ que consistían en prácticas donde se producía la muerte intencionada de menores de 1 año, especialmente aquéllos que habían nacido con alguna deformidad física. Las tasas de mortalidad infantil eran muy elevadas por razones como la falta de cuidados básicos de los progenitores hacia el menor, el déficit de alimentación y la contracción de enfermedades.

En épocas de pobreza, los infantes eran vistos como una carga difícil de soportar para la familia y el recurso más cómodo era deshacerse de ellos.⁶ Una de las

técnicas utilizadas para convertir a los niños en adultos era dejarlos solos a la intemperie y enfrentarlos al frío.¹¹

Hasta el siglo pasado, en Europa los menores de edad eran utilizados como mano de obra o esclavos para ayudar en la agricultura, minería o en la construcción, sin apenas tener ningún tipo de educación escolar.¹¹ Esta situación pervive en otras áreas geográficas del planeta.

Dentro de algunos colectivos de África y Asia es habitual que las niñas, aún menores de edad, contraigan matrimonio con un hombre adulto recalcando una vez más la desigualdad en las relaciones personales.

En definitiva, la figura de los niños y niñas nunca ha jugado un papel relevante en la historia de la sociedad, siendo considerados personas sin derechos, propiedad del progenitor, mano de obra barata y un lastre para la economía familiar.⁷ Sin embargo, por fortuna, su rol ha ido progresando con el paso del tiempo, teniendo el lugar que merece.

A finales del siglo XX,¹² se inicia el camino de reconocimiento de la sexualidad infantil y la necesidad de que ésta sea aceptada y educada. Es el comienzo del punto de vista del “buen trato sexual de la infancia”.

1.2 Etiología

En esta sección se presentan datos extraídos del Observatorio de la Infancia, recogidos en documentos nacionales, para informar de la importancia de este problema de salud tanto a la población como a los sanitarios.

El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad,¹³ se propuso realizar una recogida de datos entre los 0 y 18 años mediante encuestas e investigaciones, pues esta labor se veía dificultada debido a la falta de notificaciones por parte de los ciudadanos y profesionales. Así, en el 2001 se creó el Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI), cuyo fin es registrar y contabilizar los casos de maltrato infantil en cada comunidad autónoma. Este programa ha servido para conocer de manera detallada las cifras a nivel nacional sobre esta problemática y tomar decisiones al respecto.

En cuanto a la prevalencia del Abuso Sexual Infantil, se desconocen datos reales sobre este tipo de delitos. Las únicas estadísticas fiables existentes son el número de condenas y víctimas que se producen al año contra la libertad sexual a menores. Pero

según la Asociación para la Sanación y Prevención de los Abuso Sexuales en la Infancia (ASPASI)¹⁴, la mayoría de las denuncias interpuestas en los juzgados vienen de la mano de un centro sanitario, basadas en los informes médicos realizados. Por lo que se deduce que la transparencia del abuso infantil es mínima y recabar datos precisos es una cuestión de gran complejidad.

Otra de las limitaciones para abordar el problema del ASI es la diversidad de ámbitos desde los que se puede afrontar. Esclarecer su dimensión conlleva el análisis de una gran diversidad de estudios, con conceptos, clasificaciones y vocabularios no siempre coincidentes por lo que, según el ámbito de la investigación escogida, se trabaja con unas incidencias variables u otras.¹⁵ Combinar y cruzar los datos aportados por todos los ámbitos es una labor muy compleja.

Centrándonos en las cifras sobre el ASI en España, cabe mencionar que solo existe un estudio de prevalencia a nivel estatal, realizado por López et al., del año 1995.¹⁵ Según los datos estadísticos de dicha investigación, un 15% de hombres y el 23% de mujeres habían sido víctimas antes de los 17 años de edad.¹⁶ Dentro de estos abusos el 44,2% se había reiterado con frecuencia y no eran casos aislados en el tiempo. En este estudio se concluye que en España, entre un 10% y 20% de la sociedad asegura haber sido víctima de abusos en su infancia.

Posteriormente, el estudio de López¹⁶ fue utilizado por Finkelhor¹⁶ en su investigación sobre las agresiones sexuales a menores en 21 países. Se verificó una tasa de Abuso Sexual Infantil en Estados Unidos de un 20 % de mujeres y un 10 % de hombres, muy próxima a la alcanzada en España.

Según los datos publicados por la Asociación Española de Pediatría (AEP),¹⁷ la mayoría de las violaciones suelen ser de tipo incesto familiar, llevándose a cabo por parte de una figura parental sobre menores generalmente del sexo femenino, que es considerado como factor de riesgo por suceder, en este colectivo, en edades más tempranas y con mayor severidad.

Según este estudio,¹⁷ las características que presentan las víctimas son las siguientes:

- En el caso de las niñas, comprenden edades entre los 7 y 10 años.
- Los abusos en niños son más a menudo entre los 11 y 12 años.

- Un 25% de los menores abusados posteriormente se convierten en abusadores.
- Entre el 20 y el 40% de los abusos sexuales son cometidos por niños mayores, adolescentes y personas con menos de 21 años.

Por otro lado, el perfil que se dibuja de los agresores suele ser: ¹⁶

- Entre un 80% y 95% son varones heterosexuales entre los 30 y 50 años.
- Un 43% son personas desconocidas
- Un 33% son personas conocidas pero sin relación especial con la familia.
- Abuso intrafamiliar en un 11% de los casos.
- Un 8% por amigos de la familia y un 5% por educadores
- El 70% de víctimas de abuso sexual muestra secuelas a corto plazo.
- Un 50% es a largo plazo.

Como podemos observar en los siguientes diagramas publicados por el Ministerio del Interior, ¹⁸ se confirma lo explicado hasta ahora con respecto a las diferencias de edad y sexo entre las víctimas de violencia sexual en los últimos años. En el año 2016 en España se elevó hasta casi 4.500 los casos de delitos sexuales a menores de 18 años, siendo 3.362 niñas.

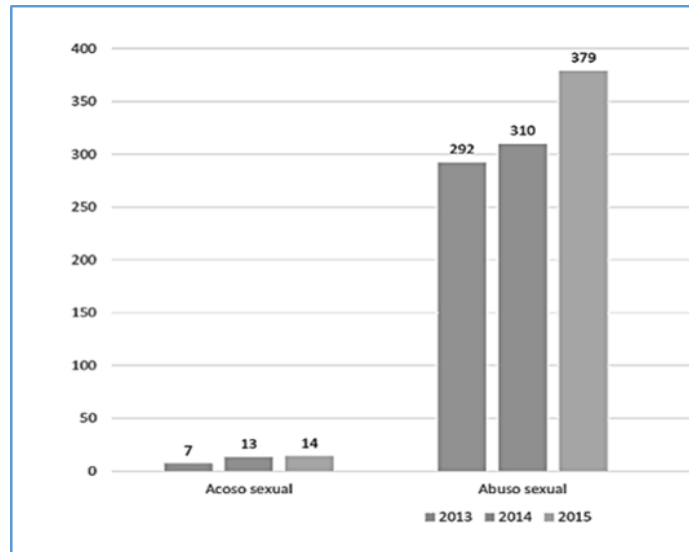
Tabla 1. Datos y gráficas de menores víctimas de abuso sexual en España.



Fuente: Ministerio del Interior.

Según los datos aportados por la Fiscalía,¹⁹ que se puede visualizar en el siguiente diagrama de barras, se considera que el número de víctimas de delitos de abuso sexual se ha incrementado notablemente en los últimos años.

Tabla 2. Memoria 2016



Fuente: Ministerio Fiscal.

Para ilustrar la magnitud de este problema de la infancia a nivel mundial, nos apoyamos en datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁰: 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres adultos afirmaron haber sufrido abuso sexual infantil.

Otro informe relevante sobre la violencia infantil es el realizado por UNICEF²¹ en el año 2014, con datos de 190 países: alrededor de 120 millones de niñas experimentaron actos sexuales en contra de su voluntad.

Como declara el Consejo de Europa,²² en nuestro continente al menos 7 de cada 10 casos de abuso sexual es cometido por algún miembro de la familia. Además, recogen que 1 de cada 5 menores son víctimas de alguna forma de violencia sexual.

Los datos obtenidos muestran que el problema del ASI, lejos de haberse erradicado, se practica de manera extendida geográficamente y, además, de manera silenciosa ya que en muchas ocasiones ocurren en el ámbito familiar. Por ello, se deben aumentar los esfuerzos que sirvan para comprender el problema, ayuden a delimitarlo y, sobre todo, prevenirlo.

Desde el punto de vista sanitario, los diferentes profesionales implicados juegan un papel fundamental en la detección y tratamiento del Abuso Sexual Infantil. Por ello, son de suma utilidad los protocolos y guías clínicas como herramientas para la prevención y actuación de maltrato en la infancia según indicadores, perfiles y factores de riesgo.¹³

1.3 Marco legal

Los menores son seres humanos frágiles e indefensos que se encuentran expuestos a acciones ejercidas por otros con mayor poder. Se constata que todas las formas de Abuso Sexual Infantil agravan el desarrollo y vida de los menores afectados y, por tanto, comprometen el futuro de la sociedad.¹⁶ De ahí la necesidad de un marco legal que penalice estos delitos. Se han desarrollado normativas que regulan la vulneración de los derechos en casos de Abuso Sexual Infantil mediante leyes, tanto de ámbito internacional como nacional, de lo general a lo específico.

Uno de los hitos fundamentales en el desarrollo de un marco legal para la protección de la infancia fue la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas de 1989.²³ En su artículo 19 se establece que los Estados participantes adoptarán las medidas legales, sociales, administrativas y educativas adaptadas contra todo tipo de maltrato infantil mientras el niño se encuentre bajo la tutela de sus padres, un representante legal o cualquier persona a su cargo.

En el artículo 34 de dicha convención se determina que los Estados Partes deben reconocer el derecho del menor a estar protegido contra el desempeño de cualquier trabajo que pueda ser peligroso o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social.²⁴

Se hace referencia a la explotación y el abuso sexual con las medidas multilaterales necesarias para evitar:

- Incitación o coacción para que el menor se dedique a cualquier actividad sexual ilegal.
- Explotación del menor mediante la prostitución o cualquier práctica sexual ilegal.
- Explotación del menor mediante espectáculos o material pornográfico.

En relación con lo citado anteriormente, el Protocolo Facultativo de la Convención²⁴ obliga a los Estados firmantes a contemplar los delitos de prostitución, pornografía infantil y la venta de menores en sus legislaciones penales.

También se señala que una de las medidas para prevenir el abuso sexual radica en saber reconocer la vulnerabilidad de los niños y niñas, y adecuar las intervenciones según sus necesidades. Recalca que es responsabilidad de los Estados informar a los menores acerca de cuáles son sus derechos y proporcionar asistencia durante todo el proceso judicial. Plantea el establecimiento de un conjunto de labores intersectoriales y un procedimiento de supervisión (el Defensor del Menor) ²⁴ en todos y cada uno de los países como elementos fundamentales para combatir esta problemática.

Nuestro Estado, como país firmante en 1990 de la Convención, ²⁴ está obligado a cumplir estas indicaciones a través del esfuerzo de sus instituciones y penar a los responsables.

Otro movimiento a favor de los derechos de los menores a nivel internacional fue el Congreso Mundial sobre la Explotación Sexual de los menores con fines comerciales, ²⁴ que tuvo lugar en Estocolmo en 1996. En el año 2001, tuvo lugar el segundo congreso en Yokohama, donde se analizaron los objetivos establecidos en Estocolmo por los diferentes países comprometidos con la causa.

En 1996 el Consejo de la Unión Europea ²⁴ decidió revisar la normativa legal vigente relacionada con la explotación y abuso sexual cometidos en menores. No se cumplieron los requisitos establecidos en el acuerdo, a pesar de que muchos países habían firmado este convenio comprometiéndose a colaborar por un mundo favorable para la infancia. Por ello, a través de los Objetivos de Desarrollo para el Milenio ²³ en el año 2000 se renovó este cumplimiento que pretende evitar cualquier tipo de violación, maltrato o explotación a lo largo de la niñez.

En el año 2006, UNICEF ²⁴ estableció las líneas de protección mínimas que deben ofertar los Estados a los niños, niñas y adolescentes contra todas las formas de violencia incluyendo el abuso sexual. Comprometidos con esta causa, el Consejo de Europa ²⁵ redactó el Convenio para la protección de los niños y niñas contra la explotación y el abuso sexual en 2007.

En España, en referencia al marco legal estatal, ²³ conceptos como la agresión sexual, abuso sexual, acoso sexual, exhibicionismo, provocación sexual o la prostitución y corrupción de menores, se consideran delitos contra la libertad e indemnidad sexual según se recoge en el Código Penal 1995 y Reforma 1999 de España.

El artículo 39 de la Constitución Española ²⁶ hace referencia a la protección que los poderes públicos deben ofrecer según los acuerdos internacionales. Se afirma que los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos, dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos en los que legalmente proceda. Asimismo, los menores gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.

También en el ámbito nacional se debe considerar la Ley Orgánica 1/1996, ²³ que abarca la confidencialidad y la denuncia por parte de los menores en situación de desamparo o riesgo.

Todos los acuerdos a nivel internacional citados en este apartado, desembocaron en el desarrollo del II Plan de Acción contra la Explotación Sexual de la Infancia y la Adolescencia en España en el año 2005. ²⁷ Dentro de este plan de acción, se endurecieron las penas que atentaban contra la libertad sexual.

Los días 22 y 28 de julio de 2015 se realizaron sendas modificaciones en la redacción de la Ley 26/2015 sobre el Sistema de Protección a la Infancia y a la Adolescencia y en la Ley Orgánica 8/2015. ²³

En relación a la Ley General de Sanidad, ²³ Ley 14/1986, se hace referencia a la necesidad de tener un conocimiento epidemiológico extenso sobre el maltrato infantil para poder orientar a los sanitarios y que su actuación sea de mayor eficacia.

En el Código Deontológico de la Enfermería Española, ²⁸ se establece mediante el artículo 39 que la enfermera protegerá a los menores de cualquier forma de abuso y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.

La Justicia es una herramienta imprescindible para la defensa de los derechos de los niños y niñas. A raíz de una investigación desarrollada por *Save The Children* ¹⁵ se deduce que en España, a pesar de la evolución legislativa, todavía no hay evidencia de una respuesta integral efectiva por parte de todas las instituciones involucradas en este objetivo.

Según la fundadora de ASPASI, ²⁰ se deben fortalecer las leyes relacionadas con esta problemática. Los delitos de abusos sexuales prescriben a los 15 años de cumplir la víctima la mayoría de edad. En contraste con lo anterior, la mayoría de mujeres

afectadas suelen narrar este suceso entre los 35 y 45 años de edad, es decir, cuando ha prescrito.

1.4 Aproximación conceptual

Según recoge la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas en 1989, el **Maltrato Infantil** ²⁹ es: “Toda forma de violencia, perjuicio, abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, que se da mientras el menor de 18 años se encuentra bajo custodia de sus padres, de un tutor o de cualquier otra persona que le tenga a su cargo”.

Existen diferentes clasificaciones del Maltrato Infantil dependiendo de los tipos de indicadores que presenten: físico, emocional, negligencia, abuso sexual, corrupción, explotación, maltrato prenatal, Síndrome de Munchäusen por poderes, maltrato institucional o exposición a la violencia de género.

A su vez, dentro de los mismos, el maltrato puede ser considerado de **acción**, donde se localizan lesiones físicas, como el maltrato físico; o de **omisión**, cuando existe una falta de cuidados básicos como higiene y alimentación, como puede ser el caso de la negligencia.³⁰

Normalmente en el Maltrato Infantil no se diagnostican tipos aislados de maltrato, es decir, en un caso de maltrato físico puede haber implícito un maltrato psicológico. Además de lo anterior, las manifestaciones de la sintomatología suelen complicar la determinación de un tipo de maltrato específico.³⁰

A continuación, se incluye una tabla con las características de las diferentes formas de maltrato y su correspondiente definición.

Tabla 3. Clasificación de los diferentes tipos de Maltrato Infantil.

Tipo de Maltrato Infantil	Definición
<u>Maltrato físico</u>	Cualquier acto, no accidental, ocasionado a un menor que le provoque daño físico, enfermedad o situación grave de padecerlo.
<u>Abandono físico o negligencia</u>	Las necesidades físicas y psicológicas básicas del menor no son atendidas de forma temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo que convive con él.
<u>Maltrato psicológico y emocional</u>	Conducta repetitiva e inapropiada de violencia en el hogar (desprecios, insultos o explotación) que disminuyen las capacidades mentales del menor y lo imposibilita para comprender el medio en el que se encuentra.
<u>Corrupción</u>	Un adulto incita al menor a la realización o implicación en conductas antisociales, autodestructivas o desviadas, particularmente en las áreas de agresión, sexualidad o uso de sustancias adictivas.
<u>Explotación laboral</u>	Acontece cuando padres o cuidadores asignan al menor con carácter obligatorio, y para la obtención de beneficios económicos o similares, la realización continuada de trabajos que exceden los límites de lo habitual, deberían ser realizados por adultos e interfieren de manera clara en sus actividades y necesidades sociales y/o escolares.
<u>Maltrato prenatal</u>	Comporta el abuso de drogas o alcohol durante el embarazo o cualquier circunstancia vital de la madre que incida voluntariamente en el feto y provoca que nazca con un crecimiento anormal, patrones neurológicos anómalos u síntomas de dependencia física de sustancias.
<u>Síndrome de Münchäusen por poderes</u>	Padres o cuidadores someten al niño a continuos ingresos y exámenes médicos alegando síntomas físicos patológicos ficticios o generados de manera activa por ellos mismos.
<u>Maltrato institucional</u>	Cualquier procedimiento, actuación u omisión por parte de organizaciones, instituciones públicas o privadas o bien procedentes del comportamiento individual de un profesional que conlleve abuso, negligencia, detrimento de la salud, del desarrollo y de la seguridad o que viole los derechos básicos de los menores.
<u>Abuso Sexual</u>	Cualquier clase de contacto o interacción sexual de un adulto con un menor, en la que el adulto, que por definición goza de una posición de poder o autoridad sobre aquél, lo utiliza para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. Se examina su comisión por menores de 18 años, cuándo sean significativamente mayores que el menor-víctima o cuando esté en una posición de poder o control sobre éste.

Fuente: (6, 31, 32)

1.4.1 Abuso Sexual Infantil

El Abuso Sexual Infantil ³³ se diferencia de las restantes tipologías descritas en los siguientes aspectos:

- Sucede en la mayoría de los casos con violencia emocional en vez de física y se emplean técnicas de manipulación y engaño.
- Las víctimas retrasan su revelación pues es difícil que un menor entienda lo que está ocurriendo. El abuso se percibe como intrusivo cuando transita de ser ocasional a frecuente e intencionado.
- La victimización del infante genera un daño a nivel psicológico que está legalmente prohibido. Estos componentes conllevan que la detección, revelación y persecución sean más complejas.

Se subraya por tanto que el ASI no siempre está asociado al contacto sexual, también están implícitas otras acciones como: tocamientos, besos sexuales, penetración o intento por diferentes vías, exhibición, pornografía infantil, comentarios inapropiados sobre la intimidad sexual, propiciar el sexo entre menores o ejercer contacto a través de las redes sociales. Sin embargo, las formas más comunes de abuso a menores son el incesto, la violación, vejación y explotación sexual.³

Los dos criterios elementales que caracterizan al abuso son los siguientes:

- Coerción: ³³ La persona que realiza la agresión se beneficia de su situación de poder para interactuar sexualmente con el menor.
- Asimetría de edad: ³³ El agresor (puede ser menor de edad) presenta una diferencia de edad significativa con respecto a su víctima. La asimetría de edad conlleva a su vez una asimetría anatómica, asimetría del desarrollo, asimetría de afectos sexuales y asimetría en habilidades sociales.

Lo dicho hasta aquí supone que para una prevención adecuada del menor se debe considerar los factores de riesgo que incrementan la probabilidad de agresión y los factores de protección que contribuyen a disminuir o controlar la posibilidad del abuso sexual.³³

Factores protectores frente al Abuso Sexual Infantil:

El menor debe:

- Reconocer cuáles son las partes del cuerpo y, en concreto, identificar sus partes íntimas.
- Reconocer los distintos tipos de caricias (partes visibles y privadas) y los sentimientos que le producen.
- Conocer el concepto del abuso sexual acorde a su edad.
- Diferenciar las personas de confianza dentro y fuera de la familia.
- Diferenciar entre información que se puede archivar y secretos que no deben ocultarse.
- Conocer la dirección y teléfono del domicilio familiar.
- Tener conciencia sobre sus derechos y determinación para defenderlos.³³

Los progenitores (o tutores legales, según proceda) deben:

- Informar al hijo/a sobre la importancia de que nadie puede tomarle fotografías sin su consentimiento.
- Instruir habilidades de resolución de problemas y estrategias frente a un posible caso de abuso sexual.
- Promover el diálogo y la comunicación en la familia.
- Enseñar al infante que puede negar a un adulto una propuesta que le disgusta o no es clara.
- Asegurar y demostrar con actos que siempre estarán disponibles para ayudar al menor si ocurre algún problema.³³

Factores de riesgo en menores asociado al abuso sexual:

- Edad con rango desde los 8 hasta los 12 años.
- Las niñas tienen más probabilidades de sufrir abuso, pero los niños son menos denunciadores de los hechos.
- Aislamiento de sus padres.
- Escasos vínculos familiares.
- Falta de un progenitor protector.
- Presencia en la familia de un varón sin parentesco biológico.

- Personalidad del menor con características como indefensión o enfermedad mental.³⁴

Las formas de violencia sexual se suelen realizar sin testigos presenciales, por lo que es muy importante detectar aquellos signos y síntomas que pongan en evidencia el maltrato hacia el menor.³⁴ Es necesario recalcar cuáles son las manifestaciones clínicas que deben tener en cuenta los profesionales sanitarios cuando se enfrentan a una sospecha de Abuso Sexual Infantil.

Cambios inespecíficos de conducta en los niños y niñas:

- Temor al acercamiento físico o temor exagerado a un adulto.
- Miedos excesivos, fobias y terrores nocturnos.
- Comportamiento agresivo.
- Bajo rendimiento escolar.
- Tendencia suicida.
- Timidez exagerada.
- Anorexia.
- Enuresis, disuria y rectalgia.³⁵

Trastornos clínicos evidentes:

- Curiosidad sexual exagerada, masturbación compulsiva o conocimiento inapropiado del comportamiento sexual en adultos.
- Lesiones en genitales: traumatismo anal, uretral o genital. Hemorragia, prurito, vulvitis, flujo, dolor genital crónico, laceraciones y/o abrasiones.
- Lesiones anales: proctitis, hemorragia, prurito o cuerpo extraño en el recto.
- Lesiones urinarias: infección urinaria recurrente o abdominalgia.
- Lesiones bucales: hematoma en paladar.³⁴

Signos específicos o diagnósticos de abuso sexual:

- Presencia de semen, esperma o enzimas específicas del semen.
- Embarazo en ausencia de relación sexual consentida.
- Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS): sífilis no perinatal, gonorrea no perinatal, VIH no adquirida por vía perinatal o intravenosa.
- Lesiones genitales en ausencia de una explicación accidental.

- Abertura del himen en un nivel superior para la edad de la niña, con cortes transversales o cicatrices.³⁴

Todas estas observaciones se relacionan también con las consecuencias psicosociales en las víctimas del abuso sexual. Estos hechos pueden suponer un gran impacto en el progreso del menor y su entorno familiar, en particular si el abuso es intrafamiliar.³⁴ Para ello examinaremos brevemente cuales son las secuelas más frecuentes:

Tabla 4. Consecuencias psicológicas del Abuso Sexual Infantil.

Consecuencias a corto plazo:	Consecuencias a largo plazo:
<ul style="list-style-type: none"> ○ Trastornos del sueño ○ Trastornos de la alimentación ○ Depresión ○ Vergüenza ○ Culpa ○ Agresión ○ Aislamiento ○ Huida del hogar ○ Problemas escolares ○ Baja autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Cefalea ○ Ansiedad ○ Problemas de relaciones interpersonales ○ Tendencia a la revictimización ○ Abuso de drogas ○ Tendencia suicida ○ Trastornos de sueño ○ Trastornos de la alimentación ○ Comportamiento sexual inadecuado

Fuente: Boletín de Pediatría.³⁴

1.4.2 Protocolos y Guías de Práctica Clínica.

Antes de comparar los diversos protocolos y guías clínicas de actuación frente al Abuso Sexual Infantil, previamente se debe conocer qué son y para qué sirven a los profesionales sanitarios. Estos documentos tienen el propósito común de estandarizar la práctica clínica, proporcionando una atención eficaz y contribuyendo a sistematizar la práctica asistencial bajo la literatura científico-técnica. Los profesionales de Ciencias de la Salud deben renovar continuamente sus conocimientos para realizar los cuidados a los pacientes basándose en la evidencia.³⁶ Por ello, los protocolos y guías clínicas son una fuente valiosa de información, cuyo objetivo principal es mejorar la calidad de vida, la salud y la satisfacción de la población atendida.

Los **protocolos** ³⁷ son documentos elaborados por un colectivo de expertos que, de manera consensuada, establecen un conjunto de instrucciones fundamentales para la atención de una situación de salud específica. Recogen explicaciones sistemáticas para auxiliar al personal de salud y al paciente en las decisiones sobre un cuadro clínico concreto.

Según la guía para la Elaboración de protocolos y procedimientos enfermeros de la Comunidad de Madrid, ³⁶ las **Guías de Práctica Clínica** (GPC) son: “Un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica. Indican el nivel de evidencia científica que sustenta cada recomendación por separado”

Las normativas con las indicaciones para elaborar cada tipo de documento se encuentran recogidas en forma de tabla en el Anexo I.

2. FUNDAMENTACIÓN

En primer lugar, el Abuso Sexual es un delito en todas sus formas, pero dada la vulnerabilidad de los menores, este caso me conmueve en mayor medida. Con frecuencia el desarrollo de los infantes que han sido objeto de abuso se ve afectado, presentando posteriores dificultades de aprendizaje, bajos niveles de autoestima y con probabilidad de repetir estos actos violentos contra sus cónyuges e hijos.

Son muchos los menores afectados por estas experiencias traumáticas, por lo que los sanitarios tienen la responsabilidad de ofertar los cuidados que promuevan su mayor bienestar. Los profesionales de la salud deben tener en cuenta la importancia de la figura sanitaria para proceder frente al Abuso Infantil, ³⁸ como puede ser: la identificación de conductas no apropiadas en las visitas médicas, la exploración de lesiones en el cuerpo del niño/a o la educación sexual que se proporciona al entorno familiar y los vínculos existentes entre los mismos.

Creo que los profesionales sanitarios, como parte de uno de los ámbitos que abogan por la protección de la infancia y adolescencia, juegan un rol fundamental en la labor de prevención (ambulatoria y hospitalaria).

Por esta razón, el empleo de los protocolos y guías clínicas es fundamental y, además, es necesaria su actualización y revisión periódica para contribuir de este modo al interés superior del menor, con mayores garantías de éxito.³⁹

Es de especial relevancia que el uso de los protocolos y guías clínicas, se base en la mejor evidencia posible, puesto que si las pautas de actuación de los profesionales descritas en estos documentos no son válidas, no se podrá solucionar con calidad el problema de salud existente.

Los profesionales de la salud a diario se encuentran ante situaciones que requieren una toma de decisiones asistencial. Los documentos mencionados proporcionan los conocimientos recogidos en los últimos estudios y las pertinentes pautas de actuación. La disponibilidad y actualización de documentos basados en la mejor evidencia es fundamental para intervenir adecuadamente en el tratamiento de este problema. Por ello, la revisión narrativa de la literatura al respecto me parece un área de estudio interesante para el desarrollo de mi proyecto.

3. OBJETIVOS

3.1 General:

El objetivo principal de este proyecto es conocer el estado del arte de los protocolos y guías de práctica clínica existentes contra el Abuso Sexual Infantil en España, y comparar su estructura y contenido con las recomendaciones establecidas a nivel nacional.

3.2 Específicos:

Los objetivos específicos dentro del presente trabajo son los siguientes:

- Comparar el formato, contenido, bibliografía y anexos de los protocolos seleccionados contra el Abuso Sexual Infantil acorde con la normativa del Servicio Madrileño de Salud.⁴⁰
- Comparar el formato, contenido, bibliografía y anexos de las guías clínicas seleccionadas contra al Abuso Sexual Infantil según el Sistema Nacional de Salud.⁴¹

4. METODOLOGÍA

Para la obtención de los objetivos, en el siguiente apartado se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sobre los protocolos y guías clínicas existentes frente al Abuso Sexual Infantil (ASI). La estrategia para la revisión de la literatura se divide en dos fases: una de ellas se basa en una búsqueda a través de instituciones oficiales y portales científicos y la otra en las bases de datos de Ciencias de la Salud.

4.1 Fase documental general sobre el tema

Se visita la página web de la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM) para acceder a revistas, libros o catálogos de prestigio en relación con el Abuso Sexual Infantil.

Específicamente, se realiza una búsqueda de protocolos o guías clínicas de actuación que nos pudieran ilustrar las pautas a seguir. Para esta búsqueda se utiliza como criterio la aparición de ciertas palabras clave, enumeradas en la fase siguiente, en el título del documento.

Finalmente no se obtuvo el material de utilidad que se esperaba encontrar, por lo que no se seleccionó ningún documento.

Seguidamente, se inicia una búsqueda avanzada a través de la plataforma Google Académico en páginas oficiales como el Gobierno de España, el Ministerio de Sanidad, Igualdad y Servicios Sociales, para recopilar una mayor información nacional sobre el tema que nos incumbe.

Para una recogida de datos más exhaustiva se accedió a la web de portales científicos, entre ellos: la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), la Asociación Española de Pediatría (AEP), el Observatorio de la Infancia, el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF) o la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI).

En definitiva, en esta fase se seleccionaron 7 documentos en los organismos citados en este apartado.

4.2 Fase documental específica:

Se amplió la búsqueda anterior consultando las bases de datos siguientes: PubMed, Scielo, CINALH, Cochrane-Plus, PsycINFO, Dialnet, CUIDEN y ProQuest.

Para obtener un mayor número de resultados, se utilizó tanto el lenguaje controlado con términos Mesh como el lenguaje libre. Los términos empleados en la estrategia de búsqueda fueron: “child”/”niño”, “childhood”/”infancia”, “sexual abuse”/”abuso sexual”, “guideline”/”guía clínica”, “protocol”/”protocolo”. Se ajustaron estos términos haciendo uso de los operadores booleanos “AND” y “OR”, excluyendo el “NOT”.

La documentación encontrada en las bases de datos se delimitó con la ayuda de los siguientes filtros:

- ✓ Área temática: Ciencias de la Salud.
- ✓ Tipo de literatura: artículo.
- ✓ Disponibilidad del artículo: texto completo (“full text”) y resumen (“abstract”).
- ✓ Fecha de publicación: de 5 a 10 años (2008-2018).
- ✓ Idiomas: español, inglés, portugués e italiano.
- ✓ Especie: humanos.

Las siguientes tablas incluyen las diferentes fuentes consultadas con sus respectivas estrategias de búsqueda y los filtros aplicados. Ambas tablas contienen una columna dedicada al número total de documentos encontrados en la búsqueda mediante uso de palabras clave, seguida de otra columna que recoge el número de documentos seleccionados tras la lectura del título completo.

Tabla 5. Sentencia de búsqueda en Scielo, CUIDEN, Cochrane, Dialnet, PyscINFO y ProQuest.

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Filtros	Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados
Scielo	“Guía Clínica Abuso Sexual”	Área temática: Ciencias de la Salud Tipo de literatura: Artículo. Revista: Todos. Citables. Año publicación: 2008-2018. Idioma: Todos.	4	2
	(protocolo) AND (abuso sexual infantil)		2	0
	(guideline) OR (protocol) AND (child sexual abuse)		5	0
	(guía clínica) AND (abuso sexual infantil)		0	0
Total			11	2
CUIDEN	(“protocolo”)AND(“abuso”) AND(“sexual”)	Búsqueda avanzada	3	1
	("guia")AND(("clinica")AND(("abuso")AND(("sexual")AND("infantil"))))		0	0
Total			3	1
Cochrane - Plus	(“sexual abuse”) AND (“Guideline”)	Búsqueda avanzada Fecha publicación: 2008-2018. Estado: Todos. Restricción: Título y resumen.	0	0
	(protocolo) OR (guía clínica) AND (abuso sexual infantil)		213	0
	(health planning guidelines) AND (child sexual abuse)		0	0
	((sexual abuse) AND (child) AND (practice guideline))		0	0
Total			213	0
Dialnet	“Protocolo Abuso Sexual Infantil”	Búsqueda documentos: Revistas científicas. Textos completos: Sí. Rango de años: 2008-2018. Idiomas: Todos. Países: Todos.	6	2
	“Guía Clínica Abuso Sexual Infantil”		3	0
Total			9	2
PyscINFO	“Guideline Child Sexual Abuse”	Tipo de documento: Guías Clínicas, Manual, Artículos de revista. Año de publicación: 2008-2018. Tema: Children Sexual Abuse.	12	0
	"Protocol Child Sexual Abuse"		12	0
	“Health Practice Child Sexual Abuse”		18	0
Total			42	0
ProQuest	(child abuse sexual) AND (guidelines)	Búsqueda avanzada. Tipos de documentos: Revista científica, Artículo principal. Texto completo. Año de publicación: 2008-2018. Idioma: español, inglés.	77	3
	(protocol) OR (best practice) AND (child abuse sexual)		35	0
	(abuse sexual child) AND (clinical protocols)		5	0
Total			117	3

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 6. Sentencia de búsqueda en la base de datos Pubmed

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Filtros	Nº artículos encontrados	Nº artículos seleccionados
Pubmed	("Child Abuse, Sexual"[Majr]) AND "Practice Guideline" [Publication Type]	Text availability: Abstract, full text. Species: Humans	15	6
	((("Child Abuse"[Mesh]) OR "Child Abuse, Sexual"[Mesh]) AND "Practice Guideline" [Publication Type]) AND "Hospital Rapid Response Team"[Majr]		0	0
	(current protocols) AND child abuse, sexual		0	0
	((("Guideline" [Publication Type]) AND ("Child Abuse, Sexual/analysis"[Mesh] OR "Child Abuse, Sexual/classification"[Mesh] OR "Child Abuse, Sexual/diagnosis"[Mesh] OR "Child Abuse, Sexual/etiology"[Mesh] OR "Child Abuse, Sexual/history"[Mesh] OR "Child Abuse, Sexual/legislation and jurisprudence"[Mesh] OR "Child Abuse, Sexual/nursing"[Mesh] OR "Child Abuse, Sexual/organization and administration"[Mesh] OR "Child Abuse, Sexual/prevention and control"[Mesh] OR "Child Abuse, Sexual/statistics and numerical data"[Mesh] OR "Child Abuse, Sexual/therapy"[Mesh])) AND "Child Abuse" [Majr]		22	0
Total			37	6

Fuente: Elaboración propia.

Para los documentos seleccionados tras la búsqueda según el título, se determinaron una serie de requisitos para la elección o descarte de documentos según se explica en los siguientes criterios.

Tabla 7. Criterios para la selección de artículos encontrados en las bases de datos utilizadas.

Criterios Inclusión	Criterios Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> ○ Acceso a Texto completo. ○ Fecha de publicación: últimos 5 y 10 años. ○ Documentos a nivel nacional. ○ Protocolos y Guías Clínicas para profesionales de Ciencias de la Salud. ○ Documentos que hagan referencia a protocolos y guías sobre el Abuso Sexual Infantil. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Solo con acceso al Abstract. ○ Sin referencias bibliográficas ○ Centrados en las consecuencias psicológicas del Abuso Sexual. ○ Centrados en Enfermedades de Transmisión Sexual en menores. ○ Atención Abuso Sexual en adultos.

Fuente: Elaboración propia.

5. RESULTADOS

A los documentos seleccionados según el título completo (tablas 5 y 6), se les aplicó los criterios de inclusión e inclusión descritos en la tabla 7. Los resultados de cada base de datos variaron del siguiente modo:

En la base de datos **Pubmed**, se encontraron un total de 37 documentos y se seleccionaron solo 6. Finalmente, todos fueron desestimados por no cumplir con los criterios de inclusión establecidos.

En la base de datos **Scielo**, se utilizaron términos Mesh en inglés y español mediante el operador booleano “AND”. Además, se aplicaron todos los filtros disponibles que se reflejan en la tabla. A pesar de ello, la obtención de resultados fue escasa limitándose a la elección final de 1 documento que se repitió en las distintas estrategias de búsqueda.

A través de la “búsqueda avanzada” en **CUIDEN**, utilizamos el lenguaje libre y los términos Mesh. No obstante, no se localizaron artículos que trataran el tema que nos ocupa. Tampoco hubo disponibilidad para emplear los filtros deseados.

Así mismo, en la biblioteca **Cochrane-Plus** se utilizó la búsqueda asistida mediante términos Mesh en inglés y español enlazados con los operadores booleanos “AND” y

“OR”. En este caso, si hubo disponibilidad para aplicar los filtros que ofrecía la base de datos.

Solo mediante una de las estrategias aplicadas se obtuvo resultado (213 documentos), de los cuales no se seleccionó ninguno porque no se ajustaban a los protocolos o guías que deseábamos analizar.

Como resultado en la biblioteca virtual **Dialnet**, se utilizó un lenguaje libre sin operadores booleanos y con filtros específicos para limitar los documentos encontrados. Tras realizar una lectura del título y contenido de los 9 documentos localizados se optó por seleccionar solo uno de ellos.

Con respecto a **PyscINFO**, se manejaron 4 estrategias de búsquedas con lenguaje libre en inglés y sin operadores booleanos. Se aplicaron los diferentes filtros descritos en la tabla de esta base de datos. En total se encontraron 42 documentos, de los que no se seleccionó ninguno para el análisis del siguiente apartado. La mayoría de ellos, se centraban en evaluaciones psicológicas de los menores abusados.

Por último, en **ProQuest** se alcanzó un gran número de resultados comparado con otras bases de datos utilizadas. Se utilizaron términos Mesh con los operadores booleanos “AND” y “OR” con los filtros útiles para el tipo de documentos que se deseaba encontrar. En total se obtuvieron 117 documentos y se seleccionaron 3 de los mismos. Finalmente, no se prosiguió con el análisis de ninguno de ellos.

Como resultado de la revisión narrativa, se obtuvieron 7 documentos a través de instituciones oficiales y portales científicos y 2 documentos recogidos en las bases de datos, seleccionando un total de 9 documentos.

En vista de la escasa información recopilada, tanto en la fase general como específica, se optó por retirar el criterio de inclusión sobre los años de publicación de los documentos (entre 2008 y 2018). Con la eliminación de este criterio se aumentaron los resultados de búsqueda y se añadieron 3 documentos nuevos, el más antiguo de ellos del 2001. En definitiva, contamos con 12 documentos finales: 9 seleccionados en la primera instancia y 3 en la ampliación del periodo de publicación.

La información detallada de cada uno de los documentos figura en el Anexo II. Las características generales de dichos documentos son: tener contenido cualitativo, ser de ámbito nacional y dirigido a sanitarios.

6. DISCUSIÓN

En el siguiente apartado se utilizan 8 protocolos nacionales de diferentes comunidades autónomas de España: 5 corresponden a la Comunidad de Madrid ^(42, 43, 44, 45, 46), 1 de Sevilla ⁴⁷, 1 de Barcelona ⁴⁸ y 1 de las Islas Baleares ⁴⁹. Para la revisión y comparación de los protocolos seleccionados, lo pertinente sería aplicar la guía de elaboración que para este tipo de documentos hubiera diseñado cada comunidad autónoma. Sin embargo, solo se ha encontrado una normativa del Servicio Madrileño de Salud ⁴⁰ y otra perteneciente a la Junta de Andalucía. ⁵⁰ Una vez leídas ambas, se decide utilizar las recomendaciones de la Comunidad de Madrid (Servicio Madrileño de Salud) ⁴⁰ para comparar todos los protocolos, con independencia de la comunidad autónoma de procedencia. La razones de esta decisión son dos: que no se encontraron guías de elaboración de protocolos exclusivas de Barcelona e Islas Baleares y que la guía de elaboración de la Junta de Andalucía ⁵⁰ es menos explícita que la madrileña; contiene los mismos requisitos pero con un enfoque más general y menos específico, sin información detallada acerca del formato, contenido, bibliografía y anexos de los documentos.

En cuanto a las 4 guías de práctica clínica seleccionadas, dos de ellas pertenecen a la Comunidad de Madrid ^(12, 51) y las otras dos no especifican cuál es la comunidad autónoma de la que provienen, ^(32, 52) por lo que se catalogan como de ámbito nacional. En este caso, se hace uso de la normativa dada por el Sistema Nacional de Salud ya que abarca todo el territorio español. ⁴¹

Para comprobar si los documentos seleccionados se ajustan a las pautas requeridas según la evidencia disponible, se ha utilizado la plantilla de elaboración de protocolos y guías clínicas descrita en el Anexo I, siguiendo el siguiente esquema: comparación del formato, contenido, bibliografía y anexos de los diferentes protocolos y guías.

6.1 Comparación de los protocolos seleccionados según la normativa del Servicio Madrileño de Salud:

Portada:

De los 8 protocolos nacionales seleccionados, dos de ellos no hacen uso de una portada. ^(42, 48) Los otros seis protocolos constan de una portada con el título del documento redactado correctamente. ^(43, 44, 45, 46, 47, 49)

Las directrices⁴⁰ acerca del contenido que aparece en la portada son:

- Se debe visualizar los logotipos de todas las instituciones participantes y las entidades colaboradoras.
- El código y la versión del documento.
- Fecha de publicación o de la última revisión.

Se ha encontrado que:

Solo dos de ellos presentan al completo los logotipos de las organizaciones implicadas en su elaboración.^(45, 47) Dos de los protocolos exhiben los símbolos de la institución principal, pero no añaden al completo las organizaciones colaboradoras.^(44, 48) El resto de los documentos, no refleja ningún logotipo institucional.^(42, 43, 49) A pesar de que sí consta por escrito el nombre de dichos servicios en la contraportada.

Con respecto al código y la versión de los 8 documentos seleccionados, ninguno de ellos presenta esta información ni en la portada ni contraportada del protocolo.

En cuanto a la inclusión de la fecha de publicación, ninguno de ellos refleja este aspecto en la portada del protocolo.

Contraportada:

Según la normativa, en la contraportada debe aparecer el nombre y apellido de los autores, su responsabilidad profesional, su lugar de trabajo y una dirección de contacto.

Tres de los protocolos contienen una contraportada.^(43, 46, 47) Se observa que uno de ellos, sitúa la fecha de publicación en la contraportada en vez de en la portada.⁴⁷ Otro de los documentos incluye en este apartado la fecha de la última revisión.⁴³ Dentro de este espacio, dos de los documentos exponen el nombre y apellido de los autores sin reflejar su responsabilidad profesional, lugar de trabajo o dirección de contacto.^(46, 47) Sin embargo, dos de los protocolos añaden el nombre de los autores directamente en la portada.^(42, 43)

Índice:

Tras la portada y contraportada de un protocolo, se debe plasmar un índice paginado con los epígrafes del documento. Más de la mitad de los protocolos seleccionados presentan un índice.^(43, 44, 45, 46, 47, 49)

Uno de ellos, no utiliza una lista multinivel fija para enumerar los apartados del contenido. Además, añade el nombre de los autores al lado de cada apartado con letra cursiva.⁴⁶ Por último, tres de los protocolos hacen uso del índice pero sin el paginado que se requiere. (43, 44, 49)

Formato:

Los criterios que deben cumplir los documentos relativos al formato están descritos en el Anexo I.

En la comparación de los documentos se observó que la orientación de las páginas es vertical salvo uno de los protocolos que emplea un diseño horizontal.⁴² Siete de los documentos presentan adecuadamente el título de los apartados con tamaño de fuente número 12 y en letra negrita. (42, 45, 46, 47, 48, 49.) Uno de ellos, no cumple con el tamaño de letra requerido según la normativa.⁴⁴ En el desarrollo del texto, todos aplican un tamaño número 12 normal. En cuanto al espaciado automático que se precisa entre los párrafos del texto, no se cumple en dos de los protocolos.^(42, 46) Por otro lado, todos presentan un interlineado sencillo exceptuando uno de los dos protocolos anteriores.⁴² Al no respetar este último, ni los espaciados automáticos ni el interlineado sencillo, la información plasmada resulta densa y de difícil lectura.⁴²

Según la normativa del Servicio Madrileño de Salud,⁴⁰ los protocolos deben exhibir un encabezado y un pie de página. Con respecto al encabezado, tres de los documentos no presentan el título del protocolo en el margen superior del texto. (42, 43, 44) Dos de ellos insertan el título del protocolo en el pie de página en vez de en el encabezado. (47, 49) A su vez, es necesario que los protocolos inserten el número de página en el margen inferior del texto. Solo uno de los 8 protocolos no lo inserta.⁴² Otro de ellos, comete el error de iniciar el paginado desde la portada.⁴⁶

Introducción:

Es fundamental que en la introducción se realice un acercamiento al problema de salud, en este caso el Abuso Sexual Infantil. Se deben abordar las siguientes cuestiones: el marco teórico, la epidemiología, la normativa legal y la justificación del documento.

Destacar que en la introducción de uno de los protocolos, sí se incluyen las definiciones específicas sobre el Maltrato Infantil y el Abuso Sexual Infantil (ASI).⁴⁷ Dos de los protocolos realizan la explicación de estos términos, pero no los sitúan

correctamente en la introducción del documento. ^(45, 49) El resto de los protocolos no describen los conceptos teóricos sobre el problema de salud que se trata. ^(42, 43, 44, 46, 48) Para una apropiada aproximación al ASI, es conveniente citar los datos epidemiológicos (prevalencia, incidencia) en España. Tan solo uno de los documentos, emplea cifras de salud pública nacionales, como por ejemplo, que es la segunda causa de muerte en niños menores de 5 años excluyendo los neonatos.⁴⁷

Haciendo referencia al marco legislativo, solo uno de los documentos lo ubica en la introducción.⁴⁴ De los 8 protocolos, tres de ellos aportan esta información en el prólogo o como apartado independiente en el documento. ^(45, 46, 49) Dos de ellos incluyen ningún tipo de normativa judicial en el protocolo. ^(42, 43)

Según la normativa, ⁴⁰ los motivos por los que se decide elaborar los distintos documentos deben estar recogidos en la introducción. Dos de los protocolos seleccionados cumplen con este procedimiento. ^(45, 49) Otro de ellos transcribe la justificación del protocolo como un apartado independiente que se localiza en el cuerpo del documento.⁴⁹ En contraposición, tres de los protocolos no reflejan cuál es la motivación a la hora de redactar los documentos. ^(42, 43, 47)

En líneas generales, la información que se debe recoger en la introducción no se encuentra reflejada con claridad. Resulta escaso el contexto que se utiliza para comprender la situación de salud que tratan los protocolos vigentes. Suelen ser insuficientes los datos sobre la historia natural y morbimortalidad asociada al Abuso Sexual Infantil.

Objetivos:

Seguidamente de la justificación, se deben exponer los objetivos generales y los específicos del documento. No obstante, se detecta una desestructuración de la información que se considera relevante en primera instancia. Seis de los protocolos si manifiestan cuáles son los propósitos que desean alcanzar. ^(43, 44, 45, 46, 47, 48) pero no los refleja en la introducción. Se inclinan por elaborar un apartado independiente como parte del contenido o incluirlo en el prólogo del documento.

En general, no se hace una distinción entre cuáles son los objetivos generales y los específicos. La mayoría son entendibles y alcanzables. Sí formulan el objetivo iniciando la frase con un verbo de acción en infinitivo, pero en ocasiones los verbos utilizados no

son medibles, como por ejemplo: “Brindar a los profesionales elementos para la sensibilización y la detección de estos casos”. Dos de los 8 protocolos no establecen ninguna meta que se quiera conseguir con la implantación de dichos protocolos. ^(42, 43)

Ámbito de aplicación:

Según se refleja en la normativa, ⁴⁰ es necesario concretar hacia qué tipo de profesionales se dirige cada protocolo. Solo tres de los protocolos pertenecen exclusivamente al ámbito sanitario. ^(42, 43, 48) Aunque no consta por escrito, se deduce que se dirigen a los sanitarios de atención hospitalaria ya que las instituciones responsables pertenecen a tres hospitales como son el Hospital Sant Joan de Deu, el Hospital Universitario La Paz y el Hospital Universitario Gregorio Marañón. ^(42, 44, 48) Aun así, no se especifican las actividades que debe llevar a cabo cada grupo profesional.

El resto de los documentos se aplican en los diferentes sectores relacionados con la atención al menor (social, educativo, sanitario, policial y judicial). Ninguno especifica el tipo de profesional que debe hacer uso de las pautas que contiene el protocolo. No se delimita el ámbito asistencial ya que se basan en una actuación multidisciplinar entre médicos, enfermeras, matronas, psicólogos, trabajadores sociales, fiscales y demás. ^(44, 45, 46, 47, 49)

Población diana:

Se debe agregar a qué grupo de la población se aplicará el protocolo y si procede incluir excepciones. La población diana en todos los protocolos son los menores de edad. Uno de los documentos, detalla que dentro de esta población se dedica concretamente al ASI intrafamiliar. Así mismo, indica un criterio de exclusión sobre el ASI a través de las redes informáticas. ⁴⁴ El resto de los documentos no describen las características especiales sobre los niños y niñas para los que se elaboran los protocolos, como puede ser el caso de niños con discapacidades mentales y físicas.

Estructura y Contenido:

El orden lógico del discurso debe servir para entender de manera progresiva el objetivo del documento. En cuatro de ellos, el hilo conductor favorece la adquisición de conocimientos conforme se avanza en la lectura. ^(45, 47, 48, 49)

Como figura en el Servicio Madrileño de Salud, ⁴¹ los protocolos deben incluir en primer lugar el marco teórico (tipología, naturaleza, intensidad) y los principios de

actuación. Sólo dos de ellos siguen esta estrategia.^{47, 46} En cuanto al contenido que se aporta en cada uno de los protocolos, se encuentra que está dividido en apartados según las diferentes fases de actuación en un posible caso de ASI. Cuatro de los protocolos se pueden considerar completos, puesto que abordan la prevención (primaria, secundaria, terciaria), la detección, la asistencia (física, psicológica), la notificación (Servicios Sociales, Ministerio Fiscal y Juzgado), valoración (primaria, hospitalaria), el seguimiento y la recuperación de los niñas y niños.^(45, 46, 47,49,)

Uno de los documentos, solo se centra en la evaluación (inicial, primaria, secundaria, terciaria), la protección y notificación.⁴³ Por lo que no contemplaría en su totalidad las fases de actuación (prevención, asistencia, seguimiento y recuperación). Se considera que utiliza gran parte del documento para tratar las enfermedades de transmisión sexual abarcando su profilaxis y tratamiento, mientras que no se hace referencia alguna al marco teórico o la normativa legal que se rige en casos de abuso sexual.

Otro de los protocolos incluye un contenido totalmente diferente a los anteriores. Sus apartados se distribuyen según el orden de un algoritmo inicial. El cuerpo de este protocolo consta de una serie de criterios para diagnosticar ASI, mediante la valoración (anamnesis, exploración, pruebas complementarias), la notificación, el criterio de ingreso en el hospital, el parte judicial, la tutela del menor y su tratamiento. De modo que, la información principal está muy condensada y la información secundaria se encuentra explicada de manera extensa. Por todo ello, este protocolo no presenta una estructura bien definida según la normativa.⁴²

Redacción:

A continuación se contempla la redacción de los 8 protocolos seleccionados. La mitad de ellos expresan la información de manera clara, sencilla y sin valoraciones subjetivas.^(43, 46, 47,48) El texto aplica un lenguaje claro, con armonía y sin repeticiones, lo que facilita la comprensión del documento.

En tres de los documentos se utilizan siglas como por ejemplo RUMI, ETS o VIH, que no se recogen en un apartado de Acrónimos, ni los términos aparecen en un apartado de Glosario.^(42, 43, 44) Uno de ellos, hace uso de abreviaturas que no se explican durante la escritura del contenido, como por ejemplo: “Todo debe ser registrado en la Hº de forma literal” o “Enviar al M.Forense”.⁴²

Será preciso señalar que solo uno de los protocolos consta de un apartado de Glosario para favorecer la comprensión de los términos utilizados.⁴⁷ De esta manera, su lectura es comprensible no sólo por los profesionales sanitarios. En los protocolos que abarcan todos los ámbitos asistenciales involucrados en los casos de ASI, la información sobre el servicio sanitario es más difusa y reducida. ^(44, 45, 46, 47, 49)

Elementos visuales:

Salvo dos de los protocolos, ^(45, 49) la mayor parte de los documentos son ricos en esquemas y tablas donde se muestra concisamente la temática del ASI. Como aspecto positivo, uno de ellos exhibe incluso imágenes comparativas del himen normal y sus variantes.⁴²

Solo existen dos protocolos analizados que exponen como material adicional una hoja de notificación de riesgo y maltrato físico con leyendas explicativas. ^(46, 49)

Además uno de ellos, incluye una fotografía sobre el tipo de sobres de envío utilizados en correos para estos casos.⁴⁶ Lo dicho hasta aquí supone que no todos los protocolos recogen la información de interés sanitario mediante elementos visuales.

En uno de los documentos, se aporta un cronograma con el tiempo dedicado a las diferentes actividades del grupo de trabajo. Igualmente, se elaboran unas tablas de evaluación y seguimiento del programa donde se valoran los objetivos marcados, la forma de medición y los resultados obtenidos.⁴⁶

Este tipo de información cumple con los requisitos que debe contener un protocolo riguroso, pero debería ir situado en el apartado de Anexos, ya que en el cuerpo del documento deben ir los datos imprescindibles sobre el ASI.⁴⁶

Bibliografía:

En cuanto a la revisión de la bibliografía de los protocolos seleccionados, tres de ellos la presentan al final del documento. ^(42, 43, 47) Alguno de los protocolos que omiten este apartado, utilizan en su lugar el superíndice con las citas bibliográficas empleadas en el pie de página del texto. ^(44, 45, 49)

Tres de los protocolos se rigen por la normativa de Vancouver ^(43, 44, 49) y uno según la normativa APA.⁴² En los protocolos que faltan se desconoce cuál de las dos normativas se ha utilizado, debido a que se encuentran mal referenciados. ^(45, 46, 48, 49.)

El número de citas bibliográficas no es constante, varía en los distintos protocolos, alguno utiliza 29 referencias⁴⁷ y otro tan solo dos.⁴³ En cuanto a la enumeración de la bibliografía según el orden de aparición del texto, solo lo cumple uno de los documentos.⁴⁷ El resto de los protocolos no siguen un orden ni enumeración correcta, por lo que no se pueden relacionar con el contenido del documento. Además en otro de los protocolos, la bibliografía se encuentra ordenada alfabéticamente según el nombre de los autores.⁴⁶

Uno de los protocolos utiliza todas sus referencias en inglés.⁴² En el resto de los documentos, el inglés es limitado y prevalece el idioma español. Los enlaces directos a internet (*link*) están mal referenciados, pues los datos para acceder a la fuente de información son escasos. A su vez, uno de los protocolos aporta datos irrelevantes que no se exigen en las normativas, como el total de páginas o los centímetros de los márgenes que presenta el documento.⁴⁶

Anexos:

Solo dos de los protocolos incluyen este apartado dentro de su contenido, pero ninguno de ellos enumera adecuadamente los anexos con números romanos.^(47, 49) Sería recomendable que los protocolos incluyeran como material de apoyo: tablas de indicadores, un cronograma con la recogida de datos y la organización del grupo de trabajo, cuestionarios, imágenes o números de contactos de utilidad.

Uno de los documentos, realiza una presentación donde se muestra información referente al grupo de trabajo: el tiempo dedicado (2 años) y los profesionales implicados. Además, se hace mención a las limitaciones detectadas en la creación del protocolo y las reuniones realizadas con las diferentes organizaciones. Como se ha mencionado anteriormente, este tipo de información sería recomendable ubicarla dentro de los anexos.⁴⁶

6.2 Comparación de las guías clínicas seleccionadas con el manual de

Elaboración del Sistema Nacional de Salud:

Para proceder al análisis de las 4 guías clínicas seleccionadas a nivel nacional, utilizamos las indicaciones que se recogen en el Anexo I.

Portada:

Las cuatro portadas están constituidas por un título con el nombre oficial del documento y las instituciones involucradas en su elaboración.^(12, 32, 51, 52) Una de ellas añade en la portada la fecha de la última aprobación de la guía.⁵²

Contraportada:

Tres de las guías presentan una contraportada,^(12, 32, 51) que consta de la fecha de publicación del documento. Incluso una de las guías, aporta una dirección de correo electrónico.³² Como figura en la normativa,⁴¹ se debe exponer el nombre de cada uno de los autores junto a sus apellidos, responsabilidad y lugar de trabajo. Solo una de las GPC seleccionada cumple con este requisito.⁵¹

Llama la atención que otro de los documentos, se limite a mencionar solo a dos autores cuando se requiere entre 10 y 12 personas para formar el grupo de trabajo.³² En otra de las guías, este apartado se ubica en el cuerpo del documento.⁵² Se debería ubicar de manera previa a la introducción, por lo que no sigue la estructura indicada para las GPC.

Índice:

Seguidamente, se encuentra el índice de las 4 guías clínicas con todos los epígrafes paginados correctamente. Una de las guías ubica el índice tras la presentación, el alcance, el prólogo y las abreviaturas del documento.⁵¹ Es necesario recalcar que el índice se debe ubicar en primera instancia según la disposición de las GPC.

Introducción:

Según el manual para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica,⁴¹ deben quedar claras las siguientes cuestiones: ¿Por qué se hace la guía? ¿Para qué? ¿Qué aspectos abordan? ¿A quién va dirigida? ¿Cuál es el papel de los pacientes?

En la introducción de las guías seleccionadas, se incluye la información relativa al por qué se elabora, qué aspectos se abordan y a quién está dirigido el documento.^(12, 32, 51, 52) Sin embargo, ninguna de ellas responde a las cuestiones sobre el papel de los pacientes o para qué se elabora la guía y, por tanto, no se responde a todas las preguntas principales que se deben contemplar.

Ámbito asistencial:

Para aportar claridad sobre el ámbito de aplicación de las GPC, es fundamental indicar el nivel de atención y el tipo de profesionales que efectúa las pautas del documento. Solo dos de las GPC, ^(12, 51) aportan esta información principal ya que pertenecen a la atención primaria o urgencias hospitalarias y por lo tanto se dirigen a los sanitarios. Una de ellas especifica qué tipo de sanitarios realizando la siguiente afirmación: “Los usuarios son los profesionales sanitarios: médicos, enfermería, matronas, trabajo social, psicólogos y técnicos paramédicos que en su quehacer diario atienden a niñas, niños y adolescentes”.⁵¹

No sucede lo mismo en las otras dos guías clínicas, ^(32, 52) que no especifican el sector asistencial y se generaliza a todos los implicados en la atención de niños y niñas víctimas de este tipo de violencia.

Población diana:

Solo una de las guías proporciona datos sobre el rango de edad, sexo, descripción clínica y comorbilidad de los menores. En dicha GPC se describen los criterios de inclusión de la siguiente manera: “Niñas, niños y adolescentes hasta los 18 años, que son víctimas de maltrato por parte de sus progenitores, cuidadores u otro familiar que tenga una relación de convivencia cotidiana, atendidos en los centros de salud de Atención Primaria y en los servicios de Urgencia Hospitalaria”.⁵¹

Objetivos:

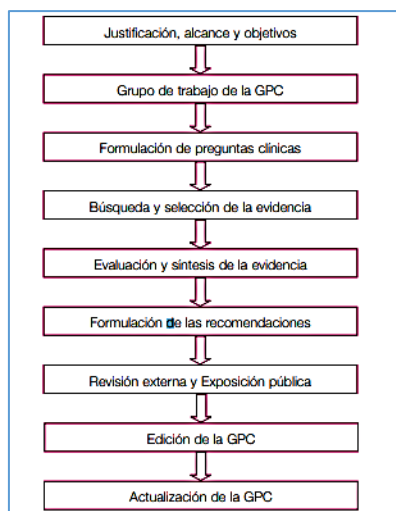
Según el manual del Sistema Nacional de Salud, ⁴¹ este aspecto se debe abordar tras la introducción del documento. Sin embargo, las GPC seleccionadas no lo ubican correctamente. Solo una de las guías clínicas consta de un apartado sobre el alcance y los objetivos. Conviene subrayar, que es el único documento que distingue entre el objetivo general y el específico.⁵¹

El resto de las guías que no constan de este apartado concreto, formulan los objetivos que persiguen durante la lectura del documento. Al encontrarse los objetivos distribuidos en diferentes partes de la GPC, no se presenta una visión global clara y estructurada.^(12, 32, 52)

Estructura y Contenido:

Según la fuente utilizada para llevar a cabo las comparaciones de las GPC seleccionadas, la estructura del contenido debe contemplar el siguiente orden:

Tabla 8. Fase del desarrollo de una GPC



Fuente: Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud.

Teniendo en cuenta esta tabla, se procede a revisar las guías clínicas seleccionadas. Una de las guías expone, tras la introducción, las estrategias del grupo de trabajo, su índice de respuesta y las tipologías de los programas seleccionados en forma de tabla. Además, aporta varias fichas que recogen los siguientes aspectos: la localización, el ámbito de actuación, la fecha de inicio, el presupuesto, los beneficiarios, los organismos responsables, la descripción del programa junto con los objetivos y las actividades a realizar.⁵²

Ninguna de ellas presenta el apartado de formulación de preguntas que se responderán en el documento. A lo largo del contenido de las GPC, no se formula ninguna pregunta genérica ni específica según el formato P.I.C.O. (Paciente, Intervención, Comparación y Resultado (*Outcome*)). Tampoco se refleja un resumen con las recomendaciones generales. Por esta razón, las presentes guías clínicas no rigen el orden que se precisa según la normativa.⁴¹

Ninguna de las guías contiene un apartado sobre la metodología del trabajo. Se debería mostrar la estrategia utilizada para la búsqueda de la evidencia incluyendo los términos usados, las fuentes consultadas y el rango de fechas cubierto.

Solo en una de las guías se encuentra un apartado sobre algoritmos. Utiliza un total de 6 algoritmos, que sirven de apoyo a la información descrita anteriormente en este documento.⁵¹

Se debe agregar que una de las guías enumera los principales resultados a raíz de la información aportada por el grupo de trabajo.⁵²

Por otro lado, dos de las GPC analizadas constan de un apartado sobre las recomendaciones para abordar el Abuso Sexual Infantil. ^(32, 52) Con respecto a las recomendaciones aportadas, una de ellas evalúa la cantidad y la calidad de la evidencia, destacando la necesidad de un mayor número de programas dirigidos a los menores.⁵² No se valora ni la aplicabilidad ni el impacto de las mismas. Tampoco tienen en cuenta un balance de los riesgos y beneficios, ni las preferencias de los pacientes.

Se concluye que, ninguna de las GPC recoge al completo los aspectos fundamentales de este apartado. Una de ellas, solo se limita a recomendar lecturas sobre otros documentos de interés con acceso a internet.³²

Bibliografía:

Una de las guías clínicas descritas, consta de un apartado final dedicado a la bibliografía. Sin embargo, las citas bibliográficas no se encuentran enumeradas según su aparición en el texto.¹² Otra de las guías enumera las referencias bibliográficas al concluir cada apartado, pero tampoco tiene en cuenta su orden de aparición.⁵¹

Por otro lado, una de las guías añade en el pie de página las referencias bibliográficas siguiendo la normativa Vancouver con el uso del superíndice.³² Este documento contiene un total de 36 páginas en las que solo hace uso de 8 referencias bibliográficas. Por tanto la evidencia se considera escasa para cubrir toda la información expuesta en el documento. Las citas bibliográficas se encuentran al 50% en inglés y al 50% en español. En general, las fechas de publicación de las referencias se encuentran entre los últimos 10 años.³²

Anexos:

Ninguna de las guías contiene un apartado de anexos. Solo se registra un apartado similar en una de las guías clínicas seleccionadas, denominado directorio, donde se aportan números de teléfono y direcciones de utilidad en cada comunidad autónoma.⁵¹

Ninguna exhibe un cronograma del equipo de trabajo, por lo que no cumple con los criterios necesarios para obtener una mayor fiabilidad.

Redacción:

A pesar de todo lo expuesto anteriormente, todas las guías clínicas presentan un lenguaje comprensible y su redacción no presenta fallos de escritura. ^(12, 32, 51, 52) Solo una de las 4 guías seleccionadas, contempla los apartados de abreviaturas y un índice de términos utilizados por orden alfabético. De esta forma, este documento potencia la lectura y comprensión de la guía.⁵¹

A modo de resumen, en el Anexo III figura una plantilla que lista los dominios revisados en las guías clínicas seleccionadas.

7. LIMITACIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA:

Uno de los principales conflictos para la selección de documentos fue el tratamiento del ASI en los distintos ámbitos implicados, como son el educativo, el judicial y el sanitario. Al restringirnos al ámbito sanitario, el número de protocolos y guías clínicas seleccionadas era escaso. Esta fase de búsqueda, pese a la cantidad de tiempo invertida, generó pocos documentos válidos. Resulta sorprendente detectar que, aunque el ASI es un problema actual y que la sociedad considera importante, la documentación disponible en el ámbito sanitario es insuficiente y no está actualizada, por no mencionar el déficit detectado en guías de elaboración de protocolos o recomendaciones para la elaboración de protocolos y guías de práctica clínica más allá de los de ámbito nacional o del Servicio Madrileño de Salud. Esta carencia tendría que subsanarse pues, los profesionales deben disponer de herramientas que permitan conocer el problema sanitario y su alcance o bien actualizar su conocimiento mediante técnicas basadas en la evidencia para progresar en la formación de este problema sanitario.

La mayoría de la información encontrada había sido publicada en un rango superior a los 5-10 años de actualidad, que era el fijado inicialmente como criterio de inclusión. Debido a la escasa documentación recogida, los límites de fechas de los artículos tuvieron que ser modificados. A partir de la búsqueda en las bases de datos se encontraron algunos artículos a nivel internacional, en especial de Sudamérica, pero no del ámbito nacional. La gran mayoría de documentos nacionales seleccionados según nuestros criterios fueron obtenidos a través de los portales científicos e instituciones oficiales.

Por un lado, al utilizar las palabras clave y los operadores booleanos, los artículos encontrados no tenían relación alguna con el objeto de estudio. Dependiendo de la base de datos utilizada, la palabra clave acotada con respecto a protocolos o guías se modificaba para confirmar si existían otros documentos bajo un título diferente. Eso indica la poca homogeneidad en los textos sobre ASI.

Por otro lado, no existe un equilibrio a la hora de comparar los protocolos y guías clínicas puesto que en el primer grupo de documentos es más abundante la literatura que en el segundo.

Además de lo anterior, otro problema añadido fue que algunos de los artículos de utilidad solo ofrecían el resumen. A pesar de registrarnos en diversas páginas y mandar correos electrónicos para obtener el texto completo, no se obtuvo respuesta.

Finalmente, superados los inconvenientes iniciales, se logró recopilar un conjunto suficiente de artículos, sobre los que realizar una selección y cumplir con el objetivo del trabajo, ofreciendo una revisión y comparación de diferentes versiones frente una misma causa común que es la actuación frente el Abuso Sexual Infantil.

Tras analizar las limitaciones del trabajo, se procede a realizar una serie de propuestas de mejora:

La administración de los centros sanitarios, o sección a la que corresponda, debe velar por el perfeccionamiento de los protocolos y guías clínicas para el afrontamiento del Abuso Infantil, de manera que se definan explícitamente las actividades sanitarias, su duración y la responsabilidad de cada miembro del equipo profesional y mejorar así la eficacia de su aplicación. Se deben determinar y optimizar las intervenciones del personal en los diferentes servicios mediante el correcto abordaje de las situaciones de salud, la utilización del tiempo, recursos humanos y materiales.

Otro de los aspectos importantes para la implantación de los protocolos y guías clínicas, es que se actualicen cada tres años después de ser publicados. Esta recomendación solo se cumple en uno de todos los documentos analizados. No es necesario que se actualice el documento en su totalidad, se pueden modificar aspectos concretos según los avances de la evidencia. Por lo tanto, se invita a revisar periódicamente estos tipos de documentos para favorecer la excelencia clínica de los profesionales sanitarios.

Una de las nuevas problemáticas, es el Abuso Sexual Infantil a través de internet. Dada la antigüedad de la mayoría de protocolos y guías clínicas analizadas, no se contempla este tipo de violencia. En la actualidad, los menores de edad usan asiduamente tecnologías como las redes sociales. Utilizan las redes como forma de socializar, pero los hace especialmente vulnerables, frente a los adultos que las utilizan con otros fines. Por esta razón, se debería tener en cuenta como línea de investigación futura frente al Abuso Sexual Infantil.⁵³

8. CONCLUSIONES:

Con respecto al análisis de los documentos seleccionados en la presente revisión narrativa, se ha llegado a las siguientes conclusiones:

- Partiendo de la base que las normativas utilizadas ^(40,41) para comparar los protocolos y guías clínicas en el trabajo no se encuentran actualizadas, los documentos seleccionados no han cumplido con éxito las pautas necesarias para su elaboración.
- Considerando que el poco material encontrado contiene numerosos fallos en sus fases de elaboración y que no son corregidos con el paso de los años, la práctica asistencial continuará careciendo de validez para afrontar con garantías los casos de abuso sexual en menores.
- Los protocolos y las guías clínicas seleccionadas, no confieren como característica principal la aplicabilidad del documento. Se detecta falta de rigor al elaborar los apartados bibliográficos. En la mayor parte de ellos, este apartado que se basa en la evidencia científica, no se incluye o no cumple con las exigencias de las normativas.
- Son poco habituales apartados como el glosario y los acrónimos. Todo esto indica que no existe precisión en las definiciones fundamentales para comprender los documentos o bien no hay excesivo cuidado por la adecuación de los textos a una audiencia no especializada.
- La esfera más trabajada en los documentos seleccionados es la relacionada con los diferentes tipos de violencia, los factores de protección y riesgo, y los signos de alarma que se manifiestan en los menores.
- Para demostrar la efectividad de estas herramientas, es fundamental utilizar indicadores de medición. En los protocolos y guías clínicas tratados no se definen con claridad estos elementos, por lo que su implantación no será totalmente efectiva, pues no se pueden analizar los progresos habidos con su aplicación, dificultando la mejora continua.

9. AGRADECIMIENTOS:

En primer lugar, quiero agradecer y reconocer la labor docente de mi tutora del Trabajo de Fin de Grado, la Dra. M^o Luisa Díaz Martínez, por su dedicación y disponibilidad, sobre todo en esta etapa final de carrera. Sus múltiples consejos y aportaciones han hecho posible este trabajo.

En segundo lugar, quiero agradecer a mis compañeros de promoción, en especial a Lucía, por su compañerismo a lo largo de todos estos años de formación como enfermera, lejos de casa. Su apoyo me ha valido como motivación para continuar hasta el final en los momentos de flaqueza.

Por último, pero no menos importante, quiero agradecer también a toda mi familia, en especial a mi madre, el soporte diario y la confianza que han depositado en mí. Me han dado en todo momento la fuerza necesaria para seguir adelante y cerrar esta etapa. Gracias a todos.

10. BIBLIOGRAFÍA:

1. Alonso J, Horno P. Una experiencia de buena práctica en intervención sobre el abuso sexual infantil. [Internet]. Save The Children; 2004 [citado 12 Marzo 2018]; pp. 9-19. Disponible en:
http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/asi_guia_buenapRACTICA2005.pdf
2. El Mundo. Crece un 15,8% las denuncias por abuso sexual a menores en España. [Internet]. 2017 [citado 20 Febrero 2018]; Disponible en:
<http://www.elmundo.es/sociedad/2017/09/20/59c26309268e3ee4058b459d.html>
3. Abuso Sexual contra niños, niñas y adolescentes. Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos. [Internet]. UNICEF; 2017 [citado 20 Febrero 2018]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/spanish/proteccion-AbusoSexualcontraNNyA-2016.pdf>
4. Turcio Morales, L.A. Estudio sobre Abuso Sexual Infantil [Internet] Ayuda Psicológica en México. 2012 [citado 20 Febrero 2018]. Disponible en: <http://psicologos.mx/estudio-sobre-abuso-sexual-infantil.php>
5. Rodríguez Y, Arenia B, García I. Consecuencias Psicológicas del Abuso Sexual Infantil. [Internet]. Eureka; 2012 [citado 20 Febrero 2018]; 9(1):58-68. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2220-90262012000100007
6. J. Koenig L, O'Leary A. From Child Sexual Abuse to Adult Sexual Risk: Trauma, Revictimization, and Intervention [Internet]. American Psychological Association; 2004 [cited 20 February 2018]. Disponible en:
<http://www.apa.org/pubs/books/4317016.aspx?tab=3>
7. De Mause, L. La infancia maltratada. Las grandes agresiones contra la dignidad y la integridad de los menores. [Internet]. Amnistía Internacional. Madrid; 1991 [citado 20 Febrero 2018]. Disponible en: <http://www.amnistiacatalunya.org/edu/es/historia/h-violen.html>
8. Enesco, I. El concepto de infancia a lo largo de la historia [Internet]. 2008 [citado 20 Febrero 2018]; pp. 1-4. Disponible en:
<http://repository.unad.edu.co/bitstream/10596/4865/1/514517%20historia.pdf>

9. Sáez J. Aproximación histórica a los abusos sexuales a menores. [Internet]. Eguzkilore; 2015 [citado 20 Febrero 2018];: pp. 138-170. Disponible en: <https://www.ehu.es/documents/1736829/5274977/07+Saez>
10. Ariès. P. El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen. [Internet].1960 [citado 20 Febrero 2018];: pp. 16-23. Disponible en: http://iin.oea.org/Cursos_a_distancia/El_nino_y_la_vida_familiar.pdf
11. Infanticidio. [Internet]. Humanium. Concretamos los derechos del niño; 2017 [citado 20 Febrero 2018]. Disponible en: <https://www.humanium.org/es/infanticidio/>
12. Guía de Buena Práctica Clínica en Abordaje de las situaciones de violencia en el anciano, la mujer y el niño. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2003. pp. 83-90. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_violencia.pdf
13. Guía de Recursos sobre Protocolos de Actuación, Hojas de Notificación y otros documentos relacionados con Maltrato Infantil. [Internet]. Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. [citado 20 Febrero 2018]. Disponible en: <http://www.bienestaryproteccioninfantil.es/fuentes1.asp?sec=7&subs=67&cod=1442&p age=>
14. Asociación para la sanación y prevención de los abusos sexuales en la infancia. [Internet]. Mujer Global; 2011 [citado 20 Febrero 2018];: 1. Disponible en: <https://www.mujerglobal.es/aspasi-asociacion-para-la-sanacion-y-prevencion-de-los-abusos-sexuales-en-la-infancia/>
15. Abuso sexual infantil: Estadísticas, Secuelas, Tratamiento y Prevención. [Internet]. Depsicologia.com; 2017 [citado 20 Febrero 2018]. Disponible en: <https://depsicologia.com/abuso-sexual-infantil/>
16. Lameiras M, Carrera M, Failde J. Abusos sexuales a menores: Estado de la cuestión a nivel nacional e internacional. Revista d'Estudis de la Violencia. Ourense; 2008. Disponible en: http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/uvigo000/1.dir/uvigo0001.pdf
17. Abusos sexuales a niños [Internet]. Asociación Española de Pediatría; 2018 [citado 20 Febrero 2018]. Disponible en: <http://enfamilia.aeped.es/vida-sana/abusos-sexuales-ninos>
18. Infancia en datos. [Internet]. Ministerio del Interior; 2016 [citado 12 Marzo 2018]. Disponible en: <http://www.infanciaendatos.es/datos-graficos>

19. Abuso sexual infantil. [Internet]. Ministerio Fiscal; 2016 [citado 12 Marzo 2018].
Disponible en: <http://agresion-sexual-infantil.blogspot.com.es/p/estadisticas-de-abuso-sexual-infantil.html>
20. González L. Cuantificando la incidencia del acoso y el abuso sexual en Europa [Internet]. Nada es gratis; 2017 [citado 20 Febrero 2018]. Disponible en:
<http://nadaesgratis.es/admin/cuantificando-la-incidencia-del-acoso-y-el-abuso-sexual-en-europa>
21. Violencia contra los niños: nuevo informe 'Ocultos a plena luz'. [Internet]. UNICEF; 2018 [citado 20 Febrero 2018]. Disponible en: <https://www.unicef.es/noticia/violencia-contra-los-ninos-nuevo-informe-ocultos-plena-luz>
22. Asociación para la sanación y prevención de los abusos sexuales en la infancia. [Internet]. Mujer Global; 2011 [citado 20 Febrero 2018];: 1. Disponible en:
<https://www.mujerglobal.es/aspasi-asociacion-para-la-sanacion-y-prevencion-de-los-abusos-sexuales-en-la-infancia/>
23. García Palacio E. La práctica de la enfermería ante el maltrato infantil [Internet]. Oviedo; 2013 [citado 20 Febrero 2018]. Disponible en:
<http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/17342/1/La%20pr%C3%A1ctica%20de%20la%20enfermer%C3%ADa%20ante%20el%20maltrato%20infantil.pdf>
24. Análisis del abuso sexual infantil en la legislación penal y civil [Internet]. Cámara de los Diputados. México; 2010 [citado 12 Marzo 2018];: pp. 4-30. Disponible en:
http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/informacion_analitica_2010/Doc_12.pdf
25. Naredo, M., Orjuela, L. and Rodríguez, La Justicia Española frente al Abuso Sexual Infantil en el entorno familiar. [Internet] Madrid; 2012 [citado 20 Febrero 2018];: pp.14-24. Disponible en:
https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/informe_justicia_esp_abuso_sexual_infantil_vok-2.pdf
26. Deberes y derechos fundamentales.[Internet] Constitución Española. Madrid; 2003 [citado 12 Marzo 2018]. Disponible en:
<http://www.congreso.es/consti/constitucion/indice/titulos/articulos.jsp?ini=29&tipo=2>
27. II Plan de Actuación contra la explotación sexual de la Infancia y la Adolescencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid; 2009. Disponible en:
https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4638_d_IIPlan_contra_ESI.pdf

28. Atención al Abuso Sexual Infantil. [Internet]. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales. Madrid; 2001[citado 12 Marzo 2018];: pp.27-42. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007088.pdf>
29. Convención sobre los derechos del niño [Internet]. UNICEF Comité Español. Madrid; 2006 [citado 20 Feb 2018];: pp.6-9. Disponible en: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
30. Horno P, Santos A, del Molino C. Abuso Sexual Infantil: Manual de Formación para Profesionales [Internet]. Save The Children. [citado 20 Febrero 2018]; pp. 14-19, 140-151. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/manual_abuso_sexual.pdf
31. Tipología del maltrato infantil. Indicadores y niveles de gravedad. [Internet]. Andalucía; 2017 [citado 20 Febrero 2018];: pp. 1-11. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Infancia_Familia_archivos_TiposMalttrato.pdf
32. Orjuela, L.; Rodríguez, V. Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales. [Internet]. Save The Children; 2012 [citado 20 Febrero 2018]; pp.7-19. Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_sexual_contra_losninosylasninas.pdf
33. Deza S. Factores protectores en la prevención del abuso sexual infantil. [Internet]. Liberabit; 2005[citado 12 Marzo 2018]; 11. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272005000100003
34. Redondo C. El abuso sexual infantil. [Internet]. Boletín de la Sociedad de Pediatría; 2005 [citado 12 Marzo 2018];: pp. 2-6. Disponible en: http://sccalp.org/boletin/191/BolPediatr2005_45_003-016.pdf
35. Hernández R. Medidas preventivas Abuso Sexual Infantil. Fiscalía General del Estado; 2014. Disponible en: <https://fge.jalisco.gob.mx/prevencion-social/medidas-preventivas-abuso-sexual-infantil>
36. Guía para la elaboración de protocolos y procedimientos enfermeros. [Internet]. Dirección General de Hospitales. Servicio Madrileño de Salud. Madrid; 2012 [citado 12 Marzo 2018];: pp. 4-40. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content->

- Disposition&blobheadervalue1=filename%3DGU%C3%8DA_DEFINITIVA_PROCE
DIMIENTOS_ENFERMEROS.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere
=1352883659006&ssbinary=true
37. Román, A. Guías clínicas, vías clínicas y protocolos de atención. [Internet]. Medwave; 2012 [citado 12 Febrero 2018]; 12(6). Disponible en:
<https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Series/GES01/5436>
 38. Lim N. Campus Conundrums: Sexual Assault Research, Prevention and Policy. Emory University [Internet]. American Psychological Association; 2017 [cited 22 February 2018]. Available from: <http://www.apa.org/convention/2017/sexual-assault-research.aspx>
 39. Belsky, J. Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis [Internet]. Pubmed; 1993 [cited 22 February 2018]. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8272464>
 40. Guía para la elaboración de protocolos y procedimientos enfermeros. Dirección General de Hospitales. Servicio Madrileño de Salud. Madrid; 2012. pp.3-43. Disponible en:
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=filename%3DGU%C3%8DA_DEFINITIVA_PROCE
DIMIENTOS_ENFERMEROS.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere
=1352883659006&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=filename%3DGU%C3%8DA_DEFINITIVA_PROCEDIMIENTOS_ENFERMEROS.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352883659006&ssbinary=true)
 41. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Zaragoza; 2016. pp. 7-225. Disponible en:
http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/Capitulos/completo.pdf
 42. Martín J, García S. Manejo en Urgencias del Abuso Sexual Infantil. Madrid: Urgencias Infantil La Paz.
 43. Asenjo M. Protocolo de actuación ante una sospecha de abuso sexual. Hospital Gregorio Marañón. Madrid; 2015. Disponible en:
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=filename%3DAbuso+sexual
.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352918616573&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=filename%3DAbuso+sexual.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352918616573&ssbinary=true)

44. Protocolo Básico de Intervención contra el Maltrato Infantil en el ámbito familiar. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2014. pp.27-38.
Disponible en: <http://publicacionesoficiales.boe.es/>
45. Protocolo Básico de Intervención contra el Maltrato Infantil. Observatorio de la Infancia. Madrid; 2007. Disponible en:
http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/Protocolo_contra_Maltrato_Infantil.pdf
46. Atención al Abuso Sexual Infantil. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales. Madrid; 2001. pp.27-42. Disponible en:
<http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007088.pdf>
47. Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Maltrato Infantil. [Internet]. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Sevilla; 2014 [citado 12 Marzo 2018];: pp.21-39. Disponible en:
<https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1416575260.pdf>
48. Pou J. Maltrato Infantil. Protocolos de Urgencias Pediátricas. [Internet]. Asociación Española de Pediatría. Barcelona; 2010 [consultado 12 Marzo 2018];: pp.1-6.
Disponible en:
http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/maltrato_infantil._actuacion_en_urgencias.pdf
49. Protocolo Marco Interdisciplinar de Actuaciones en casos de Maltrato Infantil en las Islas Baleares. Dirección General de Familia, Bienestar Social y Atención a Personas en Situación Especial.; 2009. Disponible en:
<http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST1685ZII104865&id=104865>
50. Sánchez Y, González F, Molina O, Guil M. Guía para la elaboración de protocolos. [Internet]. Junta de Andalucía; 2009 [citado 15 Mayo 2018];: pp.1-15. Disponible en:
<http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.pdf>
51. Aproximación al Manejo del Maltrato Infantil en la Urgencia. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Madrid; 2015. pp.5-147. Disponible en:
http://seup.org/pdf_public/gt/maltrato_aproximacion.pdf
52. Guías de Buenas Prácticas para la prevención y protección del abuso y la explotación sexual infantil. Observatorio de la Infancia; 2017. Disponible en:
https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5469_d_DocumentoGT.BPaprobadoporPlenoOI.pdf

11. ANEXOS:

Anexo I. Normativa para la elaboración de los siguientes instrumentos sanitarios:

Protocolos	Guías de Práctica Clínica (GPC)
<p>La metodología de un protocolo, consta de las siguientes tres fases:</p> <p>❖ Fase de preparación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Selección del problema de salud que se desea protocolizar. 2. No se pueden abordar todas las problemáticas existentes. Se deben priorizar los procedimientos. Los criterios a valorar para la selección del problema de salud son los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ Gran variabilidad en la práctica clínica o en resultados. ○ Sospecha de cuidados o tratamientos efectivos que reduzcan la morbilidad/mortalidad. ○ Intervenciones de alto riesgo o alto coste. ○ Se percibe necesidad de que exista un protocolo. 3. Definición del tipo de documento que se va a elaborar (protocolo, guía clínica o manual). 4. Organización del grupo de trabajo: entre 6 y 10 miembros. El equipo debe estar constituido por: <ul style="list-style-type: none"> ○ Un coordinador (líder del grupo). ○ Un profesional acreditado en búsqueda bibliográfica. ○ Un profesional especialista en investigación y lectura crítica. ○ Seis profesionales expertos en el problema. 5. Realizar un Cronograma y Plan de trabajo, un calendario de las actividades y roles de cada participante con fecha para cada intervención del trabajo. 	<p>❖ Introducción:</p> <p>Deben quedar claras las siguientes cuestiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ¿Por qué se hace la guía? ○ ¿Para qué se hace? ○ ¿Qué aspectos aborda la guía y cuáles no? ○ ¿A quién va dirigida la guía? ○ ¿Cuál es el papel de los pacientes en el desarrollo del apartado “Alcance y Objetivos?” <p>❖ Alcance y Objetivos: obtener visión global y acotar las áreas claves.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Búsqueda preliminar de la literatura científica sobre el tema de estudio. 2. Deben responder a las expectativas de los profesionales y pacientes. 3. Deber ser claro y estructurado. <p>La información que se debe aportar tiene que incluir los siguientes aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Justificación: exponer los motivos de la elaboración de la GPC. ➤ Población diana: características claramente descritas sobre los usuarios finales y los excluidos en la GPC (edad, sexo, patología, condición clínica). ➤ Aspectos: detallar los aspectos abordados en la GPC (preventivos, diagnóstico, tratamiento). ➤ Ámbito o contexto: determinar el ámbito de aplicación de la GPC (atención primaria, atención hospitalaria). ➤ Objetivos: definir los objetivos generales y específicos de la GPC y los beneficios que se desean alcanzar. ➤ Otros elementos: algoritmos, material de apoyo o indicadores de calidad que sirvan para la evaluación de la GPC.

<p>❖ Fase de elaboración:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Revisión: de la mejor evidencia científica ➤ Criterios de redacción: la información debe ser clara y completa, evitando redundancias e interpretaciones subjetivas. ➤ Formato: los requisitos de un protocolo deben presenta el título en Arial número 14 en negrita, subtítulos Arial número 12 en negrita y Arial 12 para el resto del texto. Un espaciado tanto anterior como posterior automático con un interlineado sencillo. ➤ Estructura del documento: <ul style="list-style-type: none"> ○ Portada: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Logotipos institucionales ▪ Título del protocolo ▪ Código ▪ Versión ▪ Fecha de entrada en vigor ▪ Justificación de la revisión ▪ Fecha próxima revisión ▪ Institución que aprueba la versión ○ Segunda página: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Índice paginado con los epígrafes del documento ○ Todas las páginas del documento excepto la portada: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Encabezado: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Título del documento ✓ Codificación ✓ Número de versión del documento ✓ Número de página respecto del total ▪ Pie de página <p>Dentro de la estructura del documento se debe contemplar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Introducción/Justificación: acercamiento al problema de salud que se aborda, datos epidemiológicos, marco legal existente y motivos de la redacción del documento. ➤ Objetivos: los generales y específicos que se desean conseguir con la implantación de dicho protocolo. Deben ser asequibles y medibles. ➤ Responsabilidades ➤ Ámbito asistencial: concretar hacia qué 	<p>❖ Composición y funcionamiento del grupo de trabajo de la GPC:</p> <p>Los diferentes agentes que participan en el desarrollo de la GPC:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Grupo Elaborador de la Guía (GEG): núcleo encargado del proceso de elaboración. Debe oscilar entre 10 y 12 personas. ○ Grupo de Trabajo de la Guía (GTG): colaboradores externos y revisores. Debe contar con todos los profesionales implicados en el tema abordado. <p>❖ Formulación de las preguntas clínicas de la GPC:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definición y selección de las preguntas a responder: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Preguntas genéricas: refleja todo el alcance de la GPC. Sirve de utilidad un algoritmo inicial que resuma los diferentes aspectos de la atención del problema. Al principio de cada capítulo exponer las preguntas formuladas en esa etapa. ➤ Preguntas específicas: deben cubrir todas las áreas especificadas en la GPC y no introducir nuevas. 2. Formular las preguntas con un formato estructurado. Los siguientes 4 componentes forman las iniciales del formato PICO: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Población a la que va dirigida (pacientes). ➤ Intervención que se va a evaluar. ➤ Comparar con otra intervención o técnica de tratamiento, si procede. ➤ Medida de la eficacia clínica de las intervenciones (<i>outcomes</i>). <p>Este formato ofrece las siguientes ventajas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Desarrollo ordenado y claro de la guía. ○ Dirige una respuesta pertinente a la pregunta formulada. ○ Facilita el diseño de la estrategia de búsqueda bibliográfica. ○ Ayuda a identificar el tipo de investigación clínica más apropiado. ○ Ayuda a determinar los criterios de inclusión y exclusión. ○ Facilita la elaboración de recomendaciones para cada cuestión clínica. <p>❖ Búsqueda, evaluación y síntesis de la literatura:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La búsqueda se realiza a partir de las preguntas formuladas.
--	---

<p>profesionales se dirige el protocolo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Población diana: especificar en qué grupo se empleará el protocolo y añadir, si se precisa excepciones. ➤ Desarrollo o Cuerpo del protocolo: redacción del proceso asistencial. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Indicadores: valoración del desempeño por parte de los profesionales y los resultados obtenidos en los pacientes. Se mide de forma pautada y planificada según los parámetros de la actividad asistencial. ➤ Glosario: definir de los conceptos utilizados para facilitar su comprensión. ➤ Bibliografía: se rige según la normativa Vancouver, se enumeran las referencias bibliográficas correctamente en el texto y no deben superar los 5 años de antigüedad. ➤ Anexos: se enumeran en números romanos, se incluyen fichas de indicadores, control de cambios, estrategias de búsqueda realizada y registro de las personas del grupo. Es recomendable incluir documentos para facilitar la comprensión del protocolo, como pueden ser cuestionarios, imágenes o material de apoyo <p>❖ Aprobación y revisión:</p> <p>Cuando se obtiene finalmente el protocolo, el coordinador da a conocer al resto de coordinadores. Se traspasa a la Comisión Técnica para su aprobación definitiva. Esta fase no debe superar los tres años, si durante este tiempo hay constancia de cambios en la evidencia se deberán efectuar las correspondientes modificaciones en el documento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Se localizan las GPC existentes sobre el tema. ○ Se realizan las revisiones sistemáticas de las GPC. ○ Para evaluar la información encontrada se utiliza el sistema SIGN (calidad), Oxford (preguntas de diagnóstico) y GRADE. ❖ Formulación de recomendaciones: <ul style="list-style-type: none"> ○ Establecer de forma explícita un juicio razonado o evaluación formal. ○ Valorar la cantidad, calidad y consistencia de la evidencia científica. ○ Valorar la generalización de los resultados. ○ Valorar la aplicabilidad de la GPC. ○ Valorar el impacto clínico de la GPC. ○ Incluir el balance entre riesgos y beneficios. ○ Incluir las preferencias de los pacientes. ○ Incluir los costes. ❖ Revisión externa: <ul style="list-style-type: none"> ○ El texto es revisado por un grupo de profesionales con experiencia y prestigio. ○ La versión final de la GPC se revisa y se aprueba por el grupo elaborador. ○ Se contacta con las Sociedades Científicas implicadas en la GPC. ❖ Edición de la GPC: <ul style="list-style-type: none"> ○ Versión completa disponible en formato electrónico. ○ Versión resumida, en formato papel y electrónico. ○ Versión dirigida a pacientes y familiares. ○ La actualización de las GPC se deben realizar cada 2 o 3 años. ❖ Estructura de la GPC: <ol style="list-style-type: none"> 1. Índice 2. Autoría y Colaboraciones 3. Preguntas para responder 4. Resumen de las recomendaciones 5. Introducción 6. Alcance y objetivos 7. Metodología 8. Capítulos clínicos 9. Estrategias diagnósticas y terapéuticas (incluye los algoritmos) 10. Producción e implementación. 11. Recomendaciones de investigación futura 12. Anexos
--	---

Fuente ^(40, 41) (continuación)

Anexo II. Características de los documentos seleccionados.

Tipo de documento	Título	Autor	Año	Procedencia	Tipo de Estudio	Objetivo	Resultados
Protocolo	Atención al Abuso Sexual Infantil	Instituto Madrileño del Menor y Familia y Consejería de los Servicios Sociales	2001	Madrid, España	Cualitativo y Cuantitativo	Mejorar la atención sanitaria a los niños con abuso sexual	Planificación de servicios sanitarios para detectar situaciones de riesgo complementado con estudios de tasas de prevalencia
Protocolo	Protocolo Básico de Intervención contra el Maltrato Infantil	El Observatorio de la Infancia y el Mº de Trabajo y Asuntos Sociales	2007	Madrid, España	Cualitativo	Garantizar la coordinación inter institucional en la intervención en casos de maltrato infantil	Actuación coordinada y eficaz de las instituciones competentes que atienda los derechos y necesidades específicas de los menores
Guía de Práctica Clínica	Guía de buenas prácticas para la prevención y protección del abuso y la explotación sexual infantil	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y El Observatorio de la Infancia	2017	España	Cualitativo y Cuantitativo	Proporcionar una aproximación a la realidad de las buenas prácticas que permita elaborar propuestas de mejora, retos futuros y definición de líneas de trabajo de las distintas modalidades de violencia sexual contra menores de edad	Identificación de prácticas exitosas incluye todo tipo de iniciativas, programas y protocolos, que puedan ser propuestas como ejemplo y convenientemente argumentadas y justificadas

Anexo II. Características de los documentos seleccionados.

Tipo de documento	Título	Autor	Año	Procedencia	Tipo de Estudio	Objetivo	Resultados
Guía de Práctica Clínica	Violencia Sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales	Save The Children y Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	2012	España	Cualitativo	Sensibilización y detección de casos así como formación y conocimiento de actuación	Pautas de intervención ante la sospecha de abuso sexual
Guía de Práctica Clínica	Guía de Buena Práctica Clínica en abordaje de las situaciones de violencia en el anciano, la mujer y el niño.	Ministerio de Sanidad y Consumo.	2003	Madrid, España	Cualitativo	Los servicios de Atención Primaria de Salud deben prevenir y detectar la violencia en todos los menores	Los datos actuales sobre los malos tratos en la infancia indican la necesidad de considerarlo como una enfermedad más
Guía de Práctica Clínica	Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia	Sociedad Española de Urgencias de Pediatría	2015	Madrid, España	Cualitativo	Facilitar atención sanitaria a la infancia y a los profesionales, las habilidades necesarias para dar respuesta a los pacientes pediátricos víctimas de Maltrato Infantil o en riesgo de padecerlo.	El resultado ha de ser una guía imprescindible en cualquier servicio de urgencias e insustituible en cualquier centro que tenga actividad sanitaria en la que se atiendan niños.

Anexo II. Características de los documentos seleccionados.

Tipo de documento	Título	Autor	Año	Procedencia	Tipo de Estudio	Objetivo	Resultados
Protocolo	Protocolo Marco Interdisciplinar de Actuaciones en casos de Maltrato Infantil	Dirección General de la Familia, Bienestar Social y Atención a Personas en Situación Especial.	2009	Islas Baleares, España.	Cualitativo	Mejorar la atención de los menores que han sufrido maltrato y garantizar el cumplimiento de sus derechos y libertades.	Pone en marcha la detección y la notificación de los casos de maltrato de manera coordinada.
Protocolo	Protocolo Básico de Intervención contra el Maltrato Infantil en el ámbito familiar	Observatorio de la Infancia y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	2014	Madrid, España.	Cualitativo	Detección precoz del maltrato infantil, perfeccionar la coordinación inter institucional agilizando los procedimientos de actuación para obtener una respuesta eficaz	Nuevo instrumento se circunscribe al maltrato en el ámbito familiar, incluyendo en su ámbito de aplicación a los menores de edad expuestos
Protocolo	Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP	Hospital San Joan de Déu	2010	Barcelona, España.	Cualitativo	Establecer el diagnóstico o sospecha de maltrato y asegurar la protección del menor	El proceso de investigación diagnóstico de un posible maltrato puede ser generado por motivos diferentes pero en todos los casos los pasos a seguir serán los mismos que en cualquier acto médico

Anexo II. Características de los documentos seleccionados.

Tipo de documento	Título	Autor	Año	Procedencia	Tipo de Estudio	Objetivo	Resultados
Protocolo	Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Maltrato Infantil	Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Junta de Andalucía	2014	Sevilla, España	Cualitativo	Resolver dificultades de detección y actuación del maltrato infantil	Establece las pautas de actuación a seguir
Protocolo	Protocolo de actuación ante una sospecha de abuso sexual	Hospital Gregorio Marañón	2015	Madrid, España	Cualitativo	Ofrecer información sobre los diferentes grados de evaluación del ASI.	Indica las pautas de intervención según el orden del proceso.
Protocolo	Manejo en Urgencias del Abuso Sexual Infantil	Martin. J, García.S	2012	Madrid, España	Cualitativo	Como responder ante casos de Abuso Sexual Infantil en el Servicio de Urgencias.	Manual breve con indicaciones de actuación sanitaria.

Fuente: Elaboración propia. (Continuación).

Anexo III. Lista de verificación para las pautas de las Guías Clínicas.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA		
CRITERIOS	CHECKLIST ITEM	
DOMINIO: ALCANCE Y PROPÓSITO		
1. OBJETIVOS	Prevención, Detección, Asistencia, Notificación, Valoración, Seguimiento y Recuperación	<input type="checkbox"/>
	Beneficios y resultados esperados	<input type="checkbox"/>
	Población de pacientes y sociedad	<input type="checkbox"/>
2. PREGUNTAS	Población objetivo	<input type="checkbox"/>
	Intervención (es) o exposición (es)	<input type="checkbox"/>
	Comparaciones (si corresponde)	<input type="checkbox"/>
	Resultado(s)	<input type="checkbox"/>
	Contexto o contexto de cuidado de la salud	<input type="checkbox"/>
3. POBLACIÓN	Población objetivo, sexo y edad	<input type="checkbox"/>
	Condición clínica	<input type="checkbox"/>
	Gravedad/etapa de la Enfermedad	<input type="checkbox"/>
	Comorbilidades	<input type="checkbox"/>
	Poblaciones excluida	<input type="checkbox"/>

Anexo III. Lista de verificación para las pautas de las Guías Clínicas.

DOMINIO: PARTICIPACIÓN DE LAS PARTES INTERESADAS		
1. MIEMBROS DEL GRUPO	Nombre del Participante	<input type="checkbox"/>
	Experiencia en disciplina/contenido	<input type="checkbox"/>
	Institución	<input type="checkbox"/>
	Ubicación geográfica	<input type="checkbox"/>
	Descripción de la función del miembro en el grupo	<input type="checkbox"/>
2. PREFERENCIAS DE LA POBLACIÓN DIANA	Declaración del tipo de estrategia utilizada para capturar las visiones y preferencias de pacientes	<input type="checkbox"/>
	Resultados / información recopilada	<input type="checkbox"/>
	Cómo se utilizó la información recopilada para el proceso de desarrollo de la guía o formación de las recomendaciones	<input type="checkbox"/>
3. USUARIOS	El público objeto de la guía clínica (ej. médicos, enfermeras)	<input type="checkbox"/>
	Cómo la guía puede ser utilizada por su audiencia	<input type="checkbox"/>

(Continuación).

Anexo III. Lista para la verificación para las pautas de las guías clínicas.

DOMINIO: RIGOR EN EL DESARROLLO		
1. MÉTODOS DE BÚSQUEDA	Base de datos electrónica (s) con nombre o fuente (s) donde se realizó la búsqueda	<input type="checkbox"/>
	Periodos de tiempo buscados.	<input type="checkbox"/>
	Términos de búsqueda utilizados	<input type="checkbox"/>
	Estrategia de búsqueda completa incluida	<input type="checkbox"/>
2. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE EVIDENCIA	Características de la población	<input type="checkbox"/>
	Diseño del estudio	<input type="checkbox"/>
	Comparaciones	<input type="checkbox"/>
	Resultados	<input type="checkbox"/>
	Idioma	<input type="checkbox"/>
	Contexto	<input type="checkbox"/>
3. FORTALEZA Y LIMITACIONES DE LA EVIDENCIA	Diseño (es) del estudio incluidos en el cuerpo de evidencia	<input type="checkbox"/>
	Limitaciones de la metodología de estudio	<input type="checkbox"/>
	Adecuación / relevancia de resultados	<input type="checkbox"/>
	Consistencia de los resultados	<input type="checkbox"/>
	Dirección de resultados a través de estudios	<input type="checkbox"/>
	Magnitud del beneficio versus magnitud del daño	<input type="checkbox"/>
	Aplicabilidad al contexto de la práctica	<input type="checkbox"/>

(Continuación).

Anexo III. Lista de verificación para las pautas de las Guías Clínicas.

4. FORMULACIÓN DE RECOMENDACIONES	Proceso de desarrollo de recomendaciones	<input type="checkbox"/>
	Resultados del desarrollo de la recomendación	<input type="checkbox"/>
	Cómo el proceso influyó en las recomendaciones	<input type="checkbox"/>
	Recomendación final	<input type="checkbox"/>
5. CONSIDERACIÓN DE BENEFICIOS Y RIESGOS	Soporte de beneficio	<input type="checkbox"/>
	Respaldo de daños / efectos secundarios / riesgos	<input type="checkbox"/>
	Informes del equilibrio / compensación entre beneficios y daños / efectos secundarios / riesgos	<input type="checkbox"/>
	Las recomendaciones reflejan consideraciones de ambos beneficios y daños / efectos secundarios / riesgos	<input type="checkbox"/>
6. REVISIÓN EXTERNA	Propósito e intención de la revisión externa (por ejemplo: mejorar la calidad)	<input type="checkbox"/>
	Métodos utilizados para llevar a cabo la revisión externa (por ejemplo, escala de calificación, preguntas abiertas)	<input type="checkbox"/>
	Descripción de los revisores externos	<input type="checkbox"/>
	Resultados / información recopilada del exterior	<input type="checkbox"/>
	Cómo se utilizó la información recopilada para el proceso de desarrollo de la guía y / o formación de las recomendaciones	<input type="checkbox"/>
7. PROCEDIMIENTO DE ACTUALIZACIÓN	Una declaración de que la guía se actualizará	<input type="checkbox"/>
	Intervalo de tiempo explícito o criterios sobre cuándo ocurrirá una actualización	<input type="checkbox"/>
	Metodología para la actualización	<input type="checkbox"/>

(Continuación).

Anexo III. Lista de verificación para las pautas de las Guías Clínicas.

DOMINIO: CLARIDAD DE LA PRESENTACIÓN		
1. RECOMENDACIONES IDENTIFICABLES	Recomendaciones en un cuadro resumido, presentado como diagramas de flujo o algoritmos	<input type="checkbox"/>
	Recomendaciones específicas agrupadas en una sección	<input type="checkbox"/>
DOMINIO: APLICABILIDAD		
2. FACILITACIÓN DE BARRERAS	Tipos de facilitadores y barreras	<input type="checkbox"/>
	Información / descripción de facilitadores y barreras que surgieron de la investigación	<input type="checkbox"/>
	Cómo la información influyó en el proceso del desarrollo de la guía y la formación de las recomendaciones	<input type="checkbox"/>
3. IMPLICACIÓN DE LOS RECURSOS	Tipos de información sobre los costos	<input type="checkbox"/>
	Información / descripción del costo que surgió de la consulta	<input type="checkbox"/>
	Cómo se utilizó la información recopilada para informar el proceso de desarrollo de la guía y / o la formación de las recomendaciones	<input type="checkbox"/>
4. CRITERIOS DE AUTORÍA	Criterios para evaluar la implementación o adherencia a las recomendaciones	<input type="checkbox"/>
	Criterios para evaluar el impacto de las recomendaciones	<input type="checkbox"/>
	Asesoramiento sobre la frecuencia y el intervalo de medición	<input type="checkbox"/>
	Definiciones operacionales de cómo los criterios deberían medirse	<input type="checkbox"/>

Fuente: Basado en AGREE Reporting Checklist.

