



Facultade de Enfermaría e Podoloxía
UNIVERSIDADE DA CORUÑA

GRADO EN ENFERMARÍA

Curso académico 2014/2015

TRABAJO DE FIN DE GRADO

**Protocolo de actuación de Enfermería ante el
Maltrato Infantil. Revisión Bibliográfica.**

Aitor González Menéndez

Ferrol, 18 de Junio de 2014

Trabajo de Fin de Grado tutorizado por:

María Ángeles, Rodeño Abelleira.

María Dolores, De la Cruz Fernández.

ÍNDICE

1. Resumen	5 - 6
2. Introducción	6 - 7
2.1 Definición maltrato	7
2.2 Tipos de maltrato	8 - 10
2.3 Teoría de las necesidades	10 - 12
2.4 Marco Legal	12 - 15
3. Formulación de la pregunta	15
4. Metodología	15 - 16
4.1 Búsqueda en PubMed	16
4.2 Búsqueda en Dialnet	16
4.3 Búsqueda en Scielo	17
4.4 Búsqueda en Enfispo	17
4.5 Otras Búsquedas	17
5. Resultados	18
5.1 Resumen del artículo de Aragao S. de 2013	18 - 19
5.2 Resumen del artículo de Gimenez J. de 2007	19 - 21
5.3 Resumen del artículo de Soriano Faura F.J. de 2009	21 - 23
5.4 Resumen del artículo de Ciuffo LL. de 2014	23
5.5 Resumen del artículo de Pérez MT de 1997	23 – 28
5.6 Resumen del artículo de Antequera Jurado R. de 2006	28 - 34
5.7 Resumen del artículo de Alonso-Marsden S. de 2013	34 - 35

5.8 Resumen del artículo de Gómez I. de 2006	35 - 37
5.9 Resumen del artículo Gutiérrez M.P. de 2000	37 - 39
6. Conclusión	39 - 41
7. Bibliografía	42 - 43
8. Anexos	43 - 45

1- RESUMEN

El maltrato infantil es un problema que está teniendo un incremento preocupante en los últimos años. La mayor parte de estos casos se dan en personas de clase social baja, desempleo, alcoholismo... Y con el aumento de estas situaciones en nuestro país se ha producido un mayor número de casos. Aunque también cabe destacar que el maltrato infantil se encuentra en toda clase social. Ante este aumento se ha producido una necesidad de mejorar los mecanismos de coordinación interinstitucional en la prevención y la atención, lo cual ayude a una mejor formación y coordinación de los profesionales para lograr una detección precoz, una mejoría de la situación del niño y un descenso en el número de casos.

El personal de enfermería tiene un papel fundamental en la prevención y detección precoz de los casos, pero diversos estudios demuestran el desconocimiento del personal enfermero respecto a su función en este tema, por eso nos planteamos la siguiente pregunta en este trabajo. ¿Cuál es la función de enfermería ante el maltrato infantil? Es por ello que se lleva a cabo una revisión bibliográfica consultando las principales bases de datos, en el ámbito de la salud. A lo largo de la revisión han sido seleccionados, un total de 9 artículos por ser aquellos que se adapten a los criterios de inclusión que se exponen en el trabajo.

Esta revisión nos ha dejado claro que el trabajo de la enfermería es una parte muy importante para la reducción de casos de maltrato infantil, siempre trabajando coordinados con distintos profesionales dentro del personal sanitario como son: pediatras, psiquiatras, radiólogos o trabajadores sociales. A su vez este personal sanitario debe coordinarse con otros 4 estamentos claves para la reducción de casos de maltrato infantil como son el Educativo, Policial, Social y Judicial.

Los enfermeros por su parte colaboran en este proceso recaudando la máxima información a través de distintas técnicas para la detección

precoz de casos, y para el bienestar y la recuperación de aquellos que lo han padecido.

2- INTRODUCCIÓN

El maltrato al niño no es un problema reciente, ya que, por desgracia, se ha dado desde que existe la humanidad, pero es cierto que sólo hasta hace pocas décadas los profesionales y la sociedad se han preocupado del problema, llegándose a esta toma de conciencia social tras producirse cambios culturales y de sensibilidad. ^(1,2)

En el siglo XX nace la primera Declaración de los Derechos del Niño, consecuencia directa de los efectos que la Primera Guerra Mundial provoca en la infancia y representa el momento en el que definitivamente se toma conciencia de la responsabilidad de la sociedad y el Estado en asegurar el futuro de los menores. Fue creada por: La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) la cual aportó una nueva visión de los niños como sujetos de derechos, que antes no existía. Los derechos de la infancia se basan en cuatro principios fundamentales:

- La no discriminación: todos los niños tienen los mismos derechos.
- El interés superior del niño: cualquier decisión, ley, o política que pueda afectar a la infancia tiene que tener en cuenta qué es lo mejor para el niño.
- El derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo: todos los niños y niñas tienen derecho a vivir y a tener un desarrollo adecuado.
- La participación: los menores de edad tienen derecho a ser consultados sobre las situaciones que les afecten y a que sus opiniones sean tenidas en cuenta.

Aunque todavía quedan muchos retos pendientes en lo que a cumplimiento de derechos se refiere, en los casi 25 años transcurridos desde que se aprobó la CDN (1989) se han logrado logros importantes en diferentes ámbitos. Como por ejemplo en la escuela donde la Convención compromete a los gobiernos a impartir educación obligatoria y gratuita a todos los niños, al menos en la enseñanza primaria.

En España, en 1990, se amplió la edad de escolarización obligatoria hasta los 16 años y, más recientemente, se ha extendido la educación gratuita a los niños de entre 3 y 6 años.

También otro logro importante se produce a nivel social, en el caso de que las familias no sean capaces de cuidar y proteger a sus hijos, o que no dispongan de los medios para hacerlo, los gobiernos tendrán la responsabilidad de ayudarlas o de ocuparse de los niños buscándoles una familia de adopción o acogimiento, o una institución adecuada. En España, la Ley de Protección Jurídica del Menor de 1996 establece los procedimientos para que estos procesos se hagan siempre teniendo en cuenta, en primer lugar, el interés del niño o niña que va a ser acogido o adoptado. ^(1,2)

2.1 Definición maltrato infantil

En la actualidad la OMS, define maltrato infantil, como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil. ⁽³⁾

2.2. Tipos de maltrato

Se identifican cinco tipos de maltrato divididos en dos grupos, por acción (maltrato físico, maltrato emocional y abuso sexual) y por omisión (negligencia y abandono emocional) ^(4,5)

1. Maltrato físico: Cualquier acción no accidental por parte de los padres que provoque daño físico o enfermedad en los niños/as o les coloque en grave riesgo de padecerlo

2. Maltrato emocional: Acción capaz de originar cuadros psicológicos-psiquiátricos por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño/a

3. Abuso sexual: Contacto o interacción entre un niño/a y un adulto en la que son utilizados para la obtención de estimulación sexual por parte del adulto. El abuso sexual también puede ser llevado a cabo por menores de 18 años cuando estos son significativamente mayores que la víctima o están en una situación de poder o control sobre la misma.

4. Negligencia: Aquella situación en la que las necesidades físicas de los niños/as no son atendidas temporal o permanentemente por parte de las personas responsables de su cuidado

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

Existen otros tipos de situaciones que comparten estas características pero que no se ajustan de manera estricta a ellas estos son: ^(4,5)

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

protección porque no tienen padres, tutores o guardadores o estos han renunciado a cumplir con sus deberes de manera literal. ^(4,5)

2.3 Teoría de las necesidades

Todos los niños tienen unas necesidades comunes, por ello se ha formulado la teoría de las necesidades de la infancia, la cual facilita una visión global de la situación del niño/a y puede ayudarnos a determinar si un caso que implique a un menor requiere de intervención o no. Estas necesidades se pueden desglosar en cinco puntos básicos: ⁽⁶⁾

1- Físicas: a) Alimentación

b) Temperatura

c) Higiene

d) Salud

e) Sueño

f) Actividad física: ejercicio y juego

2- Seguridad: a) Evitar condiciones del entorno que pueden suponer un riesgo para la integridad física del niño, niña o adolescente.

b) Protección ante otras personas adultas o menores de edad que le hacen o pueden hacerle daño.

c) Establecer relaciones de confianza y seguridad con adultos.

d) Protección ante el daño que el niño, niña o adolescente puede hacerse a sí mismo

- 3- Necesidades emocionales: a) Disposición de relaciones seguras, estables y afectivas con personas adultas significativas
- b) Sensibilidad y responsabilidad a las necesidades del niño, niña o adolescente
- c) Contacto físico apropiado
- d) Recepción de afecto y refuerzo positivo
- e) Continuidad en las relaciones con familiares y otras personas adultas significativas d) Participación y autonomía progresivas
- e) Respeto al proceso de desarrollo psicosexual
- f) Protección de riesgos imaginarios
- g) Disposición de ayuda para la resolución de problemas o síntomas de malestar emocional
- 4- Sociales: a) Disposición de orientación y límites a la conducta
- b) Aprendizaje de control de las emociones y conductas apropiadas para la participación social y el establecimiento de relaciones adecuadas con otras personas
- c) Red de relaciones sociales
- d) Interacción lúdica
- 5- Cognitivas: a) Estimulación sensorial: Disposición de experiencias de exploración y aprendizaje.
- b) Adquisición de conocimientos y habilidades a través de un proceso formativo organizado (escuela u otro homologado)
- c) Exploración física y social

d) Comprensión de la realidad física y social

2.4 Marco Legal:

El Marco Legal rige diversas normas a cumplir las cuales se explican a continuación divididas en los diversos niveles: Internacional, estatal, sanitario y profesional ⁽⁷⁾

• A nivel internacional:

- El marco de obligada referencia es la Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas de 1989 que en su artículo 19 establece que:

1. “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas, apropiadas para proteger al niño contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos La práctica de la enfermería ante el maltrato infantil, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”.

2. “Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales, con objeto de proporcionar la asistencia sanitaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial”.

- La Carta Europea de Derechos del Niño, Resolución A3-0172/92 del Parlamento Europeo, establece en su apartado 8.19 que:

“Los Estados miembros deberán otorgar una protección especial a los niños víctimas de tortura, malos tratos, sevicias o explotación por parte de

los miembros de su familia o las personas encargadas de su cuidado. Además de ello los Estados miembros deberán asegurar a estos niños la continuación de su educación y el tratamiento adecuado para su reinserción social”.

• **A nivel estatal:**

- La Constitución española menciona de forma explícita la protección a la infancia en su artículo 39, apartados 3 y 4: ⁽⁷⁾

3. “Los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil”.

4. “Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”.

- La Ley 21/87 de 11 de noviembre por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal supuso la introducción de un marco normativo moderno de protección a la infancia: desjudicialización de la práctica de la enfermería ante el maltrato infantil. La protección al menor, primacía del interés superior del niño, integración preferente del niño en núcleos familiares creando la forma del acogimiento familiar, responsabilidad de las respectivas Comunidades Autónomas, programas de apoyo a las familias, etc.

- La reciente Ley Orgánica 1/1996 de protección jurídica del menor y de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal constituye un amplio marco jurídico de protección a la infancia que en el artículo 13 trata sobre la obligación de la denuncia y de mantener la confidencialidad:

1. “Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo

de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise”.

3. “Las autoridades y las personas que por su profesión o función conozcan el caso actuarán con la debida reserva. En las actuaciones se evitará toda interferencia innecesaria en la vida del menor”.

• ***A nivel sanitario***

- La Organización Mundial de la Salud ha considerado en diversas ocasiones el maltrato infantil y recientemente a promovido un estudio sobre el maltrato físico.

- La Ley General de Sanidad, Ley 14/1986 de 25 de abril en su artículo 8.1 reconoce, en general, la importancia del conocimiento epidemiológico de los problemas que tienen implicaciones en salud, entre los que podríamos considerar el maltrato infantil:

“Se considera actividad fundamental del sistema sanitario la realización de estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica”.⁽⁷⁾

• ***A nivel profesional***

Los profesionales también están obligados a intervenir en los casos de maltrato infantil a través de los correspondientes códigos deontológicos aprobados por sus correspondientes colegios profesionales.

- El Código de Deontología y Ética Médica en su artículo 30.2 establece:

“El médico que conociere que cualquier persona y más aún si es menor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos

tratos, deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad correspondiente”.

- Así mismo, el Código Deontológico de la Enfermería Española en su Capítulo VII artículo 39 establece que:

“La enfermera denunciará y protegerá a los niños de cualquier forma de abusos y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento” ⁽⁷⁾

3- FORMULACIÓN DE LA PREGUNTA

El maltrato infantil es un problema que está teniendo un problema preocupante en los últimos años. Ante este aumento se ha producido una necesidad de mejora tanto en la prevención como en la atención, a través de una mejor formación y coordinación de los profesionales para lograr una detección precoz, una mejoría en la situación del niño y un descenso del número de casos. Pero hay mucho desconocimiento acerca de cuál es el papel de la enfermería ante este tipo de casos. Por eso la pregunta que me planteo es la siguiente:

- ¿Cuál es el trabajo de enfermería ante el maltrato infantil?

4- METODOLOGÍA

Con el objetivo de ser capaz a contestar a esta pregunta, he realizado una revisión bibliográfica en las principales bases de datos.

A continuación se muestra la estrategia de búsqueda en las diferentes bases de datos, realizada en los meses de febrero y marzo de 2015.

Base de Datos	Palabras Clave	Artículos Encontrados
Pubmed	Child abuse AND nurse	46
Dialnet	Indicadores maltrato infantil	30
Scielo	Child Abuse	19
Enfispo	Maltrato and Infantil	6

4.1 Búsqueda en PubMed

Se han introducido los siguientes límites: Idioma (Inglés o Castellano), Últimos 5 años.

De los 46 hemos elegido 3:

- Primary care nurses' approach to cases of violence against children, de Aragao S.
- Interdisciplinary action of nurses to children with suspected sexual abuse de Ciuffo LL.
- Family Risk as a Predictor of Initial Engagement and Follow-Through in a Universal Nurse Home Visiting Program to Prevent Child Maltreatment, de Alonso-Marsden S.

4.2 Búsqueda en Dialnet

De los 30 tan solo hemos elegido 1:

- El niño Maltratado de Pérez MT.

4.3 Búsqueda en Scielo

De los 19 he elegido 4:

- Secuelas neurológicas del maltrato infantil, de Giménez J.
- Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria, de Soriano Faura F.J.
- Evaluación Psicológica del maltrato en la infancia, de Antequera Jurado R.
- Diagnóstico por la imagen de los malos tratos infantiles, de Gómez I.

4.4 Búsqueda en Enfispo

Tan solo he escogido 1:

- Reconocimiento del maltrato infantil en el ámbito médico: actuación prejudicial en atención primaria, de Gutiérrez M.P.

4.5 Otras búsquedas

Además de las bases de datos, mencionadas anteriormente he buscado en otras como son: Scopus, Cochrane Library, Embase, Cinahl... en todas ellas he encontrado artículos muy interesantes que me han ayudado mucho a conocer más sobre el tema, pero creo que no se adaptaban a lo que yo buscaba para la realización de este trabajo por ello la revisión se realizará sobre los 9 artículos de las bases de datos mencionadas anteriormente.

5. RESULTADOS

5.1 Resumen del artículo de Aragao S. de 2013 ⁽⁸⁾

Este artículo nos muestra el desconocimiento que hay dentro del personal de enfermería respecto a que el trabajo enfermero es esencial contra la lucha frente al maltrato infantil. Como consecuencia de ello es importante instruir al personal y motivarlo para disminuir el impacto de este fenómeno.

Es un estudio se realiza mediante la entrevista directa a 8 enfermeros, todos ellos con una experiencia media-larga en enfermería, 7 mujeres y un hombre la edad media es de 36 años. La recogida de información se basó en entrevistas semi-estructuradas.

Los resultados muestran que en general, la violencia contra los niños y adolescentes no se reconoce como un problema a ser resuelto por la enfermería. Los entrevistados asocian en varias ocasiones el problema como la responsabilidad de otros profesionales en el equipo o fuera de ella. No hay ninguna mención de discutir los casos con los otros miembros del Equipo de Salud; no hay ninguna mención de una sola acción compartida con otras personas públicas o privadas, o incluso otros sectores. Las cuentas muestran que las acciones de los sujetos se limitan a las notificaciones y / o remitir los casos a los médicos, psicólogos o trabajadores sociales. Con frases del tipo “Voy directamente a la persona que puede solucionar el tema“, pero en ningún momento hablan de una detección precoz de casos, sino de poner en manos de otro profesional evidencias de maltrato infantil. Otro de los entrevistados refiere que ante un posible caso se remitiría a la trabajadora social para que le diga que hacer. Respecto a las denuncias las entienden como algo que puede poner en peligro las relaciones que se establecen entre los profesionales de la salud y de la comunidad, ya que genera miedo, y esto es uno de los motivos por lo que muchos profesionales no denuncian posibles casos de maltrato infantil.

Este desconocimiento es una de las explicaciones para el fracaso de la enfermería para identificar el problema de la violencia contra los niños, niñas y adolescentes, la visión de su trabajo tiene que ver con el hecho de la profesional de la enfermera se basa firmemente en el modelo biomédico, con componentes anatomo-fisio-patológico que estructuran su manera de actuar.

5.2 Resumen del artículo de Gimenez J. de 2007. ⁽⁹⁾

Este artículo me parece muy interesante debido a que un enfermero para estar bien formado y saber la magnitud del problema del maltrato infantil debe saber cuáles son las consecuencias de este fenómeno. Y en esta revisión bibliográfica se describen de una manera muy interesante tanto estas secuelas como su posterior rehabilitación.

Existe una alta mortalidad, alcanzando hasta 15 niños por cada 10.000 maltratados. Se calcula que en Estados Unidos existen 1,6 muertes infantiles por cada 100.000 niños de la población general. La morbimortalidad ha ido aumentando con los años, pero presumiblemente por una mejor detección y registro, no realmente porque ahora tenga peores consecuencias que antes. También existe una alta morbilidad. Se calcula que más del 10% de los niños con retraso mental y parálisis cerebral son debido al maltrato. El tipo de maltrato que más secuelas neurológicas produce es el maltrato físico. Dos tercios de los niños menores de 3 años maltratados físicamente sufren lesiones cerebrales. Además, el abandono puede ocasionar desnutrición grave, que sobre todo en los primeros 6 meses de vida se asocia a secuelas neurológicas permanentes, potenciando las posibles lesiones de un maltrato físico.

Las consecuencias del maltrato infantil no sólo se explican por las lesiones macroscópicas producidas en el sistema nervioso central. Existen trabajos que proponen que el trauma emocional del maltrato también altera la bioquímica cerebral. Así estos niños pueden tener

alteraciones en las hormonas, como el cortisol o la norepinefrina, o bien puede estar alterado el número de sus receptores intracelulares. Se crea entonces un estado de "hiperexcitabilidad" permanente, que les condiciona un estrés crónico. Esto puede alterar la respuesta a futuros estímulos estresantes, ya sea por exceso o por defecto. Se han encontrado cambios en las conexiones fronto-límbicas y alteraciones en los núcleos adrenérgicos del troncoencéfalo, incluyendo el "locus ceruleus" y los "núcleos del rafe". Cuando un niño nace, su cerebro no está desarrollado y todas sus áreas no funcionan de una forma completa. Durante el crecimiento, el cerebro se desarrolla y madura. Es durante estos primeros momentos cuando el cerebro es más sensible y receptivo al exterior. Si el niño vive experiencias positivas, el cerebro se desarrolla sano y adquiere sus capacidades. Sin embargo, si existe una interrupción de los estímulos positivos o si, peor aún, nunca han existido, puede afectar profundamente al desarrollo funcional del cerebro del niño, con consecuencias irreversibles. Debido a esto, los niños menores de 5 años de edad son más vulnerables y presentan mayores secuelas a causa del maltrato.

Las secuelas neurológicas más importantes por daño craneal o cerebral son: secuelas motoras, visuales, del lenguaje o del aprendizaje y retraso mental o alteraciones de memoria.

También pueden producirse secuelas neurológicas por daños medular o espinal, pero son relativamente menos frecuentes. Cuya parte principalmente afectada es la columna vertebral (a nivel cervical).

La rehabilitación es esencial, y debe iniciarse muy precozmente. En muchas ocasiones las secuelas permanentes dependerán de la demora o la falta del tratamiento rehabilitador. Los objetivos del tratamiento del traumatismo craneoencefálico pediátrico son muy claros, e incluyen asistencia inmediata y en el hospital, rehabilitación y educación de las habilidades perdidas y programas de reinserción en la comunidad, en el

ambiente previo. En la mayoría de las ocasiones éste es un proceso muy lento. Para la rehabilitación de secuelas motoras se utilizan las mismas técnicas que en otros pacientes, cinesiterapia lo más precoz posible, primero pasiva, activa-asistida y finalmente activa. Se utilizarán prótesis y ortesis cuando sean necesarias. En casos de espasticidad es preciso la utilización precoz de fármacos o incluso tratamientos quirúrgicos disponibles, para obtener la mejor recuperación motora posible.

En lactantes es fundamental la estimulación continua y progresiva. A ello ha de acompañarse un gran refuerzo emocional, ya que es fundamental para el desarrollo neuronal. Entrando ya en la función cognitiva, estudios recientes sugieren que la recuperación de habilidades de cálculo, lectura y escritura es máxima en los 6 primeros meses, siendo muy pobre posteriormente. Estos niños suele estar muy irritables y tener muy baja autoestima en los primeros momentos. Hay que potenciar sus habilidades enseñando estrategias nuevas que ayuden al niño a superar los déficits y posibles dificultades que puedan encontrar. Este paso es fundamental, y ayudará también a la recuperación emocional, haciendo que los niños sean autosuficientes y potenciando su reintegración escolar y social. Muchos niños necesitarán programas de educación especial. Para todo ello existe un gran armamento, incluyendo programas asistidos por ordenador.

5.3 Resumen del artículo de Soriano Faura F.J. de 2009. ⁽¹⁰⁾

He elegido este artículo porque en primer lugar nos da datos de cuáles son las edades en las que se producen más casos de maltrato infantil y cuáles son los tipos de maltratos que más se dan. Y este artículo también nos contesta de forma concreta a preguntas muy interesantes que se hacen los enfermeros respecto a este problema.

La incidencia de maltrato en el ámbito familiar entre 2001 y 2005 ha aumentado en un 146,2% y por tramos de edad, el grupo donde la

incidencia de maltrato es mayor es el de los menores de 13 años. (Anexo 1)

Respecto a los tipos de maltrato que se dan en mayor número, la negligencia es el tipo de maltrato más frecuente, representa el 86,4% del total de los maltratos, seguido del abuso emocional y posteriormente del maltrato físico. Los casos de abuso sexual sólo representan el 3,6% de todos los casos informados de maltrato. (Anexo 2)

Por otro lado nos compara la prevalencia de los casos informados por las principales agencias de Canadá, Australia, Reino Unido y EE. UU. y casos confirmados después de la investigación de los mismos. En Australia, Canadá y EE. UU. Se sospechan aproximadamente 5 veces más casos de los que finalmente son confirmados. La incidencia de estos 3 países es sustancialmente más alta que en Reino Unido y España, esto es probablemente debido a los sistemas de detección e información del maltrato y los programas de prevención y protección al menor de cada uno de estos países. (Anexo 3)

Independientemente de las secuelas físicas que desencadena directamente la agresión producida por el abuso físico o sexual, todos los subtipos de maltrato dan lugar a diversos trastornos; las consecuencias más comunes se muestran en (Anexo 4)

Una de las preguntas a la que nos contesta este artículo y me parece interesante mencionar, después de realizar uno de los resúmenes de este trabajo en el que se proponía un método de visitas a domicilios como ayuda a la detección precoz de casos de maltrato infantil es: ¿Cuál es el tamaño del efecto de la visita a domicilio sobre la prevención del abuso infantil? En la revisión realizada por la TFCPS (Task Force on Community Preventive Services) se estima que como media se espera una reducción del 40% en la incidencia del abuso en el grupo que recibe programas de visita a domicilio frente al grupo control, a corto plazo y a largo plazo, 15 años después. Efectos a largo plazo publicados: reducción de conductas

criminales de la madre; disminución del uso de las ayudas sociales; y disminución del abuso de drogas y alcohol en la madre.

5.4 Resumen del artículo de Ciuffo LL. de 2014 ⁽¹¹⁾

Este artículo nos muestra la importancia del trabajo interdisciplinar que debe existir para una mejora en la detección de casos de maltrato infantil y ayudar a la hacer frente a este problema que está incrementando de forma preocupante en los últimos años. El trabajo enfermero tiene un papel muy importante, pero por si solo resulta imposible sufragar la magnitud de este problema.

Cuando las enfermeras buscan alianzas con otras disciplinas, su campo de visión se amplía a medida que adquiere acceso a nuevos conocimientos que pueden ser agregados por cualquier otro grupo de profesionales de diversos orígenes. Una buena comunicación entre los profesionales añade nuevas perspectivas y construye el conocimiento. Como ejemplo de esto beneficio del trabajo interdisciplinar, puede ser los conocimientos que puede aportar una trabajadora social respecto a cuál es la situación de esa familia, lo cual es un dato muy a tener en cuenta. Un Psicólogo nos puede dar información muy útil respecto a los trastornos que pueden padecer tanto los progenitores como el niño/a. El trabajo con el médico puede ayudarnos en el examen físico del niño.

Estas alianzas entre personal sanitario son una parte fundamental para la ayuda en la detección de casos de maltrato infantil, pero además del personal sanitario hay otros cuatro ámbitos que deben coordinarse para poder poco a poco ir reduciendo este problema, estos cuatro ámbitos son el educativo, policial, social y judicial.

5.5 Resumen del artículo de Pérez MT. De 1997. ⁽⁵⁾

En este artículo exponen el problema del maltrato infantil, y las dificultades de detectarlo por el personal sanitario. Bajo las estimaciones

más optimistas se cree que solo se detectan un 15% de los casos, por ello en este artículo nos muestran una descripción de los distintos tipos de maltrato infantil junto a los indicadores más comunes que se dan en este tipo de niños maltratados. Lo cual pueda ayudar al personal sanitario a diferenciar entre una lesión accidental o unos malos tratos. Fijándonos tanto en la actitud del niño, la actitud del agresor y los signos y síntomas que presenta el niño. A continuación expongo dichos indicadores.

a) Indicadores Maltrato Físico:

La presencia de alguna de las siguientes lesiones nos debe hacer pensar en un posible maltrato: lesiones cutáneas, magulladuras, contusiones y hematomas son las lesiones de piel que más frecuentemente se ven en los niños maltratados. Las lesiones pueden estar en los labios o en la boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, agrupadas o incluso delimitando la forma de un objeto. Lesiones en diferentes áreas indicaría que el niño ha sido golpeado desde zonas distintas.

Las magulladuras cambian de color con el tiempo. Las de colores diferentes indican lesiones de antigüedades también diversas, y por tanto no son debidas a un único accidente. Contusiones de color amarillento y marrón son lesiones que han ocurrido hace varios días y por tanto sugieren un retraso en pedir atención médica de las mismas. La forma de contusión o hematoma puede representar la silueta del objeto que la ha causado. En el caso de una bofetada se reconoce el contorno de la mano; si el maltratador es diestro, las marcas estarán generalmente en la mejilla izquierda y el contorno de los dedos formara ángulo hacia la oreja. Aunque la mano (22%) y la hebilla del cinturón (23%) son las marcas más frecuentes, hay una gran variedad de otros objetos que pueden usarse.

Los niños pueden sufrir quemaduras intencionales con líquidos u objetos calientes, en ocasiones quedan marcas claras en la piel, la existencia de quemaduras que cubren toda la superficie de los glúteos o los pies, son generalmente provocadas por los cuidadores del niño al sumergirlos en

líquidos demasiado calientes, también podemos encontrar quemaduras producidas por puros o cigarrillos o por objetos que dejan señales claramente definidas (plancha, tenedores...); en general pensaremos en la intencionalidad de una quemadura cuando los bordes sean limpios, esté bien delimitada o existan varias lesiones.

Otro indicador muy importante son las lesiones esqueléticas. Los huesos largos son la zona donde hay más lesiones esqueléticas provocadas, las fracturas diafisarias, que se presentan simultáneamente con otras lesiones o en lactantes que no deambulan, deben considerarse como altamente sospechosas de no accidentales. Las fracturas costales en niños menores de dos años son muy significativas de un posible maltrato de un niño. Las fracturas de cráneo ocupan el segundo lugar entre las lesiones del niño maltratado, son fracturas lineales. En niños mayores pueden existir fracturas del maxilar inferior. Hay que sospechar posible maltrato en un niño siempre que exista una discordancia entre la fractura y la historia clínica; cuando existan fracturas múltiples que afectan a más de una zona esquelética; fracturas en estadios diferentes que indicarían episodios repetidos de traumatismos. Se ha comprobado que el 56% de las fracturas en niños menores de un año no son accidentales.

También pueden producirse lesiones internas por maltrato infantil. Los traumatismos abdominales e intratorácicos son mucho menos frecuentes que los esqueléticos y cráneo-cerebrales, se suelen observar en niños mayores de dos años, suelen ser producidos por puñetazos, patadas...

Ante estos casos también debemos fijarnos en el comportamiento del niño el cual suele ser:

- 1- Presentan una actitud temerosa y cautelosa frente a los adultos.
- 2- Muestran conductas extremas (ej. muy irritables o muy apáticos..).
- 3- Las respuestas son muy evasivas y cortas intentando justificar o involucrar al agresor.

3- Autoestima baja (mirada baja, evitan la mirada del adulto, voz baja....)

b) Indicadores maltrato emocional: Algunos de los comportamientos mas comunes en estos niños pueden ser:

- 1- Puede parecer excesivamente complaciente, pasivo o nada exigente.
- 2- Puede ser extremadamente agresivo, exigente o rabioso.
- 3- Inhibido en el juego.
- 4- Presenta conductas extremadamente adaptativas o bien conductas de adulto.
- 5- Retraso en el desarrollo físico, emocional e intelectual.
- 6- Intentos de suicidio.
- 7- Desconfianza hacia los adultos ante actitudes positivas.
- 8- Reacción de fácil adaptación a desconocidos.
- 9- Conductas extremas adultas o infantiles.
- 10- Contactos físicos inapropiados.

c) Indicadores abuso sexual:

- Indicadores físicos: Dolor y/o inflamación de la zona perineal o anal; hemorragias anales o vaginales; presencia de una enfermedad venérea; hematomas en muslos o región ano-genital.

- Comportamiento del niño:

- 1- Puede parecer reservado, rechazante e incluso retrasado.
- 2- Ansiedad y fobias.

- 3- Escasas relaciones con sus compañeros.
- 4- Se fuga o comete acciones delictivas.
- 5- Tiene conductas o conocimientos sexuales inusuales para su edad o extraños.
- 6- Pudor inexplicable y exagerado en la exploración médica genital.
- 7- Exceso de interés o evitación en temas sexuales.
- 8- Agresividad sexual hacia otros niños/as o masturbación en sitios públicos.
- 9- Trastornos en el control de esfínteres antes no existentes tales como enuresis o encopresis.

d) Indicadores abandono emocional:

● Comportamiento del niño:

-Enanismo psicosocial: Retraso de crecimiento, psicomotor, intelectual, cognitivo y bajo peso, trastorno en la expresión, lenguaje y en la regulación de esfínteres, falta de sonrisa y apatía, y facciones avejentadas.

-Niños/as mayores: síntomas depresivos, ansiosos y compulsivos, desconexión afectiva, trastornos psicosomáticos, conductas antisociales y regresivas, masturbación pública, comportamientos autogratificantes, desconfianza hacia los adultos ante actitudes positivas o paradójicamente fácil adaptación a desconocidos, contactos físicos inapropiados, y conductas extremas de adultos o infantiles.

e) Indicadores Negligencia

● Indicadores físicos:

1- Derivados de una alimentación inadecuada como el raquitismo, anemias, fallo global del desarrollo, etc.

2- Derivados de una higiene globalmente inadecuada como infestaciones por parásitos, abandono del aspecto externo, boca catastrófica, etc.

3- Derivados de la exposición a condiciones ambientales inadecuadas. y accidentes domésticos repetidos.

4- Derivados de la falta de atención como incumplimiento de la prevención de enfermedades o tratamientos preventivos en enfermedades crónicas como el asma.

- Comportamiento del niño:

1- Participa en acciones delictivas.

2- Pide o roba comida.

3- Comenta que no hay nadie que le cuide.

4- Absentismo escolar.

5- Conductas para llamar la atención.

6- Trabajos inadecuados para su edad.

7- Inmadurez emocional.

8- Conductas autogratificantes.

5.6 Resumen del artículo de Antequera Jurado R. de 2006 ⁽¹²⁾

Este trabajo ofrece una visión genérica de las características y los principales objetivos de la evaluación psicológica en el ámbito del maltrato en la infancia, concretamente se examinan las técnicas utilizadas para la evaluación de los distintos tipos de maltrato, de las figuras parentales y las relaciones que se establecen entre padres e hijos, la evaluación del

niño y de los aspectos ambientales y sociales. Divide la estrategia de detección en tres puntos muy bien definidos (Valoración del tipo de maltrato, Valoración de los padres y la relación con su hijo, Evaluación psicológica al niño)

En este resumen nos centraremos especialmente en los dos últimos puntos debido a que ya hemos hablado en otros artículos de la valoración del tipo de maltrato con sus respectivos indicadores físicos. Y me parece muy interesante las técnicas de detección de casos que muestra este trabajo investigando tanto a la familia como al niño.

1-Valoración de los padres y de la relación con su hijo:

La evaluación de las figuras parentales se encuentra dificultada por la escasa colaboración de los mismos, tanto por la desaprobación social del maltrato como por las consecuencias que su verificación pueden conllevar. Dicha evaluación se centra fundamentalmente en dos aspectos: los factores de riesgo y las relaciones padres-hijos.

Respecto a los factores de riesgo se ha enfatizado la importancia de los **antecedentes de malos tratos** o de la existencia de una situación familiar conflictiva y agresiva en los padres/cuidadores, enfatizando el proceso de aprendizaje de conductas de maltrato y la carencia de recursos para afrontar las situaciones problemáticas en el seno familiar. Pero no debemos olvidar que esto no significa que todos los padres maltratados sean maltratadores ni que todos los padres maltratadores hayan sido maltratados en su infancia. Otros antecedentes pueden ser depresión, intentos de suicidio, disminuida capacidad intelectual...

Otro importante factor de riesgo son las **alteraciones psicopatológicas** las cuáles han constituido durante mucho tiempo uno de los principales elementos causales en la realización de conductas maltratantes. Pero si bien la prevalencia de estas alteraciones en padres maltratadores es superior a la encontrada en población general resulta insuficiente para dar explicación a la totalidad de los casos de maltrato. Entre las alteraciones más citadas y en las que, por tanto, debemos centrar la

evaluación encontramos el abuso de sustancias, el trastorno antisocial de la personalidad y elevados niveles de neuroticismo, personalidad patológica (esquizotípica, límite y paranoide), síndromes clínicos de gravedad moderada (ansiedad, neurosis depresiva, abuso de alcohol y abuso de las drogas) síndromes de gravedad severa (pensamientos psicóticos, depresión mayor y trastorno delirante).

El no disponer de fuentes de **apoyo social** es otra de las variables consideradas un factor de riesgo para conductas de malos tratos. Los efectos de la ausencia de apoyo social se intensifican cuando los sujetos se tienen que enfrentar a situaciones estresantes sin disponer de las habilidades personales para afrontar dichas situaciones.

Entre las áreas que suelen ser evaluadas en las figuras parentales por su conexión con la realización de conductas negligentes o de maltrato y que, por tanto, deben ser evaluadas, encontramos los **conocimientos que tienen sobre el desarrollo infantil** (las actividades o responsabilidades que pueden o no desarrollar los niños) No son conscientes de cuál es el rol adecuado a su edad, ni las actividades que desarrollan estos a ciertas edades. Además los padres maltratadores presentan menos eficacia en el desarrollo del rol de padres, debido a un menor control de impulsos, escasas habilidades de comunicación y un pobre control de situaciones estresantes, aparecen entre los mismos rasgos narcisistas, tendencia a anteponer las necesidades propias a las del niño y menor capacidad de empatía.

Después del análisis de estos antecedentes y relaciones, es importante entrevistarse con ellos para intentar indagar sobre el tema, a continuación se expone una entrevista semiestructurada para estos casos. (ANEXO 5)

2- Evaluación Psicológica del niño

En los casos de maltrato infantil y especialmente cuando no existen pruebas o evidencias médicas del mismo, el testimonio de los niños se convierte en nuestra principal o incluso única fuente de datos e

investigación, ya que es difícil que los adultos perpetradores, que habitualmente conviven con la víctima, reconozcan los hechos que se les imputan. El testimonio de los niños está comprometido por numerosos factores como la capacidad de expresión verbal, la imaginación y fantasía, el periodo evolutivo, o la sugestionabilidad. Ello no significa que no puedan constituir una fuente fiable de información sino que hay que tener especial cuidado y precaución a la hora de valorarlo, con especial esfuerzo para situarnos en su momento evolutivo y tomando en consideración su capacidad de comprensión y expresión verbal, sin inducir, sugerir ni dirigir sus respuestas. Debemos observar cual es la relación que tienen entre padres y niño.

De todas las técnicas de evaluación psicológica la entrevista representa el eje alrededor de la cual giran todas las demás técnicas e instrumentos, ya que no solo sirve para establecer el clima de confianza en el que van a tener lugar el resto de los actos de evaluación, sino que también la información que obtengamos durante la misma nos ayudará a decidir qué aspectos deben ser evaluados y a interpretar los resultados con más exactitud y fiabilidad

El ambiente que creemos para la realización de la entrevista debe reunir las características necesarias para ayudar al niño a sentirse cómodo y eliminar o mitigar las vivencias de ansiedad o de temor (como por ejemplo disponer de un mobiliario ajustado para edades infantiles, que los colores de las paredes resulten tranquilizantes, colgar dibujos de otros niños o cuadros y posters con temas apropiados para este periodo evolutivo. Los juguetes pueden ayudar a dar un ambiente amistoso pero también distraen al niño durante la realización de la entrevista). En lo que se refiere a la presencia de los padres lógicamente cuando existe la sospecha de malos tratos o abusos dentro del ámbito familiar está contraindicada y habrá que utilizar otros métodos (se puede permitir la entrada de alguna persona de confianza para el niño, que no pertenezca al núcleo familiar de pertenencia) para mitigar sus vivencias de ansiedad o sus temores.

Se debería comenzar hablando de temas periféricos, centrados en las actividades del niño (qué cosas le gustan, si acude a colegio o guardería, sobre sus profesores o sus amigos y compañeros) para paulatinamente ir aproximándonos a temas relacionados con la dinámica familiar. En este momento y para poder determinar el nivel de desarrollo lingüístico del niño así como la cantidad de detalles que puede elaborar se le puede solicitar que nos cuente todo lo que recuerde de algún acontecimiento reciente (una fiesta de cumpleaños propia o ajena, la visita a algún lugar especial, una mañana en la guardería o en el colegio...). resaltando la importancia de que nos cuente todo lo que recuerde y ayudándolo con nuestras preguntas a hacerlo. Es conveniente que les expliquemos que no sabemos nada de lo que ha pasado y es ese el motivo, y no otro, de que le hagamos preguntas las cuales no tienen otro objetivo que comprendamos bien y sin cometer errores qué ha ocurrido y qué personas estaban allí Todas estas instrucciones deben ir acompañada de un tiempo de entrenamiento y verificación de que el niño las ha entendido. A partir de ahí recabar su opinión o información sobre lo ocurrido procurando empezar estimulando el recuerdo libre (preguntas del tipo ¿hay algo que quieres decirme sobre ello?) incitándole para que nos ofrezca la mayor cantidad de detalles posibles. Cuando el niño ha comenzado su declaración debemos dejarle que la explique sin interrupciones (aunque se centre en detalles irrelevantes o inconexos). En este momento no debemos pedirle aclaraciones ni matizaciones, sino estimular la continuación de su relato con preguntas neutras del tipo "¿y entonces qué paso?". Una vez ha finalizado esta etapa le solicitamos que nos cuente algún episodio concreto procurando una vez más, que nos lo cuente con la mayor cantidad de detalles posible.

Posteriormente procederemos a preguntarle todas aquellas cuestiones que no han quedado claras o sobre aquella información que no nos ha ofrecido (¿quiénes estaban allí?, ¿qué le dijo?, ¿qué hizo él/ella?...) siendo consciente de que las preguntas deben acomodarse a su nivel evolutivo, evitando que sean sugestivas. Para ello procuraremos:

- No utilizar frases o preguntas excesivamente largas
- Utilizar formas simples del verbo (¿qué paso?) en lugar de subjuntivos o condicionales y la voz activa en lugar de la pasiva (¿lo agarró? en lugar de ¿fue agarrado por...?)
- No utilizar términos "cambiantes" o inestables como por ejemplo ayer, o mañana (que pueden confundir al niño cuando está ubicado en el pasado)
- Utilizar o solicitar los nombres propios (¿quién entró?)
- No incluir varios hechos en una única pregunta (el domingo, mientras tus hermanos estaban viendo la tele y antes de que tu madre llegara ¿tu padrastro te pidió que lo acompañaras a la habitación?)
- Se pueden utilizar preguntas abiertas del tipo qué, quién y donde en niños de preescolar. Sin embargo las preguntas cuándo y por qué no deben utilizarse hasta que el niño no cumpla al menos, siete años.
- Si se utilizan preguntas si-no solicitar después al niño que explique o desarrolle más extensamente la respuesta con sus propias palabras. Por ejemplo si tras la pregunta "¿dónde estabas?" el niño responde "en el cuarto de papá" se le dice "cuéntame todo lo que recuerdes que pasó mientras estabas en el cuarto de papá".
- No realizar preguntas que impliquen inferir cómo se siente o piensan otras personas, por las dificultades que algunos niños tienen para ponerse en el lugar del otro o que impliquen una causalidad o intencionalidad ("¿por qué crees que cerró la puerta con las llaves?")

Siempre que sea posible, las declaraciones de los niños deben ser grabadas para evitar así que tengan que repetir a distintos agentes la misma información.

Antes de despedir al niño es conveniente, que comprobemos la información que hemos obtenido y nos aseguremos de que no tendremos que volver a citarlo si no es estrictamente necesario. Para ello, mientras repasamos nuestras notas podemos realizar una breve pausa (y, por ejemplo, permitir al niño que juegue) y posteriormente explicarle que hay algunas cosas que no hemos comprendido y efectuarle las preguntas oportunas. Tras las mismas y antes de despedirnos, debemos planificar alguna tarea de transición, durante la cual jugamos con el niño o volvemos a hablar de temas neutros y gratificantes para él. De esta manera procuramos que el niño abandone nuestra consulta o despacho lo más relajado posible eliminando pensamientos o emociones negativas. Asimismo debe crearse el clima que propicie que el niño nos pregunte sobre aquellos aspectos que no ha comprendido y que comparta con nosotros lo que puede preocuparle.

5.7 Resumen del artículo de Alonso-Marsden S. de 2013. ⁽¹³⁾

Este artículo me ha parecido muy interesante porque habla de un nuevo método que se ha llevado a cabo en Carolina del Norte para la prevención del maltrato infantil en atención primaria. Como ya hablamos en este trabajo hay diferentes factores de riesgo que incrementan las posibilidades de que se produzca maltrato. Este método consiste en analizar aquellas familias de riesgo bien sea por antecedentes de malos tratos, situación demográfica (barrios marginales), económica, problemas con adicciones, trastornos de los padres, problemas de salud del niño etc.

Una vez identificadas estas familias de riesgo, miembros del personal capacitados intentaron programar visitas a domicilio para todas las nuevas madres durante la estancia hospitalaria del parto, y luego

enfermeras completaron las visitas programadas tres a cinco semanas después, alargándose en algún caso con visitas programadas cada cierto tiempo (meses generalmente o incluso anuales). Si bien es cierto que estas familias de riesgo no suelen ser muy participativas a la hora de hablar con el personal sanitario, pero es cierto que en muchos casos, agradecen el apoyo del personal sanitario que en estas visitas puede darles una orientación en la crianza de sus hijos. Y es que estas visitas deben ir encaminadas a la orientación de las familias de riesgo a la crianza de sus hijos, desde cómo colocar a un niño al pecho o la importancia de hablarle siempre aunque creamos que no entiende hasta que alimentos ir incluyendo con el paso de los tiempo o la necesidad de los niños de jugar cierto tiempo al día.

Estas visitas son una manera de tener más controladas a estas familias además de la ayuda que se les proporciona. La negación a programar estas visitas debemos verla como un importante factor de riesgo pero ni mucho menos definitivo, puede a ver casos en los que no sea el primer hijo y ya tengan una instrucción suficiente como para rechazar estas citas de orientación en la crianza o simplemente hay personas que se niegan porque quieren y creen que ellos ya saben cómo cuidar a sus hijos.

5.8 Resumen del artículo de Gómez I. de 2006. ⁽¹⁴⁾

Este artículo me ha parecido muy interesante, debido a que nos habla de la imagen como un método muy importante para el diagnóstico del maltrato infantil.

El papel de la imagen en los casos de sospecha de malos tratos no es solo identificar el grado de lesiones físicas, sino también valorar todos los hallazgos de imagen que apunten hacia diagnósticos alternativos. Se hace preciso pruebas clarificadoras que nos lleve a un diagnóstico seguro y evite por un lado errores diagnósticos y por otro mantener una situación

de riesgo de nuevos episodios de maltrato de consecuencias impredecibles. La actual oferta tecnológica del diagnóstico por imagen, exige al clínico que se enfrenta a un diagnóstico de sospecha de maltrato físico, conocer cuáles son las lesiones más específicas de confirmación diagnóstica, así como cual es la técnica/as más indicada de acuerdo a la clínica y edad del paciente. Cuando se estudian todos los casos de malos tratos y negligencia en niños, la incidencia de las evidencias físicas documentadas mediante estudios de diagnóstico por la imagen es relativamente pequeña.

Por su propia experiencia nos relatan que, un 7,5 por 100 de los estudios radiológicos son positivos y, lo que es más importante, en un 3,7 por 100 de las exploraciones se demostraron lesiones que ni la historia clínica inicial ni la exploración física había detectado previamente fueron positivas. Es importante precisar que la contribución diagnóstica por las técnicas de imagen en el maltrato infantil es sin duda importante, pero siempre valorándolas en el contexto de una historia clínica, social y tras una exploración física muy cuidadosa, y exhaustiva.

A continuación nos exponen las técnicas de imagen más utilizadas y sus usos y beneficios.

La radiografía de tórax no solo nos mostrará las fracturas costales, de localización preferente en la región postero-lateral, sino que igualmente nos pondrá de manifiesto neumotórax, contusión pulmonar o derrame pleural. Por otro lado las radiografías simples de columna vertebral son a menudo suficientes para evaluar las compresiones vertebrales y las fracturas de procesos espinosos. El aplastamiento vertebral en forma de cuña es un hallazgo bastante característico del maltrato.

Las fracturas complejas de columna vertebral, pueden requerir una tomografía computarizada de cortes finos con reconstrucción multiplanar posterior. Si una fractura o subluxación puede comprometer contenidos

de la columna o si los hallazgos clínicos indican lesión de la médula espinal o de las raíces, debe realizarse una resonancia magnética.

La resonancia magnética y la ecografía pueden estar indicadas cuando se sospechan separaciones epifisarias a partir de los resultados de las radiografías simples.

La Gammagrafía ósea es otra técnica de imagen de utilidad diagnóstica en el maltrato, siendo su aplicación preferente para demostrar cambios óseos tan solo unas horas después de la agresión y cuando aún estas no son visibles en la radiografía esquelética, así como para la detección de lesiones esqueléticas que pueden pasar desapercibidas en las radiografías. Entre las lesiones que son mejor detectadas por la gammagrafía están las que afectan a los tejidos blandos y aquellas localizadas en áreas óseas complejas como la pelvis. Parece tener una mayor sensibilidad en la detección de fracturas costales, fracturas diafisarias sutiles y áreas de elevación perióstica precoz. Sin embargo, los datos de los que se dispone son limitados respecto a la sensibilidad de la gammagrafía en las lesiones metafisarias clásicas de los malos tratos, particularmente cuando las lesiones son bilaterales, así como en lesiones sutiles de la columna, características que comportan una elevada especificidad de malos tratos en los lactante.

5.9 Resumen del artículo Gutiérrez M.P. de 2000. ⁽¹⁵⁾

Este artículo nos describe los pasos que debe seguir un enfermero durante una sospecha de malos tratos, finalizando con una descripción detallada, de en qué casos debe haber una hospitalización, información sobre el parte de lesiones y cuáles son los pasos a seguir para comunicar los casos a las autoridades competentes. Estos serán los tres puntos en los que me basaré para este resumen.

- Ingreso hospitalario: Se deberá ingresar al paciente, sólo cuando es necesario y durante el menor tiempo posible. Permite además de completar el estudio, observarle desde el punto de vista psicológico y ver los cambios que se producen en su conducta. En los casos en que sea imprescindible su ingreso por la gravedad de las lesiones o por el riesgo que corre el niño, si los padres o tutores deniegan el ingreso se solicitará el mismo al juez de guardia.

- Parte de lesiones: En general es el mismo que se emite para un accidente de tráfico, o cualquier otro tipo de lesión no sospechosa de maltrato. Sería conveniente cambiarlo por uno específico, en él, que se reseñen algunas especificaciones que permitan al juez de guardia apreciar la gravedad del tema y la necesidad de adoptar medidas urgentes de protección al menor, como:

“Tras el reconocimiento practicado se han apreciado las siguientes lesiones (...).

El origen de las lesiones, referido por el menor/acompañante es (...)....

Siendo/no siendo compatible con las lesiones observadas. SI/NO/SE DESCONOCE la existencia de antecedentes del mismo tipo en su historial clínico”.

- Procedimiento de comunicación a las autoridades competentes

1º: Ante un supuesto de maltrato físico, con o sin signos de abuso sexual, el correspondiente parte de lesiones deberá remitirse al Juzgado de Instrucción de guardia. Es fundamental la coordinación entre los profesionales médicos y los Juzgados de Instrucción por ser preciso en muchos supuestos la adopción urgente de medidas cautelares de protección del menor perjudicado. Una medida necesaria en muchos supuestos es la de alejamiento de los padres y la de resolver conflictos urgentes entre los padres del menor presuntamente maltratado y el

personal sanitario, respecto a la atención médica a impartir al menor. En estos casos, deberá comunicarse inmediatamente con el Juzgado de Guardia. En aquellas poblaciones en que la guardia sea de permanencia, por contar con diez o más Juzgados de Instrucción, en el local Judicial se recibirán las correspondientes denuncias. En las poblaciones en que el Juez de Guardia, fuera de las horas de audiencia, sólo se encuentra en condiciones de “disponibilidad y de continua localización”, es conveniente remitir el correspondiente parte, con las observaciones que permitan a la autoridad percatarse de la necesidad de adoptar medidas urgentes de protección del menor, por conducto de las Fuerzas del Orden Público en general, (GRUME, DGP, GUARDIA CIVIL...). Debe además ponerse en conocimiento de la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia correspondiente, Fiscalía de Menores.

2º: En los supuestos en los que sin apreciarse maltrato físico, se estime situación de desprotección social del menor existe también la obligación de comunicarlo a la autoridad o a sus agentes más próximos. Esto ocurre en las situaciones de desamparo -incumplimiento o imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando estos queden privados de la necesaria asistencia moral o material. Al margen de comunicación urgente a la autoridad judicial, Ministerio Fiscal y GRUME, si se aprecia una situación de riesgo inmediato para el menor, deberá ponerse en conocimiento de la entidad pública competente en materia de protección de menores.

6. Conclusión

La conclusión de esta revisión bibliográfica es muy clara, y creo que he conseguido contestar a mi pregunta. ¿Cuál es el trabajo de enfermería ante el maltrato infantil? Por ello con estas respuestas que no ha dado la revisión, elaboramos un Protocolo de actuación ante el maltrato Infantil.

1º Estar Motivados. Ser conscientes del desconocimiento que hay sobre este tema en el ámbito sanitario. Tener presente en todo momento que es muy importante el trabajo que podemos desempeñar para la detección precoz de nuevos casos y la ayuda a aquellos que ya lo han sufrido, en general para intentar descender la incidencia de este fenómeno que está creciendo de manera desorbitada en los últimos años.

2º Estar Instruidos. Debemos conocer cuáles son las terribles consecuencias que tiene el maltrato infantil sobre aquellos niños que lo padecen. La mortalidad y morbilidad que este fenómeno conlleva, las secuelas tanto físicas como neurológicas y lo costoso que es la rehabilitación de estos niños. Además todo enfermero debe conocer los tipos de maltrato y cuáles son los que más casos presentan, las edades con mayor riesgo, la incidencia que este fenómeno tiene en nuestro país etc.

3º Trabajar en equipo. La enfermería es un punto clave dentro del trabajo sanitario el cual representa uno de los 5 ámbitos que deben coordinarse para hacer frente a este problema. Dentro del ámbito sanitario los enfermeros debemos estar coordinados siempre tanto con Pediatras, Psicólogos, Radiólogos... Todos aportarán conocimiento de sus respectivos campos que deben unificarse para abordar un posible caso de maltrato infantil.

4º Detección indicadores de posibles casos. Una de las partes más importantes del trabajo que debe desempeñar una enfermero para la detección de un caso, es la búsqueda de posibles indicadores. No solo físicos, que lógicamente son los más visibles (derrames, quemaduras, fisuras...) También debe fijarse en la actitud tanto del niño como de los posibles agresores.

5º Revisar historia clínica. Cuando hay algo que nos llama la atención debemos buscar en su historia clínica algún factor de riesgo como puede ser un caso de maltrato anterior, algún trastorno de los padres, alguna

enfermedad o problema del niño, cual es la situación social y económica de esa familia... Todo esto puede ayudarnos para identificar un posible caso.

6º Entrevistar tanto al niño como a los padres. Debemos conocer las diferentes técnicas que hay para hablar con un niño el cual puede estar sufriendo malos tratos. Tanto en la manera de dirigirse a él o el tipo de preguntas que hacer, como la adecuación del ambiente donde vaya a producirse esta entrevista. Lo mismo ocurrirá en el caso de los padres.

7º Ayudarnos de técnicas de imagen. Los puntos anteriores deben darnos suficientes datos por lo menos para tener una sospecha firme, pero en ocasiones pueden ayudarnos a su confirmación las técnicas de imagen. Radiografías, resonancias, ecografías... pueden ser muy importantes para confirmar esta sospecha, incluso en algunos casos sirven para identificar problemas que no había sido vistos en la exploración física.

8º Por último se debe cubrir adecuadamente el parte de lesiones, y remitirlo al juzgado de atención de guardia donde otros profesionales continuaran con el proceso.

Dentro de esta guía cabe destacar, respecto a la enfermería primaria, además de los siguientes pasos, disponen de más posibilidades de tener una vigilancia de una familia concreta que una enfermera que se encuentre en un hospital. Por ello siempre que pueda ser llevado a cabo, se programaran una serie de visitas a aquellas familias que consideramos en riesgo, las cuáles orientaremos en la educación de sus hijos. Desde cómo colocar a un bebé al pecho o como cuidar su alimentación en las diferentes etapas hasta conocer las diferentes actividades y actitudes propias de los niños a esas edades. Además de ayudar a los padres en la educación de sus hijos estaremos más cerca para poder observar cualquier indicador de maltrato. Estas visitas pueden ser muy importantes, se cree que reducirán el maltrato infantil un 40% en estos grupos que reciben las visitas programadas.

7. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Enfermería Salamanca. Actuación de enfermería ante el maltrato infantil [Monografía en Internet] Salamanca: 2014 [Consultado el 19 de Marzo de 2015] Disponible en: enfermeriasalamanca.blogspot.com.es
- 2- Unicef. Derechos del niño [sede Web] Madrid; 2010 [Consultado el 19 de Marzo de 2015] Disponible en: www.unicef.es/infancia/derechos-del-nino
- 3- Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. Ginebra.OMS; 2010. Nota descriptiva 150.
- 4- Consejería de bienestar social. Maltrato infantil: Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias; 2007.
- 5- Dialnet [Base de datos en Internet] Universidad de la Rioja; 2001 [acceso 23 de Marzo de 2015] Pérez MT, El niño maltratado: perspectiva médica. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=119484>
- 6- Arruabarrea R, Aller T, Gómez E. Cuadernos de Bienestar y Protección infantil [Monografía en Internet] Valladolid: 2010 [Consultado el 23 de Marzo de 2015] Disponible en: www.fampi.es/imagenes/subsecciones1/Cuadernos_01_Buentrato.pdf
- 7- Instituto Madrileño del menor y la familia. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Comunidad de Madrid; 1998.
- 8- Pubmed [base de datos en Internet] Bethesda: National Library of Medicine; 1966 [fecha de acceso 28 de Marzo de 2015] Aragao S, Ferriani Md, Vendruscollo TS, Souza L, Gomes R. Primary care nurses' approach to cases of violence against children. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23459905
- 9- Scielo España [base de datos en Internet] Madrid; 1997 [fecha de acceso 30 de Marzo de 2015] Giménez J, Pérez E, Dujovny M, Diaz F.G. Secuelas neurológicas del maltrato infantil. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732007000200002&lng=es&nrm=iso
- 10- Scielo España [base de datos en Internet] Madrid; 1997 [fecha de acceso 30 de Marzo de 2015] Soriano Faura F.J. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la Atención Primaria. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000100008&lng=es&nrm=iso

11- Pubmed [base de datos en Internet] Bethesda: National Library of Medicine; 1966 [fecha de acceso 28 de Marzo de 2015] Ciuffo LL, Rodrigues BM, Tocatis Fr. Interdisciplinary action of nurses to children with suspected sexual abuse. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25229910>

12- Scielo España [base de datos en Internet] Madrid; 1997 [fecha de acceso 30 de Marzo de 2015] Antequera Jurado R. Evaluación psicológica del maltrato en la infancia. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100010&lng=es&nrm=iso

13- Pubmed [base de datos en Internet] Bethesda: National Library of Medicine; 1966 [fecha de acceso 3 de Abril de 2015] Alonso-Marsden S, Dodge KA, O'Donnell KJ, Murphy RA, Sato JM. Family risk as a predictor of initial engagement and follow-through in a universal nurse home visiting program to prevent child maltreatment. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23660409>

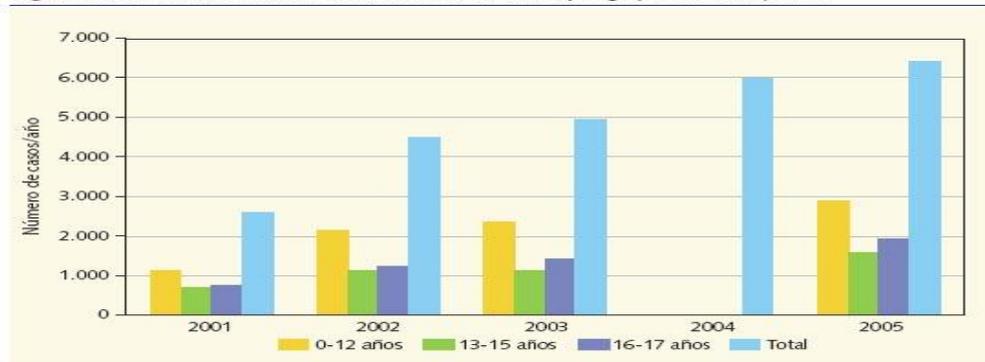
14- Scielo España [base de datos en Internet] Madrid; 1997 [fecha de acceso 6 de Abril de 2015] Gómez I, Serrano I, Martínez MC. Diagnóstico por la imagen de los malos tratos infantiles. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062006000100002&lng=es&nrm=iso

15. Enfispo [base de datos en Internet] Madrid; 2009 [fecha de acceso 10 de Abril de 2015] Gutiérrez M.P, Millán de las Heras M.J. Reconocimiento del maltrato infantil en el ámbito médico: actuación prejudicial en atención primaria. Disponible en: <http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/ IXus5I LjPpBp 6pVBfiZABpJvbIB2NhL>

8. ANEXOS

Anexo 1.

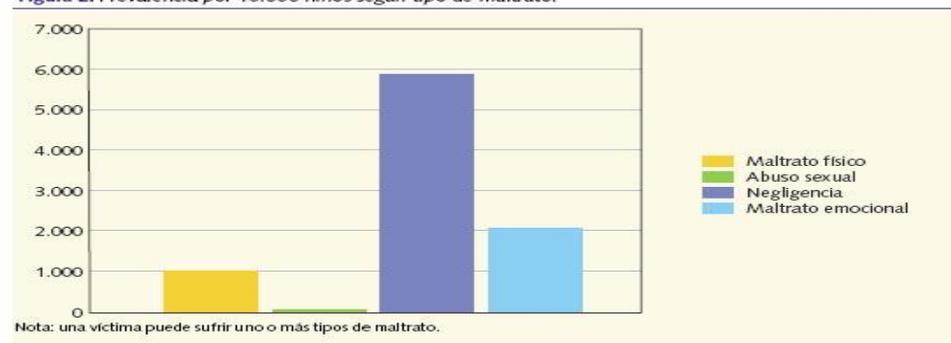
Figura 1. Incidencia del maltrato en menores de 18 años, por grupos de edad y años.



Fuente: Ministerio del Interior; Centro Reina Sofía, Valencia.

Anexo 2.

Figura 2. Prevalencia por 10.000 niños según tipo de maltrato.



Nota: una víctima puede sufrir uno o más tipos de maltrato.

Fuente: Informe "Maltrato Infantil". España 1997-98. Centro Reina Sofía, Valencia.

Anexo 3.

Tabla I. Incidencia del maltrato en diferentes países

	Años	Casos informados	Casos comprobados	Frecuencia por 1.000 niños
Australia	2002-2003	198.355	40.416	6,8
Canadá	1998	312.373	61.000	9,7
Reino Unido	2002-2003	570.220	30.200	2,7
EE. UU.	2001	2.673.000	492.100	12,4
España	1997-1998	32.741	11.148	0,71

Fuente: Creighton S⁴, 2004 (modificado al incluir los datos epidemiológicos de España).

Anexo 4.

Tabla III. Consecuencias más comunes del maltrato	
<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento social • Agresividad • Alcohol (abuso de/dependencia) • Alimentaria (desórdenes de la conducta) • Ansiedad • Aprendizaje (problemas de) • Atención (disminución de) • Autoconcepto (pobre) • Autoestima (pobre) • Concentración (disminución de la) • Conducta (cambios de) • Conductas (desórdenes de las) • Conductas destructivas • Cooperación (pobre) • Culpa (sentimientos de) • Delincuencia (conductas delictivas) • Dependencia en las relaciones sociales • Depresión 	<ul style="list-style-type: none"> • Desobediencia • Drogas (abuso) • Emocional (desajustes) • Escolarización (pobre rendimiento, bajas expectativas escolares, absentismo) • Estrés postraumático • Hiperactividad • Hostilidad • Humor (cambios de) • Impulsividad • Miedo a la relación con las personas • Socialización (problemas de relación con iguales, de apego, de amistad, de cariño, de socialización) • Sueño (alteraciones del) • Sexualidad (conductas sexuales inapropiadas, conductas sexuales agresivas) • Suicidio (ideaciones, autolesiones)

Anexo 5

CUADRO 1. Áreas temáticas recogidas en la Entrevista Semiestructurada para Padres.

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA PARA PADRES (Torres, Arruabarrena y De Paúl, 1996)	
1. Datos de identificación-composición e historia familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Adultos que habitan domicilio familiar - Menores que habitan domicilio familiar - Miembros de la familia nuclear que no habitan en el domicilio
2. Contexto socio-económico-cultural	<ul style="list-style-type: none"> - Características del barrio - Características de la vivienda - Situación laboral de los miembros adultos de la familia - Situación económica de la familia - Nivel educativo/cultural de los miembros adultos
3. Características-funcionamiento individual de los padres/cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> - Historia de crianza - Salud y bienestar físico - Salud mental-nivel intelectual-funcionamiento psicológico - Actividades de ocio y esparcimiento
4. Características-funcionamiento individual de los niños/menores	<ul style="list-style-type: none"> - Salud y bienestar físico - Salud mental-nivel intelectual-funcionamiento psicológico
5. Nivel interpersonal-relacional: relaciones familiares	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones de pareja - Relaciones padres-hijos - Relaciones entre hermanos - Relaciones con la familia extensa
6. Nivel interpersonal-relacional: relaciones sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones sociales de los padres/tutores/cuidadores - Relaciones sociales de los niños/menores
7. Contactos con los servicios sociales	<ul style="list-style-type: none"> - Historia de los contactos con los servicios sociales - Calidad de la relación existente con los servicios sociales
8. Sucesos/situaciones estresantes para la familia	Se cumplimenta con los datos obtenidos en el resto de la entrevista
9. La familia ante la(s) situación(es) de desprotección infantil	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento de la(s) situación(es) de desprotección infantil - Motivación para cambiar la(s) situación(es) de desprotección infantil
10. Observaciones e impresiones del profesional	Impresiones del evaluador sobre la calidad de la información obtenida, planificación de pasos a seguir.