

TRABAJO FIN DE GRADO ENFERMERÍA

**El impacto del maltrato infantil
intrafamiliar en el desarrollo del niño**

-Revisión narrativa-



Natalia González Martínez

Paula Rodríguez Salamanca

Tutora: María Teresa Alcolea Cosín

Grado en Enfermería. Facultad de Medicina

Universidad Autónoma de Madrid

Mayo 2019

El impacto del maltrato infantil intrafamiliar en el desarrollo del niño.

RESUMEN

Introducción: El maltrato infantil intrafamiliar (MII) ha existido en todas las culturas y épocas. Cualquier tipo de maltrato infantil puede producir una situación disfuncional y patológica que afecta al desarrollo del menor. Todas las personas son responsables del bienestar de la infancia, especialmente los profesionales sanitarios que se encuentran en una posición estratégica para la prevención y detección de la violencia a menores.

Objetivo: Analizar la afectación del MII en el desarrollo del niño.

Metodología: Se llevó a cabo una revisión narrativa mediante la búsqueda bibliográfica en las bases de datos PUBMED, CINALH, Cuiden, SciELO, Scopus, Psycinfo y Cochrane. Se delimitaron las búsquedas a través de limitadores (fecha de publicación, idioma, edad) y criterios de inclusión (MII) y exclusión (Síndrome de Münchausen por poderes, violencia de pareja, maltrato prenatal, entre otros).

Resultados: Se seleccionaron 25 artículos estableciendo cuatro categorías de análisis en relación con los objetivos específicos propuestos: consecuencias del MII, indicadores en función del tipo de maltrato perpetrado, importancia del entorno en la reducción de las consecuencias del MII y protocolos de enfermería para su detección.

Conclusión: El MII produce consecuencias (lesiones físicas, déficits cognitivos, problemas de salud mental, trastornos de la conducta), afectando a las esferas del desarrollo del menor. Es importante conocer las consecuencias e indicadores del MII para su detección. Los profesionales enfermeros son capaces de detectarlo desde Atención Primaria y los Servicios de Urgencias Hospitalarias, a través de protocolos. Sin embargo, en España hay una falta de formación y protocolos que faciliten su detección.

Palabras clave: *Maltrato a los niños; Violencia Doméstica; Impacto en la Salud; Indicadores de Salud; Protocolos; Enfermería.*

The impact of intrafamily child abuse in child's development.

ABSTRACT

Introduction: Intrafamily child abuse has existed in all cultures and ages. Any type of child abuse can produce a dysfunctional and pathological situation that affects to the child's development. Everybody should be responsible for childhood's welfare, especially health providers who are in a strategic position to prevent and detect violence to minors.

Objective: To analyse the impact of intrafamily child abuse in child's development.

Methodology: A narrative review was carried out by a bibliographic research in PUBMED, CINALH, Cuiden, SciELO, Scopus, Psycinfo and Cochrane databases. The researches were defined through limits (publication date, language, age) and inclusion (intrafamily child abuse) and exclusion criteria (Münchhausen syndrome by proxy, intimate partner violence, prenatal mistreatment, among others).

Results: 25 articles were selected establishing four categories of analysis in relation to the specific objectives proposed: consequences and indicators of domestic child mistreatment according to the type of abuse perpetrated, importance of environment in the reduction of child abuse consequences and nursing protocols for detection.

Conclusion: Intrafamily child abuse produces consequences (physical injuries, cognitive deficit, mental health problems, behavioural disorders), affecting child's development areas. It is important to know the consequences and indicators of intrafamily child abuse to detect it. Nurses are able to detect it through Primary Care and Hospital Emergency Services throughout protocols. However, in Spain there is a lack of training and protocols that facilitate its detection.

Keywords: *Child abuse; Domestic violence; Impact on Health; Health Status Indicators; Protocols; Nursing.*

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Concepto y clasificación.	2
1.2. Prevalencia y epidemiología.	4
1.3. Modelos explicativos del maltrato infantil.	6
1.4. Relevancia del papel del profesional enfermero en el maltrato infantil intrafamiliar. .8	
1.5. Justificación.....	10
1.6. Objetivos del trabajo.	11
2. METODOLOGÍA	12
3. RESULTADOS	14
3.1. Consecuencias del maltrato infantil intrafamiliar en función del tipo de maltrato perpetrado.....	15
3.2. Indicadores de malos tratos infantiles en función del tipo de maltrato perpetrado.	20
3.3. Importancia del entorno en la reducción de las consecuencias del maltrato infantil intrafamiliar	26
3.4. Protocolos de enfermería para la detección del maltrato infantil intrafamiliar.....	27
4. CONCLUSIONES	30
4.1. Limitaciones.	31
4.2. Futuras líneas de investigación.	32
5. AGRADECIMIENTOS	33
BIBLIOGRAFÍA	34
ANEXOS	40
Anexo I. Tabla 1: Búsquedas bibliográficas.	40
Anexo II. Tabla 2: Resultados bibliográficos seleccionados y sus resúmenes ordenados por número de referencia (ref)	43
Anexo III. Protocolo de detección del maltrato infantil en el SUH en el <i>Phoenix Children's Hospital</i>	48

1. INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil ha existido en todas las culturas y épocas desde la Antigüedad. A lo largo de la historia se han producido numerosos episodios de infanticidios cuyas causas principales eran los defectos congénitos o la ilegitimidad.¹

Desde Aristóteles (400 a.C) se defiende la idea de: “*Un hijo o un esclavo son propiedad y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto*”. Existen múltiples investigaciones que recogen el castigo corporal como uno de los métodos más empleados en la crianza de los niños utilizando, en ocasiones, herramientas como el látigo o la varilla.¹

La llegada de la Revolución Industrial trajo consigo la explotación laboral infantil con la aparición de enfermedades laborales que afectaban a los niños, como el cáncer de testículos.

En 1868, Ambroise Tardieu redactó un informe de autopsias de niños fallecidos por maltrato físico donde también recogió una descripción del entorno familiar. A principios del siglo XX, el maltrato en las aulas, así como en los hogares estaba socialmente aceptado. Se consideraba que los adultos tenían pleno derecho sobre los niños y se justificaban los castigos físicos severos como la forma de educar e inculcar valores.¹ Gran parte de los casos de violencia intrafamiliar se han mantenido en el ámbito privado como consecuencia del modelo de familia patriarcal, entendido como un sistema de dominación y opresión ejercido por los hombres contra las mujeres y los hijos.²

En 1962, Henry Kempe propuso el término “*Battered Child Syndrome*” para describir las lesiones propias del maltrato infantil.³ A partir de este momento, las instituciones y la sociedad comenzaron a sensibilizarse y darse cuenta de la dureza empleada sobre los niños durante siglos. El 20 de noviembre de 1989, se aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño que, en su artículo 19 recoge como obligación del Estado: “*Proteger a los niños de todas las formas de malos tratos perpetradas por padres, madres o cualquiera otra persona responsable de su cuidado, y establecer medidas preventivas y de tratamiento al respecto*”.⁴ Sin embargo, en la actualidad los niños continúan siendo objeto de múltiples abusos por parte de los adultos. La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2016, manifestó que una cuarta parte de todos los adultos refirieron haber sufrido malos tratos físicos de niño. Asimismo, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres han sufrido abusos sexuales durante su infancia.⁵

Esta realidad sigue presente, como indica UNICEF en su informe de 2017, “*A familiar Face. Violence in the lives of children and adolescents*”⁶ alrededor de 300 millones de niños de todo el mundo de entre 2 y 4 años son sometidos a actos violentos (castigos físicos y/o agresiones psicológicas) por parte de sus padres o cuidadores del hogar. Además, datos recogidos de 28 países denuncian que 9 de cada 10 mujeres adolescentes han sufrido abusos sexuales por parte de un familiar o conocido cercano.⁶ Como consecuencia, se producen alteraciones en la salud de la persona, tanto a nivel físico como psicológico que se abordarán a lo largo del presente trabajo.⁵

1.1. Concepto y clasificación.

La existencia de distintos enfoques para definir el maltrato infantil ha llevado a una falta de consenso a la hora de elaborar una definición única y homogénea.

El Observatorio de la Infancia, organismo dependiente del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad encargado del bienestar de la población infantil, recoge en el “Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar” una definición basada en los planteamientos de las OMS y el Código Civil de la legislación española: “*Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad*”.⁷

Por otro lado, la violencia intrafamiliar o doméstica se define como aquella que se produce entre los miembros de la familia, ya sea contra uno de ellos o contra todos, siendo las principales víctimas, directa o indirectamente, los niños y niñas, los ancianos y la pareja, habitualmente las mujeres.⁸

Este trabajo se centrará en la violencia ejercida directamente sobre los niños dentro del ámbito familiar, definida en el informe “Maltrato Infantil en la familia en España” del Centro Reina Sofía⁹ como: “*Toda forma de maltrato infantil cuyo autor es un familiar del menor maltratado principalmente, padres, biológicos o no, hermanos, abuelos, tíos, etc.*”

Existen numerosos sistemas para clasificar el maltrato infantil. Aun así, la mayoría de los investigadores usan el Sistema de Clasificación Jerárquico que define los siguientes tipos:¹

- **Maltrato físico:** Toda acción no accidental provocada por un adulto hacia un menor produciéndole un daño físico o enfermedad o exponiéndole a un grave riesgo de padecerlo. Una forma específica de maltrato físico es el síndrome del niño zarandeado; conjunto de lesiones cerebrales producidas al golpearse el cerebro contra el cráneo debido a fuertes fuerzas de aceleración y desaceleración.
- **Maltrato psicológico o emocional:** Acción normalmente verbal que puede provocar daño psicológico al menor. Insultos, amenazas de abandono, desprecios, aislamiento, evitación, encierro, etc.
- **Abuso sexual:** Cualquier tipo de contacto o interacción sexual entre un menor y un adulto cuando éste tiene una relación de confianza, responsabilidad o poder sobre el niño. También puede ser cometido por un menor de 18 años cuando sea mayor que la víctima o esté en una posición de poder sobre ésta. Se incluye dentro de esta categoría: pornografía infantil, prostitución infantil, explotación sexual, incesto, vejación sexual, violación y abuso sexual sin contacto físico.
- **Negligencia:** Falta o ausencia de atención de las necesidades básicas del niño temporal o permanentemente por parte de sus cuidadores. Se incluye: protección, educación, alimentación, vestido, higiene y salud.

Además, hay autores que identifican otros tipos de maltrato infantil dentro del núcleo familiar tales como: el maltrato prenatal, la mendicidad, la explotación laboral, el síndrome de Munchausen por poderes o violencia de género, entre otros.¹⁰

Cualquier tipo de maltrato infantil puede producir una situación disfuncional y patológica que afecta al desarrollo cerebral del menor, justamente por estar el sistema nervioso aún en crecimiento. Este proceso no llega a completarse hasta la edad adulta. Por este motivo, en función de la etapa del desarrollo en la que se produzca la violencia se verán afectados el desarrollo sensorial, motor, cognitivo y/o socioafectivo.¹¹

- **Desarrollo sensorial:** Es un proceso en el que se desarrolla la percepción y los sistemas sensoriales: oído, gusto, tacto, olfato y vista.
- **Desarrollo cognitivo:** Hace referencia al funcionamiento intelectual: lenguaje, pensamiento, memoria, aprendizaje, creatividad, razonamiento, etc.
- **Desarrollo socioafectivo:** Hace referencia a las relaciones sociales, la personalidad, las emociones y los sentimientos.

- **Desarrollo motor:** Proceso en el que se desarrollan las habilidades psicomotrices del cuerpo. Está muy relacionado con el desarrollo sensorial.

1.2. Prevalencia y epidemiología.

Es importante destacar la dificultad que existe para registrar los datos reales de maltrato infantil a nivel tanto internacional como nacional. El Comité para los Derechos del Niño, con el fin de salvaguardar el interés del menor, plantea la necesidad de establecer herramientas y criterios comunes que permitan la recogida y registro de datos del maltrato infantil.⁴

Por este motivo, los gobiernos deben replantearse la importancia de fortalecer los marcos jurídicos y normativos con el propósito de proteger a los niños de las diferentes formas de violencia.⁶ En España, se considera el maltrato infantil como un problema social y de salud y por ello, se promulgó la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, donde se recoge las actuaciones que se deben realizar en los casos de desprotección social.

El centro Reina Sofía en 2011 elaboró el informe “Maltrato Infantil en la familia en España”⁹ en el que pretende determinar la prevalencia del maltrato infantil intrafamiliar. Para ello realizó una investigación obteniendo los resultados reflejados en la Cuadro 1.

Cuadro 1. Prevalencia del maltrato infantil en la familia en España.

Prevalencia maltrato infantil	0-7 años	8-11 años	12-14 años	15-17 años
		6.36%	5.05%	4.65%
Prevalencia en función del tipo de maltrato infantil	0-7 años	8-17 años		
Maltrato físico	59,68%	2,24%		
Maltrato psicológico	17,74%	2,35%		
Negligencia	37,10%	0,78%		
Abuso sexual	4,84%	0,89%		

Fuente: Elaboración propia.⁹

Si se relaciona el tipo de maltrato con quien lo perpetra se concluye que la madre biológica comete más negligencia (72,73%), mientras que el padre biológico comete más maltrato físico (43,75%), emocional (63,64%) y abuso sexual (50%); éste último junto con los hermanos de la víctima.

En cuanto al sexo de las víctimas, los niños sufren más maltrato físico, psicológico y negligencia, y las niñas más abuso sexual.

Para facilitar el registro de casos detectados de maltrato infantil en España, desde el Observatorio de la Infancia, se planteó la necesidad de crear un sistema de registro unificado entre las diferentes Comunidades Autónomas (CCAA) que permita conocer la situación de maltrato infantil en España, surgiendo la base de datos Registro Unificado de casos de sospecha de Maltrato Infantil (RUMI), vigente desde 2007.

El “Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia” muestra el grado de utilización de la base de datos RUMI en 2017. La Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) registró 1424 casos (datos absolutos), de los cuales graves fueron 625 y leve-moderados 799. En el Cuadro 2, se reflejan las tasas de registro de casos de maltrato infantil, tanto a nivel intrafamiliar como extrafamiliar, más significativas por CCAA: ¹²

Cuadro 2. Tasa de notificaciones de maltrato infantil. Comparativa CCAA.

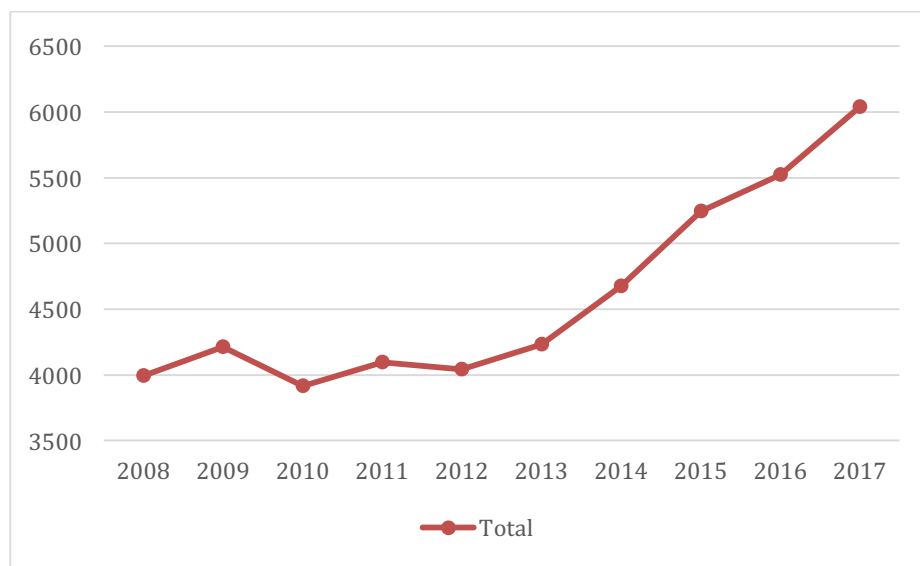
CCAA	TASA (1/100.000 personas menores de 18 años)
Baleares	784,8
Cantabria	641,1
Madrid	117,2
C. Valenciana	56,1
Castilla La Mancha	48,2

Fuente: Elaboración propia. ¹²

El portal “Infancia en Datos” creado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y UNICEF, recoge las estadísticas de menores de 18 años víctimas de violencia familiar en 2017. ¹³ En la Gráfica 1 se muestra la evolución del número de casos registrados anualmente desde 2008 a 2017 donde se aprecia un claro aumento desde 2012

que puede deberse a un incremento en la incidencia de casos o, bien a una mejora de los sistemas de detección de maltrato infantil intrafamiliar.¹³

Gráfica 1. Población menor de 18 años víctimas de violencia familiar. Evolución total y por sexos. España.



Fuente: Ministerio del Interior, Sistema Estadístico de Criminalidad.¹³

En 2017 se han registrado 6038 casos en España, de los cuales, en función del sexo se observa que las niñas sufren más maltrato que los niños. Y en cuanto a la edad, los niños son más vulnerables entre los 0 y 13 años, mientras que las niñas son más vulnerables entre los 14 y 17 años edad.

1.3. Modelos explicativos del maltrato infantil.

En los últimos 40 años se han propuesto numerosas teorías y modelos explicativos del maltrato infantil. Las teorías aportan un marco explicativo relacionando diferentes factores implicados en el abuso a menores. Éstas pueden ser operativizadas en forma de modelos explicativos que sirven para explicar procesos y determinar relaciones entre los diferentes factores implicados. Cada uno de los modelos hace referencia a unos factores explicativos y se relaciona con una teoría distinta del desarrollo infantil.

El **modelo psicopatológico**² asienta sus bases en la teoría psicopatológica que fue la primera teoría explicativa que se formuló. Considera que son las características psicopatológicas de los padres los principales factores explicativos del maltrato. Sin

embargo, numerosos estudios demuestran que sólo un porcentaje escaso de malos tratos (en torno al 10%) puede ser atribuido a trastornos psicopatológicos. ¹⁴

Por ello surge como respuesta el **modelo sociológico o sociocultural** ² que propone como principal causa del maltrato infantil situaciones estresantes de nuestra sociedad, como el nivel socioeconómico, el aislamiento social o el desempleo. Garbarino y Kostelny en 1992 asociaron el aumento de maltrato y abandono infantil con un mayor empobrecimiento social, menor acceso a recursos sociales y menor calidad de la red de soporte social. ¹⁴

Posteriormente, surgió el **modelo socio-interaccional** ² basado en la teoría del aprendizaje social propuesta por Bandura (1977), en la que pretende explicar la “transmisión intergeneracional” del abuso. Se basa en los patrones disfuncionales existentes en la relación padre-hijo, como escasas habilidades para el manejo del estrés y el cuidado de los niños, y escasos conocimientos de métodos alternativos de disciplina entre otros factores. ¹⁵

En la década de los 80, Cicchetti y Rizley (1981) propusieron el **modelo transaccional** ² en el que señalan que hay múltiples factores que determinan la conducta de los padres y de los hijos. Por un lado, factores de riesgo que pueden producir un aumento en la probabilidad de que se produzca el maltrato, por ejemplo, inmadurez psicológica, altos niveles de agresividad, escasa habilidad parental. Por otro lado, factores compensatorios que pueden hacer que los padres no se conviertan en maltratadores de sus hijos, como haber tenidos buenas relaciones interpersonales en la infancia, haber conseguido con éxito los objetivos escolares, etc.

Dentro de este modelo, algunos autores resaltan la importancia del apego en el desarrollo para explicar la génesis de los abusos. Carol George (1996), en su estudio acerca de la relación paternofilial afirma que la relación parental tiene su origen en el apego que se desarrolla durante la infancia. Se han identificado dos patrones de apego: ²

- Apego seguro: La persona se siente amada, es autónoma y considera que los demás son personas dispuestas a ayudarle y a cooperar con él.
- Apego inseguro: El niño no se siente querido ni valorado.
 - Evitativo: Los padres rechazan al niño.

- Ambivalente: Los padres se comportan con el niño de forma negligente y poco fiable.
- Desorganizado: El niño tiene sentimientos negativos y se siente confuso. Percibe a los padres como amenazadores y personas inaccesibles.

Como respuesta a las múltiples teorías explicativas del maltrato infantil, Belsky propone el **modelo ecológico**² que considera que el equilibrio entre los diferentes estresores va a determinar la probabilidad de que se produzcan los abusos. Describe los determinantes de los abusos en cuatro niveles: el desarrollo ontogénico referido a la herencia que traen consigo los padres que maltratan a sus hijos, como su historia personal y familiar; microsistema que representa el contexto familiar; exosistema que representa el contexto social que rodea a la familia; y macrosistema que hace referencia a los valores y creencias que fomentan el maltrato infantil. Belsky no sólo plantea los 4 niveles, sino que señala la interacción existente entre ellos. El estrés social y la falta de apoyos sociales, incluidos en el exosistema, son los principales factores de riesgo.

1.4. Relevancia del papel del profesional enfermero en el maltrato infantil intrafamiliar.

Los profesionales de la salud juegan un papel fundamental en la prevención, detección e intervención del maltrato infantil. Se encuentran en una posición estratégica para asegurar la atención integral del niño y su familia desde los distintos ámbitos de actuación: atención primaria y hospitalaria, salud mental, urgencias, centros de acogida y colegios.

La familia es el primer y más importante agente para el desarrollo social del niño, siendo la principal responsable de su protección, así como la encargada de cubrir sus necesidades y ofrecer relaciones seguras que permitan al niño desarrollar una visión positiva de sí mismo y de los demás. El buen trato es la base para un correcto desarrollo físico, mental, social y de resiliencia. Por tanto, los profesionales enfermeros, a través de una visión global e individualizada, deben ser capaces de identificar aquellas situaciones de riesgo o vulnerabilidad que nos orienten ante una posible sospecha de maltrato infantil. Para ello, en primera instancia deben considerar a la familia y al niño como un todo, fomentando el apoyo en las labores parentales de cuidado y protección. Aun así, es importante tener en cuenta que en ocasiones los niños requieren ser atendidos fuera de su núcleo familiar.^{14,16}

La OMS en su “Plan de Acción Europeo para la prevención del maltrato infantil 2015-2020”, promueve la elaboración de programas para la prevención del maltrato infantil.¹⁷

No obstante, en la actualidad, a pesar de la necesidad de mejora, la CAM continúa haciendo uso del “Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario” elaborado en 1998 y puesto en marcha en 2001. Éste tiene como objetivo sensibilizar y formar a los profesionales de enfermería en los problemas psicosociales de la infancia, la detección precoz y la prevención del maltrato infantil. El programa se elaboró con el fin de establecer pautas de actuación y coordinación ante la escasez de protocolos y de información para abordar casos de sospecha de maltrato infantil. A pesar de estar orientado a los profesionales de enfermería, este manual sirve de referencia para las diferentes instituciones y profesionales implicados en el maltrato a menores.¹⁸

Desde el sistema sanitario, los profesionales enfermeros, basándose en el marco normativo e institucional vigente, buscan la protección infantil. El Código Deontológico recoge el conjunto de deberes y normas éticas que deben seguir los profesionales de enfermería para llevar a cabo correctamente su actividad profesional. Según el capítulo 7, la enfermera debe salvaguardar los derechos del niño siendo la responsable de asegurar su bienestar de forma que puedan crecer con salud y dignidad. En su artículo 39 establece: *“La Enfermera/o protegerá a los niños de cualquier forma de abuso y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento”*.¹⁹ Asimismo, existe una obligación legal que se recoge en la Ley Orgánica 1/1996 de protección jurídica del menor y de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal que en su artículo 13 dicta: *“Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise”*.¹⁸ No se debe tener miedo a posibles represalias legales, pues nunca se va a considerar como una denuncia falsa, sino que su única finalidad es evitar el daño a un menor. Sin embargo, en el caso de no denunciarlo sí podría ser considerado un delito de omisión del deber de socorro.

A pesar de esto, son muchos los profesionales que desconocen este deber, lo que entorpece su notificación. Además, la Fiscalía de Menores de la CAM en su última memoria publicada concluye que, se deben impulsar programas de prevención de maltrato infantil a través de la implementación de protocolos que permitan detectar y notificar casos de violencia infantil en el ámbito educativo, sanitario, servicio social, judicial y policial.²⁰ Por ello, es importante formar a los profesionales para que sean expertos en la detección del maltrato infantil. Dentro de las competencias fundamentales de la enfermera

se encuentran la prevención y promoción de la salud. En concreto, desde el ámbito de Atención Primaria se puede resolver este problema mediante la implementación de programas de prevención y detección de malos tratos en la infancia.¹⁸

1.5. Justificación.

Todas las personas son responsables del bienestar de la infancia formando parte de una red universal de protección de la misma. Es por esto que todos los ciudadanos tienen la obligación legal de protegerla, especialmente los profesionales sanitarios que deberían ser capaces de identificar casos de sospecha de maltrato infantil a través de una serie de indicadores.²⁰

La OMS, en su “Plan de Acción europeo para la prevención del maltrato infantil 2015-2020”, nombrado anteriormente, recomienda mejorar la formación de los profesionales en la detección y atención temprana al maltrato infantil. En España, la falta de un sistema único de notificación para todas las CCAA supone un obstáculo a la hora de conocer los datos estadísticos nacionales del maltrato infantil. Aun así, los datos conocidos aportan una aproximación sobre la magnitud del problema, su complejidad y las consecuencias que tienen en el desarrollo de los niños.¹⁷

Como profesionales sanitarios nos encontramos en un punto estratégico para la prevención y detección de la violencia a menores, siendo los principales responsables de su notificación. Es importante poner en marcha campañas informativas acerca del maltrato a menores para educar a la población, así como programas formativos para profesionales y ciudadanos. Del mismo modo, debemos ser capaces de reconocer los elementos de valoración del maltratador y del niño maltratado o en riesgo de maltrato, al igual que las múltiples secuelas que ocasionan en el menor, no sólo a nivel físico sino también a nivel psicológico, fisiológico y emocional para poder actuar sobre ellas. Estas consecuencias suelen ser difíciles de revertir.²⁰

1.6. Objetivos del trabajo.

El objetivo general del trabajo es analizar la afectación del maltrato infantil intrafamiliar en el desarrollo del niño.

Los objetivos específicos son:

- Determinar las consecuencias del maltrato infantil intrafamiliar.
- Analizar los indicadores de malos tratos y los elementos de valoración en el niño maltratado o en riesgo de maltrato.
- Analizar los protocolos existentes para la detección del maltrato infantil intrafamiliar desde el rol enfermero.

2. METODOLOGÍA

Para la elaboración de esta revisión narrativa se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos de ciencias de la salud: PUBMED, CINALH, Cuiden, SciELO, Scopus, Psycinfo y Cochrane.

Además, se utilizó Google Scholar y Researchgate para la búsqueda de artículos completos. Los términos empleados pertenecen al lenguaje controlado (MeSH y DeCS) y al lenguaje libre; están recogidos en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Términos MeSH, DeCS y lenguaje libre agrupados por conceptos.

Concepto	Subapartado
Maltrato a los niños (DeCS) /Child abuse [MeSH]	-
Domestic violence [MeSH]	-
Developmental disabilities [MeSH]	Metabolic* disorders
Mental disorders/pathology [MeSH]	Neurological development. Cognitive development Cognitive deficits Intellectual development Conductual development Social Skills Socioaffective
Identificación/Identification Detección/Detection	Indicadores de la Salud (DeCS) Effects Outcomes Injuries (DeCS) Evaluación Recognition
Enfermería/Nurs*(DeCS) Medic*	Protocolos/Protocols (DeCS) -

Fuente: Elaboración propia.

Con el fin de elaborar búsquedas más concretas se utilizaron **operadores de truncamiento y operadores booleanos** “AND” y “OR”. A continuación, se presentan los criterios de inclusión, exclusión y limitadores utilizados.

Limitadores

Los limitadores usados en las búsquedas fueron los siguientes:

- Edad: entre 0-18 años.
- Idioma: español e inglés.
- Fecha de publicación: 2015-2019.

Criterios de inclusión

Se seleccionaron aquellos artículos cuya temática está basada en el impacto del maltrato infantil intrafamiliar (físico, psicológico, negligencia y abuso sexual); artículos que recogen indicadores de salud característicos del maltrato infantil, así como aquellos que abordan el papel enfermero en la detección del maltrato infantil intrafamiliar.

Criterios de exclusión

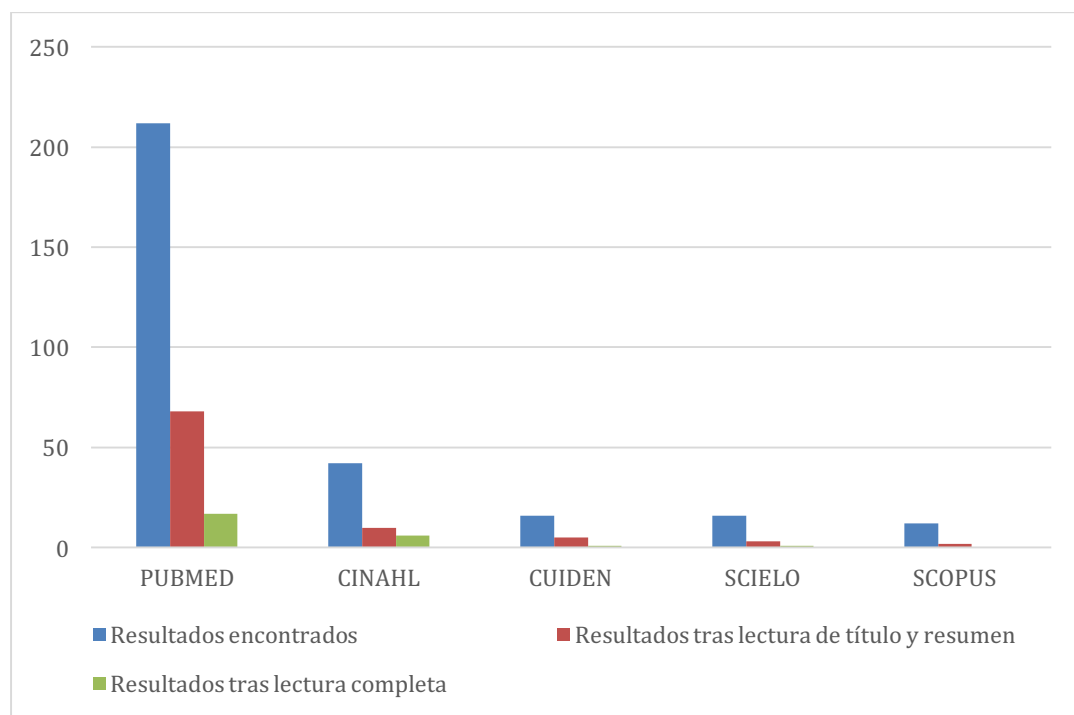
Se excluyeron aquellos artículos que abordaban el maltrato infantil fuera del núcleo familiar (colegios, centros, refugios de acogida, etc.); artículos sobre otros tipos de maltrato infantil intrafamiliar (Síndrome de Münchhausen por poderes, violencia de pareja, maltrato prenatal, alienación parental, entre otros) con el fin de delimitar la búsqueda; casos clínicos individuales y artículos con muestras poblacionales pequeñas, resultados no concluyentes o de criterio diagnóstico. Asimismo, se descartaron proyectos de investigación realizados en países subdesarrollados (Sudáfrica) por presentar diferencias con respecto al desarrollo productivo y sanitario de España.

Siguiendo los criterios expuestos anteriormente, se procedió a una búsqueda bibliográfica (Ver Anexo I) obteniendo un total de 298 artículos, que tras la revisión del *título* y *resumen* se seleccionaron 88. Tras su lectura completa se descartaron 63, por no cumplir los criterios de inclusión, seleccionándose finalmente un total de 25 artículos para la elaboración del trabajo.

3. RESULTADOS

La base de datos con mayor número de resultados fue PUBMED obteniendo un total de 212 artículos, que tras su lectura crítica se seleccionaron 17. Tras las búsquedas bibliográficas realizadas en CINALH, SciELO y Scopus se excluyeron aquellos artículos ya cribados en PUBMED, obteniendo tan solo 8 resultados totales tras su lectura completa (Ver Gráfica 2). También se han realizado búsquedas en Psycinfo y Cochrane, aunque no se seleccionaron artículos debido a su repetición en otras bases de datos.

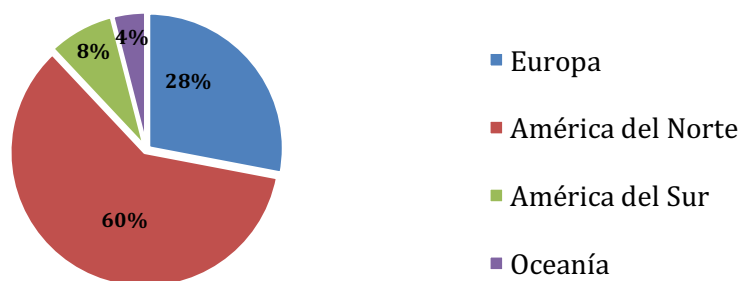
Gráfica 2. Diagrama de barras según los artículos obtenidos en las bases de datos.



Fuente: Elaboración propia.

El número de artículos seleccionados para la revisión narrativa fue de 25, de los cuales todos están escritos en inglés salvo 1 que está en español. 12 de los artículos mencionados se tratan de fuentes primarias y 13 de fuentes secundarias. En cuanto al origen de procedencia de los mismos, es diverso quedando recogido en la Gráfica 3 los países estudiados, lo que ha permitido comparar la información.

Gráfica 3. Diagrama de sectores según lugar de publicación de los artículos seleccionados.



Fuente: Elaboración propia.

Las características de los documentos quedan recogidas en la Tabla 2 (Ver Anexo II). En ella figuran los autores, el diseño del estudio, el año y lugar de publicación y los resultados obtenidos.

Tras la lectura crítica de los resultados seleccionados, se establecieron cuatro categorías de análisis en relación con los objetivos específicos propuestos en este trabajo:

- Las consecuencias del maltrato infantil intrafamiliar en función del tipo de maltrato perpetrado.
- Indicadores del maltrato infantil intrafamiliar en función del tipo de maltrato infantil sufrido.
- Importancia del entorno en la reducción de las consecuencias del maltrato infantil intrafamiliar.
- Protocolos de enfermería para la detección del maltrato infantil intrafamiliar.

3.1. Consecuencias del maltrato infantil intrafamiliar en función del tipo de maltrato perpetrado.

El maltrato infantil se ha relacionado con numerosas consecuencias inmediatas y a largo plazo que comprenden múltiples dominios de la salud, muerte prematura, suicidio, conductas de riesgo, bajo rendimiento académico y empleabilidad, así como cambios estructurales y funcionales en el cerebro.²¹ Acontece con frecuencia durante períodos de desarrollo sensibles y es frecuentemente perpetrada por personas emocionalmente importantes para el menor, como miembros de su familia.²²

Los períodos sensibles son espacios de tiempo en los que el cerebro en desarrollo es altamente "plástico" y, por lo tanto, especialmente maleable a la influencia ambiental. Algunos estudios sugieren que un período sensible para el desarrollo cognitivo se produce antes de los 2 años, otros encuentran el momento de mayor plasticidad para algunos aspectos de la cognición durante la adolescencia. Sin embargo, Andersen y Teicher subrayan la posibilidad de que pueda haber múltiples períodos sensibles correspondientes a diferentes regiones del cerebro y funciones cognitivas asociadas a lo largo de la vida.²¹

Cuando el cuerpo humano está expuesto a experiencias traumáticas y perjudiciales se producen, como respuesta al estrés prolongado, una serie de cambios biológicos y fisiológicos. Este estrés supone una fuerte activación de los sistemas de respuesta al estrés durante los periodos de desarrollo sensibles en ausencia de un cuidador protector, produciendo cambios profundos en la arquitectura cerebral, que a su vez influyen en el comportamiento futuro, el aprendizaje y la salud.^{23,24}

El estrés activa la "respuesta de huida o lucha" del cuerpo, que está mediada en gran parte por el eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA) y el sistema nervioso autónomo (SNA). Estos sistemas liberan catecolaminas y cortisol que movilizan las reservas de energía, alteran el flujo sanguíneo en respuesta a una amenaza y modulan la respuesta inmune. Estas respuestas causan efectos fisiológicos inmediatos. Sin embargo, cuando un niño experimenta maltrato, se produce una desregulación de dichas respuestas y, como resultado, se observan cambios en el cerebro a nivel molecular, celular y de circuitos.^{23,24}

Asimismo, Lowenthal identificó dos formas en las que el neurodesarrollo puede verse afectado e incluso interrumpido por el maltrato infantil y, por lo tanto, conducir a daños en las regiones responsables del funcionamiento físico, social y cognitivo:²⁵

1. Experiencias sensoriales insuficientes durante periodos sensibles del desarrollo del cerebro (negligencia).
2. Activación atípica de neuronas causadas por estrés en la vida temprana (maltrato físico, emocional y abuso sexual).

Por otro lado, las características del maltrato infantil (inicio, duración y tipo) también van a influir en el grado de afectación. Con respecto al inicio, se ha sugerido que los niños que sufren maltrato a una edad temprana pueden presentar los déficits más generalizados debido a que el cerebro se está desarrollando muy rápidamente durante los primeros años de vida. Leiter y Jonsen en 1997 encontraron que el inicio temprano del maltrato estaba,

de hecho, asociado con una mayor probabilidad de recibir educación especial. Estos investigadores también descubrieron que el inicio temprano del maltrato, junto con un incidente reciente de maltrato (un indicador de cronicidad), se relacionó con mayores problemas en el rendimiento académico y abandono escolar.²⁵

A continuación, se exponen las principales consecuencias del maltrato infantil intrafamiliar en función del tipo de maltrato recibido, recogidas en la literatura y agrupadas en las siguientes categorías: negligencia, abuso sexual, maltrato emocional y físico, así como maltrato físico asociado con otros tipos de abuso.

3.1.1. Negligencia.

Los niños que experimentan negligencia se crían en un entorno caracterizado por la ausencia o la disponibilidad limitada de un cuidador, lo que reduce la complejidad de sus experiencias sensoriales, motoras y lingüísticas y las oportunidades de aprendizaje. La negligencia parece ser una forma particularmente grave de maltrato, ya que generalmente comienza y abarca los primeros años de vida del niño. Los cuidadores desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de estos procesos de aprendizaje al dirigir la atención de los niños a estímulos relevantes en el ambiente.²⁶

La negligencia implica una afectación en los dominios sensoriales, lingüísticos, cognitivos y sociales. De hecho, existe una fuerte asociación entre la negligencia y los déficits cognitivos, así como un elevado riesgo de calificaciones educativas bajas. Esto puede deberse a una falta de participación y motivación en la educación del niño por parte del cuidador pudiendo afectar a la asistencia escolar. La continua falta de apoyo de los padres y/o el propio valor de la educación del menor puede explicar la contribución de la negligencia a las calificaciones más pobres.²⁶

Por otro lado, en niños que sufren negligencia existen déficits en determinadas regiones cerebrales (corteza blanca prefrontal y cuerpo caloso) y un perímetro craneal reducido, lo que puede indicar una maduración cerebral deficiente. Tales déficits se deben, probablemente, al insulto y la ofensa temprana; la negligencia puede ocurrir antes que el abuso, y aunque la plasticidad del desarrollo cerebral no se limita a la vida temprana, los efectos perjudiciales pueden durar en ausencia de influencias compensadoras. Del mismo modo, también existe una asociación entre la negligencia y el retraso en el crecimiento.²⁷

En cuanto al desarrollo del lenguaje, está fuertemente influenciado por la privación ambiental. Las habilidades lingüísticas deficientes se pueden ver afectadas por una falta de estimulación lingüística por parte del cuidador.²⁶

Por otro lado, la negligencia se ha asociado con problemas de salud mental tales como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, problemas de comportamiento (agresividad, resentimiento, tristeza excesiva)²⁷ y trastornos alimentarios, más concretamente con los atracones de comida. El estudio llevado a cabo por Kimber et al determinó, tras realizar una entrevista diagnóstica estructurada, que el inicio de los trastornos de alimentación estaba influenciado por la negligencia infantil.²⁸

3.1.2. Abuso sexual.

Una amplia gama de investigaciones indica que el abuso sexual infantil tiene efectos significativos tanto a corto como a largo plazo. Se ha demostrado que puede estar asociado con problemas en diferentes dimensiones de la persona durante la infancia y la adolescencia, pudiendo afectar también a la edad adulta. De la misma forma, el abuso sexual se puede relacionar con una gran variedad de síntomas y trastornos internalizantes como depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático, síntomas obsesivo-compulsivos, somatización, ideas y comportamientos suicidas y autolesivas y problemas interpersonales (incluidos sentimientos de insuficiencia, inferioridad o incomodidad al interactuar con otros). Por otro lado, también se ha relacionado con un mayor riesgo de síntomas y trastornos externos como el abuso de sustancias, la participación en conductas sexuales de alto riesgo, deterioro psicosocial, conductas agresivas y trastornos de conducta, creencias y actitudes negativas hacia los demás y otros problemas interpersonales (dificultades de relación y disfunción social). También se ha asociado con una mayor probabilidad de padecer trastornos psicóticos, personalidad límite y mayores tasas de revictimización.²⁹

3.1.3. Maltrato emocional.

El maltrato emocional está asociado con conductas de internalización y retiro social, lo que puede aumentar su predisposición a problemas de conducta como rechazo de compañeros, trastornos de conducta, rasgos psicopáticos y trastornos de la personalidad antisocial. Este último, se caracteriza por conductas basadas en la falta de respeto y la violación de los derechos hacia los demás que comienza en la infancia y adolescencia. Sin embargo, la psicopatía incluye una combinación de rasgos interpersonales y afectivos

(manejo de la impresión¹, grandioso sentido de autoestima, falta de empatía y remordimiento, afecto superficial), así como un estilo de vida particular con comportamientos antisociales (impulsividad, irresponsabilidad, mentira patológica, manipulación, control del enojo, actos delictivos).³⁰

Al igual que la negligencia, el abuso emocional también se ha asociado con trastornos alimentarios en la infancia, más fuertemente con los ciclos de purga de atracón. En un estudio realizado en Nueva Zelanda, Nesim Kugu indicó que el 38,1% de los 951 participantes que cumplieron con los criterios clínicos para un trastorno alimentario, informaron haber experimentado abuso emocional en la infancia.²⁸

3.1.4. Maltrato físico.

El maltrato físico se encuentra asociado a conductas de externalización (conducta antisocial, agresividad y búsqueda de la atención).³⁰ Un estudio llevado a cabo por Gail Honor et al, relaciona el castigo corporal con el inicio de sufrir abuso físico y, por tanto, con una serie de consecuencias negativas para los niños, como la externalización de problemas de comportamiento, conducta criminal y antisocial, un desarrollo cognitivo más lento y, adolescentes y adultos con un nivel socioeconómico más bajo.³¹

Además, las lesiones físicas pueden dejar cicatrices permanentes, desfiguración o un funcionamiento físico y cognitivo deteriorado. También está asociado con trastornos alimentarios en la edad adulta, sobre todo obesidad, así como estrés postraumático y trastornos del estado de ánimo (depresión y ansiedad).²³

3.1.5. Maltrato físico asociado con otros tipos de abuso.

Si se compara la negligencia asociada al maltrato físico con la negligencia de forma aislada, en teoría, un niño que sufre negligencia y maltrato físico puede experimentar más interacción social, estimulación cognitiva e intercambio recíproco de lenguaje que un niño que experimenta sólo negligencia. Aunque la dinámica del abuso físico entre padres e hijos es negativa, todavía puede contrarrestar algunos de los déficits sociales de un entorno negligente. Además, los niños que sufren sólo negligencia tienen menos probabilidades de recibir servicios de apoyo que los niños maltratados.³²

Asimismo, los niños que han sufrido maltrato físico y emocional tienen tendencia a percibir mayor hostilidad, amenaza, peligro y/o agresión en sus interacciones con los

¹ Manejo de la impresión: proceso intencional de crear una impresión favorable o aceptable de sí mismo ante los demás.

demás. Estas percepciones pueden interferir seriamente en su funcionamiento emocional y de comportamiento, ya que han aprendido que no se puede confiar en los demás porque pueden ser fuentes de peligro y daño. Por este motivo, el maltrato emocional puede contribuir a una mayor vigilancia y control del entorno por parte del menor y, por lo tanto, a manejar las funciones ejecutivas con mayor precaución. Estas percepciones a menudo se transmiten en las interacciones con los compañeros, por lo que los niños maltratados a menudo muestran ciertos comportamientos interpersonales (por ejemplo, conductas evitativas, hostilidad, agresión, comportamiento antisocial) que dificultan el desarrollo y el mantenimiento de relaciones satisfactorias.²⁵

3.2. Indicadores de malos tratos infantiles en función del tipo de maltrato perpetrado.

Las lesiones en los niños son algo común en la infancia debido a su tendencia a explorar, indagar y querer conocer lo que sucede a su alrededor. No obstante, los cuidadores principales son los encargados de velar por su seguridad y prevenir este tipo de lesiones accidentales. Por ello, una lesión por sí sola no indica abuso, pero saber cómo ocurrió la lesión es primordial para determinar la existencia de maltrato.³³

Los signos de maltrato infantil pueden manifestarse de diferentes maneras. Cada niño y cada situación es diferente, por lo que es importante trabajar con la familia y el niño de forma conjunta. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en ocasiones el cuidador no va a ser un colaborador activo, bien por ser el propio perpetrador del abuso infantil o por desconocimiento del mismo.³³

Ser capaces de reconocer los indicadores de abuso puede ayudar a detectar el maltrato infantil. A continuación, se exponen en la Tabla 3 los principales indicadores a tener en cuenta en función del tipo de maltrato.

Tabla 3. Indicadores de maltrato infantil intrafamiliar.

INDICADORES DE MALTRATO	
NEGLIGENCIA 33,34,35	<ul style="list-style-type: none"> • Incumplimiento de las recomendaciones médicas. • Retraso o falta de atención médica. • Falta de vacunación o ausencia de gafas necesarias. • Mala salud dental: Caries e infecciones que pueden dar lugar a dolor, falta de sueño, pérdida de la función afectando negativamente a la comunicación, nutrición, y aprendizaje del niño. • Nutrición inadecuada, falta de crecimiento no relacionada con enfermedad, y obesidad mórbida no gestionada. <ul style="list-style-type: none"> ○ Los signos físicos de malnutrición pueden incluir pérdida de grasa y músculos, costillas y huesos faciales prominentes, distensión abdominal, edema y vello escaso. • Recién nacidos expuestos a drogas o ingestión infantil. • Lesiones e ingestiones resultantes de una protección inadecuada de peligros ambientales (por ejemplo, armas de fuego). • Ropa inadecuada para las condiciones climáticas. • Apariencia enfermiza o sucia. • Necesidades educativas insatisfechas. • Problemas en la escuela: <ul style="list-style-type: none"> ○ Absentismo escolar, quedarse dormido en clase, llegar tarde, etc. • Falta de apego parental. • Abandono.
ABUSO SEXUAL 34,35,36	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones genitourinarias: <ul style="list-style-type: none"> ○ Abrasiones o hematomas, desgarró agudo o curado del himen, disminución de la cantidad o ausencia de himen, lesión o cicatrización de la horquilla posterior o fosa navicular y moretones o laceraciones anales. • Restos de semen en genitales o boca. • En raras ocasiones embarazo o infección de transmisión sexual (ITS).

INDICADORES DE MALTRATO

ABUSO SEXUAL^{34,35,36}

- Comportamientos sexualizados:
 - Exhibicionismo, comportamientos de masturbación frecuentes y públicos, conocimiento sexual e interés avanzado para la edad, esfuerzos para observar o tocar los genitales de otras personas, comportamiento seductor avanzado para la fase de desarrollo del niño y sentimientos atípicos.
- Cavidad oral:
 - Signos de *Gonorrea* oral o perioral y *Clamidia*.
 - Petequias en el paladar (sexo oral).
 - Verrugas en la cavidad oral o perioral (*Virus del papiloma humano*).

MALTRATO EMOCIONAL³³

- Desarrollo emocional tardío o inapropiado.
- Pérdida de autoconfianza o autoestima.
- Comportamiento apático, pérdida de interés o entusiasmo en las actividades.
- Depresión o ansiedad.
- Dolores de cabeza o dolores de estómago sin causa médica.
- Evitación de ciertas situaciones como rechazo a la escuela.

MALTRATO FÍSICO^{33,34,35}

- Fracturas:
 - Fracturas múltiples, especialmente bilaterales.
 - Fracturas en diferentes estados de recuperación.
 - Separaciones epifisarias.
 - Fracturas del cuerpo vertebral y subluxaciones.
 - Fracturas complejas del cráneo.
 - Fracturas de clavícula.
 - Fractura de hueso largo, a menos que el niño esté comenzando a andar.
 - Fracturas lineales del cráneo.

INDICADORES DE MALTRATO

- Moretones:
 - Hematomas múltiples en varias etapas de curación, especialmente en tronco. El color de los moretones no es fiable para determinar cuando ocurrió la lesión, pero es importante su registro.
 - Cualquier moretón en un bebé que no ha aprendido a gatear o andar (≤ 6 meses).
 - Huellas de manos o marcas de dedos ovaladas.
 - Marcas de cuerda, cable o cinturón: banda ancha y larga que termina con forma de herradura o pinchazo de la hebilla.
 - Petequias o lesiones en las nalgas por azotes.
 - Marcas de ataduras en cuello, muñecas o tobillos.
 - Signos de mordaza en las esquinas de la boca.
 - Localización de moretones:
 - Muslos superiores, especialmente muslos internos.
 - Tronco, nalgas.
 - Parte superior de los brazos.
 - Lados de la cara, orejas y cuello.
 - Genitales.
- Mordeduras:
 - Se caracterizan por ser superficiales mientras que las mordeduras de animales son más profundas. Se ven mejor 2-3 días después del suceso.
- Lesiones en cavidad oral (frenillo, labios, dientes, paladar, lengua o mucosa bucal, rasgaduras o magulladuras):
 - Las lesiones orales en el niño pueden ser provocadas por diferentes instrumentos: utensilios para comer, meter a la fuerza una botella, manos o dedos, alimentos y/o líquidos abrasantes.

Regla de decisión clínica sobre hematomas: TEN-4. ²

² Regla TEN-4: establece que cualquier hematoma sin antecedentes en el torso, las orejas o el cuello de un niño ≤ 4 años debe ser altamente sospechoso de abuso y requiere una evaluación adicional.

INDICADORES DE MALTRATO

- Quemaduras (visto en 6-20% de los niños maltratados):
 - Pueden ser térmicas (quemaduras por líquido o contacto con un objeto), químicas o eléctricas. Las quemaduras accidentales suelen tener forma irregular, ya que el niño se retira rápidamente del objeto caliente. Es más probable que las quemaduras abusivas estén en las extremidades superiores e inferiores bilaterales y en las nalgas y periné.
 - Cigarrillo: forma circular, 8-10 mm de profundidad, margen apilado.
 - Cuerda.
 - Inmersión: línea de demarcación o marcas de salpicaduras o forma de objeto caliente. La más común es la quemadura por escaldadura en niños ≤ 15 meses.
 - Trauma en la oreja.
 - Laceraciones
 - Pérdida de cabello traumática.
 - Lesiones faciales sin buena explicación.

Fuente: Elaboración propia.

Además de estos indicadores, el maltrato infantil intrafamiliar también se ha asociado con trastornos psicossomáticos o somatomorfos tales como cefaleas, odinofagia, dolor abdominal, vómitos, mareos recurrentes y crisis de disnea o ansiedad; y con síntomas comportamentales en el menor; exceso de llanto, episodios de miedo excesivo, ansiedad, fobias, pesadillas y problemas para dormir, hiperactividad, apatía social, temor a la figura parental y comportamientos agresivos o pasivos hacia los demás.³⁷

Así mismo, las consecuencias del maltrato infantil intrafamiliar a corto y largo plazo (lesiones físicas, bajo rendimiento escolar, déficits cognitivos, problemas de salud mental, trastornos de la conducta, etc.) pueden utilizarse como signos de alarma para la detección de abuso infantil, sirviendo como indicadores de sospecha.³⁵

Por otro lado, también es importante observar las conductas de comportamiento de los cuidadores, evitando centrarse únicamente en el niño. Algunas de estas conductas se exponen en la Tabla 4.³⁵

Tabla 4. Comportamiento de los cuidadores.

NEGACIÓN DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Muestran poca preocupación por el niño. • Son desapegados. • No se involucran y son incapaces de reconocer la angustia emocional o física del menor.
DESPRECIO	<ul style="list-style-type: none"> • Muestran desprecio hacia el niño. • Usan términos negativos para describirle y ridiculizarle por mostrar sus emociones.
AMENAZAS	<ul style="list-style-type: none"> • Expectativas rígidas y poco realistas del menor que en ocasiones se acompañan de amenazas con castigo físico contra el niño o sus seres queridos, así como la pérdida de objetos de valor afectivo para él.
COMPORTAMIENTO ANTISOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> • Alientan conductas antisociales o inapropiadas para el desarrollo del menor.
EXPLOTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para distinguir entre la realidad del niño y la creencia y los deseos del adulto. • El niño es utilizado para la satisfacción de las necesidades de los padres.
DISCIPLINA INADECUADA PARA EL DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Exposición a eventos e interacciones confusas o traumáticas.
SALUD MENTAL, NEGLIGENCIA MÉDICA Y/O EDUCATIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Limitan la atención sanitaria a pesar de ser necesaria. • Niegan satisfacer necesidades emocionales, de comportamiento, de salud física o educativas del menor.
AISLAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Restringen las interacciones sociales, limitan la socialización y el aprendizaje del niño aislándole dentro del entorno familiar.
EVITACIÓN EMOCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de respuesta y abandono. Interactúan con el niño con hostilidad, culpa, denigración o rechazo.

Fuente: Elaboración propia. ³⁵

Cabe destacar que un indicador aislado no sirve como sospecha de maltrato infantil, sino que generalmente, los indicadores están relacionados entre sí, por ejemplo, las escaldaduras suelen ir asociadas con fracturas de costillas, lesiones metafisarias clásicas y fracturas de diáfisis entre otras. De la misma manera que no se suele dar un único tipo de maltrato infantil, sino que suelen coexistir varios a la vez. ^{37,38}

3.3. Importancia del entorno en la reducción de las consecuencias del maltrato infantil intrafamiliar.

Siguiendo el modelo ecológico propuesto por Bronfenbrenner, dentro del microsistema y, más específicamente, en el entorno familiar, las interacciones negativas entre cuidadores y niños, caracterizadas por una crianza autoritaria o incoherente, se encuentran con frecuencia en hogares donde se ha producido maltrato. Este tipo de ambiente de cuidado puede interferir con el desarrollo saludable de los niños de varias maneras, afectando al apego, a la regulación de las emociones y al sentido de agencia³. Éste es importante para que los niños desarrollen una visión de sí mismos como personas competentes y exitosas, ya que fomenta la exploración del entorno, el funcionamiento autónomo y el sentimiento de autoeficacia. Cuando los niños crecen en un entorno de cuidado inconsistente e impredecible, tienen dificultades para desarrollar la sensación de que pueden influir en lo que les sucede a ellos y en el mundo que los rodea, lo que puede contribuir a la pasividad, así como a la sensación de impotencia y desesperanza.²⁵

No obstante, algunos niños parecen sufrir menos consecuencias asociadas al maltrato en la infancia. Esto, es debido a la resiliencia definida como *“el fenómeno o mecanismo a través del cual algunas personas presentan una adaptación relativamente buena a pesar de sufrir experiencias de riesgo que se espera que tengan secuelas graves”*.²⁹ La capacidad de resiliencia puede fluctuar a lo largo de la vida y en las fases del desarrollo. Afifi et al, sugiere que existe una interacción entre los factores individuales, familiares y comunitarios desempeñando un papel en el desarrollo de la resiliencia.²³ En este sentido, existen tres factores implicados en su desarrollo: las características de los propios niños, aspectos de sus familias y características de sus entornos sociales. Con respecto al entorno familiar, las buenas relaciones familiares de cuidado y de apoyo (madre o padre, hermanos, abuelos, tíos, etc), así como la aceptación y estabilidad de la familia son factores protectores para el correcto desarrollo del niño.²⁹

Por otro lado, el entorno escolar, que también se encuentra dentro del microsistema de Bronfenbrenner, puede desempeñar un papel fundamental en el desarrollo del niño, ya que representa una de las instituciones más consistentes en su vida y puede ofrecer una forma importante de estabilidad y continuidad para los niños que han sufrido maltrato y trastornos familiares. Además, al ofrecer un entorno estructurado con modelos de apoyo

³ Sentido de agencia: capacidad de actuar de forma intencional y voluntaria, generando confianza en nosotros mismos.

a seguir como adultos y compañeros, el entorno escolar puede ayudar a reducir parte del impacto negativo del maltrato infantil.²⁵

En resumen, un entorno familiar consistente y participativo y/o experiencias escolares positivas pueden ayudar a reducir los efectos de un ambiente estresante en el hogar, aumentan el sentido de agencia de los niños y promueven la resiliencia entre los menores con antecedentes de maltrato.²⁵

3.4. Protocolos de enfermería para la detección del maltrato infantil intrafamiliar.

El conocimiento de las consecuencias del maltrato infantil, la formación y experiencia del personal sanitario, así como las características de las lesiones y la actitud de la familia y el menor, son factores indispensables para la identificación y notificación del maltrato infantil intrafamiliar.³⁹

Los niveles asistenciales desde donde la enfermera podrá detectar casos de sospecha de maltrato infantil intrafamiliar son principalmente Atención Primaria (AP) y los Servicios de Urgencia Hospitalaria (SUH). Los niños que acuden a estos servicios, en ocasiones, presentan lesiones compatibles con el abuso, sin embargo, este no se identifica. Las principales barreras para su diagnóstico son la falta de preparación, confianza y formación de los profesionales, carencia de herramientas para la detección y tiempo limitado.⁴⁰

El diagnóstico preciso y eficiente del abuso infantil es necesario para preservar la unidad familiar. En ocasiones, esto resulta complejo debido a que toda la familia va a verse implicada.⁴⁰

La identificación del maltrato infantil se ha de llevar a cabo a través de un diagnóstico diferencial. Existen múltiples patologías que pueden estar asociadas con lesiones agudas como problemas neurológicos, digestivos o musculoesqueléticos (raquitismo, enfermedad ósea metabólica, displasias metafisarias, etc), que pueden inducir a error.⁴⁰ De la misma manera, se debe tener en cuenta la existencia de prácticas culturales que pueden imitar las lesiones del maltrato físico infantil, como es el caso del ahuecamiento⁴.³⁴

⁴Ahuecamiento: consiste en colocar una taza caliente en la piel; el enfriamiento del aire dentro de la copa crea una succión que se cree que extrae sangre irregular, toxinas y energía vital para mejorar la circulación produciendo un eritema edematoso. Esta práctica es propia de Asia, Medio Oriente, América Latina y Europa oriental.

La prevención, detección y seguimiento debe llevarse a cabo por equipos multidisciplinares, donde enfermería juega un papel muy importante siendo su principal objetivo asegurar la atención integral del niño y su familia.³⁹

Desde **AP**, existe un contacto frecuente con los niños, especialmente durante los periodos críticos de la infancia y adolescencia, cuando son más vulnerables a sufrir abuso. La detección del maltrato infantil intrafamiliar debe realizarse a través las consultas del niño sano, permitiendo al profesional orientar a las familias de alto riesgo y brindarles una atención integral.⁴⁰

Por otro lado, el **SUH** es la primera línea del hospital para identificar el maltrato infantil. Para garantizar la detección temprana es necesario realizar un examen exhaustivo de aquellos niños con sospecha de abuso. En este sentido, la labor de la enfermera de triaje es fundamental, ya que es la encargada de la recepción, acogida y clasificación.³⁹

Asimismo, para facilitar la identificación de casos de sospecha de maltrato infantil es necesaria una herramienta de detección. Ésta ha de ser simple, automatizada e integrada en la dinámica de trabajo. Debe incluir notas y listas de verificación automatizadas, así como facilidad en la derivación a otros equipos multidisciplinares. Esto asegura una alta precisión, con menos sesgos y casos perdidos.⁴¹

En Estados Unidos, Carson SM et al, llevaron a cabo un estudio para mejorar la detección del maltrato físico infantil a través de un protocolo de detección sistemático y un instrumento original validado “ESCAPE”, para el reconocimiento de abuso infantil en el SUH.⁴²

El instrumento “ESCAPE” se basa en 6 ítems de respuesta si/no para todos los pacientes ≤ de 18 años. Más de una respuesta positiva indica sospecha de maltrato físico infantil (Ver Anexo III). Este instrumento se puso en marcha en el “*Phoenix Children’s Hospital*” demostrando una alta fiabilidad (99,2%). Esta herramienta junto con sesiones educativas de 20 minutos y el protocolo de detección se señalaron como facilitadores en la detección. Finalmente, esta investigación concluyó que este tipo de programas posicionan a las enfermeras en primera línea de detección temprana y tratamiento del abuso físico infantil.⁴²

En Europa, el Centro Médico Haaglanden y el Centro de Denuncias de Abuso y Negligencia Infantil (RCCAN) de la Haya (Países Bajos), desarrollaron en 2007 un protocolo para detectar casos de maltrato infantil en los SUH, llamado “*Protocolo de la*

Haya”. Dicho protocolo permite la detección de casos de maltrato infantil intrafamiliar basándose en tres características específicas de los padres: violencia doméstica, abuso de sustancias e intento de suicidio o autolesión. A todos los pacientes atendidos como resultado de estos problemas se les pregunta, de acuerdo con el protocolo, si son responsables de niños menores de 18 años o si están embarazadas. Si este es el caso, los niños serán referidos al RCCAN, encargado de proporcionar servicios comunitarios voluntarios para las familias, incluso sin el consentimiento de los padres.^{43,44}

Los profesionales de RCCAN (profesional sanitario, trabajador social y psicólogo infantil) se reúnen con los padres y el niño dentro de los 12 días de la remisión del SUH para evaluar los problemas y ofrecer la ayuda adecuada a los miembros de la familia. Estos profesionales elaborarán un plan de apoyo voluntario basado en la comunidad con el consentimiento de los padres, ofreciéndoles una variedad de tipos de apoyo, que incluyen ayuda psiquiátrica, apoyo financiero, terapia para el manejo de la ira o inscripción en un programa de rehabilitación de drogas o alcohol adaptado a sus requisitos. Cuando los padres no están dispuestos a cooperar con los servicios de apoyo voluntario, o en casos de maltrato infantil muy grave, los niños son remitidos a los Servicios de Protección Infantil (CPS), una agencia judicial que tiene la autoridad para imponer medidas obligatorias.^{43,44}

El Protocolo de La Haya ha demostrado ser muy efectivo, ya que el número de derivaciones al RCCAN ha aumentado, aunque debe combinarse con los métodos regulares de detección del abuso infantil. El Ministerio de Salud y Deportes de los Países Bajos ha implementado este protocolo en todos los SUH del país.⁴⁵ Además, el RCCAN reevalúa a todas las familias tres meses después de su detección para conocer la situación actual. A pesar de esto, sería conveniente la implantación de un seguimiento continuado de estas familias para evitar la privación injustificada de apoyo.⁴⁴

Algunos países ya cuentan con políticas para promover la detección del maltrato infantil basándose en este protocolo, como Reino Unido en su programa *“Piense en la familia”*. Esto indica que el Protocolo de la Haya podría ser factible en otros países.⁴⁴

En España, no existe un sistema estandarizado para detectar el maltrato infantil en el SUH, por lo que los profesionales de la salud deben basarse en su experiencia y conocimientos. Por ello, es realmente necesario la creación e instauración de instrumentos estandarizados que permitan detectar los casos de abuso infantil, así como la implementación de una base de datos única y uniforme para su registro.³⁹

4. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta revisión narrativa nos han permitido responder a los objetivos específicos planteados en este trabajo (determinar las consecuencias del maltrato infantil intrafamiliar, analizar los indicadores de malos tratos y los protocolos existentes para la detección del maltrato infantil intrafamiliar desde el rol enfermero). Sin embargo, no hemos podido abarcar completamente el objetivo general propuesto (analizar la afectación del maltrato infantil intrafamiliar en el desarrollo del niño), debido a que se trata de un problema muy amplio que afecta a todas las esferas del desarrollo del menor (sensorial, cognitivo, motor y socioafectivo), encontrando muchos estudios que relacionan el maltrato infantil con diferentes enfermedades. En este trabajo, hemos tratado de responder los objetivos a nivel general, pero existen muchas afecciones asociadas al maltrato infantil que no hemos podido abordar.

El maltrato infantil intrafamiliar es un problema de salud pública a nivel mundial cuya prevalencia real, a nivel internacional y nacional, es desconocida debido a la falta de un sistema homogéneo de notificación. Por ello, el Comité para los Derechos del Niño, plantea la necesidad de establecer herramientas y criterios comunes que permitan la recogida y registro de datos del maltrato infantil.

Las consecuencias a corto y largo plazo pueden ser muy graves principalmente durante los periodos sensibles del desarrollo, en los que el cerebro es altamente maleable a la influencia ambiental. En función del tipo de abuso sufrido, se producirán una serie de consecuencias determinadas (lesiones físicas, bajo rendimiento escolar, déficits cognitivos, problemas de salud mental, trastornos de la conducta, etc.), no obstante, suelen coexistir varios tipos de maltrato a la vez, lo que conlleva a un mayor impacto sobre la salud del menor.

El profesional enfermero se encuentra en una posición privilegiada para prevenir, detectar y abordar el maltrato infantil intrafamiliar. Es importante ser conscientes de la existencia de este problema para poder hacer un diagnóstico diferencial. Por ello, sospechar de maltrato infantil es el primer paso para detectarlo.

En segundo lugar, debemos ser capaces de reconocer una serie de indicadores en el menor, tales como: indicadores físicos (lesiones centinela, fracturas metafisarias clásicas, falta de higiene y aspecto descuidado, etc.), comportamentales (agresividad, apatía, depresión, ansiedad, miedo excesivo, etc.) o somatomorfos (cefaleas, vómitos, dolor

abdominal, etc.) así como conductas de comportamiento de los cuidadores (desprecio, amenazas, rechazo, aislamiento, etc.) que nos van a dirigir hacia la correcta detección del maltrato infantil.

La prevención, detección y seguimiento, debe llevarse a cabo por un equipo multidisciplinar donde la enfermera podrá detectar casos de sospecha de maltrato infantil intrafamiliar desde AP y SUH.

Desde AP la detección debe realizarse a través las consultas del niño sano donde la enfermera debe fijarse en los indicadores de sospecha, valorando principalmente el entorno familiar (interacción entre el cuidador y el niño). La familia es el primer y más importante agente para el desarrollo del niño pudiendo influir positiva o negativamente sobre el menor. En la actualidad, continúa siendo un entorno privado lo que hace más complejo el diagnóstico de maltrato infantil intrafamiliar.

A nivel internacional existen protocolos que facilitan la detección desde el SUH, como el Protocolo de la Haya. Este protocolo valora tres características específicas de los padres: violencia doméstica, abuso de sustancias e intento de suicidio o autolesión. A todos los pacientes con alguno de estos problemas se les pregunta si son responsables de niños menores de 18 años o si están embarazadas. En caso afirmativo, los niños son referidos al RCCAN, encargado de proporcionar servicios comunitarios voluntarios para las familias, incluso sin el consentimiento de los padres. Sin embargo, en España, no se dispone de instrumentos validados para su identificación, por lo que consideramos que sería necesario la implementación de este protocolo a nivel nacional.

Este trabajo nos ha llevado a reflexionar sobre el porqué de la falta de notificación del maltrato infantil a pesar de que la enfermera se encuentre en una posición privilegiada para ello. Pensamos que los profesionales enfermeros no tienen integrado el maltrato infantil intrafamiliar como un problema real, debido en parte, a una falta de visibilidad. Asimismo, la falta de preparación, confianza y formación de los profesionales, la carencia de herramientas y el tiempo limitado son factores que dificultan la detección. Como futuras enfermeras, consideramos que aún queda un largo camino para que la población sea consciente de la importancia del maltrato infantil intrafamiliar.

4.1. Limitaciones.

Una de las principales limitaciones de este trabajo ha sido la gran cantidad de información encontrada que aborda muchos temas desde perspectivas profesionales diferentes

(educadores, sanitarios, psicólogos, trabajadores sociales, etc.). Esto ha llevado a que el trabajo se centre principalmente en las consecuencias del maltrato infantil intrafamiliar y su detección por parte del profesional enfermero, excluyendo la promoción, prevención y abordaje.

Además, esta revisión narrativa, con el fin de delimitar la búsqueda, sólo aborda el maltrato infantil intrafamiliar, concretamente los cuatro tipos de maltrato más comunes: negligencia, abuso sexual, maltrato emocional y maltrato físico, descartando otros tipos de abuso infantil también en auge, como el maltrato prenatal, el Síndrome de Münchhausen por poderes o el bullying, entre otros.

Otra limitación ha sido la escasez de estudios que relacionan el maltrato infantil intrafamiliar con determinadas enfermedades impidiendo comparar los resultados obtenidos con otras investigaciones.

Finalmente, en relación a la búsqueda de protocolos y herramientas de detección a nivel nacional, una dificultad encontrada ha sido la falta de documentos actualizados con una antigüedad menor a 5 años, lo que ha llevado a que la presente revisión narrativa está basada principalmente en estudios internacionales.

4.2. Futuras líneas de investigación.

Una posible línea de investigación podría ser la realización de más estudios acerca de la eficacia de usar las consecuencias del abuso como indicadores de maltrato infantil intrafamiliar. También, sería interesante llevar a cabo estrategias de prevención primaria, como cursos de formación a profesionales y Proyectos de Educación para la Salud (EpS), sobre las consecuencias del maltrato infantil intrafamiliar para concienciar tanto a profesionales de la salud como a familias de la importancia del buen trato a la infancia.

Del mismo modo, se debe mejorar la investigación acerca de los protocolos y documentación existentes a nivel nacional, fomentando la elaboración y actualización de los mismos.

Como dijo Maud de Boer-Buquicchio *“Los niños, niñas y adolescentes no son mini-seres humanos con mini-derechos humanos. Pero mientras los adultos continúen considerándolos como tales, la violencia contra los niños, niñas y adolescentes persistirá”*

5. AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría agradecer a nuestra tutora María Teresa Alcolea, por su ayuda y dedicación durante estos meses.

Al personal de la biblioteca de la Facultad de Medicina, por guiarnos en la elaboración de este trabajo.

A nuestras familias y amigos, por su apoyo incondicional durante estos cuatro años de carrera.

Y finalmente hacer mención a que este trabajo se ha podido llevar a cabo por realizarlo en pareja, permitiéndonos compartirlo y aprender juntas. Gracias compañera por tu confianza y apoyo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pou J. El pediatra y el maltrato infantil. 2ª edición. Madrid: Ergon; 2017.
2. Iglesias JJ. La violencia en la historia: análisis del pasado y perspectiva sobre el mundo actual. Huelva: Universidad de Huelva; 2012.
3. Soriano A. ¿Por qué maltratan los padres a sus hijos? Escuela y programas educativos en la educación primaria. Bordón [Internet]. 2008 [Consultado 25 en 2019];60(2):159-173. Disponible en: <http://bit.ly/2UHSIM7>
4. Fortunati A, Bernacchi E, Ruggiero R, Buia A, Mattiuzzo C, Caccavale C. Pautas sobre sistemas de recogida de datos y seguimiento del maltrato infantil. Florencia: ChildONEurope [Internet]. 2009 [Consultado 8 feb 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2Vm2KNO>
5. Organización Mundial de la Salud. Maltrato Infantil [Internet]. 2016 [Consultado 2 feb 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2H2ndx3>
6. United Nations International Children's Emergency Fund. A Familiar Face: Violence in the lives of children and adolescents [Internet]. New York; 2017. [Consultado 22 en 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2DTKxfl>
7. Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, servicios Sociales e igualdad; 2014. [Consultado 22 en 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2H5ghk6>
8. Flórez Gómez MC, González Bobadilla AA. Caracterización de la violencia intrafamiliar, maltrato infantil y abuso sexual en Bogotá D.C durante el año 2011. Teoría y Praxis Investigativa [Internet]. 2013 [Consultado 17 feb 2019];8(1):74-91. Disponible en: <http://bit.ly/2J7RXQP>
9. Sanmartín Esplugues J. Maltrato infantil en la familia en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad política social e igualdad; 2011 [Consultado 3 feb 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2H36rhf>
10. Muela Aparicio A. Hacia un sistema de clasificación nosológico de maltrato infantil. Anales de psicología [Internet]. 2008 [Consultado 5 feb 2019];24(1):77-87. Disponible en: <http://bit.ly/2VJsgMp>

11. Amores-Villalba A, Mateos- Mateos R. Revisión de la neuropsicología del maltrato infantil: la neurobiología y el perfil neuropsicológico de las víctimas de abusos en la infancia. *Psicología educativa* [Internet]. 2017 [Consultado 21 feb 2019];23(2):81-88. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.pse.2017.05.006>
12. Secretaria de Estado de Servicios Sociales. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Madrid: Ministerio de Sanidad, política social e igualdad [Internet]. 2018 p.122-144. [Consultado 3 feb 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/303mSTC>
13. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Infancia en datos [Internet]. España. [Consultado 22 feb 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2LrGAFi>
14. Conserjería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Protocolo de Intervención Sanitaria en casos de Violencia Infantil. Junta de Andalucía [Internet]. 2014 [Consultado 31 mar 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2JoIeoC>
15. Moreno Manso, JM. Revisión de los principales modelos teóricos explicativos del maltrato infantil. *Enseñanza e Investigación en Psicología* [Internet]. 2006 [Consultado 14 feb 2019];11(2):271-292. Disponible en: <http://bit.ly/2J4e3n9>
16. Conserjería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Salud y buen trato a la infancia y adolescencia en Andalucía. Junta de Andalucía [Internet]. 2010 [Consultado 31 mar 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2Y9iqAN>
17. Martín Cabrera E, Suárez Martín H. La investigación en desprotección infantil. *Cuadernos de trabajo social* [Internet]. 2018 [Consultado 20 feb 2019];31(1):177-186. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5209/CUTS.52753>
18. Huertas Díaz JA, Casado Flores J, García García E, Ruíz Díaz MA, Esteban Gómez J. Atención de enfermería al maltrato infantil. Madrid: Instituto madrileño del menor y la familia [Internet]. 2001 [Consultado 15 feb 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2YgX5Wl>
19. Colegio Oficial de Enfermería de Madrid [Internet]. Madrid: CODEM. Código Deontológico de Enfermería Española. [Consultado 15 feb 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/30bgKc2>
20. Consejería de políticas sociales y familia. Plan de infancia y adolescencia de la Comunidad de Madrid (2017-2021) [Internet]. Madrid: Dirección General de la

- Familia y el Menor; 2017; p.71-73. [Consultado 3 feb 2019]. Disponible en: <http://bit.ly/2VSUR1y>
21. Dunn EC, Busso DS, Raffeld MR, Smoller JW, Nelson CA, Doyle AE et al. Does developmental timing of exposure to child maltreatment predict memory performance in adulthood? Results from a large, population-based sample. *Child abuse & Neglect* [Internet]. 2015 [Consultado 18 mar 2019];51:181-191. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.10.014>
 22. Dias A, Mooren T, Kleber RJ. Reducing consequences of child maltreatment during adulthood by public health actions: a Delphi study. *European Journal of Public Health*. [Internet]. 2018 [Consultado 20 mar 2019]; Disponible en: <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky216>
 23. Jackson AM, Deye K. Aspects of abuse: consequences of childhood victimization. *Current Problems in Paediatric and Adolescent Health Care* [Internet]. 2015 [Consultado 20 mar 2019];45:86-93. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2015.02.004>
 24. James F, Green J. Long term effects of child abuse: lessons for Australian paediatric nurses. *Aust J Adv Nurs* [Internet]. 2018 [Consultado 20 mar 2019]; 35 (4). Disponible en: <http://bit.ly/2ZbcdFZ>
 25. Romano E, Babchishin L, Marquis R, Fréchette S. Childhood maltreatment and educational outcomes. *Trauma violence & abuse* [Internet]. 2015 [Consultado 20 mar 2019]; 16(4):418-437. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1524838014537908>
 26. McLaughlin KA, Sheridan MA, Nelson CA. Neglect as a Violation of species-expectant experience: neurodevelopmental consequences. *SOBP* [Internet]. 2017 [Consultado 23 mar 2019];82:462-417. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.02.1096>
 27. Geoffroy MC, Pereira SP, Li L, Power C. Child Neglect and Maltreatment and Childhood-to-Adulthood Cognition and Mental Health in a Prospective Birth Cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* [Internet]. 2016 [Consultado 24 mar 2019];55(1):33-40. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2015.10.012>

28. Kimber M, McTavish JR, Couturier J, Boven A, Gill S, Dimitropoulos G et al. Consequences of child emotional abuse, emotional neglect and exposure to intimate partner violence for eating disorders: a systematic critical review. *BMC psychology* [Internet]. 2017 [Consultado 23 mar 2019]; 5:33. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s40359-017-0202-3>.
29. Pérez-González A, Guilera G, Pereda N, Jarne A. Protective factors promoting resilience in the relation between child sexual victimization and internalizing and externalizing symptoms. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2017 [Consultado 23 mar 2019];72:393-403. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.09.006>
30. Ometto M, Approbato P, Milioni AL, Dos Santos B, Scivoletto S, Busatto GF et al. Social skills and psychopathic traits in maltreated adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry* [Internet]. 2015 [Consultado 19 mar 2019]; 25:397. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0744-y>
31. Hornor G, Bretl D, Chapman E, Chiocca E, Donnell C, Doughty K et al. Corporal Punishment: Evaluation of an Intervention by PNPs. *J Pediatr Health Care* [Internet]. 2015 [Consultado 20 mar 2019]; 29 (6): 526-535. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedhc.2015.04.016>
32. O'Hara M, Legano L, Homel P, Walker-Descartes I, Rojas M, Laraque D. Children neglected: Where cumulative risk theory fails. *Child abuse & Neglect* [Internet]. 2015 [Consultado 19 mar 2019];45:1-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.03.007>
33. Fregia C. Child abuse and the Legal Nurse Consultant (LNC). *JLNC* [Internet]. 2018 [Consultado 20 mar 2019];29(4):2470-6248. Disponible en: <http://bit.ly/2ZdtHBI>
34. Tiyyagura G, Beucher M, Bechtel K, Lindberg D, O'Hara M. Nonaccidental injury in pediatric patients: Detection, Evaluation and Treatment. *Pediatr Emerg Med Pract* [Internet]. 2017 [Consultado 20 mar 2019];14(7):1-28. Disponible en: <http://bit.ly/2UnCyge>
35. Jackson AM, Deye K. Aspects of Abuse: Recognizing and Responding to Child Maltreatment. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care* [Internet]. 2015 [Consultado 20 mar 2019]; 45:58-70. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2015.02.001>

36. Fisher-Owens SA, Lukefahr JL, Tate A. Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect. AAP [Internet]. 2017 [Consultado 9 mar 2019];140(2):1-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1487>
37. Schaefer LS, Brunnet AE, Lobo BOM, Nuñez-Carvalho JC, Kristensen CH. Psychological and behavioural indicators in the forensic assessment of child sexual abuse. Trends Psychol [Internet]. 2018 [Consultado 18 mar 2019];26(3):1483-98. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.9788/tp2018.3-12pt>
38. Fagen K, Shalaby-Rana E, Jackson AM. Frequency of skeletal injuries in children with inflicted burns. Pediatr Radiol [Internet]. 2014 [Consultado 18 mar 2019];45(3):396-401. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00247-014-3163-1>
39. Bernal-Baquero M, García-Díaz S, García-Díaz MJ, Illán-Noguera CR, Álvarez-Martínez MC, Martínez-Rabadán M et al. Detección del maltrato infantil en los servicios de urgencias. Rev enf doc [Internet]. 2015 [Consultado 24 mar 2019] (103): 40-45. Disponible en: <http://bit.ly/2Unj0sE>
40. Caneira L, Myrick KM. Diagnosing Child Abuse: The Role of the Nurse Practitioner. The Journal for Nurse Practitioners [Internet]. 2015 [Consultado 27 mar 2019];11(6):640-646. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2015.03.017>
41. Gonzalez D, Deans K. Hospital-based screening tools in the identification of non-accidental trauma. Seminars in Pediatric Surgery [Internet]. 2017 [Consultado 24 mar 2019]; 26:43,46. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2017.01.002>
42. Carson SM. Implementation of a comprehensive program to improve child physical abuse. Screening and detection in the emergency department. J Emerg Nurs [Internet]. 2018 [Consultado 25 mar 2019]; 44:576-81. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.04.003>
43. Diderich HM, Fekkes M, Dechesne M, Buitendijk SE, Oudesluys-Murphy AM. Detecting child abuse based on parental characteristics: Does The Hague Protocol cause parents to avoid the Emergency Department? International Emergency Nursing [Internet]. 2014 [Consultado 25 mar 2019]; 23:203-206. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ienj.2014.09.004>

44. Diderich HM, Pannebakker FD, Dechesne M, Buitendijk SE, Oudesluys-Murphy AM. Support and monitoring of families after child abuse detection based on parental characteristics at the Emergency Department. *Child CARE Health Dev* [Internet]. 2014 [Consultado 25 mar 2019];41(2):194-202. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/cch.12201>
45. Diderich HM, Verkerk PH, Oudesluys-Murphy AM, Dechesne M, Buitendijk SE, Fekkes M. Missed cases in the detection of child abuse based on parental characteristics in the emergency department (The Hague Protocol). *J Emerg Nurs* [Internet]. 2015 [Consultado 27 mar 2019];41(1):65-68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jen.2014.05.016>

ANEXOS

Anexo I. Tabla 1: Búsquedas bibliográficas.

	Términos de búsqueda	Limitadores	Resultados totales	Resultados tras lectura título	Resultados tras lectura resumen	Resultados tras lectura completa	Referencia bibliográfica
PUBMED	((child abuse[MeSH]) AND domestic violence[MeSH]) AND developmental disabilities[MeSH]	< 5 years, English, Spanish, Child: birth-18 years.	26	12	9	1	(26)
	(((neurological development[Title/Abstract]) OR cognitive deficits[Title/Abstract]) OR intellectual developments[Title/Abstract]) AND child abuse[MeSH Terms]) AND domestic violence[MeSH Terms]	< 5 years, English, Spanish, Child: birth-18 years	12	8	8	1	(27)
	("Child Abuse"[Mesh]) AND "Domestic violence"[MeSH] AND "Mental Disorders/pathology"[Mesh]	< 5 years, English, Spanish, Child: birth-18 years	31	17	8	0	-
	(((Social skills[Title/Abstract]) OR Socioaffective[Title/Abstract]) AND Child abuse[MeSH Terms]) AND Domestic violence[MeSH Terms]	< 5 years, English, Spanish, Child: birth-18 years	8	5	3	3	(25) (29) (30)
	(((Conductual development[Title/Abstract]) OR Cognitive development[Title/Abstract]) AND Child abuse) AND Domestic violence[MeSH Terms]	< 5 years, English, Spanish, Child: birth-18 years	11	6	6	3	(21) (31) (32)

PUBMED	Términos de búsqueda	Limitadores	Resultados totales	Resultados tras lectura título	Resultados tras lectura resumen	Resultados tras lectura completa	Referencia bibliográfica
	((child abuse[MeSH Terms]) AND domestic violence[MeSH Terms]) AND metabolic* disorders[Title/abstract]	< 5 years, English, Spanish, Child: birth-18 years	18	12	6	0	-
	((child abuse[MeSH Terms]) AND domestic violence[MeSH Terms]) AND consequences[Title]	< 5 years, English, Spanish, Child: birth-18 years	31	20	9	3	(22) (23) (28)
	((((identification[Title/Abstract]) OR detection[Title/Abstract]) AND child abuse[MeSH Terms]) AND domestic violence[MeSH Terms]) AND injuries[Title/Abstract]	< 5 years, English, Spanish, Child: birth-18 years	46	23	10	3	(36) (38) (41)
	((nurs*[Title/Abstract]) OR medic*[Title/Abstract]) AND recognition [Title/Abstract] AND child abuse[MeSH Terms]) AND domestic violence[MeSH Terms]	< 5 years, English, Spanish, Child: birth-18 years	29	17	9	3	(34) (35) (42)

CUIDEN	Términos de búsqueda	Limitadores	Resultados totales	Resultados tras lectura título	Resultados tras lectura resumen	Resultados tras lectura completa	Referencia bibliográfica
	("maltrato") AND (("infantil") AND ("enfermería"))	2014 < fecha >2019	16	7	5	1	(39)

CINALH	Términos de búsqueda	Limitadores	Resultados totales	Resultados tras lectura título	Resultados tras lectura resumen	Resultados tras lectura completa	Referencia bibliográfica
	TI child abuse AND TX domestic violence AND (consequences or effects or outcomes)	2014-2018, English.	29	11	5	2	(24) (44)
	TI child abuse AND TX domestic violence AND injuries	2014-2018, English.	6	4	2	2	(40) (43)
	TI child abuse AND TX domestic violence AND nurs*	2014-2018, English.	7	3	3	2	(33) (45)

SCIELO	Términos de búsqueda	Limitadores	Resultados totales	Resultados tras lectura título	Resultados tras lectura resumen	Resultados tras lectura completa	Referencia bibliográfica
	("maltrato infantil") AND ("indicadores")	Español e inglés. 2014 < fecha >2019	4	4	1	1	(37)
	("maltrato infantil") AND ("evaluación")	Español e inglés. 2014 < fecha >2019	12	6	2	0	-

SCOPUS	Términos de búsqueda	Limitadores	Resultados totales	Resultados tras lectura título	Resultados tras lectura resumen	Resultados tras lectura completa	Referencia bibliográfica
	title-abs key (child AND abuse) AND title-abs-key (domestic AND violence) AND title-abs-key (protocol) AND(nurs*)	Español e inglés. 2014 < fecha >2019	12	5	2	0	-
TOTAL DE ARTÍCULOS			298	160	88	25	

Anexo II. Tabla 2: Resultados bibliográficos seleccionados y sus resúmenes ordenados por número de referencia (ref).

Ref.	Título	Autor/es	Lugar y año	Tipo de estudio	Muestra	Principales hallazgos
(21)	Does developmental timing of exposure to child maltreatment predict memory performance in adulthood? Results from a large, population-based sample.	Dunn E et al.	EE.UU, 2015	Estudio longitudinal prospectivo	3064 estudiantes	El abuso físico y sexual está asociado a efectos negativos en la memoria que persisten durante la edad adulta. Se estudió la asociación entre la exposición al maltrato y su tiempo de inicio, así como la importancia de los periodos sensitivos y de otras variables relevantes (estatus socioeconómico) con las consecuencias en la memoria a corto y largo plazo.
(22)	Reducing consequences of child maltreatment during adulthood by public health actions: a Delphi study.	Dias A et al.	Países Bajos, 2018	Estudio longitudinal prospectivo: estudio Delphi	91 expertos en maltrato infantil	El maltrato infantil se asocia con resultados negativos en la salud de los menores. No obstante, se sabe menos sobre cómo reducir las consecuencias en la edad adulta. Para ello es importante aumentar la conciencia y el conocimiento de la población y de los profesionales sanitarios.
(23)	Aspects of abuse: consequences of childhood victimization.	Jackson AM et al.	EE.UU, 2015	Revisión narrativa	No consta	El maltrato y el abandono infantil pueden causar cambios en la respuesta del cuerpo al estrés provocando a su vez cambios profundos en el desarrollo del cerebro. Numerosos estudios recogen las consecuencias irreversibles del maltrato infantil en la salud del individuo.
(24)	Long term effects of child abuse: lessons for Australian pediatric nurses.	Green J.	Australia, 2018	Revisión narrativa	3 bases de datos	El maltrato infantil tiene consecuencias a corto y largo plazo tanto a nivel físico como mental. En esta revisión narrativa se aborda la labor de enfermería en la detección del maltrato infantil, así como la importancia de implementar programas educativos para mejorar el conocimiento enfermero sobre abuso infantil.
(25)	Childhood maltreatment and educational outcomes.	Romano E et al.	Canadá, 2014	Revisión narrativa	6 bases de datos	Los niños víctimas de maltrato infantil son vulnerables a experimentar dificultades en la concentración, memoria y lenguaje, pudiendo afectar a sus resultados educativos. En esta revisión se examina la asociación entre, el maltrato infantil y el rendimiento académico, y el maltrato infantil y la salud mental. Además, se revisan las variables que pueden influir positiva y negativamente en el niño, siguiendo el modelo ecológico de Bronfenbrenner.

Ref.	Título	Autor/es	Lugar y año	Tipo de estudio	Muestra	Principales hallazgos
(26)	Neglect as a Violation of species-expectant experience: neurodevelopmental consequences.	Katie A et al.	EE.UU, 2017	Revisión narrativa	No consta	Se analiza que los niños que son descuidados por los cuidadores o entornos institucionales se ven privados de numerosos estímulos y experiencias ambientales. Esta revisión establece que la ausencia de experiencias sensoriales, motoras, lingüísticas y sociales limita las formas tempranas de aprendizaje produciendo consecuencias a largo plazo en las funciones cognitivas, asociativas y de aprendizaje.
(27)	Child Neglect and Maltreatment and Childhood-to-Adulthood Cognition and Mental Health in a Prospective Birth Cohort.	Geoffroy MC et al.	Reino Unido, 2016	Estudio observacional	920 estudiantes	Todas las formas de maltrato están asociadas con la salud mental. En este estudio, se asoció la negligencia infantil y los déficits cognitivos (velocidad de procesamiento, memoria, fluidez verbal) desde la infancia hasta la edad adulta independientemente de la salud mental.
(28)	Consequences of child emotional abuse, emotional neglect and exposure to intimate partner violence for eating disorders: a systematic critical review.	Kimber M et al.	Canadá, 2017	Revisión narrativa	5 bases de datos	En el presente estudio se establece una asociación entre maltrato emocional con la bulimia nerviosa y con los ciclos de purga de atracón, mientras que la negligencia se asoció con los atracones de comida. A pesar de existir ciertos sesgos metodológicos en la muestra estudiada, la literatura establece dicha relación.
(29)	Protective factors promoting resilience in the relation between child sexual victimization and internalizing and externalizing symptoms.	Pérez A et al.	España, 2017	Estudio transversal	1105 adolescentes	Se evaluaron las experiencias de abuso sexual, síntomas psicopatológicos y factores de protección en niños de 12 a 17 años del noroeste de España. Los resultados del estudio mostraron que las personas que sufrieron abuso sexual tenían más problemas sociales y de comportamiento. Sin embargo, se encontraron factores protectores como la escuela o la familia.
(30)	Social skills and psychopathic traits in maltreated adolescents.	Ometto M et al.	Brasil, 2015	Estudio caso-control	107 adolescentes	Se compara el funcionamiento social y los rasgos psicopáticos de los adolescentes maltratados con un grupo control. La negligencia emocional puede ser más perjudicial para los comportamientos sociales que el abuso físico y sexual, y los niños que sufren negligencia requieren de una atención más específica.

Ref.	Título	Autor/es	Lugar y año	Tipo de estudio	Muestra	Principales hallazgos
(31)	Corporal Punishment: Evaluation of an Intervention by PNPs.	Honor G et al.	EE.UU, 2015	Estudio cuasiexperimental	882 estudiantes	Este estudio pretende evaluar la actitud de estudiantes de enfermería ante las diferentes formas de castigo corporal antes y después de una intervención educativa. El castigo corporal se ha asociado con formas iniciales de maltrato físico, así como con una serie de consecuencias negativas sobre el menor que lo sufre (problemas de conducta, retraso cognitivo). Hoy en día continúa siendo un método de disciplina en los hogares. Los resultados muestran cambios en las conductas de los estudiantes y una mayor implicación futura en la educación parental sobre buenas disciplinas infantiles.
(32)	Children neglected: Where cumulative risk theory fails.	O'Hara M et al.	EE.UU, 2015	Estudio longitudinal prospectivo	1354 niños	En este estudio se analizan las diferencias en el desempeño de tareas cognitivas en niños que sufren únicamente negligencia vs niños que sufren negligencia asociada a otro tipo de abuso. Los resultados muestran que los niños que sufren negligencia asociado a otro abuso pueden no acumular riesgo adicional en resultados de inteligencia.
(33)	Child abuse and the Legal Nurse Consultant (LNC).	Cybil RN.	EE.UU, 2018	Revisión narrativa	No consta	El propósito de este artículo es dar las herramientas necesarias a las enfermeras para detectar el maltrato infantil en sus diferentes formas, basándose en una serie de indicadores.
(34)	Nonaccidental injury in pediatric patients: detection, evaluation and treatment.	Tiyagura Gunjan MD et al.	EE.UU, 2017	Revisión narrativa	3 bases de datos	Esta revisión narrativa pretende hacer distinción entre lesiones centinela y lesiones accidentales en niños que pueden estar sufriendo abuso infantil. Las lesiones pediátricas no accidentales causan una alta morbilidad, por lo que es importante un reconocimiento temprano de las mismas. Esta investigación proporciona orientación sobre los factores que contribuyen al maltrato infantil y las pruebas que se deben realizar cuando se sospecha del mismo.
(35)	Aspects of Abuse: Recognizing and Responding to Child Maltreatment.	Jackson AM et al.	EE.UU, 2015	Revisión narrativa	No consta	Los profesionales de la salud se encuentran en una posición única para identificar sospechas de maltrato infantil e intervenir para manejar las consecuencias físicas y psicológicas del maltrato y promover la seguridad y el bienestar de los niños. Por todo ello es importante que sean capaces de reconocer aquellos indicadores que alertan de una posible situación de maltrato.

Ref.	Título	Autor/es	Lugar y año	Tipo de estudio	Muestra	Principales hallazgos
(36)	Oral and Dental Aspects of Child Abuse and Neglect.	Fisher-Owens SA et al.	EE.UU, 2017	Revisión narrativa	No consta	Este documento aborda la evaluación de las marcas de mordeduras, lesiones orales, infecciones que pueden hacer sospechar de abuso infantil. Resalta la importancia de que los profesionales de la salud colaboren con los odontólogos en la prevención, detección y tratamiento del maltrato infantil.
(37)	Psychological and behavioural indicators in the forensic assessment of child sexual abuse.	Schaefer Souto L et al.	Brasil, 2018	Estudio longitudinal retrospectivo	79 niños	El objetivo del estudio fue evaluar los indicadores psicológicos y de comportamiento asociados al abuso sexual infantil, tales como miedo a los hombres o mujeres, intentos autolíticos, ansiedad, comportamientos sexualizados, estrés postraumático, entre otros.
(38)	Frequency of skeletal injuries in children with inflicted burns.	Kimberly E et al.	EE.UU, 2015	Estudio prospectivo	3000 niños	Se evaluó las características de lesiones accidentales y no accidentales, más concretamente con las quemaduras en niños que sufren abuso físico. Se determinó que el escaldado es el mecanismo más común y la ubicación fue el periné y la extremidad inferior.
(39)	Detección del maltrato infantil en los servicios de urgencias.	Bernal Barquero M et al.	España, 2015	Revisión narrativa	6 bases de datos	Se evaluó la importancia de los profesionales de enfermería en la detección del maltrato infantil desde los servicios de urgencias. Es importante que estos profesionales aprendan a reconocer el maltrato, por lo que se necesita formación y elaboración de protocolos.
(40)	Diagnosing Child Abuse: The Role of the Nurse Practitioner.	Caneira L et al.	EE.UU, 2015	Revisión narrativa	No consta	La enfermera debe conocer las manifestaciones clínicas, diagnósticos diferenciales y epidemiología del maltrato infantil para descartar con precisión otros trastornos y así poder desarrollar un plan de atención adecuado.

Ref.	Título	Autor/es	Lugar y año	Tipo de estudio	Muestra	Principales hallazgos
(41)	Hospital-based screening tools in the identification of non-accidental trauma.	Gonzalez D et al.	EE.UU, 2017	Revisión narrativa	No consta	El objetivo de este artículo es describir los componentes esenciales de las herramientas de detección de traumatismo no accidental (notas automatizadas, listas de verificación o diagramas de flujo) y resaltar los programas existentes que ayudan a identificar las lesiones centinela.
(42)	Implementation of a comprehensive program to improve child physical abuse. Screening and detection in the emergency department.	Sheri M et al.	EE.UU, 2018	Diseño experimental: pretest-posttest	52 profesionales sanitarios del departamento de urgencias	El objetivo de este estudio fue implementar el grado de conocimiento de los profesionales de la salud en la detección del maltrato infantil desde los servicios de emergencia a través de sesiones educativas y la elaboración de un protocolo de detección.
(43)	Detecting child abuse based on parental characteristics: Does the Hague Protocol cause parents to avoid the Emergency Department?	Hester M et al.	Países Bajos, 2015	Estudio de casos retrospectivo	1492 pacientes	El protocolo de la Haya se utiliza en los servicios de urgencias y emergencias de adultos. Elaborado en Países Bajos, pretende detectar el maltrato infantil basándose en tres características paternas: violencia doméstica, abuso de sustancias e intento de suicidio. Los resultados fueron favorables; las enfermeras y médicos de Urgencias son capaces de remitir a los niños a los servicios de Protección a la Infancia en caso de sospecha de abuso infantil. Además, el estudio concluyó con una visión positiva por parte de los cuidadores con respecto al protocolo de la Haya.
(44)	Support and monitoring of families after child abuse detection based on parental characteristics at the Emergency Department.	Diderich HM et al.	Países Bajos, 2014	Revisión narrativa	100 casos reportados del RCCAN	Se analizó lo que ocurrió en las familias tres meses después de la notificación del abuso infantil a través del Protocolo de la Haya, concluyendo que este seguimiento puede ayudar a mejorar el servicio y prevenir y resolver problemas domésticos.
(45)	Missed cases in the detection of child abuse based on parental characteristics in the emergency department (The Hague Protocol).	Diderich H et al.	Países Bajos, 2014	Estudio longitudinal prospectivo	112 casos reportados del RCCAN	El objetivo de este estudio fue evaluar el número de “casos perdidos” en la detección del maltrato infantil según el Protocolo de La Haya. La capacitación de enfermeras de urgencias puede ayudar a evitar que se pierdan casos en el futuro.

Anexo III. Protocolo de detección del maltrato infantil en el SUH en el *Phoenix Children's Hospital*.

PROTOCOLO DE DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL EN EL SUH

