



Universidad Autónoma  
de Madrid



Facultad  
de Medicina



**Trabajo de Fin de Grado**

**EXPERIENCIAS DEL PROFESIONAL  
ENFERMERO EN LA DETECCIÓN Y  
ATENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL**

**Revisión Narrativa**

**Grado en Enfermería**

**Universidad Autónoma de Madrid**

**Facultad de Medicina**

**Curso 2019-2020**

**Autores:** Virginia Molleja Fraisse

Patricia Pascual Rodríguez

**Tutora:** Cristina Oter Quintana



# ÍNDICE

---

|  |    |
|--|----|
| ABSTRACT .....                             | 2  |
| INTRODUCCIÓN .....                         | 3  |
| METODOLOGÍA.....                           | 14 |
| RESULTADOS .....                           | 18 |
| DISCUSIÓN.....                             | 39 |
| LIMITACIONES DE LA REVISIÓN NARRATIVA..... | 42 |
| PROPUESTAS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA.....   | 42 |
| PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN FUTURA .....   | 44 |
| CONCLUSIONES .....                         | 45 |
| AGRADECIMIENTOS .....                      | 46 |
| BIBLIOGRAFÍA .....                         | 47 |
| ANEXOS.....                                | 52 |

## RESUMEN

---

**Introducción:** El abuso sexual infantil tiene importantes efectos sobre la salud física, sexual y social de quienes lo sufren. Los profesionales enfermeros atienden a personas en su infancia y adolescencia y es durante esta atención que pueden detectar y cuidar a víctimas de abuso sexual infantil. **Objetivo:** Conocer las experiencias de profesionales enfermeros en la detección y atención del abuso sexual infantil. **Metodología:** revisión narrativa. Búsqueda bibliográfica en las bases de datos de Ciencias de la Salud Pubmed, Psycinfo, Cinahl y Cuiden, usando lenguaje libre y controlado. Se incluyeron estudios publicados en español, inglés y portugués de los últimos 15 años, con independencia de su enfoque metodológico. La selección de artículos se realizó tras lectura de título, abstract, y texto completo. Se realizaron, además, búsquedas secundarias. **Resultados:** Se seleccionaron 14 artículos organizados en tres líneas temáticas: signos y síntomas que identifican los profesionales enfermeros como sospechosos de abuso sexual infantil; experiencias respecto al proceso de denuncia del abuso; dificultades que identifican en la detección y atención al abuso. Con relación a signos y síntomas de alerta destacan la presencia de sentimientos de culpa y vergüenza en los niños. Respecto a la denuncia, sienten inseguridad y miedo por la seguridad del niño y la propia. Entre las dificultades señalan la vulnerabilidad profesional y la falta de apoyo emocional. **Conclusiones:** Los enfermeros identifican dificultades que condicionan la atención al abuso sexual infantil. Se recomienda la creación de talleres teórico-prácticos para el entrenamiento de habilidades precisas para mejorar la atención prestada. **Palabras clave:** abuso sexual infantil, enfermera-enfermeras, actitudes enfermeras, conocimiento.

## ABSTRACT

---

**Introduction:** Child sexual abuse has an impact on each victim's physical, sexual and social health. The fact that nurses tend people in their infancy and teenage years allow these professionals to identify victims of such abuse and thus take care of them. **Aim:** Explore the experience of nursing professionals during the processes of identifying and treatment of child sexual abuse. **Methodology:** narrative overview. Bibliographic research at Pubmed, Psycinfo, Cinahl and Cuiden healthcare science's databases, using free language and MESH and DeCS terms. Studies published in Spanish, English and Portuguese from the last 15 years were used for this paper, regardless of their methodological approach. Said articles were chosen after reading each's title, abstract and full text. In addition, there were secondary searches. **Results:** 14 articles were selected and classified among three themes: signs and symptoms which work as indicators of child sexual abuse cases; experiences during the process of reporting child abuse; difficulties that may arise in the identification and treatment of child sexual abuse. Regarding the signs and symptoms, guilt and shame in children are feelings to pay special attention to. In the reporting process, nurses tend to fear for both the victim's wellbeing and their own. Among the difficulties, the lack of emotional backup and professional exposure. **Conclusions:** Nurses identify major difficulties in tending victims of child sexual abuse. It is therefore advisable the development of hands-on and theoretical workshops in which personal skills are tackled, in order to improve health care in such cases. **Key words:** child sexual abuse; nurse-nurses; nurse attitudes; knowledge

## INTRODUCCIÓN

---

Según la Organización Mundial de la Salud, el maltrato infantil puede definirse como “los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder” (1).

En definitiva, comprende cualquier abuso y/o desatención que cause o pueda causar daño en la salud, desarrollo o dignidad del niño, así como poner en peligro su supervivencia. Por su parte, el Comité de Derechos del Niño de Naciones Unidas (2), expone que se considera abuso sexual infantil toda actividad sexual impuesta por un adulto a un niño contra la que éste tiene derecho a la protección del derecho penal. También se consideran abuso las actividades sexuales impuestas por un niño a otro si el primero es considerablemente mayor que la víctima o utiliza la fuerza, amenazas y otros medios de presión. Para la Comunidad de Madrid, el abuso sexual infantil es cualquier clase de placer sexual que se produzca con un menor por parte de un adulto que se encuentra en una posición de poder o de autoridad. El contacto físico puede existir en forma de penetración o tocamientos, o simplemente usar al niño como forma de estimulación sexual (3). Finalmente, la organización Save the Children define el abuso sexual infantil como “la participación de niños, niñas o adolescentes, dependientes e inmaduros, en actividades sexuales que no están en condiciones de comprender, que son impropias para su edad y su desarrollo psicosexual, para las que son incapaces de dar su consentimiento y que transgreden los tabús y las reglas familiares y sociales” (4). El abuso sexual puede darse tanto si se producen conductas sexuales sin contacto físico, caso del exhibicionismo, como si tiene lugar el coito vaginal o anal, masturbación o sexo oral (5).

A pesar de las múltiples definiciones que pueden encontrarse en la literatura, en todas ellas se encuentra un denominador común y es el abuso del poder y la autoridad ejercida por un mayor en el contexto de una relación en la que existe un componente sexual. Se sugiere que es la clave para que ese niño participe y no se resista al acto sexual cuando no hay fuerza física de por medio. Son esas diferencias de poder y de conocimiento las que hacen posible manipular a la víctima (6). Existen una serie de estrategias empleadas por la persona que ejerce el abuso para llevar a cabo éste, entre las que destacan que el

menor no controle la situación y que predomine el silencio en la relación. Además, suelen elegirse a niños y niñas poco empoderados. Es decir, que el perfil de las víctimas suele ser el de personas pasivas durante la interacción, con poca confianza en sí mismas y baja autoestima (4).

El abuso sexual infantil se produce mayormente a nivel intrafamiliar y suele ser ejercido por abuelos, padres, tíos o hermanos que se aprovechan de la condición inocente del menor y su falta de madurez (7). Según los datos del instituto Nacional de Justicia de los EEUU, en el 74% de los casos de adolescentes que denuncian un abuso sexual, el perpetrador del abuso era alguien que conocían (7). España no es ninguna excepción: un reciente informe de la organización *Save the Children*, titulado “Ojos que no quieren ver”, muestra que 6 de cada 10 agresores son conocidos por el niño (4). Sin embargo, este mismo informe indica que un 76,3% de la población española considera que quienes ejercen el abuso son enfermos mentales o con otras patologías graves. Apariencia normal, inteligencia media y sin problemática grave de salud mental, así es como la bibliografía define a la mayoría de los abusadores.

La prevalencia del abuso sexual infantil es difícil de determinar. A diferencia de otros tipos de maltrato infantil, el abuso sexual ha estado social y culturalmente estigmatizado. A nivel intrafamiliar la visibilidad es nula y, fuera de ella, es tratado como un tema tabú frente al que se suele mirar hacia otro lado. Excepcionalmente el abuso es visibilizado cuando el niño es conocedor de lo que está ocurriendo o presenta signos explícitos de abuso sexual (8). Es una problemática extendida a nivel mundial que afecta a niños y niñas en todos los países. El informe de *Save the Children* “*Una experiencia de buena práctica en intervención sobre el abuso sexual infantil*”, defiende que únicamente se detectan entre el 20-30% de los casos reales de abuso sexual a menores. Además, los estudios en los que se han comparado cifras actuales y pasadas no parecen demostrar que exista evidencia suficiente de que en la actualidad se produzcan más casos que hace 40 o 50 años. Sawyerr y Bagley, en su estudio sobre el abuso sexual infantil y adolescente realizado en el año 2017 (9) que utiliza muestras de 24 países, encuentran un porcentaje de victimización sexual del 8% en varones y 15% en mujeres antes de su mayoría de edad, incluyéndose agresiones con y sin contacto físico. La mayoría de los trabajos existentes preguntan directamente a las víctimas acerca de sus experiencias concretas cuando ya son adultos, utilizando una metodología retrospectiva. Esto presenta un importante problema

y es la imposibilidad de conocer con exactitud la realidad actual acerca del abuso sexual infantil.

Por otro lado, a nivel nacional no se han encontrado datos acerca de la prevalencia del abuso sexual infantil. No obstante, el Observatorio de la Infancia ha contabilizado el número de casos de abusos sexuales denunciados en 2018, ascendiendo éstos a 1209. Las víctimas de los casos denunciados son fundamentalmente mujeres (casi un 70% del total) (10). Cabe destacar que el propio Consejo de Europa, consciente de la extensión del abuso sexual en los diferentes países, lanzó la campaña “One in five” que resume los resultados obtenidos en estudios de prevalencia realizados en distintos países europeos; teniendo en cuenta esta fuente, en España entre un 10-20% de la población antes de cumplir los 13 años de edad habría sido víctima de abuso sexual (11). Según datos del Instituto Nacional de Estadística, el número de condenados por delitos sexuales a menores de 16 años fue de 453 personas en el año 2018. En ese mismo año, ascienden a 181 las agresiones sexuales condenadas cometidas por menores (12), fenómeno que ha comenzado a visibilizarse en los últimos años. Asimismo, en una investigación llevada a cabo por la Universidad de Granada (13) a estudiantes de la facultad de Psicología y de la Escuela Universitaria de Trabajo Social, se constata que antes de los 13 años, un 9,46% de los 83 participantes del estudio habían sufrido experiencias de victimización sexual.

En resumen, el abuso sexual infantil se considera un problema de elevada magnitud tanto a nivel internacional como nacional, y negar la evidencia favorece que el problema siga permaneciendo oculto, teniendo como consecuencia inequívoca que miles de víctimas no reciban la atención que necesitan.

La legislación referente al abuso sexual infantil es bastante extensa. *La Convención de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas*, ratificada por España en 1990, incluye en sus artículos 19, 34 y 39 los derechos en materia de protección frente al abuso que los gobiernos tienen la obligación de cumplir [Anexo I]. En nuestro país, los abusos sexuales están tipificados en el Código Penal (Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal) bajo el título VIII “Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales”, estableciendo que la realización de actos de carácter sexual con menores de 16 años es considerado un hecho delictivo. Por último, *la Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid (6/1995)*, en su Capítulo III referente a la atención sanitaria, el artículo 44 establece que aquellos menores que sufren malos tratos tanto físicos como



psíquicos en el seno de su familia, institución o entorno, recibirán protección especial sanitaria, asistencial o cautelar, adaptándose específicamente a cada caso [Anexo II].

Si bien cualquier niño puede ser víctima de una agresión sexual, la literatura identifica una serie de factores que podrían aumentar el riesgo o, por el contrario, “proteger” a la hora de sufrir abuso sexual infantil (Tabla 1). Estos se pueden organizar en cuatro grandes grupos: factores sociales, familiares, individuales de la víctima y del agresor.

**Tabla 1.** Factores de riesgo y de protección frente al abuso sexual infantil.

| <b>Tipo de factores</b> | <b>Factores de riesgo</b>  | <b>Factores de protección</b>  |
|-------------------------|--|--|
| <b>Sociales</b>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pobreza/ bajos recursos*</li> <li>- Aislamiento social</li> <li>- Falta de apoyos</li> <li>- Entornos violentos (aceptación/normalización de la violencia)</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Familia extensa</li> <li>- Presencia de amigos cercanos</li> <li>- Participación en actividades extracurriculares</li> <li>- Acceso a recursos de la comunidad</li> </ul>   |
| <b>Familiares</b>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estilos comunicativos basados en el ocultamiento</li> <li>- Ausencia de jerarquía y de límites intergeneracionales</li> <li>- Sobreprotección hacia los hijos</li> <li>- Modelos de familia estrictos, rígidos o excesivamente moralistas</li> <li>- Carencia de modelos de protección y cuidado</li> <li>- Ausencia de una figura adulta protectora</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relaciones de colaboración y apoyo entre miembros</li> <li>- Rutinas y normas coherentes y adecuadas</li> <li>- Vínculos de apego fuerte</li> <li>- Habilidad de pedir y buscar ayuda ante situaciones estresantes</li> </ul> |
| <b>Agresor</b>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abuso de sustancias como drogas y alcohol</li> <li>- Actitud violenta</li> <li>- Enfermedad mental</li> <li>- Relación problemática con la víctima</li> </ul>   |  |

|                |  |  |
|----------------|--|--|
| <b>Víctima</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Edad temprana (&lt;7 años)</li> <li>- Episodios traumáticos acontecidos precozmente en la vida</li> <li>- Discapacidad física/psíquica</li> <li>- Perturbación emocional</li> <li>- Dependencia emocional del agresor</li> <li>- Carencia de figura adulta protectora</li> <li>- Falta de capacidad para prevenir peligros y para evitar daños/ protegerse</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoestima alta</li> <li>- Buena salud</li> <li>- Habilidades interpersonales y/o cognitivas</li> </ul> |
|----------------|--|--|

\*Estas familias suelen ser más receptoras de ayudas, y por tanto se encuentran más observadas o controladas por los servicios sociales, por lo que esta puede ser la razón de que se detecten más casos de abuso sexual infantil en familias pobres.

**Fuente:** elaboración propia a partir de 14, 15 y 16.

En cuanto a los signos que se pueden observar en las víctimas del abuso sexual infantil, a menudo resulta difícil encontrarlos, debido a que, como se ha mencionado anteriormente, una forma frecuente de este abuso es utilizar al menor como objeto de estimulación sexual, sin que exista una penetración que pueda ocasionar problemas físicos visibles. Cuando sí existe penetración los hallazgos pueden hacerse más evidentes, aunque en ocasiones, incluso habiendo penetración, no aparecen lesiones que puedan confirmar el abuso (15). En cualquier caso, el abuso sexual infantil ocasiona un amplio conjunto de manifestaciones en la esfera física, emocional y conductual. (Tabla 2).

**Tabla 2:** Manifestaciones del abuso sexual infantil

| Físicas  | Psicosociales   |   |
|--|---|---|
|  | Emocionales   | Conductuales  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedades de transmisión sexual (ETS)</li> <li>- Infecciones del tracto urinario (ITU)</li> <li>- Irritación en genitales</li> <li>- Dolor o dificultad al orinar</li> <li>- Enuresis nocturna</li> <li>- Ropa rasgada o con sangre</li> <li>- Dificultad o incomodidad para andar, sentarse o estar de pie</li> <li>- Embarazo</li> <li>- Magulladuras en boca, especialmente en paladar</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inestabilidad emocional</li> <li>- Depresión</li> <li>- Ansiedad o nerviosismo</li> <li>- Trastornos del patrón del sueño</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambios en el comportamiento o en el rendimiento escolar</li> <li>- Pérdida de interés en actividades placenteras</li> <li>- Comportamientos compulsivos</li> <li>- Problemas de aprendizaje o dificultad de concentración</li> <li>- Actitud de hipervigilancia y alerta</li> <li>- Interés por la sexualidad inapropiado para su edad</li> <li>- Comportamiento excesivamente introvertido, pasivo o sumiso</li> <li>- Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)</li> <li>- Regresión</li> </ul> |

**Fuente:** elaboración propia a partir de 17 y 18.

Por otro lado, como ya se ha mencionado anteriormente, el abuso sexual infantil acarrea numerosas consecuencias a corto, medio y largo plazo en los menores en términos físicos, psicológicos, sociales y morales. En cuanto a las consecuencias físicas que pueden aparecer en estos pacientes, son tan diversas que pueden darse tanto a nivel cardiovascular como ginecológico, pasando por trastornos de somatización o la aparición de dolor físico inespecífico. Además, aparecen incontables problemas en el ámbito de la salud sexual: mayor frecuencia de prácticas sexuales de riesgo, por lo tanto, mayor riesgo de padecer enfermedades de transmisión sexual, embarazos adolescentes, disfunciones sexuales, etc. (15). No obstante, se puede afirmar que las consecuencias más frecuentes aparecen sobre todo en el apartado psicológico y emocional, entre las que podemos encontrar la baja autoestima, trastorno de estrés postraumático, ansiedad o depresión (18), así como

problemas relacionales como aislamiento o dificultad para relacionarse o comunicarse. Todos estos trastornos se encuentran en estrecha relación con problemas posteriores como trastornos de la conducta alimentaria (TCA) y del sueño, abuso y dependencia de sustancias tóxicas, delincuencia, conductas autolesivas y suicidio. (19, 20). Sin embargo, existen diferentes grados de secuelas ligados a factores como la edad a la que sufrieron el abuso, la relación de confianza con el maltratador, duración del abuso, tipo de abuso y nivel de vulnerabilidad de la víctima (21).

Si a la inespecificidad de los signos y síntomas del abuso sexual infantil se une disponer de poca experiencia en su detección y tratamiento, es posible que éste pase desapercibido (18). Ello puede producir un agravamiento en las consecuencias a corto, medio y largo plazo en los menores víctimas, al no erradicar el abuso de forma precoz.

Dada la extensión del problema y cómo afecta a los menores, el Consejo de Europa puso en marcha en 2006 un programa llamado “Building a Europe for and with children”. Dentro de éste, como línea de acción contra la violencia sexual, se inició una campaña de sensibilización denominada “Uno de cada cinco”, en el que se sugiere que uno de cada cinco niños en Europa son víctimas de algún tipo de violencia sexual dentro de la que se incluye el abuso. En España dicha campaña está gestionada por la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI) con colaboración del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (22). Uno de sus objetivos se centra en que todos los sectores, ámbitos y agentes que se relacionen con la atención de niños, niñas y adolescentes se involucren en la prevención del abuso sexual, creándose una red de prevención.

Por su parte el Plan Estratégico Nacional de Protección a la Infancia y la Adolescencia (23) recoge 8 objetivos estratégicos a la hora de proteger a los menores de 18 años. Cada uno de estos objetivos defiende en algunas de sus medidas la prevención del abuso sexual. A nivel autonómico la Comunidad de Madrid incluye en sus servicios el *Plan de Infancia y Adolescencia* (2017-2021), que tiene como objetivo común el avance en la protección de los niños, niñas y adolescentes, defendiendo sus derechos, así como asegurando que éstos se cumplan (24).

La propia Comunidad de Madrid dentro de su programa de Atención al Maltrato Infantil incluye el Programa de Atención al Abuso Sexual Infantil (25). En él se insta a que los profesionales, ya sean sanitarios o no, que desarrollen su actividad en instituciones

públicas y privadas se impliquen en la detección, prevención y tratamiento de estos abusos. El programa incluye una serie de objetivos específicos, entre los que se encuentran crear una red de sensibilización de los profesionales para mejorar la atención sanitaria y prevenir el abuso sexual infantil mediante la detección precoz. Asimismo, la Comunidad de Madrid tiene formalizado un Protocolo de Actuación en Abusos Sexuales y otros Malos Tratos a la Infancia (26), que recoge una serie de pautas de actuación para proteger a los menores y mejorar todos los procedimientos relacionados con la detección, notificación, evaluación, intervención-tratamiento y seguimiento; de tal manera que se garanticen los derechos de los menores y se abran procedimientos y espacios de coordinación de la red de instituciones y profesionales del partido judicial. Dentro de la página web de atención al maltrato infantil, la Comunidad de Madrid ofrece, además, hojas de notificación que posibilitan a profesionales del ámbito escolar, sanitario y de servicios sociales denunciar cualquier subtipo de maltrato que sospechen pueda estar dándose. En el campo específico de atención a víctimas de abuso sexual infantil, la Comunidad de Madrid cuenta con el Centro Especializado de Intervención en Abusos Sexuales Infantiles (CIASI), que tiene como objetivo la asistencia a menores víctimas de abuso sexual, así como también la intervención sobre agresores sexuales menores de edad. Se trata de un recurso de carácter público dependiente de la Consejería de Políticas Sociales y Familia de la Comunidad de Madrid.

En el ámbito hospitalario, concretamente el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (27), cuenta con un protocolo específico para la atención al abuso sexual en urgencias, que tiene como objetivo homogeneizar la atención a los pacientes con sospecha de abuso sexual que acuden a este servicio de urgencias. El protocolo ofrece una secuencia de actuación ante casos de sospecha, riesgo o certeza de abuso sexual infantil [Anexo III]. Reconoce la importancia que cobra la figura de la enfermera en el procedimiento de atención a este problema siendo responsable, junto a los profesionales de medicina, de valorar cada situación de riesgo o sospecha (y avisar al médico forense o jefe de guardia cuando sea necesario), notificar los casos de certeza o sospecha y poner en marcha medidas de protección al menor: contactar con la Comisión de Tutela del Menor, solicitar una interconsulta a Pediatría Social y/o Salud Mental, así como solicitar el ingreso del menor para garantizar su protección.

La bibliografía establece la responsabilidad de los profesionales enfermeros en la detección de menores víctimas de abuso sexual, considerando que pueden ofrecer al niño

o niña víctima del maltrato vía directa para recibir ayuda de un profesional especializado que haya sido entrenado para atender a las víctimas de abusos sexuales (19). Es necesario incidir en que, a pesar de que haya niños que denuncien el abuso sexual perpetrado por un mayor, habrá otra gran cantidad que no lo hagan, y cuyo duelo llegue invisibilizado e infratratado hasta la edad adulta.

Los profesionales enfermeros atienden a niñas y niños durante su infancia y adolescencia. Disponen de un fácil acceso a ellos, interactuando, en nuestro contexto, con infantes y adolescentes en el marco de la Atención Primaria, Atención Hospitalaria (en particular en los servicios de urgencias) y Atención Escolar. Esto provoca que estén perfectamente posicionados a la hora de poder detectar cualquier manifestación en el niño que pueda hacer sospechar que está sufriendo algún tipo de abuso sexual.

En el contexto de Atención Primaria, la Comunidad de Madrid recoge en su Cartera de Servicios Estandarizados (28), varios servicios orientados a la atención a la infancia. En concreto, cabe destacar la promoción en la infancia de hábitos saludables, el seguimiento del desarrollo de niñas y niños y la detección precoz de problemas en este grupo etario. La provisión de estos servicios implica el contacto del profesional enfermero tanto con los infantes como con sus familias. De manera rutinaria, por ejemplo, en el marco del Programa del Niño Sano (29), serán varias las ocasiones en que se tenga la oportunidad de realizar una valoración del niño/a, además de desarrollar aquellas intervenciones que sean precisas en cada caso. En esta valoración es posible la recogida de datos destinadas a cribar la presencia de abuso sexual (Tabla 3).

**Tabla 3.** Esquema de atenciones programadas recomendadas por edad dentro del Programa del Niño Sano.

|            | < 7 d | 2m | 4m | 6m | 11m | 12m | 15m | 18m | 2a | 4a | 6a | 9a | 12a | 14a |
|------------|-------|----|----|----|-----|-----|-----|-----|----|----|----|----|-----|-----|
| <b>ENF</b> | X     | x  | x  | x  |     | x   |     | x   | x  | X  | x  | x  | x   | x   |
| <b>PED</b> | X     | x  |    | x  |     |     |     |     | x  |    |    |    |     | x   |

**Fuente:** elaboración propia a partir de 29.

Los servicios de urgencia son, en múltiples ocasiones, el primer contacto que tienen los niños con problemas de salud con el sistema sanitario. Los profesionales enfermeros en

estos servicios tienen contacto con el sujeto antes y después de ser vistos por los de medicina, siendo un escenario donde es posible identificar los abusos sexuales. No obstante, la falta de tiempo, sobresaturación del servicio y necesidad de rapidez en la atención, pueden complicar la detección de este subtipo de maltrato.

La enfermera escolar, por su parte, atiende a niños y niñas fuera del ámbito sanitario. En este sentido, esta profesional se encuentra en un entorno privilegiado para identificar el abuso, al poder entrar en contacto con ellos sin estar presente la familia, al contrario que en la atención prestada en Atención Primaria o la urgencia hospitalaria. Entre las acciones que realiza una enfermera escolar se encuentra la elaboración, implantación y evaluación de programas de educación para la salud, incluyendo en éstos la educación sexual (30).

Un aspecto central para la identificación del abuso sexual es que los profesionales enfermeros cuenten con conocimientos y habilidades suficientes para su detección, siendo imperativo que sepan cuáles son los indicadores de abuso y sus manifestaciones en orden de no cometer el riesgo de dejar pasar por alto éste y que la víctima regrese a un entorno violento (31). Es evidente que la detección y atención al abuso sexual es compleja, pudiendo generar incomodidad en los profesionales enfermeros. Conocer cuál es su experiencia práctica con respecto a la detección y atención al abuso sexual se considera un paso previo fundamental para establecer programas de capacitación concretos dirigidos a aumentar la seguridad y autoestima de los profesionales en este campo, contribuyendo, en definitiva, a mejorar la atención de las víctimas que sufren abuso sexual infantil.

Tal y como se ha mencionado con anterioridad, el abuso sexual infantil es un problema de salud pública a nivel mundial y de enorme repercusión por las consecuencias para la salud física y mental de la víctima que aparecen a corto, medio y largo plazo. Los profesionales enfermeros prestan atención directa a la población infantil, facilitando este contacto la detección del posible abuso sexual infantil en el contexto del cuidado prestado. A pesar de esta posición privilegiada los profesionales pueden sentir que no disponen de la competencia suficiente para ello. Es esa falta de competencia real o percibida la que quizás condicione su actuación a la hora de gestionarlo. Explorar cuáles son las experiencias de las enfermeras en la detección y abordaje del abuso sexual infantil es esencial para diseñar estrategias orientadas a mejorar la competencia en este campo, optimizando así las capacidades de los profesionales enfermeros en el proceso de detección y tratamiento del abuso sexual infantil.

## **OBJETIVO GENERAL**

Conocer las experiencias de los profesionales enfermeros en la detección y abordaje del abuso sexual infantil.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Explorar qué signos y síntomas identifican las enfermeras como sospechosos de abuso sexual infantil.
- Conocer las experiencias de los profesionales enfermeros respecto al proceso de denuncia.
- Identificar dificultades que advierten los profesionales enfermeros para la detección y atención del abuso sexual infantil.



## METODOLOGÍA

---

Con el fin de alcanzar los objetivos anteriormente propuestos, se decidió realizar una revisión narrativa de la literatura disponible acerca de las experiencias de los profesionales enfermeros en la detección y atención al abuso sexual infantil.

Se han considerado los siguientes criterios de inclusión para la incorporación de estudios en esta revisión:

- Artículos que aborden las experiencias de enfermeras en la detección y atención del abuso sexual infantil, con independencia del enfoque metodológico empleado.
- Artículos que dispongan de abstract o resumen.
- Artículos escritos en lengua española, inglesa o portuguesa.

Se han tomado en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Artículos que aborden la experiencia enfermera en la atención a personas que hayan sufrido abuso sexual en la edad adulta.
- Artículos de revisión.

Se han establecido los siguientes límites para la búsqueda:

- Artículos publicados en los últimos 15 años.
- Artículos que incluyan a la población pediátrica <sup>1</sup>

La búsqueda de información se ha realizado consultando algunas de las principales bases de datos en el campo de las Ciencias de la Salud: Pubmed, Cinahl, Cuiden y Psycinfo. En cada una de las distintas bases de datos se ha hecho uso de términos de lenguaje controlado (Medical Subject Headings MESH y Descriptores en Ciencias de la Salud DeCS), además de términos de lenguaje libre (detallados ambos en Tabla 4).

**Tabla 4.** Términos de búsqueda.

---

<sup>1</sup> Este límite fue únicamente empleado en una de las búsquedas realizadas en Pubmed, debido a la cantidad de artículos recuperados alejados del objeto de interés.

| Base de datos | Lenguaje libre   | Lenguaje controlado   |
|---------------|--|---|
| Pubmed        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• nursing detection</li> <li>• nursing experience</li> <li>• experience</li> <li>• practise</li> <li>• knowledge</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• child sexual abuse</li> <li>• sexual abuse</li> <li>• nurse / nurses</li> </ul>  |
| Cinahl        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nursing experience</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Child Abuse, Sexual</li> <li>• Nurse attitudes</li> </ul>  |
| Cuiden        |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abuso sexual</li> <li>• Infancia</li> <li>• Enfermería</li> <li>• Actitudes</li> </ul>   |
| Psycinfo      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• nurses</li> <li>• perceptions</li> <li>• experiences</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• sexual abuse in children</li> <li>• sexual abuse</li> <li>• knowledge</li> <li>• perception</li> <li>• attitude</li> <li>• nurses</li> </ul> |

**Fuente.** Elaboración propia.

Para unir los términos anteriores y formar las sentencias de búsqueda se han utilizado los operadores booleanos AND y OR ( Tabla 5).

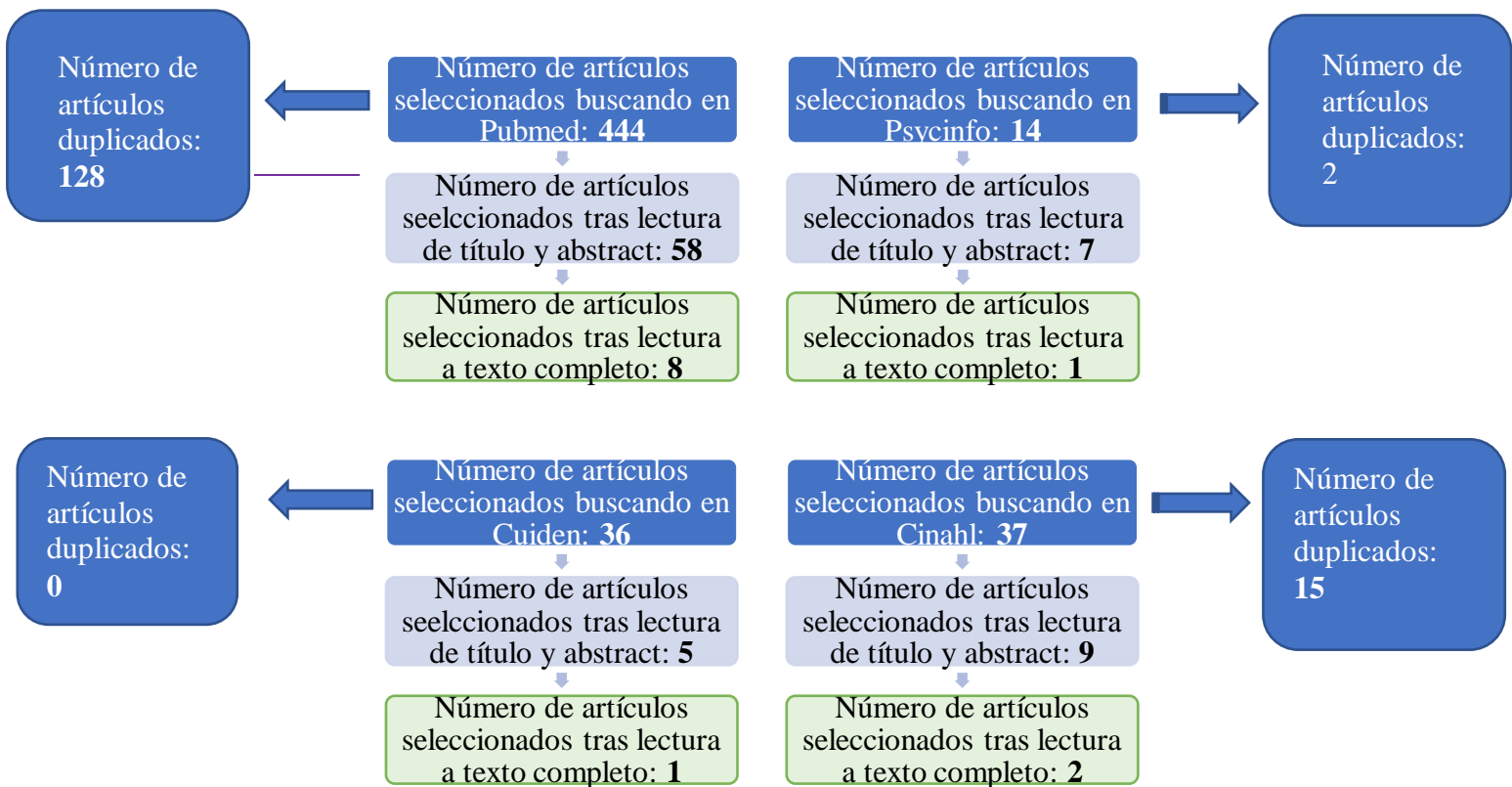
**Tabla 5.** Ecuaciones de búsqueda.

| Ecuaciones de búsqueda |  | Total | Filtro              |
|------------------------|--|-------|---------------------|
| PubMed                 | (child sexual abuse [MeSH Terms]) AND ((nursing detection) OR (nursing experience))                | 104   | 1(15 años)          |
|                        | ((nurse [MeSH terms]) and (child sexual abuse [MeSH terms])) and ((experience) or (practice))      | 12    | 1(15 años)          |
|                        | ((experience) AND (nurses)) AND (sexual abuse [MeSH Terms])  | 149   | 2 (15 años + child) |
|                        | ((nurses [Title/Abstract]) OR (Nurse [Title/Abstract])) AND (sexual abuse [Title/Abstract])        | 179   | 1(15 años)          |
| Psycinfo               | ((MA Sexual Abuse in children) AND (nurses)) AND (MA knowledge OR MA perceptions OR MA attitudes)) | 7     | 1 (15 años)         |
|                        | ((MA sexual abuse) AND (MA nurses)) AND (perceptions OR experiences))                              | 7     | 1 (15 años)         |
| Cinahl                 | ((MM "Child Abuse, Sexual") AND "Nursing experience")  | 2     | 1 (15 años)         |
|                        | ((MH "Nurse attitudes") AND (MH "Child Abuse, Sexual"))  | 21    | 1 (15 años)         |
|                        | ((MM "Child Abuse, Sexual") AND ((MH "Nurse attitudes") OR "Nursing experience"))                  | 14    | 1 (15 años)         |
| Cuiden                 | ([cla=Abuso sexual])AND(([cla=Infancia]) AND([cla=Enfermería]))                                    | 7     | 1 (15 años)         |
|                        | ([cla=Abuso sexual])AND([cla=Enfermería])  | 29    | 1 (15 años)         |
|                        | ([cla=Abuso sexual])AND(([cla=Enfermería]) AND([cla=Actitudes]))                                   | 0     | 1 (15 años)         |

**Fuente.** Elaboración propia

En total, los resultados del conjunto de búsquedas de las cuatro bases de datos fueron 531, que se redujeron a 385 cuando se eliminaron los duplicados. A continuación, se procedió a la lectura del título y abstract de los artículos seleccionados, preseleccionándose tras esta etapa un total de 79 artículos. Se realizó entonces una lectura de los mismos a texto completo, quedando en 12 el número de artículos finales. Posteriormente, se realizó una búsqueda secundaria haciendo uso de la bibliografía de los estudios seleccionados. Mediante este procedimiento se preseleccionaron 16 artículos por título, quedando en 2 los estudios que finalmente se seleccionaron por esta vía.

**Figura 1.** Proceso de selección de artículos



**Fuente.** Elaboración propia

## **RESULTADOS**

---

Finalmente, para la elaboración de esta revisión narrativa se seleccionaron un total de 14 artículos (Tabla 6). Los resultados obtenidos se han organizado en torno a 3 temáticas principales: explorar qué signos y síntomas identifican las enfermeras como sospechosos de abuso sexual infantil; conocer cuáles son las experiencias de los profesionales enfermeros respecto al proceso de denuncia; e identificar dificultades que advierten los profesionales enfermeros para la detección y atención del abuso sexual infantil.

**Tabla 6.** Proceso de selección de artículos

| AUTOR/ES Y AÑO DE PUBLICACIÓN           | TÍTULO   | PAÍS   | OBJETIVO  | DISEÑO              | POBLACIÓN   | MUESTRA                             | TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS | HALLAZGOS PRINCIPALES  |
|---|--|--------|---|---------------------|---|-------------------------------------|------------------------------|--|
| Engh Kraft L, Eriksson UB<br><br>(2015) | The School Nurse's Ability to Detect and Support Abused Children: A Trust Creating Process | Suecia | Explorar cómo las enfermeras escolares detectan el abuso sexual e inician medidas de apoyo frente al mismo. | Estudio cualitativo | Enfermeras escolares pertenecientes tanto a municipios grandes, como pequeños, trabajando con escuelas que tengan alumnos de los 6-18 años de edad. Debían haber completado al menos dos años de experiencia profesional y disponer de formación como enfermeras escolares. | (N: 23)<br><br>Enfermeras escolares | Grupo focal.                 | <p>Las enfermeras encuentran el abuso sexual infantil como un tema incómodo y de forma general no lo mencionan espontáneamente en las consultas programadas con los niños.</p> <p>Consideran que las instituciones no actúan de forma adecuada a la hora de proteger al niño durante el proceso de denuncia y eso influye en su forma de actuar.</p> <p>El conocimiento y la experiencia en materia de abuso sexual, fueron identificados como determinantes durante la detección e identificación de los signos principales</p> |

|  |   |        |  |                     |                       |                                     |                     |   |
|--|---|--------|--|---------------------|-----------------------|-------------------------------------|---------------------|---|
|  |   |        |  |                     |                       |                                     |                     | de abuso. También revelaron utilizar su intuición para detectar el abuso.   |
| Engh Kraft L,<br>Rahm GB,<br>Eriksson UB<br><br>(2017) | School Nurses<br>Avoid<br>Addressing<br>Child Sexual<br>Abuse | Suecia | Explorar la habilidad de las enfermeras en la detección del abuso sexual infantil y a la hora de ofrecer apoyo a las víctimas. | Estudio cualitativo | Enfermeras escolares. | (N: 23)<br><br>Enfermeras escolares | Dos grupos focales. | <p>El hecho de que las enfermeras no consideren de forma habitual el abuso sexual durante su práctica, muestra la ambivalencia que sienten respecto a este fenómeno. Lo consideran un tema tabú, del que prefieren no pensar o hablar. Además, consideran que es muy difícil de detectar.</p> <p>Señalan que la experiencia les otorga una mayor capacidad de detección del abuso y demandan más preparación para tratarlo.</p> <p>Durante el abordaje, confiesan miedo a las fuertes reacciones de defensa de los padres o por meterse en su ambiente privado.</p> |

|  |  |      |   |                      |  |                                |   |  |
|--|--|------|---|----------------------|--|--------------------------------|---|--|
|  |  |      |   |                      |  |                                |   | Las enfermeras refieren trabajar en un ambiente que les hace sentir vulnerables, en el sentido en el que no reciben supervisión o apoyo en su práctica diaria.   |
| Hornor G, Bretl D, Chapman E, Herendeen P, Mitchel N, Mulvaney B, Garcia Quinones S, VanGraafeiland B.<br>(2017) | Child Maltreatment Screening and Anticipatory Guidance: a description of pediatric nurse practitioner practise behaviors | EEUU | Describir los comportamientos habituales en la práctica que tienen las enfermeras a la hora de detectar y aconsejar acerca del maltrato infantil. | Estudio cuantitativo | Enfermeras miembros de <i>NAPNAP's Child Maltreatment Special Interest Group</i> | (N: 243 enfermeras)            | Cuestionario                                | El abuso sexual infantil es el subtipo de maltrato que las enfermeras más evitan en su práctica habitual y del que no realizan prevención.<br><br>Se ha visto que las enfermeras evitan en materia de detección preguntar a los padres si hay historial de abuso sexual en su familia o si ellos mismos fueron abusados en su infancia. Son pocas las enfermeras que realizan preguntas dirigidas a ellos. |
| Sekhar DL, Kraschnewski JL, Stuckey HL, Witt PD, Francis   | Opportunities and challenges in screening  | EEUU | Conocer cuáles son las oportunidades y los desafíos a   | Estudio cualitativo  | Enfermeras que trabajan en el ámbito escolar, padres con hijos                   | (N: 62 total de profesionales) | 8 grupos focales (dos de ellos formados por | Los principales resultados del estudio señalan que las enfermeras prefieren identificar el abuso sexual  |



|   |                                       |  |   |  |   |  |                                  |  |
|---|---------------------------------------|--|---|--|---|--|----------------------------------|--|
| <p>EB, Moore GA,<br/>Morgan PL,<br/>Noll JG<br/><br/>(2018)</p> | <p>for childhood<br/>sexual abuse</p> |  | <p>los que se<br/>enfrentan un<br/>grupo de<br/>profesionales<br/>(entre ellos las<br/>enfermeras<br/>escolares) en la<br/>detección del<br/>abuso sexual<br/>infantil.</p> |  | <p>en los colegios,<br/>profesores<br/>escolares,<br/>asesores y<br/>pediatras.</p> | <p>(n:19<br/>enfermeras<br/>escolares)</p> | <p>enfermeras<br/>escolares)</p> | <p>de forma temprana y<br/>conocen las consecuencias<br/>del abuso, sobre todo<br/>aquellas relacionadas con<br/>la salud mental.<br/>Asimismo, señalan que es<br/>importante mantener la<br/>confidencialidad de datos,<br/>aunque no sea fácil, y la<br/>enlazan de forma directa<br/>con la posible relación<br/>terapéutica que se<br/>establezca con el niño. Por<br/>último, reconocen que el<br/>proceso de detección<br/>necesita revisarse para ser<br/>eficaz.</p> |
|---|---------------------------------------|--|---|--|---|--|----------------------------------|--|

|  |  |             |   |                             |   |   |  |   |
|--|--|-------------|---|-----------------------------|---|---|--|---|
| <p>Ko CM, Koh CK<br/>(2007)</p>                            | <p>The influence of abuse situation and respondent background characteristics on Korean nurses' perceptions of child sexual abuse: a fractional factorial design</p> |             | <p>Examinar qué características del abuso sexual infantil y antecedentes de la víctima afectan a la percepción de la gravedad de las enfermeras sobre el abuso.</p> | <p>Estudio cuantitativo</p> | <p>Enfermeras coreanas registradas en el sistema público de salud</p>   | <p>(N: 1029)<br/>Enfermeras coreanas</p>    | <p>64 viñetas incluidas en un cuestionario que se les entregaba, donde se ejemplifican interacciones sexuales con niños.</p> | <p>Las características situacionales asociadas con el abuso sexual infantil son factores clave asociados con su percepción acerca del abuso. Las características personales de los niños influyen más que las personales de las propias enfermeras coreanas a la hora de valorar la gravedad del abuso. El nivel de intrusión del abuso sexual también afecta a la percepción de las enfermeras, así como cuando es efectuado por un hombre y la víctima es de sexo femenino.</p> |
| <p>Thamlikitkul S, Yunibhand J, Chaiyawat W<br/>(2009)</p> | <p>Remolding Child: Process of Nursing Practice for Sexually Abused Children</p>   | <p>EEUU</p> | <p>Explorar y comprender la práctica que llevan a cabo las enfermeras psiquiátricas con los niños que han sido</p>  | <p>Estudio cualitativo.</p> | <p>Enfermeras psiquiátricas que ofrecen cuidados a niños abusados sexualmente en edad escolar, con al menos 5</p> | <p>(N: 20)<br/>Enfermeras psiquiátricas</p> | <p>Dos entrevistas en profundidad.</p>   | <p>Las enfermeras psiquiátricas se enfrentan a numerosos retos en su práctica diaria cuando atienden a este perfil infantil. Entre estos se encuentran la sensación de que tienen poco</p>  |

|                              |   |    |   |               |  |                     |                                 |   |
|------------------------------|---|----|---|---------------|--|---------------------|---------------------------------|---|
|                              |   |    | abusados sexualmente.   |               | años de experiencia trabajando en centros psiquiátricos.     |                     |                                 | <p>conocimiento necesario para lidiar con las dificultades de su práctica diaria, así como para poder lidiar con la complejidad que tienen los signos y síntomas del abuso sexual infantil. Señalan falta de recursos en los que apoyarse durante su trabajo.</p> <p>Las enfermeras aprenden de su práctica diaria y comparten ese conocimiento con el resto de sus compañeros.</p> |
| Walker J, Allan HT<br>(2013) | Cervical Screening and the aftermath of childhood sexual abuse: are clinical staff trained to recognise and manage the effect this has on their patients? | UK | Evaluar las necesidades de preparación y conocimiento del abuso sexual infantil entre el profesional de la salud, durante el proceso de recogida de muestras a personas que | Estudio mixto | Enfermeras que trabajan en el servicio de Atención Primaria. | (N: 226 enfermeras) | Cuestionario y grupo de debate. | <p>Las enfermeras expresaron ansiedad durante la realización de recogida de muestras a personas que han sufrido abusos, ya que consideran que podría causar más dolor a los pacientes que beneficio real.</p> <p>Asimismo, estos profesionales sienten que, cuando identifican el</p>   |

|   |  |           |  |                       |  |                    |  |  |
|---|--|-----------|--|-----------------------|--|--------------------|--|--|
|   |  |           | han sido abusadas.   |                       |  |                    |  | <p>abuso, no cuentan con el apoyo suficiente por parte de profesionales de otras disciplinas y no saben cómo manejar sus propios sentimientos.</p> <p>Expresan la necesidad de una mayor preparación y soporte tanto material como humano, para poder responder de forma apropiada y con mayor sensibilidad al posible caso de abuso.</p>            |
| Fraser JA, Mathews B, Walsh K, Chen L, Dunne M (2009) | Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis | Australia | Examinar la relación entre las características de la enfermera, su preparación, conocimiento de la ley y factores de comportamiento a la hora de denunciar el abuso sexual infantil. | Estudio cuantitativo. | Enfermeras que trabajan de forma corriente en los centros sanitarios de Queensland, Australia. | (N:930 enfermeras) | Cuestionario "Child Abuse and Neglect Nurses' Questionnaire" (CANNQ) | <p>Las enfermeras cuentan con conocimiento suficiente sobre abuso sexual y se sienten seguras de sí mismas a la hora de atenderlo, entendiendo, además, que tienen como obligación el denunciar los casos de abuso sexual infantil que surjan en su práctica diaria.</p> <p>Los resultados apuntan a que no existe una relación directa entre el</p> |

|   |   |                    |   |                     |   |                    |                             |  |
|---|---|--------------------|---|---------------------|---|--------------------|-----------------------------|--|
|   |   |                    |   |                     |   |                    |                             | conocimiento que tienen las enfermeras y su formación, con la percepción que tienen acerca de la gravedad o el daño que produce el abuso.  |
| Tiyyagura G, Gawel M, Koziel JR, Asnes A, Bechtel K. (2015) | Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments | EEUU (Connecticut) | Explorar las experiencias de los profesionales de urgencias en la evaluación, detección y denuncia del abuso sexual infantil y desatención.<br><br>Detectar cuáles son las barreras y las facilidades identificadas para su detección y posterior denuncia. | Estudio cualitativo | Profesionales de departamentos de urgencias (EDs) | (N: 16 enfermeras) | Entrevista semiestructurada | Las enfermeras de urgencias son, en muchas ocasiones, las que detectan casos de abuso sexual infantil. Aunque reconocen la importancia de detectarlo y notificarlo, advierten una serie de dificultades durante este proceso, que van desde la falta de habilidades para reconocer signos y síntomas de abuso, hasta el miedo a acusar injustamente a los padres. Identifican a su vez facilitadores como la posibilidad de consultar con la supervisora, o conocer la importancia de notificar cualquier sospecha de abuso. |

|  |   |                     |  |                       |   |           |  |   |
|--|---|---------------------|--|-----------------------|---|-----------|--|---|
| Eisbach SS,<br>Driessnack M.<br><br>(2010) | Am I sure I want to go down this road?<br>Hesitations in the reporting of child maltreatment by nurses.                   | EEUU<br>(Iowa)      | Explorar la experiencia de las enfermeras pediátricas en la notificación obligatoria del maltrato infantil.  | Estudio cualitativo   | Enfermeras escolares, pediátricas y enfermeras pediátricas de salud mental          | (N: 23)   | Entrevistas telefónicas y/o en persona | Todas las enfermeras entrevistadas coinciden en los pasos a seguir cuando se enfrentan al maltrato infantil. No obstante, existen una serie de factores que dificultan el abordaje de este problema y, por tanto, su notificación: el conocimiento acerca de los signos y síntomas, la propia seguridad del profesional y la del propio niño y la experiencia previa en la atención a estos casos, entre otros. |
| Ceccucci J<br><br>(2018)                   | Evaluating Nurse Practitioners perceived knowledge, competence, and comfort level in caring for the sexually abused child | USA<br>(Nueva York) | Evaluar el nivel de confianza que tienen las enfermeras en el cuidado de los niños víctimas de abuso sexual dentro del contexto de Atención Primaria | Estudio cuantitativo. | Enfermeras de Atención Primaria que trabajen con niños en el distrito de Nueva York | (N: 5734) | Encuesta                               | Existe una gran cantidad de enfermeras que refieren no sentirse cómodas a la hora de realizar un examen genital a los niños en las revisiones periódicas.<br><br>La mayoría de las enfermeras encuestadas no se sienten competentes a la hora de tratar un caso de abuso y lo derivan a especialistas. Demandan   |

|   |  |               |   |                             |  |               |                                     |  |
|---|--|---------------|---|-----------------------------|--|---------------|-------------------------------------|--|
|   |  |               |   |                             |  |               |                                     | <p>una mayor preparación en la detección de casos, puesto que no se ven con la capacidad necesaria para evaluarlo y formar un diagnóstico definitivo.</p> <p>Las enfermeras encuestadas no siempre siguen las recomendaciones publicadas respecto al proceso de denuncia, y desconocen los recursos con los que cuentan en su comunidad para atender el abuso.</p> |
| <p>Amorim de Ávila J, Netto de Oliveira AM, Arruda da Silva P</p> <p>(2012)</p> | <p>Conhecimento dos Enfermeiros frente ao abuso sexual</p> | <p>Brasil</p> | <p>Indagar sobre la practica enfermera en relación al abuso sexual de niños y adolescente en 5 “Unidades Básicas de Salud de la familia” en una ciudad del sur de Brasil.</p> | <p>Estudio cualitativo.</p> | <p>Enfermeras pertenecientes a equipos de la “Estrategia de Salud de la Familia”</p> | <p>(N: 7)</p> | <p>Entrevista semiestructurada.</p> | <p>Las enfermeras, al enfrentarse al abuso sexual infantil, se sienten desprotegidas, poco preparadas, decepcionadas y frustradas al no conseguir soluciones inmediatas ante una situación que genera tanto sufrimiento.</p> <p>Identifican diversas necesidades para mejorar</p>  |

|   |   |        |  |                     |   |         |                             |   |
|---|---|--------|--|---------------------|---|---------|-----------------------------|---|
|   |   |        |  |                     |   |         |                             | su práctica profesional respecto al abuso sexual infantil, entre las que destacan: mayor preparación teórica, la sistematización de los registros o la multidisciplinariedad a la hora de combatir el problema de forma conjunta.   |
| de Lourdes Galindo NA, Gomes Gonçalves CF, Galindo Neto NM, Cavalcanti dos Santos S, Cavalcanti de Santana CS, Silva Alexandre AC<br><br>(2017) | Child and youth violence under the perspective of nursing | Brasil | Analizar el conocimiento de los enfermeros acerca de los tipos de violencia infanto-juvenil, identificando la conducta de los profesionales enfermeros, las dificultades y las posibles acciones frente a la violencia desarrolladas en las “Estrategias | Estudio cualitativo | Enfermeros que trabajan en las “Estrategias de Salud de la Familia” | (N: 18) | Entrevista semiestructurada | Las enfermeras identifican numerosas necesidades formativas que han de ser apoyadas para mejorar la detección y atención ante casos de abuso sexual infantil. Para cubrir estas necesidades, creen necesario una educación y entrenamiento que debería incluirse en la formación pre-grado.<br><br>Además, a la hora de actuar, tienen numerosas dudas en la notificación de casos, sienten miedo a hacerlo, e incluso poco o nada empoderadas para |



|   |   |      |   |                     |   |         |             |  |
|---|---|------|---|---------------------|---|---------|-------------|--|
|   |   |      | de Salud de la Familia”.  |                     |   |         |             | cambiar este tipo de situaciones.  |
| Marchetti CA, Collins Fantasia H, Molchan L<br><br>(2014) | Attitudes of adult/adolescent sexual assault nurse examiners and caring for younger patients<br><br>(A/A SANEs) | EEUU | Describir las actitudes de enfermeras especializadas en abuso sexual (SANEs) hacia la posibilidad de divulgar y compartir su rol para cuidar a los pacientes más jóvenes, participando en el entrenamiento de otras enfermeras. | Estudio cualitativo | Enfermeras especializadas en abuso sexual (SANEs) | (N: 45) | Grupo focal | Las “SANEs” se consideran los profesionales idóneos para tratar el abuso.<br><br>Aunque consideran su formación excelente, siguen sintiendo inseguridad a la hora de abordar sus primeros casos de abuso. Además, hacen hincapié en la necesidad de un abordaje multidisciplinar del abuso y en la importancia de recibir apoyo emocional, especialmente después de las exploraciones. |

**Fuente.** Elaboración propia.

## **Signos y síntomas que las enfermeras identifican como sospechosos de abuso sexual infantil**

En primer lugar, Engh Kraft y Eriksson realizaron dos estudios cuyo propósito era explorar cómo las enfermeras escolares detectan el abuso sexual infantil, además de indagar acerca de cuáles son las líneas de acción que inician para ofrecer apoyo a las víctimas. En el estudio de 2015 (32), las enfermeras señalaron la importancia de poseer conocimiento y experiencia adecuados para detectar e interpretar todos los signos presentes. Indicaron que la “intuición” era usada con frecuencia. Ésta, no obstante, venía dada por el bagaje y conocimiento previo. La intuición fue nombrada también por las enfermeras entrevistadas en el estudio posterior realizado en 2017 (33).

Señalaron una serie de signos que les hacían sospechar de encontrarse ante un caso de abuso sexual durante la consulta con los niños (32), tales como la presencia de comportamientos de evitación y/o sentimientos de culpa y vergüenza, que la mayor parte de las veces, según ellas, se originan debido al sentido de lealtad que desarrollan hacia su familia. Las enfermeras identificaron expresiones verbales y no verbales específicas que mostraban los niños durante la consulta (33). Consideran que éstas aparecen porque para ellos es un tema vergonzoso y les resulta muy complicado iniciar la narrativa y se ponen nerviosos. Entre las expresiones verbales se encuentran tartamudeos o tendencia a la imaginación (en muchas ocasiones esta imaginación está inspirada en el propio abuso); y entre las expresiones no verbales, los propios comportamientos de evitación. También indicaron que determinados comportamientos de los padres les ponen en alerta, entre los que destacan el hecho de que los padres insistan en estar presentes cuando la enfermera quiere estar a solas con el niño (32, 33).

Los profesionales participantes en el estudio de Engh Kraft y Eriksson de 2015 (32), apuntaron que el hecho de que el encuentro con el niño se dé en un entorno tranquilo y que exista una relación de confianza, facilita la detección. Consideraron que disponer de una serie de herramientas tales como cuestionarios sobre salud, documentación registrada en el colegio les ayudaba en el proceso de detección. Demandaban a su vez instrumentos más precisos para apoyar la identificación de casos.

Por su parte las enfermeras del estudio de Lourdes et al (44), apuntaron a que la presencia en los niños de una conducta extremadamente cohibida, irritabilidad y agresividad, llanto

inconsolable y/o ausencia de interacción con su grupo de iguales eran signos de alerta ante el abuso. También reconocieron la importancia de valorar el contexto familiar prestando especial atención a aquellos casos de padres con adicciones, negligentes, o a aquellos niños que tienen signos sospechosos de no estar siendo bien cuidados.

Ko y Koh (36), determinaron también algunos de los signos que las enfermeras coreanas detectan en consulta. Entre ellos se encontraron: las características situacionales (como el medio social del niño) y síntomas que indiquen existencia de penetración durante el abuso entre ellos. Además, indicaron el grado de percepción de las enfermeras acerca de la gravedad de estos signos y síntomas. Este estudio también indicó que no realizaban excesiva distinción entre el medio intra y extrafamiliar, y, parecía que existía un grado de sospecha mayor cuando el perpetrador era un hombre y la víctima una mujer. Es decir, que este era uno de los signos más determinantes de sospecha y por lo tanto, más destacables en sus consultas. Los autores del estudio confirmaron que estas percepciones de las enfermeras coreanas, son semejantes a las de las enfermeras americanas encontradas en otros estudios realizados en EEUU.

Además, Ceccucci (42) recoge qué signos harían sospechar a las enfermeras de un caso de abuso sexual infantil y darían pie a derivar a los servicios pertinentes: los enfermeros derivarían en un 83.6% ante hallazgos de lesiones en genitales, en un 84.5% si existen lesiones en el ano y en un 80% si descubren sangrado en genitales. En general, un 69.1% de los profesionales notificarían el caso si consideran anormales los hallazgos en la exploración. Ante signos más inespecíficos los porcentajes de denuncia se reducen, como por dolor o molestias en los genitales (47.3%), o por enrojecimiento en genitales o ano (37.3%).

Las enfermeras entrevistadas por Eisbach y Driessnack (41), refirieron que, cuando los signos del abuso son claros y objetivos (como la aparición de lesiones o la ausencia de concordancia entre el testimonio y el tipo o severidad de dichas lesiones), les resulta más fácil detectarlo. En cambio, cuando lo único que les hace sospechar son síntomas, todo el proceso se complica.

### **Experiencias de los profesionales enfermeros respecto al proceso de denuncia**

Los participantes del estudio de Engh Kraft y Eriksson de 2015 (32) refirieron enfrentarse a una cantidad considerable de dilemas morales y legales cuando identifican un posible caso de abuso sexual infantil. Señalaron que, si bien su deber legal era denunciar el caso a las autoridades, en ocasiones experimentaban que la denuncia era más perjudicial que beneficiosa para el niño, además de generar un enfrentamiento entre padres y víctima. Sus experiencias afectan a su confianza en las instituciones y sufren angustia ante la posibilidad de que los padres amenacen a los hijos por haber revelado el abuso. En el caso de que existan signos claros de abuso, este dilema no se produce y no dudan en iniciar la denuncia, de forma que el cuestionamiento se daría cuando estos signos no son claros o son confusos.

En la investigación de 2017 Engh Kraft et al (33), recogen otros aspectos relacionados con el inicio del proceso de denuncia. En este sentido, varios participantes referían que, cuando denunciaban a las autoridades, sentían falta de apoyo por parte de profesionales de otras disciplinas. Además, añadían que, debido a la confidencialidad de datos, no podían compartir sus preocupaciones con estos. Las enfermeras apuntaron hacia la idea de vulnerabilidad profesional, englobando en este término la sensación de enfrentar este problema solas y sin apoyo por parte de otros profesionales. Asimismo, sentían incertidumbre sobre qué pasaría a partir de la denuncia, y ambivalencia entre si suponía más un perjuicio que un beneficio para los niños. Relataban además temer las posibles reacciones de defensa y agresión de los padres. También expresaron en muchas ocasiones sentir indecisión entre creer el relato del niño o interpretarlo como algo que el niño podría haber llegado a inventar cuando no se encontraban claros signos de abuso. Asimismo, señalaron que, durante la detección, sentían que se estaban metiendo “en un área privada”. Temían, además, que tomar la decisión de denunciar les sobrepasara y que conllevara la pérdida de relación con el niño.

Fraser et al (39) encontraron en su estudio que la preparación que tenían las enfermeras en cuestión de protección de menores mejoraba los niveles de denuncia, debido a que se sentían más confiadas y seguras a la hora de denunciar. Las enfermeras con habilidades y conocimientos específicos en este campo mostraban mayor iniciativa de denuncia. Se mostraron además ciertos factores que parecían afectar al número de denuncia tales como: el rol parental de la enfermera que llevaba el caso (se vio que si tenían hijos eran más

propensas a querer proteger al niño) y la edad de la enfermera, de manera que, a mayor edad, mayor número de denuncias efectuadas.

Por su parte, las enfermeras del estudio de Sekhar et al (35), incidieron en el hecho de que en muchas ocasiones no podían denunciar puesto que el niño no identificaba el abuso y/o no era consciente de lo que le estaba sucediendo. Entonces, señalaron la importancia de que los menores supieran diferenciar entre un toque intrusivo, y uno no intrusivo, lo que les ayudaría a identificarlo como comportamiento anormal, y, por lo tanto, comunicarlo a las enfermeras para denunciarlo.

Por otro lado, las enfermeras del departamento de emergencias entrevistadas por Tiyyagura et al (40), reconocieron ciertos obstáculos a la hora de reconocer y especialmente de denunciar estos casos: en un servicio con tanta demanda de trabajo y falta de tiempo, se hace prácticamente imposible obtener una información completa de la historia de cada paciente, además de la ausencia de una continuidad del cuidado. Esto, unido a las posibles consecuencias de iniciar el proceso de denuncia (la posibilidad de acusar injustamente a la familia, la posible reacción violenta de esta, así como tener que testificar en un juicio), hacía que las enfermeras desconfiaran, dudaran y finalmente decidieran no reportar el caso.

Los autores Eisbach y Driessnack (41) recogieron algunas experiencias referidas por enfermeras pediátricas, escolares y de salud mental, respecto al proceso de denuncia del abuso sexual infantil. Entre ellas, a la hora de tomar la decisión de reportar los casos, destacaron tener en cuenta la responsabilidad de “separar” al niño de sus padres, la propia seguridad de los niños e incluso la suya propia. Además, expresaron su miedo a que, a consecuencia de su decisión, las familias dejaran de frecuentar los servicios de salud, con el aumento del riesgo para el niño que ello conllevaría.

Por su parte las enfermeras brasileñas entrevistadas en el estudio de Amorim de Ávila et al (43) expresaron sentirse desprotegidas y decepcionadas con los procesos penales hacia los agresores en los casos que habían denunciado, pues muchas veces sentían que los castigos que recibían no eran justos, lo que para ellas era desmotivador y poco estimulante para iniciar el proceso de denuncia ante un caso de abuso sexual infantil. De la misma forma, de Lourdes (44) recogió entre las enfermeras un sentimiento general de fracaso

frente a la atención del abuso en tanto no creían que mereciera la pena notificar puesto que nunca recibían noticias de las consecuencias que tenían las medidas que adoptaban. Este mismo autor evidenció una falta de conocimientos en las enfermeras acerca del proceso de denuncia: por ejemplo, consideraban imprudente denunciar un caso sospechoso sin tener una confirmación, a diferencia de lo que advertían las autoridades.

### **Dificultades que advierten los profesionales enfermeros para la detección y atención del abuso sexual infantil.**

Más allá de las dificultades vinculadas al propio proceso de denuncia del abuso sexual infantil expuestas en el apartado anterior, las enfermeras escolares encuestadas por Engh Kraft y Eriksson (32), refirieron dificultades a la hora de establecer una relación terapéutica con el niño, afectando esto a la confianza con el menor. Estos profesionales señalaron que, para las víctimas, depositar la suficiente confianza en el profesional era complicado, lo que, sumado a que se trata de un tema muy delicado, obligaba a ser conscientes de que debían tener mucho cuidado en cada paso. Las encuestadas también hablaron de la dificultad que suponía dirigir la entrevista con preguntas directas que consideraban que invadían la intimidad intrafamiliar. Recalaron la importancia de estar disponible cuando el niño quisiera hablar. En la investigación realizada por los autores en el año 2017 (33), las participantes señalaron que era muy incómodo para ellas y especialmente complejo, tratar la violencia del niño cuando se sospechaba de algún familiar y por tanto se debía indagar en el contexto intrafamiliar. Finalmente, las enfermeras identificaron el propio abuso sexual infantil como un campo donde se sentían especialmente vulnerables. Señalaban tener como costumbre atribuir a los signos presentes en consulta, otra causa distinta que no fuese abuso sexual, puesto que sentían respecto hacia la idea de tener que enfrentarlo.

Engh Kraft et al (33) encontraron, además, que los comportamientos de evitación y ambivalencia frente al abuso eran frecuentes en las enfermeras y que el abuso sexual era visto como un área dolorosa y tabú, en la que preferían no pensar. Aparecían sentimientos en las enfermeras como miedo, frustración, incomodidad, y enfado durante todo el proceso. A pesar de que se establezca el ámbito escolar como un espacio ideal para conseguir una relación terapéutica con el niño, las enfermeras señalaron que también resultaba difícil mantener la confidencialidad y la privacidad en este contexto. Asimismo, este colectivo de profesionales identifica la falta de tiempo, de personal y la elevada carga

de trabajo como dificultades para la detección. Reclaman que todo ello mejoraría si tuvieran mayor tiempo de formación y supervisión, ya que en muchas ocasiones no se sienten preparadas y con suficiente seguridad en sí mismas.

Honor et al (34), encontró que las enfermeras tenían especial dificultad a la hora de realizar preguntas que sentían que invadían la intimidad familiar. Apuntaron que solamente el 12% de las enfermeras encuestadas refirieron preguntar a los padres sobre un posible caso de abuso sexual en las consultas programadas. Más del 60% de las enfermeras refirieron no indagar con los padres si existía en la familia algún miembro que tuviera antecedentes de abuso sexual infantil. En este mismo estudio se señaló que el abuso sexual infantil era el subtipo de maltrato que producía en las enfermeras la conducta más evasiva en materia de prevención. Asimismo, recogieron una dificultad a la hora de preguntar a los niños acerca de sus genitales o si alguien había invadido su intimidad. Los porcentajes de enfermeras que lo realizaban, variaban en función de si había sospecha directa de abuso sexual o no, yendo desde el 66% cuando la sospecha era clara, al 10% cuando eran consultas cotidianas sin sospecha. La falta de tiempo, de comodidad y carencia de preparación eran otras dificultades mencionadas por las enfermeras. sensación de falta de preparación y falta de comodidad.

Entre las principales dificultades identificadas por las enfermeras en el estudio de Sekhar et al (35), se encontró el hecho de que los niños, de forma común, escondían y mentían acerca del abuso sexual. Una de las enfermeras del grupo de debate, expresó que los niños más pequeños aún no contaban con la madurez mental suficiente para mentir y encubrir a su posible agresor, y por lo tanto, era más fácil detectar el abuso. Según van creciendo, entienden que sus acciones tienen responsabilidades y por tanto tienen más miedo de revelar el testimonio. En relación con la privacidad, las participantes de este estudio reconocieron la importancia de mantener la confidencialidad con el niño, considerando que era fundamental para desarrollar una relación terapéutica con él.

Por su parte, Tramlikitkul et al (37) establecieron que las enfermeras psiquiátricas sufrían emocional y físicamente durante el proceso de atención a los niños víctimas de abuso que se encontraban ingresados en los centros de salud mental. Estos niños presentaban en muchas ocasiones patrones de agresividad y comportamientos sexuales desviados, además de estar acostumbrados a mentir. Estos comportamientos tenían como

consecuencia que las enfermeras evitaran ofrecer los cuidados pertinentes y que adoptaran ciertas medidas de autoprotección aprendidas con la experiencia, como no estar en la misma habitación que el niño cuando mostrada estos comportamientos agresivos. En este sentido, las enfermeras refirieron que recibían golpes y que debían regañar de forma constante a las víctimas, sin saber encontrar el punto de equilibrio para poderlos ayudar. Estas profesionales reflexionaron acerca de los sentimientos que aparecían en ellas durante la práctica diaria: refirieron sentirse poco protegidas en su trabajo y con miedo a las reacciones de los niños. Asimismo, no se veían con suficiente conocimiento en áreas comunes como la falta de higiene, desarrollo sexual, enfermedades de transmisión sexual y comportamientos de alto riesgo, entre ellos. Señalaron además la falta de recursos con la que trabajan día a día lo que les provocaba estrés, angustia y fatiga.

Por su parte, Walker y Allan (38) señalaron que los enfermeros que realizaban citologías se sentían poco entrenados ante la posibilidad de tener que atender los problemas emocionales del paciente, indicando que el realizar la prueba podía ser un proceso vergonzoso para las pacientes puesto que podían sentirse juzgadas ante la posibilidad de que se revelara su trauma. Expresaban ansiedad ante el temor de que su cuidado no estuviera siendo suficiente para los pacientes y eran conscientes de que debían actuar con sensibilidad frente a la revelación del abuso. Estos mismos profesionales denunciaron no obtener ningún tipo de apoyo por parte de otras disciplinas que orientara su atención o les ofreciera soporte emocional.

Así, en el estudio de Ceccuci (42), sólo un 25,5% de las enfermeras participantes refirieron sentirse competentes y capaces de valorar a niños con sospecha de sufrir abuso sexual, y más de tres cuartos del total de ellas (77.3%) prefirieron derivar la mayoría de los casos de sospecha de abuso sexual infantil al experto que correspondiera en cada lugar o cada caso. El autor concluyó que sería muy positivo, para aumentar la calidad del cuidado a estos niños y la seguridad de los profesionales, implementar programas educativos e incrementar así los conocimientos de las enfermeras en estas situaciones.

Las enfermeras entrevistadas por Amorim et al (43), percibieron una carencia tanto de conocimientos y habilidades como de apoyo para enfrentarse al problema, por lo que en



muchas ocasiones su primera opción era derivar a las víctimas a otra institución preparada para ello. También recogió que entre estos profesionales imperaba un sentimiento de desprotección, poca preparación e incluso desesperación.

Por su parte las participantes del estudio de estudio de Lourdes (44), además de la percepción de falta de entrenamiento a la hora de detectar el problema, sintieron, en ocasiones, falta de apoyo. No se sentían empoderadas para intervenir en estas situaciones, y demandaban una mayor formación académica y un entrenamiento centrados en este tema.

Por último, Marchetti et al (45) recogieron experiencias de enfermeras especializadas en abuso sexual, las cuales identificaron como potencial obstáculo frente al abordaje de estos casos el daño emocional que suponía para ellas ejercer el cuidado de pacientes tan jóvenes en estas situaciones, así como de sus familias. Además, muchas de ellas mencionaron que a la hora de afrontar este problema como profesionales estaban influenciadas por sus vidas personales, de forma que las enfermeras que tenían cerca niños en el ámbito privado, no podían evitar imaginar el sufrimiento que estos casos producirían en ellos.

## DISCUSIÓN

---

Para comenzar, cabe destacar la disparidad de contextos en los que los estudios revisados fueron llevados a cabo, analizando la experiencia de enfermeras en diferentes niveles de atención y en distintos países. Cabe señalar, además, que las investigaciones realizadas difieren en los objetivos planteados y, por tanto, en los enfoques metodológicos empleados. Todos estos aspectos dificultan el ejercicio de comparar resultados. Asimismo, es necesario destacar que no se ha encontrado ningún artículo que responda a los objetivos de esta investigación realizado en el contexto español.

En primer lugar, en cuanto a los signos y síntomas detectados en las consultas, una de las habilidades más mencionadas a la hora de detectar este problema es la intuición (32, 33, 43, 45). Asimismo, se evidencia en distintas investigaciones la utilización de herramientas a la hora de detectar el abuso en las consultas, tales como cuestionarios de salud y dibujos (32, 33). A pesar de ello, las profesionales afirman no disponer de una herramienta específica totalmente eficaz que les ayude en la detección, demandando su desarrollo (35).

Un aspecto que tienen en común la mayor parte de los estudios que exploran los signos y síntomas que alertan a los profesionales enfermeros de un posible caso de abuso sexual, es la importancia que dan al comportamiento del niño y de los padres (32, 33, 41, 44). El abuso sexual infantil genera sentimientos de vergüenza y culpa en los niños, y este, muchas veces no es referido por los menores para evitar acusar a su familia, cuando el perpetrador es un miembro de ésta (32, 33).

En cuanto al proceso legal de la denuncia, los resultados afirman la presencia de sentimientos de miedo en los profesionales ante la posibilidad de que la denuncia perjudique al niño, desencadene la ira de los padres y que éstos atenten contra su integridad física (32, 40, 44). Temen, además, acusar erróneamente al supuesto agresor (40, 41, 44). De manera repetitiva se menciona vinculado con el proceso de denuncia la indecisión del profesional y la falta de apoyo percibida, además de sentir que no se tiene un buen nivel de preparación (32, 33, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45). Son minoría los estudios que hablan de la experiencia de los profesionales con los resultados del proceso de denuncia. Cuando esta cuestión es abordada, los enfermeros comentan la sensación de

desesperanza que sienten cuando el proceso judicial no culmina de forma favorable para el menor (32, 43).

Existen ciertas dificultades apuntadas por la mayoría de los profesionales participantes en los estudios. Es el caso, por ejemplo, de desarrollar su trabajo en solitario y sin supervisión. La sensación de falta de apoyo se extiende también a los profesionales que intervienen en la realización de pruebas clínicas a niñas que pueden haber sufrido abusos sexuales (38). Así, las enfermeras solicitan mayor apoyo por parte de profesionales de otras disciplinas para el abordaje de esta problemática, que les ayude en su práctica diaria y les haga sentir menos vulnerables ante cualquier imprevisto (32, 33, 35, 40, 42, 43, 44, 45). Las enfermeras psiquiátricas del estudio de Thamlikitkul et al (37) añaden además la insuficiencia de recursos con la que se deben enfrentar de forma cotidiana.

Otra de las dificultades que emerge en la mayoría de las investigaciones es la falta de conocimiento específico en tratamiento y atención del abuso sexual infantil. Esta carencia percibida de formación afecta a la confianza que tienen en el abordaje de este tipo de situaciones (32, 33, 34, 37, 39, 40, 41, 42, 43, 44). Se recoge en los estudios la demanda de formación especializada en el abuso sexual. En este sentido se considera que las SANEs (Sexual Assault Nurse Examiners), en base a su capacitación específica, son las profesionales enfermeras más adecuadas para la atención a víctimas de abuso sexual (45).

Otro hallazgo común en las investigaciones realizadas tiene que ver con la incomodidad que dicen sentir las enfermeras a la hora de indagar sobre un abuso sexual que se sospecha perpetrado por un familiar. Señalan lo complejo que resulta realizar preguntas en este sentido, ante el temor de que los padres sientan que se invade su intimidad así como la posibilidad de desencadenar en ellos una reacción defensiva e inclusive agresiva (32, 33, 41, 44). En ocasiones este temor lleva a los profesionales a evitar hacer preguntas a los padres acerca del abuso (34). Por tanto, el abuso sexual infantil se considera un tema tabú, generando comportamientos de evitación en los profesionales (32, 33, 42, 45).

En varios de los estudios revisados se enfatiza en que la atención al abuso despierta en los profesionales numerosas emociones. Entre los sentimientos más mencionados en los estudios incluidos, se encuentran el miedo, la falta de confianza en sí mismos y la ansiedad. También aparece la sensación de culpa cuando la atención del abuso no culmina

de forma eficiente, así como frustración cuando a nivel legal no acontece lo considerado como justo (32, 33, 37, 38, 43, 44). En ocasiones, estas emociones constituyen un obstáculo a la hora de atender el abuso. Los profesionales perciben que emociones como la ansiedad o el sentimiento de incapacidad de ofrecer el cuidado apropiado (38, 43, 45), les impide pensar de forma clara y abordar eficazmente el abuso.

Hornor et al (34), añaden que el abuso sexual infantil es específicamente el campo dónde las enfermeras refieren hacer menos prevención. Sólo las enfermeras escolares de Sekhar et al (35) refieren abordar el abuso sexual infantil con mayor facilidad dentro de su área profesional.

En conclusión, a lo largo de las revisiones de los distintos estudios incluidos en este trabajo, se han detectado testimonios comunes en una gran cantidad de artículos, como la sensación de falta de formación de los profesionales de enfermería a la hora de tratar el abuso sexual infantil o la necesidad de mayor apoyo de forma multidisciplinar; pero hay otros aspectos como la percepción de las enfermeras en torno a la gravedad del abuso, que mayoritariamente es tratado por los autores Ko y Koh (36). Esto es importante puesto que la importancia que le otorgan las enfermeras a determinadas situaciones relacionadas con el abuso, va a determinar qué línea de acción tomarán si se da la situación. Otro de los aspectos apenas mencionado en los estudios, es el nivel de conocimiento en términos de educación sexual que tienen los niños para discernir entre aquellos comportamientos anómalos que deben ser revelados. Esto fue mencionado por los autores Sekhar et al (35), dónde las enfermeras daban cuenta de ello y demandaban una mayor educación sexual en los colegios.

## **LIMITACIONES DE LA REVISIÓN NARRATIVA**

---

En primer lugar, cabe señalar que la selección de artículos escritos únicamente en lengua inglesa, española o portuguesa, conduce inevitablemente a la exclusión de trabajos en otras lenguas y, en este sentido, a dejar fuera alguna investigación de interés para el objetivo de este trabajo.

Por otro lado, el hecho de realizar la búsqueda bibliográfica en un número de bases de datos limitada afecta a la recuperación de información no indexada en la misma. En este sentido, la selección de las bases de datos se realizó bajo el criterio de incorporar aquellas que incorporan un mayor número de referencias de calidad en el campo de la enfermería.

Cabe señalar, por último, que el amplio rango de años considerados en esta revisión (2005-2020) se aleja de la recomendación de situar el límite de tiempo de estudios de estas características en los últimos 5 años, con objeto de disponer de la evidencia más actualizada. La decisión de incrementar los años de publicación respondió a la escasez de bibliografía reciente sobre la temática de interés.

## **PROPUESTAS PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA**

---

A partir de la información recogida en la revisión de los artículos seleccionados, se han identificado varias propuestas de mejora para la práctica profesional, basadas en las propias necesidades percibidas por los enfermeros, y teniendo en cuenta la particularidad de cada contexto. Para comenzar, una de las mayores dificultades que estos profesionales advierten cuando se enfrentan a casos de abuso sexual infantil, es la escasa capacidad percibida para gestionar emociones y la falta de apoyo emocional (33, 37, 38, 43, 44, 45). Por tanto, sería muy positivo ofrecer este apoyo emocional a los profesionales a través de, por ejemplo, sesiones en grupo en las que puedan compartir sus experiencias, analizando las emociones que acompañan a éstas. Se podría, así, trabajar en el reconocimiento de sus sentimientos, apoyar el uso de mecanismos de defensa como una forma de gestión emocional y comentar cuáles son las consecuencias de no abordar sentimientos como la culpa o ansiedad que pueden acompañar la atención al abuso sexual infantil.

Por otro lado, los propios profesionales identifican numerosas necesidades formativas. Los enfermeros reconocen que, aunque los programas de formación puedan ser excelentes (45), el entrenamiento y la experiencia son los que realmente hacen perfeccionar el cuidado hacia estos pacientes (32, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 45). Asimismo, señalan tener problemas a la hora de decidir qué camino es el más seguro para el niño, una vez detectado el abuso y cómo garantizar su protección legal. En este sentido, se sugiere la creación de talleres específicos con expertos en bioética y legislación sanitaria, donde participen enfermeras de Atención Primaria, enfermeras que trabajen dentro del ámbito escolar y enfermeras del servicio de urgencias hospitalarias. En estos talleres no sólo se trabajarán conocimientos en el plano ético y legal, sino que se abordarán casos con técnicas de simulación y role-playing. En dichas simulaciones se tratarán situaciones concretas de abuso sexual infantil de la mano de expertos y extraídas de su práctica profesional con el objetivo de ayudar a las enfermeras a incrementar su competencia y confianza en la atención de este problema.

También resulta de vital importancia la implantación de programas de educación sexual por parte de enfermeras en colegios e institutos, que enseñen al niño a diferenciar qué comportamientos constituyen un abuso y cuándo debe buscar ayuda y acudir a una persona de referencia que le pueda ofrecer ayuda (32, 35).

Igualmente, la mayoría de las enfermeras coinciden en la necesidad de un abordaje de abuso sexual infantil desde una perspectiva multidisciplinar (32, 33, 37, 40, 42, 43, 44, 45). Se propone, por tanto, que el tratamiento de esta problemática se realice con un equipo multiprofesional formado por médicos, enfermeras, personal de servicios sociales y expertos en abuso sexual infantil. Para ello, sería interesante de nuevo realizar sesiones teórico-prácticas con todos estos profesionales, en las que se planteen casos concretos y, con técnicas de role-playing, se entrenen habilidades psicoemocionales y de trabajo en equipo. De esta forma, se conseguiría un óptimo funcionamiento del equipo multidisciplinar para el abordaje del problema.

## PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN FUTURA

---

En primer lugar, se sugiere la realización de estudios orientados a explorar las experiencias de los profesionales enfermeros españoles en la atención y abordaje del abuso sexual infantil, ante la escasez de investigaciones detectadas en este contexto.

Se plantea además poner en marcha estudios orientados a medir el nivel de conocimientos y las actitudes de los profesionales enfermeros respecto al abuso sexual infantil. Para ello sería posible hacer uso de la escala EMASID (47) que ha mostrado tener un alto nivel de consistencia y fiabilidad conforme a los resultados obtenidos en su estudio de validación.

Entre otras propuestas de investigación futuras, se propone realizar estudios cuantitativos orientados a explorar los factores que afectan directamente a las actitudes que tienen los profesionales enfermeros ante el abuso sexual.

## CONCLUSIONES

---

La revisión de la literatura referida a la experiencia de las enfermeras ante la atención y detección del abuso sexual infantil permite afirmar que éstas perciben como problemática la detección cuando no existen signos evidentes, en particular referidos a la presencia de lesiones sugestivas del abuso. Identifican ciertos comportamientos en los niños que les ponen en alerta tales como conductas de evitación, sentimientos de culpa y vergüenza, que llevan a esconder el testimonio.

El proceso de denuncia del abuso genera en las enfermeras sentimientos de inseguridad e incertidumbre en términos de coste-beneficio para los menores. Perciben que es un proceso que emprenden en soledad, sin apoyo por parte de gestores u otros profesionales. Además, temen las reacciones que los padres puedan tener con sus hijos, o que las instituciones no crean la confesión de la víctima.

Finalmente, se han identificado como principales dificultades a la hora de detectar y atender el abuso sexual infantil, la sensación de escasa preparación que tiene el colectivo enfermero. Demandan mayor formación y acceder a un mayor número de recursos durante la atención, además de propiciarse un enfoque multidisciplinar.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, se considera necesario un refuerzo en la formación de estas enfermeras a través de, por ejemplo, talleres teórico-prácticos con expertos en bioética y legislación. En relación a futuras investigaciones, se propone explorar las experiencias de las enfermeras en la detección y abuso en el contexto español, además de propiciar el desarrollo de estudios orientados a medir los conocimientos de los profesionales en este campo.



## **AGRADECIMIENTOS**

---

En primer lugar, queremos agradecer a nuestra tutora, Cristina Oter, su esfuerzo y enorme dedicación a la hora de guiarnos en la realización de este trabajo, por sus consejos y por ofrecernos siempre su ayuda, especialmente en la situación adversa que hemos tenido que vivir.

Consideramos necesario mencionar a nuestras compañeras y amigas del grado, que han supuesto un apoyo incondicional durante estos cuatro años. Hemos compartido incontables momentos que nos han hecho crecer juntas como profesionales y especialmente como personas, y nos sentimos profundamente orgullosas de ellas.

Por último, queremos agradecerles a nuestros padres y hermanas su paciencia en los momentos más duros, así como su apoyo y ayuda incondicionales.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Organización Mundial de la Salud. Maltrato a menores [Internet]. [Consultado 13 dic 2019]. Disponible en: <https://cutt.ly/jrcEJgV>
2. Comité sobre los Derechos del Niño. Observación general N°13 (2011) sobre el derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia. 18 abril 2011. CRC/C7GC/13 [consultado 20 ene 2020].
3. Defensor del menor en la Comunidad de Madrid. Obra Social Caja Madrid. Detección y prevención del maltrato infantil desde el centro educativo [Internet]. Madrid. [Consultado 12 dic 2019]. Disponible en: <https://cutt.ly/crcEGId>
4. Save the Children. Ojos que no quieren ver [Internet]. España: Save the Children España; 2017 [consultado 16 dic 2019]. Disponible en: <https://cutt.ly/KrbarDM>
5. Save the Children. Informe sobre el Programa de Prevención y Sensibilización del abuso sexual infantil [Internet]. España: Save the Children España; 1998-2004 [consultado 5 feb 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/wrAfteQ>
6. Marien, B. Abuso sexual infantil como una forma de maltrato. VII Congreso Internacional de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Universidad Nacional de la Plata. [Internet]. 2015 [consultado 23 dic 2019]; 11-14. Disponible en: <https://cutt.ly/drcE8tU>
7. Us. Department of Justice. National Institute of Justice. Youth Victimization: Prevalence and Implications. NIJ [Internet]. 2015 [consultado 12 diciembre 2019]; 11-21. Disponible en: <https://cutt.ly/Rrbqzai>
8. Fundación Edelvives. No te calles, cuéntalo. Abuso Sexual Infantil [Internet]. España; 2018 [consultado 15 ene 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/MrbpUk2>
9. Sawyerr A, Bagley C. Child Sexual Abuse and Adolescent and Adult Adjustment: A Review of British and World Evidence, with Implications for Social Work, and Mental Health and School Counselling. Advances in Applied Sociology [Internet]. 2017 [consultado 22 dic 2019]; 7(1):1-15. Disponible en: <https://cutt.ly/5rbas5l>
10. Observatorio de la Infancia. Boletín número 21 de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia [Internet]. 2018 [consultado 6 feb 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/nrA0adn>

11. Pereda N. ¿Uno de cada cinco? Victimización sexual infantil en España. Papeles del Psicólogo [Internet]. 2016 [consultado 16 dic 2019]; 37(2): 126-133. Disponible en: <https://cutt.ly/lr5n0PQ>
12. Instituto Nacional de Estadística. Estadística de condenados: adultos/estadística de condenados: menores. Año 2018. [Internet]. 2019 [consultado 5 feb 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/OrAd3AY>
13. Cantón Cortés D, Justicia Justicia F. Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. Psicothema [Internet]. 2008 [consultado 27 dic 2019]; 20(4): 509-515. Disponible en: <https://cutt.ly/Orbasij>
14. Intebi IV. Estrategias y modalidades de intervención en abuso sexual infantil intrafamiliar. Santander. Instituto Cántabro de Servicios Sociales; 2012. Disponible en: <https://cutt.ly/Ar5n1uh>
15. Sabella D. Mental Health Matters. Revisiting Child Sexual Abuse and Survivor Issues. The American Journal of Nursing [Internet]. 2016 [consultado 23 feb 2020]; 116(3): 48-54. Disponible en: <https://cutt.ly/ur5nV0N>
16. Cruise TK. Identifying and Reporting Child Maltreatment. Principal Leadership [Internet]. 2010 [consultado 26 feb 2020]; 11(1): 12-16. Disponible en: <https://cutt.ly/Vr5nCGk>
17. Pereda Beltran N. Actualización de las consecuencias físicas del abuso sexual infantil. Revista Pediatría de Atención Primaria [Internet]. 2010 [consultado 3 feb 2020]; XII (46): 273-285. Disponible en: <https://cutt.ly/cr5nMsY>
18. Rodríguez López Y. Consecuencias psicológicas del abuso sexual infantil. Eureka [Internet]. 2012 [consultado 12 enero 2020]; 9(1): 58-68. Disponible en: <https://cutt.ly/Drbqu2t>
19. M.Dolan C. Responding to child sexual abuse disclosure. The Nurse Practitioner [Internet]. 2017 [consultado 6 dic 2019]; 42(12): 18-23. Disponible en: <https://cutt.ly/urc0ipm>
20. García Piña CA, Loredó Abdalá A, Gómez Jiménez M. Guía para la atención del abuso sexual infantil. Acta Pediátrica Mex. [Internet]. 2009 [consultado 16 dic 2019]. 30(2): 94-103. Disponible en: <https://cutt.ly/IrbJcAo>
21. AEPap: Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria [Internet]. España: Exlibris; 2009 [consultado 14 ene 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/jrbo0e2>

22. Campaña del Consejo de Europa contra la violencia sexual sobre niños, niñas y adolescentes [Internet]. España; 2019 [consultado 13 ene 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/crbpqpB>
23. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (II PENIA) [Internet]. España; 2013 [consultado 17 ene 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/7rbptqt>
24. Comunidad de Madrid. Consejería de Políticas Sociales, Familias, Igualdad y Natalidad. Plan de Infancia y Adolescencia de la Comunidad de Madrid [Internet]. Noviembre 2017. Madrid: BOCM; [consultado 17 ene 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/8rc1O3Q>
25. Comunidad de Madrid. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales. Atención al Abuso Sexual Infantil [Internet]. 12/00. Madrid; BOCM [consultado 17 ene 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/Lrc1KAA>
26. Comunidad de Madrid. Protocolo de Actuación en Abusos Sexuales y otros Malos Tratos a la Infancia [Internet]. Madrid: Gema Maestre; 2013 [consultado 17 ene 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/7rc1NtG>
27. Observaciones no publicadas. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Procedimiento de actuación ante abusos sexuales infantiles. 2019 [consultado 12 mar 2020].
28. Servicio Madrileño de Salud. Dirección General de Atención Primaria. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de Madrid [Internet]. Madrid; Julio 2014 [consultado 31 ene 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/xr5Q0kb>
29. SaludMadrid. Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Atención a la salud infantil en los centros de atención primaria de la comunidad de madrid [Internet]. Madrid; 2018 [consultado 7 feb 2020].
30. The Journal of School Nursing. School-Based Childhood Sexual Abuse Prevention Programs: An Integrative Review [Internet]. 2014 [consultado 7 feb 2020]; 31(3): 167-182. Disponible en <https://cutt.ly/er5n8wL>
31. Keane C, Chapman R. Evaluating nurses' knowledge and skills in the detection of child abuse in the Emergency Department. International Emergency Nursing [Internet]. 2008 [consultado 23 feb 2020]; 16(1): 5-13. Disponible en <https://cutt.ly/Jr5n4B8>

32. Engh Kraft L, Eriksson U. The school nurse's ability to detect and support abused children: a trust-creating process. *The Journal of School Nursing* [Internet]. 2015 [consultado 22 mar 2020]; 31(5): 353-362.
33. Engh Kraft L, Eriksson U. School nurses avoid addressing child sexual abuse. *The Journal of School Nursing* [Internet]. 2017 [consultado 22 mar 2020]; 33(2): 133-142.
34. Hornor G (et al). Child maltreatment screening and anticipatory guidance: a description of pediatric nurse practitioner practice behaviors. *Journal of Pediatric Health Care* [Internet]. 2017 [consultado 6 abr 2020]; 31(6): 35-44.
35. Sekhar DL (et al). Opportunities and challenges in screening for childhood sexual abuse. *Child abuse and neglect, the International Journal* [Internet]. 2018 [consultado 6 abr 2020]; 156-163.
36. Ko C, Koh C. The influence of abuse situation and respondent background characteristics on Korean nurses' perceptions of child sexual abuse: a fractional factorial design. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2007 [consultado 23 mar 2020]; 1165 - 1176.
37. Tramlikitkul S, Yunibhand J, Chaiyawat W. Remolding child: process of nursing practice for sexually abused children. *Journal of the Medical Association of Thailand* [Internet]. 2009 [consultado 23 mar 2020]; 92(6): 787-805.
38. Walker J, Allan HT. Cervical screening and the aftermath of childhood sexual abuse: are clinical staff trained to recognise and manage the effect this has on their patients? *Journal of Clinical Nursing* [Internet]. 2013 [consultado 23 mar 2020]; 23: 1857-1865.
39. Fraser JA, Mathews B, Walsh K, Chen L, Dunne M. Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses: a multivariate analysis. *International Journal of Nursing Studies* [Internet]. 2009 [consultado 25 mar 2020]; 47: 146-153.
40. Tiyyagura G, Gawel M, Koziel JR, Asnes A, Bechtel K. Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments. *Annals of emergency medicine* [Internet]. 2015 [consultado 6 abr 2020]; 66(5): 447-454.
41. Eichbass SS, Driessnack M. Am I sure I want to go down this road? Hesitations in the reporting of child maltreatment by nurses. *Journal for specialists in pediatric nursing* [Internet]. 2010 [consultado 6 abr 2020]; 317-323.

42. Ceccuci J. Evaluating Nurse Practitioners perceived knowledge, competence, and comfort level in caring for the sexually abused child. *Journal of Forensic Nursing* [Internet]. 2018 [consultado 26 mar 2020]; 14(1): 42-49.
43. Amorim de Ávila J, Netto de Oliveira AM, Arruda da Silva P. Conhecimento dos Enfermeiros frente ao abuso sexual. *Avances en Enfermería* [Internet]. 2012 [consultado 27 mar 2020]; 30(2): 47-55.
44. de Lourdes Galindo NA, Gomes Gonçalves CF, Galindo Neto NM, Cavalcanti dos Santos S, Cavalcanti de Santana CS, Silva Alexandre AC. Child and youth violence under the perspective of nursing. *Journal of Nursing UFPE* [Internet]. 2017 [consultado 27 mar 2020]; 11(3): 1420-1429.
45. Marchetti CA, Collins Fantasia H, Molchan L. Attitudes of adult/adolescent sexual assault nurse examiners and caring for younger patients. *JEN: Journal of Emergency Nursing* [Internet]. 2014 [consultado 27 mar 2020]; 40(1): 39-45.
46. Antequera Jurado, R. Evaluación psicológica del maltrato en la infancia. *Cuadernos de medicina forense* [Internet]. 2006 [consultado 2 abr 2020]; 12(43-44): 129-148. Disponible en: <https://cutt.ly/itU27AS>
47. Polo Noriega AM. Diseño y validación piloto de la Escala Multidimensional de Abuso Sexual Infantil para Docentes (EMASID). Universidad de la Costa CUC [internet]. 2017 [consultado 22 abril 2020]. Disponible en: <https://cutt.ly/0yr2JiL>

## ANEXOS

---

### [Anexo I]

19. Los Estados Parte adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.

34. Los Estados Parte se comprometen a proteger al niño contra todas las formas de explotación y abusos sexuales. Con este fin, los Estados Parte tomarán en particular, todas las medidas de carácter nacional, bilateral y multilateral que sean necesarias para impedir:

a. La incitación o la coacción para que un niño se dedique a cualquier actividad ilegal

39. Los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física, psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de cualquier forma de abandono, explotación o abuso, tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.

### [Anexo II]

44. Los menores que sufran malos tratos físicos o psíquicos, en el seno de su familia, institución o entorno, recibirán protección especial de carácter sanitario, asistencial y cautelar urgente según requiera cada caso específico, corresponsabilizándose para ello las Administraciones públicas de la Comunidad de Madrid implicadas.

### [Anexo III]

Procedimiento de actuación ante abusos sexuales infantiles. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.

