



# **UNIVERSIDAD DE MURCIA**

## **FACULTAD DE ENFERMERÍA**

Valoración de casos de maltrato infantil  
detectados en Urgencias de Pediatría del Hospital  
Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de  
Murcia

**D<sup>a</sup> Pilar Madroñal Fernández**

2015





**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
**FACULTAD DE ENFERMERÍA**  
**TESIS DOCTORAL**

**Valoración de casos de casos de maltrato infantil  
detectados en Urgencias de Pediatría del Hospital  
Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de  
Murcia.**

Pilar Madroñal Fernández

Dirigida por:

Dra. Carmen Isabel Gómez García

Dra. M<sup>a</sup> José Aguilar Cordero

Dr. Cesar Carrillo García

Murcia, 2015



## INFORME 1



## INFORME 2





## INFORME 3



## INFORME 4



**A Julio, mi marido.**

**A mis hijas Mireyam y Saray**

**Y a Edgar y Lázaro por hacerlas felices.**

**A mi madre por creer en mi.**

**A mi nieto Arturo que nos desborda el corazón de ternura.**

**Y a todos los niños que en cualquier momento de su vida**

**han sufrido maltrato, agresiones, vejaciones y abandono.**



## **AGRADECIMIENTOS**

---

A mi maestra y amiga la Dra. Carmen Isabel Gómez García, por creer en mi y abrirme los ojos al mundo de la investigación, y sobre todo, por ser mi amiga.

A la Dra. M<sup>a</sup> José Aguilar por su experiencia.

Al Dr. Cesar Carrillo por su apoyo técnico.

Al Dr. Manuel Sanchez-Solis de Querol por sus sabios consejos.

A la Dra. María Emilia Martínez-Roche por su incondicional apoyo.

A mi compañero y amigo Ángel Martínez, por estar ahí en los momentos de flaqueza y compartir conmigo más de 30 años de cuidados a los niños.

A Carmen Ballesteros por su amistad, apoyo y gran corazón.

A María Sánchez por su ayuda técnica.

A Marian Baño por acompañarme y soportar mis nervios.

A todos mis compañeros que me aprecian y me han dado su cariño.

A todos los profesionales que han colaborado cumplimentado el informe de notificación, gracias por su profesionalidad.

A mis compañeras de Trabajo Social, por proporcionarme los datos necesarios para mi estudio.

A mis amigos, por comprender mi esfuerzo personal y mis ilusiones profesionales.

# AGRADECIMIENTOS



Valoración de casos de maltrato infantil detectados en Urgencias de Pediatría del Hospital Clínico  
Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.

# AGRADECIMIENTOS

# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	3
Introducción	3
<b>BLOQUE I. MARCO TEÓRICO</b>	9
<b>CAPÍTULO 1. Conceptos básicos de la investigación</b>	11
1.1. Definiciones de maltrato infantil	12
1.2. Tipologías del maltrato infantil	17
1.3. Gravedad del maltrato infantil	27
1.4. Indicadores de maltrato infantil	28
1.4.1. Maltrato físico	29
1.4.2. Maltrato sexual	30
1.4.3. Negligencia	33
1.4.4. Maltrato y abandono emocional	36
1.4.5. Maltrato prenatal	37
1.4.6. Mounchausen por poderes	38
<b>CAPÍTULO 2. Bases teóricas de la investigación</b>	42
2.1. Aproximación histórica del maltrato infantil	42
2.2. Marco legal	52
2.3. Necesidades de la Infancia	80
2.4. La conducta parental en el maltrato infantil	84
2.5. El papel de profesional sanitario en el maltrato infantil	94
2.6. Organizaciones No Gubernamentales sin ánimo de lucro relacionados con el maltrato infantil	100
2.7. Justificación	105
<b>BLOQUE II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b>	107
<b>CAPÍTULO 1. Objetivos del Estudio</b>	109
1.1. Objetivos Generales	109

## ÍNDICE

1.2. Objetivos Específicos	110
<b>CAPÍTULO 2. Hipótesis del Estudio</b>	111
<b>BLOQUE III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	113
<b>CAPÍTULO 1: Material y Método.</b>	115
1.1. Revisión Bibliográfica	115
1.2. Diseño de la investigación	116
1.3. Ámbito de la investigación	117
1.4. Periodo de estudio	133
1.5. Población de referencia	133
1.5.1. Criterios de inclusión	134
1.5.2. Criterios de exclusión	134
1.6. Instrumentos de recogida de datos	134
1.7. Fases de aplicación	140
1.8. Análisis y tratamiento de datos	140
1.9. Limitaciones del estudio	142
1.10. Cuestiones éticas	142
<b>BLOQUE IV. MARCO EMPÍRICO</b>	149
<b>CAPÍTULO 1. Resultados</b>	151
1.1. Variables sociodemográficas	151
1.1.1. Sexo	151
1.1.2. Edad	152
1.1.3. Acompañante	153
1.2. Otros síntomas o comentarios	155
1.3. Maltrato infantil	163
1.3.1. Sospecha o confirmación de maltrato	163
1.3.2. Tipos de maltrato detectados en nuestro estudio	165
1.3.3. Grado de maltrato infantil	166
1.3.4. Tipos de maltrato. Variables	167
1.3.4.1. Negligencia	167
1.3.4.2. Maltrato físico	168
1.3.4.3. Maltrato emocional	170

1.3.4.4. Maltrato sexual	171
1.3.5. Variables birrelacionadas	173
1.3.5.1. Sexo y maltrato físico	173
1.3.5.2. Sexo y negligencia	174
1.3.5.3. Sexo y maltrato emocional	175
1.3.5.4. Sexo y abuso sexual	176
1.3.5.5. Edad y maltrato físico	177
1.3.5.6. Edad y negligencia	179
1.3.5.7. Edad y maltrato emocional	180
1.3.5.8. Edad y abuso sexual	182
1.3.6 Derivación del menor tras la asistencia sanitaria	183
1.3.7 Remisión del menor tras la asistencia sanitaria	185
1.3.8 Destino del menor tras la asistencia sanitaria	186
<b>CAPÍTULO 2: Discusión</b>	187
2.1. Variable sociodemográfica	188
2.2. Otros síntomas o comentarios	193
2.3. Maltrato Infantil	194
<b>BLOQUE V. CONCLUSIONES</b>	201
<b>Conclusiones</b>	203
1. Conclusiones de estudio	203
2. Futuras líneas de investigación	208
<b>BLOQUE VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	211
<b>Referencias Bibliográficas</b>	213
<b>BLOQUE VII. ANEXOS</b>	223
Anexo 1. Derechos del niño hospitalizado	225
Anexo 2. Declaración de los Derechos del Niño de 20 de noviembre de 1956	229
Anexo 3. Manuales elaborados por la Consejería de Trabajo y Política Social	233

## ÍNDICE

Anexo 4. Necesidades de la infancia	237
Anexo 5. Hoja de Notificación de Riesgo de Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario	247
Anexo 6. Otros síntomas o comentarios	255
Anexo 7. Tablas de contingencia de las variables birrelacionadas	259
Anexo 8. Direcciones de interés de Organizaciones No Gubernamentales en relación con el Maltrato Infantil	272
Anexo 9. Autorización por parte del Sr. Director Gerente del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca	276

## Índice de Cuadros.

Cuadro 1.	Población total año 2014 distribuida por sexo en la Región de Murcia.	119
Cuadro 2.	Distribución del número de camas en el Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca.	124
Cuadro 3.	Distribución Recursos Humanos en el Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca.	125
Cuadro 4.	Distribución de profesionales dependiente de Recursos Humanos de Enfermería.	125
Cuadro 5.	Personal facultativo del Área I Murcia-Oeste	127
Cuadro 6.	Distribución de personal no sanitario del Área I Murcia-Oeste	127
Cuadro 7.	Actividad en Consultas Externas del Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca.	128
Cuadro 8.	Actividad en el Área Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca.	128
Cuadro 9.	Actividad del área de Hospitalización del Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca.	129
Cuadro 10.	Actividad quirúrgica del Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca.	131
Cuadro 11.	Actividad en consultas externas del área de Pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca.	132
Cuadro 12.	Actividad Área Hospitalización de Pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca.	132
Cuadro 13.	Relación palabra clave y acciones.	155
Cuadro 14.	Palabra clave y número de acciones.	158
Cuadro 15.	Palabra clave clasificadas según tipo de maltrato.	159

## ÍNDICE

Cuadro 16.	Indicadores de maltrato sexual utilizando palabras clave.	160
Cuadro 17.	Grados de parentesco en el maltrato sexual.	163



## Índice de Tablas.

Tabla 1.	Tipos de maltrato intrafamiliar o extrafamiliar.	24
Tabla 2.	Legislación en España de protección a la infancia.	71
Tabla 3.	Total de casos atendidos por años según tipo de maltrato y porcentaje en cada uno de los casos.	166
Tabla 4.	Porcentaje de gravedad de todos los casos atendidos.	167
Tabla 5.	Distribución de los tipos de negligencia por número de casos y porcentajes.	168
Tabla 6.	Distribución de los tipos de maltrato físico por número de casos y porcentajes.	170
Tabla 7.	Distribución de los tipos de maltrato emocional por número de casos y porcentajes.	171
Tabla 8.	Distribución de los tipos de maltrato sexual por número de casos y porcentajes.	172
Tabla 9.	Sexo y maltrato físico según gravedad.	173
Tabla 10.	Gravedad relacionado con sexo y negligencia.	175
Tabla 11.	Gravedad existente relacionando sexo y maltrato emocional.	176
Tabla 12.	Diferencias tipo de maltrato y sexo	177
Tabla 13.	Tabla de contingencia entre los grupos de edad y el tipo de maltrato físico	179
Tabla 14.	Tabla de contingencia entre los grupos de edad y la negligencia.	180
Tabla 15.	Tabla de contingencia entre los grupos de edad y maltrato emocional.	181
Tabla 16.	Tabla de contingencia entre edad y los 4 tipos de maltrato.	183
Tabla 17.	Tabla de factores de riesgo de ingreso hospitalario.	186

## ÍNDICE

Gráfico 1.	Distribución de Recursos Humanos en el Hospital Clínico Universitario Virgen da la Arrixaca.	124
Gráfico 2.	Distribución personal facultativo del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.	126
Gráfico 3.	Distribución global de maltrato físico por sexo.	152
Gráfico 4.	Distribución porcentual de maltrato por edad.	152
Gráfico 5.	Número de casos por edad.	153
Gráfico 6.	Tipo de acompañante en la asistencia sanitaria y número de casos	154
Gráfico 7.	Tipo de acompañante en porcentaje.	154
Gráfico 8.	Relación sospecha/confirmación maltrato.	164
Gráfico 9.	Distribución porcentual del tipo de maltrato en los últimos 8 años.	165
Gráfico 10.	Negligencia y gravedad.	167
Gráfico 11.	Maltrato físico y gravedad.	169
Gráfico 12.	Maltrato emocional y gravedad.	170
Gráfico 13.	Sexo y maltrato físico.	173
Gráfico 14.	Sexo y negligencia.	174
Gráfico 15.	Sexo y maltrato emocional.	175
Gráfico 16.	Sexo y abuso sexual.	176
Gráfico 17.	Gravedad de Maltrato físico por grupos de edad.	178
Gráfico 18.	Edad y negligencia.	179
Gráfico 19.	Edad y maltrato emocional.	181
Gráfico 20.	Edad y abuso sexual.	182
Gráfico 21.	Distribución porcentual de la derivación del menor.	184
Gráfico 22.	Número de casos y derivación tras asistencia sanitaria.	184
Gráfico 23.	Entidad remitida al menor por porcentaje.	185
Gráfico 24.	Entidad remitida y número de casos.	185
Gráfico 25.	Distribución porcentual de ingresos hospitalarios.	186

## Índice de Figuras.

Figura 1. Mapa de la ocupación geográfica del Área I Murcia Oeste.	118
Figura 2. Proyección de la población 2013 en la Región de Murcia.	120
Figura 3. Variables sociodemográficas.	135
Figura 4. Otros síntomas o comentarios.	135
Figura 5. Sospecha/confirmación.	136
Figura 6. Grado y tipo de maltrato	138
Figura 7. Fases de aplicación del estudio.	139

## ÍNDICE

# INTRODUCCIÓN

---

## INTRODUCCIÓN

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad vivimos en ambientes llenos de violencia en los que desafortunadamente los niños no se escapan. A pesar de no poseer datos de la magnitud total del maltrato infantil, según la OMS<sup>1</sup> existen unas estimaciones que dependen de las definiciones de maltrato infantil utilizadas; el tipo de maltrato estudiado; la cobertura y la calidad de las estadísticas oficiales; la cobertura y la calidad de las (ibid. P.3) y los cuidadores. Todo ello hace sospechar que su presencia es cada vez más evidente, la OMS<sup>1</sup> nos indica que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido malos tratos físicos de niños y que una de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia. Se calcula que cada año mueren por homicidio 41.000 menores de 15 años. Esta cifra subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen erróneamente a caídas, quemaduras, ahogamientos y otras causas.

## INTRODUCCIÓN

Es un fenómeno que surge con el hombre por lo que su antigüedad es como la propia humanidad, y en el que ni la opulencia ni la carencia son su justificación, sino que es una enfermedad de la sociedad.

¿Por qué los adultos abusan de los niños o los descuidan? La respuesta es compleja ya que la causa del maltrato incluye muchos factores como son las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que le rodea y un estímulo disparador que le hace agredir.

El maltrato se considera como un síntoma de una perturbación extrema en la crianza del niño, la cual suele aparecer en el contexto de otros problemas familiares graves como alcoholismo, económicos, estrés o comportamiento antisocial<sup>9</sup>.

El maltrato infantil en sus diversas formas de manifestación es un problema que afecta a la infancia en el mundo entero y todos los profesionales que velamos por la salud integral del niño debemos estar concienciados de la importancia de intervenir en nuestro entorno para identificar situaciones de riesgo y aprovechar los recursos sociosanitarios para la implementación de medidas preventivas adecuadas.

Una de las mayores preocupaciones de los investigadores, psicólogos, trabajadores sociales, educadores, personal del sistema sanitario, etc. es la de encontrar un sistema de clasificación adecuado con el que determinar la presencia o ausencia de maltrato, sus diferentes tipos, las consecuencias que tiene o puede tener para la víctima y el tipo de intervención a llevar a cabo.

El descubrimiento del tema y la atención a la infancia y su salud desde las perspectivas, sociológicas y culturales así como históricas, forman parte del trabajo y estudio del que participo.



A consecuencia de todo esto y por ser para mí un tema de tanta sensibilidad como es cuidar y hacer feliz a nuestra infancia, trataré el tema de los “malos tratos en la infancia” para paliar esta lacra social que está sumergida en la ignorancia, pero no por ello deja de estar presente en todos los países y en todas sus formas.

Es nuestra obligación como profesionales de la salud y como miembros de esta sociedad, dejar en manos de profesionales la detección de estos posibles malos tratos no justificados y proteger a los niños, futuro de nuestra sociedad.

La franja difusa que separa el buen y el maltrato se desplaza en un determinado sentido según los conocimientos actuales sobre las necesidades para el desarrollo infantil y el contexto cultural en el que el niño está inmerso<sup>2</sup>.

Cuando se intenta abordar el estudio de la Victimología infantil, según planteamiento de David Finkelhor<sup>2</sup>, la situación es más desoladora. Los expertos calculan que solo un 10% ó un 20% de los casos de maltrato infantil salen a la luz. Lo que les impide expresar las situaciones a las que son sometidos, es el miedo, la sensación de culpabilidad, sus sentimientos ambivalentes hacia su agresor, su corta edad y las barreras estructurales con las que tropiezan. Pero lo que si llega a conocerse, muchas veces a través de los medios de comunicación, es en términos de cifras la morbilidad, mortalidad, humillación y daño emocional que provoca el maltrato en los niños. Por estos motivos la sociedad y todos sus miembros deberían demostrar una gran preocupación, y particularmente los encargados de proporcionar salud infantil.

## INTRODUCCIÓN

La justificación de nuestro estudio vendría dada por el hecho de trabajar como enfermera pediátrica y durante mi desarrollo profesional haber tenido la oportunidad de detectar situaciones en los menores atendidos en urgencias o ingresados que presentaban las características propias de niño maltratado, el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca que atiende el Área I de la Región de Murcia y es hospital de referencia para toda la especialidad de Pediatría en esta zona.

Partiendo del hecho de que los servicios sanitarios constituyen un lugar privilegiado para prevenir y detectar las situaciones de riesgo y/o maltrato infantil, consideramos que deben existir unos protocolos para facilitar y clarificar las funciones de los profesionales del ámbito sanitario.

Con la creación y difusión de los programas actualmente establecidos que tratan de prevenir el maltrato mediante su detección precoz, y dirigidos a la formación de profesionales que tienen relación con la infancia y la adolescencia, se pretende conseguir la sensibilización de estos así como a la sociedad en general.

A partir de 2003, se inicia el Programa de Detección, Notificación y Registro de casos de maltrato infantil en el marco de la colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para la realización de Programas para la Protección contra el maltrato infantil. Aunque ya en 1999 se había establecido una Comisión Interinstitucional, que es el antecedente más directo de este programa, para abordar el maltrato infantil en Murcia.

No es hasta 2006 que se pone en marcha tras firmarse un convenio con la Consejería de Sanidad y Política Social y el Servicio Murciano de Salud, la instauración de la Hoja de Notificación de Casos en el Hospital Clínico Universitario de la Arrixaca.

Coincidiendo que en aquel momento con el desarrollo de mi labor asistencial como Enfermera Supervisora en la Puerta de Urgencias Pediátricas, y los responsables del Hospital me designaron como profesional responsable para dar a conocer este documento en todo el Hospital y especialmente en el Área Pediátrica, desarrollando cursos de formación sobre el tema, impartidos por profesionales de la Conserjería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia y coordinados por mi la supervisora de urgencias pediátricas, con el objetivo de difundir el conocimiento sobre el maltrato infantil y los Protocolos de Actuación.

## INTRODUCCIÓN

# **BLOQUE I.**

## **MARCO TEÓRICO**

---



# **CAPÍTULO 1.**

## **CONCEPTOS BÁSICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

El maltrato al menor constituye un problema global que no reconoce límites ni fronteras. En nuestra opinión la ausencia de unas definiciones que hayan alcanzado una aceptación general, hace que la mayoría de los investigadores desarrollen su propia definición particular, lo que provoca una gran dificultad de comparar resultados. Es difícil establecer una fiabilidad por la amplitud, vaguedad e imprecisión en la mayoría de las definiciones existentes de maltrato infantil.

### 1.1. Definiciones de maltrato infantil

No hay una verdadera uniformidad en lo que se entiende por maltrato, ni en los diferentes indicadores individuales, familiares o sociales que se presentan en cada tipología de maltrato.

Toda definición afecta bien directa o indirectamente a las decisiones que tienen que ver con la vida, la salud y el bienestar psíquico de familias, padres y niños, por lo que es fundamental la claridad en las definiciones para la toma de decisiones con los sujetos implicados.

Entre los autores consultados se considera que entre las diferentes definiciones del maltrato, dan una idea de lo complejo del tema y nos plantea dos cuestiones<sup>1,4,5</sup> :

1º Dificultad: ¿Dónde se coloca el límite entre lo que es el maltrato y lo que no lo es?

2º Aspectos culturales: ¿Se debe tener en cuenta las costumbres a la hora de valorar un comportamiento de este tipo?

Quizá para contestar estas preguntas deberíamos tener en cuenta las necesidades de cualquier niño en su desarrollo físico y psíquico y que estas necesidades vitales están influidas por las costumbres culturales en la medida que es necesario tener presente ambiente cultural, siendo imprescindible unos requisitos mínimos de cuidado, atención y trato a la infancia sean cuales sean las condiciones culturales en las que el niño se desarrolla.

Para precisar una definición, debemos tener también en cuenta la frecuencia y la intensidad requeridas para que una conducta llegue a ser maltrato, se debería considerar la intencionalidad para poder clasificar la conducta como maltratante. Siguiendo a Arruabarrena<sup>3</sup> establecemos tres criterios en la definición de maltrato infantil:

- La perspectiva evolutiva. Depende del momento evolutivo en el que se encuentre el niño para que el comportamiento parental sea dañino, por lo que la concepción de una acción o una



omisión como maltratante o negligente y su nivel de gravedad se debe establecer en función de la edad del niño.

- Presencia de factores de vulnerabilidad. No es lo mismo el comportamiento parental en un niño sano que en otro con una discapacidad en el que la actuación pueda ser dañina.
- Existencia de daño real o de daño potencial. Se define el maltrato en relación a las consecuencias o lesiones detectables, pero hay muchas actuaciones que no tienen consecuencias negativas a corto plazo puesto que la mayoría de las consecuencias físicas no suelen ser de gran gravedad, pero las consecuencias a medio y largo plazo son muy importantes.

En definitiva se podría definir el maltrato como cualquier acción accidental por parte de los padres o cuidadores que provoquen daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en grave riesgo de padecerlo.

La convención de los derechos de los niños de las Naciones Unidas en su Artículo 19, se refiere al maltrato infantil como<sup>4</sup>:

Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que lo tenga a su cargo, y como víctimas de maltrato y abandono a aquellos niños, niñas y adolescentes de hasta 18 años que sufren ocasionalmente o habitualmente actos de violencia física, sexual o emocional, sea en el grupo familiar o en las instituciones sociales.

El maltrato infantil, según la OMS<sup>5</sup> se define 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

## BLOQUE I. MARCO TEÓRICO

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.

La legislación española define el desamparo legal, en el Código Civil artículo 172, como:

Situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de menores, cuando estos queden privados de la necesaria asistencia moral o material<sup>6</sup>.

A partir de estos conceptos se establecen los malos tratos a la infancia como la definición aportada por el observatorio de la infancia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y que será la que a partir de ahora se asumirá como la definición más apropiada para referirse a los malos tratos a la infancia: Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad<sup>7</sup>.

En Murcia, la comisión interinstitucional de la Región, define que:

Toda acción u omisión no accidental (llevada a cabo por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto) que amenaza la seguridad, libertad o desarrollo de los derechos del menor de 18 años y por tanto, impide la satisfacción de sus necesidades físicas, psicológicas y sociales básicas<sup>8</sup>.

Seguidamente a fin de completar las definiciones sobre el maltrato, pasamos a describir las siguientes definiciones:

La característica fundamental del maltrato físico es el uso de la violencia, con un propósito, repetitiva y cuya finalidad es causar dolor, generalmente producida como consecuencia de una conducta

negativa, real o imaginaria, que ha cometido un niño, y que tiene como finalidad última la modificación de la conducta que el adulto considera nociva y perjudicial, ya sea para el niño, el adulto o la sociedad (Ibid. p.5). El problema de los malos tratos se produce dentro y entre la familia, y será por tanto la familia y el objetivo de la intervención psicológica será la responsabilización de estos y no la culpabilización<sup>9</sup>.

Asimismo en el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, publicado por la Organización Mundial de la Salud lo define como: El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra un niño, por parte de una persona o un grupo, que cause o tenga muchas probabilidades de causar perjuicio efectivo o potencial a la salud del niño, a su supervivencia, desarrollo o dignidad<sup>10</sup>.

El Diccionario de la Real Academia Española define el maltrato como: Comportamiento violento que causa daño físico o moral<sup>11</sup>.

El Centro Reina Sofía, define el maltrato infantil como toda forma de violencia que se perpetra contra un menor<sup>12</sup>.

López Sanchez<sup>13</sup> lo define como una situación de desprotección infantil cuando la insatisfacción de las necesidades básicas del niño genera un daño o riesgo que dificulta o impide su desarrollo integral.

Tanto en los instrumentos internacionales como en las leyes y programas nacionales, prevalece la concepción de que la violencia familiar es una manifestación de abuso de poder que deriva de la desigualdad de género y de la situación de dependencia de los niños respecto de los adultos.

Como resumen de lo anteriormente relatado exponemos el siguiente cuadro que diferencia las organizaciones a nivel mundial, nacional y regional:

	<b>ORGANIZACIÓN</b>
<b>M U N D I A L</b>	<p>Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas (CDN, 1989)                      “ Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia e los padres, d un tutor o de cualquier persona que lo tenga a su cargo.</p> <p>Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002)                      “El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra un niño, por parte de una persona o un grupo, que cause o tenga muchas probabilidades de causar perjuicio efectivo o potencial a la salud del niño, a su supervivencia, desarrollo o dignidad”</p> <p>Unicef (2014)                      Los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico 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.</p>
<b>N A C I O N A L</b>	<p>Código Civil Español (2007)                      Situación que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de menores, cuando estos queden privados de la necesaria asistencia moral o material</p> <p>Misterio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006)                      Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad.</p> <p>Ley 2672015 de 28 de julio de 2015, modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia.</p>
<b>R E G I O N A L</b>	<p>Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración (2009)                      Toda acción u omisión no accidental (llevada a cabo por individuos, instituciones o por la sociedad en su conjunto) que amenaza la seguridad, libertad o desarrollo de los derechos del menor de 18 años y por tanto, impide la satisfacción de sus necesidades físicas, psicológicas y sociales básicas.</p>

## 1.2. Tipologías de maltrato infantil

Consideramos que el maltrato al menor no es un hecho aislado, sino la suma de múltiples factores sociales, familiares y personales, lo que nos obliga a no olvidar su multicausalidad, conllevando profundas repercusiones psicológicas, sociales, éticas, jurídicas y medicas que ponen de manifiesto su carácter interdisciplinar y de implicación de la sociedad en general.

Según Gómez de Terreros<sup>14</sup> en España se establece la tasa de incidencia de maltrato entre 15 y 17 por mil de los menores de 18 años, estimándose que solo se detectan del 10% al 20% de los casos. Destaca la negligencia como tipología predominante, seguida del maltrato emocional, físico y abuso sexual.

Existen diferentes clasificaciones y diversas perspectivas para tipificar el tipo de maltrato, exponiendo a continuación una aproximación a las mismas.

Según el protocolo de la Conserjería de Política Social, Mujer e Inmigración de la Región de Murcia<sup>15</sup>:

- a) Temporalización: según el momento en el que se produce el maltrato:
  - Prenatal, cuando el maltrato se produce antes del nacimiento del niño.
  - Postnatal, cuando el maltrato se produce durante su vida extrauterina.
  
- b) Autoría: los autores del maltrato.
  - Familiar, cuando los autores del maltrato son familiares del menor, principalmente de primer grado.

## BLOQUE I. MARCO TEÓRICO

- Extrafamiliar, cuando los autores no son familiares del menor, o el grado de parentesco es muy lejano.
- Institucional, es el maltrato provocado por las instituciones públicas, bien sean sanitarias, educativas, etc.
- Social, cuando no hay un sujeto concreto responsable del maltrato, pero hay una serie de circunstancias externas en la vida de los progenitores y del menor que imposibilitan una atención o un cuidado adecuado al niño.

c) Según las acciones o la omisión concreta que constituye el maltrato infligido.

- Maltrato físico, toda acción de carácter físico voluntariamente realizada que provoque o pueda provocar lesiones físicas en el menor.
- Negligencia, dejar o abstenerse de atender a las necesidades del niño y a los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.
- Maltrato emocional, toda acción normalmente de carácter verbal, o toda actitud hacia el menor que provoque, o pueda provocar en él, daños psicológicos.
- Abuso sexual, cualquier comportamiento en el que un menor es utilizado por un adulto u otro menor como medio para obtener estimulación o gratificación sexual.

Existen otros subtipos de maltrato como son:

- La explotación laboral y se entiende por tal, la situación donde determinadas personas asignan al niño o niña con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos (domésticos o no) que exceden los límites habituales, y que deberían ser realizados por adultos, y que interfieren de manera clara en las actividades y necesidades sociales y/o escolares de los niños, ya que estos trabajos son asignados a los mismos con el objeto de obtener un beneficio económico, sin tener que realizar los adultos ninguna otra tarea<sup>16</sup>.

- Maltrato institucional, cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisiones procedente de los poderes públicos, organismos gubernamentales (justicia, educación, salud, servicios sociales) y no gubernamentales o bien derivada de la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia (Ibid.p.17 Los hechos que pueden desencadenar este tipo de maltrato serian la burocracia excesiva, realizar exploraciones medicas innecesarias o repetidas, falta de agilidad en la toma de medidas de protección y en la coordinación en los equipamientos necesarios para la atención al menor y su familia<sup>17</sup>.
- Síndrome de Munchausen por poderes. Los padres o cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto, siendo en mayor proporción la madre. El problema de este tipo es que es complicado su diagnostico porque muchos casos no son detectados hasta años después de su inicio, se ha estimado el tiempo transcurrido, en general, de 15 meses y que en ocasiones se ha precedido de enfermedades entre los hermanos de las víctimas antes de reconocerle la enfermedad<sup>18</sup>.
- Corrupción, los padres facilitan y refuerzan pautas de conducta antisocial o desviadas (especialmente en el área de la agresividad, sexualidad y drogas) que impidan el normal desarrollo e integración social del niño.

Arruabarrena<sup>3</sup> nos presenta otra clasificación:

	Activo	Pasivo
Físico	Abuso físico	Abandono físico
Emocional	Maltrato emocional	Abandono emocional

### 1.2.1. Maltrato físico

Se define como cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedad en el niño y lo coloque en grave riesgo de padecerlo.

Hay ocasiones en las que no aparecen lesiones o señales externas pero se considera la existencia de maltrato físico. Para identificarlo habría de cumplir al menos uno de los siguientes requisitos

- a) En al menos una ocasión ha sido percibida la presencia de cómo mínimo una de los indicadores. Las lesiones físicas no son “normales” en el rango de lo previsible en un niño de su edad y características.
- b) No se ha percibido claramente ninguno de los indicadores pero hay un conocimiento certero de que el niño ha padecido algunos de los tipos de lesiones físicas.
- c) No existe lesión física pero hay un conocimiento certero de que los padres o tutores utilizan un castigo corporal excesivo o palizas hacia el menor.

Además deben observarse los siguientes factores<sup>19</sup>:

- La intensidad de la reacción del padre/madre no se corresponde con la seriedad de la acción del niño, o la disciplina administrada no es apropiada o no está en concordancia con los intereses del niño en función de su edad.
- El padre o madre no controló su reacción cesando el castigo.



- Además de lo anterior, el niño presenta una reacción de tensión no justificada.

Muchos maltratos físicos pasan desapercibidos, bien porque no consultan, bien porque los médicos no establecen la etiología del proceso y se confunden con procesos neurológicos, metabólicos o con traumatismos no provocados, o bien porque fallecen antes de que se pueda realizar el diagnóstico. Detectar estos casos de maltrato es decisivo para evitar la repetición de las lesiones.

### 1.2.2. Abandono físico

Se definiría como aquella situación donde las necesidades físicas básicas del menor (alimentación, vestido, higiene, protección y vigilancia en situaciones potencialmente peligrosas, educación, cuidados médicos) no son atendidos temporal o permanentemente por ningún miembro del grupo en el que convive el niño.

Se refiere más a las necesidades del niño que no son cubiertas que a los posibles comportamientos u omisión de los padres responsables de su bienestar.

### 1.2.3. Maltrato y abandono emocional

Se define como la hostilidad verbal crónica en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono y constante bloqueo de iniciativas e interacción infantil por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar. Es un falta persistente de respuestas a las señales (llanto, sonrisa) expresión emocional, conductas de proximidad e iniciativa de interacción y contacto por parte de la figura del adulto (Ibid. p. 12).

El intento de organización de las formas más frecuentes de presentación del maltrato y abandono lo realizó Garbino<sup>20</sup> que propone

cuatro tipos de indicadores comportamentales de los padres con características diferentes en función de la edad del niño:

- a) Rechazar. No hay reconocimiento de las necesidades del menor y de la importancia de estas para su desarrollo y evita o rechaza la presencia del niño.
- b) Aislar. Se evita el contacto con sus iguales, sus amistades haciendo que se encuentre solo en el mundo que le rodea, limitándolo de experiencias sociales y aislándolo de la sociedad.
- c) Aterrorizar. Hay amenaza, intimidación y agresión verbal, los castigos son desproporcionados y desmedidos a los motivos, lo cual genera una tensión continua ante la posibilidad de cometer cualquier error.
- d) Ignorar. Se refiere a aquellas situaciones en las que hay una ausencia total de disponibilidad para el niño. Se muestran inaccesibles e incapaces de responder a cualquier conducta del mismo.

El maltrato emocional, en ausencia de daños físicos, resulta difícil de demostrar, pero sus efectos pueden ser invalidantes, solo se diagnostican años más tarde cuando los síntomas de la alteración emocional se hacen más evidentes a través de psiquiatras o psicólogos.

#### 1.2.4. Abuso sexual

Cualquier clase de contacto sexual con una persona menor de 18 años por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad sobre el niño. Este puede ser utilizado para la realización de actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. Se podrían expresar en cuatro tipos de categorías:

- ✓ Incesto. Si el contacto físico se realiza por parte de una persona de consanguinidad lineal o por parte de un hermano, tío o sobrino, o si el adulto está cubriendo de manera estable el papel de los padres.

- ✓ Violación. Cuando la persona causante no es del perfil del punto anterior.
- ✓ Vejación sexual. Cuando el contacto sexual se realiza por el tocamiento intencionado de zonas erógenas del niño o por forzar, alentar o permitir que este lo haga en las mismas zonas del adulto.
- ✓ Abuso sexual sin contacto físico. Se incluirán los casos de seducción verbal explícita de un niño, la exposición de los órganos sexuales con el objeto de obtener satisfacción sexual con ello, y la auto masturbación o la realización intencionada del acto sexual en presencia del niño con el objeto de buscar gratificación sexual<sup>3</sup>.

Otro tipo de clasificación que realizan Martínez y de Paul<sup>21</sup> a la hora de establecer una división del maltrato infantil se pueden hacer según conceptos muy diferentes: tipos de lesión, satisfacción de las necesidades físicas o emocionales, etc. Sin embargo una de las divisiones más aceptadas es aquella que se distingue según se dé en el ámbito familiar o intrafamiliar.

El maltrato familiar o intrafamiliar es el que se produce dentro del hábitat habitual del niño, es decir, su familia y los agresores puede ser cualquiera de las personas que conviven con el niño y que tienen a su cargo su educación, formación y cuidados. Este nivel de maltrato tiene una repercusión crucial en el desarrollo.

El maltrato extrafamiliar es el que se produce fuera del ámbito familiar y puede ser dirigido hacia el niño como individuo o hacia la infancia como grupo, en estos casos la palabra maltrato puede ser equivalente de trato inadecuado o situación opuesta al buen trato.

A diferencia entre estos dos tipos, en el extrafamiliar no suelen existir manifestaciones evidentes en el niño y pueden ser

## BLOQUE I. MARCO TEÓRICO

contrarrestadas por el estímulo positivo o patrón de referencia estabilizador que reciben en su círculo familiar.

La definición que se podría aplicar a este tipo de maltrato sería cualquier legislación, programa, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o deriva de la actuación individual del profesional o funcionario que conlleva abuso, negligencia, detrimento de la salud, seguridad, bienestar emocional y físico o que viola los derechos básicos del niño.

Tabla 1. Tipos de malos tratos intrafamiliares o extrafamiliares

<b>Intrafamiliares</b>	<b>Negligencia</b> <b>Abandono</b> <b>Físico</b> <b>Psíquico o emocional</b> <b>Sexual</b> <b>Síndrome de Mounchausen</b> <b>Prenatal</b>	
<b>Extrafamiliares</b>	<b>Institucional</b>       <b>Explotación</b>       <b>Consumismo</b>	<b>Escolar</b> <b>Sanitario</b> <b>Jurídico</b> <b>Fuerzas de seguridad</b> <b>Servicios sociales</b> <b>Medios de comunicación</b> <b>Laboral</b> <b>Sexual</b>

A continuación se describen los motivos del maltrato institucional

El maltrato institucional es el que se produce fuera del ámbito familiar y esta dirigido hacia el individuo o hacia el grupo social de la infancia<sup>Ibid.9</sup>.

El maltrato institucional puede darse por varios motivos:

a) Profesionales de la Institución.

- Falta de preparación
- Supervisión inadecuada.
- Exceso de trabajo o elevado nivel de exigencia laboral.

a) Programas de la institución.

- No cumplimiento de unos niveles mínimos de calidad.
- Uso de los programas en detrimento del bienestar infantil.
- Existencia de recursos escasos.
- Infrautilización o mal uso de los recursos existentes.

b) Sistemas de protección infantil.

- Que no garantice la seguridad del menor
- Que genere situaciones adversas al desarrollo infantil.
- Categorización.
- Separación de los niños de su hogar familiar sin esforzarse en intervenir con la familia.

c) Sistema sanitario. (Anexo 1)

- Conceptos organizacionistas y discriminatorias.
- Ausencia de selección de personal y distribución igualitaria el mismo.

## BLOQUE I. MARCO TEÓRICO

- Salud entendida como contraposición a enfermedad sin puesta en práctica del concepto amplio de salud.

### d) Sistema educativo.

- Desigualdad de oportunidades.
- Obstaculización del desarrollo normal.
- Discriminación en base a sexo, nacionalidad, etnia, religión.
- Permisividad o autoridades extremas.

### e) Sistema judicial.

- No respeto de las características del niño.
- Aplicación de leyes que favorecen poco al niño y benefician al adulto.
- No respeto de los derechos del niño.

En resumen, muchos maltratos físicos pasan desapercibidos, bien porque no consultan, bien porque los médicos no establecen la etiología del proceso y se confunden con procesos neurológicos, metabólicos o con traumatismos no provocados, o bien porque fallecen antes de que se pueda realizar el diagnóstico. Detectar estos casos de maltrato es decisivo para evitar la repetición de las lesiones (Ibid. p.20).

Otros tipos de maltrato:

No podemos pasar por alto la violencia de género en el ámbito familiar ya que en la actualidad es un foco de intervención prioritario ya que según datos de la Delegación del Gobierno de la Región de Murcia del año 2014 el 64,9% de las mujeres que habían recibido maltrato tenían hijos menores de edad cuando dicho maltrato se estaba produciendo, siendo la media de hijos menores por mujer maltratada de dos. Es a partir de los estudios realizados en 2011 es cuando por primera vez estos menores van a ser tenidos en cuenta en las estadísticas oficiales de violencia de género<sup>22</sup>.

El Ciberacoso afecta en la actualidad a los niños y jóvenes que acceden a Internet, redes sociales y las nuevas tecnologías a edades cada vez más tempranas. En España, la edad de inicio es de 10 años en el caso de Internet, 11 en el uso de teléfono móvil y 13 en el de teléfonos inteligentes o Smartphone. Los llamados “nativos digitales” se desenvuelven con familiaridad y habilidad en la red pero, al mismo tiempo, son un colectivo especialmente vulnerable y, en ocasiones, proclive a asumir riesgos que pueden derivar en situaciones no deseadas, tales como el ciberacoso.

Hay dos riesgos que siempre han existido: el acoso escolar llevado entre alumnos o el acoso por parte de un adulto a un menor con fin sexual, que se ha adaptado a las nuevas tecnologías bajo los nombres de cyberbullying y grooming.

El cyberbullying, es el acoso entre iguales con medios telemáticos como internet, teléfonos móviles, videojuegos y que se asocian a amenazas, contenidos vejatorios o fotografías con intención ofensiva o vejatoria.

El grooming es una situación de acoso hacia el menor procedente de una persona mayor con finalidad sexual explícita o implícita a través de engaños, chantaje.

Existen guías de ayuda a padres y educadores en su labor de enseñar y guiar a sus hijos cuando comienza la andadura por internet y que en ocasiones son los propios padres los que desconocen los peligros reales a los que puede estar enfrentado su hijo, como prevenirlos y educar a los menores para que no se vean afectados por los mismos o conocer los pasos a dar en el caso de haber sido víctima de alguno de ellos<sup>23</sup>.

### 1.3. Gravedad del maltrato infantil

Una vez tipificados los tipos de maltrato, pasaremos a ver la gravedad del maltrato que dividiremos en dos partes según el Protocolo Básico de Intervención contra el maltrato infantil del Observatorio de la Infancia<sup>24</sup>

- Maltrato leve o moderado: la situación no es urgente ya que existen indicadores físicos, psicológicos y/o sociales de maltrato que se pueden abordar educativamente en el entorno sociofamiliar del menor, de este modo el menor permanece en la familia y se realiza una labor educativa desde los servicios sociales.
- Maltrato grave: la situación es urgente, existen indicadores físicos, psicológicos y/o sociales que ponen en peligro la integridad y bienestar del menor. Se debe valorar la vulnerabilidad del niño, la cronicidad y la frecuencia del maltrato, las relaciones con el agresor, si existe discapacidad y las características del entorno familiar y su entorno. También se ha de tener en cuenta el tipo de lesión y la probabilidad de que el maltrato vuelva a repetirse.

### 1.4. Indicadores de maltrato infantil

Según la Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración, una característica común de los indicadores es que son observables. Estos pueden referirse tanto a señales corporales, como a comportamientos de los menores afectados y de los adultos encargados de su cuidado (Ibid. p.19).

Los indicadores físicos del menor hacen referencia a aquellas señales que pueden observarse en cualquier parte del cuerpo como las heridas, magulladuras, fracturas, retraso en el desarrollo, etc. O aquellas manifestaciones físicas tales como a talla, el peso, la



aparición, que son resultados de conductas negligentes de los cuidadores, tales como no proporcionar una alimentación adecuada, no proporcionar protección, higiene, no proporcionar afectos o cariños de forma adecuada, no proteger de las inclemencias del tiempo, etc.

Los indicadores comportamentales del menor hacen referencia a aquellas reacciones del comportamiento y emocionales de los menores que son consecuencia inmediata a largo plazo del estrés padecido en la situación de maltrato como las reacciones de ansiedad, estrés postraumático, bajo autoconcepto, sumisión, inhibición, apatía, depresión, agresividad, cambios bruscos de rendimiento escolar, dificultades de aprendizaje, problemas de atención y concentración, etc.

Los indicadores comportamentales de los padres o cuidadores principales se refieren a la conducta y actitudes que los padres manifiestan en relación a sus hijos, así como la implicación en el cuidado y en la educación. Los menores que padecen malos tratos viven generalmente en ambientes familiares adversos caracterizados por una baja responsabilidad e implicación emocional, alta conflictividad y relaciones inestables.

A continuación pasamos a describir los indicadores de maltrato, así como los indicadores comportamentales tanto en el niño como en el cuidador.

#### 1.4.1 Maltrato físico

- Indicadores
  - a) Lesiones cutáneo-mucosas, hematomas, contusiones, equimosis, heridas inciso-contusas, laceraciones, erosiones y pinchazos.
  - b) Quemaduras y escaldaduras.

## BLOQUE I. MARCO TEÓRICO

- c) Mordeduras humanas.
  - d) Alopecia traumática.
  - e) Lesiones dentales.
  - f) Lesiones osteo-articulares y fracturas en espiral en huesos largos y cualquier fractura en un menor de dos años.
  - g) Lesiones orgánicas internas: aisladas o asociadas a otras manifestaciones traumáticas, por intoxicación deliberada o por negligencia, que apoyan el diagnóstico.
  - h) Asfixia o ahogamiento.
  - i) Síndrome del niño zarandeado.
- Indicadores comportamentales en el menor
    - a) Cauteloso respecto al contacto físico con adultos.
    - b) Se muestra aprensivo cuando otros niños lloran.
    - c) Muestra conductas extremas: agresividad o rechazo.
    - d) Parece tener miedo a los padres para ir a casa.
    - e) Dice que su padre a madre le ha causado alguna lesión.
    - f) Va excesivamente vestido y se niega a desnudarse ante otros.
    - g) Es retraído y no participa en actividades y juegos comunes.
    - h) Ingresos múltiples en distintos hospitales.
  - Conducta del cuidador
    - a) Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad y problema del niño.
    - b) No da explicación respecto a la lesión o explicaciones ilógicas y poco convincentes o contradictorias.
    - c) Parece no preocuparse por el niño.
    - d) Percibe al niño de forma negativa: malo, perverso, un monstruo.
    - e) Abuso de alcohol o drogas.
    - f) Intenta ocultar la lesión del niño o protege la identidad de la persona responsable de esta (Ibid. p.17).

#### 1.4.2. Maltrato sexual

##### a) Indicadores físicos en el menor

- Dificultad para andar o sentarse.
- Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
- Excoriaciones, abrasiones y/o hematomas en pubis, cara interna de los muslos y de las rodillas.
- Eritema, erosiones y/o petequias en región intraoral, particularmente en la unión entre el paladar duro y blando.
- Hematomas por succión en cuello y/o mamas.
- Signos asociados a sofocación parcial (petequias periorbitarias, marcas en el cuello).
- Hemorragia genital o rectal.
- Vulvitis y vulvovaginitis (dolor, picor, inflamación y/o flujo).
- Balanitis y balanopostitis; parafimosis.
- Presencia de semen en piel, región perioral, cavidad oral, genitales, ano o ropa.
- Lesiones genitales o anales recientes, externas o internas, en ausencia de una explicación accidental adecuada: edemas, laceraciones, abrasiones, contusiones, desgarros, cortes transversales, avulsiones (desgarro o pérdida), hematomas, equimosis, petequias, marcas de mordeduras, cicatrices, quemaduras (en ocasiones provocadas por actos sádicos deliberados).
- Enfermedades de transmisión sexual no adquiridas por vía perinatal.
- Cuerpo extraño en la vagina, vejiga o el recto.
- Embarazo, especialmente al inicio de la adolescencia y no dice quien es el padre.
- Disuria; defecación dolorosa; dolor abdominal; prurito genital o anal.
- Infección urinaria recidivante.

## BLOQUE I. MARCO TEÓRICO

- Lesiones específicas o compatibles.
- Vulvovaginales: adherencias labiales, sinequias del himen, ausencia del himen, remanentes del himen, dilatación himeneal > 5-6 mm. , rupturas del himen.
- Anales y perianales: dilatación anal refleja > 15 mm. y reproducible (sin materia fecal en la ampolla), acortamiento o eversión del canal anal, fisuras únicas o múltiples de localización posterior, congestión venosa perianal, verrugas perianales.

### b) Indicadores comportamentales en el niño

#### Conductuales:

- Dice haber sido atacado sexualmente por padre/cuidador.
- Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados o inusuales.
- Parece reservado.
- Tiene escasas relaciones con sus compañeros.
- No quiere cambiarse de ropa para hacer gimnasia o pone dificultades para participar en actividades físicas.

#### *Psicosomáticas:*

- Trastornos del sueño y alimentación.
- Dolores abdominales, cefaleas, trastornos neurológicos, respiratoria, esfinterianos, sin causa claras.
- Enuresis, encopresis.

#### *Psíquicos:*

- Baja autoestima.
- Terrores nocturnos.
- Depresiones crónicas, intento de autolisis, automutilaciones.
- Desvalorización corporal.

- Problemas de conducta: fugas, fracaso escolar.
- Promiscuidad sexual, prostitución masculina y femenina, travestismo.
- Criminalidad, violencia.

#### c) Conductas del cuidador

- Extremadamente protector o celoso del niño.
- Alienta al niño a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del cuidador.
- Experimenta dificultades en su matrimonio.
- Abuso de drogas o alcohol.
- Esta frecuentemente fuera del hogar<sup>15</sup>.

### 1.4.3 Negligencia o abandono físico

#### a) Indicadores físicos en el menor

- Negligencias en la alimentación (deprivación de alimentos, dietas inadecuadas): Malnutrición proteico-energética aguda y/o crónica (tipos kwashiorkor o marasmático); obesidad, fallo de medro, retraso de crecimiento, raquitismo, microcefalia, anemias (principalmente ferropénica), déficit de vitaminas, déficit de oligoelementos, palidez, cansancio inapropiado para su edad y apatía permanente, retrasos en el desarrollo psicomotor, retrasos en las adquisiciones madurativas y problemas de aprendizaje, retraso en el desarrollo puberal.
- Falta de higiene en el hogar: Infecciones recurrentes y/o persistentes del aparato digestivo, bacterianas o parasitarias por pobre higiene en el hogar y/o ingesta no supervisada de aguas no potables o residuales, infecciones del aparato respiratorio y crisis de asma

bronquial recurrentes y/o persistentes, por pobre higiene en el hogar, presencia de humedad y hongos ambientales y exposición continuada a humo de tabaco.

- Falta de aseo: mal olor, vestuario inapropiado, inadecuado, sucio; pelo seco, fino y escaso, pelo largo, sucio y descuidado, áreas alopécicas, piojos, liendres; uñas sucias, largas, amarillentas, engrosadas; piel sucia, con roña ("coraza insoluble"), con costras, con pliegues cutáneos macerados; eccemas, micosis, eritema genital del lactante severo y con dibujo geométrico coincidente con el del área del pañal, vulvovaginitis inespecíficas en niñas pequeñas.
- Permanencia prolongada fuera del hogar con exposiciones climáticas adversas: eritema pernio, neumonía, hipotermia, congelación; quemaduras solares, golpe de calor, deshidratación.
- Negligencias en el cuidado odontológico: caries en número abundante y no tratadas; falta de dientes; flemones repetidos, granulomas y otras enfermedades periodontales; pérdida del color normal de los dientes.
- Falta de seguridad en el hogar y/o supervisión parental: caídas, escaldaduras, ingestiones de cuerpos extraños, intoxicaciones, ahogamientos, incendio del hogar, morbilidad y secuelas por accidentes, muerte.
- Negligencias en el cuidado médico:
- Por despreocupación de los cuidados básicos de salud (vacunaciones ausentes o incompletas, ausencia de cribado y detección precoz de enfermedades, etc.): enfermedades infecto-contagiosas evitables por vacunación y sus complicaciones y secuelas, estrabismo, ambliopía, sordera, escoliosis, luxación de cadera, criptorquidia, etc.
- Por despreocupación en la atención a las enfermedades, como retraso en la búsqueda de asistencia en procesos

graves, se niega la aplicación de determinadas medidas indispensables para salvar al niño, se aportan datos insuficientes, no se cumplen los tratamientos prescritos, se ignoran los consejos ante las enfermedades crónicas, existe despreocupación en las enfermedades incapacitantes y con enfermedades reconocidas cuando el niño está seriamente enfermo o moribundo o mantiene enfermedades prolongadas con complicaciones evitables e incluso muerte.

b) Indicadores comportamentales en el menor

- Pide o roba comida.
- Comportamiento auto gratificantes.
- Somnolencia, apatía, depresión.
- Hiperactividad, agresividad.
- Tendencia a la fantasía.
- Absentismo escolar.
- Se suele quedar dormido en clase.
- Llega temprano a clase y se va tarde.
- Dice que no hay quien le cuide.
- Conductas dirigidas a llamar la atención del adulto.
- Permanencia prolongada fuera del hogar.
- Comportamientos antisociales.
- Retraso en las aéreas madurativas.
- Problemas de aprendizaje escolar.

c) Conducta del cuidador

- Vida en el hogar caótica.
- Abuso de drogas y alcohol.
- Muestra evidencias de apatía o inutilidad.
- Tiene una enfermedad crónica.

## BLOQUE I. MARCO TEÓRICO

- Los padres no presentan el aspecto de abandono de sus hijos.
- Ejercen poca supervisión y vigilancia de sus hijos.
- Despreocupación respecto a las enfermedades de sus hijos y por su prevención (Ibid. p.17)

### 1.4.4 Maltrato y abandono emocional

#### a) Indicadores físicos en el menor

- Fallo de medro.
- Retraso de crecimiento "no orgánico".
- Plagiocefalia y áreas de alopecia producidas por mantener de forma prolongada en decúbito a un lactante o niño pequeño.
- Retrasos en las adquisiciones madurativas y problemas de aprendizaje.
- Retrasos en el desarrollo psicomotor.
- Enfermedades de origen psicossomático.

#### b) Indicadores comportamentales en el menor

- Retraso en el desarrollo emocional e intelectual.
- Excesiva ansiedad o rechazo en relaciones psicoafectivas, negativistas o agresivos y ausencia de respuesta a estímulos sociales.
- Retraso en el lenguaje, disminución en la capacidad de atención.
- Ausencia de autoestima, escasa capacidad y habilidad ante situaciones conflictivas, inmadurez socioemocional.
- Problemas graves de control de esfínteres.

#### c) Conducta del cuidador

- Renuncia a su rol parental.
- Inaccesibilidad, no disponibilidad para el niño.



- Falta de respuesta a las conductas sociales y actividades diarias del niño.
- Insultos y desaprobación, culpa y desprecio.
- Frio y rechazante, niega el amor.
- Trato desigual entre los hermanos.
- Exigencia por encima de las capacidades del niño.
- Ausencia de límites<sup>15</sup>.

#### 1.4.5. Maltrato prenatal

- Sufrimiento fetal.
- Mortinato.
- Prematuridad.
- Retraso de crecimiento intrauterino.
- Bajo peso al nacer.
- Microcefalia.
- Síntomas inespecíficos como dificultad respiratoria, dificultad para alimentarse, vómitos, diarrea, sudoración, convulsiones, irritabilidad o letargo.
- Síndrome de abstinencia.
- Manifestaciones fenotípicas (síndrome alcohólico fetal/efectos fetales relacionados con el alcohol).
- Malformaciones congénitas.
- Daño cerebral con/sin lesiones permanentes y disfunción motora.
- Infecciones de transmisión vertical (enfermedades de transmisión sexual, Hepatitis B/C, VIH).
- Dificultades para una posterior regularización del retraso de crecimiento intrauterino o del bajo peso (fallo de medro).
- Retraso del desarrollo psicomotor.
- Epilepsia.

#### 1.4.6. Síndrome de Munchausen por poderes

Habitualmente se trata de un niño en la edad de lactante-preescolar (edad media de 3 años), aunque la edad del diagnóstico oscila entre 1 mes y los 21 años de edad<sup>15</sup>.

- Los niños y las niñas están igualmente afectados (no existen diferencias por sexo).
- Los síntomas y/o signos clínicos son persistentes o recidivantes (la duración de la "enfermedad" oscila entre unos pocos días a 20 años, con una media de 14 meses).
- Los síntomas y/o signos clínicos aparecen solamente en presencia de la madre y no aparecen cuando la madre está ausente.
- Los síntomas y/o signos clínicos son de causa inexplicable y los exámenes complementarios no aclaran el diagnóstico.
- Los síntomas y signos físicos más frecuentemente relatados, y generalmente de comienzo agudo, son: fiebre, exantemas infecciosos, ataxia, convulsiones, obnubilación y estupor, coma, alucinaciones, movimientos anormales, alergias (a múltiples alimentos o medicamentos), dolor abdominal, pérdida de peso, vómitos, diarrea, hematemesis, úlceras bucales, hematuria, hipertensión, crisis apnéicas, hiperventilación, sed excesiva, incongruencia de perfil bioquímico.
- Además de los síntomas físicos, también puede presentar síntomas psicológicos y emocionales.
- Existe discordancia entre el aparente buen estado de salud del niño y la historia de graves síntomas clínicos y/o la alteración de las pruebas de laboratorio.
- Existe el antecedente de ingresos múltiples, en distintos hospitales, y abundantes exploraciones complementarias.
- Los procedimientos terapéuticos, habituales y apropiados, aplicados son inefectivos o no tolerados.

- Existe una enfermedad confirmada de causa inexplicable (la morbilidad de este síndrome es de alrededor de un 8% de los casos).
- Se ha producido una muerte de causa inexplicable (la mortalidad de este síndrome oscila entre un 10-20%, siendo mayor el riesgo en los niños menores de 3 años).
- El personal sanitario piensa en la posibilidad de hallarse frente a un caso nuevo insólito.
- Existe asociación en el 100% de los casos con maltrato emocional y asociación frecuente con fallo de medro (14%), maltrato físico (1%) y abuso sexual (1%).
- Esta relacionado con el ámbito familiar, la mayoría de ocasiones provocado por la madre.

Los indicadores inespecíficos<sup>21</sup> de este síndrome se caracterizan por ser las consecuencias de la interrelación y de la actuación diaria en la atención a las diferentes necesidades del niño en sus etapas evolutivas. Es una observación directa de la dinámica relacional de la pareja o de la familia.

Los indicadores inespecíficos no tienen todos los mismos valores pero si traducen una situación anómala, y de forma aislada posiblemente no indique algo, pero asociados y con persistencia en su presentación han de servir como toque de alarma.

La relación interprofesional desde el ámbito escolar o de la salud o en la propia vida familiar domestica, asociados, pueden corroborar la comprobación desde otro ángulo y establecer una vigilancia social sobre el niño y su familia.

La madre generalmente es muy colaboradora en el hospital e incluso apreciada por el personal sanitario como persona dedicada y abnegada, por lo que dificulta la sospecha.

## **BLOQUE I. MARCO TEÓRICO**

Para intentar explicar la motivación de estas personas, esta el deseo de llamar la atención, ganar gratificación emocional y reconocimiento al asumir el rol de madre dedicada, el cual es satisfecho al tener una relación con el personal sanitario<sup>25</sup>.

## CAPÍTULO 2. BASES TEÓRICAS DE LA INVESTIGACIÓN

### 2.1. Aproximación histórica del maltrato infantil

La violencia, las agresiones y el trato inadecuado al menor, han existido desde los tiempos más antiguos. La historia de la Humanidad, desde casi la misma Prehistoria hasta la actualidad, nos muestra con innumerables pruebas escritas que no se trata de un fenómeno nuevo, sino que, al contrario, los niños desde su más tierna infancia ha sido objeto por parte de sus padres o cuidadores de acciones agresivas o violentas que han comprometido su integridad física y psicológica, llegando incluso a producirles la muerte.

Toda historia de la infancia, requiere un trabajo interdisciplinar de historiadores, abogados, médicos, psicólogos, antropólogos, sociólogos y enfermeras dada la imposibilidad de abarcar la infancia

desde una sola disciplina, pero los aspectos culturales de la vida humana diferenciados de los sociales se pueden tratar como factores independientemente variables. Por esto en la historia de la infancia se deben considerar las diversas transformaciones de las costumbres y practica socioculturales.

Diversos autores<sup>ibid.14,28,29</sup> consideran que la historia de la infancia es una pesadilla que hemos empezado a despertar hace muy poco. Cuanto más retrocedemos en el pasado el nivel de la puericultura es más bajo y mayor es la exposición al abandono a la muerte violenta al abuso sexual, al terror, a los golpes. Durante mucho tiempo se ha considerado que la historia debía estudiar acontecimientos públicos, no privados y no se ponía atención a lo que sucedía en los hogares o en los colegios.

Algunos historiadores atribuyen a la escasez de fuentes la falta de estudios serios de la infancia.

El infanticidio como estadio final de la violencia y maltrato a un recién nacido, ha sido practicado desde la más remota Antigüedad en todas las culturas, tanto occidentales como orientales. El deseo de destruir a un recién nacido con deformidades o defectos congénitos no aceptados por los padres ha sido, sin lugar a dudas, la causa histórica más frecuente de infanticidio en el transcurso de los siglos.

En el Paleolítico y Neolítico según algunos antropólogos comparativos han calculado que el 50% de los recién nacidos de sexo femenino fueron asesinados por sus propios padres.

Marvin Harris<sup>26</sup>, calculó que entre los cazadores del paleolítico el 23%-50% de los neonatos eran sacrificados y que el infanticidio de hembras era una forma de control demográfico y esto le hizo ser criticado como forma de “determinismo ambiental”.

Elizabeth Badinter<sup>27</sup>, filósofa y catedrática de la Escuela Politécnica de Paris, nos relata que en el cristianismo primitivo, la palabra evangélica propiciadora de la igualdad entre las personas incluía también a los niños “dejad que los niños vengan a mí”, pero duro poco porque los padres y teólogos de la Iglesia, a partir del siglo III abandonaron esta filosofía y promovieron la idea del pecado y la culpa así como la expiación como instrumento de denominación de los pueblos. En relación a la infancia, el pecado original, la culpa primigenia o “el pecado de la infancia”, ocupó un lugar fundamental en la puericultura y la pedagogía de varios siglos y fundamento la justificación y permisividad del castigo como sistema correctivo. La idea de culpabilidad moral del niño generó la necesidad de educarlo (palabra que etimológicamente significa “enderezar lo que está torcido”).

Las primeras referencias históricas en relación con el mundo de la infancia se encuentran en los Vedas tratando en algún capítulo la higiene y el cuidado del niño. La primera legislación para la infancia se encuentra en el Código Hammurabi (2.250 a. C.) refiriéndose a los huérfanos y a su protección por el pueblo babilónico<sup>28</sup>.

En la cultura egipcia dado el carácter matriarcal de su civilización, los niños gozaban de un buen trato. Pero esto no era lo habitual en hijos ilegítimos. En el Papiro de Ebers que recopila la medicina egipcia, se orientaba en los cuidados a los niños.

En muchas civilizaciones la práctica del sacrificio con niños a los Dioses era habitual tal como el practicado en Cartago que fue en el mundo antiguo donde alcanzó su cenit.

En Tiro y Sidón donde los sacrificios se realizaban para calmar la ira de los dioses; como en Egipto se sacrificaban niñas para que el río Nilo fertilizase las tierras; el rey Aun sacrificó nueve de sus hijos al

dios Odín, y así podríamos seguir enumerando hechos que eran bien vistos ante la sociedad y la ley.

La forma de abandono más extrema y más antigua es la venta directa de los niños. La venta de niños era legal en la época babilónica, y posiblemente fue normal en muchas naciones de la Antigüedad.

En Roma tenían la idea de “Paterfamiliae”<sup>29</sup>, el padre era el responsable de la vida del niño y era quien decidía si el niño se mantenía y criaba o si se dejaba morir por expósito. Si se rechazaba era el estado el que pasaba a ser el propietario. Era en las Doce Tablas de la ley romana la que indicaba matar al niño si era deforme. La permisividad en las prácticas sexuales con niños al ser utilizados como objeto sexual.

En Roma el asesinato de un niño comenzó a sancionarse como delito en el año 374 pero la práctica del infanticidio (en particular los recién nacidos enfermos o malformados) continuó ejerciéndose, siendo avalada incluso por pensadores y filósofos.

Hasta el siglo IV, ni la ley ni la opinión pública veían nada malo en el infanticidio en Grecia o Roma. La legitimización de un neonato ha constituido asimismo un factor etiológico importante, con la intención evidente de hacer desaparecer el niño como prueba de ilegitimidad.

Las costumbres populares estaban profundamente arraigadas, y las repetidas prohibiciones de las autoridades civiles y eclesiásticas no parecían servir de mucho para impedir actos tan repulsivos como el infanticidio, el aborto, la venta de los hijos y el abandono de los mismos.

Etimológicamente la palabra infanticidio, proviene de los vocablos latinos “infans” y “cedere” que significan, matar a un niño.

En Esparta los niños eran criados en la familia hasta que cumplir 7 años después pasaban a ser propiedad del estado y este decidía su supervivencia al servicio de la comunidad o si era apto para ser un



futuro guerrero, así como las niñas debían ser buenas gestadoras de ciudadanos espartanos. Pero Constantino en el siglo IV inicia una corriente de protección a la infancia por la filosofía cristiana y se instaura la pena capital para el infanticidio.

En la Edad Media (siglo XIII) la preocupación del niño nos la ofrece la institución del Pare d'orfans antecesor del Defensor del Menor, establecido por el rey Pedro IV de Aragón. En el documento legal Código de las Siete Partidas (Ibid. p.44) hacía referencia a la normativa de las amas de cría y hacia los padres que abandonaban a sus hijos y que no podían volver a reclamarlos así como el castigo a los padres que infringían crueldad a sus hijos. Pero todavía se disfrazaba el infanticidio como accidentes o descuidos en muertes como la asfixia del bebe dormido entre los cuerpos de los adultos, o la muerte de niños pequeños por quemaduras con agua caliente.

De Mause (Ibid. p.43) argumenta que la amenaza de la desatención, la explotación y el abandono de los niños encontró una oposición generalizada con esfuerzos encaminados a controlarlas y suprimirlas y puede empezar a discernirse claros indicios del despertar de la conciencia y sensibilidad de la época. La idea del niño como posesión y propiedad de sus padres siguió dominando las actitudes y los actos de estos en esta época. A la concepción del niño como un bien, se le añade otra más favorable del niño como "ser" por derecho propio y una idea de la infancia como etapa de la vida con características propias y como periodo formativo. Dado el carácter de la sociedad medieval, no es de extrañar que el clero desempeñara un papel destacado en la difusión de actitudes e ideas más humanas, así como reformadores y sustitutos de los padres.

Así el abandono moral constituyo un fenómeno muy extendido en el tiempo y en los diversos estratos sociales y que con el transcurso del tiempo constituyo una practica de crianza habitual que consistía en

la delegación del cuidado del hijo en otra mujer, era la figura de la nodriza. En un principio era ella la que abandonaba su hogar y posiblemente a su hijo lactante para trasladarse a la casa de familias ricas y más tarde se traslado al resto de la sociedad y que sucumbió al abandono de la crianza ya que los niños eran los que se desplazaban abandonando la familia biológica. Los dificultosos viajes de desplazamiento muchas veces a espacios rurales, el hacinamiento y las epidemias unidas al nulo desarrollo de la medicina infantil, hizo que la mortalidad de los primeros años se mantuviese altísima.

Del siglo XIV al XVI en Italia, parece claro que en la escuela reinaba a menudo el miedo y los golpes y que reaccionaban con miedo o terror, pero en la primera parte de la vida hasta los diez años no suponía la separación de la familia, esto venia posteriormente con el aprendizaje con un mercader, un banquero, escultor o cualquier otra profesión, esta etapa de los diez o doce años, marca el comienzo de una nueva vida para el niño, una nueva vida que conducía a una temprana madurez e independencia.

La vida del niño común de la clase media urbana en el Renacimiento parece estar marcada por una serie de difíciles adaptaciones, tanto físicas como emocionales. La primera y más significativa era la separación de la madre para ser criado por una nodriza que era aceptada como algo normal, y consecuentemente privado del amor y cuidados de ambos padres. La segunda era la vuelta después de unos años a un hogar que no conocía y el reencuentro con una madre desconocida. Este periodo que parece el más decisivo y el que menos atención recibe. Y es en la etapa de dos a siete años que las circunstancias le exigían una extraordinaria adaptación a un entorno extraño. Más tarde como comentaba en el párrafo anterior la salida a la escuela y al comercio. Las niñas salían al convento y a menudo antes de los dieciséis al matrimonio.

En Inglaterra entre los siglos XV y XVI la idea de mantener la disciplina se mantiene con firmeza, si no, el niño se echa a perder por

lo que se les inculca el respeto y el sometimiento a los padres. A lo largo de este periodo se aprecia un cambio en el ámbito de los cuidados y bienestar físicos y se pone empeño en complacerle procurando su felicidad. Se les reconoce como seres humanos con problemas diferentes a los del adulto.

En el siglo XVII una tasa de mortalidad infantil en aumento y una familia nuclear cuyas relaciones eran cada vez más contractuales apuntan, a una situación en la que los padres mostrarían más interés por sus hijos, a pesar de que las instituciones velaban por el aprendizaje y el servicio. Separaba a los hijos de sus padres desde los seis a los catorce años, conviene señalar que la mayor parte de la educación tenía lugar en el hogar y no en la escuela.

En esta época del Renacimiento (Ibid. p.44) San Vicente de Paúl en 1638, se encargo de la obra de los niños expósitos, más de 300 eran abandonados anualmente en las calles de Paris. Según los casos, se asignaba un número de Hijas de la Caridad a la obra y creó 13 establecimientos benéficos para albergar a los niños desprotegidos considerándolo el gran defensor de los derechos del niño.

En el siglo XVIII la infancia adquiere un valor propio en la sociedad y trata de situarla en sus espacios naturales que son la familia y la escuela, los agentes que velaran por la salud integral de la infancia.

En el siglo XIX, como consecuencia de la Revolución Industrial, trae consigo la explotación del niño a través del trabajo y una severa educación de la nueva clase social surgida. La burguesía aún unas infrahumanas condiciones para los niños de las clases más desfavorecidas y la atención al menor que en esta época, parte de una idea de beneficencia y no de un verdadero reconocimiento de

derechos, lo que supone que los Estados no asuman una responsabilidad directa en esta materia.

Es en este siglo XIX surge la Pediatría que brota del tronco común de la Medicina, sus marcos para el desarrollo son los Hospitales y Dispensarios y empieza así en el siglo XX la nueva ciencia pediátrica en expansión y la promulgación de las primeras leyes de protección de la infancia (Ibid. p.44).

Cabe destacar la labor de ciertos profesionales como María Montessori nacida en 1870 en Italia, la primera mujer medica en la Universidad de Roma, que más tarde fue también Antropóloga y Filósofa que dedico su vida a la enseñanza y protección de la infancia y organizo la primera “casa del niño”, donde puso en practica su método educativo Montessori en el que su objetivo principal era que el niño desarrolle al máximo sus posibilidades dentro de un ambiente atractivo y motivador y abogo por la autonomía y libertad como sinónimo de elección y disciplina como base de la autoeducación. Crecer en la capacidad del niño para potenciar se crecimiento.

Su epitafio fue: “ruego a los niños todopoderosos, se unan a mi para construir la paz del hombre y la paz del mundo”.

Un caso de gran repercusión social, fue el primer acto documentado de niño abusado en los Estados Unidos. Llegó a conocimiento público a raíz del caso de Mary Ellen, una niña de 9 años ilegítima que había sido severamente maltratada, sometida a gran abuso físico y negligencia. Fue encontrada por unos trabajadores parroquiales en Nueva York en 1874. Tras varios intentos en defensa de la niña se dieron cuenta de que no existía ninguna agencia gubernamental que se hiciera cargo, y que la única que estaba disponible era La Sociedad para la Prevención de la Crueldad Hacia los Animales. Por este motivo, fundaron la Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Niños, y fue Nueva York en 1875 el primer estado que contó con una ley para la protección de la infancia, y modelo para otros estados.

Tubo que pasar bastante tiempo para que John Caffey (Ibid. p.43) diera a conocer en 1946 sus observaciones sobre la inexplicable asociación entre hematomas subdurales y alteraciones radiológicas anormales en los huesos largos. En 1953, su discípulo Silverman establece las causas traumáticas de las lesiones. Algunos años después, en 1957 y en 1965, Caffey publica nuevos casos de malos tratos que corroboran el origen traumático de los mismos. Describe con “El Síndrome del bebé sacudido” una forma inusual de maltrato infantil, con especial repercusión neurológica, caracterizada por la presencia en niños lactantes, de hemorragias retinianas, subdurales y/o subaracnoideas en ausencia de trauma externo o signos mínimos de maltrato<sup>30</sup>. Su agente causal es la brusca sacudida de la cabeza con sujeción de tronco y miembros, produciendo importante daño cerebral y comúnmente deterioro mental de intensidad variable.

Probablemente no exista en toda la historia de la literatura médica pediátrica un término que causara tanto impacto como el que describió Kempe<sup>31</sup>, con el nombre de “Síndrome del niño apaleado”. Su publicación abriría las puertas en un futuro a un periodo trascendental de estudio e investigación con innumerables aportaciones, trabajos, libros, creación de Sociedades Nacionales e Internacionales sobre lo que hoy entendemos por niño maltratado. Las lesiones estudiadas consistían en fracturas de cualquier hueso, acumulo de sangre intracraneal, hinchazón de tejidos blandos, cardenales y contusiones en la piel o retraso de la talla. También consideraron que si un niño moría de muerte súbita, o el tipo de lesión estaba en contradicción con la historia aportada por los padres, debía sospecharse de una agresión intencionada y violenta, y que los trastornos psiquiátricos de los padres serían de gran importancia en la patogénesis de la entidad.

El “niño apaleado” descrito por Kempe<sup>32</sup> como una entidad clínica, se caracteriza fundamentalmente por una serie de lesiones de tipo físico, entre las múltiples manifestaciones secundarias a la

negligencia, a la problemática familiar, y a la violencia. Debería considerarse por tanto, una entidad clínica limitada, en general, a hechos traumáticos de carácter físico, en comparación al concepto mucho más amplio y actual de “niño maltratado”.

En la década de los años 70, surge a nivel universal un gran impulso de los movimientos asociativos profesionales, comenzando a funcionar en 1977 la Sociedad Internacional para la Prevención del Abuso y Negligencia al Niño, contando con la prestigiosa publicación oficial Child Abuse Neglect que ha representado conjuntamente con las convenciones internacionales, un gran impulso a la profundización científica del tema.

El inicio del movimiento asociativo en nuestro contexto se produce en la década de los 80, con la Asociación Catalana en 1988 , seguida de la Madrileña en 1989, País Vasco, Andalucía y Murcia en 1990..., poniéndose en marcha la Federación de Asociaciones, que permite la conexión y el intercambio de experiencias y criterios, con otras asociaciones en el plano internacional (Ibid. p.49)

La Declaración Universal de los Derechos del Niño y el desarrollo de la Pediatría Social durante el s. XX, representan a nivel mundial la culminación de una nueva actitud y conciencia social hacia los pequeños. Considerarlos libres, autónomos y, sobre todo, con derechos propios, esto significo el hecho más positivo en la historia de la infancia.

La historia de la violencia contra el niño, como lacra social, implica no solo un creciente reconocimiento de que supone un mal innecesario, sino además la capacidad técnica para diseñar medios que permitan establecer la historia clínica de las lesiones infligidas al niño y la disposición de la comunidad para enfocar el problema de un modo constructivo (Ibid. p.49).

## 2.2. Marco Legal

En el artículo 1 de la Convención de los derechos del Niño, se recoge que todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que se le aplique, haya alcanzado antes la mayoría de edad. Por lo que las leyes de protección a la infancia están dirigidos a esta franja de edad.

A lo largo de la historia y en función del concepto de infancia característico de cada periodo de la historia, se han producido ciertos intentos para proporcionar a la infancia protección o atención, sobre todo por motivos éticos religiosos, pero ciertamente poco efectivas. Haciendo un recordatorio de la atención al niño en la historia veremos cómo lejanos ejemplos nos situaban en los historiadores que han estudiado el maltrato infantil. Advierten la evolución del concepto de maltrato infantil desde el siglo XIX que se definía como toda acción física que dirigen los padres contra la integridad física de sus hijos, causándoles lesiones, en la actualidad no es solo la acción física, sino también la sexual o psicológica ejercida por cualquier adulto.

Ya a finales del siglo XIX y principios del XX, los niños de la calle o abandonados, no recibían experiencias de vida que son primordiales en la infancia como es la seguridad de un hogar y el afecto y protección de la familia. A consecuencia de este déficit y considerando que la etapa infantil es fundamental para el desarrollo del futuro hombre, reconsideraron la protección del débil y los juristas interesados en proteger a la infancia del abandono y malos tratos que recibían de sus padres a pesar del obstáculo que suponía la patria potestad<sup>33</sup>, considerada como la institución jurídica que normalizaba las relaciones familiares, pero que al mismo tiempo constituía un obstáculo para las medidas protectoras de los hijos ante los malos tratos por parte de sus padres. El padre era el jefe de familia al que todos sus miembros debían obediencia y para conseguirlo podía utilizar la fuerza física ya

que las leyes se lo permitían. La creencia tan arraigada culturalmente de la autoridad paterna y de la privacidad del hogar hacia que el Estado se mantuviera al margen.

La familia era un santuario y la autoridad del padre raramente quebrantable. Esta situación no fue exclusiva de España, en Estados Unidos el hogar era un lugar privado en el que no se intervenía, salvo en casos en que se produjesen lesiones graves o la muerte del niño.

Posteriormente se llegó al convencimiento de que las particulares necesidades de los niños debían ser especialmente enunciadas y protegidas, y así aparecieron las Sociedades Protectoras de los niños en Estados Unidos en 1874 contra la crueldad de los padres y las primeras leyes que sancionan a éstos, secundándose en los países europeos.

Realizando un recorrido cronológico en cuanto a leyes y normas, encontramos que:

El 24 de julio de 1873 se aprobó la primera ley reguladora del trabajo infantil en cuanto a jornada máxima y edad mínima para poder empezar a trabajar.

El 28 de julio de 1878 se promulgó otra ley que prohibía el trabajo de los niños menores de 16 años en trabajos peligrosos y espectáculos públicos y admitía la privación de la patria potestad en caso de que los padres lo consintiesen. Más que una ley sobre trabajo, se trataba de una ley sobre los abusos de la patria potestad, una ley importante porque señalaba la posible injerencia del Estado en la autoridad paterna.

La ley de 13 de marzo de 1900, prohibía el trabajo a los menores de 10 años y regulaba las horas y las condiciones laborales de los comprendidos entre los 10 y 14 años.

La participación de la medicina en un compromiso de salvaguardar la infancia, afectó no solo al estudio de la mortalidad



infantil y a la protección sanitaria de los primeros años de vida, sino que comprendía varios aspectos del cuidado del niño, y muchos médicos serían los responsables de las reformas, y los que redactarían las medidas legislativas de protección a la infancia. Entre ellos destaca Manuel Tolosa Latour que junto con el doctor Pulido, serían los que lograrían la aprobación de la Ley General de Protección a la Infancia de 1904. La ley redactada por el doctor Tolosa, basada en sus ideas higienistas y protectoras de la infancia, estaba inspirada en la ley francesa de 1874 (Ley Roussel). En 1904 Alfonso XIII firmaba la ley por la que se creaba el Consejo Superior de Protección a la infancia y Represión de la mendicidad. Fue médico y gran filántropo que durante toda su vida estuvo trabajando generosamente para paliar las enormes carencias de todo género de los niños marginados de su época y su finalidad con esta ley, era la protección física y moral de los niños abandonados menores de diez años. También quedó reflejada la regulación y control de la lactancia mercenaria<sup>34</sup>.

El Doctor Tolosa<sup>35</sup>, escribía en 1900:

Nuestra legislación es a todas luces deficiente. La patria potestad se eleva como infranqueable muralla para amparar las servicias, explotaciones y abandono de gentes indignas, que abusan del hijo induciéndoles a la vagancia y al crimen. Urge pues, una reforma en el Código Penal, que determine los delitos por los cuales pueda imponerse como pena la privación de la patria potestad, a fin de evitar que sea letra muerta el precepto del art.169 en su número primero, y evitar que cierta clase de delitos carezcan de la sanción más adecuada para los mismos, cual es la pérdida por parte de los padres de esa potestad de que se hacen indignos.

Esta ley de 1904 protegía al niño hasta de 10 años y cuidaba de la salud física y moral, regulaba la lactancia mercenaria, las nodrizas y su control legal. Pero esta ley se centró casi exclusivamente en este tema y además se publicó cuatro años después, el 24 de enero de

1908, dando tiempo a que se aportaran novedades, ampliando el concepto de protección a la infancia, se hacía mención a la tutela, a la protección de la mujer embarazada, regulaba la inspección de los alberges de niños, la explotación infantil y exigía la persecución de los delitos a menores.

Todo esto, inicio la reforma del Código Civil y del Penal y que junto con los pediatras e higienistas consiguen un cambio social que se prolonga hasta principios del XX.

Es en la actualidad por motivos de desigualdad y pobreza, que cada vez hay más reacciones enérgicas, tanto a nivel internacional como nacional y autonómico así como en varios sectores sociales, para remediar situaciones trágicas que sigue sufriendo nuestra infancia.

Las leyes de protección para la Infancia y la Adolescencia deben tener la finalidad de garantizar el armonioso desarrollo de los niños y adolescentes para que crezcan dentro de la familia y la comunidad, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión.

Debe hacer prevalecer la igualdad y la dignidad humana, sin discriminación para garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos Humanos, en la Constitución Política y en las Leyes, pero dicha garantía y protección será obligación de la familia, la sociedad y el Estado.

Es a partir de la reunión de la Sociedad de Naciones en Ginebra en su V asamblea de 24 de septiembre de 1924 que aprobó la primera Declaración de Derechos del Niño en el que se analizan los deberes inherentes de hombres y mujeres y la necesidad de protección de cualquier menor abandonado. Esta declaración fue redactada por Eglantyne Jebb, fundadora de la Organización Save the Children.

## Declaración de los Derechos del Niño . Ginebra 1924

Por la presente Declaración de los Derechos del Niño, llamada Declaración de Ginebra, los hombres y mujeres de todas las Naciones, reconociendo que la humanidad debe dar al niño lo mejor de sí misma, declaran y aceptan como deber, por encima de toda consideración de raza, nacionalidad, o creencia que:

### 1) Primero

El niño debe contar con los medios necesarios para su normal desarrollo tanto material como espiritualmente

### 2) Segundo

El niño hambriento debe ser alimentado, el niño enfermo debe ser atendido, el niño que esta hacia atrás hay que ayudarlo, el niño delincuente deberá ser reclamado, y el huérfano y el abandonado debe ser protegido y socorrido.

### 3) Tercero

El niño debe ser el primero en recibir socorro en caso emergencia.

### 4) Cuarto

El niño debe ser puesto en condiciones de ganarse la vida y debe ser protegido de cualquier forma de explotación.

### 5) Quinto

El niño debe ser educado en la conciencia de que sus talentos deben dedicarse al servicio de sus semejantes

Desde entonces, y hasta 1948, todo el desarrollo legislativo de los Tribunales para los niños se contempla en el siguiente conjunto de disposiciones (Ibid. p.53):

- Ley de Bases de 2 de agosto de 1918 sobre organización y atribuciones de los Tribunales para niños.
- Ley de 25 de noviembre de 1918. Decreto ley sobre Organización y retribuciones de los tribunales para niños.
- Reglamento provisional sobre organización y atribuciones de los tribunales para niños. Real decreto de 10 de julio de 1919.
- Reglamento definitivo sobre organización y atribuciones de los tribunales para niños. Real decreto de 6 de abril de 1922.
- Decreto-Ley de 15 de julio de 1925 sobre organización y atribuciones de los Tribunales Tutelares para niños.
- Reglamento provisional para ejecución de la Ley de Tribunales para niños de 15 de julio de 1925. Real decreto de 6 de septiembre de 1925.
- Nueva redacción de varios artículos de Decreto Ley y Reglamento de 1925. Real orden circular de 2 de abril de 1926 y Real orden de 14 de mayo de 1925.
- Real Decreto-Ley de 3 de febrero de 1929 sobre organización y atribuciones de los Tribunales Tutelares para niños.
- Reglamento provisional de Tribunales Tutelares de Menores. Real Decreto de 3 de febrero de 1929.
- Decreto de 30 de junio revisando la Ley y Reglamento de 1929.
- Decreto de 30 de junio de 1931 revisando la Ley y Reglamento de 1929.
- Ley de Tribunales Tutelares de Menores de 1941.
- Decreto de 11 de junio de 1948 por el que se aprueba el texto refundido de la legislación sobre Tribunales Tutelares de Menores.

Posteriormente fruto de la tarea legislativa internacional fue la Declaración de los Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948, que sobre la base de la libertad, la igualdad, la justicia y la paz hace

referencia a la obligación de promover y asegurar el respeto a los derechos y libertades señalados a lo largo de los treinta artículos que la componen. Esta declaración incluye a la infancia porque los niños son seres humanos, hay una referencia expresa a los mismos en el artículo 25.2, donde se dispone que la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social<sup>36</sup>.

Siguiendo con la revisión cronológica, la Declaración de los Derechos del Niño de 20 de noviembre de 1959 de la Asamblea General de Naciones Unidas<sup>37</sup> tuvo una gran influencia en legislaciones posteriores y reconoce en sus diez principios, la amplia gama de derechos que ha de disfrutar los niños sin discriminación alguna de nombre, nacionalidad, alimentación, vivienda, educación, servicios sanitarios,(...) y para que pueda desarrollarse física, mental, moral y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. (Anexo 1)

#### Principio 1

El niño disfrutara de todos los derechos enunciados en esta Declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, región, opciones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

#### Principio 2

El niño gozara de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que se pueda desarrollar física, mental, moral, espiritual y socialmente de forma saludable y normal, así como en condiciones de

libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a la que se atenderá será el interés superior del niño.

### Principio 3

El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

### Principio 4

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y posnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

### Principio 5

El niño física y mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiera su caso particular.

### Principio 6

El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo en circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

### Principio 7

El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad.

El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres.

El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deberán estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzaran por promover el goce de este derecho.

### Principio 8

El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

### Principio 9

El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata.

No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su educación o su salud, o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

Principio 10

El niño deber ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.

En España la Constitución de 1931<sup>38</sup>, proclamaba los deberes de los padres respecto de sus hijos y la protección directa del Estado sobre la infancia. En su artículo 43 dice:

Los padres están obligados a alimentar, asistir, educar e instruir a sus hijos. El Estado velará por el cumplimiento de estos deberes y se obliga subsidiariamente a su ejecución.

A pesar de la novedad del artículo 43 que modificaba las relaciones familiares anteriores, no se consiguió la reforma del Código Civil, y la patria potestad siguió siendo un obstáculo para proteger a la infancia de los padres poco dignos de serlos.

En España la Constitución Española (Ibid. p.60), aprobada por la Cortes en sesiones plenarias del Congreso de las Diputados y del Senado celebrado el 31 de octubre de 1978 y ratificada por el pueblo español en referéndum de 6 de diciembre de 1978, en su capítulo tercero, artículo 39, punto 3 señala que “los padre deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos en que legalmente proceda”. Así mismo en el artículo 39.4 añade que los niños gozaran de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velaran por sus derechos.

A consecuencia del mandato constitucional, se llevo a cabo, un importante proceso de renovación del ordenamiento jurídico en materia de menores.



Primero fue la Ley 11/1981, de 13 de mayo, de modificación de la Filiación, Patria Potestad y Régimen Económico del Matrimonio<sup>39</sup>, que suprimió la distinción entre filiación legítima e ilegítima, equiparó al padre y a la madre a efectos del ejercicio de la patria potestad e introdujo la investigación de la paternidad.

Después se han promulgado, entre otras, las Leyes 13/1983, de 24 de octubre, sobre la tutela; la Ley 21/1987, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción; la Ley Orgánica 5/1988, de 9 de junio, sobre exhibicionismo y provocación sexual en relación con los menores; la Ley Orgánica 4/1992, de 5 de junio, sobre reforma de la Ley reguladora de la competencia y el procedimiento de los Juzgados de Menores; y la Ley 25/1994, de 12 de julio, por la que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 89/552/CEE, sobre la coordinación de disposiciones legales reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas al ejercicio de actividades de radiodifusión televisiva.

De las leyes citadas, la 21/1987 11 de noviembre de 1987<sup>40</sup>, es la que sin duda, ha introducido cambios más sustanciales en el ámbito de protección al menos, introduce y regula la adopción, reconociendo que el régimen hasta ahora vigente no llega a satisfacer plenamente la función social que debe cumplir esta institución, a causa de una serie de defectos e insuficiencias normativas que la experiencia acumula con el paso de los años ha puesto de relieve y que aquel sistema no estaba suficientemente fundado en la necesaria primacía del interés del adoptado, que debe prevalecer sobre los demás intereses como son los adoptantes. Es un instrumento de integración familiar. Se regula también el acogimiento familiar con especial detalle ateniéndose a diversos derechos europeos. También y como complemento del acogimiento familiar y de la adopción, la presente ley da normas sobre la tutela y la guarda de los menores desamparados<sup>7</sup>

La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación del Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil<sup>41</sup> pretende ser la primera respuesta a las nuevas necesidades y demandas de la sociedad, abordando una reforma en profundidad de las tradicionales instituciones de protección del menor reguladas en el Código Civil, y construye un amplio marco jurídico de protección que vincula a todos los poderes públicos, a las instituciones específicamente relacionadas con los menores, a los padres y familiares y a los ciudadanos en general.

La exposición de motivos de esta Ley 1/96, distingue, dentro de las situaciones de desprotección social del menor, entre situaciones de riesgo y de desamparo que dan lugar a un grado distinto de intervención de la entidad pública<sup>42</sup> :

- La situación de riesgo se caracteriza por la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar la separación del niño de su entorno familiar. En este caso la intervención se limitaría a intentar eliminar, dentro de la institución familiar, los factores de riesgo.
- La situación de desamparo aconseja la retirada del menor de la familia por la gravedad de los hechos. En este caso la intervención se concreta en la asunción por la entidad pública de la tutela del menor y la consiguiente suspensión de la patria potestad o tutela ordinaria.

El Código Civil artículo 172.1 párrafo segundo, contempla las circunstancias que constituyen la situación de desamparo como<sup>43</sup>:

- La falta de personas a las que por Ley corresponde ejercer las funciones de guarda del menor.
- La ausencia de reconocimiento de la filiación materna y paterna del menor, así como la renuncia de ambos progenitores a mantener cualquier derecho sobre el.
- La imposibilidad de ejercer los deberes de protección, cualquiera que sea la causa.

- El abandono voluntario o gravemente negligente del menor.
- Los malos tratos físicos o psicológicos y los abusos sexuales cometidos por familiares o responsables del menor, o por terceros si aquellos los consienten u omiten activar los medios a su alcance para impedirlos.
- La inducción a la delincuencia o a las conductas antisociales o desviadas, así como el consentimiento de su desarrollo por el menor.
- El ejercicio inadecuado de los deberes de protección por los responsables del menor con peligro grave para este.
- La drogadicción o el alcoholismo del menor, inducidos, consentidos o tolerados por los responsables de su guarda.
- La obstaculización por los responsables del menor de las actuaciones acordadas para la averiguación o comprobación de las actuaciones de desprotección, cuando se ponga en riesgo la seguridad de este, o la falta de colaboración en la ejecución de las medidas acordadas en situación de riesgo que propicie su persistencia, cronificación o agravamiento.
- La explotación económica del menor, así como el consentimiento de la misma.
- La negativa de los padres o tutores a la recuperación de la guarda del menor, una vez desaparecida las circunstancias que fundamentaron su asunción por la Administración.
- La desatención física, grave o cronificada del menor.
- La existencia de circunstancias en el hogar o en el entorno sociofamiliar del menor que deteriore gravemente o perjudiquen seriamente su desarrollo o el ejercicio de sus derechos.
- Las situaciones de riesgo que, al permitir o agravarse, determinan la privación al menor de la necesaria asistencia moral o material.
- Cualesquiera otras situaciones de desprotección que conlleven una privación de la necesaria asistencia al menor y tengan su

origen en el incumplimiento de los deberes de guarda, o supongan la inexistencia de la colaboración mínima por parte de los padres o tutores para garantizar la seguridad del mismo

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, aprobados en 1966 por la Asamblea General de la Naciones Unidas influirán decisivamente en la posterior Convención de los Derechos del Niño en 1989<sup>44</sup>, sin duda este Tratado será la normativa más importante que, con carácter vinculantes para los estados firmantes, vela por los derechos e intereses prioritarios de la infancia.

Dicha Convención sobre los Derechos del Niño (1989) en sus 54 artículos, reconoce la vulnerabilidad especial de la infancia y compila en un código único, medidas de protección de los niños, las cuales abarcan todos los tipos de derechos humanos. En la Convención se garantiza firmemente la no discriminación y se reconoce que todas las medidas deben orientarse en función del interés superior del niño. Se presta especial atención a los niños refugiados, con discapacidad o pertenecientes a minorías. Los Estados partes han de establecer garantías para la supervivencia, el desarrollo, la protección y la participación de los niños. La Convención es el tratado que cuenta con un mayor número de ratificaciones, ya que hay 191 Estados partes en ella. El Comité de los Derechos del Niño, establecido en virtud de la Convención, supervisa la aplicación de ésta y examina los informes que le presentan los Estados partes.

El siguiente cronograma se detalla la evolución de las normas internacionales sobre los derechos de la infancia:

- 1924 La liga de las Naciones Unidas aprueba la Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño. La declaración establece el derecho de los niños y niñas a disponer de medios para su desarrollo material, moral y espiritual; asistencia especial cuando están hambrientos, enfermos, discapacitados o han quedado huérfanos; ser los primeros en recibir socorro cuando se

- encuentran en dificultades; libertad contra la explotación económica; y una crianza que les inculque un sentimiento de responsabilidad social.
- 1948 La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración de los Derechos Humanos, que en su artículo 26 dice que la Infancia tiene “derecho a cuidados y asistencia especiales”.
- 1959 La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración de los Derechos del Niño, reconoce derechos como la libertad contra la discriminación y al derecho a un nombre y a una nacionalidad. También consagra específicamente los derechos de los niños a la educación. La atención de la salud y a una protección especial.
- 1966 Se aprueba el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Ambos pactos promueven la protección de los niños y niñas contra la explotación y el derecho a la educación.
- 1973 La Organización Internacional del Trabajo aprueba el Convenio N° 138 sobre la edad mínima de admisión al empleo, que establece los 18 años como la edad mínima para realizar todo trabajo que pueda ser peligroso para la salud, la seguridad o la moral de un individuo.
- 1979 La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, que protege los derechos humanos de las mujeres y las niñas. También declaran el año 1979 como el Año Internacional del Niño, una medida que pone en marcha el grupo de trabajo para redactar una Convención sobre los Derechos del Niño jurídicamente vinculante.

## BLOQUE I. MARCO TEÓRICO

- 1989 La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba unánimemente la Convención sobre los Derechos del Niño, que entra en vigor al año siguiente.
- 1990 La cumbre mundial a favor de la infancia de 1990 aprueba la Declaración mundial sobre la supervivencia, la protección y el desarrollo del niño, junto a un plan de acción para ponerla en práctica en el decenio de 1990
- 1999 La Organización Internacional del Trabajo aprueba el Convenio No. 182 sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación.
- 2000 La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba dos Protocolos Facultativos de la Convención sobre los Derechos del Niño: uno sobre la participación de los niños en los conflictos armados y el otro sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía
- 2002 La Asamblea General de las Naciones Unidas celebra la Sesión Especial a favor de la Infancia, una reunión en la que se debaten por primera vez cuestiones específicas sobre la Infancia. Cientos de niños y niñas participan como miembros de las delegaciones oficiales, y los dirigentes mundiales se comprometen en un pacto sobre los derechos de la infancia, denominado “Un mundo apropiado para los niños”.
- 2007 Una reunión para realizar un seguimiento cinco años después de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas a favor de la infancia finaliza con una Declaración sobre la infancia aprobada por más de 140 gobiernos. La Declaración reconoce los progresos alcanzados y los desafíos que permanecen, y reafirma su compromiso con el pacto a favor de un mundo apropiado para los niños, la Convención y sus Protocolos Facultativos.

En España en el BOE 313 del lunes 31 de diciembre de 1990 dice así<sup>45</sup>:

Por cuanto el día 26 de enero de 1990, el Pleno plenario de España, nombrado en buena y debida forma al efecto, firmo en Nueva York la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.

Vistos y examinados el Preámbulo y los cincuenta y cuatro artículos de dicha Convención

Concedida por las Cortes Generales la autorización prevista en el artículo 94.1 de la Constitución.

Vengo en aprobar y ratificar cuanto en ella se dispone, como en virtud del presente lo apruebo y ratifico, prometiendo cumplirla, observarla y hacer que se cumpla y observe puntualmente en todas sus partes, a cuyo fin, para su mayor validación y firmeza Mando expedir este Instrumento de Ratificación firmado por Mi, debidamente sellado y refrendado por el infraescrito Ministro de Asuntos Exteriores con las siguientes declaraciones:

- Con respecto al párrafo d) del artículo 21 de la Convención, España, entiende que de la interpretación del mismo nunca podrán deducirse beneficio financieros distintos de aquellos que fueran precisos para cubrir los gastos estrictamente necesarios que pueden derivarse de la adopción en el supuesto de niños y niñas que residan en otro país.
- España, deseando hacerse solidaria con aquellos Estados y organizaciones humanitarias que han manifestado su disconformidad con el contenido de los párrafos 2 y 3 del artículo 38 de la Convención, quiere expresar así mismo su disconformidad con el límite de edad fijados en ellos y manifestar que el mismo le parece insuficiente, al permitir el reclutamiento y participación en conflictos armados de niños y niñas a partir de los quince años.

Dado en Madrid a 30 de noviembre de 1990

JUAN CARLOS R.

Resumen de fechas en España del proceso de adscripción a la Convención:

- Es firmada por nuestro país el 26 de enero de 1990.
- Su ratificación se produce el 30 de noviembre del mismo año.
- Entrada en vigor en España el 5 de enero de 1995.

Por otra parte haremos mención a las leyes sobre la infancia en la Región de Murcia.

El Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia reformado por la Ley Orgánica 4/1994 de 24 de marzo, establece la competencia exclusiva de la Comunidad Autónoma en materia de bienestar y servicios sociales<sup>45</sup>.

En base a estas previsiones estatutarias, los Reales Decretos 1.113/1984 de 29 de febrero y 81/1984 de 28 de junio, traspasaron a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia las funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de protección de menores, estando atribuidas dichas competencias, actualmente, a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

Por Ley 11/1986<sup>46</sup>, de 19 de diciembre, se crea el Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia, organismo autónomo dotado de personalidad jurídica propia, según su artículo 1, al que corresponde la protección de los menores y la gestión de los servicios sociales regulados por la Ley 8/1985 de 9 de diciembre, de Servicios Sociales de la Región de Murcia, entre los que se incluye el Servicio Social de Infancia y Adolescencia.

La entrada en vigor de la Ley 21/1987, de 11 de noviembre, por lo que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, ha puesto una modificación esencial del marco jurídico de protección a la infancia, encomendando a las entidades



públicas competentes en esta materia, y dentro de su ámbito territorial, la tutela sobre los menores en situación de desamparo.

Por otra parte, el Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia, reformado por Ley Orgánica 4/1994, de 21 de marzo, establece en su artículo 10, apartado uno, número 18 la competencia exclusiva de la Comunidad Autónoma en materia de bienestar y servicios sociales.

En base a estas previsiones estatutarias, los Reales Decretos 1.113/1984, de 29 de febrero y 81/1984 de 28 de junio, traspasaron a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia las funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de protección de menores, estando atribuidas dichas competencias, actualmente, a la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales.

La presente Ley 3/1995 de 21 de marzo De la Infancia de la Región de Murcia<sup>47</sup>, establece en nuestra Comunidad Autónoma el marco general que concreta las competencias respecto a la protección de la infancia, su ejercicio y los procedimientos necesarios para la aplicación de las distintas medidas de protección, todo ello con el objetivo final de lograr el mayor nivel de bienestar para la infancia en la Región de Murcia.

La Ley de la Infancia de la Región de Murcia consta de 57 artículos y está dividida con un título preliminar, definiendo al ámbito de aplicación, cinco títulos y dos disposiciones finales.

El título I contiene una enumeración de los derechos de la infancia, en el ámbito de las competencias de la Comunidad Autónoma, desarrollando el derecho a la identidad, a la intimidad personal o familiar, a la propia imagen y a la protección contra el uso y tráfico de estupefacientes y psicótopos.

El título II establece las líneas generales, las medidas apoyo y protección a la infancia y establecer las garantías procedimentales teniendo en cuenta la opinión del niño en decisiones que afecten a su esfera familiar o social. En su capítulo II se prevé el apoyo a las familias biológicas para impedir el desamparo y en el capítulo III dedicado a la tutela, viene a concretar y objetivar la denominada “situación de desamparo”. El capítulo IV regula la guarda y su ejercicio, y los capítulos V y VI regulan el acogimiento.

El título III, responde a los requerimientos de la nueva Ley Orgánica Reguladora de la competencia y el Procedimiento de los Juzgados de Menores, cuyas resoluciones corresponda ejecutar a la Comunidad Autónoma.

El título IV está dedicado a la distribución de competencias, y en el título V se regulan las infracciones y sanciones en materia de atención y protección a la infancia.

La Ley concluye con dos disposiciones finales que autoriza al Consejo de Gobierno a dictar las disposiciones necesarias para el desarrollo reglamentario de la Ley, y que esta entrara en vigor a los 20 días de su publicación en el BORM

La Ley Orgánica 1/1996<sup>48</sup>, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil se establecen las actuaciones que deber llevar a cabo los poderes públicos en los casos de desprotección social del menor.

A partir del proceso de transferencia de competencias en materia de asistencia social a las comunidades autónomas, estas han desarrollado, entre otras, las leyes de protección de la infancia que se detallan en la tabla 2<sup>49</sup>.

Tabla 2. Legislación en España de protección de la infancia.

Comunidad Autónoma	Ley
<b>Andalucía</b>	Ley Orgánica 1/1998, de los derechos y la atención al menor.
<b>Aragón</b>	Ley 12/2001, de la infancia y la adolescencia.
<b>Canarias</b>	Ley 1/1997, de atención integral a los menores
<b>Cantabria</b>	Ley 7/1999, de protección a la infancia y adolescencia.
<b>Castilla-La Mancha</b>	Ley 3/1999, del menor.
<b>Castilla y León</b>	Ley 14/2002 de atención y protección a la infancia.
<b>Cataluña</b>	Ley 8/2002 de modificación de la Ley 37/1991, sobre medidas de protección de menores desamparados y adopción, y de regulación especial de adolescentes con conductas de alto riesgo.
<b>Com. Madrid</b>	Ley 6/1995, de garantías de los derechos de la infancia y la adolescencia.
<b>Com. Valenciana</b>	Ley/1994, de la infancia.
<b>Extremadura</b>	Ley 4/1994, de protección y atención a menores.
<b>Galicia</b>	Ley 3/1997, de familia, de infancia y de adolescencia.
<b>Islas Baleares</b>	Ley 17/2006, integral, de la atención y de los derechos de la infancia y adolescencia.
<b>La Rioja</b>	Ley 1/2006, de protección de menores.
<b>Navarra</b>	Ley Foral 15/2005, de atención y protección a la infancia y la adolescencia.
<b>País Vasco</b>	Ley 3/2005 de atención y protección a la infancia y la adolescencia
<b>Principado de Asturias</b>	Ley 1/1995, de protección del menor.
<b>Región de Murcia</b>	Ley 3/1995, de la infancia.

Posteriormente en el Consejo de Ministros del viernes 20 de febrero de 2015<sup>50</sup>, aprueba los Proyectos de Ley de Protección a la Infancia y la Adolescencia en el que:

- a) Se agiliza los procesos de acogimiento y adopción para favorecer que los niños especialmente los menores de tres años permanezcan con una familia.

- b) La reforma reconoce como víctimas de violencia de género a los menores y prevé que puedan permanecer con sus madres.

El nuevo sistema de protección, se define por primera vez en una norma estatal, las situaciones de riesgo y desamparo, y esta última queda determinada por el abandono, riesgo para la vida, salud o integridad física; o la inducción a la delincuencia o la prostitución.

También se refuerza la protección frente a delitos como los abusos sexuales, de los que fueron víctimas 3.363 menores en 2013.

Al mismo tiempo se agilizan los procedimientos de acogimiento y adopción. En España hay casi 35.000 menores bajo tutela o guarda de las administraciones, de los que 13.400 están en residencias, a la espera de una familia.

Especial interés para nuestro tema tiene la ley 26/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia que enuncia<sup>51</sup>:

La Constitución Española establece en su artículo 39 la obligación de los poderes públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia, y en especial de los menores de edad, de conformidad con los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.

Entre estos acuerdos e instrumentos internacionales destacan dos Convenciones de Naciones Unidas, la Convención sobre los Derechos del Niño, de 20 de noviembre de 1989, ratificada el 30 de noviembre de 1990 y sus Protocolos facultativos, y la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, de 13 de diciembre de 2006, instrumento de ratificación de 23 noviembre de 2007. Además, resultan reseñables dos Convenios impulsados por la

Conferencia de la Haya de Derecho internacional privado: el Convenio relativo a la protección del niño y a la cooperación en materia de adopción internacional, de 29 de mayo de 1993, ratificado el 30 de junio de 1995 y el Convenio relativo a la competencia, la ley aplicable, el reconocimiento, la ejecución, y la cooperación en materia de responsabilidad parental y de medidas de protección de los niños, de 28 de mayo de 2010, ratificado el 6 de septiembre de 2010.

Por otra parte, deben destacarse también tres Convenios del Consejo de Europa, el relativo a la adopción de menores, aprobado en Estrasburgo el 27 de noviembre de 2008, ratificado el 16 de julio de 2010, el relativo a la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, así mismo se aprobó en Lanzarote el 25 de octubre de 2007, ratificado el 22 de julio de 2010, así como el Convenio Europeo sobre el Ejercicio de los Derechos de los Niños, realizado en Estrasburgo el 25 de enero de 1996, ratificado el 11 de noviembre de 2014.Y, finalmente el Reglamento (CE) n.º 2201/2003 del Consejo de 27 de noviembre de 2003, relativo a la competencia, el reconocimiento y la ejecución de resoluciones judiciales en materia matrimonial y de responsabilidad parental, por el que se deroga el Reglamento (CE) n.º 1347/2000.

La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor de modificación parcial del código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en adelante Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor constituye, junto a las previsiones del código Civil en esta materia, el principal marco regulador de los derechos de los menores de edad, garantizándoles una protección uniforme en todo el territorio del Estado. Esta ley ha sido el referente de la legislación que las Comunidades Autónomas han ido aprobando posteriormente, de acuerdo con sus competencias en esta materia.

Sin embargo, transcurridos casi veinte años desde su publicación, se han producido cambios sociales importantes que inciden en la situación de los menores y que demandan una mejora de los instrumentos de protección jurídica, en aras del cumplimiento efectivo del citado artículo 39 de la Constitución y las normas de carácter internacional mencionadas.

Así se constata en diversas propuestas y observaciones formuladas estos años atrás por el Comité de los Derechos del Niño de Naciones Unidas (singularmente, la Observación general n.º 13 de 2011 sobre el derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia y las observaciones finales a España de 3 de noviembre de 2010), por el Defensor del Pueblo (en sus documentos << Menores o adultos. Procedimientos para la determinación de la edad >> de 2011 y << La trata de seres humanos en España: víctimas invisibles de 2012). Por la Fiscalía General del Estado (en sus Circulares 8/2011, de 16 de noviembre, sobre criterios para la unidad de actuación especializada del Ministerio Fiscal en materia de protección de menores, y la 1/2012, de 3 de octubre, sobre el tratamiento sustantivo y procesal ante las transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave) y en las conclusiones y recomendaciones de la Comisión Especial del Senado de estudio de la problemática de la adopción nacional y otros temas afines (BOCG. Senado, serie I, núm. 545, de 17 de noviembre de 2010).

De acuerdo con todo ello, la presente ley tiene como objeto introducir los cambios necesarios en la legislación española de protección a la infancia y a la adolescencia que permitan continuar garantizando a los menores una protección en todo el territorio del Estado y que constituya una referencia para las comunidades autónomas en el desarrollo de su respectiva legislación en la materia. Además, y de modo recíproco, esta ley incorpora algunas novedades que ya han sido introducidas por algunas normas autonómicas estos años atrás.

En la actualidad y desde la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, se está trabajando desde hace 10 años, en la formación, sensibilización, coordinación, registro de casos y puesta en marcha de sistemas de prevención que ayuden a erradicar el problema del maltrato infantil.

La Comunidad Autónoma de la Región de Murcia es la Entidad Pública competente, en su ámbito territorial, para el ejercicio de las funciones de protección y tutela de los menores. Dichas funciones son ejercidas a través de la Dirección General de Política Social.

Es en el 2003 cuando se inicia el Programa de Detección, Notificación y Registro de casos de maltrato infantil, en el marco de colaboración entre el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para la realización de Programas para la Protección contra el maltrato infantil.

Este Programa de Atención al maltrato infantil de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia se crea con el objetivo de consolidar una efectiva coordinación institucional en cuanto a la protección a la Notificación y Registro de maltrato infantil, que se enmarca dentro de los programas experimentales que se desarrollan en esta comunidad Autónoma en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad a la que se le ha dado las competencias para el diseño y coordinación de actuaciones para la protección de los menores<sup>52</sup>

El Programa de Atención al maltrato infantil abarca la formación de profesionales, estudios epidemiológicos, atención a niños maltratados, prevención...y en su conjunto supone implicar tanto a los profesionales de los distintos ámbitos como a las instituciones públicas y privadas relacionadas con la atención a la infancia en la detección y prevención del maltrato.

## BLOQUE I. MARCO TEÓRICO

Sus objetivos son:

- a) Unificar conceptos e instrumentos de detección y derivación en el campo de la investigación, estudio y prevención del maltrato.
- b) Facilitar la actuación coordinada y eficaz de cuantos organismos intervienen en la protección del bienestar del menor para la detección precoz y valoración de las situaciones de desprotección.
- c) Implicar a los profesionales de las de los distintos ámbitos institucionales.
- d) Conocer la realidad social de los menores y la incidencia y prevalencia de las situaciones de maltrato infantil en la Región de Murcia, de cara a la educación de los recursos.
- e) Facilitar la formación continua de los profesionales que desarrollan su actividad con la infancia en dificultad social.

Se realiza el diseño e implantación del informe de notificación de casos para el su registro. Permite que con datos fiables, puedan ser compartidos y comparados con objeto de elaborar estadísticas y analizar su evolución.

El registro de casos se articula a través de un modelo de hoja de registro que debe ser cumplimentada por el personal del ámbito correspondiente. Se trata de un instrumento de recogida de información en el que se plasman los principales indicadores para la detección de casos de maltrato, canalizando una comunicación de certeza o sospecha a los efectos oportunos.

La incorporación de los datos comunicados al sistema de registro, permite estimar la incidencia el maltrato así como estudiar los perfiles y tipologías predominantes.

No es hasta el 2006 que la Dirección General de Política Social, se pone en contacto a través del Servicio Murciano de Salud con el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca para establecer y organizar la formación de profesionales, y puesta en marcha



posteriormente de la hoja de notificación de casos para todo el Hospital Infantil, y especialmente Urgencias del Hospital Infantil, que es el receptor de las urgencias y primer filtro de la asistencia.

Para esta coordinación en la formación e instauración de la hoja, la Dirección del Hospital me designo como interlocutora con la Dirección General para organizar la formación con cursos impartidos por profesionales de dicha Dirección, para luego poner en marcha la Hoja de Notificación de casos.

Para la formación se han realizado diferentes manuales dirigidos a los diferentes profesionales cuyo ámbito de trabajo implica la atención a la infancia.

De entre estos manuales destacamos el de “Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario (Manual para el Profesional)” que empezó a prepararse en 2004 y que es una herramienta de trabajo a la que pueden recurrir los profesionales para el ejercicio de su tarea diaria. (Anexo 2)

En 2007 el Observatorio de la Infancia, con el propósito de conseguir uno de los objetivos principales de hacer recomendaciones en relación a las políticas que afectan a la infancia, encargó al Grupo de Trabajo de maltrato infantil la elaboración de un modulo de referencia para el desarrollo de protocolos de actuación en caso de maltrato infantil para que ayuden a garantizar la coordinación y la eficacia y aplicación en todo el Estado español, de los derechos reconocidos en la Convención de los Derechos del Niño.

El objetivo de este protocolo de actuación es mejorar la atención a los menores para reducir la victimización a través de una actuación coordinada y eficaz de las instituciones competentes. Es a la vez un instrumento básico para garantizar la coordinación interinstitucional en

la intervención de los casos una vez estos han sido detectados y notificados<sup>53</sup>.

El 5 de abril de 2013, se aprueba por Acuerdo De Consejo de Ministros, el II Plan Estratégico Nacional de Infancia y adolescencia 2013-202016 (II PENIA)<sup>54</sup>.

El primer plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (en adelante PENIA) se elaboro como respuesta a una recomendación del Comité de las Derechos del Niño de 2002 en el que subrayaba la necesidad de formular una estrategia global para la infancia sobre la base de los principios y disposiciones de la Convención de los Derechos del Niño.

Este segundo plan<sup>54</sup> constituye un marco de cooperación de todas las Administraciones Publicas, tanto de la Administración General del Estado, como de la Autonómica y la Local, y su aprobación supone una apuesta estratégica y de legislatura de situar la infancia como prioridad a los poderes políticos.

En este acuerdo también se tienen en cuenta los deberes y responsabilidades de los menores de edad, por ello se debe resaltar que de acuerdo a su edad y con su desarrollo evolutivo, es también sujeto de responsabilidades en los diversos ámbitos en los que vive como son la familia, la escuela y el barrio.

Sus principios básicos son:

- El interés superior del niño, asegurando al niño la protección y el cuidado necesarios para su bienestar aplicando todas las medidas legislativas y administrativas adecuadas.
- El principio de no discriminación por razón de la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opción política o de otra índole, la nacionalidad, la posición económica, la discapacidad, promoviendo la igualdad de genero y la equidad.

- Garantizar el derecho fundamental del niño a la vida y al desarrollo de todos sus potenciales considerando al niño como sujeto activo e interactivo, proporcionando los recursos y apoyos necesarios para su desarrollo.
- Derecho a la educación, asegurando su escolarización hasta los 16 años con una educación de calidad para minimizar el fracaso escolar, y sobre todo a los niños en situación de riesgo de exclusión educativa para que pueda formarse con autonomía y poder participar satisfactoriamente en la sociedad. Este derecho implica la educación en derechos, en deberes y en responsabilidad.
- Principio de participación, ser escuchados y adecuar la información a su edad para poder expresar su opinión con conocimiento de causa en los contextos habituales en los que transcurre su vida. Es necesario fomentar estilos parentales y educativos que propicien el dialogo y la participación infantil desde las primeras etapas de la vida.

### 2.3 Necesidades de la Infancia

Después de conocer las formas en las que un niño puede ser maltratado, deberíamos hacer un recorrido por sus necesidades e identificar las situaciones que incumplen la satisfacción adecuada de éstas y que vulneran los derechos fundamentales de la población infantil.

La definición de necesidades básicas que proponen Doyal y Gough<sup>55</sup> como objetivos y estrategias que si no son alcanzados por el ser humano comprometen seriamente su integración satisfactoria dentro de su grupo social, lo que nos permite incluir a los niños, niñas y

adolescentes como individuos que desde el nacimiento tienden a conseguir los niveles máximos de salud física y autonomía.

El concepto de necesidades intermedias o satisfactorias universales ha sido también tomado del trabajo de Doyal y Gough y hace referencia a aquellos requisitos imprescindibles para favorecer el desarrollo de la salud física y de la autonomía de todos los niños, niñas y adolescentes en todos los contextos culturales.

La adecuada satisfacción de necesidades básicas y universales establece el límite entre el “buen trato” y el “mal trato” y constituye la clave del bienestar infantil. De hecho, la inadecuada atención de los niños es lo que da lugar a las diferentes formas de maltrato y desprotección en la infancia.

En esta misma línea la clasificación de López<sup>56</sup>, es utilizada de una forma generalizada por los profesionales dedicados a la protección infantil, debido a la relación que establece entre las necesidades de los menores y las diferentes formas de maltrato a la infancia, al margen de la forma concreta en que en cada cultura se satisfagan esas necesidades. (Anexo 3)

- Las necesidades físico-biológicas. Hacen referencia a las condiciones que deben cumplirse para garantizar la subsistencia y un desarrollo físico saludable. Este tipo de necesidades incluye la alimentación, la temperatura, la higiene, el sueño, la actividad física, la protección de riesgos y la salud.
- Las necesidades cognitivas. Se refieren a las condiciones que deben darse para que las personas puedan conocer y estructurar las experiencias del mundo que les rodea. También son aquellos elementos necesarios para la adquisición de mecanismos de comunicación que le harán accesible a los demás y a su vez, entender a los otros. Este tipo de necesidades incluye la estimulación sensorial, la exploración física y social, y la comprensión de la realidad física y social.
-

- Las necesidades emocionales y sociales. Hacen referencia a las condiciones que deben cumplirse para que los sujetos presenten un desarrollo afectivo adecuado y saludable. También hacen referencia a aquellos elementos necesarios para la adquisición de estrategias de expresión de sentimientos y conductas de interacción con los demás. Dentro de esta categoría se incluye la necesidad de ser querido, protegido, apoyado, aceptado, motivado y valorado. Asimismo se considera la necesidad de establecer relaciones de confianza con los cuidadores principales, de amistad y compañerismo con los iguales, de participar en actividades comunes y juegos, de desarrollar conductas progresivamente más autónomas, de ser escuchados y de recibir respuestas. Todas estas necesidades, que deben ser protegidas por los padre, la familia y los profesionales, son insuficientes si el Estado, no asume la responsabilidad de promover los derechos de los niños a través de medios económicos para asegurar el bienestar ofreciendo programas de protección que garanticen sus derechos<sup>57</sup>

Hay muchas disciplinas que han ido aportando a través de sus investigaciones y estudios, el apoyo necesario para que se reconozca la importancia del cumplimiento de las necesidades y derechos de los niños<sup>58</sup>.

En relación a las necesidades de la infancia, y las diferencias entre deseo y necesidades, ha sido estudiada desde un punto de vista multidisciplinar ( la medicina, la pedagogía, la psicología...) todas y cada una de las ciencias ha colaborado en el conocimiento de la infancia, pero la que sin duda ha tratado la etapa infantil, su proceso madurativo y el desarrollo madurativo de las capacidades y las necesidades es la psicología tanto social, como evolutiva y educativa , todas han investigado las variables por las que los niños se comportan, se desenvuelven y evolucionan.

## BLOQUE I. MARCO TEÓRICO

De forma general se podría decir que las necesidades humanas son aquellos aspectos del ser humano que han de ser satisfechos para que puedan desarrollarse adaptándose así a cada una de las diferentes etapas.

Para centrarnos en las necesidades de los niños, podríamos considerarlas como básicas, generales y universales en relación a las descritas anteriormente físico-biológicas, cognitivas y emocionales y sociales con variante según diferentes autores y teorías pero englobando todas ellas los aspectos relacionados con la salud física, mental y social del niño, referida al desarrollo de su autonomía y su seguridad emocional.

La teoría de Doyal (Ibid. p.79) proponen lo siguiente:

- Las necesidades son aquello que todos los seres humanos necesitamos para integrarnos de forma satisfactoria en nuestro grupo social.
- Las necesidades son objetivas y universales
- Los deseos son subjetivos y particulares.
- La salud física y la autonomía como necesidades universales.
- Los satisfactores universales o necesidades intermedias: “aquello que favorece o permite la consecución de la salud física y la autonomía en todas las culturas”.
- El papel de las necesidades sexuales.
- Los satisfactores culturales.

Las necesidades secundarias de salud física y autonomía desde el nacimiento hasta la adolescencia, según proponen estos autores, son las siguientes:

- Salud física.
- Alimentación adecuada.
- Vivienda adecuada.
- Vestido e higiene adecuada.
- Atención sanitaria.

- Sueño y descanso.
- Espacio exterior adecuado.
- Ejercicio físico.
- Protección de riesgos físicos.

### Autonomía

- a) Participación activa y normas estables. Participación obrando según sus deseos y a los adolescentes proporcionándoles límites y normas estables.
- b) Vinculación afectiva primaria. Necesidad de establecer vínculos afectivos para desarrollarse de forma autónoma sobre la base de un afecto seguro, sólido e incondicional.
- c) Interacción con adultos, que le permite adquirir las herramientas simbólicas desarrolladas por la cultura.
- d) Interacción con iguales que desde la escuela va a adquirir los procesos de enseñanza-aprendizaje, como a la relación con los otros niños.
- e) Educación formal.
- f) Educación no formal participando en el acceso a la información a través de los medios de comunicación e Internet.
- g) Juego y tiempo de ocio. Los tipos de juegos que los niños realizan son diferentes en distintos contextos y culturas y son una expresión de las distintas mentalidades, pero son un claro satisfactor de las necesidades de autonomía.
- h) Protección de riesgos psicológicos.

Y comunes a ambas necesidades estaría la aceptación de las necesidades sexuales, se han incluido como satisfactores de salud física y autonomía, porque en la especie humana ha contribuido tanto a la supervivencia de la especie como al establecimiento de relaciones afectivas, que influyen notablemente en la seguridad y la autoestima del sujeto, en definitiva, con su autonomía.

Los niños y los adolescentes, no tienen las mismas necesidades que los adultos y que existen unas necesidades propias y diferentes según la etapa evolutiva de recién nacido, primera infancia, edad escolar y adolescencia<sup>59</sup>.

#### 2.4 La conducta parental en el maltrato infantil

¿Por qué la familia es tan importante? La respuesta es sencilla y tiene dos componentes, uno porque aporta al niño una estimulación que tiene una gran continuidad en el tiempo y segundo porque esa continuidad afecta prácticamente todas las esferas de la vida del niño, desde los hábitos más elementales de cuidado y alimentación, a los aspectos más relacionados con la estimulación psicológica y la educación.

El maltrato es un problema de alta complejidad y que como nos hemos referido en varias ocasiones requiere de un enfoque multidisciplinar. Hay cuatro puntos que requieren nuestra atención y que al mismo tiempo son básicos<sup>60</sup>:

- 1) Rechazar un enfoque unicausal.
- 2) Considerar que la confluencia de factores de riesgo potencia los efectos de tensiones externas e internas, pudiendo superar la capacidad de resistencia del individuo.
- 3) El abuso es reflejo de un largo proceso subyacente de graves perturbaciones en la relación paterno-filial
- 4) Si bien existe una serie de factores de riesgo comunes, es preciso tener en cuenta situaciones propias de determinadas patologías.

Siempre ha habido padres que han maltratado físicamente a sus hijos, hace 50 años un niño maltratado era un caso raro, era tratado como víctima de un padre alcohólico o de una madre desnaturalizada. Eran niños que se les consideraba pertenecientes a familias menos



privilegiadas socioeconómicamente, pero a lo largo del tiempo se ha demostrado que estos hijos proceden de todos los estamentos sociales ricos o pobres, bien educados y mal educados y de cualquier etnia o religión, no corresponden a un estereotipo o a un patrón psicológico único.

Los niños son vulnerables por su falta de autonomía debido a su corta edad y muy dependientes emocionalmente y económicamente con respecto a los adultos y esto les pone freno a la situación que padecen y pedir ayuda.

El 8 de marzo de 2001 Amnistía Internacional, denunció que la mayoría de las víctimas de la violencia en el ámbito familiar son las mujeres y las niñas, en un porcentaje del 95% sobre el 5% de los niños.

Por razones sociales y culturales de distinta índole los niños sufren violencia justo en los lugares que deberían ser de protección como es el hogar, la escuela y la comunidad, lugares que deberían ser de afecto y de promoción de sus derechos. Hay hechos en las familias maltratadoras y es la repetición de una generación a otra de pautas de actos violentos, los trastornos en las relaciones padres e hijos.

Los niños pueden sufrir cuando los progenitores están ausentes tanto física como emocionalmente. Esta ausencia emocional suele ser diagnosticada años después por psicólogos o psiquiatras cuando las alteraciones emocionales se hacen más evidentes. Todos somos portadores de una herencia pero la transmisión de la aptitud de ser padres varia si estos, han recibido cariñosos cuidados parentales y haber sido un niño objeto de amor y cuidados.

Muchos padres que maltratan a sus hijos han desarrollado tan solo una limitada capacidad para ajustarse a la vida adulta y frecuentemente son personas inmaduras, son padres impulsivos o

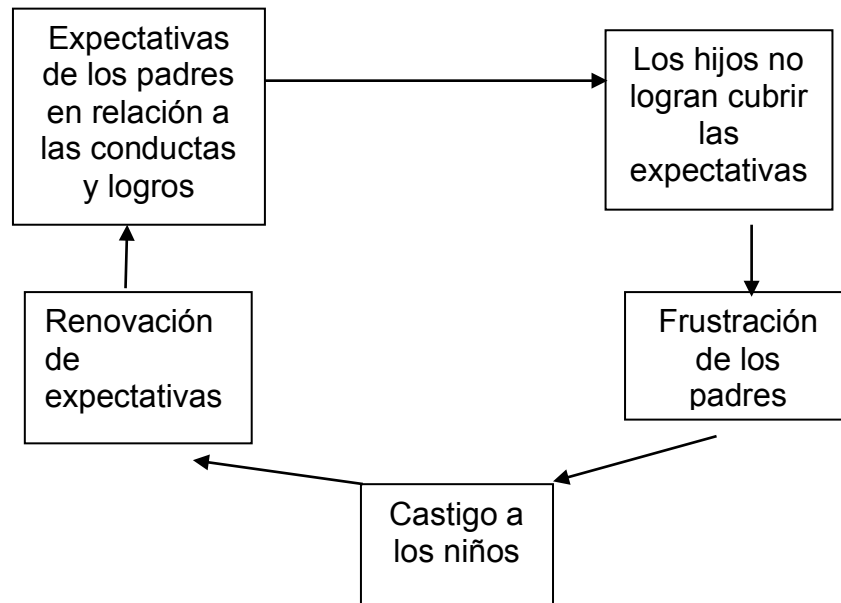
tienen dificultades para resolver problemas, de la misma manera pueden ser padres que tienen éxito en su trabajo y no sufren dificultades financieras o domésticas, no obstante pueden padecer crisis en sus relaciones con los demás.

De acuerdo con la teoría propuesta por Rohner<sup>61</sup>, la Aceptación-Rechazo parental se concibe como un continuo de la conducta de los padres. Existen dos extremos, uno en el que los padres demuestran su afecto de forma verbal o física a los hijos, y otro extremo en el que los padres demuestran su rechazo o aversión retirando toda demostración de calor familiar y afecto.

Para una madre un embarazo no deseado y la ausencia de apoyo y abandono del padre es una difícil prueba para superar ella sola.

En familias biparentales existe en general un progenitor que es el que maltrata de modo activo al niño y otro que actúa de forma secundaria asintiendo, animando o encubriendo los malos tratos, quizá para mantener la relación conyugal como algo prioritario

Los sentimientos de frustración y soledad de una madre que atiende sola a su hijo y que la pareja no es capaz de apoyar en la crianza así como la provocación al padre como autoridad masculina, este responde con una paliza porque no conoce nada más eficaz. De igual manera que una madre intenta calmar el llanto del bebé junto con el reproche de ¿no puedes hacer que calle ese maldito chico? o ¿Cómo puedo ir a trabajar mañana sin dormir en toda la noche? hace que la madre se irrite ante la falta de reconocimiento del esfuerzo que está realizando y descargue sobre el bebé toda su ira acumulada porque el llanto que es el modo normal de señalar el bebé su necesidad de que le atiendan, no cesa y llegaran a un punto en el padre o bien la madre no puedan más e intentaran cortarlo, habitualmente dando azotes o increpando al niño.



Según Kempe<sup>62</sup>, los malos tratos al niño requieren la presencia de 4 factores:

- Los padres tienen un trasfondo de privación emocional o física y quizás también de malos tratos
- El niño ha de ser considerado indigno de ser amado o ser desagradable
- Tiene que existir una crisis
- No existen líneas de comunicación para pedir ayuda

Otro factor para la aceptación del niño es el propio niño en sí. Un bebé que satisface las necesidades de sus padres, que no es exigente, que es fácil de atender, que está sano y que además es atractivo, acrecienta los sentimientos positivos. Pero hay niños no son percibidos por alguno de los progenitores como diferentes a lo que habían imaginado, se alimentan con desgana, están tensos, irritables y lloran desconsoladamente cuando deberían estar tranquilos.

Durante los tres primeros años de vida del niño el desarrollo normal puede ser mal comprendido y aceptado por los padres dando lugar a la mayoría de las crisis desencadenantes de palizas.

Pero para que unos padres puedan considerarse como hostiles o afectivos, no solo hay que tener en cuenta el conjunto de acciones de los padres sino el impacto de la conducta parental en los niños. Padres e hijos no perciben necesariamente de igual forma el amor parental.

Como señala Kagan<sup>63</sup>, la variedad de modos en que las personas responden frente a los retos emocionales tal vez sea la cualidad más notoria de la emoción. Tanto los bebés como los adultos responden de maneras visiblemente diferentes frente a los avatares de la vida. El modo en que el padre o la madre trata a su hijo afecta literalmente en el desarrollo cerebral del niño. El síndrome del niño zarandeado saltó a la luz pública cuando un famoso alpinista suizo Erhard Loretan admitió haber zarandeado a su bebé de siete meses para que dejara de llorar: murió de los golpes a los que había sido sometida su masa encefálica contra las paredes del cráneo. Este síndrome aparece casi siempre en menores de tres años y casi siempre durante el primer año de vida. Los niños más propensos a sufrirlo son los hiperactivos, prematuros y nerviosos.

La definición de un padre como hostil o afectivo no puede ser realizada únicamente observando la conducta de los padres, puesto que ni el amor ni el rechazo son cualidades fijas de la conducta. El amor parental es una creencia mantenida por el niño, no un conjunto de acciones de los padres.

En este sentido, el impacto de la conducta parental en los hijos depende no sólo de elementos objetivos, sino también de procesos preceptuales e inferenciales del niño. Los padres e hijos no perciben necesariamente de la misma forma el amor parental, las exigencias o el castigo, con frecuencia, los padres lo ven de diferente forma que sus hijos perciben su comportamiento con ellos. Estas consideraciones

subrayan la importancia de analizar la conducta parental tanto desde la perspectiva de los padres como desde la de los hijos<sup>64</sup>.

A modo de resumen podríamos señalar que los factores individuales de los padres o cuidadores son:

- Carecer de modelos de crianza adecuados y haber sido objeto de abuso o negligencia en su infancia.
- Hiperactividad a los estímulos del ambiente, en concreto a los relacionados con el menor, como son los lloros o juegos, y que conlleva respuestas desproporcionadas e impulsivas.
- Baja tolerancia al estrés, por lo que se ven desbordados fácilmente por las conductas de sus hijos.
- Pocas habilidades para resolver conflictos, niegan el problema, se aíslan o reaccionan agresivamente.
- Déficit de estrategias para resolver los problemas que se presentan en la educación de los niños.
- Trastornos emocionales (ansiedad, depresión, etc.) mentales o físicos, que les impide reconocer y responder adecuadamente a las necesidades del niño.
- Baja autoestima y fuerte dependencia emocional de otras personas, por lo que priorizan su necesidad emocional a la de sus hijos.
- Problemas de ludopatía, drogodependencias o alcoholismo que les impide atender y percibir las necesidades de sus hijos.
- Dificultades para ponerse en el lugar de sus hijos y falta de sensibilidad por sus necesidades.
- Estilo comportamental y conceptual rígido, bajo nivel intelectual, que les dificulta adaptarse a las necesidades cambiantes de sus hijos.
- Escasas habilidades para el manejo de los conflictos maritales.
- Conocimiento escaso de métodos alternativos de disciplina.

Según Kempe (Ibid. p.87) hay tipologías paternas especiales que corresponden a padres especialmente crueles que pueden torturar a sus hijos lenta y repetidamente; los psicóticos cuyos hijos quedan incluidos en sus sistemas delirantes, o los sociópatas agresivos que pueden agredir de forma violenta e imprevisible, los psicóticos encapsulados que pueden poner en peligro al niño debido a sus especiales actitudes en temas como la alimentación restringiéndola de forma peligrosa. Los padres adictos al alcohol o a las drogas que no pueden proporcionar una atención mínima por su incapacidad tanto emocional como intelectual. Ante estas situaciones es recomendable la separación del niño del núcleo familiar ya que puede peligrar su integridad así como a los padres que son incapaces de aceptar cualquier clase de ayuda y que insisten en su derecho a tratar a sus hijos como les parezca bien.

En cuanto a los factores familiares:

- Composición familiar, cuando se evidencia desestructuración. Poca cohesión cuando los roles y funciones de sus miembros no están delimitados ni definidos. En general, se ha encontrado riesgo asociado a familias formadas por un solo progenitor, número de hijos elevado, padres adolescentes, o excesivamente inmaduros, o familias reconstituidas.
- Los conflictos conyugales que pueden desembocar en episodios de violencia dirigida al hijo. La violencia de la pareja funciona de modelo para la resolución de conflictos del niño con otros y para la legitimación de la violencia como modo de resolver conflictos.
- El estilo perceptivo de los padres con respecto al hijo está distorsionado. Tienden a percibir la conducta de sus hijos de forma negativa, como intencionada para provocarles.
- La falta de expectativas realistas con respecto al comportamiento y capacidades de su hijo: en ocasiones atribuyéndoles más responsabilidades y capacidades de las que pueden asumir, en otras subestimando sus capacidades.
-

- El desconocimiento acerca de las necesidades infantiles produce con frecuencia sentimientos de incapacidad en los padres y conflictos con los hijos.
- El estilo de disciplina utilizado por los padres es excesivamente laxo o excesivamente punitivo, y manifiestan dificultades para controlar la conducta de sus hijos.
- La baja frecuencia de comportamientos positivos que se dirigen al niño, así como una menor interacción y comunicación con los hijos en general.

Si la situación ha requerido que la custodia quedase en un servicio de protección a la infancia, el resultado tanto para los padres como para el niño, depende del grado de alteración de la familia, de la edad del niño, del tiempo de maltrato y de cómo esto le ha afectado. Hay niños con una alta tolerancia al maltrato que ha otro niño podría aniquilar por completo.

El modelo teórico de Finkelhor<sup>65</sup> continua siendo la mejor fuente para generar hipótesis de cuál es el perfil del maltratador. Este modelo intenta responder a dos cuestiones: la de porque algunas personas se interesan sexualmente por los niños, y la razón por la cual el interés sexual conduce al abuso. Según este autor, para que ocurra el abuso sexual es necesaria la presencia de varios factores simultanea o sucesivamente: congruencia emocional (una importante inmadurez en el abusador que se experimenta a sí mismo como a un niño, manifiesta necesidades emocionales infantiles y por tanto, desea relacionarse con niños), activación sexual ante los niños, bloqueo de las relaciones sexuales normales (sentimientos de inutilidad personal, inadecuación interpersonal y distanciamiento sexual en sus relaciones de pareja) y desinhibición comportamental (de ello depende que el abuso sea estable o esporádico)

Para que la conducta del maltratador varíe podríamos definir tres objetivos según Kempe (Ibid. p.87) el primero sería conseguir que el maltratador logre mejorar la imagen de sí mismo encontrado a alguien con quien compartir experiencias de forma regular y satisfactoria. En segundo lugar, ambos progenitores deben encontrar algo atractivo en su hijo y ser capaces de poder comunicarse de forma afectiva. En tercer lugar los padres deben tener la posibilidad de poder contactar con alguna entidad o asistencia social en situación de crisis, y por último, fomentar el acercamiento si el niño está en acogida sin sobrecargar la responsabilidad antes de estar preparados para asumirla.

El hogar debe estar preparado para recibir al niño, aunque hay familias que necesitaran años de apoyo, pero los niños estarán mejor con sus padres que en hogares tutelares constantemente distintos, aunque se corre el riesgo que el progreso de los padres no esté adecuado con respecto al crecimiento del niño o que cesen los malos tratos físicos pero comiencen los emocionales.

En un estudio longitudinal de los progenitores a los que trato Kempe (Ibid. p.87) y reconociéndoles diez y veinte años después, dice que en familias intratables en el que los niños no han sido rescatados de ellas pueden morir en un 10% de estas familias. Otro 10% serán las familias en las que el tratamiento no ha sido efectivo y que no son capaces de establecer lazos afectivos, y del 80% restante, la mitad precisaron un apoyo a largo plazo, pero son más felices como familias y pueden ser consideradas como seguras y la otra mitad restante requirió apoyo solo en un periodo corto de uno a tres meses y que actualmente no difieren de la muestra tomada de la población general.

Hace veinte años, Belsky<sup>66</sup> argumento que el estilo de vida de crianza esta determinado por múltiples factores y fuerzas y que la debilidad y fortaleza en alguno de ellos está lejos de determinar el comportamiento de los padres, ya que una contribución positiva de la primera aminora el efecto de la segunda. Lo importante para



comprender porque los padres criaban como lo hacían era la acumulación de tensiones y los factores de protección y de riesgo. Por lo tanto, mientras la evidencia citada llama la atención de algunos determinantes socio-contextuales de la parentalidad, éstos necesitan ser considerados dentro de un contexto, es decir en el contexto de otros determinantes de los cuales solo algunos han sido discutidos<sup>67</sup>.

En la transmisión intergeneracional del maltrato físico, es evidente que la historia de maltrato coloca a un sujeto en un importante riesgo de reproducir el problema y es una variable a tener en cuenta. Lo esencial es hacer discriminación de las variables que hacen que un sujeto maltratado se convierta o no en un maltratador físico con sus hijos, en la mayoría de los casos se produce por la incapacidad del padre/madre para manejar las situaciones estresantes.

En cuanto al abandono físico se le podría dar importancia a la ausencia de habilidades en el cuidado de niños y el desconocimiento de sus necesidades. Puede existir una apatía y falta de motivación para satisfacer las necesidades de su familia, proporcionar supervisión a los niños, y no prestar atención a los cuidados médicos. El comportamiento de los niños bien de forma positiva o negativa, con éxito o con fracaso, no afectaría a las atribuciones que los padres hacen de tales conductas. La tendencia al comportamiento al afrontamiento de los problemas no es la irritabilidad y la agresión, sino la evitación.

En definitiva Arruabarrena<sup>3</sup> afirma que el conocimiento sobre la etiología del maltrato infantil tiene ciertas limitaciones por la dificultad en resolver algunos problemas metodológicos como reducidos estudios longitudinales e inadecuada delimitación de tipologías de maltrato.

En un principio el maltrato se trato de explicar en base a alteraciones psicopatológicas de los padres, después se dio más importancia a los aspectos socioeconómicos, pero la evidencia de que

ninguno de los dos eran por si mismos necesarios ni suficientes para explicar la etiología del maltrato infantil, hizo que surgiera los modelos de tipo psicosocial y sociointeraccional intentando integrar los aspectos psiquiátrico y psicológico con los aspectos sociales, culturales y ambientales.

Como factores etiológicos se podría destacar la historia de maltrato de la propia infancia, la falta de apoyo social, las alteraciones de tipo psicológico y la presencia de factores de vulnerabilidad del niño.

## 2.5. Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil

Al hablar del equipo de salud nos referiremos a la disciplina enfermera como parte fundamental de este equipo de salud y por la connotación tan importante que tiene para nosotros al formar parte de esta disciplina. Podríamos añadir que la Enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano, que desde el siglo pasado en que paso a ser una disciplina universitaria y particularmente en los últimos años ha ido definiendo cada vez más sus funciones dentro de las Ciencias de la Salud.

La Enfermería es una profesión de titulación universitaria que se dedica al cuidado integral del individuo, la familia y la comunidad en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo.

Aplicar el método científico a su practica asistencial permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

La actuación de enfermería en el maltrato infantil en la fase diagnostico, según Pérez <sup>68</sup> :

- Identificar los casos sospechosos de malos tratos.
- Estar atento a los signos que pueda indicar maltrato o negligencia.

- Informar si se sospecha a las autoridades competentes.
- Registrar de forma objetiva el estado del niño, su conducta con los padres y otras personas así como en su medio ambiente, y ver la posibilidad de entrevistar a los miembros de la familia.
- Evaluar la amplitud de las lesiones.
- Realizar la evaluación física.
- Evaluar el estado emocional y la conducta.
- Participar en las pruebas diagnósticas.

El problema del maltrato infantil, supera la simple atención profesional y es un ejemplo de actuación integral y multidisciplinaria desde los distintos ámbitos en los que desarrollamos nuestra actividad como es atención primaria, hospitalaria, salud mental, urgencias.

El hospital da la posibilidad de trabajo en equipo sanitario o social, además de dotación en tecnología que lo hace referente del profesional de primaria así como maestros y personal de servicios sociales. Dentro del hospital, los servicios de urgencias, atiende a niños con situaciones clínicas delicadas y que precisan una atención más o menos inmediata. En urgencias se hace difícil una valoración familiar, de conducta y de antecedentes sociales, pero las situaciones de abandono o lesiones físicas importantes serán la formas en las que el diagnóstico se puede establecer a través de manifestaciones físicas sin precisar una exhaustiva anamnesis<sup>25</sup>.

Las unidades de hospitalización son lugares con mayor facilidad para observar la conducta infantil, el comportamiento de la familia y su interrelación con el niño, por lo que la enfermera cumple un papel fundamental al convivir con el niño y la familia 24 horas al día y puede obtener indicadores específicos.

Las consultas externas hospitalarias, atienden a niños que han sido hospitalizados con anterioridad o que son remitidos por las áreas de Atención Primaria, es aquí donde pueden detectarse cualquier tipo de maltrato ya que pueden realizarse valoraciones físicas, psicológicas y sociales.

En los servicios de urgencias por ser una atención clínica puntual y delicada es difícil hacer una valoración de los datos de conducta, relaciones familiares o antecedentes sociales. Los malos tratos de abandono, o lesiones físicas importantes serán la forma idónea en las que el diagnóstico se puede establecer a través de las manifestaciones físicas, sin que precise una exhaustiva anamnesis social o conductual.

El servicio de atención primaria es el centro básico de atención del niño y atiende tanto en el seguimiento del niño sano como en los momentos de enfermedad haciendo un seguimiento detallado y programado de su evolución tanto conductual como relacional y su entorno, diferencia las situaciones de riesgo, las variaciones evolutivas, conductuales o relacionales, el cumplimiento de los tratamientos o de las propias manifestaciones clínicas.

También es cierto que un profesional en primaria se encuentra solo ante la presión asistencial, la inseguridad y la falta de apoyo, por lo que en muchas ocasiones derivan las sospechas de maltrato a los centros hospitalarios, y estos solo debería estar para los casos dudosos o casos graves.

El personal de enfermería es en general el primero en atender al niño y a sus padres así como prestar cuidados continuos cuando está hospitalizado. Aunque la enfermera tiene una situación de privilegiado tanto para la detección, como para la prevención, existen pocos protocolos y pautas para la atención de enfermería.

Los profesionales de la salud, dedicados a la Infancia, deben tener claro en el momento de su actuación unos principios básicos<sup>69</sup>:

- Considerar al niño como ente bio-psico-social, sujeto de derecho, inmerso en un medio familiar, ambiental y social, clave para su desarrollo.
- Considerar al niño como síntoma guía de enfermedad de la familia.
- Tener presente que el objetivo básico es la reintegración del niño a su familia, lo que exige tratar al niño y su familia.
- Es imprescindible un enfoque multidisciplinar
- La participación y colaboración del personal sanitario es precisa en diversas fases del proceso, pero lo más básico e imprescindible es la detección y comunicación del caso.
- Considerar el tema de los malos tratos, dentro de los programas de Promoción de Salud y su enfoque preventivo.

El personal sanitario pediátrico va a trabajar en su pequeño quehacer diario a veces en solitario, pero lo hará en equipo cuando empiece a plantearse la realidad del maltrato infantil. A veces recibe al niño en su visita normal de salud o por la existencia de una enfermedad acompañado de sus cuidadores, o en ocasiones desde la misma escuela para valorar las manifestaciones clínicas y distinguir entre lesión accidental o intencional.

En ocasiones es preciso hacer una anamnesis médica y social para hacer el diagnóstico de malos tratos como manifestación de una relación familiar desestructurada, habrá que observar la dinámica de la relación familiar y social.

El personal sanitario junto con el escolar son piezas clave para la detección. El personal va a recibir al niño en situaciones bien diferenciadas y su actividad profesional dependerá de su ubicación hospitalaria o extrahospitalaria<sup>21</sup>.

En este ámbito sanitario se diagnostican con frecuencia solo los maltratos físicos y/o recidivantes, que aunque es la forma más evidente, no tiene por que ser la más frecuente. Para ello no solo debemos tener en cuenta los indicadores físicos, debemos prestar atención a los indicadores emocionales o conductuales tanto en los menores como a sus cuidadores.

El hospital es un lugar donde se conjugan elementos como el eventual anonimato, la posibilidad de trabajo en equipo sanitario y social y la disposición de recursos técnicos que le hacen centro de referencia. Las características propias de las urgencias, la hospitalización y las consultas externa hace que cada una de ellas y por si solas sean lugar de detección.

En las Unidades de hospitalización, son el lugar idóneo para observar la conducta infantil, el comportamiento familiar, la interrelación niño-familia su cuidado y la adaptación a las normas sociosanitarias impuestas.

Es el personal de enfermería la que cumple un papel fundamental ya que convive las 24 horas con el niño y puede obtener indicadores específicos.

El personal sanitario tiene un papel importante para la detección de casos porque sus conocimientos teóricos le permiten valorar lesiones y sus mecanismos de producción así como las capacidades del niño en relación a dichas lesiones y conoce el desarrollo normal del niño y sus necesidades, y sobre todo tiene una motivación ante las necesidades de la infancia.

A pesar de la obligatoriedad de los médicos y enfermeras de notificar a los servicios Sociales e intervenir no solo en los casos de malos tratos físicos sino también en otras circunstancias como el abandono, la negligencia el maltrato emocional o cualquier situación de riesgo, la realidad es que con frecuencia no se notifica ni se interviene, bien por desconocimiento de la obligatoriedad, ausencia de diagnóstico

o simplemente por inhibición. Es necesario aumentar el grado de sensibilización y formación de los profesionales sanitarios, especialmente a médicos pediatras, enfermeras y matronas, a fin de aumentar el número de determinaciones e intervenciones desde el ámbito sanitario<sup>15</sup>.

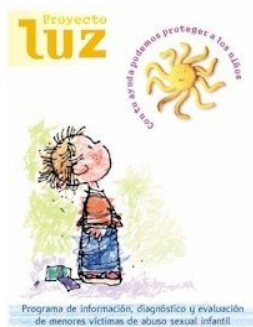
La notificación de casos precisa un procedimiento automático, que este desburocratizado que agilice la notificación.

Tal y como hace referencia Díaz Huertas<sup>70</sup>, los médicos no deben dejarse llevar por los sentimientos, falsas creencias o por malas experiencias anteriores, debe confiar en la eficacia de los servicios sociales. La multicausalidad del maltrato infantil requiere una actuación multiprofesional al tratarse de una problemática compleja que requiere la intervención de otros profesionales y la colaboración de los distintos dispositivos del ámbito sanitario.

## 2.6. Organizaciones No Gubernamentales sin ánimo de lucro relacionados con el maltrato infantil

Existen otras alternativas como son organizaciones sin ánimo de lucro, dirigidas a la atención de niños y adolescentes con sospecha de maltrato infantil, que en caso de desconocer los recursos y dispositivos pertinentes para la notificación, existe la posibilidad de contactar con las entidades federadas en cada Comunidad Autónoma que podrán informar donde hacer la notificación. Exceptuando la Asociación Murciana e Apoyo para la Infancia Maltratada (AMAIM), estas entidades no gestionan la notificación, ya que es una obligación individual del ciudadano y del profesional, pero puede ser el informador.

## PROYECTO LUZ



Es un programa de información<sup>71</sup>, diagnóstico y evaluación de menores víctimas de abuso sexual infantil.

Dispone de un grupo de profesionales especializados en la investigación y evaluación de casos de abuso sexual infantil.

Coopera con los profesionales e instituciones implicadas en los casos ofreciéndoles asesoramiento técnico

Orienta sobre la atención médica, psicológica, social y judicial que la situación requiere en beneficio del menor.

Realiza la investigación y la evaluación de los casos de abuso sexual infantil.

Apoya al niño y a la familia en todo el proceso.

El programa colabora con aquellas instituciones interesadas en la detección del maltrato y el abuso sexual a los niños, cooperando de modo más estrecho con Justicia, servicios Sociales, Municipales, educación, Sanidad, Policía, etc. y en especial con la Dirección General de Política Social, quien lleva a cabo la coordinación interinstitucional.





AMAIM<sup>72</sup> se constituye en 1990 como una Asociación Independiente y no lucrativa, formada por personas, que preocupadas por la defensa de los derechos y necesidades de la infancia, nos asociamos para luchar contra el abuso, la explotación y el maltrato a los niños y niñas, y sobre todo para tratar de conseguir una mejor calidad de vida y bienestar social de la población infantil.

¿Cual es su misión?

- Investigar la situación, causas y gravedad del maltrato en nuestra comunidad.
- Informar y apoyar a menores víctimas de abuso sexual infantil.
- Motivar a los profesionales que intervienen en el campo de la infancia, para la detección y prevención del maltrato.
- Fomentar la sensibilidad social ante el problema del maltrato.
- Conseguir entre todos que se reconozca la necesidad de las tareas preventivas como línea prioritaria de actuación.
- Promover y coordinar esfuerzos encaminados a la defensa de la infancia en situaciones de acoso y violencia escolar.
- Coordinarnos con otras asociaciones de ámbito nacional e internacional.
- Apoyar a la administración para que desarrolle las líneas más adecuadas de actuación en la solución y prevención de cada caso concreto desde el punto de vista del bienestar del niño.



La Federación de Asociaciones para la prevención del maltrato infantil (FAPMI)<sup>73</sup> es una entidad sin ánimo de lucro, en la que se integran personas y asociaciones sensibilizadas con la defensa de los derechos de los menores, que aúnan sus esfuerzos para promocionar el buen trato de niños, niñas y adolescentes.

Sus actividades se centran en las áreas relacionadas con la atención a la población infanto-juvenil y su contexto:

- Protección de la infancia.
- Prevención del maltrato a niños, niñas y adolescentes.
- Fomento del buen trato a la familia.
- Promoción de los Derechos del Niño.

La Federación y las entidades miembro han desarrollado más de 150 programas de prevención, sensibilización y/o tratamiento a nivel local, autonómico, estatal e internacional que benefician directamente a niños, niñas y adolescentes, así como a sus familias y los profesionales de todos los ámbitos involucrados.

Entre las actividades llevadas a cabo, cabe destacar la organización del Congreso Estatal bianual sobre infancia maltratada, la coordinación de las campañas Estatales de Sensibilización y Prevención del Maltrato Infantil en colaboración con distintas Administraciones y la publicación de materiales específicos, guías y estudios.



La Fundación ANAR<sup>74</sup> (Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo) es una organización sin ánimo de lucro. Sus orígenes se remontan a 1970 y, desde entonces, se dedica a la promoción y defensa de los derechos de los niños y adolescentes en situación de riesgo y desamparo, mediante el desarrollo de proyectos tanto en España como en Latinoamérica, en el marco de la Convención de los Derechos del Niño de Naciones Unidas. La Fundación lleva trabajando desde sus inicios con los Hogares ANAR, casas de acogida para niños y adolescentes carentes de un ambiente familiar adecuado.

Nuestra visión es la de un mundo en el que todos los niños y adolescentes tengan derecho a que su voz sea escuchada, sobre las situaciones de vida que les afectan y siempre que se vulneren sus derechos.

Conscientes de que son los más indefensos de nuestra sociedad, nuestra visión es la de un mundo en el que esos niños y adolescentes tengan plenamente protegidos sus derechos.



## 2.7. Justificación

Teniendo en cuenta la tasa de maltrato infantil según la OMS<sup>3</sup> que especifica que una cuarta parte de los adultos manifiestan haber sufrido malos tratos físicos de niños, siendo esto la causa de sufrimiento tanto para los niños como para las familias pudiendo tener consecuencias y secuelas a corto y largo plazo por lo que entendemos que este estudio puede quedar justificado.

En la Región de Murcia, la Dirección General de Política Social informa del número de notificaciones desde 2003 a 2013 han resultado ser de 8.587 casos. Considerando que constituyen un dato escalofriante ante la magnitud del problema y sobre todo por su gravedad.

Es por lo que reflexionamos sobre una serie de cuestiones como:

1. ¿Qué incidencia tiene el maltrato en la población infantil que acude a la Puerta de Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca?
2. ¿Cuál es el grado de maltrato más frecuente que se da en nuestra población infantil?

Así pues, en base a lo anteriormente expuesto planteamos los siguientes objetivos e hipótesis.



## **BLOQUE II.**

# **HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

---

## **BLOQUE II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**



# **CAPÍTULO 1.**

## **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

Llegados a este punto planteamos un objetivo general, del que derivan una serie de objetivos específicos.

### **1.1. Objetivos Generales**

El presente estudio tiene como finalidad valorar, conocer y descubrir la incidencia de maltrato en la población infantil asistida en Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia en el periodo 2007 a 2014.

## 1.2. Objetivos Específicos

- ✓ Conocer las características sociodemográficas de la población estudiada.
- ✓ Determinar la existencia de sospecha o maltrato infantil confirmado.
- ✓ Valorar el tipo de maltrato en la población infantil estudiada.
- ✓ Establecer el grado de maltrato en la población infantil estudiada.
- ✓ Conocer el causante del maltrato al menor.
- ✓ Saber cual es el destino del menor tras la atención sanitaria.

## **CAPÍTULO 2.**

# **HIPÓTESIS DEL ESTUDIO**

Hipótesis del Estudio.

El hospital, dentro del ámbito sanitario, es uno de los lugares idóneos para hacer tanto la detección de factores de riesgo como el diagnóstico de sospecha o certeza de maltrato infantil, el tratamiento en los casos que lo precisen y colaborar en la prevención. Cuando un niño y/o su familia acuden a cualquiera de los ámbitos asistenciales del hospital como puede ser urgencias, hospitalización o consultas externas, es necesario hacer una valoración integral de su situación sociosanitaria, entendiendo como salud no solo la ausencia de alteración física sino la consecución del estado de bienestar, por tanto en el presente estudio nos planteamos la siguiente hipótesis:

## **BLOQUE II. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

Existe una relación parecida en la distribución por sexos entre los menores que presuntamente han sufrido maltrato.

La franja de edad de lactantes, son los que presuntamente tienen mas posibilidades de maltrato.

La mayoría de los casos de supuesto maltrato quedan encuadrados como leves.

**BLOQUE III.**

**METODOLOGÍA DE LA**

**INVESTIGACIÓN**

---



# CAPÍTULO 1.

## MATERIAL Y MÉTODO

### 1.1. Revisión Bibliográfica

Para la elaboración del estado de conocimiento del presente estudio, hay que partir de la búsqueda de la producción científica , que pudiera ayudar al análisis de nuestro objetivo de estudio, el maltrato infantil. Para ello, se realizó una búsqueda de publicaciones y libros sobre este tema en las siguientes bases de datos:

- Dialnet.
- Scielo.
- Teseo
- TDR (Tesis doctorales en red).
- Medline.
- Cuiden.
- Cochrane Library.

Utilizando términos como:

- Maltrato infantil
- Maltrato de género.
- Malos tratos.
- Maltrato infancia.

Una vez obtenidas la referencias bibliográficas, se realizó una revisión de los mismos, seleccionando los realmente trascendentes para la investigación. De igual manera se realizó la búsqueda de Instituciones Publicas y Privadas que tuviesen relación con el Maltrato infantil.

## 1.2. Diseño de la investigación

El diseño del proyecto de investigación, tal como lo define Cea 2001, p.81<sup>75</sup> sería la planificación de la estrategia para alcanzar los objetivos de la investigación.

Asimismo, Alvira 1989<sup>76</sup>, define el diseño de la misma como un plan global de la investigación que integra de un modo coherente y adecuadamente correcto, técnicas de recogida de datos a utilizar, análisis previstos y objetivos.

De igual forma Yin<sup>77</sup>, 1989 la definía como una secuencia lógica que relaciona los datos empíricos del estudio con las preguntas formuladas al inicio de la investigación y, por ultimo, las conclusiones.

En el estudio se ha utilizado el Método Cuantitativo, por ser este un método que nos permite la organización, recopilación, presentación y análisis de datos para la deducción de conclusiones de acuerdo con los análisis realizados.

Este método nos va a permitir encontrar y describir las relaciones entre las variables que estudiamos. Así mismo utilizamos la



estadística descriptiva que nos permite organizar, describir (a modo de resumen) los datos obtenidos en la muestra para que dichos datos resulten manejables y se puedan comprender fácilmente.

Analizando todo lo anterior, en este estudio, el diseño de la investigación se plantea con un enfoque cuantitativo, descriptivo observacional y de corte transversal. Se realiza una única medición del periodo de estudio 2007-2014.

### 1.3. Ámbito de la investigación

El entorno en el que se desarrolla el estudio, es el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca del cual realizaremos una descripción, así como una presentación de la demografía de la Región de Murcia relacionada con el mismo.

Mencionaremos que la Ley General de Sanidad 14/ 1986, de 25 de abril, introdujo un importante cambio en el Sistema Sanitario Español y en la prestación de la asistencia sanitaria, creándose un Sistema Nacional de Salud, caracterizado por la universalización de la asistencia, por otro lado dotaba a la población de una mayor accesibilidad al sistema, descentralizó la gestión y creó la Atención primaria de Salud como base de la atención sanitaria<sup>78</sup>.

La Ley 4/1994, de 26 de julio<sup>79</sup>, de creación del Servicio Murciano de Salud, deroga a la Ley 2/1990, de 5 de abril, y creó el Servicio Murciano de Salud, como organismo encargado de prestar la asistencia sanitaria en la Región de Murcia. Posteriormente el Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, por el cual, a partir del 1 de enero de 2002 se hacen efectivas las transferencias en materia de

sanidad, siendo así el Servicio Murciano el responsable de prestación y gestión en materia de sanidad en la Región de Murcia.

### 1.3.1. Demografía de la Región de Murcia

En el siguiente mapa, delimitamos el Área I, que es nuestra Área de estudio.

Figura 1. Mapa de la ocupación geográfica del Área I Murcia-Oeste



Es importante saber el número de habitantes o población de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. En el año 2013 la población era de 1774,695 habitantes de los cuales 915,107 eran hombres y 859,588 eran mujeres.

Menores de un año 21,413, entre las edades de 1 a 4 años son 40,862 niños y de 5 a 14 años suman 94,822.

En total la población de entre menores de un año y 14 años suma de 54.422,077.

El siguiente cuadro hace referencia a la distribución de la población de hombres y mujeres, divididos por sexos referidas al año 2014 en la Región de Murcia.

Cuadro 1. Población total año 2014 distribuidas por sexo en la Región de Murcia. Elaborado por el Centro Regional de Estadística de Murcia

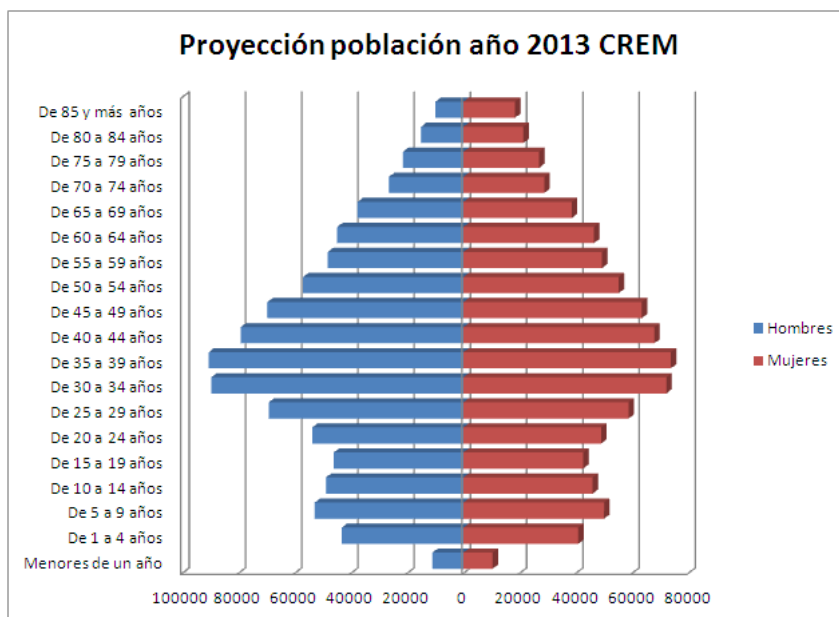
<b>Hombres</b>		<b>Mujeres</b>	
<b>Total</b>	735.889	<b>Total</b>	730.929
<b>Menores de 1 año</b>	8.072	<b>Menores de 1 año</b>	7.660
<b>De 1 a 4 años</b>	36.017	<b>De 1 a 4 años</b>	33.641
<b>De 5 a 9 años</b>	47.124	<b>De 5 a 9 años</b>	44.355
<b>De 10 a 14 años</b>	42.538	<b>De 10 a 14 años</b>	40.441
<b>De 15 a 19 años</b>	40.151	<b>De 15 a 19 años</b>	37.913
<b>De 20 a 24 años</b>	43.138	<b>De 20 a 24 años</b>	41.341
<b>De 25 a 29 años</b>	47.329	<b>De 25 a 29 años</b>	46.136
<b>De 30 a 34 años</b>	62.297	<b>De 30 a 34 años</b>	57.392
<b>De 35 a 39 años</b>	70.959	<b>De 35 a 39 años</b>	62.769
<b>De 40 a 44 años</b>	64.244	<b>De 40 a 44 años</b>	58.787
<b>De 45 a 49 años</b>	59.196	<b>De 45 a 49 años</b>	56.287
<b>De 50 a 54 años</b>	49.083	<b>De 50 a 54 años</b>	48.180
<b>De 55 a 59 años</b>	39.215	<b>De 55 a 59 años</b>	39.893
<b>De 60 a 64 años</b>	32.225	<b>De 60 a 64 años</b>	34.150
<b>De 65 a 69 años</b>	29.039	<b>De 65 a 69 años</b>	32.321

**BLOQUE III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

<b>De 70 a 74 años</b>	21.815	<b>De 70 a 74 años</b>	25.242
<b>De 75 a 79 años</b>	19.531	<b>De 75 a 79 años</b>	24.850
<b>De 80 a 84 años</b>	14.202	<b>De 80 a 84 años</b>	21.043
<b>De 85 y más años</b>	9.714	<b>De 85 y más años</b>	18.528

Como se puede observar en la pirámide de población del año 2014, la población de 35 a 39 años, es la más numerosa, tanto en hombres como en mujeres

Figura 2. Proyección de población 2013 en la Región de Murcia, elaborado por el Centro Regional de Estadística de Murcia (CREM)



**1.3.2. Análisis del Contexto. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca**

Hace ahora 40 años, en 1975, se inaugura el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, donde realizamos nuestro estudio del maltrato infantil, para posteriormente ser gestionado por el Servicio

Murciano de Salud una vez realizadas las transferencias en el año 2002.

Esta enclavado en el Sureste de la provincia Murcia, en la pedanía de El Palmar. El Área que tiene adscrita es el Área I Murcia-Oeste.

La Misión del Hospital es<sup>80</sup>:

El Área I Murcia-Oeste esta formado por un conjunto multidisciplinar de personas que ofrecen, como centro publico, los servicios de salud propios de la Atención Primaria y Hospitalaria en el marco geográfico que abarca, y de referencia para prestaciones y servicios de alta complejidad, facilitando una atención sanitaria accesible, resolutiva, eficiente y de calidad a los ciudadanos y manteniendo su condición universitaria, docente e investigadora.

La Visión del hospital es:

El Área Murcia-Oeste, aspira a ocupar una posición de referencia y liderazgo para desarrollar un modelo integral de atención a la salud. Mediante la participación e implicación de todos los profesionales y la coordinación de los niveles asistenciales, queremos prestar una atención adecuada, ágil y segura, estableciendo áreas de excelencia, en los ámbitos asistencial, docente e investigación, sobre la base del respeto al entorno, el uso eficiente de los recursos y la sostenibilidad del sistema sanitario publico.

Los valores del hospital:

Para poder cumplir con la misión y avanzar hacia la visión, la Organización se apoya en los siguientes valores:

### BLOQUE III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

- Orientación a los pacientes. Prestar una atención individualizada basada en el respeto mutuo, utilizando el dialogo cooperativo como herramienta de salud y velando por la dignidad del paciente y los familiares.
- Orientación a los profesionales. Promover políticas de motivación y desarrollo profesional fomentando el respeto entre las personas de la organización.
- Equidad en la prestación. Garantizar el acceso a la prestación asistencial en condiciones de igualdad.
- Integración organizativa. Evolucionar hacia un modelo de gestión colaborativo e integrado entre los servicios cuyo eje sea la continuidad asistencia.
- Flexibilidad. Diseñar y adaptar las prestaciones a las necesidades cambiantes de la población.
- Compromiso con los valores éticos. Potenciar , desarrollar y difundir los valores éticos y morales de la organización.
- Investigación. Liderar la investigación básica y trasnacional en ciencias biosanitarias.
- Innovación. Evaluar e incorporar las nuevas tecnologías y modelos organizativos, como herramienta para mejora de la calidad.
- Transparencia. Comunicar de manera transparente los elementos clave de la organización (procedimientos y resultados).
- Eficacia en el uso de los recursos. Desarrollar una gestión efectiva, eficiente y transparente de los recursos destinados a la consecución de la misión.
- Orientación a la excelencia. Incorporar la calidad total como instrumento para alcanzar la excelencia y lograr resultados excelentes.
- Respeto al entorno. Adquirir compromisos con la Sociedad y el Medioambiente.

El Área I Murcia-Oeste cuenta con:

- Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca con una dotación de 867 camas.
- Hospital Psiquiátrico Román Alberca con una dotación de 100 camas.
- 14 Zona Básica Salud por tanto, 14 Centros de Salud.
- 32 Consultorios.
- 1 PAC (Punto de Atención Continuada).
- 2 PEAs (Puntos de Especial Aislamiento).
- Cuidados Paliativos Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria.

En relación a Pediatría y sus Áreas específicas tenemos el siguiente catálogo:

Pediatría y Áreas Específicas

- Aislados.
- Alergología Infantil.
- Cardiología Infantil.
- Digestivo Infantil.
- Endocrinología Infantil.
- Genética Infantil.
- Hospitalización a Domicilio Infantil.
- Medicina Intensiva Infantil.
- Medicina Intensiva Neonatal.
- Nefrología Infantil.
- Neonatología.
- Neumología Infantil.
- Neurología Infantil.
- Oncología Infantil.
- Psicología Infantil.

- Reumatología Infantil.

Para hacernos una idea de la distribución del número de camas que el hospital infantil esta dotado debemos saber el número de camas de que consta el hospital, como veremos en el siguiente cuadro.

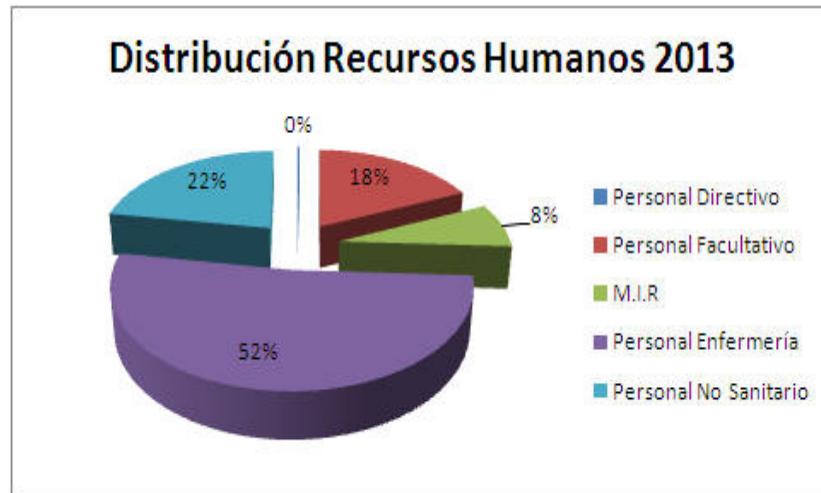
Cuadro 2. Distribución del número de camas asignadas en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.

<b>Camas Asignadas por Líneas de Producción</b>	
Médica	275
Neonatología	54
Quirúrgica	291
Obstétrica	100
Pediátrica	82
Cuidados Intensivos	65
<b>Total</b>	<b>867</b>

Pasamos a describir la distribución de los recursos humanos dependientes del Área I, tanto personal directivo, facultativo, M.I.R., enfermería y personal no sanitario.



Gráfico 1. Distribución de Recursos Humanos del Área I Murcia-Oeste.



La suma de los recursos humanos del año 2013 demuestra una reducción en cuanto número en la dotación de personal en todos estamentos menos en el directivo.

Cuadro 3. Recursos Humanos del Área I Murcia-Oeste

Distribución de los Recursos Humanos	2012	2013
Personal Directivo	13	13
Personal Facultativo	912	907
M.I.R.	374	375
Personal Enfermería	2.627	2.598
Personal no Sanitario	1.137	1.119
<b>Total</b>	<b>5.063</b>	<b>5.012</b>

### BLOQUE III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El personal dependiente de Dirección de Enfermería, esta compuesto de enfermeros, enfermeros en formación de pediatría, matronas, enfermeras en formación de matrona, fisioterapeutas, técnicos, y auxiliares de farmacia y de enfermería, terapeutas ocupacionales, logopedas y diplomados en nutrición En el siguiente cuadro podemos observar el volumen de dotación.

Cuadro 4. Profesionales dependientes de Recursos Humanos del Área I Murcia-Oeste

<b>Personal de Enfermería</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Enfermeros	1.358	1.355
Enfermeros Pediatría Formación	3	6
Matronas	64	64
Matronas Formación	20	20
Fisioterapeutas	28	29
Técnicos	170	176
Auxiliares de Enfermería + Auxiliares Farmacia	1.001	968
Terapeuta Ocupacional + Logopeda + Dipl. Nutrición	6	6
<b>Total</b>	<b>2.650</b>	<b>2.624</b>

El personal facultativo esta compuesto de jefe de servicio, jefe de sección, adjunto, cupo y zona y M.I.R.

Gráfico 2. Personal facultativo Área I Murcia-Oeste



El personal dependiente de la dirección medica, también marca a una ligera disminución del número de profesionales.

Cuadro 5. Facultativos del Área I Murcia-Oeste

Personal Facultativo	2012	2013
Jefe de Servicio	42	42
Jefe de Sección	78	68
Adjuntos-FEA	776	783
Cupo y Zona	16	14
M.I.R.	351	349
<b>Total</b>	<b>1.263</b>	<b>1.256</b>

El personal no sanitario del Área de nuestro estudio, manifiesta un número superior de técnicos pero disminuye en su conjunto, el volumen en el resto de personal, como veremos en el siguiente cuadro.

Cuadro 6. Distribución de personal no sanitario Área I Murcia-Oeste

<b>Personal Sanitario</b>	<b>No</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Personal Superior	Tecn.	9	14
Personal Administrativa	F.	466	451
Personal de Oficio		73	69
Personal de Hostelería		200	196
Personal Subalterno		371	368
Otros		18	21
<b>Total</b>		<b>1.137</b>	<b>1.119</b>

La actividad que se produce en las consultas externas del hospital hacen un total de 692.224, lo que demuestra el alto volumen de actividad en esta área.

Cuadro 7. Actividad en Consultas Externas del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA) .

Área de Consultas Externas	2012	2013
Primeras consultas	208.922	206.102
Consultas sucesivas	481.439	486.122
<b>Total Consultas</b>	<b>690.361</b>	<b>692.224</b>
Relación sucesivas / primeras	2,30	2,36
% Primeras de A. Primaria	56,05	55,53
Consultas / día hábil	2.794,98	2.813,92
Demora Media	40,00	47,18

La actividad del hospital queda reflejada en el siguiente cuadro, queremos destacar el área de pediatría con 54.418 niños asistidos en la puerta de urgencias, 149 urgencias diarias y con 2.792 ingresos desde urgencias.

Cuadro 8. Actividad en el Área de Urgencias del HCUVA

Área de Urgencias	2012	2013
Pacientes Asistidos	188.338	189.205
Pabellón General	99.242	102.136
<b>Pabellón Infantil</b>	<b>57.412</b>	<b>54.418</b>
Pabellón Maternal	31.684	32.651
Pacientes Ingresados	23.793	24.624
Pabellón General	13.554	14.492

BLOQUE III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Pabellón Infantil	2.809	2.792
Pabellón Maternal	7.430	7.340
Urgencias / día	515,99	518,37
Pabellón General	271,90	279,82
Pabellón Infantil	157,29	149,09
Pabellón Maternal	86,81	89,45
Porcentaje de urgencias ingresadas	12,63	13,01
Pabellón General	13,66	14,19
Pabellón Infantil	4,89	5,13
Pabellón Maternal	23,45	22,48
Presión de urgencias	69,40	69,45
Pabellón General	64,26	64,48
Pabellón Infantil	70,86	71,99
Pabellón Maternal	80,30	80,26
Partos Totales	7.429	7.278
Total partos por día	20,30	19,94
Porcentaje de Cesáreas	19,50	20,39

Tras la ampliación del hospital realizada en el año 2013 el número de camas del hospital infantil se incrementó en 10 camas mas, a su vez ingresaron 4748 niños, con una estancia media de 7,6 días y una media diaria de ingresos de 13 niños.

Cuadro 9. Actividad Área de Hospitalización HCUVA.

Área de Hospitalización	2012	2013
Número de Camas	863	867
Pabellón General	544	552
Pabellón Infantil	179	187
Pabellón Maternal	140	128

Ingresos	35.406	36.438
Pabellón General	21.202	22.469
Pabellón Infantil	4.870	4.748
Pabellón Maternal	9.334	9.221
Programados	10.836	11.132
Pabellón General	7.578	7.982
Pabellón Infantil	1.419	1.330
Pabellón Maternal	1.839	1.820
Urgentes	24.570	25.306
Pabellón General	13.624	14.487
Pabellón Infantil	3.451	3.418
Pabellón Maternal	7.495	7.401
Estancias	225.227	224.729
Pabellón General	158.621	158.085
Pabellón Infantil	36.109	36.077
Pabellón Maternal	30.497	30.567
Estancia media	6,36	6,17
Pabellón General	7,48	7,04
Pabellón Infantil	7,41	7,60
Pabellón Maternal	3,27	3,31
Presión de urgencias	69,40	69,45
Pabellón General	64,26	64,48
Pabellón Infantil	70,86	71,99
Pabellón Maternal	80,30	80,26
Índice de mortalidad	2,95	3,19
Pabellón General	4,70	4,98
Pabellón Infantil	0,94	0,91
Pabellón Maternal	0,00	0,00
Camas utilizadas	615,37	615,70

BLOQUE III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Pabellón General	433,39	433,11
Pabellón Infantil	98,66	98,84
Pabellón Maternal	83,33	83,75
Ingresos / día	97,00	99,83
Pabellón General	58,09	61,56
Pabellón Infantil	13,34	13,01
Pabellón Maternal	25,57	25,26

La actividad quirúrgica del hospital es de 22817 actos quirúrgicos entre intervenciones programadas, urgentes, ambulatorias y otros procesos ambulatorios.

Cuadro 10. Actividad Quirúrgica HCUVA.

Área Quirúrgica	2012	2013
Intervenciones Programadas con hospitalización	7.367	7.242
Intervenciones Urgentes con hospitalización	3.206	3.413
Intervenciones Ambulatorias programadas	3.190	3.127
Intervenciones Urgentes Ambulatorias	193	148
Otros procesos Ambulatorios	7.308	8.887
<b>Intervenciones Realizadas en el Hospital</b>	<b>21.264</b>	<b>22.817</b>
Facultativos propios medios ajenos	10.734	12.454
<b>Total Intervenciones</b>	<b>31.998</b>	<b>35.271</b>
% de Ocupación Quirófano	73,78	73,52
Espera media pacientes intervenidos de Lista de Espera Quirúrgica	78,50	71,76
% suspendidas en C. Programada	4,64	5,69



Haciendo referencia a las consultas externas del área pediátrica los datos aportados hacen referencia a 9.129 primeras consultas y 29.658 revisiones

Cuadro 11. Actividad en Consultas Externas de Pediatría HCUVA.

Área de Consultas Externas	2012	2013
Primeras consultas	9.132	9.129
Consultas sucesivas	29.061	29.658
<b>Total Citas</b>	<b>38.193</b>	<b>38.787</b>
Relación sucesivas/primeras	3,18	3,25
Pacientes pendientes de primera consulta	1.320	1.645
Demora media	103,90	118,94
% Pacientes de Primaria	53,33	49,97

Cuadro 12. Actividad Área de Hospitalización de Pediatría HCUVA

Área de Hospitalización	2012	2013
Altas totales	4.493	4.514
Estancia media	7,11	7,04
Ingresos día	12,23	12,35
Presión de urgencias	79,39	79,04
Índice de mortalidad	1,03	0,95

### BLOQUE III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

En números globales para el Área de Pediatría, podemos decir que:

- Asistidos en Puerta de urgencias: en 2012, 57.412 niños y en 2013, 54.418 niños
- El número de camas asignadas son 82 para Pediatría, 6 para Neonatología y 34 para Cuidados Intensivos distribuidos en 21 para la UCI Neonatal y 13 para la UCI Pediátrica.
- En el Área de Urgencias tenemos:
  - 2.792 ingresados
  - 149 urgencias al día
  - Porcentaje de urgencias ingresadas 5,13
- El número de camas son 187
- El número de ingresos 4.748. De ellos 1.330 son programados y 3.418 son urgentes, con 13 ingresos diarios
- La estancia media es de 7,6 días
- El índice de mortalidad 0,91

El personal de Enfermería para toda el Área se distribuye con:

1. 1.355 enfermeros, 10 Enfermeros Internos Residentes de Pediatría y 968 Auxiliares.

El número de partos anual es de 7.278 con una cifra de 20 partos diarios.

#### 1.4. Periodo de estudio

El periodo de recogida de datos se realizó desde enero de 2007 año de la puesta en marcha del Informe de detección de casos, hasta diciembre de 2015.

#### 1.5. Población de referencia.

La población que conforma nuestro estudio son todos los niños entre 0 días y 12 años, asistidos en la Puerta de Urgencias de Pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, con sospecha de maltrato al que se les ha cumplimentado el Informe de Notificación de Casos en el periodo entre 2007 y 2014.

El tamaño muestral es: **N= 247**

#### 1.5.1. Criterios de Inclusión.

Los casos de posible maltrato que acuden a la Puerta de Urgencias de Pediatría del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca que tengan cumplimentado el Informe de Notificación de Casos.

#### 1.5.2. Criterios de Exclusión.

Los casos de sospecha de maltrato que no tengan cumplimentado el Informe de Notificación de Casos.

### 1.6. Instrumentos de Recogida de Datos

La recogida de datos se realizó a través del Informe de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario<sup>7</sup> que se cumplimenta ante la sospecha de maltrato infantil fue diseñada y facilitada por la Consejería de Trabajo y Política Social, Dirección General de Familia y Servicios Sociales. (Anexo 5)

Se realiza una recopilación de dichos informes de notificación de casos custodiadas por el hospital y facilitadas, con el permiso pertinente, desde el archivo que tiene disponible el personal de trabajo

### BLOQUE III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

social perteneciente al Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca durante el periodo de 2007 a 2014.

1.6.1. Variables de la Investigación: Descripción del documento.

Este informe de notificación esta dividido en varios apartados,

1.6.1.1. Variables sociodemográficas: edad, sexo, acompañante (figura 3).

Figura 3. Variables sociodemográficas

Formulario de identificación del niño y notificador. El formulario está dividido en varias secciones:

- Identificación del Niño:** Incluye campos para Apellidos, Nombre, Domicilio, Localidad, Teléfono, Sexo (V para Varón, M para Mujer), Fecha de nacimiento (día/mes/año).
- Acompañante:** Incluye botones de selección para Padre, Madre, Tutor, Policía, Vecino, Otro (especificar).
- Identificación del notificador:** Incluye campos para Fecha de notificación (día/mes/año), Centro, Servicio/Consulta, Nombre, Área Sanitaria.
- Profesional:** Incluye botones de selección para Médico, Enfermera, Trabajador Social, Matrona, Psicólogo, N° Colegiado.
- Caso Fatal (fallecimiento):** Incluye un botón de selección (SI).

1.6.1.2. Datos Cualitativos: Del apartado otros síntomas extraemos los datos cualitativos descriptivos del caso, y la valoración del pediatra que cumplimenta el informe de detección. Es un espacio en el que se pueden describir otros síntomas o comentarios no recogidos en el cuestionario cerrado. Constituyendo una pregunta abierta (figura 4).

Figura 4. Otras síntomas o comentarios

OTROS SÍNTOMAS O COMENTARIOS:

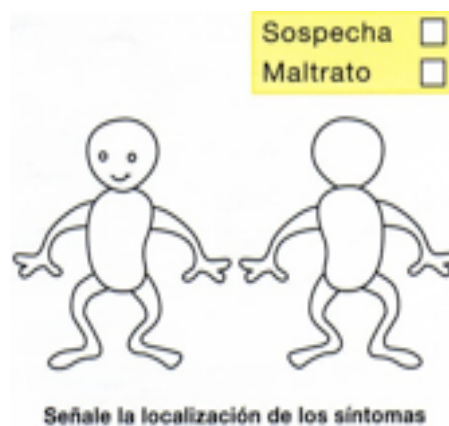
Un espacio rectangular amarillo destinado a escribir otros síntomas o comentarios.

1.6.1.3. Datos objetivos: De esta figura extraemos la información de si es sospecha de maltrato o confirmación de maltrato (figura 5).

En la sospecha no existen datos objetivos, solo sospecha, que se deduce de su historia clínica no creíble o contradictoria.

En la figura 5, un dibujo anatómico, para señalar las zonas implicadas, o indicar la localización de los síntomas.

Figura 5. Sospecha/Maltrato



1.6.1.4. Valoración del maltrato: Este apartado hace referencia al grado de maltrato y al tipo :

- Leve, circunstancias que requieren un seguimiento.
- Moderado, necesita apoyo o ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos....etc.
- Grave, requiere intervención urgente de los servicios sociales.

Según el tipo de maltrato:

- Maltrato físico en 8 ítems.
- Magulladuras y moratones.
- Quemaduras.
- Fracturas óseas.
- Heridas.
- Lesiones viscerales.
- Mordeduras humanas.
- Intoxicación forzada.
- Síndrome del niño zarandeado.

Negligencia con 7 ítems

- Escasa higiene.
- Falta de supervisión.
- Cansancio o apatía permanente.
- Problemas físicos o necesidades medicas.
- Es explotado. Se le hace trabajar en exceso.
- No va a la escuela.
- Ha sido abandonado.

Maltrato emocional con 4 ítems:

- Maltrato emocional.
- Retraso físico emocional y/o intelectual.
- Intento de suicidio.
- Cuidados excesivos/sobreprotección.

Abuso sexual, con 13 ítems:

- Sin contacto físico.
- Con contacto físico y sin penetración.
- Con contacto físico y con penetración.
- Dificultad para andar y sentarse.
- Ropa interior rasgada, manchado o ensangrentada.

- Dolor o picor en la zona genital.
- Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal.
- Cervix o vulva hinchados o rojos.
- Explotación sexual.
- Semen en boca, genitales o ropa.
- Enfermedad venérea.
- Apertura anal patológica.

Figura 6. Grado y tipo de maltrato

**L = Leve M = Moderado G = Grave**  
(Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso)

<b>MALTRATO FÍSICO</b>			
L	M	G	Magulladuras o moratones 1
L	M	G	Quemaduras 2
L	M	G	Fracturas óseas 3
L	M	G	Heridas 4
L	M	G	Lesiones viscerales 5
L	M	G	Mordeduras humanas 6
L	M	G	Intoxicación forzada 7
L	M	G	Síndrome del niño zarandeado 8

<b>NEGLIGENCIA</b>			
L	M	G	Escasa higiene 9
L	M	G	Falta de supervisión 10
L	M	G	Cansancio o apatía permanente
L	M	G	Problemas físicos o necesidades médicas 11
L	M	G	Es explotado, se le hace trabajar en exceso 12
L	M	G	No va a la escuela
L	M	G	Ha sido abandonado

<b>MALTRATO EMOCIONAL</b>			
L	M	G	Maltrato Emocional 13
L	M	G	Retraso Físico emocional y/o intelectual 14
L	M	G	Intento de suicidio
L	M	G	Cuidados excesivos / sobreprotección 15

<b>ABUSO SEXUAL</b>			
SI			Sin contacto físico
SI			Con contacto físico y sin penetración 16
SI			Con contacto físico y con penetración
SI			Dificultad para andar y sentarse
SI			Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
SI			Dolor o picor en la zona genital
SI			Contusiones o sangrado en los genitales externos zona vaginal o anal
SI			Cervix o vulva hinchados o rojos
SI			Explotación sexual
SI			Semen en la boca, genitales o ropa
SI			Enfermedad venérea 17
SI			Apertura anal patológica 18
SI			Himen perforado

Este registro es autocopiativo con tres hojas:

1. Una ejemplar para el expediente del niño.

2. Un ejemplar para la intervención.
3. Ejemplar para el Centro de Registro de Datos de la Comunidad.

La cumplimentación del Informe de Notificación de Casos lo llevan a cabo los Pediatras en la Puerta de Urgencias a través de una entrevista realizada al acompañante del niño que acude a Urgencias y que según valoración del facultativo suscita sospecha de maltrato.

#### 1.7. Fases de aplicación

Desde el inicio de la planificación con la pregunta de investigación y la matriculación en el Área de Enfermería en 2010, fue aprobado el proyecto en 2011 y se inicio la fase de recogida que duro hasta 2014. En 2015 se realizó en tratamiento estadístico y los resultados y conclusiones de estudio (Figura 7).



Figura 7. Fases de aplicación del estudio.

<p><b>1ª etapa</b></p> <p><b>PLANIFICACIÓN</b></p>	<p>✓ Elección de la pregunta de investigación en el Área de Antropología Octubre 2009</p> <p>✓ Área de Enfermería Octubre 2010</p> <p>✓ Consulta de la idoneidad del tema</p>
<p><b>2ª etapa</b></p> <p><b>ORGANIZACIÓN</b></p>	<p>✓ Solicitud de autorizaciones Mayo-junio 2011</p> <p>✓ Presentación aprobación del proyecto Noviembre 2011</p>
<p><b>3ª etapa</b></p> <p><b>EJECUCIÓN</b></p>	<p>✓ Recogida de datos de 2012 a 2014</p>
<p><b>4ª etapa</b></p> <p><b>PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS</b></p>	<p>✓ Construcción de base de datos e inclusión de datos. Enero de 2015</p> <p>✓ Análisis estadístico de los resultados Mayo 2015</p>
<p><b>5ª etapa</b></p> <p><b>REDACCIÓN E INFORME FINAL</b></p>	<p>✓ Elaboración de los resultados y conclusiones de la investigación Mayo 2015</p>

### 1.8. Análisis y tratamiento de los datos

Los datos se obtuvieron a través del informe de notificación de casos para la detección del maltrato.

- Las fases en las que se realizó este análisis fueron:
  - Introducción de los datos al ordenador. En esta fase se paso del dato bruto al dato codificado que se introdujo en el ordenador. Se transformaron los datos del informe de

notificación de datos en una tabla Excel codificándolos. Después se introdujeron en una base de datos informatizada utilizando el programa SPSS v 19 para su almacenamiento.

- Depuración de los datos. En esta fase se intentó detectar posibles errores cometidos en la fase anterior, además se comprobó la calidad de los datos.
- Transformación de los datos. Esta fase se relaciona con las operaciones que se realizaron a partir de los datos codificados.
- Análisis exploratorio o análisis preliminar de los datos. En esta fase se intentó detectar casos aislados y observaciones influyentes para el análisis de los datos perdidos y como comprobación de determinados supuestos requeridos en la aplicación de gran parte de las técnicas que se emplearon en el análisis estadístico.
- Análisis de datos propiamente dicho. Se realizaron las técnicas estadísticas necesarias para dar respuesta a los objetivos de la presente investigación y para contrastar la hipótesis planteada.
- Se realizó estudio descriptivo de la muestra mediante tablas de contingencia y cálculo de la media y desviación estándar de las variables cualitativas.

El análisis de la asociación entre variables cuantitativas se realiza mediante el análisis de las tablas de contingencia por medio del test de la Chi-cuadrado de Pearson y análisis de residuos, en su caso. En el caso de que en alguna de las celdas de las tablas de contingencia el número de casos fuera menor que 5, se calculó el test exacto de Fisher.

Para la comparación entre variables cuantitativas se realizó el contraste entre las medias por medio del test de la “t” de Student o el Análisis de varianza simple para contrastar la hipótesis nula de que las

medias de distintas poblaciones coinciden, cuando el número de poblaciones es mayor que 2.

Finalmente se realizó análisis multivariante –regresión logística- considerando el ingreso hospitalario como variable dependiente y la edad, el sexo y el tipo de maltrato como variables independientes.

#### 1.9. Limitaciones del estudio

Las limitaciones que encontramos son:

- a) Como principal limitación del estudio, encontramos la cumplimentación incompleta del Informe de detección de casos, lo que dificulta la cumplimentación de datos en algunas variables del estudio.
- b) Así mismo la pérdida de casos por la no cumplimentación del informe de detección de casos, bien por olvido o por obviar cumplimentar el informe.

#### 1.10. Cuestiones éticas

En los últimos años, las fuentes de orientación éticas más destacadas relacionadas con el campo de la salud-enfermedad han sido el Código de Núremberg, la declaración de Helsinki, el informe Belmont y las normas del Consejo para la Organización Internacional de Ciencias Medicas.

Se han tenido en cuenta unas consideraciones éticas, y en la actualidad el ejercicio de la investigación científica requiere una serie de conductos o consideraciones de ese tipo.

En investigación se debe tener en cuenta los siguiente aspectos: valor social o científico, validez científica, selección equitativa de los sujetos, proporción favorable del riesgo-beneficio, condiciones de

diálogo auténtico, evaluación independiente, consentimiento informado y respeto a los sujetos inscritos.

Desde la Universidad de Murcia, y a través del Vicerrectorado de Investigación, se ha adoptado el “Código de Buenas Prácticas Científicas”, elaborado por el Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM), el Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud de la Universidad Pompeu Fabra y el Centro de Regulación Genómica (CRG), en su segunda edición en junio de 2002.

Las dos finalidades principales del Código de buenas prácticas científicas son la mejora de la calidad de la ciencia y la prevención de problemas de la integridad de la investigación.

Este código recoge una serie de apartados que contempla los siguientes aspectos:

- Supervisión del personal investigador en la formación:

Toda persona que se vincule regularmente a nuestras Instituciones para su formación como investigador/a científico/a o técnico/a de ayuda a la investigación, dispondrá de un mentor/a que se responsabilizará de la educación individual de la persona en formación y actuará de consejero/a y guía con el fin de cumplir sus expectativas de formación. La persona en formación no tiene las mismas responsabilidades, derechos y obligaciones que aquellas personas vinculadas contractualmente con la institución del mentor/a, ya que sus tareas prioritarias deben ser las relacionadas con su formación. Las tareas del mentor, serán la supervisión del trabajo y cumplimiento del mismo por parte de la persona en formación, garantizar la celebración periódica de reuniones de discusión colegiada y es el responsable de enseñar a su personal todos los componentes de las buenas prácticas científicas.

- Preparación de protocolos de investigación:

Ningún protocolo se pondrá en marcha sin la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica o de experimentación animal. El investigador será el responsable de la memoria y de la veracidad de los recursos comprometidos, al igual que de la elaboración de un plan de comunicación y publicación de los posibles resultados de la investigación.

- Documentación, almacenamiento, custodia y compartimiento de los datos, registros y material biológico o químico resultante de las investigaciones:

Todo protocolo debe incluir un plan específico de recogida de datos, registro y material biológico o químico resultante de la ejecución de la investigación, así como con respecto a su custodia y conservación. Toda la información debe quedar escrita e incorporada a los libros de registro, al igual que no deben obviarse errores, resultados negativos, inesperados o discordantes. Toda la información debe ser almacenada como mínimo durante 10 años.

- Proyectos de investigación patrocinados por la industria sanitaria u otras entidades con la finalidad de lucro:

El investigador será el responsable del diseño y la planificación de la investigación, así como de la publicación de los resultados, que es un imperativo ético.

- Prácticas de publicación:

La publicación de los datos es una parte integral e ineludible de cualquier investigación al ser el único medio estandarizado para que los resultados queden sometidos al escrutinio del personal científico

con conocimientos homólogos, siendo la publicación un imperativo ético.

- Autoría de trabajos científicos:

Para obtener la condición plena de autor de una investigación es necesario haber contribuido de forma sustancial al proceso creativo, a la preparación de las comunicaciones y publicaciones resultantes y ser capaz de presentar en detalle la contribución personal a la investigación y de discutir los principales aspectos de otras contribuciones.

- Práctica del peer review.

Bajo esta denominación se entiende todo encargo de examen y crítica en condición de experto. Las revisiones deben ser objetivas, basadas en criterios científicos y no en criterios de opinión o ideas personales. Los informes y escritos a revisión son siempre información confidencial y privilegiada. Código de Buenas Prácticas Científicas. Universidad de Murcia, 2002.

Así pues, la presente investigación se ha realizado bajo el compromiso del cumplimiento de las normas éticas de investigación y de los requerimientos legales imprescindibles para poder realizar este estudio.

De igual forma se ha respetado en todo momento la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Para el desarrollo de nuestro estudio y siguiendo la norma establecida solicitamos autorización al Sr. Director Gerente y Director de Enfermería del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, obteniendo dicha autorización tras ser aprobada por las Comisiones correspondientes y haber firmado la clausula de confidencialidad. No

declarándose conflicto de intereses y realizándose por tanto bajo el cumplimiento de:

- Ley Orgánica 5/1992, del 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Autorizado de los Datos de Carácter Personal, garantizando la confidencialidad de los mismos.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal para cumplir con los requisitos legales.

Teniendo siempre en cuenta las bases de la bioética:

- Código de Núremberg (1947).
- Declaración de Helsinki (1968).
- Informe Belmont (1978) y Convenio de Oviedo (1997).
- Declaración de Mónaco (2000): sobre los derechos del niño a la vida, la libertad, y a la salud física y mental.

Código Deontológico de Enfermería.

Consideramos de interés hacer referencia aquí y ahora al Código Deontológico de Enfermería partiendo de la base que la Enfermería como profesión constituye un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente, debemos tener presente que los de enfermería han de enfatizar de manera prioritaria, dentro de sus programas:

- La adquisición de un compromiso profesional serio y responsable.
- La participación activa en sociedad.
- Reconocimiento y aplicación en su ejercicio, de los principios de ética profesional.
- La adopción de un profundo respeto por los derechos humanos.

El código deontológico de la Enfermería española pretende que los profesionales de Enfermería fundamentemos con razones de carácter ético las decisiones que tomemos, que tengamos presentes las distintas obligaciones morales:

- La Enfermera/o y ser el humano.
- La Enfermería y la sociedad.
- La Enfermera/o y el ejercicio profesional.

Dentro de este mismo Código Deontológico de la Enfermería Española, y relacionado directamente con nuestra investigación, encontramos el Capítulo VII que nos dicen<sup>81</sup>: El personal de enfermería y el derecho del niño a crecer en salud y dignidad, como obligación ética y responsabilidad social. Este capítulo se desglosa en los siguientes Artículos:

1. Artículo 38: Las Enfermeras/os en su ejercicio profesional deben salvaguardar los derechos del niño.
2. Artículo 39: La Enfermera/o denunciará y protegerá a los niños de cualquier forma de abusos y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.
3. Artículo 40: En el ejercicio de su profesión la Enfermera/o promoverá la salud y el bienestar familiar a fin de que en dicho núcleo los niños sean deseados, protegidos y cuidados de forma que puedan crecer con salud y dignidad.
4. Artículo 41: La Enfermera/o deberá contribuir, mediante su trabajo, y en la medida de su capacidad, a que todos los niños tengan adecuada alimentación, vivienda, educación y reciban los necesarios cuidados preventivos y curativos de salud.
5. Artículo 42: La Enfermera/o contribuirá a intensificar las formas de protección y cuidados destinados a los niños que tienen necesidades especiales, evitando que sean maltratados y



explotados, en todo su ciclo vital. También procurará la reinserción o adopción de los niños abandonados .



# **BLOQUE IV.**

## **MARCO EMPÍRICO**

---



# CAPÍTULO 1. RESULTADOS

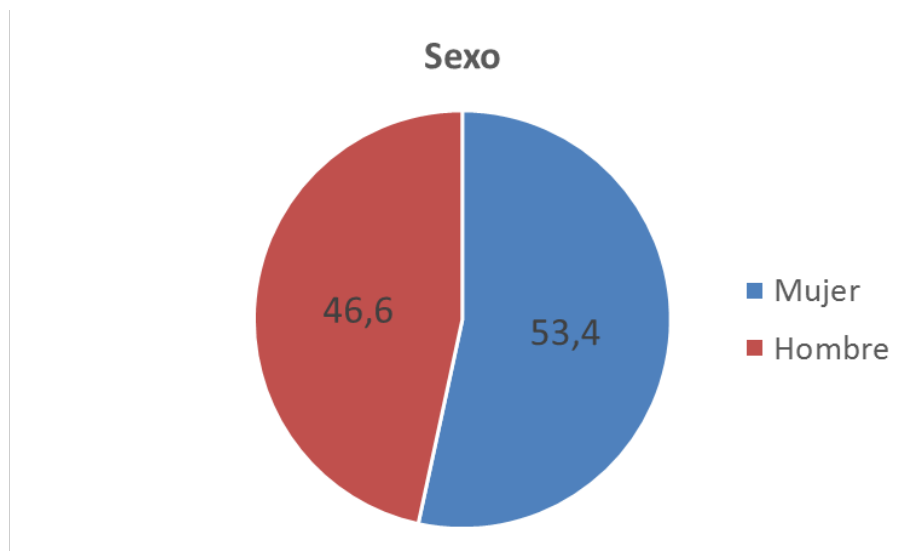
## 1.1. Variables sociodemográficas

En este apartado vamos a describir los resultados obtenidos en el análisis descriptivo realizado desde el año 2007 hasta el año 2014.

### 1.1.1. Sexo

En el transcurso de los ocho años analizados en este manuscrito, se detectaron 247 casos de maltrato. A nivel global de todos los tipos de maltrato encontramos que el 46,6% son hombres y el 53,4% son mujeres, tal y como muestra el gráfico 3.

Gráfico 3. Distribución global de maltrato por sexo



### 1.1.2 Edad.

El siguiente Gráfico, muestra la distribución porcentual de los casos de maltrato por edades. Como podemos observar la edad que mayor porcentaje de maltrato tiene son los menores año, casi un 16% de los niños menores de un año recibieron algún tipo de maltrato en los últimos ocho años. La edad media esta en 4,2 años (Gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución porcentual de maltrato por edad

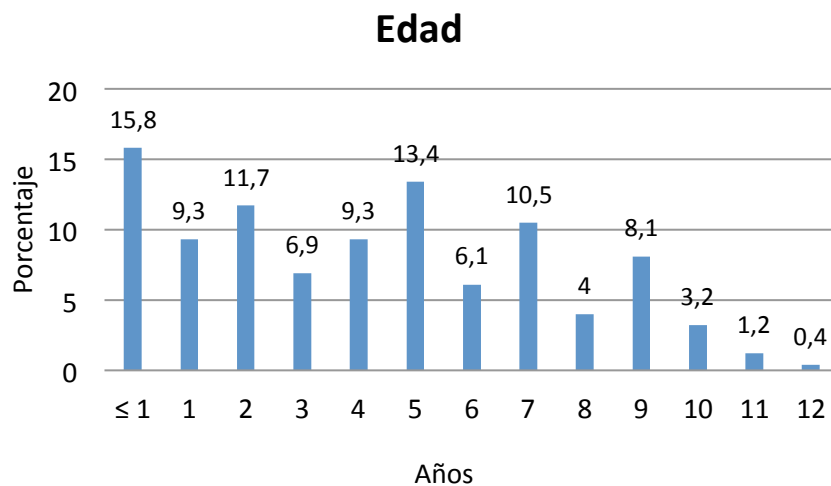
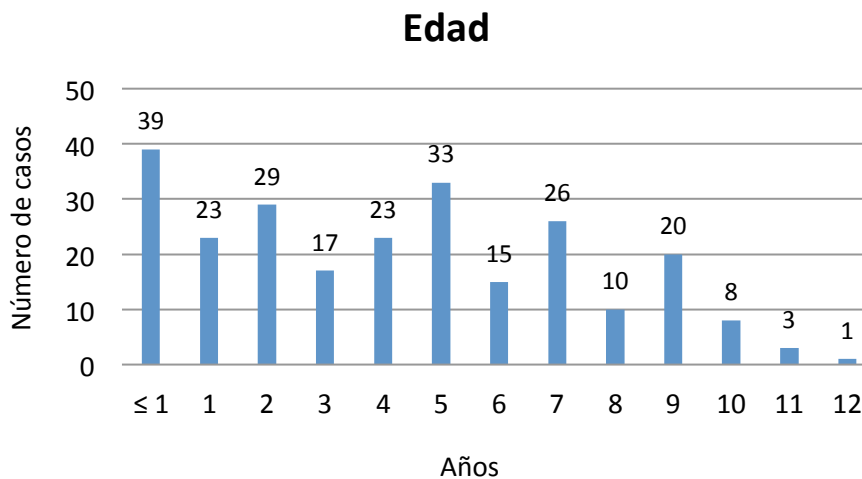


Gráfico 5. Número de casos por edad



### 1.1.3. Acompañante

Con respecto al tipo de acompañante en el momento de atención en la puerta de urgencias, tenemos que el 29,9% son las madres que acompañan a los menores en 60 casos. El 15,4 fueron acompañados por padre y madre; el 11,4% fue el padre el único acompañante y el 5,5% fue la policía la que acompañó al menor. Cabe destacar que en un 29,9% casos no tenemos información de quien fue el acompañante el menor. (Gráfico 6 y 7)

Gráfico 6 . Tipo de acompañante en la asistencia sanitaria y número de casos.

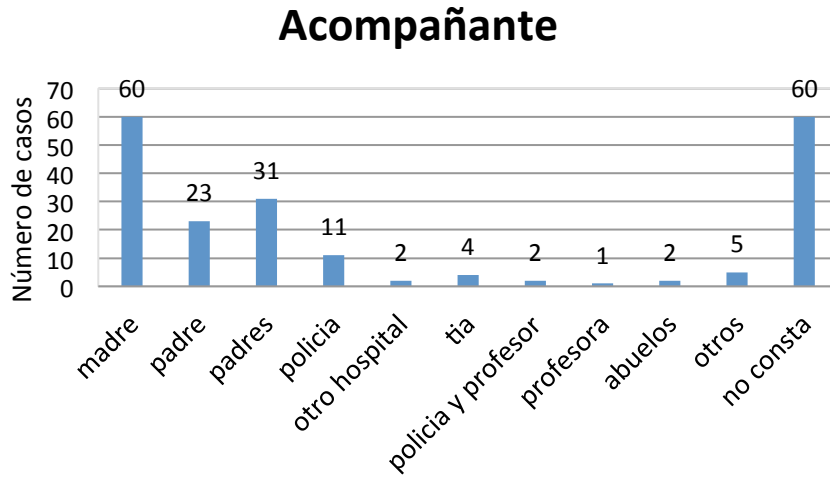
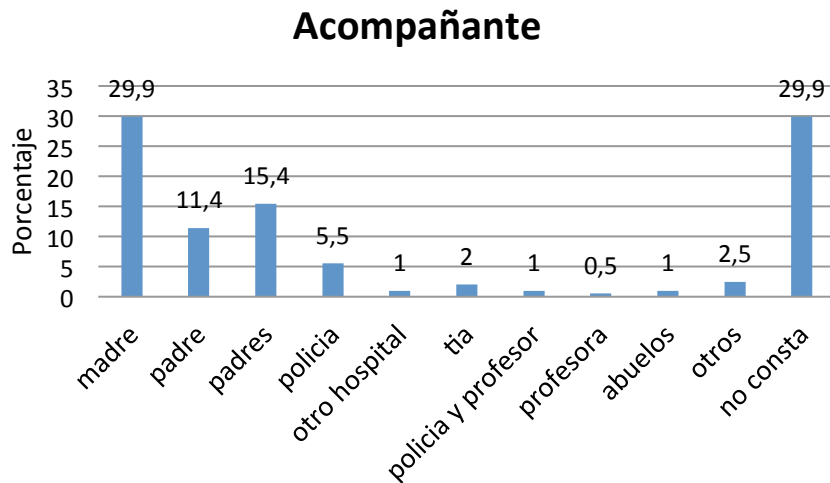


Gráfico 7. Tipo de acompañante en porcentaje.





## 1.2. Otros síntomas o comentarios

En el apartado otros síntomas o comentarios que cumplimenta el personal sanitario, recogiendo las transcripciones textuales de los documentos escritos en las anotaciones tomadas durante el desarrollo del interrogatorio realizado para encontrar respuestas, explicar los hechos y fenómenos acaecidos con una pregunta abierta.

Para nuestra información fundamentándonos en los datos extraídos, realizamos una tabla Excel por años con el número del caso y la transcripción del interrogatorio al acompañante del niño (Anexo 6).

Tras revisar toda la información extraída, realizamos la siguiente división utilizando palabras clave para englobar diferentes acciones. Solo analizamos en este cuadro, el maltrato físico, la negligencia y el maltrato emocional. (Cuadro 13)

Cuadro 13. Relación palabras clave y acciones

Palabra clave	Ocasionada por
Intoxicación	Alcohol Drogas Cuerpo extraño
Lesiones varias	Sujeción mecánica Rotura visceral Multilesiones Mutilación genital
Hematomas	Golpes Bofetadas Equimosis

Falta de higiene	<p>Eritema del pañal</p> <p>Ropa inapropiada</p> <p>Caries sin tratamiento</p>
Caídas	<p>Traumatismos</p> <p>Desde el suelo</p> <p>Desde un piso</p>
Negativas	<p>Al ingreso hospitalario</p> <p>A asistencia medica</p> <p>Fuga del hospital</p>
Riesgo social	<p>Falta de recursos</p> <p>Padres drogadictos</p> <p>Enfermedades trasmisión sexual</p> <p>Falta de vacunación</p>
Agresiones	<p>Patadas</p> <p>Tirones</p> <p>Puñetazos</p> <p>Cinturones</p> <p>Vejeciones</p> <p>Arañazos</p> <p>Maltrato verbal</p> <p>Mordeduras humanas</p> <p>Síndrome del niño zarandeado</p>

Abandono	Desnutrición Falta de cuidados Soledad
Fracturas óseas	En cualquier zona del cuerpo
Síndrome niño zarandeado	
Parásitos	Pediculosis Garrapatas Piojos
Emocional	Padres Intento de suicidio Stress Sobreprotección
Munchausen	

Atendiendo a la palabra clave y las acciones relacionadas nos dan los siguientes resultados en cuanto a número de acciones (Cuadro 14):

Cuadro 14. Palabras clave y número de acciones.

Palabra clave	Número
Intoxicación	24
Lesiones varias	12
Hematomas	29
Quemaduras	2
Falta de higiene	16
Caídas	9
Negativas	16
Riesgo social	8
Agresiones	27
Abandono	7
Fracturas óseas	10
Síndrome niño zarandeado	3
Parásitos	3
Emocional	7
Munchausen	2

Utilizando la clasificación del maltrato según el protocolo de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, clasificamos las palabras clave utilizadas (Cuadro 15 y 16):

Cuadro 15. Palabra clave clasificada según tipo de maltrato.

Maltrato físico	Hematomas 29 Quemaduras 2 Fracturas 10 Intoxicación 24 Lesiones varias 12 Agresiones 27 Síndrome del niño zarandeado 3
Negligencia	Abandono 7 Falta de higiene 16 Parásitos 3 Riesgo social 8 Negativas 16 Caídas 9
Maltrato emocional	Emocional 7 Munchausen 2

Cuadro 16. Indicadores de maltrato sexual utilizando palabras clave.

Palabra clave	Número
Trauma (himen perforado, irritación, dolor genital)	8
Penetración con el dedo	3
Tocamientos	27
Abuso sexual	12
Agresión	8
Enfermedad venérea	4

Observando las diferentes situaciones que lo han provocado encontramos que el abandono físico provoca situaciones que descuidan la alimentación, el vestido, la higiene, la educación y los cuidados médicos. Los niños que están en ambientes de riesgo social, porque los progenitores no atienden a sus cuidados ni a su vigilancia, provocando intoxicaciones por drogas o comprimidos que encuentra al alcance o en lugares inadecuados cuando hay una presencia infantil, con consecuencias y secuelas que en ocasiones han finalizado con la retirada de custodia por las lesiones provocadas.

Las caídas desde su propia altura son ocasionadas muchas veces por empujones, y la falta de supervisión provoca caídas desde grandes alturas como ventanas o balcones.

La negativa esta referida a no permitir el ingreso hospitalario cuando la situación lo requiere, o la falta a citas medicas, la no asistencia al pediatra con las visitas programadas o la falta de documentación, y la fuga del hospital sin dejar constancia de la salida solicitando el alta voluntaria.

En cuanto a las agresiones, hay muchas formas de agresión, desde patadas, tirones de miembros para llamar la atención o forzar, bofetadas de diferente grado y fuerza, provocando lesiones hemorrágicas, pegar con cinturones haciendo hematomas en todo el recorrido del cinturón, vejaciones verbales o encerrando en espacios reducidos a modo de castigo.

La falta de higiene se puede encuadrar en la negligencia, hay padres que descuidan el cambio de pañal o las reacciones que estos puedan provocar causando eritemas de gran tamaño, también se dan las circunstancias de llevar ropa inadecuada a la estación climatológica, o ropa muy deteriorada, rota o sucia.

Los hematomas son lesiones provocadas por golpes, azotes, bofetadas, caídas que pueden ser de diferente gravedad, pero un dato a tener en cuenta es si hay lesiones en diferentes periodos de evolución, que en los hematomas es fácil de ver por su cambio de coloración a lo largo de su evolución, lo que nos demuestra que son lesiones reiteradas en el tiempo y con cierta frecuencia.

Las lesiones equimóticas se consideran lesiones leves, son similares a los hematomas pero de tamaño más pequeño, provocadas por agresión o fuerza.

Con respecto a las fracturas, destacados que en nuestro estudio son de miembros superiores e inferiores y craneales, en ocasiones por caídas y otras por golpes o torcedura violentas de brazo.

Las lesiones varias engloban las ataduras, las lesiones viscerales ocasionadas por accidentes o palizas, las lesiones múltiples por afectar a varios órganos o miembros y las mutilaciones realizadas por creencias de otras etnias, en el domicilio y con riesgo hemorrágico e infeccioso.

Los parásitos como la pediculosis, por contacto sexual y que se califica como riesgo para el niño. Los piojos o garrapatas no tratadas son signos de negligencia.

Los casos de Munchausen, se diagnostican a falta de confirmación posterior por la asiduidad de consultas a urgencias, con síntomas difíciles de corroborar en la exploración, que precisan ingreso hospitalario para su diagnóstico y comprobación de que no son generados en la familia.

En los casos de “síndrome del niño zarandeado” los padres consultan por ver al niño adormecido, con falta de vitalidad e incluso crisis epilépticas de origen desconocido que requieren la asistencia urgente. Al tratarse de bebés y al realizarse una resonancia magnética, aparecen las lesiones típicas secundarias al zarandeo. Son situaciones provocadas, consciente o inconscientemente, bien por padres realmente maltratadores, o padres que pierden momentáneamente la paciencia y zarandean a su bebé sin saber las consecuencias fatales que esto les puede provocar.

Las quemaduras se realizaron por falta de supervisión ya que se realizaron con agua caliente vertida encima con diferentes porcentajes de superficie quemada.

A la vista de estos datos, nos hicimos siguiente la pregunta ¿Quién era el causante del maltrato?, y establecimos 4 parámetros:

- Núcleo de convivencia: parientes de 1º grado, padres, hermanos.
- Parientes de 2º y 3º grado: abuelos, tíos, primos.
- Círculo de amistades o conocidos
- Otros: ajenos a la familia



Los datos obtenidos son: el círculo de amistades con la tasa más elevada con el 34,8%, 27,5% de los niños maltratados sexualmente fue en el núcleo familiar y el 24,6% por parientes (cuadro 17).

Cuadro 17. Grados de parentesco en el maltrato sexual

Causante del abuso sexual	Número de casos	% respecto al total de casos	% respecto a los casos de abuso sexual
núcleo familiar	19	7,7	27,5
parientes	17	6,9	24,6
círculo amistades	24	9,7	34,8
otros	9	3,6	13,1

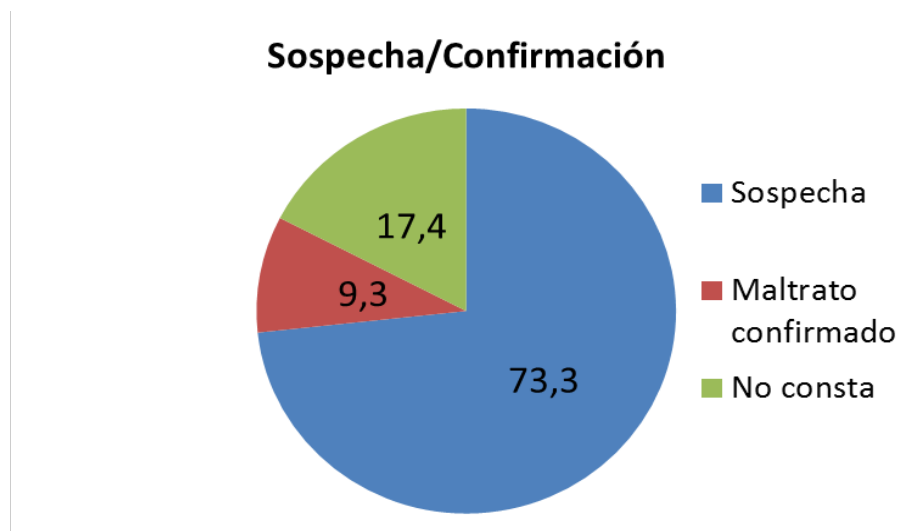
El entorno más próximo al niño que deberían ser espacio de protección, de afecto, de respeto a sus derechos y de aceptación, es el que le está produciendo daño físico y psicológico con terribles consecuencias en el mismo momento del maltrato y en su futuro.

### 1.3. Maltrato infantil.

#### 1.3.1 Sospecha o confirmación de maltrato

En cuanto al maltrato infantil tenemos que distinguir si es sospecha o maltrato confirmado. La mayoría de los casos fue una sospecha de maltrato con 73,3% , y el 9,3% si que se trató de un maltrato confirmado. El 17,4% no contestó este ítem (Gráfico 8).

Gráfico 8. Relación sospecha/confirmación de maltrato



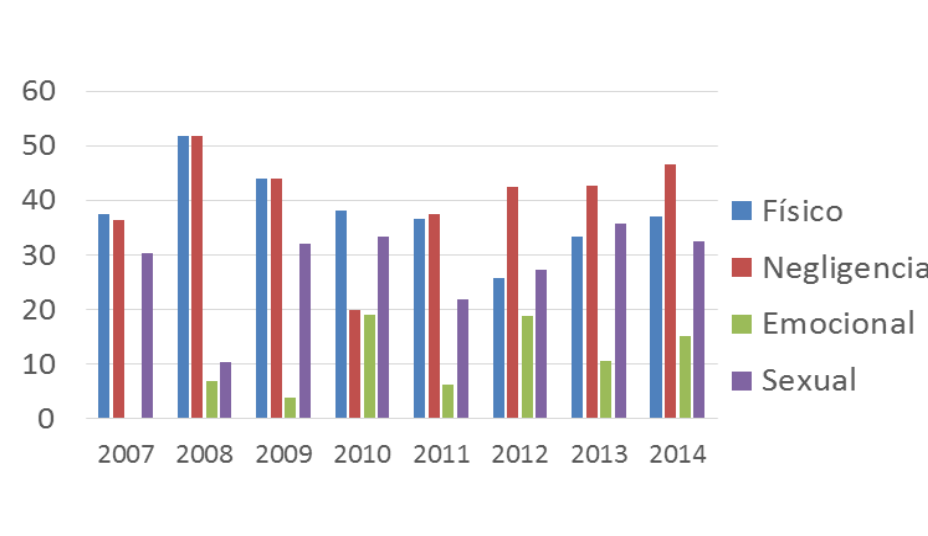
Encontramos una relación entre la sospecha y el no ingreso en el hospital de 83,3% frente a los que no ingresaban que fueron el 16,67% (Gráfico 8).

De igual manera con la confirmación del maltrato, encontramos una relación positiva con el ingreso en el hospital del 52,17% frente a los que no ingresaban con un 47,83. El Chi-cuadrado de Pearson fue de 15,67 y  $p=0,001$ .

### 1.3.2 Tipo de maltrato infantil detectados en nuestro estudio.

Una vez confirmado el maltrato, pasamos a analizar el tipo de maltrato es: físico, negligencia, emocional o sexual. El siguiente gráfico, muestra la evolución de los tipos de maltrato en los diferentes años estudiados. En casi todos los años, el tipo más común es el físico y negligencia. Y el menos común es el tipo emocional, esto puede ser debido a la dificultad de poder observarse desde urgencias.

Gráfico 9: Distribución porcentual del tipo de maltrato en los últimos ocho años



Las tasas más altas de maltrato por años fueron las siguientes: en el maltrato físico fue en el año 2008 con 51,7 %, y la negligencia con 51,7%; continua el 2010 con el 19% con el emocional y el 35% en 2013 con el sexual (Gráfico 9).

Tabla 3 . Total de casos atendidos por años según tipo de maltrato y porcentaje en cada uno de los casos.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
%	n=33	n=29	n=25	n=21	n=32	n=33	n=28	n=46	n=247
<b>Físico</b>	37.5	51.7	44.0	38.1	36.7	25.8	33.3	37.0	37.8
<b>Negligencia</b>	36.4	51.7	44.0	20.0	37.5	42.4	42.8	46.7	41.1
<b>Emocional</b>	0	6.9	4.0	19.0	6.3	18.8	10.7	15.2	10.2
<b>Sexual</b>	30.3	10.3	32.0	33.3	21.9	27.3	35.7	32.6	27.9

Como podemos observar, la negligencia ocupa el primer de casos atendidos, seguido del maltrato físico, el sexual y por ultimo el emocional (Tabla 3).

### 1.3.3 Grado de maltrato infantil.

En cuanto a la gravedad de los casos atendidos, encontramos que en cada uno de los tipos de maltrato la gravedad del maltrato fue en la mayoría de las ocasiones leve. Así el 4,9% de los maltratos tipo emocional fueron diagnosticados como leves. Casi un 20% del maltrato físico fue diagnosticado como leve frente al 9,1% que fue diagnosticado como moderado y un 8,7% que fue diagnosticado como grave. En los tipos de maltrato por negligencia los porcentajes de gravedad fueron más parecidos, así un 15% de las negligencias fueron leves y 16,7% moderadas (Tabla 4).

Tabla 4. Porcentaje de gravedad en todos los casos atendidos

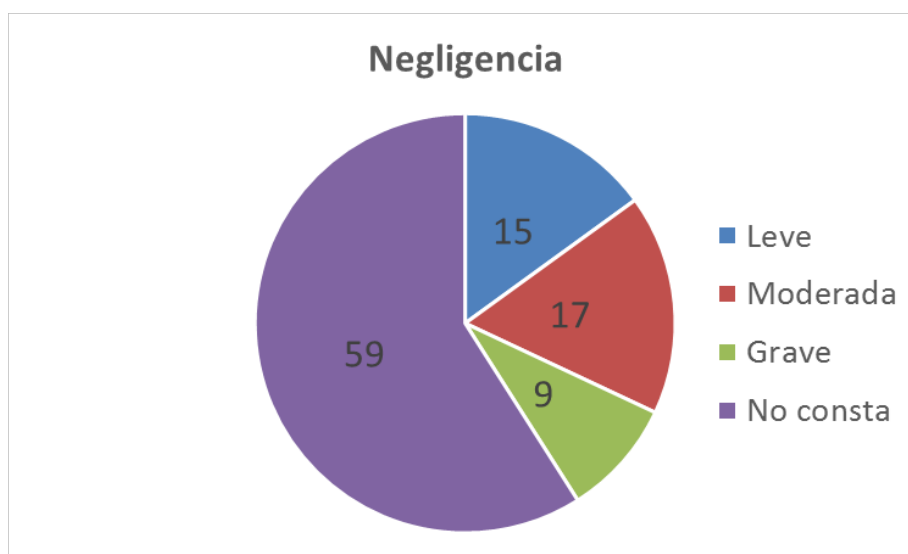
Maltrato %	Leve	Moderado	Grave
Emocional	4,9	3,7	1,6
Físico	19,9	9,1	8,7
Negligencia	15,0	16,7	9,3

### 1.3.4 Tipos de maltrato. Variables

#### 1.3.4.1 Negligencia

A continuación, vamos a analizar el tipo de maltrato por negligencia, el siguiente gráfico muestra la gravedad para este tipo de maltrato. Donde podemos observar que el 17% de los casos de negligencia fueron diagnosticados como moderados, el 15% como leve y el 9% como graves (Gráfico 10).

Gráfico 10. Negligencia y gravedad



La siguiente tabla muestra la distribución porcentual y el número de tipos de negligencia que se han dado los últimos años. Así, el tipo de negligencia más común fue la falta de supervisión que se dio en un 24,3% de los casos, seguidos de la falta de higiene con un 15,9% de los casos. En menor medida se dieron los siguientes tipos de negligencias: problemas físicos o necesidades médicas (7,3%), explotación (0%), no

#### BLOQUE IV. MARCO EMPÍRICO

va a la escuela (0,4%), abandono (0,8%) y cansancio y apatía permanente (1,6%) (Tabla 5).

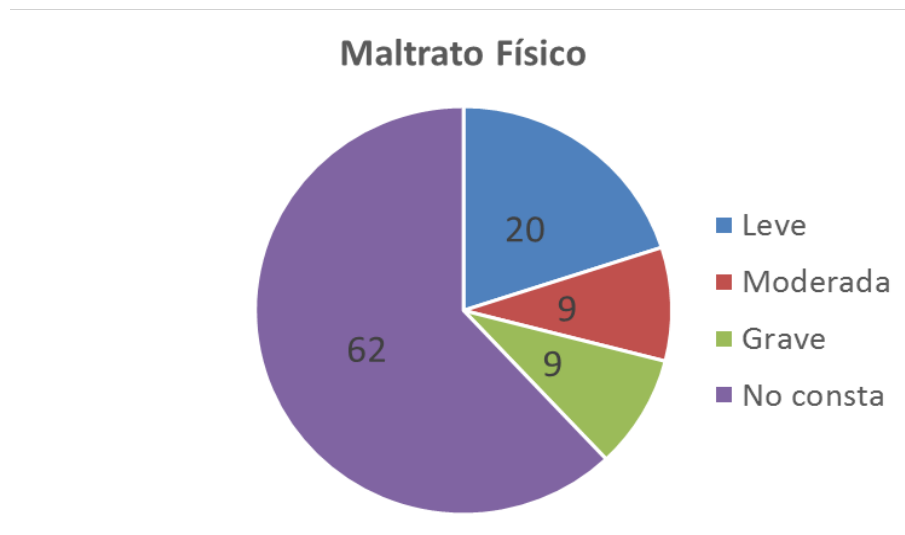
Tabla 5 : Distribución de los tipos de negligencia por nº de casos y porcentajes

Tipos Negligencia	Nº de casos	%
Escasa higiene	39	15.9
Falta de supervisión	60	24.3
Problemas físicos o necesidades medicas	18	7.3
Es explotado, se le hace trabajar en exceso	0	0
No va a la escuela	1	0.4
Ha sido abandonado	2	0.8
Cansancio o apatía permanente	4	1.6

#### 1.3.4.2 Maltrato físico.

A continuación, vamos a analizar el tipo de maltrato físico, el siguiente gráfico muestra la gravedad para este tipo de maltrato. Donde podemos observar que el 9% de los casos de maltrato físico fueron diagnosticados como moderados, el 20% como leve y el 9% como graves (Gráfico 11).

Gráfico 11. Maltrato físico y gravedad



La siguiente tabla muestra la distribución porcentual y el número de tipos de maltrato físico que se han dado los últimos años. Así, el tipo de maltrato físico más común fueron magulladuras o moratones y se dio en un 24,7% de los casos, seguidos de heridas con un 5,7% de los casos y fracturas óseas con un 5,3%. En menor medida los indicadores del maltrato físico fueron la intoxicación forzada (4%), síndrome del niño zarandeado y quemaduras (1,2%), lesiones viscerales y mordeduras humanas (0,8%) (Tabla 6).

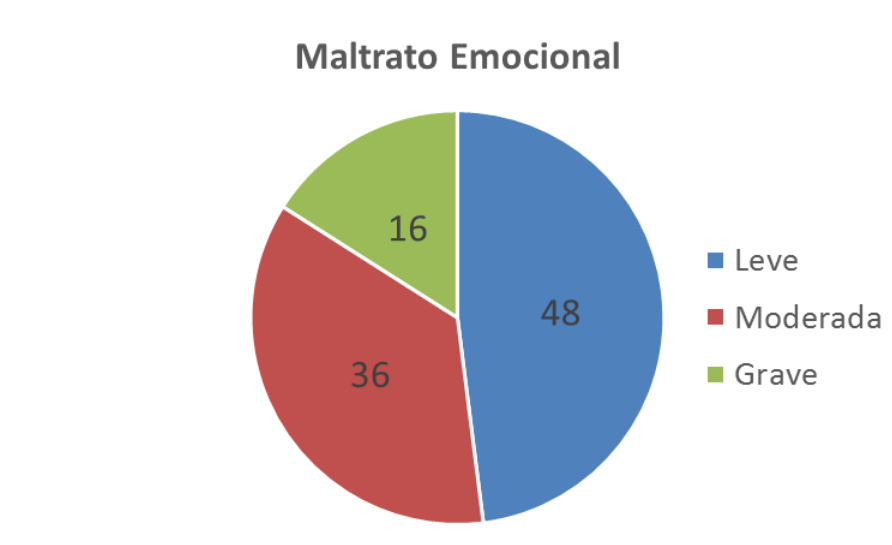
Tabla 6. Distribución de los tipos de maltrato físico por nº de casos y porcentajes

Tipos maltrato físico	Nº de casos	%
Magulladuras o moratones	61	24.7
Quemaduras	3	1.2
Fracturas óseas	13	5.3
Heridas	14	5.7
Lesiones viscerales	2	0.8
Mordeduras humanas	2	0.8
Intoxicación forzada	10	4.0
Síndrome del niño zarandeado	3	1.2

#### 1.3.4.3 Maltrato emocional

A continuación, vamos a analizar el tipo de maltrato emocional, el siguiente gráfico muestra la gravedad para este tipo de maltrato, donde podemos observar que el 36% de los casos de maltrato físico fueron diagnosticados como moderados, el 48% como leve y el 16% como graves (Gráfico12).

Gráfico 12. Maltrato emocional y gravedad





La siguiente tabla muestra la distribución porcentual y el número de tipos de maltrato físico que se han dado los últimos años. Así, el tipo de maltrato más común fue el emocional que se dio en un 7,7% de los casos, seguido del físico y el emocional con el indicador de intento de suicidio con un 1,6% de los casos y cuidados excesivos (0,4%) (Tabla 7).

Tabla 7: Distribución de los tipos de maltrato emocional por número de casos y porcentajes

Tipos maltrato emocional	Nº de casos	%
Maltrato emocional	19	7.7
Retraso físico emocional y/o intelectual	4	1.6
Cuidados excesivos, sobreprotección	1	0.4
Intento de suicidio	4	1.6

#### 1.3.4.4 Maltrato sexual

En este tipo de maltrato no se tipifica la gravedad, y pasamos directamente a los ítems o tipos relacionados. La siguiente tabla muestra la distribución porcentual y el número de tipos de maltrato sexual que se han dado los últimos años. Así, el tipo de maltrato más común fue el de contacto físico sin penetración que se dio en un 13% de los casos, seguido de dolor o picor en la zona genital con un 7,7% (Tabla 8).

Tabla 8. Distribución de los tipos de maltrato sexual por número de casos y porcentajes

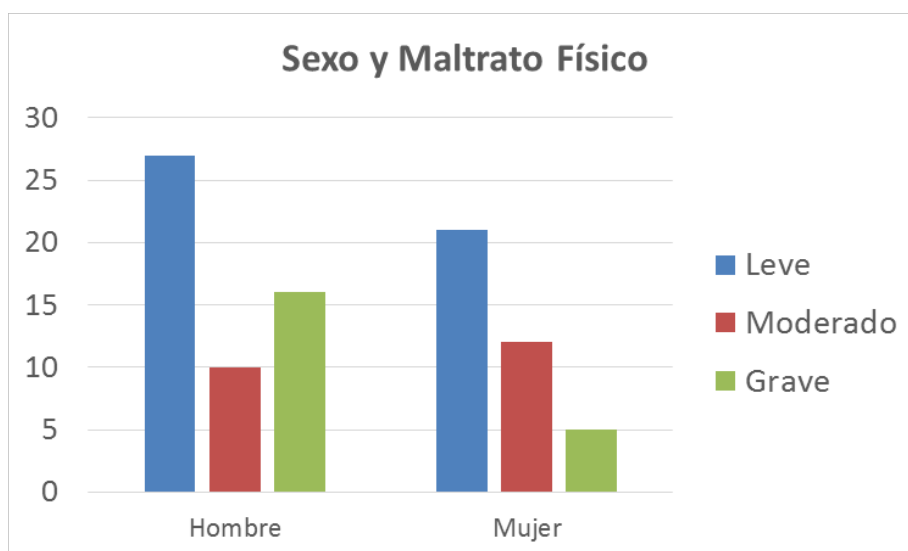
Tipos maltrato sexual	Nº de casos	%
Con contacto físico y sin penetración	32	13.0
Enfermedad venérea	4	1.6
Apertura anal patológica	3	1.2
Con contacto físico y con penetración	5	2.0
Dificultad para andar y sentarse	2	0.8
Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada	4	1.6
Dolor o picor en la zona genital	19	7.7
Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal	7	2.8
Cervix o vulva hinchados o rojos	6	2.4
Explotación sexual	0	0
Semen en la boca, genitales o ropa	2	0.8
Himen perforado	1	0.4
Sin contacto físico	10	4.0
<b>Total Abuso Sexual</b>	<b>69</b>	<b>27.9</b>

### 1.3.5 Variables relacionadas (Anexo 7)

#### 1.3.5.1 Sexo y maltrato físico

El siguiente gráfico muestra el tipo de maltrato físico por sexo. De los 91 casos, 38 son mujeres y 53 hombres. Mencionar que según la gravedad, tenemos 48 casos de gravedad leve, 22 moderada y 21 grave (Gráfico 13)-

Gráfico 13. Sexo y maltrato físico



Nuestro estudio manifiesta que el grado moderado es el más detectado respecto al maltrato físico (Tabla 9).

Tabla 9. Sexo y maltrato físico según gravedad

Sexo	Leve	Moderado	Grave
Mujer	21	12	5
Hombre	27	10	16
% dentro del maltrato físico	43,8%	54,5%	23,8%

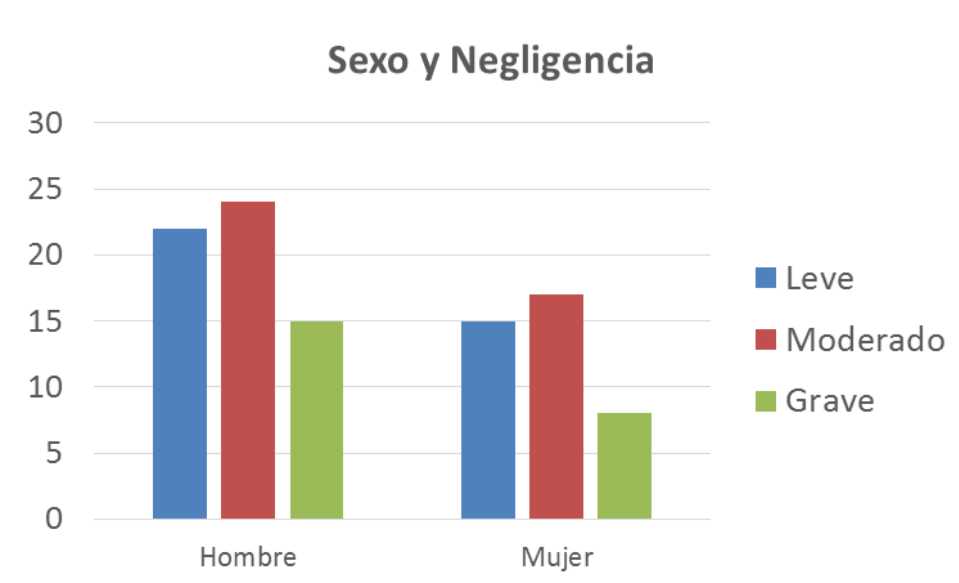
De los 3 grados de Maltrato físico no se encuentran diferencias significativas en el grado de gravedad tanto en mujeres como en hombres. Con un residuo corregido de 2,8 tanto para hombres como para mujeres y un con un Chi-cuadrado de Pearson de 4,34 y  $p= 0,114$ .

#### 1.3.5.2 Sexo y negligencia

El siguiente gráfico muestra el tipo de negligencia por sexo, de un total de 101 casos, 40 han sido mujeres y 61 hombres.

En cuanto a la gravedad tenemos 37 casos de gravedad leve, 41 de gravedad moderada y 23 graves (Gráfico 14)

Gráfico 14. Sexo y negligencia



En los tres grados de gravedad con respecto a la negligencia no encontramos diferencias significativas entre sexos.

El Chi-cuadrado de Pearson tiene un valor de 0,269 y  $p= 0,862$ .

Encontramos que el grado leve es el más detectado cuando relacionamos el sexo y la negligencia (Tabla 10).

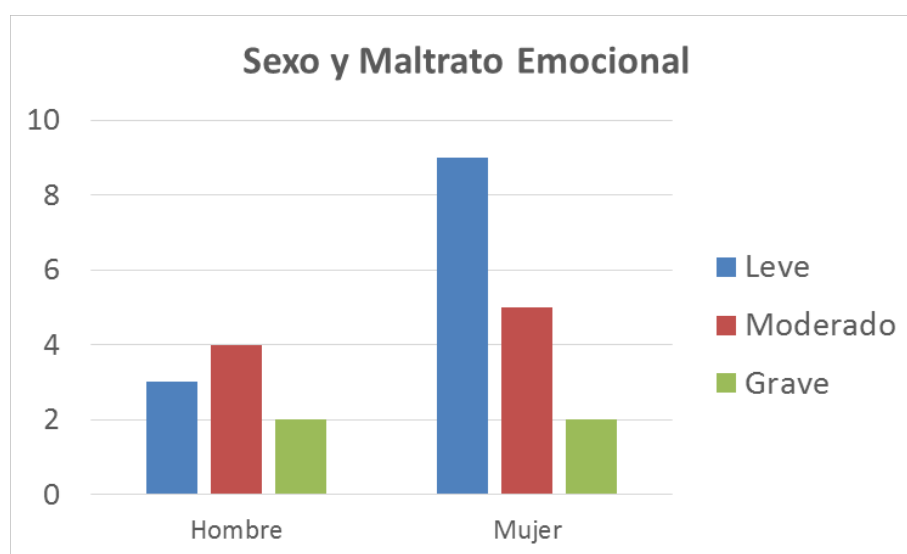
Tabla 10. Gravedad relacionando sexo y negligencia

Sexo	Leve	Moderado	Grave
Mujer	15	17	8
Hombre	22	24	15
% dentro de la negligencia	59,5%	58,5%	65,2%

### 1.3.5.3 Sexo y maltrato emocional

El siguiente gráfico, muestra el tipo de maltrato emocional por sexo, de un total de 25 casos relacionados edad/maltrato emocional, tenemos 16 mujeres y 8 hombres, de los cuales fueron 12 de gravedad leve, 9 moderada y 4 graves (Gráfico 15).

Gráfico 15. Sexo y maltrato emocional



Haciendo referencia al grado de gravedad encontramos que no hay diferencias significativas en el sexo, coincidiendo ambos sexos en el tipo grave (Tabla 11).

Tabla 11. Gravedad relacionando sexo y maltrato emocional

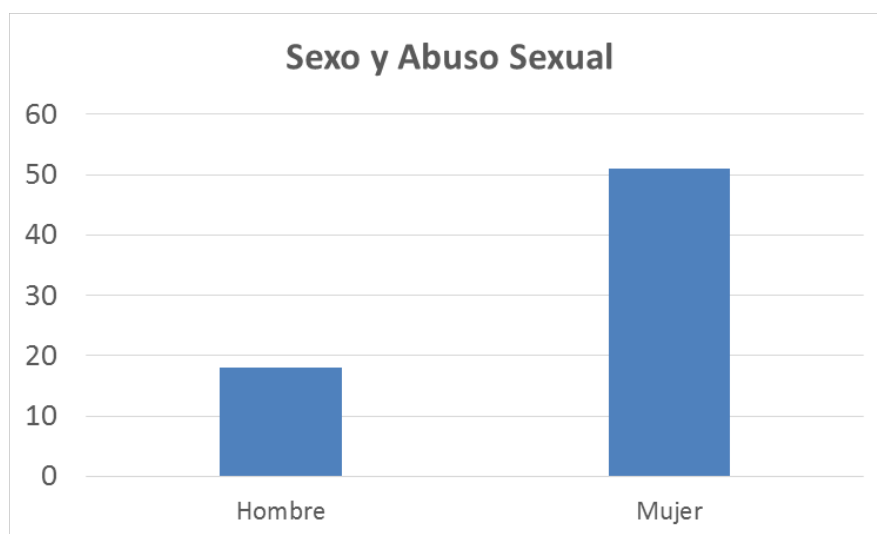
Sexo	Leve	Moderado	Grave
Mujer	9	5	2
Hombre	3	4	2
% dentro de la maltrato infantil	23%	44,4%	59%

Con un Chi cuadrado de Pearson de 1,25 y  $p < 0,542$  (con corrección de Fisher), los resultados nos muestran que no encontramos diferencias significativas entre maltrato emocional y sexo, por lo que afecta por igual a mujeres que a hombres.

#### 1.3.5.4 Sexo y abuso sexual

El siguiente gráfico, muestra el tipo de abuso sexual por sexo, de un total de 69 casos de abuso sexual, 51 fue a mujeres y 18 a hombres (Gráfico 16).

Gráfico 16. Sexo y abuso sexual



Comparando con los niños que no sufrieron abuso sexual, si existe asociación entre maltrato sexual y sexo con un Chi-cuadrado de 16,127 y una  $p < 0,001$ , por lo que el abuso sexual es más frecuente en mujeres que en hombres.

Al analizar el sexo en cada uno de los tipos de maltrato (físico, negligencia, emocional y sexual), el análisis de residuos de la tabla de contingencia demuestra que hay diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ) de forma que el abuso sexual es significativamente más frecuente en niñas y el maltrato por negligencia a niños (Tabla 12).

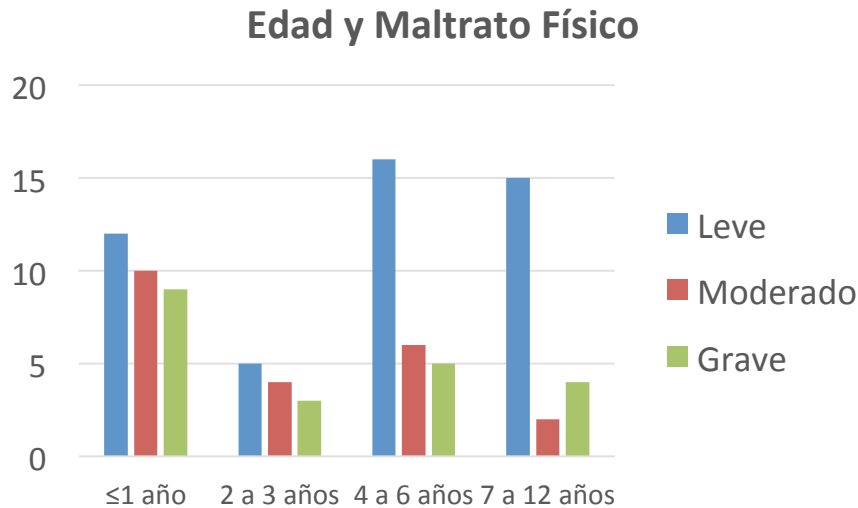
Tabla 12. Diferencias tipo de maltrato y sexo

Sexo	Físico	Negligencia	Emocional	Sexual
Mujer	29	35	12	51
Hombre	34	52	9	18

#### 1.3.5.5 Edad y maltrato físico

El siguiente gráfico, muestra el tipo de maltrato físico por grupos de edad, como podemos observar, la mayoría de los casos graves de maltrato físico corresponden a niños menores de un año (nueve casos en estos últimos ocho años), y los casos leves tienen un pico en los 4 a 6 años (Gráfico 17).

Gráfico 17. Gravedad de maltrato físico por grupos de edad



A continuación, mostramos la tabla de contingencia del tipo de maltrato físico y la edad. El 50% de los menores de un año que acudieron a la puerta de urgencia habían recibido maltrato físico, ya fuera leve, moderado o grave. Más de la mitad de los niños de 2-3 años (73,3%) que llegaron a la puerta de urgencia fueron diagnosticados como que habían recibido maltrato físico. Éste porcentaje baja considerablemente, cuando aumenta la edad, así de los menores de 4-6 años y de los de 7-12 que llegaron a la puerta de urgencia menos del 10% fueron diagnosticados con maltrato físico (7,4% y 6,2% respectivamente) (Tabla 13).

Respecto a los residuos corregidos tienen relación con el maltrato físico moderado y el grupo de edad de < 1 año y el grupo de 7 a 11 años. El Chi-cuadrado de Pearson es de 7,09 con una  $p=0,30$  (corrección de Fisher) por lo que no encontramos diferencias significativas



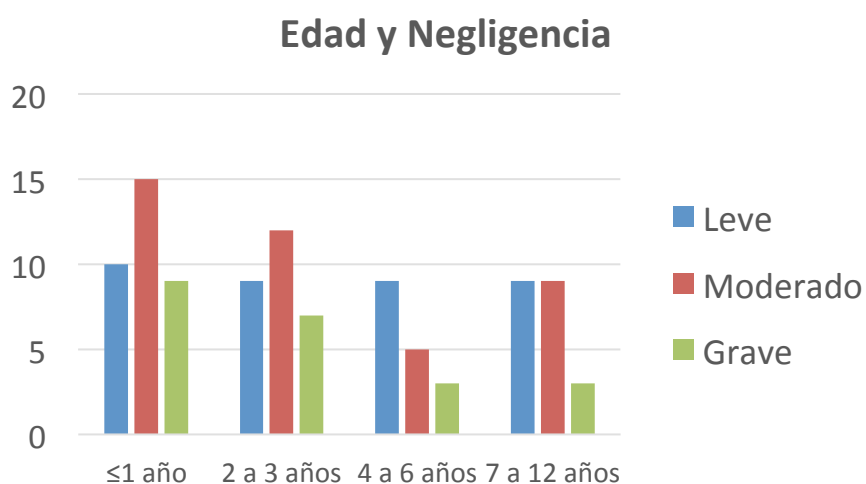
Tabla 13. Contingencia entre los grupos de edad y el tipo de maltrato físico.

	≤ 1 año	2 a 3 años	4 a 6 años	7 a 12 años
Leve	12	5	16	15
Moderado	10	4	6	2
Grave	9	3	5	4
% total dentro del maltrato físico	25,8%	18,8%	28,3%	27,125%
% dentro edad	50%	73,3%	7,4%	6,2.%

#### 1.3.5.6 Edad y negligencia

El siguiente gráfico, muestra el tipo de negligencia por grupos de edad, como podemos observar, al igual que pasaba en el caso anterior el mayor número de casos graves de negligencia corresponden a niños menores de un año (nueve casos en estos últimos ocho años).

Gráfico 18. Edad y negligencia



A continuación, mostramos la tabla de contingencia entre el tipo de negligencia y la edad. El 54,8% de los menores de un año que acudieron a la puerta de urgencia fueron diagnosticados con negligencia, ya fuera leve, moderado o grave. Más de la mitad de los niños de 2-3 años (60,9%) que llegaron a urgencias fueron diagnosticados como negligencia. Este porcentaje baja, cuando aumenta la edad, así de los menores de 4-6 años y de los de 7-12 que llegaron a urgencias fueron diagnosticados como negligencia un 23,9% y un 31,8%, respectivamente (Tabla 14).

Tabla 14. Contingencia entre los grupos de edad y negligencia.

	≤ 1 año	2 a 3 años	4 a 6 años	7 a 12 años
Leve	27.0%	24.3%	24.3%	24.3%
Moderado	36.6%	29.3	12.2%	22.0%
grave	40.9%	31.8%	13.6%	13.6%
% total dentro de negligencia	25.3%	18.8%	29%	26.9%

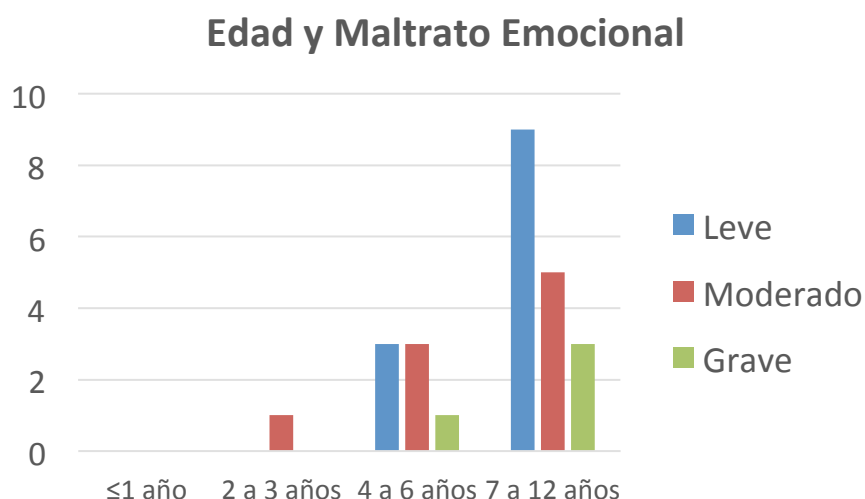
Respecto a los residuos corregidos tienen relación el maltrato por negligencia moderada con el grupo de edad de 4 a 6 años.

El Chi-cuadrado de Pearson es de 3,88 y  $p=0,72$  (con la corrección de Fisher) no encontrándose diferencias estadísticamente significativas.

#### 1.3.5.7 Edad y maltrato emocional

El siguiente gráfico, muestra el tipo de maltrato emocional por grupos de edad, como podemos observar, en los menores de un año este maltrato es inexistente. En este tipo de maltrato si se observa, a diferencia de los anteriores que los casos aumentan con la edad (Gráfico 19).

Gráfico 19. Edad y maltrato emocional



A continuación, mostramos la tabla de contingencia entre el tipo de negligencia y la edad. El 2,2% de los niños de 2-3 años que llegaron a urgencias fueron diagnosticados como maltrato emocional. El porcentaje de niños diagnosticados con maltrato emocional aumenta considerablemente cuando aumenta la edad, así de los menores de 4-6 años y de los de 7-12 que llegaron a urgencias fueron diagnosticados un 10% y un 25,4%, respectivamente (Tabla 15%).

Tabla 15. Contingencia entre los grupos de edad y el maltrato emocional

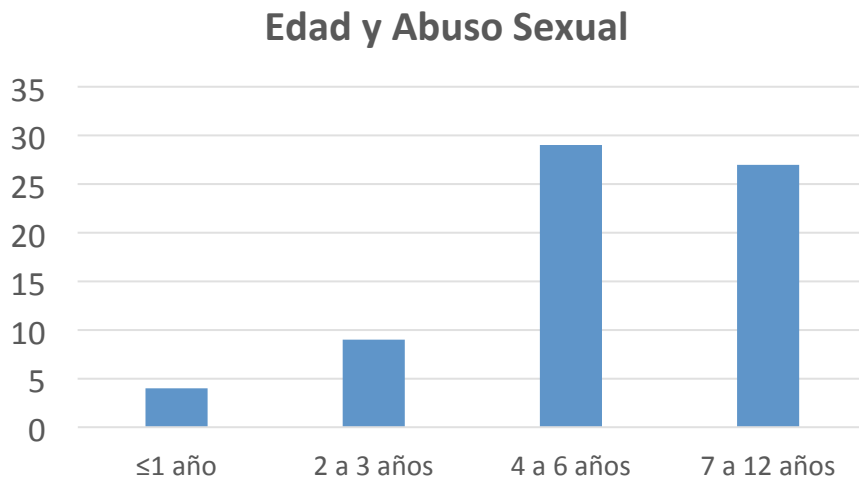
	≤ 1 año	2 a 3 años	4 a 6 años	7 a 12 años
Leve	0	0	3	3
Moderado	0	1	3	5
Grave	0	0	1	3
% dentro edad	0%	0%	4,3%	13,4%

Con un Chi-cuadrado de Pearson de 1,57 y  $p < ,063$  (con corrección de Fisher) se demuestra positiva esta relación por lo que el maltrato emocional se asocia con la edad en la que se produce el maltrato, siendo significativa esa relación según los residuos corregidos en el grupo de edad de 7 a 11 años en los tres grados de gravedad.

#### 1.3.5.8 Edad y abuso sexual

El siguiente gráfico muestra el número de casos de abuso sexual para cada grupo de edad, como podemos ver claramente el número de casos de abuso sexual, va en aumento conforme aumenta la edad (Gráfico 20).

Gráfico 20 . Edad y abuso sexual



Como podemos observar, casi el 20% de los niños de 2 a 3 años que llegaron a urgencias fueron expuestos a abuso sexual. Este porcentaje aumenta al doble cuando aumentamos la edad, así más del 40% de los menores de 4-6 años y de 7-12 años que acudieron a urgencias, fueron diagnosticados como que habían sufrido algún tipo de abuso sexual.

Se ha realizado contraste de medidas de la edad de acuerdo a los cuatro tipos de maltrato (físico, negligencia, emocional y sexual), obteniéndose los siguientes resultados (Tabla 16).

Tabla 16. Tabla de contingencia entre edad y los cuatro tipos de maltrato

Tipo	Promedio	Desv. Estándar
Físico	3.70	3.29
Negligencia	2.95	2.95
Emocional	3.78	1.94
Sexual	5.39	2.44
Total	4.24	3.14

El análisis de varianza muestra diferencias estadísticamente significativas  $p < 0.001$ . El análisis de Student o análisis de varianza simple, nos encuentra que la edad media del maltrato físico es significativamente menor que los niños con maltrato emocional ( $p < 0.001$ ) y con abuso sexual ( $p = 0.004$ ). Así mismo los niños con maltrato por negligencia son significativamente menores que los maltratados emocionalmente ( $p < 0.001$ ) y los sometidos a abuso sexual ( $p < 0.001$ ). Finalmente los niños sometidos a abuso sexual son significativamente menores que los que han sufrido maltrato emocional ( $p = 0,032$ )

1.3.6 Derivación del menor tras la asistencia sanitaria.

Tras la atención médica hay diferentes posibilidades de derivación. Tras la evaluación del menor, casi la totalidad de los menores van a casa (86,2%), a un 8,5% le retiran la custodia y un 4,5% no consta la derivación (Gráfico 21).

Gráfico 21. Distribución porcentual de la derivación del menor tras la asistencia

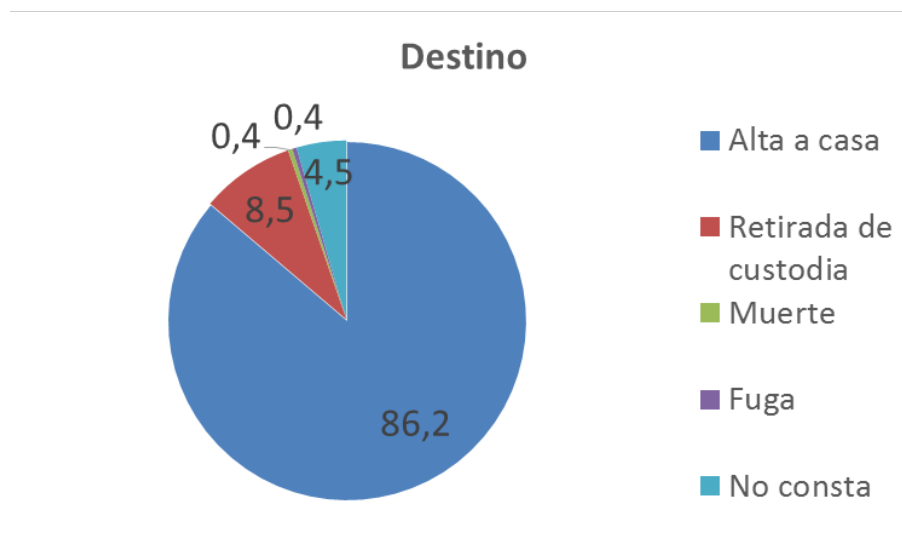
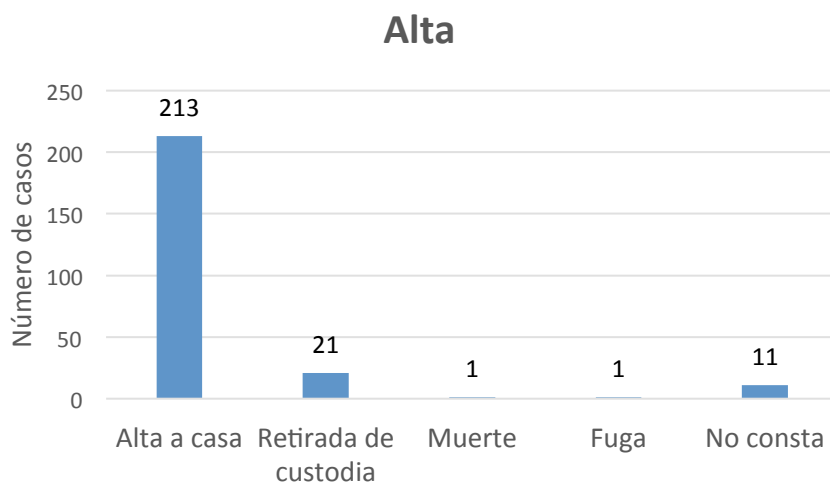


Gráfico 22. Número de casos y derivación tras asistencia



### 1.3.7. Remitido tras la asistencia sanitaria del menor.

El siguiente gráfico muestra donde fue remitido el menor. El 47,3% fue al servicio de protección de menores, el 19,6% al servicio de protección de menores y trabajo social, el 22,9% fue remitido al trabajador social, un 5,7% al servicio de protección de menores, trabajo social y juzgado y un 4,5% no consta.

Gráfico 23. Entidad remitida al menor por porcentaje

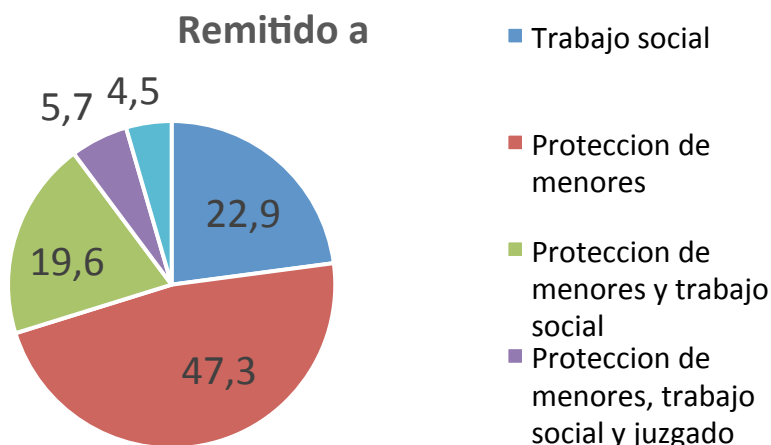
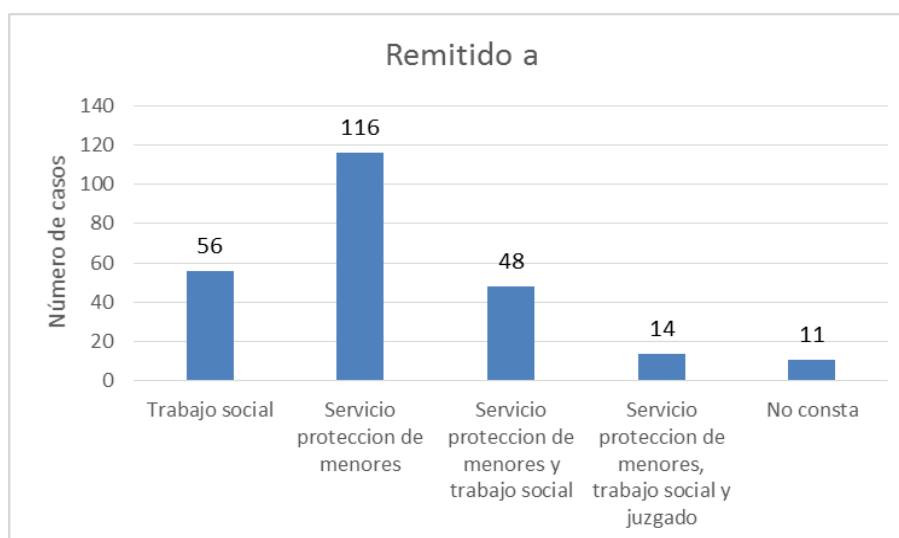


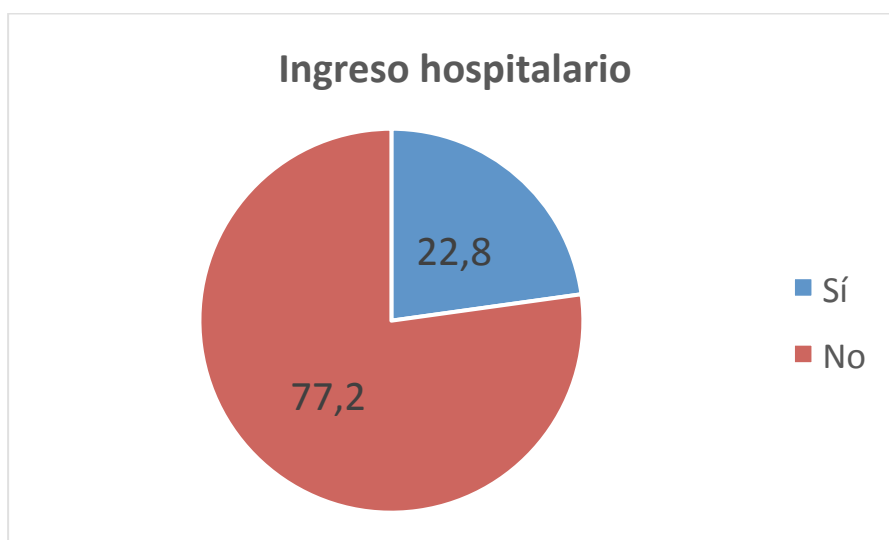
Gráfico 24. Entidad remitida y número de casos



1.3.8 Destino del menor tras la asistencia sanitaria.

Un 23% de los menores fueron ingresados en el hospital. Al terminar el proceso existen varias alternativas de destino. Casi la totalidad iban a casa (86,2%), a un 8,5% se les retiraba la custodia. La fuga y la muerte de los menores se dio en un 0,4%. El 4,5% de los casos no consta el destino del menor (Gráfico 25).

Gráfico 25. Distribución porcentual de los ingresos hospitalarios



Se realizó un análisis multivariante (regresión logística) para evaluar cuales eran los factores de riesgo de ingreso hospitalario y encontramos que estos son la edad y el tipo de maltrato (Tabla 17).

Tabla 17. Tabla de factores de riesgo de ingreso hospitalario

	OR	CI 95%	P
Edad	0,83	0,74; 0,93	0,02
Tipo maltrato	0,63	0,188; 0,882	0,07



## CAPÍTULO 2. DISCUSIÓN

La recogida de datos sobre el maltrato a la infancia, son funciones obligatorias para los Estados en virtud de las leyes internacionales. Se trata de que la notificación de casos ayude y contribuya a promover planes de acción y políticas generales y específicas para la infancia. Es de interés general la cumplimentación del Informe de detección de casos para mejorar la calidad de los sistemas de recogida de datos y a su vez poder hacerle un seguimiento al maltrato infantil, nos ayuda a saber cuantos niños y niñas son víctimas de maltrato, las características de la violencia que sufren, o de las características de los autores materiales.

Los objetivos de este informe son cubrir un hueco en el conocimiento del maltrato así como implicar directamente a los

profesionales de los distintos ámbitos de atención a la infancia con el fenómeno del maltrato, además facilita la notificación, incluso a los profesionales que no tienen información del sistema de protección de

menores, al mismo tiempo la utilización de dicho material que estará unificado, aportará la información suficiente para su cumplimentación<sup>81</sup>

Este estudio no puede asegurar que el número de casos sea el 100% de niños atendidos por sospecha o maltrato confirmado, ya que contamos con la limitación de la voluntariedad del profesional que atiende el caso, y la implicación o sensibilidad hacia el maltrato a pesar de la obligatoriedad de su registro.

En el Área de Salud I utilizada para la obtención de resultados, es Urgencias de Pediatría, la que atiende a niños en situaciones de atención inmediata. En urgencias se hace difícil una valoración familiar y de conducta, pero las lesiones y abandono importantes serán la formas en las que el diagnóstico se puede establecer a través de manifestaciones físicas sin precisar una exhaustiva anamnesis.

Para realizar la discusión hemos encontrado la dificultad de que parte de los análisis encontrados, son estudios realizados teniendo en cuenta los diferentes estamentos que están incluidos en el protocolo del informe de notificación de casos como son los servicios sociales, el sistema sanitario, el policial y el educativo. Nuestro estudio está circunscrito exclusivamente en el ámbito sanitario, y únicamente puerta en urgencias de pediatría cuestión que acota significativamente la búsqueda.

Seguidamente pasamos a realizar la discusión de los resultados obtenidos de nuestra investigación. En el transcurso de los ocho años analizados en este estudio, se detectaron 241 casos a los que se les realizó en informe de detección de maltrato infantil. Analizamos las variables tanto sociodemográficas como de maltrato.

2.1 En las variables sociodemograficas, analizamos, sexo, edad, acompañante.

✓ Sexo.

En nuestro estudio, de todos los tipos de maltrato, encontramos que el 46,6% son hombres y el 53,4% restante mujeres.

En similitud con nuestro estudio encontramos por un lado el registro de casos de Maltrato Infantil<sup>82</sup> la experiencia de la Región de Murcia, asimismo, en el boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia<sup>83</sup> manifiesta que los Servicios Sociales son el principal ámbito de procedencia de las notificaciones tanto en el caso de varones como en el de niñas. Los Servicios sanitarios y educativos juegan un papel algo más importante en el caso de las notificaciones sobre niñas que en el varones. Esta interpretación coincide con nuestro estudio, así como los detectados en la atención al maltrato infantil de la Región de Murcia (Ibid. p.191) encontrando que son menos niños y más niñas y en Cataluña (Ibid. p.191) se detecta la misma proporción.

En los estudios realizados por el Centro Reina Sofia en 2011<sup>84</sup>, el porcentaje de niños maltratados es mayor que el de niñas, a la inversa de nuestro estudio, pudiendo interpretar las diferencias, al realizarse desde los cuatro ámbitos antes comentado.

Por comunidades autónomas, y según datos del Ministerio de Sanidad y Política Social, en su boletín de Datos Estadísticos de Medidas de Protección a la Infancia 2008 (Ibid. p.191), y matizando que los datos son extraídos de los cuatro ámbitos de detección, encontramos que las provincias que detectan más niñas son: Baleares, Galicia, Región de Murcia, La Rioja y Melilla, mientras que las que encontraron más niños fueron Aragón, Castilla y León, Extremadura y Ceuta.

Asimismo, Zamora<sup>85</sup> en su trabajo *Maltrato Infantil: Prevención e Interpretación*, declara que el maltrato es más frecuente en niños que en niñas.

Para ver de forma más clara las diferencias en cuanto a la suma de notificación respecto a los ámbitos de la misma, encontramos que solo se detectan más niñas que niños en el Sistema Sanitario, por el contrario los Servicios Sociales, las Fuerzas de Seguridad y Educación detectan más niños, demostrando las diferencias significativas existentes entre los casos detectados desde el ámbito sanitario y el resto (Ibid. p.191)

En la misma línea, encontramos el estudio de Saldaña<sup>88</sup> sobre el maltrato infantil en urgencias pediátricas, sin haber diferencias entre sexos y relaciona el sexo con el maltrato físico de forma positiva con respecto a los niños, y una relación positiva entre negligencia y niñas. También relaciona el sexo con la agresión sexual de forma positiva con respecto a las niñas.

Entendemos que efectivamente existen pocas diferencias significativas entre los sexos masculino y femenino, cuando hablamos de maltrato infantil.

✓ Edad

La edad media de los menores de nuestro estudio es de 4,2 años, lo que quiere decir que el 50% de las notificaciones pertenecen a niños menores de 4 años. Por grupos de edad, el porcentaje más alto de maltrato se presenta en los menores de un años con casi un 16%, el siguiente por edad son los 5 años con el 13% y en tercer lugar, la edad de 2 años con el 12%. En la distribución de edad de los menores estudiados, se aprecia una mayor concentración en los primeros años de vida y una disminución de las notificaciones en los últimos tramos de edad, asimismo, el número de casos de maltrato emocional y de abuso sexual aumenta conforme aumenta la edad.

En relación a la edad media, Sabate<sup>86</sup> señala en su estudio una edad media de 6 años, mientras que Trench<sup>87</sup> presenta una edad media de 3,3 años, ambos en sus estudios desde una puerta de urgencias, asimismo, Zamora (Ibid. p.192) afirma que el maltrato físico es más frecuente en menores de 2 años.

Coincidentes con nuestro estudio, encontramos que en el informe Reina Sofía sobre el maltrato infantil en la familia (Ibid. p.191) señalaba que el 30% de las víctimas no había cumplido el año de edad en la provincia de Aragón y en Cataluña el 61% del total de la población estudiada era menor de 24 meses, entre ellos el grupo más afectado era entre 0 y 12 meses.

En las notificaciones desde el ámbito sanitario de la Región de Murcia, se constata que los menores de 1 año son los que más sufren maltrato, seguidos de los 3 años, con la misma proporción los 2 y 4 años y por debajo los 5, disminuyendo progresivamente el número de casos según aumenta la edad.

Según la Consejería de Sanidad de Murcia<sup>89</sup> en una revisión de casi 11 años, la tasa de maltrato es significativamente igual de 1 a 3 años y de 4 a 6 años, disminuyendo el porcentaje según aumenta la edad, quedando los menores de un año en cuarto lugar.

Ante la comparativa y nuestros resultados existe la coincidencia de que la edad más expuesta está en las edades más tempranas, la dependencia del niño a esa edad le hace tener un contacto más íntimo y duradero de permanencia en el hogar. El desconocimiento acerca de las necesidades infantiles produce con frecuencia sentimientos de incapacidad en los padres, el hogar debe estar preparado para recibir al niño, aunque hay familias que necesitarían años de apoyo. Hay niños que son percibidos por alguno de los progenitores como diferentes a lo que habían imaginado, se alimenta con desgana, está tenso, irritable y

llora desconsoladamente cuando debería estar tranquilo. Durante los tres primeros años de vida del niño el desarrollo normal puede ser mal comprendido y aceptado por los padres dando lugar a la mayoría de las crisis, desencadenantes de palizas.

Estos factores unidos a la baja tolerancia al estrés y la hiperactividad a los estímulos del ambiente, en concreto a los relacionados con el menor, como son los lloros, conlleva respuestas desproporcionadas e impulsivas.

✓ Acompañante

Destacamos que en este apartado hay un índice muy elevado de no respuesta con un 30%. Suponemos que este dato no es muy relevante para el personal que cumplimenta el informe, aunque si es relevante ya que nos da información de la situación familiar del momento.

Este apartado es muy específico en el que solo hemos encontrado comparativas con los estudios que utilizan el informe de notificación de datos. El acompañamiento en el momento de la asistencia sanitaria se clasificó en 10 tipos diferentes de acompañantes: padre, madre, padres, policía, otro hospital, tíos, policía y profesor, profesor, abuelos y otros.

Según nuestros resultados, la mayoría van acompañados al hospital por su madre (29,9%), en segundo lugar son ambos padres con un 15,4% y en tercer lugar el padre con 11,4%. En un 29,9% no consta quien les acompaña.

Los datos en línea con nuestra investigación son los obtenidos de la Comunidad Autónoma de Murcia<sup>90</sup> donde destaca que los principales acompañantes son los padres, tanto en pareja como por separado. En muchos casos la consulta a urgencias la realizan de forma independiente por ser padres separados y los hechos son

argumentados cuando regresan de pasar un tiempo con una de las partes.

Cuando los niños se ven inmersos en los problemas de los adultos, tal y como destaca Segura<sup>91</sup> el síndrome de alineación parenteral es una forma de maltrato, los niños se hacen parte del conflicto haciéndose parte de las disputas de los mayores. La opinión de los menores se mediatiza y se hace defensor del más débil o abandonado, papel que no le corresponde, esta situación le puede provocar rechazo ante el contacto con el otro progenitor, por lo que en ocasiones se pone en marcha el “síndrome de alineación parenteral” del cual los niños están sufriendo auténticos lavados de cerebro por parte de una de los progenitores, con una campaña para difamar al otro.

El niño es un instrumento de los padres y elemento acusatorio entre ambos, y a la vuelta del periodo de visitas concertadas, aprovechan para acusar al cónyuge de maltrato infantil. La separación de los padres provoca desconfianza entre ellos y dudas sobre el trato recibido cuando están con visitas preestablecidas. Los niños deben ser capaces de verbalizar los actos contra ellos, y no someterse con el silencio por intimidación bien del padre o de la madre. Estas actitudes de silencio, provocan a lo largo de los años, problemas que precisan la ayuda de psicólogos y psiquiatras.

El resto de acompañantes que suman 12,5%, acuden circunstancialmente con los niños a urgencias, coincidiendo el cuidado durante distintos periodos de tiempo como cuidadores habituales o esporádicos. La policía actúa en situaciones de abandono y cuando es requerido por los responsables del colegio cuando hay situaciones críticas, que tras hacer la denuncia pertinente, acude a urgencias para su atención.

## 2.2 Otros síntomas o comentarios.

Destacamos dado lo relevante de la información extraída en este apartado, que la cumplimentación del informe, lo realiza el personal sanitario, y de ahí hemos recogido las transcripciones textuales de los documentos escritos en las anotaciones tomadas durante el desarrollo del interrogatorio realizado para encontrar respuestas, explicar los hechos y fenómenos acaecidos con una pregunta abierta.

Nuestra conclusión es que el indicador más frecuente de maltrato físico son los hematomas y las agresiones; en la negligencia, la falta de higiene y riesgo social.

Trench (Ibid. p.192) coincide que las lesiones cutáneas más frecuentes son los hematomas, pero la negligencia no consta en su estudio. También en el Documento de la Consejería de Trabajo y Política Social, desde el programa de maltrato desde el ámbito sanitario (Ibid. p. 191) se especifica que las magulladuras y moratones junto con la escasa higiene y la falta de supervisión son los indicadores más frecuentes.

### 2.3 Maltrato infantil

#### ✓ Sospecha o confirmación de maltrato

Pasamos a mencionar que en nuestro estudio un 73,3% de los niños que llegaron a urgencias se trataba de sospecha de maltrato, el 9,3% fue un maltrato confirmado y el 17,4% no se ha registrado si era sospecha o confirmación, existiendo una tendencia a una mayor notificación de los casos como sospecha de maltrato.

En línea con nuestros resultados, encontramos los datos regionales de la Consejería de Política Social en la atención desde el ámbito sanitario (Ibid. p. 191) en el que es menor el maltrato confirmado y superior la sospecha.

Asimismo, Trench (Ibid. p. 192) y Sabate (Ibid. p. 192) afirman que la sospecha supera en porcentaje al maltrato confirmado, ambos



estudios se realizaron en puerta de urgencias de pediatría. Por lo que podemos concluir que el porcentaje de sospecha es superior al de maltrato confirmado.

#### ✓ Tipos de maltrato

Según los resultados obtenidos en nuestro estudio, el tipo de maltrato notificado con más frecuencia es la negligencia con 41% , seguido del maltrato físico con un 37,8%, el sexual con un 27.9% y el emocional con un 10.2%.

Comparando estos resultados con los regionales y desde el ámbito sanitario<sup>82</sup> estos proporcionan como el tipo más frecuente el maltrato físico, seguido del abuso sexual y la negligencia con el mismo porcentaje y por ultimo el emocional.

Según el estudio realizado en el servicio de urgencias del hospital de Sant Joan de Déu de Barcelona (Ibid. p.192) se observó como más frecuente el maltrato físico, seguido de abusos sexuales, negligencia y por último maltrato emocional. En Murcia (Ibid. p.193) en su registro de casos destaca por orden de importancia, el abuso sexual, el maltrato físico, la negligencia y el emocional en ese orden. En el mismo estudio pero ampliándolo a 11 años, la negligencia supera con diferencia al resto de tipologías, siendo el tipo de maltrato más notificado.

Estas diferencias pueden ser significativas y entendemos que en nuestro estudio se observa la negligencia no como motivo de consulta, si no, como apreciación personal del sanitario que esta realizando sus observaciones.

En la misma línea que nuestra investigación, encontramos los resultados de un estudio catalan (Ibid. p.191) en el que la negligencia supera al maltrato físico. Asimismo, Saldaña (Ibid. p.193), analizando

los expedientes de protección de menores en toda España, encontró que el tipo de maltrato más destacado fue la negligencia seguido del emocional y del físico, al igual que Gomez<sup>14</sup>, que destaca la negligencia como tipología predominante, seguida del maltrato emocional, físico y abuso sexual. De igual forma, De Paul<sup>92</sup> realizó una cuantificación de casos de maltrato infantil constituidos desde el servicio territorial de protección infantil del País Vasco en el que el tipo más notorio fue la negligencia, el maltrato físico y el abuso sexual coincidiendo con nuestro estudio. Cabe destacar que el estudio de Sabate (Ibid. p.192) expone que el primer tipo de maltrato es el maltrato físico, seguido del sexual y la negligencia.

En base a lo anteriormente expuesto, podemos confirmar que la negligencia y el maltrato físico, son los tipos de maltrato más frecuentes.

- Grado de maltrato.

Situándonos en el grado de maltrato, clasificaremos los grados en leve, moderado y grave, tal y como esta descrito en el informe de notificación de casos. En otros estudios lo clasifican como leve-moderado y grave. Atendiendo a si el maltrato es leve, se puede abordar educativamente o en su entorno sociofamiliar sin separarse de la familia, y en el grado grave si la situación es urgente con componentes de peligro, se debe valorar la permanencia o separación del entorno familiar.

Nuestro estudio da como resultado que la mayoría de los casos de maltrato fueron diagnosticados como leves. Los porcentajes más elevados son el grado leve en el físico, y coincidiendo en el grado moderado y el grado grave la negligencia. En cifras el maltrato grave fue el menos detectado, seguido del moderado y el leve en la mayoría de los casos.

Destacamos que hubo un alto porcentaje que no se cumplimentó esta variable, por lo que los resultados son menos de la mitad de los casos detectados.

Nuestros resultados son inversos a los que nos expresa la Consejería de Política Social de Murcia en la atención desde el ámbito Sanitario (Ibid. p. 191) siendo el más detectado el grave, seguido del moderado y por último el leve. Estos datos son discordantes porque la mayor fuente de información de este estudio son los medios hospitalarios. En línea con nuestra investigación, encontramos el registro de los últimos 11 años de la Consejería (Ibid. p.193), siendo el más detectado el leve, aunque cabe suponer que los resultados pueden tener un sesgo en la diferencia entre la medición por años o un estudio retrospectivo que incluyan varios años en los resultados.

Entendemos que el maltrato está influenciado por los momentos sociales que pueden variar a lo largo de los años y que estas circunstancias sociales pueden afectar a las familias. También puede condicionar la formación y el entrenamiento del personal sanitario, que a través de cursos e información van adquiriendo habilidades y desarrollando sensibilidad hacia este tema.

➤ Tipos de maltrato. Variables.

Respecto a los tipos de maltrato y sus variables, detectamos que los casos de negligencia tienen la mayor tasa de detección y el indicador más común fue la falta de supervisión. Las tasas más altas de maltrato de negligencia fueron en 2008. El mayor número de casos de negligencia corresponde a menores de un año y va decreciendo conforme aumenta la edad.

Los datos del boletín estadístico (Ibid. p.191) y haciendo un sumatorio de casos de 12 provincias, destacamos que la negligencia

ocupa el primer lugar en el tipo de maltrato con gran diferencia con el resto, coincidiendo también los resultados de nuestro estudio con el de riesgo psicosocial (Ibid. p.195) que también lo detecta en primer lugar.

En cambio en el estudio del registro de datos de la Comunidad de Murcia (Ibid. p.193) ocupa el tercer lugar, así como Saldaña (Ibid. p.192) y Trench (Ibid. p.192) que desde sus estudios de urgencias pediátricas también los clasifica en tercer lugar.

La Consejería de Política Social de Murcia en la atención desde el ámbito sanitario (Ibid. p. 191) fue detectado junto con el maltrato sexual en segundo lugar.

En nuestro estudio en los casos de maltrato físico, el indicador más común fue el de magulladuras y moratones, siendo el segundo más detectado, y el mayor número de casos de maltrato físico moderado o grave fue a menores de un año concluyendo que el porcentaje de maltrato físico baja conforme aumenta la edad.

Desde el ámbito sanitario de la Consejería de Política Social de Murcia (Ibid. p. 191), detectaron en primer lugar el físico, coincidiendo con Sabate (Ibid. p.192). Nuestro estudio coincide con el registro de datos de la Comunidad de Murcia (Ibid. p.193); así como desde la Junta de Andalucía (Ibid. p.194); con una valoración en segundo lugar de detección. Los datos del boletín estadístico (Ibid. p.191) y haciendo un sumatorio de casos de 12 provincias, ocupa el tercer lugar.

Hacemos referencia a lo largo de los años de nuestro estudio, que en el año 2010 fue en el que se produjo la mayor tasa de maltrato emocional, y que además detectamos que es el tipo de menor incidencia. En el estudio de registro de datos de la Comunidad de Murcia (Ibid. p.193); y en el estudio de riesgo psicosocial (Ibid. p.194); coincidiendo con nuestros datos al igual que la Consejería de Política Social de Murcia en la atención desde el ámbito sanitario (Ibid. p. 191), que lo detectó en el último lugar. A diferencia de los datos del boletín

estadístico<sup>83</sup> que haciendo un sumatorio de casos de 12 provincias, el maltrato emocional o psicológico es el segundo más detectado

Los resultados de nuestro estudio respecto al maltrato sexual, en 2013 se produjo la tasa más alta y el indicador más común fue el de contacto físico sin penetración, clasificándolo en tercer lugar detrás de la negligencia y el maltrato físico.

Debemos tener presente que el maltrato sexual se da en todos los grupos socioeconómicos, religiosos y étnicos, pudiendo ocurrir que los autores sean adultos para satisfacer sus deseos sexuales desde una situación de poder con engaños o amenazas, o bien sean otros menores los que realizan el maltrato.

Coincidiendo con nuestro estudio del tercer lugar encontramos a Trench (Ibid. p.192)

En cambio Sabate (Ibid. p.192) la agresión sexual la clasifica en segundo lugar, y según la Consejería de Política Social (Ibid. p. 191) fue detectado junto con la negligencia en segundo lugar.

En el estudio de riesgo psicosocial (Ibid. p.194) es el menos detectado a diferencia del estudio de registro de datos de la Comunidad de Murcia (Ibid. p.193) que lo clasifica como el más detectado, aunque no se aproxima a nuestros datos, pero si coincide con el indicador de contacto físico sin penetración.

Según nuestras conclusiones, reseñamos el dato de a que institución son remitidos después de ser atendidos por los profesionales sanitarios, y casi la mitad son remitidos a los servicios de protección de menores. En un porcentaje también elevado son remitidos al servicio de protección de menores junto a trabajo social, ya

que son ellos los que realizan una labor de seguimiento, dependiendo de las lesiones, de la gravedad o si no existen datos clarificantes.

De igual manera un 23% de los casos en los últimos ocho años fueron ingresados en el hospital, apareciendo una relación clara entre la sospecha de maltrato y el ingreso con un menor porcentaje, que aquellos tipificados como maltrato confirmado, que ingresan en un porcentaje más elevado, tanto por las lesiones provocadas como por la protección del menor. También hemos hallado en nuestro estudio que tras la atención médica la mayoría vuelven a casa, dado que la forma leve aconseja permanecer en el núcleo familiar manteniendo un apoyo y vigilancia.

Por último y con todos los datos obtenidos, elaboramos un perfil del niño que acude a urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca y que le ha sido cumplimentado el registro de notificación de casos de maltrato infantil:

#### Caso 1.

Niña, entre cuatro y seis años, acompañada por su madre, que se califica de sospecha y se detectan signos de negligencia por falta de supervisión e higiene, se tipifica en grado moderado, regresando al domicilio tras la asistencia sanitaria, siendo remitida al servicio de protección de menores y trabajo social, para su seguimiento y protección.

#### Caso 2.

Niño, menor de un año que acude a urgencias acompañado de su madre, al que se le evidencian moratones y magulladuras con gravedad leve, regresando al domicilio tras la asistencia sanitaria, siendo remitido al servicio de protección de menores y trabajo social, para su seguimiento y protección.

## **BLOQUE V.**

# **CONCLUSIONES**

---

## CONCLUSIONES



## CONCLUSIONES

**1. Conclusiones del estudio.** Tras el análisis de los resultados obtenidos, podemos llegar a las siguientes conclusiones según los objetivos planteados.

**OBJETIVO 1.** Conocer las características sociodemográficas de la población estudiada:

- Edad
- Sexo
- Acompañante

**Conclusion 1.1** La distribución por sexo de los menores es muy parecida 53,4% niñas y 46,6% niños.

## CONCLUSIONES

**Conclusion 1.2** A nivel general, los mayores porcentajes de maltrato se encuentran en edades más jóvenes menores de 1 año (15,8%) y a los 5 años (13,4)

**Conclusion 1.3** La mayoría van acompañados al hospital por su madre (29,9%).

A tenor de lo anterior podemos concluir que en la variable sociodemografica no hemos encontrado diferencias significativas en cuanto al sexo masculino o femenino y que la edad de más riesgo esta en entre los niños más pequeños, menores de un año y cinco años y que el principal acompañante en la asistencia a la puerta de urgencias es la madre.

**OBJETIVO 2.** Determinar la existencia de sospecha o maltrato infantil confirmado:

- Confirmacion de maltrato infantil.
- Sospecha de maltrato infantil.

**Conclusion 2.1** Un 73,3% de los niños que llegaron a urgencias se trataba de sospecha de maltrato.

Los resultados obtenidosse evidencian que hay un porcentaje elevado de sospecha y menor pocentaje de maltrato confirmado.

**OBJETIVO 3.** Valorar el tipo de maltrato en la poblacion infantil estudiada:

- Maltrato físico.
- Maltrato sexual.
- Maltrato emocional.
- Maltrato por negligencia.

**Conclusion 3.1** En los últimos ocho años el tipo de maltrato más frecuente ha sido el maltrato físico y negligencia y el menos detectado ha sido el emocional.

**Conclusion 3.2** En 2013 se produjo la tasa más alta de abusos sexuales con un 35%. Y en 2010 se produjo la mayor proporción de maltrato emocional con un 19%.

**Conclusion 3.3** Las tasas más altas de maltrato físico y negligencia fueron en 2008, con un 57% de los casos.

**Conclusion 3.4** El maltrato emocional se detecto en un 7,7% de los casos.

**Conclusion 3.5** El número de casos de maltrato emocional y de abuso sexual aumenta conforme aumenta la edad.

**Conclusion 3.6** Los casos de negligencia tienen la mayor frecuencia de detección y el motivo principal fue el de falta de supervisión con un 24,3% de los casos.

**Conclusion 3.7** El mayor número de casos de negligencia corresponde a menores de un año y va decreciendo conforme aumenta la edad.

**Conclusion 3.8** En los casos de maltrato físico los indicadores más frecuentes fueron las magulladuras y moratones (24,7%).

**Conclusion 3.9** El porcentaje de maltrato físico baja conforme aumenta la edad.

## CONCLUSIONES

**Conclusion 3.10** En el maltrato sexual el indicador más frecuente fue el de contacto físico sin penetración y se dio en el 13% de los casos.

A la vista de los resultados obtenidos, se constata que el tipo de maltrato más destacado es el físico y la negligencia. Los años de mayor porcentaje de maltrato fueron en 2008 el maltrato físico y la negligencia, en 2010 el maltrato emocional y en 2013 el maltrato sexual. El maltrato emocional y el abuso sexual tiene una relación positiva conforme aumenta la edad. La negligencia es el tipo de maltrato más detectado y el motivo es la falta de supervisión. Los menores de un año son más vulnerables y decrece conforme aumenta la edad. En el maltrato físico las magulladuras y moratones fueron las lesiones más detectadas, y este tipo de maltrato desciende conforme aumenta la edad.

**OBJETIVO 4.** Establecer el grado de maltrato en la población infantil estudiada

**Conclusion 4.1** La mayoría de los casos de maltrato fueron diagnosticados como leves.

**Conclusion 4.2** El mayor número de casos de maltrato físico moderado o grave fue a menores de un año.

En relación con el grado de maltrato, podemos comprobar que la mayoría de casos fueron leves y que el maltrato físico moderado y grave se realiza a menores de un año.

**OBJETIVO 5.** Conocer el causante del maltrato al menor.

**Conclusion 5.1** El círculo de amistades o conocidos son los que provocan mas abuso sexual.

Atendiendo al causante del maltrato al menor podemos ver que es el entorno de amistades o conocidos

**OBJETIVO 6.** Conocer el causante del maltrato al menor.

**Conclusion 6.1** Tras la atención médica la mayoría vuelven a casa (86,2%).

**Conclusion 6.2** Casi la mitad de los casos atendidos son remitidos a servicios de protección de menores (47,3%).

**Conclusion 6.3** Un 23% de los casos en los últimos ocho años fueron ingresados en el hospital.

Igualmente resaltar que tras ser atendidos en urgencias, la mayoría regresan a su casa pero hay un 23 % que son ingresados en el hospital y que casi la mitad de atendidos se remiten a los servicios de protección a menores.

## CONCLUSIONES

### HIPÓTESIS 1

- ✓ Exista una relación parecida en la distribución por sexos entre los menores que presuntamente han sufrido maltrato infantil.

A tenor de los resultados obtenidos podemos afirmar que nuestra hipótesis se confirma ya que encontramos que el 46,6% son hombres y el 53,4% son mujeres.

### HIPÓTESIS 2

- ✓ La franja de edad de lactantes, son los que presuntamente sufren mas posibilidades de maltrato.

Podemos afirmar que esta hipótesis se confirma ya que a nivel general, los mayores porcentajes de maltrato se dan en edades más jóvenes menores de 1 año.

### HIPÓTESIS 3

- ✓ La mayoría de los casos de supuesto maltrato quedan encuadrados como leves.

Esta hipótesis queda confirmada por los resultados obtenidos ya que la mayoría de los casos de maltrato fueron diagnosticados como leves.

## **2. Futuras líneas de investigación.**

El presente estudio ha servido como punto de partida desde el cual iniciar otros proyectos y desarrollar futuras líneas de investigación.

Dado que el maltrato infantil como hemos comentado a lo largo de nuestro estudio es un problema social con gran relevancia, estimamos conveniente y necesario detectar el maltrato prenatal, tanto por acción como por omisión por lo que nuestra intención es ampliar esta línea de investigación.

Desde las áreas de hospitalización de Maternidad y Neonatología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, resulta un lugar privilegiado para observar la conducta y el comportamiento familiar,

A lo largo de nuestra práctica clínica detectamos riesgos biológicos muy relacionados con factores sociales que sin el apoyo de otras intervenciones o instituciones, es muy difícil dar respuesta.

Asimismo hay acciones por circunstancias de la madre que influyen negativamente en el buen desarrollo del embarazo, como son los hábitos tóxicos de la madre, enfermedades de transmisión sexual, tensiones y maltrato en la pareja, que abocan a hijos no deseados y falta de aceptación del rol materno.

Es por ello que dada la incidencia de más de 7.000 partos anuales en nuestro Hospital, los casos de maltrato prenatal deben ser estudiados.

Es una propuesta para avanzar en la atención del niño, la madre y su familia, incidiendo en el buen trato, teniendo en cuenta sus necesidades y derechos.

El bienestar del niño esta íntimamente relacionado con el bienestar de la madre que en ocasiones precisa de apoyos tanto sociales como sanitarios durante el embarazo y después de él.

## CONCLUSIONES

Así pues la prevención y la investigación de campo, son dos elementos imprescindibles para la consecución del mayor y más óptimo estado de salud materno fetal y neonatal.



## **BLOQUE VI.**

# **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [fecha de actualización diciembre de 2014; acceso 25 de mayo de 2015]. Maltrato Infantil. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>.
2. Finkelhor D. The victimization of children in a developmental perspective. American Journal of Orthopsychiatry. 1995; 65(2): 177-93.
3. Arruabarrena MI, de Paul J. Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide; 1994.
4. UNICEF. [sede Web]. Ginebra: UNICEF. [acceso 25 de octubre de 2011]. Convención derechos del niño. Disponible en: [www.unicef.org/lac/GuatemalaAbuso\\_sexualSP.pdf](http://www.unicef.org/lac/GuatemalaAbuso_sexualSP.pdf).
5. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [fecha de actualización diciembre de 2014; acceso 4 de febrero 2013]. Centro de Prensa. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/es/>
6. Díez S. Código Civil. Madrid: La Ley; 2007.
7. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de casos. Madrid: Subdirección General de Información Administrativa y Publicaciones; 2006.
8. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario. Guía para el Profesional. Murcia: Dirección General de Familia y Menor; 2004.
9. Casado J, Díaz J, Martínez C. Niños Maltratados. Madrid: Díaz de Santos; 1997.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2002.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

11. Real Academia de la Lengua. Diccionario Real Academia de la Lengua. 22ª ed. Madrid: Real Academia de la Lengua; 2011.
12. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Maltrato Infantil en la Familia en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
13. López Sánchez F. Necesidades de la infancia y protección infantil. Fundamentación teórica, clasificación y criterios. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1995.
14. Gómez de Terreros I. Maltrato y abandono. En: Cruz Hernández M, coordinador. Manual de Pediatría. 3ª ed. Madrid: Ergon; 2013. p. 1155-8.
15. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Murcia: Dirección General de Familia y Menor; 2007.
16. Consejería de Trabajo Social,. Programa de atención al maltrato infantil desde el ámbito educativo. Murcia: Secretaria autonómica de Acción Social, Menor y Familia; 2007
17. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Atención al maltrato infantil desde el ámbito de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad. Murcia: Dirección General de Familia y Menor; 2007.
18. López-Rico M, Jiménez JL. Trastornos ficticios en Pediatría. Síndrome de Munchausen por poderes. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2005.
19. Ríos A, Casado-Flores J, Porto R, Jiménez AB, Jiménez R, Serrano A. Maltrato infantil grave en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Anales de Pediatría. 2009; 71(1): 64-67.
20. Garbino J. The Psychological y Battered Child: toward a definition. Pediatric Annals. 1989; 18(8): 502-4.
21. Martínez A, De Paul J. Maltrato y Abandono en la Infancia. Barcelona: Martínez Roca; 1993.
22. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [sede Web]. Madrid : Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. [acceso 27 de abril de 2015]. Violencia de

Genero y Trata de Mujeres. Disponible en:  
<http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/home.htm>

23. Ministerio de Industria, Energía y Turismo. Guía de actuación contra el ciberacoso. Madrid: Ministerio de Industria, Energía y Turismo; 2013.
24. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil dentro de a familia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2014.
25. Landa E, Alvites MP, Fontes JL. Síndrome de Munchausen por poderes: presentación de un caso y revisión de la literatura. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2014; 124(34): 791-5.
26. Harris M. Cannibals and Kings: The Origins of Cultures. New York: Rando House; 1977.
27. Badinter E. ¿Existe el amor maternal? 1ª ed. Barcelona: Paidós-Pomare; 1981.
28. De Mause LI. Historia de la infancia. Madrid: Alianza; 1991.
29. Trujillo R. Derechos del niño: Evolución y perspectivas desde la pediatría social. Canarias Pediátrica. 2000; 24(3): 139-45.
30. Gómez de Terreros I. Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil. Granada: Comares; 1997.
31. Querol X. El niño maltratado. Barcelona: Editorial Pediátrica; 1990.
32. Kempe RS, Kempe CH. Child Abuse. Madrid: Morata; 1998.
33. Santos M. Los malos tratos a la infancia: juristas reformadores y el debate sobre la patria potestad en el Código Civil español (1889-1936). Cuadernos de Historia Contemporánea. 2005; 24: 209-32.
34. Sánchez V. Guijarro T. Apuntes para una Historia de las Instituciones de menores en España. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2002; 22(84): 121-38.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

35. Tolosa Latour M. El problema infantil y la legislación. Madrid; 1900. Informe del Secretario General de Consejo Superior en Pro-Infantia.
36. Ocón Domingo J. Normativa internacional de protección a la infancia. Cuadernos de Trabajo Social. 2006; 19: 113-31.
37. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de la Naciones Unidas. Boletín Oficial del Estado, nº 313, (31-12-1990)
38. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, nº 311, (29-12-1978).
39. Modificación del Código Civil en materia de filiación, Patria Potestad y Régimen Económico del Matrimonio, Ley 11/ 1981, de 13 de mayo. Boletín Oficial del Estado, nº 119 (19-5-1981).
40. Enjuiciamiento Civil. Ley 1/2000, de 7 de enero. Boletín Oficial del Estado, nº 7 (8-1-2000).
41. Protección Jurídica del Menor. Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero. Boletín Oficial del Estado, nº 15. (17-1-1996).
42. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Bases para la elaboración de una estrategia integral para la infancia y adolescencia en riesgo y dificultad social. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2003.
43. Por la que se modifican determinados artículos del Código Civil de la Ley e Enjuiciamiento Civil en materia de adopción. Ley 21/1987, de 11 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 275 (17-11-1987).
44. Asamblea General de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos de los Niños. New York: Organización Naciones Unidas; 1989.
45. Reforma del Estatuto de Autonomía de la Región de Murcia. Ley Orgánica 4/1994, de 24 de marzo. Boletín Oficial del Estado, nº 72. (25-4-1994)

46. Por la que se crea el Instituto de Servicios Sociales de la Región de Murcia. Ley 11/1986, de 19 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, nº 46, (23-2-1987).
47. De la Infancia de la Región de Murcia. Ley 3/1995, de 21 de marzo. Boletín Oficial Región Murcia, nº 86 (12-4-1995).
48. Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero. Boletín Oficial del Estado, nº 15 (17-1-1996).
49. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Maltrato Infantil en la familia en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
50. La Moncloa. [sede Web]. Madrid: La Moncloa. [13 de agosto 2015]. Aprobados los proyectos de Ley de la Protección a la Infancia y la Adolescencia. Disponible en: <http://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/Paginas/enlaces/200215enlaceinfancia.aspx> .
51. Modificación del sistema de protección la infancia y a la adolescencia. Ley 26/2015, de 28 de julio. Boletín Oficial del Estado, nº 180, (29-7-2015).
52. Establecimiento de los Órganos Directivos de la Consejería de Sanidad y Política Social. Decreto nº 145/2012 de 16 de noviembre. Boletín Oficial de la Región de Murcia, nº 268, (19-11-2012).
53. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2008.
54. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
55. Doyal L, Gough I. Una teoría de las necesidades humanas. Barcelona: Icaria; 1994.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

56. López Sánchez F. Necesidades de la infancia y protección infantil. Fundamentación teórica, clasificación y criterios. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1995.
57. Barudy J, Dantagnan M. Los buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Gedisa; 2005.
58. Goobal. [sede Web]. Instituto de Estudios Políticos para América Latina y África. [acceso 22-2-2014]. Guía de Conocimiento sobre Infancia. Disponible en URL <http://www.gloobal.net/lepala/gloobal/fichas/ficha.php?entidad=Textos&id=83&opcion=documento>.
59. Sánchez F. Necesidades en la infancia y en la adolescencia. Respuesta familiar, escolar y social. Madrid: Pirámide; 2008.
60. Cruz M, Brines J, Carrascosa A, Crespo M, Jiménez R, Molina JA. Manual de Pediatría. Madrid: Editorial Ergon; 2013.
61. Rohner RP. Handbook for the study of Parental Acceptance and Rejection. Connecticut: University of Connecticut; 1989.
62. Kempe S, Kempe C. Niños maltratados. 3ª ed. Madrid: Ed. Morata; 1985.
63. Kagan J. El temperamento y su trama. Buenos Aires: Katz editores; 2011.
64. Gracia E. El maltrato infantil en el contexto de la conducta parental: Percepción de padres e hijos. Psicothema. 2002.
65. Finkelhol D. Sexually Victimized Children. Mexico: Pax Mexico; 2005.
66. Belsky J. The determinants of parenting: A process model. Child Development. 1984. 55(1). 83-96.
67. Belsky J. Determinantes socio-contextuales de los estilos de crianza. London: Birkbeck University of London; 2010.
68. Pérez D, Martínez I, Ruiz JD. Maltrato infantil, intervención enfermera I. Madrid: Bubok Publishing; 2005.
69. Gómez de Terreros I. Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil. Granada: Comares; 1997.



70. Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García E, Ruiz MA, Esteban J. Niños maltratados. El papel del pediatra . Anales de Pediatría. 2000; 52: 548-53.
71. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. [sede Web]. Murcia: Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades; 2012. [acceso 14 de marzo de 2013]. Proyecto Luz. Disponible en:  
[http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=6111&IDTIPO=100&RASTRO=c566\\$m](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=6111&IDTIPO=100&RASTRO=c566$m).
72. Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. [sede Web]. Murcia: Dirección General de Política Social; 2000. [acceso 10 de marzo 2013]. Asociación de Apoyo a la Infancia Maltratada. Disponible en:  
[https://www.yovoluntario.com/index.php?paginaactiva=contenedor\\_servicios.php&paginaactiva2=detalle\\_directorio.php&asociacion=155](https://www.yovoluntario.com/index.php?paginaactiva=contenedor_servicios.php&paginaactiva2=detalle_directorio.php&asociacion=155).
73. Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil. [sede Web]. Madrid: Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil; 2011. [acceso 18 de marzo de 2013]. Información Institucional. Disponible en:  
<http://www.fapmi.es/contenido1.asp?sec=1&pp=1->
74. Fundación ANAR. [sede web]. Madrid: Fundación ANAR; 2019. [acceso 16 de septiembre 2012]. Información Institucional. Disponible en <http://www.anar.org/informacion-institucional/>.
75. Cea D'Ancona MA. Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social. Madrid: Síntesis; 2001.
76. Alvira, F. Diseños de investigación social: criterios operativos. En: García M, Ibáñez J, Alvira F, compiladores. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Editorial; 1989.
77. Yin R. Applications Case Study Research. California: Sage; 2012.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

78. General de Sanidad. Ley 14/1986, de 25 de abril. Boletín Oficial del Estado, nº 102 (29-4-1986).
79. Salud de la Región de Murcia. Ley 4/1994, de 26 de julio. Boletín Oficial del Estado, nº 243, (11-10-1994).
80. Memoria del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca 2013. Murcia Salud. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia.
81. Consejo General de Enfermería de España. Código Deontológico de la Enfermería Española. Madrid: Consejo General de Enfermería de España; 2009.
82. Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Murcia: Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración; 2008.
83. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estadística Básica de medidas de protección a la Infancia. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
84. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Maltrato Infantil en la Familia de España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011.
85. Zamora M. Maltrato infantil: Prevención e interpretación. Madrid: Alcántara grupo editorial; 2011.
86. Sabate A. Sospecha de maltrato infantil en urgencias pediátricas. Anales de Pediatría. 2009; 71(1): 60-3.
87. Trenchs V. Evolucion de los ingresos por maltrato infantil durante 15 años. Anales de Pediatría. 2012; 78(2): 118-22.
88. Saldaña D, Jimenez J, Oliva A. El maltrato infantil en España: un estudio a traves de los expedientes de proteccion de menores. Madrid: Editorial Infancia y Aprendizaje; 1998.
89. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. [sede web]. Murcia: Servicios Sociales; 2014. [acceso 10 de agosto de 2015]. Programa de Atención al Maltrato Infantil. Disponible en: [http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=11671&IDTIPO=11&RASTRO=c376\\$m6093,6110](http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=11671&IDTIPO=11&RASTRO=c376$m6093,6110).
90. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Evaluación del

Riesgo Psicosocial en Familias Usuarias del Sistema Publico de Servicios Sociales de Andalucía. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social; 2009.

91. Segura C, Gil MJ, Sepúlveda MA. El síndrome de alineación parenteral: una forma de maltrato infantil. Cuadernos de Medicina Forense. 2006; 12(43-44): 117-28.
92. Arruabarrena MI. De Paúl J, Torres B. Criterios de evaluación de gravedad y riesgo en situaciones de maltrato infantil. Madrid: Dirección General de Protección Jurídica del Menor; 1993.

## **OTRAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Aguilar Cordero M<sup>a</sup> J. Tratado de Enfermería Infantil. 2<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2002.
- Aguilar Cordero M<sup>a</sup> J. Tratado de enfermería del niño y el adolescente + StudentConsult en español: Cuidados pediátricos. 2<sup>a</sup> ed. Barcelona: Elsevier; 2012.
- Aguilar Cordero M<sup>a</sup> J. Niños víctimas de malos tratos: Prevención y cuidado. Metas de Enferm. 2003; 6 (55):51-56.
- Aguilar Cordero M<sup>a</sup> J. Tratado de Enfermería Infantil. Barcelona: Océano; 2003.
- Díaz Gómez M, Gómez García CI, Ruiz García MJ. Enfermería de la Infancia y la Adolescencia 1<sup>a</sup> ed. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España; 2001.
- Castro Sáez M. Trastorno por estrés postraumático en menores que han sufrido maltrato familiar: Directo y exposición a violencia de género [tesis doctoral]. Murcia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico; 2012.
- Moreno Manso JM. Variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil comparativamente con otros tipos de

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- maltrato infantil [tesis doctoral]. Badajoz: Servicio de publicaciones Universidad de Extremadura; 2001.
- Moreno Manso JM. Estudio sobre las consecuencias del maltrato infantil en el desarrollo del lenguaje. *Anales de psicología*; 21 (2): 224-230.
  - Barrios O. Editora. Realidad y representación de la violencia. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2002.
  - Jiménez N. ¿Cómo cambiar el futuro de nuestros niños?. Bloomington: Palibro; 2014.
  - Darnell C, Michel C. Notas forenses. Santa Fe: Mc Graw Hill; 2013.
  - Vicente M<sup>a</sup> T, Navalón C. La protección de la Infancia y los derechos de los niños y de las niñas. Murcia: Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones; 2014.
  - López Y. ¿Por qué se maltrata al mas íntimo? Una perspectiva psicoanalítica del maltrato infantil. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia-Unibiblos; 2002.
  - Finkelhor D. El abuso sexual al menor. Causas, consecuencias y tratamiento psicossocial. 2<sup>a</sup> ed. México: Pax México; 2005.
  - Almenara Aliaga M, Louro Bernal I, Ortiz Gómez MT. Comportamiento de la violencia intrafamiliar. *Rev. Cubana Medicina Gen Integr.* 1999; 15(3): 285-92.
  - Carceller A, Blanchard AC, Barolet J. *Anales de Pediatría.* 2009; 70(5) :477-87.
  - Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R, Herrera-Basto E. El maltrato un problema mundial. *Salud Publica*; 1998; 40: 58-65.
  - Abad J.M, Abrisqueta JA, Antón LM. El manual de Puericultura. Barcelona: Ergon; 2007.
  - Trujillo Arman R. Derechos del niño: Evolución y perspectivas desde la pediatría social. *BSCP Can Ped.* 2000; 24(3).





## **BLOQUE VII**

## **ANEXOS**

---





## **ANEXO 1**

### **Derechos del niño hospitalizado**



## **DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO.**

### **Carta Europea de los derechos del niño hospitalizado**

**A.-** Derecho del niño a estar acompañado de sus padres, o de la persona que los sustituya, el máximo tiempo posible, durante su permanencia en el hospital, no como espectadores pasivos sino como elementos activos de la vida hospitalaria, sin que ello comporte gastos adicionales; el ejercicio de este derecho no debe perjudicar en modo alguno ni obstaculizar la aplicación de los tratamientos a los que hay que someter al niño.

**B.-** Derecho del niño a recibir una información adaptada a su edad, su desarrollo mental, su estado afectivo y psicológico, con respecto al conjunto del tratamiento médico al que se le somete y las perspectivas positivas que dicho tratamiento ofrece.

**C.-** Derecho de sus padres o de la persona que los sustituya a recibir todas las informaciones relativas a la enfermedad y al bienestar del niño, siempre y cuando el derecho fundamental de éste al respecto de su intimidad no se vea afectado por ello.

**D.-** Derecho de los padres, o de la persona que los sustituya, a expresar su conformidad con los tratamientos que se aplican al niño.

**E.-** Derecho del niño a una recepción y seguimiento individuales, destinándose, en la medida de lo posible, a los mismos enfermos y auxiliares para dicha recepción y los cuidados necesarios.

**F.-** Derecho de los padres o de la persona que los sustituya a una recepción adecuada y a su seguimiento psicosocial a cargo de personal con formación especializada.

**G.-** Derecho del niño a no ser sometido a experiencias farmacológicas o terapéuticas. Sólo los padres o la persona que los sustituya, debidamente advertidos de los riesgos y de las ventajas de estos tratamientos,

tendrán la posibilidad de conceder su autorización, así como de retirarla.

**H.-** Derecho del niño a no recibir tratamientos médicos inútiles y a no soportar sufrimientos físicos y morales que puedan evitarse.

**I.-** Derecho a ser tratados con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.

**J.-** Derecho (y medios) del niño de contactar con sus padres, o con la persona que los sustituya, en momentos de tensión.

**K.-** Derecho a la seguridad de recibir los cuidados que necesita, incluso en el caso que fuese necesaria la intervención de la justicia si los padres o la persona que los sustituya se los nieguen, o no estén en condiciones de dar los pasos oportunos para hacer frente a la urgencia.

**L.-** Derecho del niño a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando todo lo posible su hospitalización entre adultos.

**M.-** Derecho de los niños a proseguir su formación escolar durante su permanencia en el Hospital, y a beneficiarse de la enseñanza de los maestros y del material didáctico que las autoridades escolares pongan a su disposición, en particular en el caso de una hospitalización prolongada, con la condición de que dicha actividad no cause perjuicio a su bienestar y/o no obstaculice los tratamientos médicos que se siguen.

**N.-** Derecho de los niños a disponer de locales amueblados y equipados, de modo que respondan a sus necesidades en materia de cuidados y de educación, así como de juegos, libros y medios audiovisuales adecuados y adaptados a su edad.

***PARLAMENTO EUROPEO, 13 de Mayo de 1986***

## **ANEXO 2**

### **Declaración de los Derechos del Niño de 20 de noviembre de 1959**



## **Declaración de los Derechos del Niño**

***Proclamada por la Asamblea General en su resolución 1386 (XIV), de 20 de noviembre de 1959***

### **Principio 1**

El niño disfrutará de todos los derechos enunciados en esta Declaración. Estos derechos serán reconocidos a todos los niños sin excepción alguna ni distinción o discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición, ya sea del propio niño o de su familia.

### **Principio 2**

El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad. Al promulgar leyes con este fin, la consideración fundamental a que se atenderá será el interés superior del niño.

### **Principio 3**

El niño tiene derecho desde su nacimiento a un nombre y a una nacionalidad.

### **Principio 4**

El niño debe gozar de los beneficios de la seguridad social. Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados.

### **Principio 5**

El niño física o mentalmente impedido o que sufra algún impedimento social debe recibir el tratamiento, la educación y el cuidado especiales que requiere su caso particular.

### **Principio 6**

El niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, necesita amor y comprensión. Siempre que sea posible, deberá crecer al amparo y bajo la responsabilidad de sus padres y, en todo caso, en un ambiente de afecto y de seguridad moral y material; salvo circunstancias excepcionales, no deberá separarse al niño de corta edad de su madre. La sociedad y las autoridades públicas tendrán la obligación de cuidar especialmente a los niños sin familia o que carezcan de medios adecuados de subsistencia. Para el mantenimiento de los hijos de familias numerosas conviene conceder subsidios estatales o de otra índole.

**Principio 7**

El niño tiene derecho a recibir educación, que será gratuita y obligatoria por lo menos en las etapas elementales. Se le dará una educación que favorezca su cultura general y le permita, en condiciones de igualdad de oportunidades, desarrollar sus aptitudes y su juicio individual, su sentido de responsabilidad moral y social, y llegar a ser un miembro útil de la sociedad.

El interés superior del niño debe ser el principio rector de quienes tienen la responsabilidad de su educación y orientación; dicha responsabilidad incumbe, en primer término, a sus padres.

El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deben estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación; la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho.

**Principio 8**

El niño debe, en todas las circunstancias, figurar entre los primeros que reciban protección y socorro.

**Principio 9**

El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata.

No deberá permitirse al niño trabajar antes de una edad mínima adecuada; en ningún caso se le dedicará ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud o su educación o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

**Principio 10**

El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole. Debe ser educado en un espíritu de comprensión, tolerancia, amistad entre los pueblos, paz y fraternidad universal, y con plena conciencia de que debe consagrar sus energías y aptitudes al servicio de sus semejantes.



## **ANEXO 3**

### **Manuales elaborados por la Consejería de Trabajo y Política Social**



Manuales elaborados para los diferentes estamentos relacionados con el maltrato infantil como los Servicios Sociales, desde el Ámbito Sanitario, desde el Ámbito Educativo y desde el Ámbito de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad.





## **ANEXO 4**

### **NECESIDADES DE LA INFANCIA**



Tabla relacionada con las necesidades físico-biológicas:

NECESIDADES	PREVENCIÓN	RIESGO
<b>A.- Necesidades de carácter físico-biológico.</b>		
<b>Recién Nacido deseado.</b>	Planificación familiar.	No deseado. Madre adolescente. Madre muy mayor.
<b>Alimentación.</b>	Adecuada alimentación de la madre.  Lactancia materna.  Suficiente, variada, secuenciada en tiempo Adaptada a edad	Ingestión de sustancias que dañan al feto.  Desnutrición.  Déficit específicos.  Excesos: Obesidad.
<b>Temperatura</b>	Condiciones de vivienda y vestido y colegio adecuadas.	Frío o calor en la vivienda.  Humedad, falta de higiene.  Falta de calzado.  Falta de vestido.
<b>Higiene.</b>	Higiene corporal.  Higiene de vivienda.  Higiene de alimentación.  Higiene de vestido.  Higiene del entorno	Suciedad.  Contaminación del entorno.  Gérmenes infecciosos.  Parásitos y roedores.

<b>Sueño</b>	<p>Ambiente espacial protegido y silencioso.</p> <p>Suficiente según edad. Durante la noche.</p> <p>Con siestas, si es pequeño.</p>	<p>Inseguridad.</p> <p>Contaminación de ruidos.</p> <p>Interrupciones frecuentes.</p> <p>Insuficiente tiempo.</p> <p>Sin lugar apropiado de descanso diurno.</p>
<b>Actividad física: ejercicio y juego.</b>	<p>Libertad de movimiento en el espacio.</p> <p>Espacio con objetos, juguetes y otros niños.</p> <p>Contacto con elementos naturales: agua, tierra, plantas, animales, excursiones etc.</p>	<p>Inmovilidad corporal.</p> <p>Ausencia de espacio.</p> <p>Ausencia de objetos.</p> <p>Ausencia de juguetes.</p> <p>Inactividad.</p> <p>Sedentarismo.</p>
<b>Protección de riesgos reales. Integridad física</b>	<p>Organización de la casa adecuada a seguridad: enchufes, detergentes, electrodomésticos, instrumentos y herramientas, escaleras, ventanas y muebles.</p> <p>Organización de la escuela adecuada a la seguridad: clases, patios y actividades.</p> <p>Organización de la ciudad para protegerá la infancia: calles y jardines, circulación, asaltos delincuentes.</p> <p>Circulación prudente, niños en parte trasera y con cinturón.</p> <p>Conocimiento y control sobre las relaciones de los</p>	<p>Accidentes domésticos.</p> <p>Castigo físico.</p> <p>Accidentes en la escuela.</p> <p>Accidentes de circulación.</p> <p>Agresiones.</p> <p>Guerras.</p>



	niños. Prevención violencia.	
<b>Salud</b>	Revisiones adecuadas a edad y estado de salud. Vacunaciones. Ocio saludable. Ambiente sin humo. Educación para la salud.	Falta de control. Provocación de síntomas. No vacunación. Ocio con alcohol drogas. Tabaquismo. Embarazo no deseado, Enfermedad T. S. y SIDA. Estilo de vida de riesgo.
<b>Ambiente ecológico adecuado.</b>	Cuidado ambiental Educación ambiental	Contaminación de aire, agua, y otros elementos. Vandalismo ambiental.

Con estas necesidades están especialmente relacionadas las siguientes **formas de maltrato**:

**Maltrato físico:** acción no accidental que provoca o genera grave riesgo de daño físico o enfermedad.

**Abandono físico o negligencia:** cuando estas necesidades básicas no son atendidas.

Tabla relacionada con las necesidades cognitivas :

NECESIDADES	PREVENCION	RIESGO
<b>B.- Necesidades cognitivas.-</b> <b>Estimulación sensorial.</b>	Estimular los sentidos. Entorno con estímulos: visuales, táctiles, auditivos, etc. Cantidad, variedad y contingencia de estímulos. Interacción lúdica en la familia, estimulación planificada en la escuela. Estimulación lingüística en la familia y en la escuela	Privación sensorial. Pobreza sensorial. No maduración del cerebro. Monotonía de estímulos. No contingencia de la respuesta. Curriculum escolar no global, no secuenciado, no significativo, etc. Falta de estimulación lingüística.
<b>Exploración física y social.</b>	Contacto con el entorno físico y social rico en objetos, juguetes, elementos naturales y personas. Exploración de ambientes físicos y sociales. Ofrecer "base de seguridad a los más pequeños", compartir exploración con ellos (los adultos y los iguales)	Entorno pobre No tener apoyo en la exploración. No compartir exploración con adultos e iguales
<b>Escolarización.</b>	Integración escolar. Escuela de los rendimientos y de la vida.	No escolarización. Absentismo escolar. Fracaso escolar. No educación para calidad de vida y bienestar.
<b>-Comprensión de la realidad física y social</b>	Escuchar y responder de forma contingente a las preguntas. Decir la verdad. Hacerles participar en el conocimiento de la vida,	No escuchar. No responder. Responder en momento inadecuado. Mentir.

	<p>el sufrimiento, el placer y la muerte.</p> <p>Visión biófila de la vida, las relaciones y los vínculos.</p> <p>Transmitir las actitudes, valores.</p>	<p>Ocultar la realidad.</p> <p>Visión pesimista.</p> <p>Anomía o valores antisociales.</p>
<b>Protección de riesgos imaginarios.</b>	<p>Escuchar, comprender y responder a sus temores: miedo al abandono, rivalidad fraterna, miedo a enfermedad y miedo a muerte.</p> <p>Posibilidad de expresar el miedo.</p> <p>Evitar verbalizaciones y conductas que fomenten los miedos: violencia verbal o violencia física, discusiones inadecuadas, amenazas verbales, pérdidas de control, incoherencia en la conducta.</p> <p>Educación para el consumo y evitación de contenidos violentos. en medios (T.V., videojuegos, etc.)</p>	<p>No escuchar.</p> <p>No responder.</p> <p>No tranquilizar.</p> <p>Inhibición emocional.</p> <p>Violencia verbal.</p> <p>Violencia física en el entorno.</p> <p>Amenazas.</p> <p>Pérdida de control.</p> <p>Incoherencia en la relación.</p> <p>Contenidos virtuales violentos.</p>

Con estas necesidades están especialmente relacionadas las siguientes formas de maltrato:

**Abandono físico o negligencia:** cuando estas necesidades básicas no son atendidas. El abandono físico o negligencia que afecta al área educativa, tanto dentro del ámbito familiar como escolar, es una respuesta inadecuada a estas necesidades.

El **retraso en el desarrollo no orgánico (o mejor, que es evitable)** con acciones familiares y del sistema escolar es también una forma de maltrato que debería ubicarse en relación con estas necesidades.

Tabla relacionada con las necesidades emocionales y sociales

NECESIDADES	PREVENCIÓN	RIESGO
C.-Necesidades emocionales y sociales.		
a) Sociales: <b>Seguridad emocional.</b>	<p>Apego incondicional: aceptación, disponibilidad, accesibilidad, respuesta adecuada a demandas, y competencia.</p> <p>Afecto.</p> <p>Contacto íntimo: táctil, visual, lingüístico, etc.</p> <p>Estima y valoración.</p> <p>Capacidad de protección/eficacia.</p> <p>Resolver los conflictos con disciplina inductiva: explicaciones, exigencias conforme a edad, coherencia en exigencias, posibilidad de revisión si el niño/a protestan la decisión.</p>	<p>Rechazo.</p> <p>Soledad emocional.</p> <p>Ausencia de figuras de apego.</p> <p>No accesibles.</p> <p>No percibir, no interpretar, no responder, no responder contingentemente, incoherencia en respuesta.</p> <p>No relación afectiva.</p> <p>No código de intimidad.</p> <p>Desvalorización.</p> <p>Ineficacia protectora.</p> <p>Autoritarismo.</p> <p>Amenaza de retirada de amor.</p> <p>No poner límites.</p> <p>Negligencia por amor.</p>
<b>Red de relaciones sociales.</b>	Relaciones de amistad y compañerismo con los iguales: fomentar	<p>Aislamiento social.</p> <p>Soledad social.</p>

	<p>contacto e interacción con iguales en el entorno familiar y en la escuela: tiempos de contacto, fiestas infantiles, comidas y estancias en casa de iguales, etc. Continuidad en las relaciones. Actividades conjuntas de familias con hijos que son amigos.</p> <p>Incorporación a grupos o asociaciones infantiles.</p>	<p>Separaciones largas de los amigos.</p> <p>Imposibilidad de contacto con amigos.</p> <p>Prohibición de amistades.</p> <p>Aburrimiento.</p> <p>Compañeros de riesgo.</p>
<b>Participación y autonomía progresivas</b>	<p>Participación en decisiones y en gestión de lo que le afecta y pueda hacer a favor de sí mismo y de los demás en familia, escuela y sociedad.</p>	<p>No ser escuchado.</p> <p>No ser tenido en cuenta.</p> <p>Dependencia.</p> <p>Sobreprotección.</p>
<b>Curiosidad, imitación y contacto.</b>	<p>Responder a preguntas.</p> <p>Permitir juegos y autoestimulación sexual.</p> <p>Educación sexual.</p> <p>Prevención de abusos.</p>	<p>No escuchar.</p> <p>No responder.</p> <p>Engañar.</p> <p>Castigar manifestaciones infantiles.</p> <p>Erotofobia.</p> <p>Actividad sexual de riesgo.</p> <p>Abuso sexual.</p>

:

Con estas necesidades están especialmente relacionadas las siguientes formas de maltrato:

**Maltrato emocional:** hostilidad verbal crónica, amenaza de abandono, bloqueo de las iniciativas de interacción infantil, rechazo, aislamiento, producción de miedos. **Abandono emocional:** falta de disponibilidad, accesibilidad, respuesta a demandas o indiferencia.

**Abandono:** no cumplimiento de las obligaciones familiares dejando al niño/a en algún lugar, durante un tiempo que implica grave riesgo o para siempre. **Abuso sexual:** conducta sexual con un menor sirviéndose de algún tipo de asimetría: de edad, poder, fuerza física, capacidad de amenaza, etc.

**Explotación laboral:** asignación de trabajos impropios de niños. **Corrupción:** cuando un adulto implica a un niño en actividades antisociales. **Incapacidad** de padres o tutores para controlar la conducta del niño.

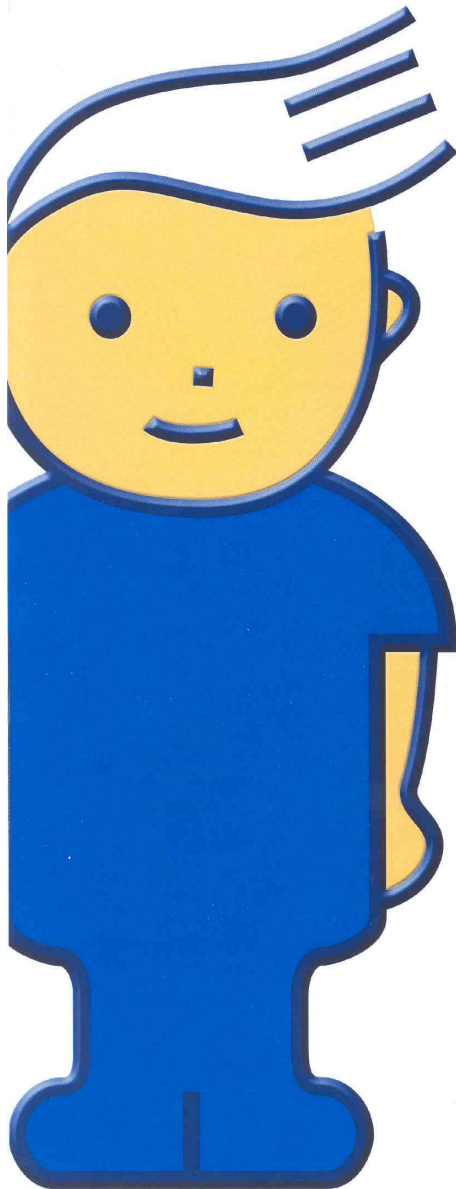
Tabla elaborada por Carlos Becedóniz Vázquez para la IV reunión anual de la Sociedad Asturiana de Pediatría de Atención Primaria editado por el Principado de Asturias en 2003.

## **ANEXO 5**

### **Hoja de notificación de riesgo de maltrato infantil desde el ámbito sanitario**








ATENCIÓN AL  
MALTRATO  
INFANTIL  
DESDE EL  
ÁMBITO  
SANITARIO




PROGRAMA DE ATENCIÓN  
AL MALTRATO INFANTIL

**HOJAS DE NOTIFICACION**






**Región de Murcia**  
Consejería de Trabajo y Política Social  
Dirección General de Familia y Servicios Sectoriales



**Región de Murcia**  
Consejería de Sanidad



Servicio  
**Murciano**  
de Salud

**HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO**

**L = Leve    M = Moderado    G = Grave**  
(Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso)

**MALTRATO FÍSICO**

L	M	G	Magulladuras o moratones	1
L	M	G	Quemaduras	2
L	M	G	Fracturas óseas	3
L	M	G	Heridas	4
L	M	G	Lesiones viscerales	5
L	M	G	Mordeduras humanas	6
L	M	G	Intoxicación forzada	7
L	M	G	Síndrome del niño zarandeado	8

**NEGLIGENCIA**

L	M	G	Escasa higiene	9
L	M	G	Falta de supervisión	10
L	M	G	Cansancio o apatía permanente	
L	M	G	Problemas físicos o necesidades médicas	11
L	M	G	Es explotado, se le hace trabajar en exceso	12
L	M	G	No va a la escuela	
L	M	G	Ha sido abandonado	

**MALTRATO EMOCIONAL**

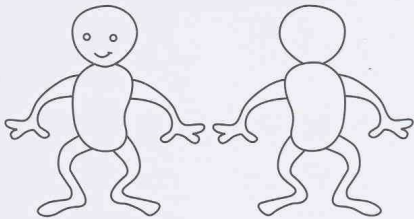
L	M	G	Maltrato Emocional	13
L	M	G	Retraso Físico emocional y/o intelectual	14
L	M	G	Intento de suicidio	
L	M	G	Cuidados excesivos / sobreprotección	15

**ABUSO SEXUAL**

Sí	Sin contacto físico	
Sí	Con contacto físico y sin penetración	16
Sí	Con contacto físico y con penetración	
Sí	Dificultad para andar y sentarse	
Sí	Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada	
Sí	Dolor o picor en la zona genital	
Sí	Contusiones o sangrado en los genitales externos zona vaginal o anal	
Sí	Cervix o vulva hinchados o rojos	
Sí	Explotación sexual	
Sí	Semen en la boca, genitales o ropa	
Sí	Enfermedad venérea	17
Sí	Apertura anal patológica	18
Sí	Himen perforado	

Sospecha

Maltrato



Señale la localización de los síntomas

OTROS SÍNTOMAS O COMENTARIOS:

**IDENTIFICACIÓN DEL CASO**

<b>Identificación del Niño</b>		Caso Fatal (fallecimiento) <input type="checkbox"/>
Apellidos _____ Nombre _____		
Domicilio _____ Localidad _____ Teléfono _____		
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento (día/mes/año) _____	
Acompañante: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____		
<b>Identificación del notificador</b>		Fecha de notificación (día/mes/año) _____
Centro _____ Servicio/Consulta _____		
Nombre _____ Área Sanitaria _____		
Profesional: Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> N° Colegiado _____		



Valoración de casos de maltrato infantil detectados en Urgencias de Pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia.



**INSTRUCCIONES DE USO DE LA HOJA DE NOTIFICACIÓN**

Este instrumento es un cuestionario para la notificación y recogida de información sobre casos de maltrato infantil y abandono. Este cuestionario no es un instrumento diagnóstico sino una hoja estandarizada de notificación de los casos de maltrato evidente o de sospecha de maltrato que puedan aparecer en nuestras consultas.

Para utilizar el cuestionario se debe tachar con una "X" todos los síntomas de los que se tenga evidencia o de los que se sospeche su presencia, rellenar la ficha de identificación y enviar el cuestionario por correo.

El cuestionario consta de un inventario de síntomas, una figura, un dibujo anatómico, un recuadro para comentarios, una leyenda explicativa de los síntomas y un apartado de identificación del caso.

El inventario de síntomas se desglosa por apartados de tipologías. Éstos son: síntomas de maltrato físico, síntomas de negligencia en el trato del menor, síntomas de maltrato emocional y síntomas de abuso sexual. Es importante resaltar que los síntomas no son exclusivos entre sí.

Con frecuencia será necesario utilizar uno o varios indicadores de los distintos apartados de síntomas para perfilar el caso.

El primer apartado a rellenar se encuentra en la esquina superior derecha. En este recuadro se debe tachar si se trata de un caso evidente de maltrato o si sólo existe la sospecha de que existe maltrato. En las leyendas se encuentra una definición de lo que es la sospecha.

Sospecha   
Maltrato

El inventario de síntomas sirve de guía para recordar los síntomas más frecuentes de maltrato. Es posible elegir varios indicadores de todos y cada uno de los apartados. Los indicadores no son exclusivos entre sí.

En los tres primeros apartados (maltrato físico, negligencia y maltrato emocional), se puede elegir el grado de gravedad del síntoma. La gravedad se indica tachando la "L" si es leve, la "M" si es moderado y la "G" si es grave. Si sólo existe la sospecha, deben indicarse los síntomas pertinentes como leves.

En el apartado de maltrato sexual se debe tachar aquellos indicadores de los que se tenga evidencia o sospecha de su presencia. Será frecuente que los indicadores de maltrato sexual aparezcan asociados a los síntomas de maltrato emocional. Cuando sea pertinente, se deberá rellenar la configuración del himen y/o el tamaño de la hendidura himenal en milímetros.

Algunos de los síntomas poseen una nota aclarativa, la cual se indica mediante un número. La aclaración se encuentra situada en la parte posterior del cuestionario. Es recomendable leer estas notas cuando el indicador no resulte evidente, hasta familiarizarnos con los indicadores.

Si existieran otros síntomas no contemplados en el listado, se deberá hacer uso del apartado de comentarios y reflejarlos allí.

El dibujo anatómico debe ser utilizado para indicar la localización de los síntomas. Bastará con sombrear sobre la figura la zona en la que se aprecia el síntoma. Si existieran varios síntomas que desea localizar y su ubicación sobre el dibujo no fuera suficientemente evidente por el contexto el indicador, se puede indicar con una flecha el indicador al que se refiere el sombreado.



L	M	G	Magulladuras o moratones	1
L	M	G	Quemaduras	2
L	M	G	Fracturas óseas	3
L	M	G	Heridas	4
L	M	G	Lesiones viscerales	5
L	M	G	Mordeduras humanas	6
L	M	G	Intoxicación forzada	7
L	M	G	Síndrome del niño zarandeado	8
L	M	G	Escasa higiene	9
L	M	G	Falta de supervisión	10
L	M	G	Cariacónico o apatía permanente	11
L	M	G	Problemas físicos o necesidades médicas	11
L	M	G	Es explotado, se le hace trabajar en exceso	12
L	M	G	No va a la escuela	12
L	M	G	Ha sido abandonado	12
L	M	G	Maltrato Emocional	13
L	M	G	Retraso Físico emocional y/o intelectual	14
L	M	G	Intento de suicidio	14
L	M	G	Cuidados excesivos / sobreprotección	15
SI			Sin contacto físico	
SI			Con contacto físico y sin penetración	16
SI			Con contacto físico y con penetración	
SI			Dificultad para andar y sentarse	
SI			Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada	
SI			Dolor o picor en la zona genital	
SI			Contusiones o sangrado en los genitales externos zona vaginal o anal	
SI			Cervix o vulva hinchados o rojos	
SI			Explotación sexual	
SI			Siemen en la boca, genitales o ropa	
SI			Enfermedad venérea	17
SI			Apertura anal patológica	18
SI			Himen perforado	

Existe un recuadro en el que se puede escribir otros síntomas o indicadores que no aparecen reflejados en el cuestionario. También es posible reflejar aquí comentarios que puedan ser pertinentes para la aclaración del caso o sospechas (por ejemplo de tipo biográfico, referentes a la credibilidad de la historia narrado por el sujeto o debidas a la reiteración de síntomas y visitas) que lleven al profesional a comunicar el caso.

En el apartado de identificación del caso se recogen los datos que permitirán localizar y describir al sujeto en la base de datos acumulativa. Es imprescindible recoger las iniciales del paciente, su sexo y su fecha de nacimiento (si se conoce).

Si la notificación se deriva de la defunción del sujeto, deberá tacharse la casilla correspondiente.

Debe consignarse la fecha de la notificación ya que pueden realizarse diversas notificaciones de un mismo caso en el mismo centro o en centros diferentes.

Por último, existe un área dedicada a la identificación de la persona que realiza la notificación. Es imprescindible rellenar este apartado para que la notificación surta efecto. La información recogida en el apartado de identificación del notificador no se consigna en la base de datos del registro acumulativo de casos y se utiliza exclusivamente para asegurar la veracidad de la información contenida en la notificación.

Identificación del Niño		Caso Fatal (fallecimiento)	SI
Apellidos		Nombre	
Domicilio		Localidad	Teléfono
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Fecha de nacimiento (dd/mm/aa)	
Acompañante: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar)		Fecha de notificación (dd/mm/aa)	
Identificación del notificador		Servicio/Consulta	
Centro		Área Sanitaria	
Nombre		Profesional: Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> N° Colegiado	

Cada hoja de notificación consta de tres copias en papel autocopiativo. Una copia deberá permanecer en la historia clínica para el seguimiento del caso si fuera necesario, otra copia se enviará por correo al servicio de proceso de datos y una tercera copia se entregará al profesional de los servicios sociales.

IMPORTANTE: Cada notificación debe realizarse en un cuestionario nuevo, incluso cuando se refiera al mismo caso en fechas posteriores a la primera detección.

La eficacia de esta Hoja de Notificación depende en gran medida de la calidad de las notificaciones y del esmero con que sea utilizada. La cumplimentación descuidada puede invalidar la notificación del caso. La buena utilización del cuestionario es fundamental para la fiabilidad de las respuestas y las acciones posteriores que puedan ser requeridas.

Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse al:

**Programa de Atención al Maltrato Infantil. Dirección General de Familia y Servicios Sectoriales**  
Travesía del Rocio, nº 8, Edif. Lago - 30007 Murcia • Tlfonos.: 968 27 31 63 / 968 27 32 10 - Fax: 968 27 31 97 • [www.carm.es/ctra/maltratoinfantil](http://www.carm.es/ctra/maltratoinfantil)



## **Anexo 6**

### **Otros síntomas o comentarios relacionados con la investigaciónn**





En el presente anexo, relatamos sobre una tabla Excel, los comentarios que los profesionales relatan en la entrevista realizada a el/los acompañantes durante la asistencia sanitaria en urgencias



Nº caso	2007 Descripción
1	Maltrato por pareja de la madre.
2	Quemaduras en 15% superficie por alimento que preparaba la madre.
3	Niño sin vacunas ni control del pediatra.
4	Intoxicación alcohólica inducida por padre y tía.
5	Intoxicación alcohólica inducida por padre y tía.
6	Himen perforado con sangrado vaginal leve por posible patada del hermano según refiere la madre. Visto Forense.
7	Lesiones en área del pañal, nalgas y región lumbar. Negativa a pruebas e ingreso.
8	Penetración anal por cuidadores.
9	Hematomas en ambos brazos según refiere el padre producido por madre y tía. Padres separados.
10	Deficiente higiene y retraso psicomotor sin estudiar. Patología oftálmica sin revisiones.
11	Intoxicación por cannabis.
12	Caída desde un cuarto piso, estaba con las tías de la madre.
13	Penetración anal por primo de 14 años. Informado positivo por Forense.
14	Penetración anal dos veces por primo. Informado positivo por Forense.
15	Lesiones equimóticas en cuello y lesiones en MMII. Escasa higiene corporal
16	Atragantamiento por intoxicación con cocaína. Negativa de los padres al ingreso, avisado Juez de menores.
17	Padres separados, morados y hematomas en brazo derecho observados por el padre.
18	Pielonefritis con indicación de ingreso y negativa de los padres. Vuelven a las pocas horas e ingresan al menor.
19	Caída del cambiador, madre en tratamiento con metadona.
20	Inmersión en bañera estando con hermano de tres años. Hermano anterior de tres años muerto por ahogamiento piscina.
21	La madre refiere que el padre penetra al niño con el dedo en el ano.
22	La madre refiere que su pareja actual le ha introducido el dedo en la vagina. Erosión discreta en labios menores de 0,5 cm.
23	Caída desde un tercer piso, el niño estaba solo en casa. A los siete meses ingreso por malnutrición y retraso psicomotor.
24	Riesgo violencia familiar. Sin evidencia de maltrato.
25	La madre sospecha abuso sexual anal por los cuidadores.
26	Hematomas realizados con cinturón.
27	Hematomas realizados con cinturón.
28	Tocamientos por la hija de la cuidadora
29	Hematoma perineal y herida en región anal, según la madre, tras caída cuando con hermano de la menor.
30	Desgarro frenillo prepucio, según describe el niño, tras una caída.
31	Golpeada por otro niño en la guardería.
32	Circuncisión en casa.
33	Agresión por parte de un compañero y comportamiento sociopata.

Nº caso	2008 Descripción
1	Mordeduras humanas.
2	Ingesta de tóxicos.
3	Reincidencias en caídas.
4	Abandono en madre embriagada, arañazos y erosiones e incomparecía en consultas externas.
5	Equimosis en glúteos y muñeca.
6	Fractura parietal por traumatismo por caída desde los brazos.
7	Incomparecencia en consulta para tratamiento de VIH.
8	Intoxicación de marihuana.
9	Caídas en el colegio en niño diabético que no acude a educación diabetológica.
10	Falta higiene, ropa sucia, aspecto desvalido.
11	Hematomas en miembros con diferentes estados de evolución.
12	Falta de higiene, ropa sucia, aspecto desvalido.
13	Caída de la cama de hermano de 4 años sufriendo fractura parietal derecho.
14	Lesión hemorrágica cerebral compatible con síndrome de niño zarandeado.
15	Fractura craneal por caída de la cama.
16	Hematoma en cresta iliaca.
17	Mordeduras múltiples realizadas por primo mayor.
18	Maltrato emocional por el padre, padres separados.
19	Lesión en ojo y tibia.
20	Magulladuras y moratones generalizados. Maltrato entre iguales en 2007 y 2008.
21	Puñetazo en el ojo por madre.
22	Intoxicación etílica y cannabis.
23	Posible semen en tórax, padres separados.
24	Fuga del hospital tras crisis convulsiva con indicación de ingreso hospitalario.
25	Afectación emocional por maltrato de la madre. Padres separados.
26	Mala higiene e incomparecencia en consultas.
27	Traumatismo craneal, accidente en moto acompañado por otro menor, sin casco.
28	Hematoma en frente.
29	Posible abuso sexual por un tío de la menor.

Nº caso	2009 Descripción
1	Herida grave por circuncisión en casa
2	Reincidencias en caídas. Fractura clavícula derecha
3	Hematomas subdurales. ( Síndrome niño zarandeado)
4	Ingesta de cannabis
5	Maltrato por la pareja de la mujer que le cuida
6	Exitus por rotura hepática y sospecha de maltrato sexual.
7	Múltiples lesiones equimóticas en cara cuello y brazos
8	Abuso sexual por parte del compañero de piso de los padres.
9	Sin hoja de registro. Notificación de riesgo por posibles abusos sexuales
10	Fractura craneal parietal derecha
11	Taquicardia y ansiedad por observar violencia contra su abuela
12	Tocamientos por parte de la cuidadora
13	Escasa higiene y falta de supervisión
14	Escasa higiene y falta de supervisión
15	Estando al cuidado de la abuela, lo coge en brazos un tío discapacitado y lo tira al suelo
16	Con 4 meses hematoma en pabellón auditivo y anterior fractura de peroné. Retirada custodia
17	Escasa higiene y falta de cuidados médicos
18	Ingesta de orfidal
19	Eritema en zona perianal posiblemente por manipulación en guardería. Diagnostico no compatible con traumatismo.
20	Hematomas en región mamilar izquierda.
21	Falta de supervisión por la falta de habla y de las pruebas realizadas.
22	Equimosis y hematomas en múltiples zonas del cuerpo
23	Tocamientos por parte del hermanastro de su padre
24	Tocamientos por parte de un compañero mayor del colegio
25	Tocamientos por una conviviente de la tía materna.

Nº caso	2010 Descripción
1	Ingesta de cannabis
2	Bofetada del padre
3	Intento suicidio
4	Pedículus pubis en pestañas, heridas y escasa higiene
5	Pedículus pubis en pestañas, heridas y escasa higiene
6	Múltiples abrasiones en rodillas y codos. Eritema solar.
7	Padres separados, apertura anal patológica tras pasar el día con el padre. Eritema solar generalizado. Frotis por forense.
8	Padres separados. Manotazo del padre en el hombro y brazo
9	Intento de suicidio jugando. Padres separados.
10	Padres separados. Lesiones equimóticas en el cuello causadas por la madre.
11	Patada por conocido del padre. Problemas de drogadicción.
12	Himen perforado y visto por médico forense
13	Tocamientos por parte del tío de la madre.
14	Tocamientos por parte del padre y síndrome de estrés postraumático
15	Agresión pareja de la madre. Padres separados.
16	Posibles padres drogadictos, falta de visitas al hospital
17	Eritema anal
18	Tocamientos en introito por compañero de colegio mas mayor
19	Tocamientos vulvares por conviviente en domicilio de la tía materna
20	Cuidados sobreprotección en madre en tramites de separación
21	Taquicardia y estrés tras violencia familiar a la abuela

Nº caso	2011 Descripción
1	Encefalópata en condiciones higiénicas pésimas
2	Dolor a la palpación en mejilla izquierda
3	El padre del menor le pega.
4	Hematomas en glúteos de 4 días de evolución y dolor en cuero cabelludo de región occipital.
5	Sospecha de agresión sexual
6	Falta de higiene y atención sanitaria, carece de vacunas.
7	Quemadura de sartén en lado de cara derecha y mano derecha. TCE en región parietal izquierda hace 4 días.
8	Posibles lesiones en espalda, Retraso físico emocional y/o intelectual.
9	Molestias en área genital, picores y enrojecimiento, tras pasar una semana con el padre.
10	Diagnostico de policontusión. Posible violación según la madre.
11	Desnutrición severa con anemia ferropénica carencial.
12	Posible agresión sexual según el niño por su primo hermano
13	Padres separados y la madre observa que después de estar con el padre presenta irritación en zona genital
14	Su padrastro le pega en cabeza y trasero.
15	Condiciones higiénicas pésimas, incluido mal olor.
16	Fractura humero izquierdo.
17	Hematoma en región frontal izquierda de 4 x 2 cm, pequeños hematomas de 0,5 x 1 cm en piernas y brazo derecho.
18	Fractura múltiple,
19	Situación de abandono junto a su madre en estado de embriaguez.
20	El menor presenta dos traumatismos al caer de la cama y el otro de una altura de 50 cm.
21	Lactante sin control por pediatra.
22	múltiples hematomas faciales
23	Traumatismo genital, Dolor testicular posterior.
24	La menor dice que un amigo de la madre le toca la zona genital mientras la madre mira.
25	Primo de la menor introduce un dedo en la vagina mientras la menor duerme.
26	Posible crisis febril.
27	Contexto familiar desestructurado. Intoxicación por haloperidol
28	TCE en región frontal al ser golpeado por el padre.
29	Picadura de garrapata ,negligencia en el estado de higiene del menor.
30	Posible abuso sexual por menor de 11 años hijo del padrastro
31	Tocamientos por mayor desconocido.

Nº caso	2012 Descripción
1	Carece de pediatra y no realiza seguimiento medico
2	Le han dado un caramelo de cannabis en una tienda de amigo del padre
3	La pareja del padre acusa a la tía materna de abuso sexual y la niña lo niega
4	Dibuja contenidos obscenos y refiere ver películas porno con el padre y el hermano de 16 años. No contacto sexual
5	Padres separados, custodia la madre. Tirón en el brazo por que no quiere ir con el padre porque el padre se emborracha.
6	La niña es cuidada por otra persona y aparece con hematomas y contusión frontal
7	Lle pegan los compañeros de clase
8	Solo en domicilio y atendido por una vecina por nauseas y estar los padres ausentes.
9	Hermana de niña con agresión sexual que consulta para diagnostico
10	Agresión sexual por el padrastro
11	Ingesta de benzodiazepinas. Antecedentes de síndrome de abstinencia por metadona en el nacimiento
12	Su padre le pega puñetazos y en la ducha obliga a la niña a realizar tocamientos genitales al padre
13	Vive con el padre (custodia) y el abuelo le pega con cinturón cuando se porta mal
14	Tocamientos por parte de la ex pareja de la madre
15	Intoxicación de humo por incendio estando solo en la vivienda.
16	Intoxicación de humo por incendio estando solo en la vivienda.
17	Valoración por ginecólogo de guardia tras consulta pediatra
18	Varias consultas anteriores (ingesta detergente) actualmente ingesta de pendiente del padre
19	Maltrato físico por la madre. Padres separados. Vive con la tía
20	Abuso sexual por parte de un amigo de la familia
21	Fuga hospitalaria tras valoración por fractura ósea
22	Precipitación desde el 1 piso intentando salir por estar encerrado en casa. Fractura ósea de fémur
23	Tocamientos por el tío materno
24	Riesgo social, mala higiene y falta de recursos
25	Hematomas en miembros y abdomen por parte de los abuelos
26	Vive con los abuelos maternos y refieren agresión por parte del padre. Hematomas en brazo
27	Tocamientos por la pareja de la abuela
28	Ingesta de anticonceptivos y antiinflamatorios
29	Refiere la madre que el padre le ha producido hematoma y quemadura en brazo
30	Encefalopatía que no acude a seguimiento en consulta y con mala higiene y perdida de peso excesiva
31	Agresión de la madre con cinturón. Padres separados
32	Intoxicación por paracetamol (reincidente)
33	Escasa higiene y sin acudir al pediatra nunca



Nº caso	2013 Descripción
1	Lesiones equimóticas en cara
2	Padres separados, relata guiada por el padre que recibe agresiones de la madre y su pareja (pellizcos, cinturón, encierro).
3	Eritema del pañal.
4	Inmigrantes búlgaros sin Pediatra asignado ni tarjeta sanitaria.
5	Hematomas en región supraescapular por acupuntura realizada por la abuela.
6	Tocamientos por el padre de una amiguita bajándole las braguitas cada vez que va a su casa.
7	Intoxicación con benzodiazepinas y traumatismo craneoencefálico.
8	Hematomas en espalda y cara según la niña por agresiones en el patio del colegio.
9	Intoxicación con Paracetamol y Garidol estando al cuidado de la tía.
10	Tercera consulta por agresión del padre provocando hematomas en rodillas piernas y codos.
11	Ingesta de pila de botón hace unos meses ingesta de amoniaco.
12	Hermano de 12 años que la desnuda y toca genitales y penetración en el ano.
13	Pequeño desgarró en labio menor izquierdo y horquilla vulvar.
14	Refiere el niño actitudes agresivas por parte del padre con empujones e insultos que provocan ansiedad y depresión.
15	Remitida desde la comisaría por abusos de un vecino con tocamientos y exhibicionismo.
16	Abuso sexual por un vecino que le obliga a entrar en su casa para tocamientos sin penetración.
17	Caída desde 2º piso, fallo en revisiones medicas, bajos recursos sociales.
18	Gastroenteritis que llama la atención la falta de recursos.
19	Acompañada por la policía tras agresión física a la madre que lleva al bebe en brazos por la abuela materna tras discusión.
20	Arañazos en espalda tras estar con el padre separado de la madre.
21	Lesiones peribucales la niña refiere que su madre le golpeo contra el lavabo, además hematomas en muslo.
22	Eritema en vulva tras tocamientos por parte de la compañera de su abuelo.
23	Condilomas en recto. Ambos padres son portadores de condilomas.
24	Tocamientos por parte de la pareja de la madre.
25	Padres separados, relata, guiada por el padre, que recibe agresiones de la madre y su pareja.
26	No asistencia de pediatra al no poseer papeles.
27	Herpes genital.
28	Flujo amarillento por vagina tras tocamientos por la madre en zona genital.

Nº caso	2014 Descripción
1	Intoxicación con vitamina D3.
2	Hijo de madre drogadicta con riesgo infeccioso.
3	Atención medica insuficiente en niño crónico.
4	Abusos por parte de un tío de 13 años.
5	múltiples lesiones de equimosis y hematomas estando con el padre, matrimonio separado.
6	Tocamientos por parte de familiares sin concretar, con molestias vaginales y depresión de la niña.
7	Intoxicación etílica en niño con riesgo social.
8	Alta voluntaria por parte de los padres cuando precisa atención hospitalaria.
9	Hermana esquizofrénica intoxica al hermano con medicamento neuroléptico.
10	Hermana esquizofrénica intoxica al hermano con medicamento neuroléptico
11	síndrome de Munchausen.
12	Tocamientos por parte de abuelo paterno político.
13	Hematomas y laceraciones en ambos glúteos por parte del padre con detención policial.
14	Síntomatología postraumática por posible prostitución cuando estaba al cuidado de los abuelos en Paraguay.
15	Múltiples lesiones incluidas las de sujeción mecánica por los padres con retirada de custodia y detención policial.
16	Fracturas en piernas y hematomas traumáticos con retirada de custodia.
17	Madre drogadicta, neonato con síndrome de abstinencia.
18	Abuso sexual por parte de la pareja de la tía.
19	Escasa higiene y piezas dentales con caries sin tratamiento.
20	Abuso sexual por parte de un familiar.
21	La madre le pega y maltrata.
22	No tiene asignado pediatra sin control medico.
23	Agresión con semen en ropa, no consta agresor.
24	Neumoperitoneo con rotura de víscera.
25	No tiene asignado pediatra sin control medico.
26	Retirada de custodia, se deja en adopción.
27	Niña mal atendida por hermana de 16 años.
28	No tiene asignado pediatra, sin control medico.
29	Abuso sexual con penetración anal.
30	Retirada de custodia por sífilis de la madre y drogadicción.
31	Síndrome de niño zarandeado.
32	Niño con maltrato verbal por parte del padre.
33	Tocamientos por parte del primo.





## **ANEXO 7**

### **Tablas de contingencia de las variables birrelacionadas**



## Relación sexo \* maltrato físico

Tabla de contingencia							
			Maltrato físico				Total
			,00	1,00	2,00	3,00	
Sexo	1,00	Recuento	90	21	12	5	128
		% dentro de Sexo	70,3%	16,4%	9,4%	3,9%	100,0%
		% dentro de Maltrato físico	60,0%	43,8%	54,5%	23,8%	53,1%
		Residuos corregidos	2,8	-1,5	,1	-2,8	
	2,00	Recuento	60	27	10	16	113
		% dentro de Sexo	53,1%	23,9%	8,8%	14,2%	100,0%
		% dentro de Maltrato físico	40,0%	56,3%	45,5%	76,2%	46,9%
		Residuos corregidos	-2,8	1,5	-,1	2,8	
Total		Recuento	150	48	22	21	241
		% dentro de Sexo	62,2%	19,9%	9,1%	8,7%	100,0%
		% dentro de Maltrato físico	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,806 <sup>a</sup>	3	,008
Razón de verosimilitudes	12,100	3	,007
Asociación lineal por lineal	8,845	1	,003
N de casos válidos	241		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,85.

## Relación sexo \* negligencia

Tabla de contingencia							
			Negligencia				Total
			,00	1,00	2,00	3,00	
Sexo 1,00	Recuento		91	15	17	8	131
	% dentro de Sexo		69,5%	11,5%	13,0%	6,1%	100,0%
	% dentro de Negligencia		62,8%	40,5%	41,5%	34,8%	53,3%
	Residuos corregidos		3,6	-1,7	-1,7	-1,9	
2,00	Recuento		54	22	24	15	115
	% dentro de Sexo		47,0%	19,1%	20,9%	13,0%	100,0%
	% dentro de Negligencia		37,2%	59,5%	58,5%	65,2%	46,7%
	Residuos corregidos		-3,6	1,7	1,7	1,9	
Total	Recuento		145	37	41	23	246
	% dentro de Sexo		58,9%	15,0%	16,7%	9,3%	100,0%
	% dentro de Negligencia		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,106 <sup>a</sup>	3	,004
Razón de verosimilitudes	13,203	3	,004
Asociación lineal por lineal	11,127	1	,001
N de casos válidos	246		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,75.



## Relación Sexo \* maltrato emocional

Tabla de contingencia							
			Maltrato emocional				Total
			,00	1,00	2,00	3,00	
Sexo	1,00	Recuento	115	9	5	2	131
		% dentro de Sexo	87,8%	6,9%	3,8%	1,5%	100,0%
		% dentro de Maltrato emocional	52,0%	75,0%	55,6%	50,0%	53,3%
		Residuos corregidos	-1,1	1,5	,1	-,1	
	2,00	Recuento	106	3	4	2	115
		% dentro de Sexo	92,2%	2,6%	3,5%	1,7%	100,0%
		% dentro de Maltrato emocional	48,0%	25,0%	44,4%	50,0%	46,7%
		Residuos corregidos	1,1	-1,5	-,1	,1	
Total		Recuento	221	12	9	4	246
		% dentro de Sexo	89,8%	4,9%	3,7%	1,6%	100,0%
		% dentro de Maltrato emocional	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,447 <sup>a</sup>	3	,485
Razón de verosimilitudes	2,576	3	,462
Asociación lineal por lineal	,361	1	,548
N de casos válidos	246		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,87.

## Relación Sexo \* abuso sexual

Tabla de contingencia					
			Abuso sexual		Total
			,00	1,00	
Sexo	1,00	Recuento	81	51	132
		% dentro de Sexo	61,4%	38,6%	100,0%
		% dentro de Abuso sexual	45,5%	73,9%	53,4%
		Residuos corregidos	-4,0	4,0	
Sexo	2,00	Recuento	97	18	115
		% dentro de Sexo	84,3%	15,7%	100,0%
		% dentro de Abuso sexual	54,5%	26,1%	46,6%
		Residuos corregidos	4,0	-4,0	
Total		Recuento	178	69	247
		% dentro de Sexo	72,1%	27,9%	100,0%
		% dentro de Abuso sexual	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,447 <sup>a</sup>	3	,485
Razón de verosimilitudes	2,576	3	,462
Asociación lineal por lineal	,361	1	,548
N de casos válidos	246		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,87.

## Relación edad \* maltrato físico

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,447 <sup>a</sup>	3	,485
Razón de verosimilitudes	2,576	3	,462
Asociación lineal por lineal	,361	1	,548
N de casos válidos	246		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,87.

Tabla de contingencia					
			Maltrato físico		
			,00	1,00	2,00
rec_edad	<=1 año	Recuento	31	12	10
		% dentro de rec. edad	50,0%	19,4%	16,1%
		% dentro de Maltrato físico	20,8%	25,0%	45,5%
		Residuos corregidos	-2,3	-,1	2,2
de 2 a 3 años	de 2 a 3 años	Recuento	33	5	4
		% dentro de rec edad	73,3%	11,1%	8,9%
		% dentro de Maltrato físico	22,1%	10,4%	18,2%
		Residuos corregidos	1,7	-1,7	-,1
de 4 a 6 años	de 4 a 6 años	Recuento	41	16	6
		% dentro de rec edad	60,3%	23,5%	8,8%
		% dentro de Maltrato físico	27,5%	33,3%	27,3%
		Residuos corregidos	-,4	,9	-,1
de 7 a 12 años	de 7 a 12 años	Recuento	44	15	2
		% dentro de rec edad	67,7%	23,1%	3,1%
		% dentro de Maltrato físico	29,5%	31,3%	9,1%
		Residuos corregidos	1,1	,7	-2,0
Total	Total	Recuento	149	48	22
		% dentro de rec edad	62,1%	20,0%	9,2%
		% dentro de Maltrato físico	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia			
		Maltrato físico	
		3,00	Total
Rec. edad <=1 año	Recuento	9	62
	% dentro de rec. edad	14,5%	100,0%
	% dentro de Maltrato físico	42,9%	25,8%
	Residuos corregidos	1,9	
de 2 a 3 años	Recuento	3	45
	% dentro de rec. edad	6,7%	100,0%
	% dentro de Maltrato físico	14,3%	18,8%
	Residuos corregidos	-,5	
de 4 a 6 años	Recuento	5	68
	% dentro de rec. edad	7,4%	100,0%
	% dentro de Maltrato físico	23,8%	28,3%
	Residuos corregidos	-,5	
de 7 a 12 años	Recuento	4	65
	% dentro de rec edad	6,2%	100,0%
	% dentro de Maltrato físico	19,0%	27,1%
	Residuos corregidos	-,9	
Total	Recuento	21	240
	% dentro de rec. edad	8,8%	100,0%
	% dentro de Maltrato físico	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,447 <sup>a</sup>	3	,485
Razón de verosimilitudes	2,576	3	,462
Asociación lineal por lineal	,361	1	,548
N de casos válidos	246		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,87.

## Relación edad \* negligencia

Tabla de contingencia					
			Negligencia		
			,00	1,00	2,00
Rec. edad	<=1 año	Recuento	28	10	15
		% dentro de rec. edad	45,2%	16,1%	24,2%
		% dentro de Negligencia	19,3%	27,0%	36,6%
		Residuos corregidos	-2,6	,3	1,8
de 2 a 3 años		Recuento	18	9	12
		% dentro de rec. edad	39,1%	19,6%	26,1%
		% dentro de Negligencia	12,4%	24,3%	29,3%
		Residuos corregidos	-3,1	,9	1,9
de 4 a 6 años		Recuento	54	9	5
		% dentro de rec. edad	76,1%	12,7%	7,0%
		% dentro de Negligencia	37,2%	24,3%	12,2%
		Residuos corregidos	3,4	-,7	-2,6
de 7 a 12 años		Recuento	45	9	9
		% dentro de rec. edad	68,2%	13,6%	13,6%
		% dentro de Negligencia	31,0%	24,3%	22,0%
		Residuos corregidos	1,7	-,4	-,8
Total		Recuento	145	37	41
		% dentro de rec. edad	59,2%	15,1%	16,7%
		% dentro de Negligencia	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia

			Negligencia	Total
			3,00	
Rec. edad	<=1 año	Recuento	9	62
		% dentro de rec. edad	14,5%	100,0%
		% dentro de Negligencia	40,9%	25,3%
		Residuos corregidos	1,8	
de 2 a 3 años		Recuento	7	46
		% dentro de rec. edad	15,2%	100,0%
		% dentro de Negligencia	31,8%	18,8%
		Residuos corregidos	1,6	
de 4 a 6 años		Recuento	3	71
		% dentro de rec. edad	4,2%	100,0%
		% dentro de Negligencia	13,6%	29,0%
		Residuos corregidos	-1,7	
de 7 a 12 años		Recuento	3	66
		% dentro de rec. edad	4,5%	100,0%
		% dentro de Negligencia	13,6%	26,9%
		Residuos corregidos	-1,5	
Total		Recuento	22	245
		% dentro de rec. edad	9,0%	100,0%
		% dentro de Negligencia	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,696 <sup>a</sup>	9	,002
Razón de verosimilitudes	27,571	9	,001
Asociación lineal por lineal	16,081	1	,000
N de casos válidos	245		

a. 1 casillas (6,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,13.

## Relación edad \* maltrato emocional

Tabla de contingencia					
			Maltrato emocional		
			,00	1,00	2,00
Rec. edad <=1 año	Recuento		62	0	0
	% dentro de rec. edad		100,0%	,0%	,0%
	% dentro de Maltrato emocional		28,2%	,0%	,0%
	Residuos corregidos		3,1	-2,1	-1,8
de 2 a 3 años	Recuento		45	0	1
	% dentro de rec. edad		97,8%	,0%	2,2%
	% dentro de Maltrato emocional		20,5%	,0%	11,1%
	Residuos corregidos		2,0	-1,7	-,6
de 4 a 6 años	Recuento		63	3	3
	% dentro de rec. edad		90,0%	4,3%	4,3%
	% dentro de Maltrato emocional		28,6%	25,0%	33,3%
	Residuos corregidos		,1	-,3	,3
de 7 a 12 años	Recuento		50	9	5
	% dentro de rec. edad		74,6%	13,4%	7,5%
	% dentro de Maltrato emocional		22,7%	75,0%	55,6%
	Residuos corregidos		-4,8	3,8	1,9
Total	Recuento		220	12	9
	% dentro de rec. edad		89,8%	4,9%	3,7%
	% dentro de Maltrato emocional		100,0%	100,0%	100,0%

Tabla de contingencia				
			Maltrato emocional	Total
			3,00	
Rec. edad <=1 año	Recuento		0	62
	% dentro de rec. edad		,0%	100,0%
	% dentro de Maltrato emocional		,0%	25,3%
	Residuos corregidos		-1,2	
de 2 a 3 años	Recuento		0	46
	% dentro de rec. edad		,0%	100,0%
	% dentro de Maltrato emocional		,0%	18,8%
	Residuos corregidos		-1,0	
de 4 a 6 años	Recuento		1	70
	% dentro de rec. edad		1,4%	100,0%
	% dentro de Maltrato emocional		25,0%	28,6%
	Residuos corregidos		-,2	
de 7 a 12 años	Recuento		3	67
	% dentro de rec. edad		4,5%	100,0%
	% dentro de Maltrato emocional		75,0%	27,3%
	Residuos corregidos		2,2	
Total	Recuento		4	245
	% dentro de rec. edad		1,6%	100,0%
	% dentro de Maltrato emocional		100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,426 <sup>a</sup>	9	,001
Razón de verosimilitudes	32,945	9	,000
Asociación lineal por lineal	19,060	1	,000
N de casos válidos	245		

a. 12 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,75.



## Relación edad \* Abuso sexual

Tabla de contingencia					
			Abuso sexual		Total
			,00	1,00	
Rec. edad	<=1 año	Recuento	58	4	62
		% dentro de rec. edad	93,5%	6,5%	100,0%
		% dentro de Abuso sexual	32,8%	5,8%	25,2%
		Residuos corregidos	4,4	-4,4	
de 2 a 3 años		Recuento	37	9	46
		% dentro de rec. edad	80,4%	19,6%	100,0%
		% dentro de Abuso sexual	20,9%	13,0%	18,7%
		Residuos corregidos	1,4	-1,4	
de 4 a 6 años		Recuento	42	29	71
		% dentro de rec. edad	59,2%	40,8%	100,0%
		% dentro de Abuso sexual	23,7%	42,0%	28,9%
		Residuos corregidos	-2,8	2,8	
de 7 a 12 años		Recuento	40	27	67
		% dentro de rec. edad	59,7%	40,3%	100,0%
		% dentro de Abuso sexual	22,6%	39,1%	27,2%
		Residuos corregidos	-2,6	2,6	
Total		Recuento	177	69	246
		% dentro de rec. edad	72,0%	28,0%	100,0%
		% dentro de Abuso sexual	100,0%	100,0%	100,0%

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,712 <sup>a</sup>	3	,000
Razón de verosimilitudes	30,443	3	,000
Asociación lineal por lineal	23,480	1	,000
N de casos válidos	246		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,90.



## **ANEXO 8**

### **DIRECCIONES DE INTERÉS DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES**



Contactos de interés:

- a) Teléfono del Menor de la Fundación ANAR:
- b) Teléfono de ayuda a Niños y Adolescentes 900 20 20 10  
Teléfono de ayuda del Adulto y Familia 600 50 5152
- c) Asociaciones miembro de la Federación de Asociaciones para la prevención del Maltrato Infantil (FAPMI)
- d) Asociación Catalana para la Infancia Maltratada (ACIM).
- e) Carrer Nàpols, 137, 3r, 2a. 08013, Barcelona. 932.45.00.61  
www.acim.es  
acim@acim.es
- f) Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y Prevención del Maltrato Infantil (ADIMA).  
Avda. Hytasa, 5, 1o A. 41006, Sevilla.  
954.63.63.58
- g) www.adima.com.es adima@correo.com.es
- h) Asociación Madrileña para la Prevención del Maltrato Infantil (APIMM).
- i) C/. Corregidor José de Pasamonte, 6, bajo. 28030, Madrid.  
607.73.23.99.
- j) Asociación Pro-Infancia de Navarra (APROIN).
- k) C/. Virgen del Soto, 7 – bajo. 31009, Pamplona. 699.46.98.09
- l) Asociación Murciana de Apoyo a la Infancia Maltratada (AMAIM).
- m) C/ Puerta Nueva, 22 entlo, Pta. 5. 30008, Murcia. 968.20.11.87  
www.amaim.org  
contacto@amaim.org

**ANEXOS**

n) Asociación Asturiana para la Atención y el Cuidado a la Infancia (ASACI).

C/. Gascona, 9, 2o E. 33011, Oviedo.  
985.21.33.90

## **ANEXO 9**

**Autorización por parte del Sr. Dr. Gerente del Hospital  
Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia**







UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

Murcia, 7 de Junio de 2011

Sr. Director Gerente:

Me dirijo a Vd. con el fin de solicitarle autorización para continuar el trabajo desarrollado hasta la actualidad sobre: "MALTRATO INFANTIL, PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y NOTIFICACIÓN, DESDE LA PRESPECTIVA ENFERMERA Y ELABORACIÓN DE PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA" que está realizando Dña. Pilar Madroñal Fernández, diplomado en Enfermería con título de Máster Universitario en Sociedad y Cultura: Parentesco, Migración, Desarrollo y Salud-Cuidados, por la Universidad de Murcia.

Comprometiéndonos a la confidencialidad sobre los sujetos de estudio garantizando el anonimato de los mismos y a aportar al Centro que Vd. dirige los resultados obtenidos de esta Tesis Doctoral.

Agradeciendo su atención, reciba un cordial saludo.

Carmen Isabel Gómez García  
Catedrática de Enfermería Infantil  
Universidad de Murcia

**Sr. D. Manuel Alcaraz Quiñonero**  
**Director Gerente del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca**





Murcia 15 de Julio de 2011

Doña Carmen Isabel Gómez García  
Catedrática de Enfermería Infantil  
Facultad de Enfermería  
Universidad de Murcia.

Estimada Señora Gómez:

En relación a su escrito, fechado el 07.06.2011 y con fecha de entrada en esta Gerencia 08.07.2011, en el que solicita al Señor Director Gerente del Área I Murcia Oeste, la autorización para la realización del trabajo de investigación: *"Maltrato Infantil, prevención, detección y notificación, desde la perspectiva enfermera y elaboración de protocolo multidisciplinar en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca"*, por parte de la investigadora Doña M<sup>a</sup> Pilar Madroñal Fernández.

Le comunico que no existe inconveniente por nuestra parte, recordarle las obligaciones que contrae de conformidad con los artículos 6 y 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal, y artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.

Así mismo deberá hacernos llegar una copia del estudio, una vez concluido, a la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.



**Manuel Alcaraz Quiñonero**  
Director Gerente

