



**ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE MEDICINA  
Y SALUD ESCOLAR Y UNIVERSITARIA**

# **CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL MALTRATO INFANTIL**

**Antonio Sáez Crespo  
Mariano Castro Molina  
Mercedes Martínez Piédrola**

**“CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL MALTRATO INFANTIL”**

Jesús Antonio Sáez Crespo

Mariano Castro Molina

Mercedes Martínez Piédrola

**MADRID, 2008**

Edita: Asociación Española de Medicina y Salud Escolar y Universitaria

ISBN: 978-84-691-7796-9

Depósito Legal: M-48392-2008

Imprime Mayoral. Isaac Peral, 52 – 28040 Madrid



*“El Niño es espejo, hechura y víctima de la sociedad”.*

**Dr. Juan Bosch-Marín.**



## ÍNDICE

	<u>Págs.</u>
<b>RESUMEN</b> .....	7
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	9
1.1. PRESENTACION .....	11
1.2. ANTECEDENTES .....	13
1.3. SITUACIÓN ACTUAL .....	21
<b>2. CONCEPTO Y TIPOS</b> .....	23
2.1. LA INFANCIA: UNA DEFINICIÓN VARIABLE .....	23
2.2. DEFINICIÓN DE MALTRATO INFANTIL Y TIPOS .....	26
<b>3. EPIDEMIOLOGÍA</b> .....	33
3.1. NIVEL MUNDIAL .....	33
3.1.1. <i>Mortalidad</i> .....	39
3.1.2. <i>Carga mundial de morbilidad</i> .....	41
3.2. MTI EN ESPAÑA .....	49
3.2.1. <i>Mortalidad</i> .....	51
3.2.2. <i>Incidencia y Prevalencia</i> .....	52
3.3. MTI EN LA COMUNIDAD DE MADRID .....	63
<b>4. ETIOLOGÍA</b> .....	69
4.1. FACTORES PREDISPONENTES .....	70
4.1.1. <i>Características de los Padres</i> .....	70
4.1.2. <i>Características de los hijos</i> .....	70
4.2. FACTORES DESENCADENANTES .....	70
4.2.1. <i>Fallo en la dinámica familiar</i> .....	70
4.2.2. <i>Ambientes marginales con problemática social</i> .....	70
4.2.3. <i>Otros factores asociados</i> .....	70
4.3. FACTORES DE RIESGO .....	71
4.4. FACTORES DE PROTECCIÓN .....	72
<b>5. DIAGNÓSTICO</b> .....	75
5.1. LOS INDICADORES DE PRESUNCIÓN .....	75
5.1.1. <i>En el comportamiento del niño</i> .....	75
5.1.2. <i>En el comportamiento los padres o cuidadores</i> .....	76
5.2. LA DETECCIÓN DE MTI .....	77
5.3. EL EXAMEN CLÍNICO .....	81
5.4. LA NOTIFICACIÓN DEL CASO .....	81
5.5. LA INTERVENCIÓN ANTE UN CASO DE CRISIS .....	81

<b>6. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD</b> .....	83
6.1. MORTALIDAD PREMATURA.....	83
6.2. MORBILIDAD.....	83
<b>7. PREVENCIÓN</b> .....	87
7.1. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.....	88
7.2. REDUCCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO.....	88
7.3. EFECTIVIDAD DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA.....	90
<b>8. METODOLOGÍA ENFERMERA</b> .....	95
8.1. VALORACIÓN DEL NIÑO.....	96
8.2. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS.....	99
8.3. PLANIFICACIÓN – EJECUCIÓN.....	100
8.4. EVALUACIÓN.....	101
8.5. VALORACIÓN DEL NIÑO CON RIESGO DE M.T.I.....	101
8.6. DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENCIONES ENFERMERAS.....	106
<b>9. CONCLUSIONES</b> .....	163
<b>10. RECOMENDACIONES</b> .....	165
10.1. RECOMENDACIONES GENERALES.....	165
10.1.1. <i>Prohibir toda violencia contra los niños</i> .....	165
10.1.2. <i>Dar prioridad a la prevención</i> .....	165
10.1.3. <i>Promover valores no violentos y concienciación</i> .....	166
10.1.4. <i>Capacitar a todos los que trabajan con y para los niños</i> .....	166
10.1.5. <i>Proporcionar servicios de recuperación y reinserción social</i> .....	166
10.1.6. <i>Garantizar la participación de los niños</i> .....	167
10.1.7. <i>Crear sistemas de denuncia y servicios accesibles y         adecuados para los niños</i> .....	167
10.1.8. <i>Asegurar la rendición de cuentas y poner fin a la impunidad</i> ..	167
10.1.9. <i>Abordar la dimensión de género de la violencia contra los         niños</i> .....	167
10.1.10. <i>Establecer sistema de Vigilancia Epidemiológica</i> .....	167
10.1.11. <i>Fortalecer los compromisos internacionales</i> .....	168
10.2. RECOMENDACIONES EN FUNCIÓN DEL ENTORNO.....	168
10.2.1. <i>En el hogar y la familia</i> .....	169
10.2.2. <i>En las escuelas y otras instituciones educativas</i> .....	169
10.2.3. <i>En el sistema de salud</i> .....	170
10.2.4. <i>En los sistemas de justicia y de atención al niño</i> .....	171
10.2.5. <i>En la comunidad</i> .....	172
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	175

## RESUMEN

Actualmente, existe un aumento en la incidencia de lesiones por Maltrato Infantil (MTI), por lo que la Organización Mundial de la Salud, en la 49 Asamblea Mundial adoptó la Resolución WHO 49.25 declarando: *“La violencia en un problema prioritario de Salud Pública, por sus graves consecuencias, inmediatas y futuras, para la salud y el desarrollo psico-social de personas, familias, comunidades y países”*; así como por las repercusiones económicas que produce la atención a los casos y sus familias.

El estudio del MTI es un problema de difícil abordaje científico a nivel mundial, debido a, la falta de una definición universalmente aceptada, y la variedad de códigos morales en los distintos países. Tampoco disponemos de una clasificación universal de los tipos de MTI que sirva para todos los profesionales. Por lo que, es complejo disponer de un registro de casos y un sistema de Vigilancia Epidemiológica, para conocer la dimensión del problema.

No existe un factor que explique por sí solo por qué una persona se comporta de manera violenta. En el análisis que presentamos recurrimos a un modelo ecológico que tiene en cuenta los factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que influyen en el MTI.

Presentamos los resultados de una revisión sistemática de la bibliografía en las principales bases de datos para:

1. Definir el concepto y clasificación del MTI, partiendo de las raíces culturales e históricas;
2. La magnitud y gravedad del problema a nivel mundial, nacional y en la Comunidad de Madrid;
3. Identificar sus determinantes sociales;
4. Conocer las estrategias de prevención eficaces; y
5. Hacer un llamamiento para que la Salud Pública desempeñe un papel aglutinador en la lucha contra el MTI, fundamentada en investigaciones fidedignas y datos respaldados por pruebas sólidas.



La prevención se puede atajar o reducir su impacto desde un enfoque centrado en la Salud Pública, mediante la descripción de la magnitud del problema y su impacto sobre la salud, analizando los patrones de violencia prevalente a lo largo del ciclo de la vida que se interactúan entre sí, por lo que al prevenir un tipo de violencia, en un momento evolutivo, puede ayudar a prevenir otros tipos de violencia o factores de riesgo. Y la actuación preventiva sobre los Determinantes Sociales del MTI, que están en la raíz de las causas primarias esenciales, como han demostrado su eficacia en el tratamiento de otros problemas de origen medio ambiental o relacionados con el comportamiento, como son, las cardiopatías, el consumo de tabaco y el VIH/SIDA.

El MTI es prevenible y evitable si reorientamos nuestros esfuerzos hacia los Resultados en Salud, mediante estrategias multidisciplinares de prevención primaria, integradas simultáneamente en varios niveles y diferentes sectores de la sociedad, costo-eficaces, durante el ciclo de la vida, y basadas en la evidencia.

No obstante, son pocos los programas que se han evaluado con rigor, existen lagunas en el conocimiento y se necesitan investigaciones sobre las estrategias para prevenir el MTI y mitigar sus consecuencias. Existe igualmente un desequilibrio en la orientación de los programas: se concede menos interés a las estrategias basadas en la familia, la comunidad educativa escolar y grupos sociales de riesgo que a los programas centrados en los factores individuales y relacionales.

Es por lo que nos planteamos la necesidad de incorporar la metodología enfermera en la prevención del maltrato infantil, favorecer el proceso enfermero en el diagnóstico precoz, y la puesta en práctica del Plan de Cuidados en el MTI, relacionando los diagnósticos (taxonomía de la NANDA) con los criterios de resultados (taxonomía NOC) e intervenciones (taxonomía NIC) más frecuentes.

**PALABRA CLAVE:** maltrato infantil, síndrome del niño maltratado y abuso infantil.  
**KEY WORD:** child maltreatment, battered child syndrome y child neglect.

## INTRODUCCIÓN

El Maltrato Infantil (MTI) es una de las principales causas de lesiones y la segunda causa de muerte en los primeros cinco años de la vida, excluyendo el período neonatal. Sin embargo, pasa desapercibido en la comunidad, e incluso a la propia familia que lo considera “normal”, propio de la educación del menor, por un sentimiento ancestral de propiedad de los hijos. Tradicionalmente, la cultura de la violencia contra la infancia está presente en la vida cotidiana, sin embargo, no es reconocida como tal, se acepta como parte del orden social establecido, y va en aumento.

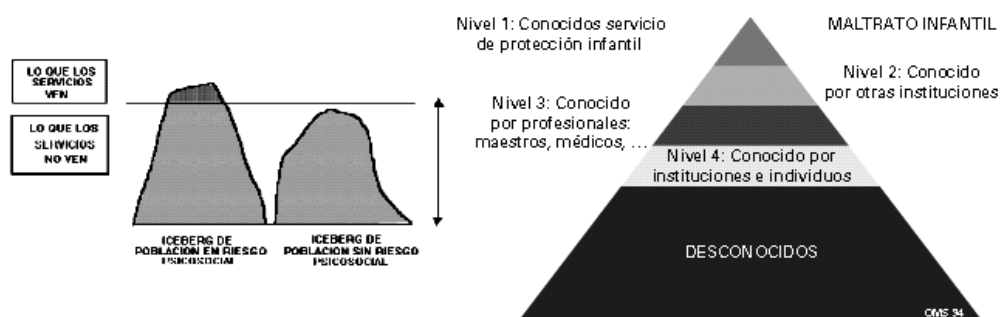
El académico, Profesor Jordana de Pozas, en el prólogo del libro Derecho Infantil y Familiar Español afirma que *“el trato que la sociedad da a los niños es el signo más cierto del rumbo político, social, nivel económico y ético de los pueblos. El niño es, en gran medida, la obra de la sociedad en que nacen y crecen”*. (Bosch-Marín, 1944).

Actualmente, existe en el mundo, un notable aumento en la incidencia de lesiones por MTI, por lo que en la 49 Asamblea Mundial de la Salud, en mayo de 1996, adoptó la Resolución WHO 49.25, declarando la violencia como *“un problema prioritario de Salud Pública y reconociendo las graves consecuencias inmediatas y futuras que la violencia tiene para la salud y el desarrollo psicológico y social de las personas, las familias, las comunidades y los países”*

Es un grave problema de Salud Pública por su magnitud, porque van en aumento las notificaciones que ponen de manifiesto el progresivo crecimiento de estos comportamientos lesivos; por su extrema gravedad, dado que afecta a los grupos sociales más vulnerables de la sociedad; y las graves consecuencias sobre la salud y el bienestar, a corto y largo plazo. Así como; por las repercusiones económicas, directas e indirectas, que produce la atención a los casos y sus familias. Por todo lo anterior, la importancia del problema, su trascendencia y sus repercusiones, es preciso conocer su magnitud para establecer las oportunas estrategias preventivas.

Los profesionales que atienden a la infancia (sanitario, de educación y asistencia social), deben estar capacitados para realizar la detección precoz del MTI y conocer los circuitos existentes para su derivación a servicios especializados con el fin de tratar este problema y evitar la repetición de episodios posteriores más graves o que el caso de sospecha no progrese o se pierda. Se estima que entre el 1 y 7 % de los niños que reciben atención sanitaria pueden haber experimentado algún tipo de MTI que no son detectados. Si se detectan, no se declaran, o no existe un sistema vigilancia epidemiológica y registro de casos, ni mucho menos son investigados. A esto, se une que el MTI se produce, generalmente, en el seno de familia, lo que es un obstáculo más para que los propios padres se declaren como agresores y denuncien el caso; y la falta formación especializada de los profesionales que atienden a la infancia para la detección del MTI, hace que a menudo pasen desapercibidos (Martínez y Paúl, 1993). Por lo que existe una gran cantidad de casos de "maltrato desconocido", y los indicadores de prevalencia de MTI, son sólo la punta de un iceberg, como se expone en la figura 1.

**Figura 1. Los icebergs del maltrato**



(Morales JM, Costa M, 1997).

El profesional sanitario tiene ante este problema una doble responsabilidad. Por un lado, la legislación actual establece el compromiso de los profesionales sanitarios de notificar el caso ante la sospecha de MTI y/o si existen situaciones de riesgo ponerlo en conocimiento de los Servicios Sociales, para que se puedan adoptar las medidas más adecuadas a los intereses del menor y su familia (Junyent y cols., 2004). Y por otro, existe un imperativo moral, como se pone de manifiesto estudios prospectivos sobre casos de MTI, en que los profesionales sanitarios no tomaron las medidas para proteger a estas víctimas potenciales, y como consecuencia, más de la mitad de estos niños maltratados fueron víctimas de nuevo o sufrieron secuelas permanentes, y de mayor gravedad e incluso la muerte (Muñoz y cols., 2002).

El estudio del MTI es de difícil abordaje científico, debido a que:

- No contamos con una definición universal de infancia y el trato que reciben los niños varía con el grado de desarrollo cultural de los pueblos:
- Existen diferentes concepciones de la niñez.
- No hay una definición única de MTI.
- No disponemos de una clasificación universal de los tipos del maltrato que sirva para todos los profesionales.

Por ello, es complejo disponer de un registro unificado de los casos y un sistema de vigilancia epidemiológica para conocer la dimensión real del problema y su evolución en una zona, país o región. Además, el MTI requiere una actuación, integral sobre el niño y su familia, integrada en niveles de atención especializada creciente, multidisciplinaria, y basada en la evidencia. Es por lo que los resultados de las intervenciones están dispersos entre las diferentes disciplinas implicadas en el abordaje de la gran variedad de factores biopsicosociales, con metodologías dispares, y no permiten hacer comparaciones para conocer la dimensión del problema.

### **1.1. PRESENTACION**

Existe la idea generalizada de que la violencia es, un componente ineludible de la condición humana, un problema cuya prevención incumbe, sobre todo, al sistema de judicial, y que el papel del sector de la salud es el tratamiento y la rehabilitación de las víctimas. Pero estos supuestos están cambiando, al demostrarse, el éxito de medidas de prevención aplicadas a problemas sanitarios de origen medioambiental o relacionados con el comportamiento, como son, las cardiopatías, el consumo de tabaco y el VIH/SIDA, en los que la Salud Pública ha contribuido a atajar, mediante la actuación sobre los Determinantes Sociales de la Salud que están en la raíz de las causas primarias esenciales de las afecciones complejas.

A menudo el MTI es previsible y evitable, y es preciso reorientar los esfuerzos hacia los resultados en salud, mediante actividades de prevención primaria, costo-eficaces, antes de que se produzcan, con una visión global "río arriba": Más que actuar sobre las secuelas, después que se haya producido el MTI, "río abajo", y centradas en los grupos de riesgo más vulnerables. Las investigaciones demuestran que las familias de nivel socioeconómico y cultural más bajo tienen mayor riesgo, reciben menos atención de los servicios públicos de protección y asistencia a la infancia y la familia.

El compromiso político de prevenir el MTI es vital para las iniciativas en el ámbito de la salud pública a todos los niveles de planificación. Es tan importante a nivel nacional, donde se toman las decisiones políticas, legislativas y de financiación general, como en los niveles provinciales, de distrito y municipales, en los que reside la responsabilidad cotidiana de las políticas y los programas de prevención del MTI.

En el presente trabajo pretendemos exponer la importancia del MTI y hacer un llamamiento para que la Salud Pública desempeñe un papel aglutinador en la lucha contra la violencia infantil, siguiendo las cuatro etapas tradicionales:

- definir y observar la magnitud del problema;
- identificar sus causas;
- formular y poner a prueba modos de afrontarlo; y
- aplicar ampliamente las medidas preventivas de eficacia probada.

La salud pública fundamenta la estrategia contra el MTI en investigaciones fidedignas y con datos respaldados por pruebas sólidas. Un requisito fundamental es que esté basada en el trabajo multidisciplinar y abarque la amplia gama de competencias profesionales que tratan el problema: desde la medicina, la epidemiología y la psicología, hasta la sociología, la criminología, la pedagogía y la economía. Esta estrategia no reemplaza a las respuestas que la justicia penal y los derechos humanos dan al MTI, sino que complementa sus actividades y les ofrece más instrumentos y fuentes de conocimiento.

No existe un factor que explique por sí solo por qué una persona se comporta de manera violenta. En el análisis que presentamos recurrimos a un modelo ecológico (figura 2) que tiene en cuenta los factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos que influyen en el MTI. (Krug y cols. OPS, 2003)

**Figura 2. Modelo ecológico para el estudio del Maltrato Infantil**



Estamos ante un problema de salud pública, polifacético, para el que no existe una solución única; antes bien, como pone de manifiesto el modelo ecológico, es necesario actuar simultáneamente en varios niveles y en múltiples sectores de la sociedad para prevenirlo, mediante estrategias eficaces y basadas en la evidencia científica:

- Hacer frente a los factores de riesgo individuales y adoptar medidas encaminadas a fomentar actitudes y comportamientos saludables en los niños y los jóvenes durante su desarrollo, promoviendo su “resiliencia”.
- Influir en las relaciones personales más cercanas para crear entornos familiares saludables, así como brindar ayuda profesional y apoyo a las familias disfuncionales con hijos menores.

- Vigilar los lugares públicos como, las escuelas, los lugares de ocio y los barrios y tomar medidas destinadas a hacer frente a los problemas que pueden conducir a la violencia.
- Concienciar a la población sobre el MTI, fomentar las acciones comunitarias y asegurar la asistencia a la infancia maltratada.
- Hacer frente a las desigualdades entre los sexos, y a las actitudes y prácticas culturales adversas.
- Atender los factores culturales, sociales y económicos que contribuyen al MTI, como son las orientadas a:
  - reducir las diferencias entre ricos y pobres;
  - garantizar un acceso equitativo a los bienes, los servicios y las oportunidades;
  - la defensa de los derechos de la infancia; y
  - la construcción cultural de la paz.

No obstante, son pocos los programas que se han evaluado con rigor, existen lagunas en el conocimiento y se necesitan investigaciones sobre las estrategias para prevenir el MTI y mitigar sus consecuencias. Existe igualmente un desequilibrio en la orientación de los programas: se concede menos interés a las estrategias basadas en la familia, la comunidad educativa escolar y grupos sociales de riesgo que a los programas centrados en los factores individuales y relacionales.

## 1.2. ANTECEDENTES

El trato al menor es muy diverso según las épocas, civilizaciones y pueblos. Desde hace siglos, la agresión al menor ha sido justificada de diversas formas; se les ha sacrificado para agradar a los dioses o mejorar la especie, o bien como una forma de imponer disciplina. El maltrato a menores ha sido reflejado en la literatura, la pintura y la ciencia, en todas las partes del mundo. Podemos afirmar que la violencia contra la infancia es tan antigua como la humanidad. En sus orígenes la agresividad era utilizada por las personas como una forma de defensa. Con el transcurrir del tiempo la violencia se transformó y tomó matices inimaginables: guerras, torturas, violaciones y muertes, están presente a lo largo de nuestra historia.

Podemos afirmar, en los comienzos del siglo XXI que la infancia es un período de gran vulnerabilidad a la violencia.

Si queremos entender (que no justificar) una realidad pasada, no se puede olvidar su contexto histórico. Si bien la infancia ha sufrido agresiones de los adultos de los que dependía, esto no ha impedido que, especialmente entre las madres, no se diera una atención amorosa y solícita hacia sus hijos. Hay que tener en cuenta, que con el paso de los siglos, cada generación ha tenido la oportunidad de aumentar el nivel cultural y acceder a un nivel de vida mejor que facilita el reconocimiento y el respeto de las necesidades y los derechos de los seres humanos en general, y de los niños en especial.

Aunque en el pasado los niños no recibiesen un trato adecuado, esto pasaba inadvertido no sólo a la comunidad, sino también, a la propia familia, que lo consideraba como algo “normal”, propio de la educación del menor (*“la letra con sangre entra”*), o bien por un sentimiento ancestral de propiedad de los hijos (*“quien mucho te quiere te hará llorar”*).

**En la antigüedad**, satisfacer a los dioses con sacrificios humanos, a menudo infantiles, no era un hecho excepcional, ni circunscrito a Mesopotamia o el Antiguo Egipto. Era un ritual, una práctica litúrgica, que llegó también a la Grecia clásica y a distintas culturas en otros continentes. Los asesinatos infantiles podían tener distintas motivaciones, por ejemplo, protegerse los adultos de las amenazas que los oráculos profetizaban, encarnadas en niños que presuntamente estaban predestinados a asesinar al rey, faraón o gobernador. En la mitología se relata que Saturno devora a su progenie y que Medea mata a sus dos hijos para vengarse de Jasón. En la Biblia se relatan, el caso de Abraham quien estuvo a punto de sacrificar a su hijo Isaac, la matanza de los niños judíos por parte del faraón en tiempos de Moisés, o más tarde la matanza de inocentes ordenada por el Rey Herodes.

En **Tiro y Sidón**, se sacrificaba a los niños para calmar la ira de los dioses. Los moravitas, amonitas y fenicios adoraban al dios Moloch, que tenía figura de hombre y cabeza de ternero, con una amplia parrilla en su diestra mano; construida de bronce y hueca, se rellenaba de leña, y cuando la parrilla se ponía al rojo se colocaban sobre ella los niños vivos para pedir su clemencia.

En **Egipto**, cada año se ahogaba en el Nilo una joven para que el río se desbordara y fertilizase las tierras. Platón mando matar los niños que no podían ser ciudadanos robustos.

En **China**, la matanza de niñas llega a nuestros días. Antiguamente, se las llevaba a las puertas de la ciudad para saciar a los lobos hambrientos. En la actualidad la agencia suiza Apic alertaba en su edición del 2 de agosto 2005 sobre la existencia de sacrificios rituales de bebés en el norte de Benín. (Mundo Negro, nº 499, septiembre 2005). Según antiguas tradiciones conservadas por algunas etnias, como los baatonous, los bokos o los peuls, los niños que salen del vientre de su madre en posiciones anormales, como por ejemplo con la cabeza girada hacia arriba, son calificados inmediatamente de brujos y de malditos, y deben ser sacrificados con el acuerdo de sus propios padres."

Las **crónicas escandinavas** cuentan que el rey sueco Aun sacrificó al dios Odín, en Upsala, a nueve de sus hijos con el afán de prolongar su vida; pues un oráculo le había predicho que viviría reinando mientras sacrificara un hijo cada diez años.

En **Atenas**, el padre era el dueño absoluto del hijo recién nacido. Aristóteles, decía: "Un hijo o un esclavo son propiedad, y nada de lo que se hace con la propiedad es injusto". En Esparta, cada recién nacido era sometido al juicio de la Asamblea de ancianos; si le juzgaba útil, respetaban su vida; en caso contrario era enviado al monte Taijeto, lanzado a sus simas Baratro y Apotetes para alimento de las fieras. El Códice Mendocino describe diversos tipos de castigos que se imponían a los menores como

pincharlos con púas de maguey, hacerlos aspirar humo de chile quemado, dejarlos sin comer, quemarles el pelo, largas jornadas de trabajo, etcétera.<sup>1</sup> El médico griego SORANUS, en el siglo II, describe casos de maltrato.

También la costumbre **romana** “Tollere infantum” de invocar a la diosa Levana para dilucidar sobre la vida o muerte del recién nacido.

Con el **cristianismo** aparece la verdadera obra de redención del castigo contra la infancia. Si bien en los pueblos paganos ya se inicia un movimiento de piedad por los niños. Los primeros testimonios, se deben a San Bernabé (siglo I) que condenó el infanticidio y el aborto. En el siglo II, San Justino, San Félix, Clemente de Alejandría Y San Cipriano inspiraron a los emperadores romanos Nerva y el español Trajano, la protección de miles de niños abandonados, y la primitiva obra “Tabullae Alimentarie”. En el siglo IV, en la antigua Grecia, las niñas eran sacrificadas, en tanto que en Jericó los niños eran empotrados en los cimientos de las murallas, muros de los edificios y puentes, para supuestamente fortalecerlos. El Códice Mendocino describe diversos tipos de castigos que se imponían a los menores como pincharlos con púas de maguey, hacerlos aspirar humo de chile quemado, dejarlos sin comer, quemarles el pelo, largas jornadas de trabajo, etcétera. En el Imperio Romano, Constantino obligó a los padres a criar a los hijos de modo que las necesidades de los recién nacidos se atendieran sin aplazamiento. San Basilio y San Juan Crisóstomo fundan los primeros hospitales y asilos para niños en Sebastea (355) y Cesarea (372). El Código Teodosiano (438) y más tarde las leyes visigodas, prohíben vender a sus hijos y darlos en prenda. En el siglo IV, en Treviso, se instala junto a la puerta de una iglesia, una cuna de mármol, para que depositaran en ella los niños, y pudieran ser prontamente socorridos. Justiniano, en el 530, dio libertad a los expósitos y ordenó que se les educara con fondos públicos. En el 815, el arcipreste Dateus fundó en Milán el hospicio para niños. En el siglo XII, en Roma, una de tantas mañanas, los pescadores lanzaron sus redes al Tíber, y al sacarlas, no hallaron peces en ellas, sino cadáveres de niños recién nacidos. Al saberlo el Papa Inocencio III, dispuso que en el Hospital Espíritu Santo se asistiera a los niños expósitos y en 1136 se funda el Hospital de los Inocentes de Florencia.

### **De la piedad a la protección**

En Francia, durante los siglos XV y XVI, se consiguen avances sin precedentes. En 1362 se fundó en París el Hospital de Sain Esprit; en 1536 el de Enfant Fieu para acoger a los hijos de los que morían en el Hôtel Dieu y cuyos lechos compartían con los adultos. El Cabildo de Nuestra Señora de París asistía a los niños expósitos en la casa del puerto de Saint Landry. Surgió la gran figura de Mr. Vincent, más tarde San Vicente de Paúl, creando la casa Couche, la Comunidad de Hijas de la Caridad e inspira a Luis XIII, en 1642, y a Luis XIV, en 1670, a favor de los niños.

En España, en el siglo XIV data el primer centro de protección a la infancia, en Valencia, que actúa del 1337 a 1794, la Institución El Padre de Huérfanos en virtud del privilegio que le otorga Pedro IV de Aragón y Castilla, recogiendo niños huérfanos abandonados.



En los siglos XV y XVI, Santo Tomás de Villanueva convierte parte del Palacio Episcopal de Valencia en hospicio para niños abandonados en 1537, y por ello fue llamado el “padre de los pobres”. En 1567 se funda en Madrid la Inclusa o Casa de Expósitos, y en 1600 el médico Jerónimo Soriano fundó en Teruel el primer hospital de niños y escribió un tratado sobre la infancia.

Los antecedentes lejanos de lo que fuera la primera ley de protección jurídica del menor, se deben a Carlos III, en 1780 y Carlos IV, en 1794, fomentan la educación de los niños abandonados y mandan que las justicias de los pueblos castigaran por injurias y ofensas a quienes llamaran a estos niños “bordes, ilegítimos, bastardos o espúreos, y se les libraré de penas de azotes y de la horca”. En Sevilla, se crea el hogar llamado “Los Toribios de Sevilla”, fundado por el hermano Toribio Velasco.

**El siglo XIX**, en España, es trascendental para el desarrollo de la medicina infantil la creación en las universidades de las Cátedras de Pediatría y el avance en el conocimiento científico, en un momento coyuntural muy difícil para la infancia, que partiendo de la Ley de Protección a la Infancia de 1904, sentó las bases para el desarrollo de la legislación muy fecunda que se desarrolló durante la primera mitad del siglo XX.

Las difíciles circunstancias socioeconómicas de comienzo del siglo XIX hacían muy difícil la supervivencia de la infancia, siendo frecuente, la miseria, la ignorancia, el abandono, e incluso, el infanticidio. Cuando los hijos no habían sido deseados, la mortalidad alcanzaba elevadas cotas. Así, en Londres, perecían el 80 por 100 de los hijos ilegítimos que habían sido encomendados a nodrizas, quienes exentas de escrúpulos, cobraban salarios y se desembarazaban prontamente de los lactantes. Cuando podían obtenerse ganancias, los adultos vendían, en ocasiones, a los niños como esclavos o los explotaban como mano de obra barata. El infanticidio era una amenaza en las familias de la época, y en determinadas culturas, era ampliamente aceptado como medio para controlar el aumento de población y eliminar niños con defectos congénitos.

El **abandono**, por motivos socioeconómicos, cabría añadir el hecho de ser hijo ilegítimo, que está ampliamente documentado en Grecia y en Roma, se siguen regulando a través de los siglos, especialmente en momentos de extrema pobreza. En muchos casos, los abandonos implicaban la muerte directa del menor abandonado, y en el resto representaba una vida muy precaria y marginal, dada la consideración de "expósito" que se arrastraba y los pocos recursos a los que se podía acceder. *"Al no tener estos niños padres conocidos, se les ponían apellidos que delataban su condición de niños abandonados: el más cruel era el ponerles directamente "Expósito" de apellido. Todavía en 1921 la ley establecía en España que los expedientes para cambiarse el apellido de Expósito por cualquier otro, serían gratuitos."* (Mariano Arnal, 2005)

Oliver Twist no existió, pero la miseria y la explotación infantil de muchos niños europeos fueron reales en la época victoriana. Dickens abre su historia con el penoso nacimiento de su protagonista, que ya refleja una de las constantes de su tiempo: el abandono de niños. La madre de Oliver no sobrevive al parto, que se produce en un

hospicio. Eran remotas las posibilidades de supervivencia de los recién nacidos. En periodos normales, en los que no se propagaran las epidemias, de cada 1.000 niños ingresados fallecían entre un 70 y un 80%, sin apenas superar el primer mes de vida.

La **mutilación** de las niñas, como hábito, se remonta a épocas antiguas, como son los deformantes vendajes de los pies de las niñas chinas, era una antigua costumbre, que se extendió desde el siglo X hasta el siglo XX. Esa tradición consistía en el vendaje apretado y doloroso del pie para que su tamaño no pasara de unos 7,5 cm. Inicialmente fue practicado por las familias ricas, pero rápidamente se difundió también entre las pobres. Tener hijas con pies diminutos era un signo de prestigio. Se consideraba que eran más idóneas para el matrimonio, ya que los “pies de loto” obligaban a las muchachas a quedar recluidas en el hogar, lo que aseguraba su virginidad. Ese proceso doloroso duraba varios años y a menudo provocaba infección, gangrena e incluso la muerte.

La ignorancia, afán de sometimiento o absurdos ideales estéticos a lo largo de la historia han torturado la vida de millones de menores. Entre muchos otros, sería también el caso de la costumbre de alargar el cuello de las niñas en alguna tribu africana, o de comprimir la frente de los recién nacidos en algunas culturas precolombinas. *“La anatomía de la especie humana no ha sufrido modificaciones en los últimos milenios, pero la imagen cultural exigida de ella, en cada época y lugar, sí ha sido diferente. En los primeros días de vida se decide que la cabeza del niño debe tener una forma especial, aplicándole una presión externa para modelar intencionalmente el cráneo, que adecua su forma según la presión ejercida, dadas las características plásticas de la bóveda craneal en el recién nacido, que persisten en los primeros años de vida mientras se osifica. La craneoplastia, según testimonios arqueológicos y etnohistóricos, fue utilizada en todo el planeta: Se han encontrado cráneos modelados por el hombre en los cinco continentes: en Oceanía, África, Asia y Europa pero, sobretudo, en América. (Martínez Martín, 2005)*

La **mutilación genital** ha constituido un rito religioso que se inicia en Egipto hace unos 2000 años hasta nuestros días. En la actualidad sigue siendo un fenómeno muy grave: se estima que más de 135 millones de niñas y mujeres la han sufrido y que cada año dos millones de niñas corren el riesgo de padecerla. Las principales razones aducidas para la continuación de esta práctica son la costumbre y las estructuras de poder patriarcales para controlar la vida de la niña y de la futura mujer: *“La niña es inmovilizada, generalmente por ancianas, con las piernas abiertas. La mutilación se lleva a cabo utilizando un cristal roto, la tapa de una lata, unas tijeras, la hoja de una navaja u otro instrumento cortante. Cuando se trata de una infibulación, se utilizan espinas o puntos para unir ambas partes de los labios mayores, y las piernas pueden permanecer atadas hasta 40 días. A veces se aplican polvos antisépticos, o bien, con mayor frecuencia, ungüentos que contienen hierbas, leche, huevos, ceniza o estiércol y que se consideran cicatrizantes. Es posible que a la niña la lleven a un lugar elegido al efecto para su recuperación donde, si la mutilación se ha practicado como parte de una ceremonia iniciática, se imparten enseñanzas tradicionales. La práctica de la mutilación genital femenina es anterior al Islam y no es habitual entre la mayoría de los musulmanes, pero ha adquirido una dimensión religiosa. Allí donde es practicada por musulmanes, a menudo se invoca la religión como una de sus razones. Muchos de*

*los que se oponen a la mutilación niegan que haya relación alguna entre su práctica y la religión, pero los líderes islámicos no se muestran unánimes al respecto.”* (Amnistía Internacional, 1997)

Los niños, también han sufrido mutilaciones genitales: la circuncisión, pese a su discutible valor como medida profiláctica, continúa siendo una práctica actual en grandes grupos religiosos y étnicos. Las castraciones infantiles, por distintos motivos a lo largo de la historia: como guardianes de confianza de los aposentos femeninos, o en cantores de voz atiplada en las cortes y los monasterios (esta última práctica, todavía vigente en Europa en el siglo XIX), o para convertirlos en objetos sexuales, como en la Roma imperial. En Italia, dada su histórica tradición cantora, la castración de los niños destinados al canto se realizaba entre los 7 y 12 años de edad, es decir antes de que la función glandular de los testículos diera lugar al cambio de voz. *“Se trataba casi siempre de niños de condición muy humilde, familia numerosa y aparentes aptitudes para lo que habían sido seleccionados. La posibilidad de una importante carrera cantando en ceremonias religiosas, teatros o cortes, podía significar un considerable ingreso de dinero no solo para el artista sino también para su familia y los intermediarios. A menudo, el precio que los elegidos pagaban por someterse a tal intervención no era simplemente no poder procrear en un futuro, sino la propia vida, ya que las precarias condiciones de asepsia de entonces elevaban los porcentajes de mortalidad, según la habilidad del cirujano ocasional, que podía ser un médico o un simple barbero, desde un 10 hasta un 80 por ciento.”* (Solomonoff, 2006). Esta práctica que aún persiste en algún estado de la India.

En **España**, a finales del siglo XIX, la mortalidad infantil era dramática: uno de cada cinco recién nacidos moría antes de cumplir un año y dos no llegaban a cumplir los cinco años. La mortalidad de las madres también era alarmante. Esto, junto con enfermedades crónicas y pobreza, daba origen a situaciones familiares muy graves. En este contexto se fundaron instituciones médicas dedicadas exclusivamente a la atención infantil. En 1876, en Madrid se funda el Hospital del Niño Jesús, cuyo primer director fue el Dr. Benavente, padre del dramaturgo Jacinto; en Valencia, el de niños “nerviosos y coléricos” (1880); en Barcelona, el Hospital de Niños Pobres y la institución de la “Gota de leche”, por el Dr. Francisco Vidal Solares (1892); en Madrid, el hospital de San Rafael, impulsado por los hermanos de San Juan de Dios (1892). Este mismo año, el Dr. Tolosa - Latour levanta, a sus expensas, el Hospital Marítimo de Chipiona (Cádiz), con el fin de aplicar los beneficios del sol y los baños de mar a la curación de enfermedades infantiles, como la escrofulosis y el raquitismo.

### **El Siglo XX, la Era de los Derechos del Niño.**

Comienza el siglo con la consideración del niño como un objeto propiedad de sus padres, un adulto en miniatura, útil para el trabajo y la economía familiar. Gracias a los avances en la pedagogía (Piaget, Ajuriaguerra, Wallon), y de la psicología evolutiva, con los trabajos de Spitz sobre el hospitalismo infantil, de Bolwy sobre las carencias maternas, sin olvidar los españoles Moragas, López Ibor, Rof Carballo, el niño es considerado una persona diferente del adulto, en pleno desarrollo evolutivo de sus capacidades y con necesidades especiales. Así Laín en mayo de 1979 decía: *“Solo bien entrado el siglo XX ha ganado plena madurez la consideración científica del*

*Niño*”. Esto era corroborado por el Dr. Bosch-Marín, en la Conferencia de la Real Academia Nacional de Medicina, con motivo del Año Internacional del Niño, que “*el nuestro será el siglo del Niño*” (Bosch-Marín, 1978)

En **España**, era tal la preocupación por las deficientes circunstancias que afectaban al niño, que, en el año 1900, el Dr. Tolosa – Latour organizó el Primer Congreso Internacional de Protección de la Infancia, en donde se propusieron medidas médicas y legales. La labor incansable de Tolosa-Latour le llevó hasta las Cortes para defender en 1904 la primera Ley Española de Protección de la Infancia. De esta ley se derivó, en 1908, el Consejo Superior de Protección de la Infancia y Represión de la Mendicidad, del que fue secretario general; este organismo impulsó el Reglamento de Puericultura de 1910 y más tarde la creación de la Escuela Nacional de Puericultura, así como, los Tribunales Tutelares de Menores Abandonados o Desatendidos en 1918. Las grandes aportaciones de este eminente filántropo son, además: la protección del embarazo, el parto, la lactancia, la promoción de la familia, la medicina escolar, la psiquiatría infantil, la separación de los niños de las cárceles, la atención de los niños abandonados y la regulación de las condiciones de trabajo de la segunda infancia.

Este movimiento, iniciado en España, llegó a los países occidentales, a través de las diferentes organismos e instituciones en que participaba, e impulsando el conocimiento de las necesidades educativas, sanitarias y sociales de la infancia y la familia, como el Centro Internacional de la Infancia de París, que en palabras de su Director, el Profesor Manciaux afirmaba: “*Es preciso comprender e interpretar y actuar sin culpabilizar a los padres que son ellos mismos víctimas y verdugos: ¿cómo podrán dar amor a sus hijos si ellos no lo han recibido nunca?*”. (Manciaux, 1984) Así como, se identifica la necesidad de poner en marcha de sistemas de vigilancia epidemiológica, y estrategias de prevención del MTI, para una protección integral de la infancia como la educación familiar, que en vano hace más de cien años propugnara María Montessori, “hay que liberar al niño de la tiranía del adulto” y considerar, como dijo Maurice Schumann, “*los deberes de la familia y la sociedad para con el niño, y es nuestro primer deber, buscar la felicidad durante el largo período de la infancia*”.

En la década de 1950, se inicia un movimiento internacional en favor de los derechos del menor encabezada por el Dr. BOSCH-MARÍN, de plena vigencia, que defiende que el niño es un ser en pleno desarrollo de sus capacidades objeto de derechos fundamentales. Con esto, se produjo el cambio de paradigma sobre la infancia de todos los tiempos, que evolucionó de considerar a la infancia como un ser adulto en miniatura y objeto propiedad de los padres, a ser personas diferentes del hombre adulto en proceso evolutivo de maduración y con necesidades especiales; y por fin, a ser niños con derechos fundamentales.

En enero de 1977, el Dr. Bosch-Marín, en la Conferencia a la Real Academia Nacional de Medicina sobre “Necesidades básicas de la infancia y sus organismos internacionales. Acción conjunta de OMS y UNICEF” comenta: “*junto a la situación de primitivismo cultural y sanitario, junto a los viejos peligros de enfermedad y analfabetismo del mundo subdesarrollado, propio del Hemisferio Sur, sufre el mundo desarrollado otros graves peligros, que constituyen también necesidades básicas: sufre el grave peligro inherente al irreversible fenómeno de la urbanización, con el*

*desarraigo y masificación consiguiente; sufre de hambre de amor con las nefastas consecuencias de carencias maternas; sufre de los efectos del stress de la vida moderna que enerva a los adultos y aparecen enfermedades nuevas como el denominado –Síndrome del Niño Maltratado – “(Bosch-Marín, J. 1977). Y siguiendo las palabras de Lain cuando afirma que “llegado el siglo XXI algo nuevo dirán acerca de sus hijos, los niños de ahora. Hagamos votos porque los niños de hoy, rectores del mundo del año 2000, que en virtud del progreso económico, cultural y sanitario no padecen ya, en esta parte del mundo hambre de pan, hambre de cultura, ni mortalidad indebida gracias a una mejor asistencia, beneficiándose de los progresos de la pediatría y puericultura, no lleguen nunca a sufrir la más terrible de las carencias del mundo contemporáneo: “el hambre de amor” (Bosch-Marín. El derecho de ser Niño. 1980). No malgastemos los tesoros de la niñez, recordando a Ortega cuando afirmaba: “El hombre será mas feliz cuando al llegar a los treinta años, haya acumulado mayores tesoros de infancia” (Bosh-Marín, J. El Preescolar en la edad de oro de la infancia. 1967)*

En los **Estados Unidos de América**, en Nueva York, en 1.874, es la primera vez que se defendió a una niña que fue golpeada y encadenada por sus padres adoptivos. Ante esta situación sus vecinos decidieron llevar el caso ante un tribunal, pero tuvo que ser representada por la Sociedad Protectora de Animales al no existir instancia legal alguna que la defendiera. Se utilizaron argumentos relacionados con la prevención de la crueldad hacia los animales. La Ley de Protección a los Animales es anterior a la de la Protección a la Infancia. La Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad hacia los Animales argumentó que *“puesto que Mary Allen era parte del reino animal, merecía, al menos, tanta protección como un perro común”*. El fallo del tribunal de la Corte de Nueva York fue que *“Mary Allen Wilson fue víctima de maltrato y negligencia”*. De esta forma se ganó el primer proceso judicial que defendía a un menor del maltrato físico. La publicidad respecto a este hecho llevó a la creación, en 1875, de la Sociedad para la Prevención de la Crueldad hacia los Niños, la que posteriormente en 1884, fue creada en el Reino Unido.

En el resto de Europa, el personal sanitario va a tardar en tomar conciencia de este problema. En 1860, el médico parisino Ambroise Tardieu, catedrático de Medicina Legal en París, después de realizar las autopsias de 32 niños golpeados y quemados con lesiones de hematomas y hemorragias, que fueron víctimas de maltrato hasta causarles la muerte. Éste y otro trabajo realizado en Londres, inician el estudio y la preocupación de los médicos por el tema. Desde entonces y hasta bien entrado el siglo XX, este problema queda en una fase de latencia. En 1929, Parisot y Causade realizan un estudio que presentan en el XIV Congreso de Medicina Legal de París. Posteriormente, J. Caffey, en 1946, describió la presencia de hematomas subdurales asociados con alteraciones radiológicas de fracturas óseas de los huesos largos, sin causa aparente que las justificaran. Silverman describió la evolución detallada de las mismas y señaló, por primera vez, que los padres pudieran ser los autores de estas lesiones. P. Wolley, en 1955, alertó de la brutalidad y crueldad del MTI, destacando la importancia el medio familiar y social del niño en el origen de los mismos. H. Kempe, en 1961, en la Reunión Anual de la Academia Americana de Pediatría, utilizó la expresión “síndrome del niño apaleado”, con base en las características clínicas presentadas por los casos que ingresaban al servicio de pediatría del Hospital General

de Denver, en Colorado para referir el uso de la fuerza física en forma intencional, no accidental, dirigida a herir, lesionar o destruir al niño, ejercida por uno de sus padres o por otra persona responsable del cuidado del menor. Este concepto fue ampliado por Fontana al indicar que estos niños podían ser agredidos no sólo en forma física sino también emocionalmente o por negligencia, de modo que sustituyó el término de Síndrome del Niño Apaleado por el de Maltrato Infantil (Fontana, 1977). Desde entonces, se han publicado una serie de artículos sobre el concepto, que trata de abarcar las diferentes modalidades sobre la acción de lesionar a un niño, que han ampliado el marco conceptual y diversificado las clasificaciones sobre los tipos de MTI.

### **1.3. SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS PARA EL SIGLO XXI**

A finales del siglo XX se vieron los resultados del magnífico trabajo en beneficio de los derechos del niño. El Mundo reconoce por fin la importancia de la infancia, que resumimos en Tabla 1 (UNICEF, 2005)

Tabla 1.

## El Mundo Reconoce la Importancia de la Infancia

- 1919** Eglantyne Jebb. pone en marcha **Save the Children Fund**, como respuesta a la miseria en que la guerra hunde a miles de niños en Europa. Aspira a algo más que a ofrecer un socorro inmediato y, en 1920, se traslada a Ginebra para crear Save the Children International Union (que más tarde se convertiría en la Unión Internacional de Protección de la Infancia).
- 1924** La Sociedad de Naciones aprueba la **Declaración de Ginebra o Tablas de los Derechos del Niño**, redactada por la Unión Internacional de Protección de la Infancia. La Declaración establece que el niño tiene derecho al desarrollo material, moral y espiritual; a recibir ayuda especial cuando esté hambriento, enfermo, discapacitado o huérfano; a que se le socorra en primer lugar en situaciones graves; a estar protegido contra cualquier explotación económica y a recibir una educación que le inculque un cierto sentido de responsabilidad social.
- 1948** La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la **Declaración Universal de Derechos Humanos**, cuyo artículo 25 se refiere al niño como poseedor de “derecho a cuidados y asistencia especiales”.
- 1959** La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la **Declaración sobre los Derechos del Niño**, que reconoce derechos como el derecho a no ser discriminado y el derecho a tener un nombre y una nacionalidad. También consagra en la práctica los derechos de la infancia a la educación, a la atención de la salud y a la protección especial.
- 1979** Las Naciones Unidas declaran 1979 como **Año Internacional del Niño**. El mayor logro del Año es poner en marcha un proceso de mayor significación a largo plazo: la Asamblea General acuerda que se establezca un grupo de trabajo compuesto por miembros de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, por expertos independientes y por delegaciones observadoras de estados que no son miembros de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales y organismos de las Naciones Unidas, con el fin de redactar una Convención que sea jurídicamente vinculante.
- 1989** La Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba por unanimidad la **Convención sobre los Derechos del Niño**, que entra en vigor al año siguiente.
- 1990** Se celebra en Nueva York la **Cumbre Mundial en favor de la Infancia**. A ella asisten 71 Jefes de Estado y de Gobierno. Los dirigentes mundiales firman la Declaración Mundial sobre la Supervivencia, la Protección y el Desarrollo del Niño, así como un Plan de Acción para aplicar la Declaración, que establece metas que deben lograrse para el año 2000.
- 1994** El **Año Internacional de la Familia** reafirma que los programas deberán apoyar a las familias, que son las que alimentan y protegen a los niños, en vez de ofrecer sustitutos a dichas funciones.
- 1999** Se aprueba el **Convenio sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación** (Convenio N° 182 de la OIT).
- 2000** Los **Objetivos de Desarrollo del Milenio** incorporan metas específicas relacionadas con la infancia, entre ellas la reducción de la mortalidad mundial de niños menores de cinco años en dos terceras partes, y el logro de la educación básica universal a lo largo del período comprendido entre 1990 y 2015. 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 conflictos armados**, y 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 una **Sesión Especial en favor de la Infancia**, reuniéndose por primera vez para debatir específicamente cuestiones relacionadas con la infancia. Cientos de niños participan formando parte de las delegaciones oficiales. Los dirigentes mundiales se comprometen a crear “**Un mundo apropiado para los niños**”, y reafirman que la familia tiene la responsabilidad básica de la protección, la crianza y el desarrollo del niño, y que tiene derecho a recibir una protección y un apoyo integrales.

## II. CONCEPTO Y TIPOS

El estudio del MTI comienza por definir los conceptos de Infancia y Maltrato, para poder identificar el de caso, elaborar el diagnóstico y tratamiento apropiado. Además la definición de Maltrato Infantil es el fundamento para establecer un marco legal, proceso que no es fácil dada la complejidad del problema.

### 2.1. LA INFANCIA: UNA DEFINICIÓN VARIABLE

El concepto de infancia está condicionado históricamente por lo que a lo largo de los siglos se entiende por "niño", y que ha ido variando según las distintas culturas y su respectivo desarrollo. La infancia es mucho más que la época que transcurre antes de que la persona sea considerada un adulto: se refiere al estado y la condición de la vida de un niño, a la calidad de esos años. Sin embargo, a pesar de numerosos debates intelectuales sobre la definición de la infancia y sobre las diferencias culturales acerca de lo que se debe ofrecer a los niños, y lo que se debe esperar de ellos, siempre ha habido un criterio ampliamente compartido de que la infancia implica un espacio delimitado y seguro, separado de la edad adulta, en el cual los niños y las niñas pueden crecer, jugar y desarrollarse. (UNICEF. Estado mundial de la infancia 2005).

En la actualidad, la comunidad internacional utiliza la definición que ofrece la **Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)**, en su Artículo 1, para definir la niñez como *“todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad.”* La Convención es el primer tratado internacional de derechos humanos que combina en un instrumento único una serie de normas universales relativas a la infancia, y el primero en considerar los derechos de la niñez como una exigencia con fuerza jurídica obligatoria, vinculante para los estados que la han firmado.



Generalizar la protección hasta la edad de 18 proporcionaría mayor protección a la niñez frente a la violencia y la explotación del menor, así como, la protección jurídica ante los tribunales de justicia que siempre los considera como víctimas ante la ley y no como delincuentes. Estas obligaciones relativas a la protección de la infancia hasta los 18 años de edad, también promueven el desarrollo de la legislación de los Estados para garantizar el ejercicio de otros derechos, como son la educación y la salud. Desde la proclamación de la CDN otras organizaciones se han sumado sus fuerzas:

También, en el contexto internacional de las Organizaciones No Gubernamentales, la edad de 18 años ha ganado la aceptación como la edad apropiada para determinar la niñez. En su jurisprudencia, el Comité para la CDN reconoce 18 años como la edad más apropiada para determinar el límite de la infancia:

- Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar el Tráfico de Personas, especialmente de Mujeres y Niños (UN Convention Against Transnational Organised Crime. Article 3. 2001).
- La Organización Internacional del Trabajo (Convention No. 182 on the Worst Forms of Child Labour, 2000) que considera infancia a todos los menores de 18 años.
- World Vision International toma como límite legal la edad de 18 años para la elaboración de los estándares en la legislación internacional. (World Vision International. (Public Policies. January 2003).

Si bien la CDN deja claro en su Artículo 1. que la infancia se extiende hasta los dieciocho años de edad salvo que, en virtud de la ley haya alcanzado antes la mayoría de edad. Y la salvedad que introduce se matiza más adelante, en el artículo 41: *"Nada de lo dispuesto en la presente Convención afectará a las disposiciones que sean más conducentes a la realización de los derechos del niño y que puedan estar recogidas en:*

- a) *El derecho de un Estado Parte; o*
- b) *El derecho internacional vigente con respecto a dicho Estado."*

Es decir, que la aplicación de la normativa al caso concreto deberá regirse por la búsqueda del trato más favorable del menor en cuestión.

En algunos países, la mayoría de edad se obtiene con el matrimonio, de manera que las novias infantiles no son protegidas hasta la edad de 18. Generalizar la protección hasta la edad de 18 proporcionaría mayor protección a la niñez frente a la explotación sexual. La edad de consentimiento define el tiempo legal en el que una persona puede consentir voluntariamente a la actividad sexual con otra persona. Esto varía, según los países, e incluso dentro de un país. Por ejemplo:

- El Código Penal de España establece la edad de consentimiento a los 13 años.
- En las Maldivas, existe una ausencia de legislación sobre edad de consentimiento sexual, dejando a la niñez vulnerable a la explotación.

- En el caso de algunos estados federales, tales como Australia, no existe uniformidad entre provincias y territorios con relación a la edad de consentimiento.

La definición legal de un niño también afectará la manera en que se trata a los delincuentes en los tribunales. Por ejemplo:

- Las disposiciones legales en Canadá prohíben el manoseo a niños, o incitar a otros a manosear a un niño menor de 14 años con propósitos sexuales. La pornografía que muestra a menores de 18 es ilegal.
- En Egipto, el castigo por delitos sexuales aumenta si la víctima es menor de 21 años.

Esto se vuelve más complejo por el hecho de que muchos países no registran los nacimientos de niños y niñas, por lo que no conocemos su edad cronológica. En otros casos, proporcionan la documentación documentos de identificación falsos pueden fácilmente “reclasificar” a un niño o niña como adulto.

Un niño (a) puede ser una persona de cualquier género. Pese a que ello puede resultar obvio y apenas cabe mencionarlo, muchas de las leyes que poseen los gobiernos para proteger a la niñez de la explotación sexual únicamente abordan la cuestión con relación a la explotación de las niñas. Generalmente, el abuso sexual de los varones es ignorado o descartado. Por ejemplo:

- En Tailandia se ha encontrado resistencia a las enmiendas en el Código Penal que intentan proteger tanto a los niños como a las niñas de la violación y/o explotación sexual comercial. Actualmente, bajo las leyes vigentes solo una niña o mujer puede ser violada o explotada. En la legislación de otros países existe un tratamiento diferencial entre niños y niñas.
- En Jordania existe muy poco reconocimiento de la explotación sexual, aunque existen leyes relacionadas con el rapto que intentan combatirla. Pese a que esto no protege de manera adecuada a la niñez de la explotación sexual, una mayor preocupación tiene que ver con que la diferencia en la severidad de las penas depende del sexo de la persona.

En la mayoría de países la demanda de niñas es más común y extendida. Sin embargo, por mucho tiempo ya, se ha sabido que ciertos países son destinos preferidos por los turistas sexuales que buscan involucrar a niños o jóvenes varones. Los llamados “chicos de playa” pueden encontrarse en destinos turísticos populares como son, Sri Lanka, Kenya y la República Dominicana.

Comparada a otras regiones del mundo, en Europa del Este los varones parecen constituir una mayor proporción de la cantidad total de víctimas de la prostitución infantil.

## 2.2. DEFINICIÓN DE MALTRATO INFANTIL Y TIPOS

Definir los malos tratos a la Infancia resulta complejo. Existe un consenso referente a los grandes Síndromes del Niño Maltratado y situaciones de alarma social, pero otras circunstancias no se presentan tan evidentes. Los propios profesionales tienen diferentes criterios, lo que se traduce en la existencia de múltiples definiciones.

El concepto del maltrato infantil inicialmente se hizo en referencia al maltrato físico con un predominio de criterios médicos-clínicos, para ir evolucionando hacia la situación actual en que las definiciones se basan en las necesidades y derechos de los niños.

El MTI es un problema de salud pública de difícil abordaje científico a nivel mundial, debido a, la falta de una definición universalmente aceptada, y la variedad de códigos morales en los distintos países.

La Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato Infantil realizó un estudio comparativo de las definiciones de MTI en 58 países (Bross y cols. 2000) encontrando discrepancias: algunas definiciones se centran en los actos de los adultos independientemente del resultado, mientras que otras consideran MTI cuando hay daño para el niño. Parte de la bibliografía incide en que el daño sea intencional o no para calificar de maltrato. Todo esto viene complicado por el hecho de que la noción de lo que son comportamientos aceptables o que producen un daño a la infancia, están influidos por el desarrollo cultural y sometidos a una continua revisión, a medida que van evolucionando los valores y las normas sociales.

El concepto de Maltrato contra la infancia está reflejado en Artículo 19 de la **Convención sobre los Derechos del Niño** de Naciones Unidas en la que los Estados partes adoptarán todas las medidas legislativas administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra " *toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo*".

La definición que cubre la mas amplia gama de tipos de MTI, es la propuesta en el **Informe de la OMS sobre Prevención del Maltrato Infantil** (1999), "*toda forma de maltrato físico o emocional, abuso sexual, negligencia o tratamiento negligente, explotación comercial o de otra índole, que resulta en una daño real o potencial a la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño/a, en un contexto de relaciones de responsabilidad, confianza o poder*".

La **Clasificación Internacional de Enfermedades** (CIE 10) reconoce el maltrato como un problema de salud con su correspondiente código T74, y específicamente sus formas:

- negligencia y abandono (T74.0),
- el maltrato físico (T74.1),
- el abuso sexual (T74.2) y
- el maltrato emocional (T74.3).

Clasificamos y definimos los tipos de MTI, en las tablas 2 y 3. En la tabla 2 ofrecemos las definiciones de las cuatro formas anteriormente citadas. Además, incluimos otras definiciones terminológicas propuestas por el Grupo de Naciones Unidas de la Convención de los Derechos del Niño (2005) que no están incluidas en la CIE – 10, como son: la mendicidad, la corrupción, la explotación laboral y el maltrato institucional que formarían parte, a la vez, tanto del maltrato físico como del maltrato emocional. (Sáez, Benguigui, Del Rey Calero, 2006) y en la tabla 3 la clasificación de los tipos de maltrato, según sea la intencionalidad, activo y pasivo (Sáez Crespo JA y Martínez Piédrola M, 2000).

Por último, queremos incorporar una de las más recientes aportaciones es el término de Violencia de género como *“cualquier acto de fuerza verbal o física, o de privación que atente contra la vida, dirigido a personas de un sexo y que cause daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad o que perpetúe la subordinación”* (Concha-Eastman A y Guerrero R, 1999)

Tabla 2

**DEFINICIONES DE LOS DISTINTOS TIPOS DE MALTRATO INFANTIL**

<b>MALTRATO</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>Físico</b>	El uso intencional de fuerza física con el potencial riesgo de causar muerte, inhabilidad, lesión o daño. Incluye, también la coerción de otro sujeto para cometer actos violentos. Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM, Shelley GA. <i>Intimate partner violence surveillance. Uniform definitions and recommended data elements</i> . CDC, 1999.
<b>Abuso sexual</b>	Es todo acto sexual que una persona en relación de poder y por medio de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica, obliga a otra persona a ejecutar contra su voluntad, o a que participe en interacciones sexuales que propicien su victimización y de la que el ofensor intenta obtener gratificación. Shraider E, Sagot M. <i>La ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar</i> . Washington : OPS/OMS, 1998.
<b>Prenatal</b>	Toda conducta que influye negativa y patológicamente en una embarazada , y por tanto en el feto, ya sea por parte de la propia gestante o causada por otras personas
<b>S. Münchhausen por poderes</b>	Los 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.
<b>Negligencia en el cuidado físico o psicoafectivo</b>	Falta de cuidados básicos, supervisión o atención, que afecte al desarrollo físico, emocional o intelectual del niño, por parte de padres o cuidadores.
<b>Abandono</b>	Máximo grado de negligencia
<b>Emocional</b>	Cualquier conducta psíquicamente destructiva de tipo intencional por parte de un adulto, ya sea por actos o amenazas de actos de violencia o tácticas de coerción que cause o pueda causar deterioro en el desarrollo emocional, social e intelectual del niño Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM, Shelley GA. <i>Intimate partner violence e surveillance. Uniform definitions and recommended data elements</i> . CDC, Atlanta, 1999.
<b>Institucional</b>	Cualquier legislación, programa o procedimiento, ya sea por actuación o por omisión, procedente de los poderes públicos o privados, que vulnere o pueda vulnerar los derechos básicos del menor, con o sin contacto directo con el niño.
<b>Corrupción</b>	Incitación por parte de un adulto, al consumo de drogas uso del menor en su comercio o tráfico.
<b>Explotación laboral</b>	Cualquier conducta inducida por un adulto encaminada a su explotación en tareas con beneficio económico.
<b>Mendicidad</b>	Cualquier conducta inducida por un adulto en el menor encaminada a la ayuda del adulto en la demanda de limosna o bien a la demanda del niño solo de limosna.

Semantics or Substance?. Towards a shared understanding of terminology referring to the sexual abuse and exploitation of children. NGO Group for the Convention on the Rights of the Child, January 2005

Tabla 3

**Clasificación del Maltrato Infantil**

<b>MALTRATO</b>	<b>ACTIVO</b>	<b>PASIVO</b>
F I S I	Físico Abuso sexual Maltrato prenatal	Negligencia en el cuidado físico Abandono
C O E M O	Mendicidad Corrupción Explotación laboral	Institucional
C I O N A L	Maltrato emocional	Negligencia en el cuidado psico-afectivo

Sáez Crespo JA y Martínez Piédrola M. Rev. Enfer. Cient. 224-225; 5-13, 2000.

En **España**, a partir de las definiciones internacionales anteriormente citadas, el **Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil del Observatorio de la Infancia** realizó una propuesta, en 2001, para la unificación de criterios generales acerca del concepto de maltrato infantil, bajo la premisa fundamental de equipo multidisciplinar formado por trabajadores sociales, psicólogos, pedagogos, médicos y diplomados universitarios en enfermería, y proponen los malos tratos a la infancia como: *“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”*.

Esta definición incluye lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión), o se realiza de forma inadecuada (negligencia), ocasionando al niño no solamente daño físico, psicológico - emocional y social, sino que considerándole persona - objeto de derecho incluye sus derechos y su bienestar, y cuyos autores pueden ser las personas (familiares o no) y las instituciones –administraciones- (maltrato institucional).

La legislación española define el desamparo legal, Código Civil Art. 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 éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material”*.

Las causas por las que cabría la intervención de los servicios de protección infantil se recogen de forma esquemática en la tabla 4

Tabla 4

#### Principales Causas de Intervención de los Servicios de Protección Infantil

Causas	Cumplimiento deberes guarda
Orfandad Prisión de los padres Enfermedad o ingreso hospitalario	Imposible
Abandono total Abandono de madre No reconocimiento de los padres	Incumplimiento
Maltrato y abandono físico Maltrato y abandono emocional Abuso y explotación sexual Mendicidad y explotación laboral Incapacidad para el control	Inadecuado

Observatorio de la Infancia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 2001

El grupo español del Observatorio de la Infancia aporta a la clasificación internacional la perspectiva del momento en el que se produce el maltrato y la actitud del autor del maltrato (Tabla 5)

Tabla 5

### Tipología del Maltrato Infantil

TIPO	ACCIÓN	OMISIÓN	
PRENATAL	<p>Circunstancias de vida de la madre en las que exista voluntariedad que influyan negativa o patológicamente en el embarazo y repercutan en el feto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas: Hábitos tóxicos de la madre: alcoholismo (síndrome alcohólico fetal) toxicomanías (síndrome de abstinencia neonatal)</li> </ul>	<p>No atención a las necesidades y cuidados propios del embarazo que tienen repercusiones en el feto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas: Embarazos sin seguimiento médico, alimentación deficiente, exceso de trabajo corporal</li> </ul>	
POSTNATAL	FÍSICO	<p>Cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloque en situación de grave riesgo de padecerlo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas: lesiones cutáneas (equimosis, hechas, hematomas, escoriaciones, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, zarandeado asfixia mecánica, amarramientos, intoxicaciones, síndrome de Münchhausen por poderes.</li> </ul>	<p>NEGLIGENCIA</p> <p>Desatender las necesidades del niño y los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas: desatención, abandono, retraso crecimiento no orgánico, «Niños de la calle», constantemente sucio, problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de los cuidados médicos rutinarios (vacunaciones).</li> </ul>
	EMOCIONAL	<p>Acción capaz de originar cuadros psicológico-psiquiátricos por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas: rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, conculpar o implicar a un niño en actividades antisociales</li> </ul>	<p>Omisión o negligencia en la atención a las necesidades emocionales del niño</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas: privación afectiva, no atender las necesidades afectivas del niño (carino, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, rol en la familia, autoestima, etc.), abuso pedagógico</li> </ul>
	SEXUAL	<p>Abuso sexual: implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas:</li> <li>• Con contacto físico: violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, sodomía, tocamientos, estimulación sexual</li> <li>• Sin contacto físico: solicitud indecente a un niño o seducción verbal explícita, realización acto sexual o masturbación en presencia de un niño, exposición de los órganos sexuales a un niño, promover la prostitución infantil, pornografía</li> </ul>	<p>No atender a las necesidades del niño y a su protección en el área de la sexualidad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Formas: No dar credibilidad al niño, desatender demanda de ayuda, no educar en la asertividad, madre que prefiere «no verlo» - consentimiento pasivo en el incesto, falta de formación / información, falta de protección, ...</li> </ul>





### III. EPIDEMIOLOGÍA

#### 3.1. NIVEL MUNDIAL

La magnitud del problema es mundial y difícil de cuantificar, ocurre en todos países. No hay cultura, raza, o religión que esté libre del MTI. Se produce en una variedad de formas y está profundamente arraigado en las prácticas culturales, económicas y sociales. Sin embargo, para resolver este problema se requiere un conocimiento mucho mayor de las formas en que se manifiesta en diferentes contextos, así como de sus causas y consecuencias en esos contextos, como enuncia el Informe Mundial sobre la violencia y la salud (OMS, 2003). No obstante son escasos los países que tienen sistemas de vigilancia epidemiológica operativos, según el estudio de Perspectivas Mundiales sobre el Maltrato Infantil (IPSCAN, 2006).

Las diferentes culturas tienen reglas distintas acerca de cuáles prácticas de crianza son aceptables. Algunos investigadores han señalado que los criterios sobre la crianza de los niños en diversas culturas quizá diverjan a tal grado que resulte sumamente difícil alcanzar un consenso sobre qué prácticas implican maltrato o descuido. Pero existe bastante uniformidad lo concerniente a las prácticas disciplinarias muy duras y el abuso sexual. (Facchin, 1998; Bross, 2000).

Aunque la mayoría de los estudios se han realizado en los países desarrollados, hay pruebas irrefutables de que es un fenómeno frecuente en todo el mundo. Mucho más puede y debe hacerse al respecto desde la perspectiva de la Salud Pública. En muchos países, hay poco conocimiento sobre el maltrato de los menores entre el público o los profesionales de la salud. El reconocimiento y la concientización, si bien son constituyen elementos esenciales para la prevención eficaz, son solo parte de la solución. Los esfuerzos y las políticas de prevención deben dirigirse directamente a los niños, a quienes les prestan asistencia y a los entornos en los que viven, para prevenir que se produzca el maltrato potencial y tratar eficazmente los casos de maltrato y descuido que se hayan producido. Se requieren aquí los esfuerzos concertados y coordinados de una amplia gama de sectores, y los investigadores y los profesionales de la salud pública pueden desempeñar una función clave al liderar y facilitar el proceso.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha abordado en diversas ocasiones el maltrato infantil y ha promovido el estudio sobre el maltrato físico. Además, organizados por la OMS se celebró la Primera Reunión en estrategias para la protección infantil (Padua, Italia 1998) y la Consulta sobre prevención del maltrato infantil (Ginebra, Suiza 1999).

Desde esta perspectiva de la Salud Pública, en diciembre de 1998, la Asamblea General de la ONU decidió convocar, como parte integrante de la Asamblea del Milenio, una Cumbre del Milenio para septiembre de 2000 sobre “La función de las Naciones Unidas en el siglo XXI”. Durante el desarrollo de esta Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, se gestó la Declaración del Milenio y se fijaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). La Declaración del Milenio, que todos los países aprobaron en el 2000, consideraron como un proyecto para construir un mundo mejor para la infancia en el siglo XXI y se comprometieron a lograr la vigencia plena de los derechos de los niños y niñas a la supervivencia, la salud, la educación, la protección y la participación, entre otros.. Reprodujo las aspiraciones de la comunidad internacional para conseguir un nivel de vida decente para la infancia: *“una época en la que todos los niños y las niñas gocen de buena salud, estén protegidos contra los peligros y rodeados de adultos cariñosos y enriquecedores que les ayuden a crecer y desarrollar su pleno potencial de los 2.000 millones de niños y niñas”*. (ONU. Declaración del Milenio. 13 de septiembre de 2000)

Las cuestiones relacionadas con la protección de la infancia guardan relación con todos y cada uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (UNICEF, 2006), desde la eliminación de la pobreza y el aumento del acceso de los niños a la educación escolar, hasta la eliminación de la desigualdad basada en el género y la reducción de la mortalidad infantil. Si no se resuelven las deficiencias en materia de protección de la infancia resulta simplemente imposible conquistar casi todos los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Por ejemplo, el trabajo infantil dilapida el capital humano de las naciones y representa un obstáculo para la eliminación de la pobreza extrema (ODM 1); el MTI contra niños y niñas daña su salud física y mental, desestabiliza los entornos seguros de aprendizaje (ODM 2) y hace estragos en la igualdad entre los géneros en todos los niveles de la educación. El matrimonio adolescente suele traer aparejado el abandono de los estudios escolares por parte de las niñas y, por lo tanto, impide el logro de la igualdad de género (ODM 3), los niños y niñas a quienes se separa de sus madres, y en especial si se les recluye en instituciones, corren mayor peligro de muerte, lo que dificulta los esfuerzos por reducir la mortalidad infantil (ODM 4); la mutilación genital femenina atenta contra el mejoramiento de la salud materna (ODM 5), y la explotación y el abuso sexual complican la lucha contra la infección por VIH y otras enfermedades (ODM 6). Además, los desastres ecológicos incrementan las probabilidades de que los niños y niñas sean víctimas de explotación y abuso, y de ahí la necesidad de lograr que el medio ambiente sea sostenible (ODM 7). En general, la protección de la infancia requiere una estrecha cooperación entre diversos aliados, lo que consolida la necesidad de establecer una alianza mundial en pro del desarrollo (ODM 8).

***El Estado Mundial de la Infancia 2008*** presenta una amplia evaluación de la situación actual y presenta la magnitud de algunos indicadores de MTI y su definición

(tabla 6) y los indicadores de la supervivencia infantil y la atención primaria de la salud para las madres, los recién nacidos y los niños y niñas en relación con los logros alcanzados en cada uno de los ODM, como se expone en la tabla 7. (UNICEF, 2008)

Tabla 6.

## Indicadores de Maltrato Infantil en el mundo.

	Trabajo infantil (5 a 14 años) 1999-2006*			Matrimonio precoz 1987-2006*			Inscripción del nacimiento 1999-2006*			Mutilación-excisión genital de la mujer 2000-2006*				Actitudes con respecto a la violencia doméstica 1999-2006*	Discapaci- dad infantil 1999-2006*	Disciplina infantil 2005-2006*
	total	hombre	mujer	total	urbana	rural	total	urbana	rural	mujer* (15 a 49 años)		hijas <sup>b</sup>				
										total	total					
África subsahariana	35	36	34	40	24	47	34	52	28	36	31	40	19	66	-	-
África oriental y meridional	36	38	33	36	20	44	24	39	21	-	-	-	-	66	-	-
África occidental y central	34	33	34	44	27	53	41	58	35	28	29	29	15	65	-	-
África del Norte y Oriente Medio	9	10	8	17	11	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Asia meridional	13	-	-	45	30	53	36	52	30	-	-	-	-	53	-	-
Asia Oriental y Pacífico	10**	11**	10**	19**	12**	25**	72**	80**	67**	-	-	-	-	34**	-	-
América Latina y el Caribe	11	12	10	26	24	31	89	93	83	-	-	-	-	-	-	-
ECE/CEI	5	5	5	11	7	9	-	-	-	-	-	-	-	31	-	-
Países industrializados <sup>c</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Países en desarrollo <sup>c</sup>	16**	19**	17**	34**	23**	45**	49**	64**	37**	-	-	-	-	51**	-	-
Países menos adelantados <sup>c</sup>	29	31	28	49	37	57	30	43	24	-	-	-	-	-	-	-
Mundo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

## DEFINICIONES DE LOS INDICADORES

**Trabajo infantil** – Porcentaje de niños de 5 a 14 años que trabajaban en el momento de la encuesta. Se considera que un niño está sometido al trabajo infantil cuando se dan las condiciones siguientes: (a) niños de 5 a 11 años que, durante la semana precedente a la encuesta, realizaron una actividad económica al menos durante una hora o realizaron trabajos domésticos por lo menos durante 28 horas y, (b) niños de 12 a 14 años que, durante la semana precedente a la encuesta, realizan una actividad económica al menos durante 14 horas o realizaron trabajos domésticos por lo menos durante 28 horas.

**Variables en el contexto del trabajo infantil** – Sexo del niño; zona de residencia urbana o rural; 20% más pobre o 20% más rico de la población en relación a los ingresos de la familia (una descripción más minuciosa sobre el procedimiento para calcular los bienes familiares se puede encontrar en [www.childinfo.org](http://www.childinfo.org)); la educación de las madres se refiere a las madres con algún nivel de instrucción o ninguno.

**Inscripción al nacer** – Porcentaje de niños y niñas menores de cinco años que fueron inscritos en el momento de la encuesta. El numerador de este indicador incluye niños y niñas cuyo certificado de nacimiento se mostró al entrevistador, o cuya madre o cuidador dijo que el nacimiento había sido registrado. Los datos de MICS se refieren a los niños vivos en el momento de la encuesta.

**Matrimonio infantil** – Porcentaje de mujeres de 20 a 24 años de edad que ya estaban casadas o tenían algún tipo de vínculo antes de cumplir 18 años.

**Mutilación/excisión genital femenina** – (a) Mujer – El porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que sufrieron una mutilación/excisión. (b) Hijas – el porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con una hija por lo menos que haya sufrido una mutilación/excisión. La mutilación/excisión genital femenina conlleva la excisión o alteración de los genitales femeninos por razones sociales. Por lo general, hay tres tipos reconocidos de esta actividad: clitoridectomía, excisión e infibulación. La clitoridectomía es la eliminación del prepucio con la excisión, o sin ella, de todo el clitoris o una parte del órgano. La excisión es la eliminación del prepucio y del clitoris junto a los labios menores, o una parte de ellos. La infibulación es la forma más grave y consiste en la eliminación de todos los genitales externos, o parte de ellos, que después se unen a ambos lados de los labios menores utilizando hilos, espinas u otros materiales, para reducir la apertura vaginal. Un análisis más minucioso de estos datos también se puede encontrar en [www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com) y [www.prb.org](http://www.prb.org).

**Actitudes hacia la violencia doméstica** – Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que consideran que está justificado que un marido golpee a su mujer por al menos una de las razones especificadas. A las mujeres se les preguntó si está justificado que un marido golpee a su mujer bajo una serie de circunstancias, entre ellas si la mujer quema la comida, discute con él, sale a la calle sin decírselo o se niega a tener relaciones sexuales.

**Discapacidad infantil** – Porcentaje de niños de 2 a 9 años con por lo menos una discapacidad registrada (por ejemplo, cognoscitiva, motora, ataques convulsivos, problemas de visión o audición).

**Disciplina infantil** – Porcentaje de niños de 2 a 14 años que sufren algún castigo psicológico o físico.

Tomado de El Estado Mundial de la Infancia 2008. UNICEF, Nueva York, 2008

Tabla 7

**Salud y Objetivos de Desarrollo Del Milenio**

Objetivo	Metas de salud	Indicadores de salud
<b>OBJETIVO 1</b> <b>Erradicar la pobreza extrema y el hambre</b>	<b>Meta 2</b> Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que padecen hambre	Prevalencia de niños menores de cinco años con peso inferior al normal Proporción de la población que no alcanza el nivel mínimo de consumo de energía alimentaria
<b>OBJETIVO 4</b> <b>Reducir la mortalidad en la infancia</b>	<b>Meta 5</b> Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años	Tasa de mortalidad de niños menores de cinco años Tasa de mortalidad de lactantes Proporción de niños de un año de edad vacunados contra el sarampión
<b>OBJETIVO 5</b> <b>Mejorar la salud materna</b>	<b>Meta 6</b> Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, el coeficiente de mortalidad materna	Coefficiente de mortalidad materna Proporción de partos asistidos por personal sanitario calificado
<b>OBJETIVO 6</b> <b>Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades</b>	<b>Meta 7</b> Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la propagación del VIH/SIDA	Prevalencia del VIH entre mujeres embarazadas de 15 a 24 años Tasa de utilización del preservativo como parte de la tasa de uso de anticonceptivos Coeficiente de asistencia escolar de los niños huérfanos de 10 a 14 años como porcentaje de los niños no huérfanos de la misma edad que asisten a la escuela
	<b>Meta 8</b> Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	Prevalencia de paludismo y tasas de mortalidad relacionadas con esta enfermedad Proporción de la población de zonas de riesgo de paludismo que aplica medidas eficaces de prevención y tratamiento del paludismo Prevalencia de tuberculosis y tasas de mortalidad relacionadas con esta enfermedad Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento de observación directa y corta duración
<b>OBJETIVO 7</b> <b>Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente</b>	<b>Meta 10</b> Reducir a la mitad, para 2015, la proporción de personas que carecen de acceso sostenible a agua potable y a servicios básicos de saneamiento	Proporción de la población de zonas urbanas y rurales con acceso a fuentes mejoradas de agua
	<b>Meta 10</b> Haber mejorado considerablemente, para 2020, la calidad de vida de por lo menos 100 millones de habitantes de barrios marginales	Proporción de la población de zonas urbanas y rurales con acceso a servicios mejorados de saneamiento
<b>OBJETIVO 8</b> <b>Fomentar una alianza mundial para el desarrollo</b>	<b>Meta 17</b> En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo, a precios asequibles	Proporción de la población con acceso sostenible a medicamentos esenciales a precios asequibles

Adaptado de la Organización Mundial de la Salud, Health and the Millennium Development Goals, OMS, Ginebra, 2005, pág 11

La violencia contra la infancia es uno de los más agobiantes problemas actuales del mundo moderno. *“Esta condición de violencia crónica es la más perversa violación de los derechos humanos en el mundo actual”* – afirma CAROL BELLAMY – Directora Ejecutiva del UNICEF que toma diferentes formas de expresión que producen sufrimiento en la infancia. Podemos citar datos del *Estado Mundial de la Infancia 2008*, presentado el pasado martes 22 de enero de 2008, que reflejan la situación de la infancia cruda y brutalmente diferente del ideal al que todos aspiramos, tales como :

- 53.000 niños murieron en 2002
- 275 millones de niños padecen violencia familiar cada año
- 40 millones de niños menores de 15 años sufren de abuso y negligencia
- 20 al 65 por ciento de los escolares han sido agredidos física o verbalmente
- 150 millones de niñas y 73 millones de niños menores de 18 años han sido sufridos violencia sexual
- 100 a 140 millones de niñas a quienes se les ha practicado alguna forma de mutilación genital.
- 2 millones los menores que son utilizadas para la prostitución y pornografía, y cada año entran en la industria del sexo otros 2 millones de menores mas.
- 1.2 millones de son víctimas de tráfico de seres humanos.
- 218 millones de niños trabajan y 126 millones realizan trabajos peligrosos
- 130 millones no van a la escuela
- 100 millones viven en la calle
- Los conflictos y la violencia les impiden disfrutar de una vida familiar segura, y traicionan su confianza y su esperanza, y 10 millones de niños son refugiados
- El VIH/SIDA mata a sus progenitores, a sus maestros, a sus doctores y a sus enfermeros. Y también les mata a ellos. 15 millones son huérfanos del SIDA
- La amenaza que pesa sobre muchos niños y niñas desde el nacimiento, 55 por ciento de los recién nacidos no son registrados al nacer.
- Más de un millón de niños y niñas son detenidos en todo el mundo por las autoridades policiales.

La panorámica es desesperanzadora. 1 de cada 5 niñas, y 1 de cada 7 mujeres son víctimas de violación a lo largo de su vida. El problema es de tal magnitud que no puede ser ajeno. Podemos afirmar con rotundidad ante esta realidad que ***“nacer mujer en el año 2.008 es un alto riesgo”***. Las niñas crecen bajo la amenaza de la violencia. Se hacen mujeres en un ambiente social que las debilita física, psicológica y socialmente. Esta realidad repercute en el desarrollo social, económico y sanitario del país. (Sáez Crespo, 2000)

Además, la violencia produce también graves efectos personales, sociales, económicos, ambientales y de salud:

- Amenaza la convivencia democrática,
- Es un factor de riesgo para la seguridad y bienestar,
- Produce efectos económicos directos por la atención a las víctimas y las secuelas que produce, el castigo y el gasto en el control de las agresiones, así como los

gastos indirectos que produce al NO destinar estos recursos a proyectos de desarrollo social,

- Tiene repercusión sobre el potencial de Desarrollo Humano y Económico.

Pero la violencia es una conducta aprendida, que puede modificarse, mediante la Educación, porque éste es el momento en el que se está modelando la personalidad del adulto. La prevención de la violencia ocupa así un primer plano en nuestra actividad socio-sanitaria con la población infantil, y consistirá en:

- Eliminar los factores de riesgo esenciales: la miseria, la marginación, la ignorancia y la injusticia, ya que afecta con más rigor a los más pobres, en las grandes ciudades y desalienta la inversión.
- Actuar sobre el medio: Al tiempo que la familia y la escuela procuran transmitir valores y forjar actitudes de convivencia, tolerancia ante las divergencias, solidaridad, honestidad, respeto por los derechos de los demás, con objeto de contribuir, entre todos, al desarrollo económico y social, a los niveles nacional, local y comunitario.
- Desarrollar Medidas Legislativas: Control y represión de la violencia.
- Facilitar la Participación de la Sociedad Civil en la Prevención y Reconstrucción del capital social.
- Y sobre todo, mediante la Educación en Valores y la Promoción de Estilos de Vida saludables.

Por ello, la Junta Directiva de la Asociación Española de Medicina e Higiene Escolar y Universitaria, en el marco del Congreso Internacional de Alcorcón (Madrid), decidió sumarse con otras organizaciones a la Resolución del Secretario General de las Naciones Unidas, Sr. Kofi A. Annan, al proclamar el **Año 2.000 "Año Internacional de la Cultura de la Paz"** y la **Década 2.000 al 2.010 "Década Internacional para la Cultura de la Paz y No-Violencia para los Niños"**, mediante la siguiente DECLARACIÓN: *“La Asociación Española de Medicina e Higiene Escolar y Universitaria como Asociación Científica que trabaja por la defensa de los derechos, el bienestar y la felicidad de la infancia, y que hace llegar la voz del escolar y el joven universitario a la Comunidad Internacional, se propone trabajar a favor de la Paz y No-Violencia en la vida diaria de cada niño y niña, en los hogares, en las escuelas, en la comunidad y en la programación televisiva, como el mecanismo a nuestro alcance para la construcción de la Paz desde la Comunidad Educativa Escolar.”* (Sáez Crespo, 2002)

Tenemos una gran responsabilidad, ya que la edad escolar es el momento más importante en desarrollo de la persona, y de estos primeros años dependerá el futuro de la sociedad del Tercer Milenio, que por vocación nuestra, nos han sido encomendados. Y es que, *“No hay obligación más sagrada que la que el mundo tiene para con los niños. No hay deber más importante que velar por que sus derechos sean respetados, su bienestar esté protegido, sus vidas estén libres de temores y necesidades, y puedan crecer en paz”* (Kofi A. Annan, 2.000).

“El mundo que vamos a dejar a nuestros hijos depende, en gran medida, de los hijos que dejemos a nuestro mundo”. Las esperanzas del futuro están depositadas en los niños y niñas escolares de hoy y en su preparación para afrontar los retos del siglo entrante. En el umbral del siglo XXI, la prevención del MTI y la promoción de los Buenos Tratos, necesita más que nunca de nuestro empeño y apoyo.

### 3.1.1. Mortalidad

La mortalidad general por causa de la violencia en el mundo, según estimaciones (OMS, 2003), fueron más de 1,6 millón de personas, lo que significa que cada día más de 4.000 personas en el mundo tuvieron una muerte violenta:

- 870 000 suicidios, la decimotercera causa de muerte
- 560 000 homicidios, con una tasa de 8,8 por cada 100 000 habitantes
- 310 000 muertes consecuencia directa de conflictos bélicos
- 170 000 violencia colectiva o atentados, y
- 57 000 defunciones son atribuidas a menores de 15 años.

Estos datos provienen principalmente de países con registros de defunciones. Por lo que las cifras constituyen sólo la punta del iceberg. La información disponible viene de países de altos ingresos, con sistemas de información, y la mayoría de las formas de violencia contra la infancia son más frecuentes en contextos de bajos ingresos, que no cuentan con sistemas de notificación y datos de mortalidad.

La violencia es un aspecto prevenible de la condición humana, o se puede reducir su impacto mediante enfoques centrados en la Salud Pública (WHO, *World report on violence and health*, 2002) mediante la descripción de la magnitud del problema y su impacto sobre la salud, analizando los patrones de violencia prevalente a lo largo del ciclo de la vida como se presenta en la Figura 3, que se interactúan entre sí. Por lo que al prevenir un tipo de violencia, en un momento evolutivo, puede ayudar a prevenir otros tipos de violencia o factores de riesgo.

**Figura 3. Violencia a lo largo del ciclo de la vida**



WHO. Third Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention Report 2007



Las estimaciones de los homicidios de niños a nivel mundial indican que los lactantes y los niños de 0 a 4 años corren un riesgo mayor, con tasas que equivalen a más del doble de las observadas en los niños de 5 a 14 años. (Tabla 8)

Tabla 8

**Tasas estimadas de homicidios y suicidio por edades en el mundo, 2000**

Grupo de edad	Tasa de homicidios (por 100 000 habitantes)		Tasa de suicidio (por 100 000 habitantes)	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
<b>0-4</b>	5,8	4,8	0,0	0,0
<b>5-14</b>	2,1	2,0	1,7	2,0
<b>15-29</b>	19,4	4,4	15,6	12,2
<b>30-44</b>	18,7	4,3	21,5	12,4
<b>45-59</b>	14,8	4,5	28,4	12,6
<b>~ 60</b>	13,0	4,5	44,9	22,1
<b>TOTAL</b>	<b>13,6</b>	<b>4,0</b>	<b>18,9</b>	<b>10,6</b>

Fuente: Proyecto de la Carga Mundial de Morbilidad (OMS, 2003)

El riesgo de maltrato mortal de los niños menores de 5 años varía según el nivel de ingreso del país y la región del mundo:

- En los países de ingreso alto, la tasa de homicidios es de 2,2 por 100 000 para los varones y de 1,8 por 100 000 para las niñas.
- En los países de ingreso mediano o bajo las tasas son de dos a tres veces más altas: 6,1 por 100 000 para los niños y 5,1 por 100 000 para las niñas.

Las tasas más altas se encuentran en África: 17,9 por 100 000 para los varones y 12,7 por 100 000 para las niñas. Aunque habitualmente no se investigan muchas de las

defunciones de menores, ni se llevan a cabo exámenes posmortem, lo que dificulta establecer con precisión la cantidad de muertes causadas por el maltrato de menores en un país determinado.

Las **causas** más comunes de muerte atribuidas al maltrato de menores, son:

1. Lesión en la cabeza,
2. Traumatismo en el abdomen, y
3. Sofocación intencional.

### 3.1.2. *Carga Mundial de Morbilidad*

Los datos sobre el MTI provienen de diversas fuentes, tales como las estadísticas oficiales, los informes de casos y las encuestas basadas en la población.

- **Las estadísticas oficiales** a menudo revelan poco acerca de las características del maltrato de menores. Esto obedece en parte a que en muchos países no hay ningún sistema jurídico o social con la responsabilidad específica de registrar informes sobre el MTI. Además, existen diversas definiciones jurídicas y culturales del maltrato y negligencia en los distintos países. Hay también pruebas de que sólo una proporción pequeña de los casos de maltrato de menores se informa a las autoridades, aunque exista la notificación obligatoria.
- **Los informes de las Agencias Internacionales** dependientes del sistema de las Naciones Unidas, con motivo de la evaluación de los Objetivos para el Desarrollo del Milenio en el 2005, contamos con estimaciones sobre la protección de la infancia, desde la eliminación de la pobreza y el aumento del acceso de los niños a la educación escolar, hasta la eliminación de la desigualdad basada en el género y la reducción de la mortalidad infantil que tienen relación con el MTI. El MTI, contra niños y niñas, daña su salud física y mental, desestabiliza los entornos seguros de aprendizaje y hace estragos en la igualdad entre los géneros.

Para UNICEF, “protección de la infancia” se refiere a las labores de prevención y respuesta a la violencia, la explotación y el abuso contra niños y niñas, como por ejemplo la explotación sexual, la trata, el trabajo infantil y prácticas tradicionales perniciosas como la mutilación genital de la mujer y el matrimonio adolescente. Entre los datos más significativos, del Informe sobre la Situación Mundial de la Infancia, 2008, señalamos:

- ✓ En el Caribe, un 96% de las personas dedicadas a la atención a la infancia creen que el castigo corporal refleja que los padres y madres están “lo bastante atentos como para invertir tiempo en formar adecuadamente a sus hijos”. (UNESCO, 2005).
- ✓ Según datos del Informe de Educación Para Todos (2007) 130 millones no van a la escuela.
- ✓ En Asia, al menos 60 millones de niñas han “desaparecido” debido a la selección prenatal del sexo, el infanticidio o el abandono. (UNICEF, 2005)

- ✓ A nivel mundial, el 20% de las mujeres y entre el 5% y el 10% de los hombres sufrieron abusos sexuales durante la infancia (UNICEF, 2006).
- ✓ La OIT calcula que, en 2004, 218 millones de niños trabajan y 126 millones de niños y niñas de 5 a 17 años de edad realizan trabajos peligrosos. (Oficina Internacional del Trabajo, 2006).
- ✓ La OMS, estima entre 100 y 140 millones de chicas han sufrido algún tipo de mutilación/corte genital y UNICEF en 2005 indicó que en el África subsahariana, Egipto y el Sudán cada año 3 millones de muchachas y mujeres son sometidas a mutilaciones/cortes genitales (UNICEF Innocenti Research Centre, 2005).
- ✓ En documentos elaborados en numerosos países de todas las regiones del mundo se señala que entre un 80% y un 98% de los niños sufren castigos corporales en el hogar y que un tercio o más de ellos recibe castigos corporales muy graves aplicados con utensilios. (OMS, 2006).
- ✓ Basándose en datos de un amplio abanico de países en vías de desarrollo, el Análisis realizado para el Estudio por la Encuesta Mundial sobre Salud Escolar ha mostrado recientemente que entre el 20% y el 65% de niños en edad escolar dijo haber sufrido acoso físico o verbal durante los 30 días anteriores a la encuesta (CDC-OMS, 2006). El acoso entre compañeros es frecuente también en los países industrializados. (Currie C y otros. HBSC, 2004)
- ✓ La OMS calcula que 150 millones de chicas y 73 millones de chicos menores de 18 años tuvieron relaciones sexuales forzadas o sufrieron otras formas de violencia sexual con contacto físico en 2002 (Andrews G y otros. "Child sexual abuse", 2004).
- ✓

- **Encuestas basadas en la Población**

Las encuestas basadas en la población son un elemento esencial para determinar las dimensiones reales del problema del MTI.

### **El maltrato físico**

Las estimaciones de los casos de maltrato físico de menores obtenidas en las encuestas basadas en la población varían considerablemente. En una encuesta efectuada en 1995 en los Estados Unidos, se preguntó a los padres cómo castigaban a sus hijos (Straus y cols. 1998). A partir de esta encuesta se obtuvo una tasa de maltrato físico de 49 por 1 000 niños cuando se incluyeron los siguientes comportamientos: golpear al niño con un objeto en un sitio que no eran las nalgas, patearlo, vapulearlo, y amenazarlo con un cuchillo o arma de fuego.

Las investigaciones existentes indican que en muchos otros países las tasas no son inferiores y pueden en verdad ser superiores a las estimaciones del maltrato físico en los Estados Unidos. Recientemente se han obtenido, entre otros, los siguientes resultados en todo el mundo:

- ✓ En una encuesta transversal entre menores de Egipto, realizada por Youssef y cols. en 1998, el 7% de los niños y niñas informaron que eran golpeados o atados por sus padres y 26% comunicaron que habían sufrido lesiones físicas como fracturas, pérdida del conocimiento o discapacidad permanente a causa de los golpes o ataduras.
- ✓ En un estudio efectuado Hahm y Guterman en la República de Corea el 2001, se preguntó a los padres acerca de su comportamiento hacia sus hijos. Dos tercios de los padres informaron que azotaban a sus hijos y 45% confirmaron que los habían golpeado, pateado o vapuleado.
- ✓ La encuesta en hogares de Rumania realizada por la Oficina Regional de la OMS para Europa (Browne y cols., 2002) encontró que 4,6% de los niños informaron sufrir malos tratos físicos graves y frecuentes, como ser golpeados con un objeto, ser quemados o privados de alimentos. Casi la mitad de los padres rumanos admitieron que golpeaban a sus hijos “habitualmente”, y 16%, que los golpeaban con objetos.
- ✓ En Etiopía, 21% de los escolares urbanos y 64% de los escolares rurales informaron que tenían magulladuras o tumefacciones en el cuerpo como resultado del castigo administrado por sus progenitores, según datos publicados por Ethiopian Medical Journal de Ketsela y Kedebe en 1997.

Los datos que son más comparables provienen del proyecto de “*Estudios Mundiales del Maltrato en el Entorno Familiar* (WorldSAFE siglas de World Studies of Abuse in the Family Environment)”, elaborado por Sadowski, Hunter, Bangdiwala y Muñoz en 2004, examinaron las tasas de incidencia del Castigo Corporal usando la Escala de Tácticas en el Conflicto Padre/Madre-Niño (Parent-Child Conflict Tactics Scale), con informes presentados por las mismas madres durante el periodo de los seis meses anteriores una investigación efectuada en colaboración en diversos países. Los investigadores de Chile, Egipto, Filipinas y la India aplicaron un protocolo básico común a muestras basadas en la población de las madres de cada país, con el fin de establecer tasas de incidencia comparables de formas severas y más moderadas de castigar a los niños. Específicamente, los investigadores midieron la frecuencia de comportamientos de castigo de los padres, sin catalogar los castigos severos como maltrato, usando la Escala de Tácticas para Conflictos entre Padres e Hijos (Straus, 1998 y Hunter, 2000). En estos estudios también se recopilaron sistemáticamente otros datos con el propósito de determinar los factores de riesgo y protectores.

En la tabla 9 se presentan los resultados obtenidos en los cuatro países que participaron en este estudio, sobre la incidencia relativa de los comportamientos disciplinarios notificados espontáneamente por los padres. En cada país se usaron preguntas redactadas de manera idéntica. Se comparan los resultados con los de una encuesta nacional realizada en los Estados Unidos usando el mismo instrumento formulado por Straus (1998). Está claro que el castigo severo por los progenitores no está confinado a unos pocos lugares o una sola región del mundo. Los padres en Egipto, en zonas rurales de la India y en Filipinas informaron con frecuencia que, como castigo, habían golpeado a sus hijos con un objeto en una parte del cuerpo diferente de las nalgas por lo menos una vez en los seis meses previos. Este comportamiento también se informó en Chile y en los Estados Unidos, si bien con una tasa mucho menor.

Tabla 9

**Resultado del Estudio Mundial del Maltrato Infantil (WorldSAFE, 2004)**

Tasas de formas severas o moderadas de castigo físico infligido en los seis meses anteriores, según lo informado por las madres en el estudio WorldSAFE					
Tipo de castigo	Incidencia (%)				
	Chile	Egipto	India <sup>a</sup>	Filipinas	EUA
<b>Castigo físico severo</b>					
Golpeó al niño con un objeto (no en las nalgas)	4	26	36	21	4
Pateó al niño	0	2	10	6	0
Quemó al niño	0	2	1	0	0
Golpeó al niño	0	25	— <sup>b</sup>	3	0
Amenazó al niño con un cuchillo o arma de fuego	0	0	1	1	0
Asfixió al niño	0	1	2	1	0
<b>Castigo físico moderado</b>					
Nalgadas (con la mano)	51	29	58	75	47
Golpeó al niño en las nalgas (con un objeto)	18	28	23	51	21
Abofeteó al niño o le dio un golpe con la mano abierta en la cabeza	13	41	58	21	4
Jaló el pelo del niño	24	29	29	23	— <sup>b</sup>
Zamarreó al niño <sup>c</sup>	39	59	12	20	9
Golpeó al niño con los nudillos	12	25	28	8	— <sup>b</sup>
Pellizcó al niño	3	45	17	60	5
Retorció la oreja del niño	27	31	16	31	— <sup>b</sup>
Forzó al niño a arrodillarse o permanecer en una posición incómoda	0	6	2	4	— <sup>b</sup>
Puso pimienta en la boca del niño	0	2	3	1	— <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Zonas rurales.

<sup>b</sup> Pregunta no hecha en la encuesta.

<sup>c</sup> Niños de 2 o más años de edad.

Las formas más crueles de violencia —como asfixiar a los niños, quemarlos o amenazarlos con un cuchillo o arma de fuego— se notificaron con frecuencia mucho menor.

Las notificaciones similares hechas por los padres en otros países confirman que el castigo físico severo a los niños existe en proporciones significativas dondequiera que se ha investigado. En Italia, según las Escalas de Tácticas para Conflictos, la incidencia de la violencia grave era de 8% (Bardi y Borgognini-Tari, 2001). Tang indicó una tasa anual de violencia grave contra los niños, según lo informado por los padres, de 461 por 1 000 en China (RAE de Hong Kong en 1998). Kim realiza el estudio, para comparar las tasas de violencia contra los niños de escuelas primarias de China y la República de Corea, con las Escalas de Tácticas para Conflictos, pero se

hicieron las preguntas a los niños en lugar de a sus padres. En China, la tasa de violencia grave informada por los niños fue de 22,6%, mientras que en la República de Corea llegó a 51,3%.

Los datos del estudio de WorldSAFE revelaron las características de formas más “moderadas” de castigo físico en diferentes países, según se observa en la tabla 8. El castigo moderado no se considera maltrato en todo el mundo, si bien algunos profesionales y padres consideran inadmisibles tales formas de disciplina. En este aspecto, el estudio de WorldSAFE indicó una divergencia mayor entre las sociedades y las culturas. Dar nalgadas a los niños fue la medida disciplinaria más comúnmente notificada en los países, con la excepción de Egipto, donde otras formas de castigo, como zamarrear a los niños, pellizcarlos, darles un golpe con la mano abierta en la cara o la cabeza, se usó con mayor frecuencia. No obstante, ambos padres en las zonas rurales de la India informaron que abofeteaban a sus hijos o les pegaban en la cabeza con la mano abierta casi con la misma frecuencia con que les propinaban nalgadas, mientras que en los otros países las bofetadas y los golpes en la cabeza ocurrían menos a menudo.

Las formas moderadas y severas de castigo no están limitadas a la familia o el ámbito doméstico. Gran parte de los castigos excesivos los administran los docentes y otros responsables del cuidado de los niños en las escuelas y otras instituciones.

### **El abuso sexual**

Las estimaciones de la prevalencia del **abuso sexual** varían enormemente según las definiciones usadas y la manera en que se recopila la información. Algunas encuestas se realizan con niños, otras con adolescentes y adultos que informan sobre su niñez, mientras que en otras se pregunta a los padres acerca de lo que pueden haber experimentado sus hijos. Estos tres métodos diferentes pueden producir resultados muy distintos.

Por ejemplo, en la encuesta entre familias rumanas ya mencionada, se encontró que 0,1% de los padres admitieron haber abusado sexualmente de sus hijos, mientras 9,1% de los hijos informaron que habían sufrido abuso sexual (Browne y cols. 2002.). Esta discrepancia quizá se explique en parte por el hecho de que a los niños se les pidió que incluyeran el abuso sexual por otras personas además de sus padres.

Entre los estudios publicados de adultos que informaban retrospectivamente sobre su propia niñez, las tasas de prevalencia del abuso sexual en la niñez entre los varones varían de 1% (Pederson y Skronidal, 1996) —usando una definición restringida de contacto sexual que implica presión o fuerza— a 19% (Goldman y Padayachi, 1997), cuando se empleó una definición más amplia.

En las mujeres adultas, las tasas de prevalencia a lo largo de toda la vida de la victimización sexual en la niñez varían de 0,9% (Choquet M y cols., 1997), usando la violación como definición del abuso, a 45% (38) con una definición mucho más

amplia. Los resultados informados en los estudios internacionales realizados desde 1980 revelan una tasa media de prevalencia a lo largo de toda la vida de la victimización sexual en la niñez de 20% en las mujeres y de 5% a 10% en los varones (Finkelhor, 1994). Estas variaciones amplias en las estimaciones de la prevalencia publicadas podrían ser resultado de diferencias reales del riesgo que existe en las distintas culturas o de las diferencias en la forma en que se efectuaron los estudios. La inclusión del abuso por los pares en la definición de abuso sexual de los niños puede aumentar la prevalencia en un 9%, según Fergusson, y la inclusión de los casos donde no se produce contacto físico puede aumentar las tasas en alrededor de 16% (Russell, 1986.)

### **El maltrato emocional**

El maltrato psíquico de los niños ha recibido aun menos atención mundial que el maltrato físico y el abuso sexual. Los factores culturales parecen influir en las modalidades no físicas que los padres eligen para disciplinar a sus hijos, algunas de las cuales pueden ser consideradas psíquicamente nocivas por personas de otros ambientes culturales. Por consiguiente, es muy difícil definir el maltrato emocional. Además, las consecuencias del maltrato psíquico, cualquiera que sea su definición, probablemente diferirán mucho según el contexto y la edad del niño. Hay datos que indican que gritar a los niños es una respuesta común de los padres en muchos países. Maldecir a los niños e insultarlos es un comportamiento que parece variar mucho más.

En los cinco países del estudio WorldSAFE, la tasa de incidencia más baja de insultos dirigidos a los niños en los seis meses anteriores fue de 15% (tabla 10). Sin embargo, las prácticas de amenazar a los niños con abandonarlos o dejarlos fuera de la casa y echar llave a la puerta variaron mucho entre los distintos países. En Filipinas, por ejemplo, las amenazas de abandono fueron notificadas frecuentemente por las madres como una medida disciplinaria. En Chile, solo cerca de 8% de las madres recurrían a este tipo de amenazas.

Tabla 10.

**Maltrato Emocional****Tasas de castigo verbal o psíquico infligido en los seis meses anteriores, conforme a lo informado por las madres en el estudio WorldSAFE**

Castigo verbal o psíquico	Incidencia (%)				
	Chile	Egipto	India <sup>a</sup>	Filipinas	EUA
Le gritó al niño	84	72	70	82	85
Insultó al niño	15	44	29	24	17
Maldijo al niño	3	51	— <sup>b</sup>	0	24
Rehusó hablar con el niño	17	48	31	15	— <sup>b</sup>
Amenazó echar al niño del hogar	5	0	— <sup>b</sup>	26	6
Amenazó abandonarlo	8	10	20	48	— <sup>b</sup>
Lo amenazó con espíritus malignos	12	6	20	24	— <sup>b</sup>
Cerró la puerta y dejó al niño fuera de la casa	2	1	— <sup>b</sup>	12	— <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Zonas rurales.<sup>b</sup> Pregunta no hecha en la encuesta.

Son sumamente escasos los datos sobre el grado en que los padres u otras personas a cargo en diferentes culturas y partes del mundo emplean métodos disciplinarios no violentos que no representan maltrato. Los datos limitados del proyecto de WorldSAFE indican que la mayoría de los padres utilizan prácticas disciplinarias no violentas, tales como explicar a los niños por qué su comportamiento estaba equivocado y decirles que no deben actuar así, cancelar prerrogativas y usar otros métodos no violentos para corregir los problemas de conducta (tabla 11). En otras partes, por ejemplo en Costa Rica, los padres admitieron que empleaban el castigo físico para disciplinar a los niños, pero señalaron que era el método que menos les gustaba (López SC et al. 2000)

Tabla 11.

**Maltrato psicológico****Tasas de prácticas disciplinarias no violentas usadas en los 6 meses anteriores, conforme a lo informado por las madres en el estudio WorldSAFE**

Prácticas disciplinarias no violentas	Incidencia (%)				
	Chile	Egipto	India <sup>a</sup>	Filipinas	EUA
Explicó al niño por qué estaba mal su conducta	91	80	94	90	94
Canceló prerrogativas	60	27	43	3	77
Dijo al niño que dejara de comportarse de ese modo	88	69	— <sup>b</sup>	91	— <sup>b</sup>
Le dio al niño algo que hacer	71	43	27	66	75
Obligó al niño a quedarse en un lugar	37	50	5	58	75

<sup>a</sup> Zonas rurales.<sup>b</sup> Pregunta no hecha en la encuesta.



### **La negligencia y el abandono**

Muchos investigadores incluyen la negligencia y el abandono o el daño causado por la falta de cuidado por parte de los padres u otros cuidadores como parte de la definición de maltrato (Menick, 2001; Sumba y Bwibo, 1993; Wolfe, 1999. ).

Condiciones tales como el hambre y la pobreza están a veces incluidas en la definición de descuido. Dado que las definiciones varían y las leyes sobre la notificación del maltrato no siempre establecen la notificación obligatoria del descuido, es difícil estimar las dimensiones mundiales del problema o comparar de manera válida las tasas de los distintos países. Por ejemplo, se ha investigado poco cómo los niños y los padres u otras personas a cargo pueden diferir al definir el descuido.

En Kenia, en el 2000, el abandono y el descuido eran los aspectos más comúnmente citados del maltrato de menores cuando se preguntó sobre el tema a los adultos de la comunidad en el estudio "*Awareness and views regarding child abuse and child rights in selected communities in Kenya*". En este trabajo, el 21,9% de los niños informaron que habían sido abandonados por sus padres.

En el Canadá, Troemé y Wolfe, en 2001, realizaron un estudio nacional de los casos notificados a los servicios de protección de la infancia encontró que, entre los casos comprobados de descuido:

19% fueron de descuido físico,  
12% de abandono,  
11% de descuido de la educación y  
48% de daño físico resultante de que uno de los progenitores no había proporcionado una supervisión adecuada.

#### **• Estudio Mundial sobre la Violencia en los niños (ONU, 2006)**

Ante la dispersión de datos e investigaciones, el 12 de febrero de 2003 el Secretario General de las Naciones Unidas, Sr. Kofi Annan, designó a Paulo Sergio Pinheiro dirigir un estudio mundial sobre la violencia contra los niños. El objetivo del estudio es realizar un análisis exhaustivo de la prevalencia, la naturaleza y las causas de la violencia contra los niños. Basado en los derechos humanos de los niños a la protección contra toda forma de violencia, el estudio aspira a fomentar la toma de medidas para prevenir y eliminar la violencia contra niños y niñas, incluida la violencia en el hogar, la escuela, las instituciones, el lugar de trabajo y la comunidad. Las principales conclusiones del "*Informe del estudio de la violencia contra los niños*" (ONU, 2006) en 117 países son:

- ✓ La falta de datos sistemáticos sobre la violencia contra los niños.
- ✓ La asignación insuficiente de recursos financieros y humanos, y la escasez de programas destinados a prevenir y combatir la violencia contra los niños.

- ✓ Faltan medidas de rehabilitación para los niños que han sido víctimas de malos tratos y abusos.
- ✓ Los castigos corporales siguen siendo una práctica ampliamente aceptada y practicada dentro de la familia.
- ✓ La violencia contra la mujer en la familia continúa siendo generalizada y surtiendo un efecto negativo en los niños.
- ✓ Existen leyes anticuadas relativas al abuso sexual.
- ✓ En las escuelas continúan administrándose regularmente castigos corporales.
- ✓ Casos de violencia contra menores en la administración de la justicia: los niños son víctimas de tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, por parte de agentes de policía o en las comisarías, lugares de detención o cárceles. Con frecuencia, la edad mínima de responsabilidad penal es excesivamente baja.
- ✓ Aumento de la participación de menores en la industria del sexo, incluidas la prostitución y la pornografía.
- ✓ Aumento del número de niños de la calle y la vulnerabilidad de éstos a la violencia, la tortura, el abuso sexual, la explotación, el asesinato y el secuestro.
- ✓ Persistencia de las prácticas tradicionales nocivas, como la mutilación genital femenina, los matrimonios forzados o precoces, la violencia por causa de la dote, el infanticidio de niñas, y la esclavitud.

### 3.2. MTI EN ESPAÑA

En España, siguiendo las directrices y compromisos internacionales sobre los Acuerdos Internacionales de Protección al Menor (Ver ANEXO LEGISLATIVO), la Ley General de Sanidad, Ley 14/1986 de 25 de abril, en su artículo 8.1 reconoce, en general, la importancia del conocimiento epidemiológico de los problemas que tienen implicaciones en salud, entre los que se integra el maltrato infantil. El Consejo Interterritorial del Ministerio de Sanidad y Consumo aprobó en 1999 dentro del Plan contra la violencia doméstica, el *“Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos domésticos”* 5 que no contemplaba la especificidad del maltrato infantil tanto en sus aspectos clínicos como de intervención legal y social.

La frecuencia real de MTI en la infancia es difícil de cuantificar en nuestro país, tanto a nivel nacional como autonómico, debido fundamentalmente a los factores:

- Los datos se obtienen de los expedientes de protección al menor existente en cada Comunidad Autónoma, y en la literatura se reitera que los casos que llegan a los servicios sociales son apenas el 20 % del total. (Tabla 12)
- El personal sanitario que atiende las lesiones, puede no detectar los casos de MTI, y/o no denuncia el caso;(Tabla 13)
- La familia oculta las lesiones por miedo a la denuncia y no solicita asistencia sanitaria.
- No contamos todavía con estudios sistemáticos ni registros suficientes y homologados. La información aportada proviene básicamente de los Anuarios Estadísticos de la

Secretaría de Estado y Seguridad del Ministerio del Interior, que, aunque proporciona información básica sobre la problemática, no es todo lo detallada que se requeriría.

Tabla 12.

### Factores que Influyen en Conocimiento del MTI

- + No siempre es fácil su diagnóstico, muchos no llegan siquiera a sospecharse.
- + La ausencia de una definición omnicomprensiva, que permita reconocerlos sin grandes dificultades.
- + Dificultad de diferenciarlos en muchos casos de las lesiones producidas de forma accidental.
- + La formación profesional que recibe el pre y postgraduado sobre el maltrato es escasa o nula e impide identificar las lesiones.
- + Criterios personales del propio profesional:
  - Pueden formar parte de costumbres sociales, culturales o religiosas que el profesional comparte.
  - Considerar el castigo físico como medida de disciplina y no como maltrato.
  - Todos los accidentes de la infancia son evitables, y por lo tanto serían malos tratos y viceversa.

Observatorio de la Infancia, 2006

Tabla 13.

### Factores por los que se detectan pero no se da parte.

- + Las lesiones son consideradas poco importantes
- + No se sabe con seguridad, aunque se sospeche, como se han producido (miedo a equivocarse)
- + Miedo al pensar que el emitir un parte de lesiones equivale a poner una denuncia
- + Preocupaciones de índole personal del profesional: legales (tener que declarar), económicas (pérdida horas de trabajo, pérdida de clientes), comodidad (trastado al juzgado si tiene que prestar declaración), miedo (reacción de los padres)
- + Experiencias anteriores, en las cuales a pesar de comunicar la sospecha de maltrato a las Autoridades, el niño fue entregado a los padres, sin el tratamiento social previo pertinente
- + Muchos profesionales que al comunicar la sospecha de existencia de un maltrato piensan que el niño sale más perjudicado que beneficiado por que:
  - El agresor ve en el niño el motivo de que se le investigue o interrogue y actuará posteriormente con más violencia.
  - Más valen unos malos padres que una buena Institución.
  - Consideran que no deben interferir en los asuntos privados de otras familias.

Observatorio de la Infancia, 2006

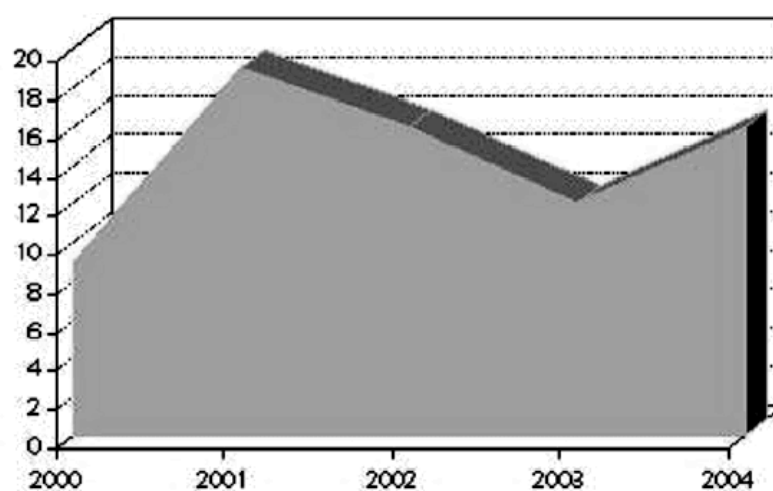
El Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia tiene como objetivo el desarrollo del Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el ámbito familiar, ofreciendo los datos sobre la incidencia y prevalencia del MTI en la familia española.

### 3.2.1. Mortalidad

La incidencia de menores muertos en el ámbito familiar ha crecido un 77,78 % en el último quinquenio, 2000 a 2004

Tabla 14

#### Incidencia de la Mortalidad de Menores en el ámbito familiar en España



2000	2001	2002	2003	2004	Increm. 00-04
9	19	16	12	16	77,78%

Los niños asesinados, por grupos de edad, han sido:

Tabla 15

#### Distribución por Tramos de Edad

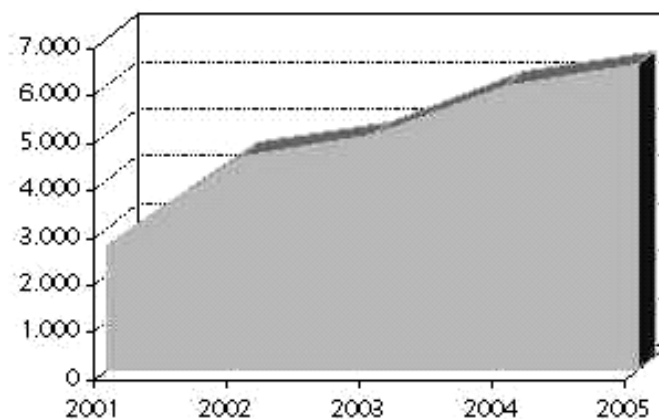
	2000	2001	2002	2003	2004	Increm. 00-04
Menores de 13 años	5	18	14	10	11	120%
De 13 a 15 años	1	0	2	1	4	300%
De 16 a 17 años	3	1	0	1	1	-66,67%

### 3.2.2. Incidencia y Prevalencia

La incidencia de menores maltratos en el medio familiar, entre 2001 y 2005 ha aumentado en un 146,29 %, como puede observarse en la tabla 12

Tabla 16.

#### Incidenca de 2001 a 2005

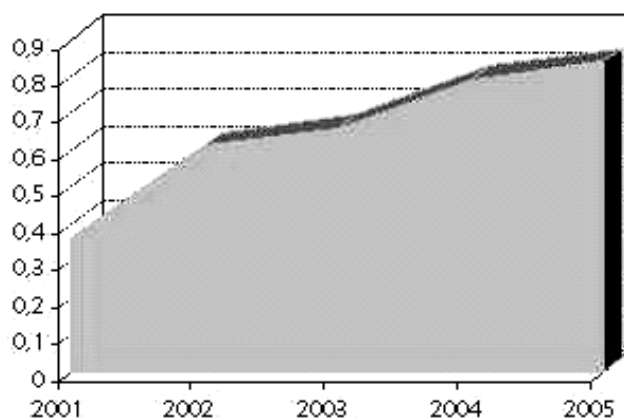


2001	2002	2003	2004	2005	Variac. 01-05
2.614	4.506	4.944	5.995	6.438	146,29%

La Prevalencia ha seguido una evolución similar, con un incremento entre 2001 y 2005 del 133,33 por ciento, como puede observarse en la tabla 17

Tabla 17.

#### Prevalencia de 2001 a 2005



2001	2002	2003	2004	2005	Variac. 01-05
0,36	0,61	0,66	0,79	0,84	133,33%

La prevalencia en España, según el Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar dirigido por el Centro Reina Sofía, fue de 7,16 niños maltratados por cada 10 000 menores de 18 años.

La distribución por Comunidades Autónomas destacan Melilla y Ceuta con una prevalencia más alta de 15,19 y 12,92 por 10 000, respectivamente. La Comunidades con prevalencias más bajas son, Cantabria y Madrid, con unas tasas de 2,41 y 5,46 por 10 000 menores. (Tabla 18)

Las causas son:

- la Negligencia (86,4 %),
- Maltrato Emocional (35,4 %), y
- Maltrato Físico (19,9 %).
- Los casos de abuso sexual representan el 3,6 % de todos los casos de MTI. Si bien, hemos de tener en cuenta que un víctima puede padecer uno o más tipos de maltrato a la vez.

Tabla 18

**Incidencia y Prevalencia de los Tipos de Maltrato Infantil, según Comunidad Autónoma.**

C. Autónoma	VÍCTIMAS										
	Nº VÍCTIMAS		TIPOLOGÍA DEL MALTRATO <sup>1</sup>								
	Incidencia	Prevalencia <sup>2</sup>	Maltrato físico		Negligencia		Maltrato emocional		Abuso sexual		
		Incidencia	Prevalencia <sup>2</sup>	Incidencia	Prevalencia <sup>2</sup>	Incidencia	Prevalencia <sup>2</sup>	Incidencia	Prevalencia <sup>2</sup>	Incidencia	Prevalencia <sup>2</sup>
Andalucía	2.389	7'06	469	1'38	2.176	6'43	1.028	3'04	68	0'20	
Aragón	272	6'85	27	0'68	245	6'19	48	1'21	9	0'23	
Asturias	355	10'69	62	1'87	313	9'42	107	3'22	8	0'24	
Baleares	332	10'50	47	1'49	234	7'40	142	4'49	19	0'60	
Canarias	461	6'42	117	1'63	404	5'63	172	2'40	13	0'18	
Cantabria	45	2'41	10	0'53	42	2'25	14	0'75	2	0'11	
Cataluña	1.438	6'50	301	1'37	1.208	5'46	613	2'78	86	0'39	
C. de Madrid	1.049	5'46	275	1'43	868	4'51	422	2'19	37	0'19	
C. Valenciana	1.379	8'60	270	1'68	1.238	7'69	177	1'10	70	0'44	
Extremadura	309	6'56	37	0'79	273	5'80	85	1'80	6	0'13	
Galicia	731	7'74	126	1'33	613	6'49	191	2'02	22	0'23	
J. C. C. M.	619	8'62	107	1'49	531	7'39	243	3'38	12	0'17	
J. C. Y L.	628	7'51	98	1'17	572	6'84	266	3'18	6	0'07	
La Rioja	64	6'97	15	1'63	52	5'66	15	1'63	2	0'22	
Murcia	490	9'53	124	2'41	450	8'75	156	3'03	11	0'21	
Navarra	118	6'43	26	1'42	86	4'69	54	2'94	3	0'16	
País Vasco	372	5'54	87	1'30	249	3'71	176	2'62	21	0'31	
Ceuta	50	12'92	13	3'36	46	11'89	21	5'43	0	0	
Melilla	52	15'19	9	2'63	39	11'39	14	4'09	1	0'29	
<b>Total</b>	<b>11.148</b>	<b>7'16</b>	<b>2.220</b>	<b>1'43</b>	<b>9.629</b>	<b>6'19</b>	<b>3.944</b>	<b>2'53</b>	<b>396</b>	<b>0'25</b>	

1. Casos correspondientes a cada tipo de maltrato. Una víctima puede sufrir uno o más tipos de maltrato.

2. Prevalencias por cada 10.000 menores.

Fuente: elaborado por el **Centro Reina Sofía** para el Estudio de la Violencia a partir de datos propios del Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el ámbito familiar; datos de población del INE.

La distribución del MTI según sexo, es mas frecuente en los chicos. Las principales características de la población menor víctima de MTI son: niños con problemas de escolarización, padecer trastornos mentales, u otro problema de salud, y tener alteraciones en el desarrollo psico-físico para su edad.

La evolución de la prevalencia por cada 1000 menores, en el período de 1997 a 2004 ha aumentado 108,67 %

Tabla 19

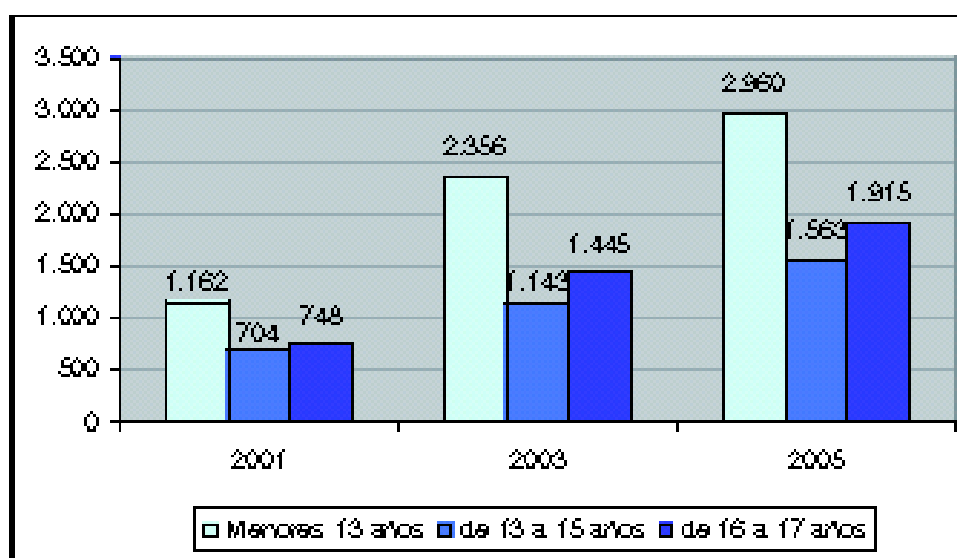
### Evolución de la Prevalencia de MTI

1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Incremento 97-04
0,33	0,37	0,4	0,39	0,36	0,61	0,66	0,79	108,67 %

Se triplica el número de niños y niñas maltratados en el ámbito familiar. Las cifras sobre maltrato infantil en el ámbito familiar siguen aumentando, como demuestran los datos recogidos entre los años 2001 y 2005. La franja de edad que sufre un incremento mayor es la de los menores de trece años: en el año 2001, el número de menores de trece años víctima de malos tratos en el ámbito familiar fue de 1.162 y en el 2005 se contabilizaron 2.960 casos.

Tabla 20

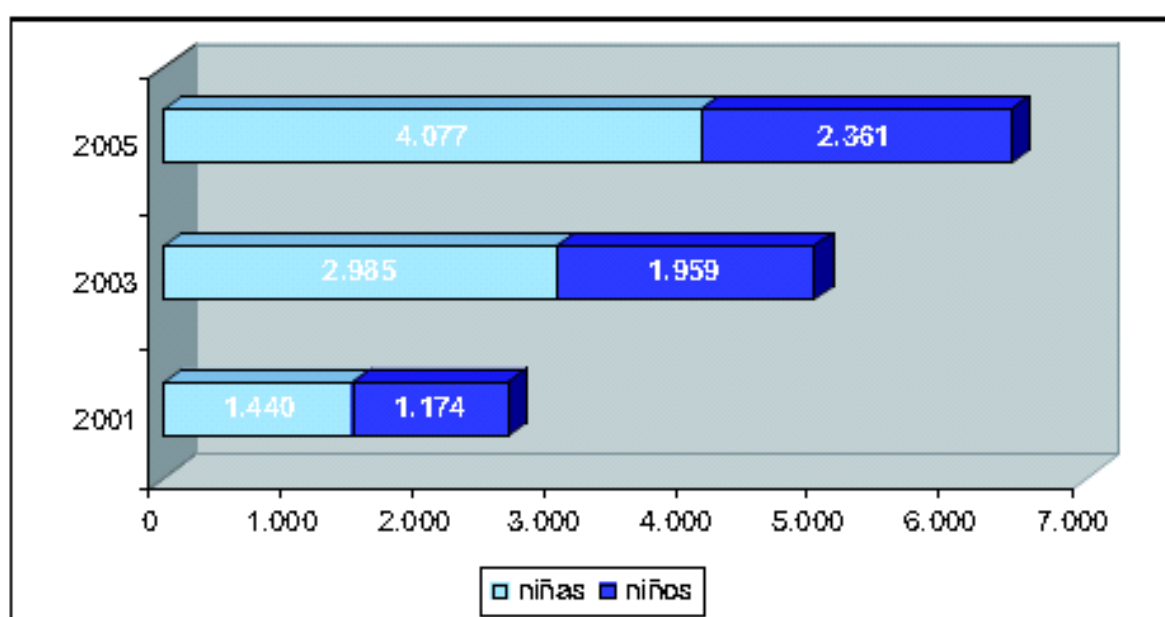
### Número de Menores Maltratados por Grupos de Edad.



Las chicas siguen siendo las principales víctimas. Los datos sobre menores maltratados en el ámbito familiar por grupos de edad y sexo, confirman la tendencia de que las niñas no sólo siguen siendo las principales víctimas de los maltratos, sino que la distancia respecto a los niños sigue aumentando. En el año 2001 el 55% de las víctimas de maltrato fueron niñas y el 44% niños. En el año 2005, 4.077 víctimas de malos tratos fueron niñas (63'3%), frente a 2.361 niños (36'7%).

Tabla 21

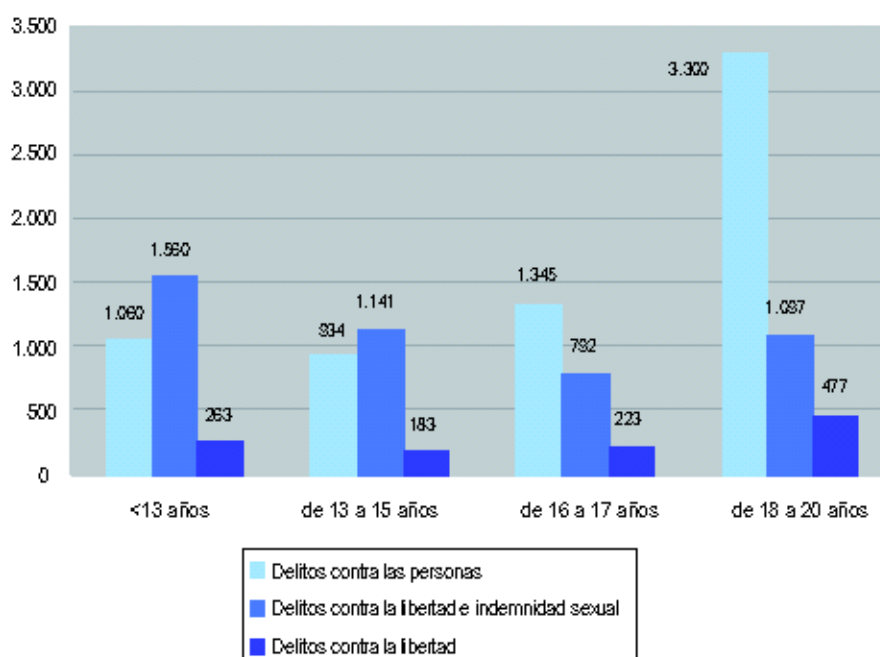
### MTI en España. Distribución por Sexo. 2001, 2003 y 2005.



Por tipología, el delito con mayor número de víctimas es el denominado “contra las personas”. Según datos del Ministerio del Interior para el año 2004, de un total de 12.375 registros de delitos contra la libertad sexual, clasificados en función de la tipología: delitos contra las personas, a la libertad e indemnidad sexual, o contra la libertad, el principal delito es el denominado “contra las personas” con un 54% de los casos, incluyendo dentro de este subgrupo las lesiones, con 2.586 casos. En este tipo de delito, el grupo de edad con más víctimas es el de 18 a 20 años, con 1.373, seguido del grupo de edad de 16 a 17 años. En los grupos de edad menores de 13 años (35%), y de 13 a 15 (24%), el delito principal del cual son víctimas es el denominado “contra la libertad e indemnidad sexual”. Esta tipología de delito comprende el abuso sexual y las agresiones sexuales, como principales actos. Finalmente, dentro de los delitos contra la libertad, destacan los “malos tratos habituales en el ámbito familiar”, con 675 casos.

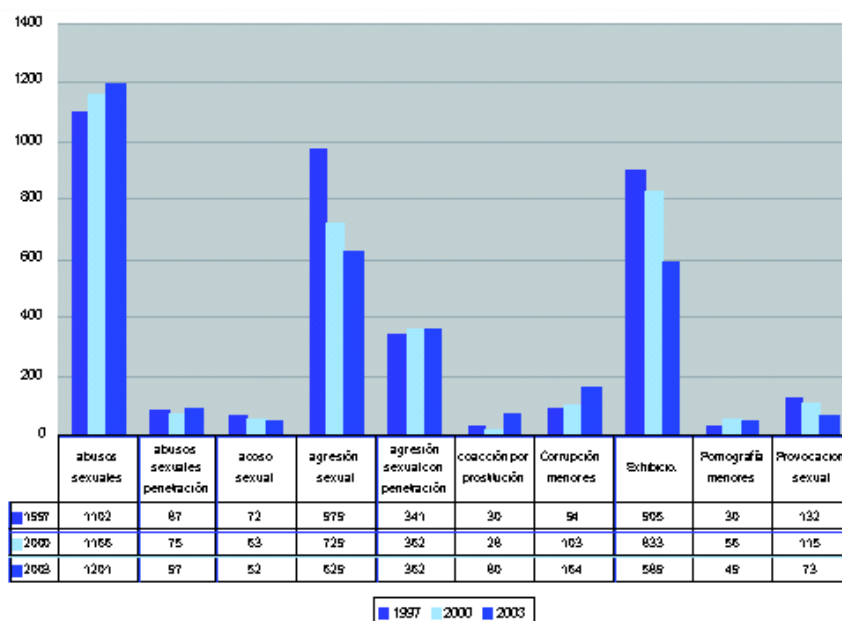


Tabla 22

**Población Infantil Víctima por Tipo de Delito y Edad.**

El abuso sexual, principal tipo de delito contra la libertad e indemnidad sexual. Los datos relativos a la población infantil víctima de delitos contra la libertad sexual muestran que el abuso sexual es el principal tipo de delito, seguido de la agresión sexual y el exhibicionismo, como se expone en la tabla 23

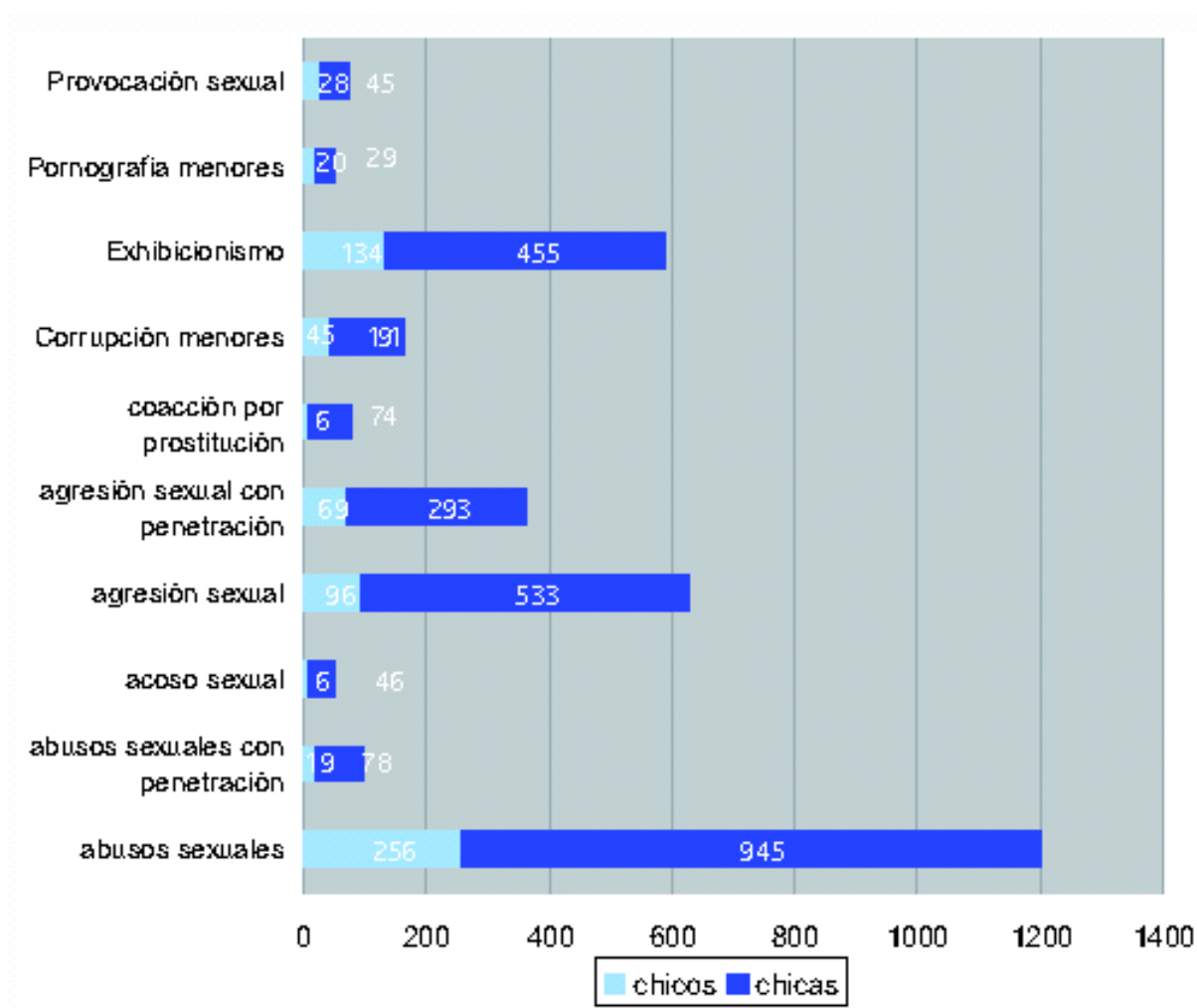
Tabla 23

**Población Infantil Víctima de Delitos contra la libertad sexual por Tipología de Delito.**

En las tres situaciones anteriormente mencionadas, las chicas son las más afectadas, con un porcentaje del 78% respecto el total. A pesar de una ligera disminución en el número de víctimas por agresión sexual y exhibicionismo, los abusos sexuales han aumentado como se observa en la tabla 24

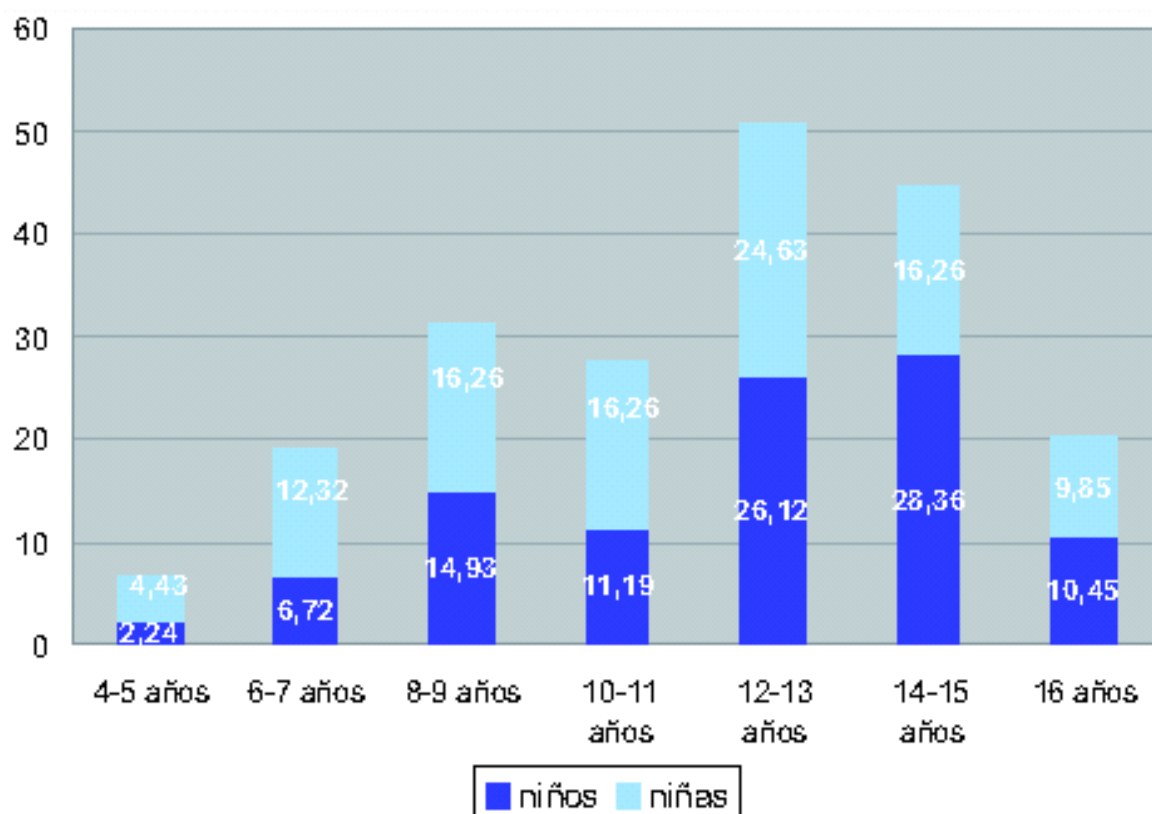
Tabla 24

**Población Infantil Víctima de Delitos contra la libertad sexual por Tipología de Delito.**



Finalmente, queremos citar el estudio de Félix López (1996) sobre “Abusos sexuales a menores”. Lo que recuerdan de mayores que, aunque se remonta a datos del año 1994, nos ha parecido interesante puesto que ofrece información cruzada por sexo y grupos de edad. Como observamos en la tabla 21, el abuso sexual se da también en edades tempranas. De los 4 a los 5 años, el porcentaje de niñas víctimas de abuso sexual en el ámbito familiar se situaba en un 4,43% y un 2,24% los niños. De los 6 a los 7 años, el 12,32% de las víctimas fueron niñas y 6,72% niños.

Tabla 25

**Distribución de las Víctimas de Abusos Sexuales. España, 1994.**

Fuente: López F. Abusos sexuales a menores. Universidad de Salamanca. Subdirección General de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1996

Desde el punto de vista del modelo ecológico del estudio del MTI es interesante analizar las variables del contexto relacional familiar y social. Es de destacar la frecuencia de MTI en las familias monoparentales, en la que la pareja del agresor ha abandonado el hogar, que viven en una vivienda deficiente, no mantiene una buena relación familiar, ni con el entorno social de las personas del barrio. Tabla 26.

Y por último, desde el modelo ecológico para el análisis del MTI, estudiamos las características de la población víctima como, edad, sexo, nivel de escolarización, padecer trastornos mentales, u otro problema de salud, tener un desarrollo psico-físico adecuado para su edad, que se presenta en la tabla 27.

## Cuidados de Enfermería en el Maltrato Infantil

C. Autónoma	CONTEXTO FAMILIAR											CONTEXTO SOCIAL								
	Tipos de familia					El agresor recibe maltrato de su pareja			La pareja del agresor ha abandonado el hogar			Familia en vivienda en buenas condiciones		El agresor tiene buenas relaciones familiares		El agresor tiene buenas relaciones con vecinos				
	Tradicional	Monoparental	Reconstituida	Adoptiva	Ns/Nc	Si	No	Ns/Nc	Si	No	Ns/Nc	Si	No	Ns/Nc	Si	No	Ns/Nc	Si	No	Ns/Nc
Andalucía	754	387	179	76	20	397	1.584	202	223	1.834	126	325	726	334	352	647	1.184	164	525	1.494
Aragón	79	36	17	11	4	18	180	21	13	189	17	42	72	26	81	64	74	22	73	124
Asturias	130	77	29	15	3	57	274	33	27	303	34	85	100	66	94	81	189	21	74	269
Baleares	103	62	38	11	6	58	205	52	5	290	20	40	68	110	54	136	125	15	78	222
Canarias	119	118	45	17	1	82	315	29	81	332	13	65	182	47	111	163	152	64	105	257
Cantabria	16	5	6	2	0	4	37	2	2	41	0	10	12	5	13	16	14	2	22	19
Cataluña	424	246	165	55	17	253	985	99	139	1.132	66	379	338	167	580	533	224	539	377	421
C. de Madrid	321	219	90	25	11	168	646	129	99	756	88	283	278	96	369	338	236	280	317	346
C. Valenciana	330	261	113	49	8	0	0	965	0	0	965	190	286	270	366	240	359	107	144	714
Extremadura	103	51	23	7	2	42	191	20	21	213	19	79	66	35	94	117	42	75	106	72
Galicia	246	119	64	12	9	77	526	66	30	587	52	109	209	128	186	139	344	62	158	449
J. C. C. M.	199	75	38	20	4	81	393	64	20	486	32	83	155	92	167	151	220	68	167	303
J. C. Y. L.	219	104	39	14	7	113	389	96	33	490	75	100	175	101	123	150	325	17	134	447
La Rioja	20	18	6	3	0	4	57	9	14	49	7	20	16	10	34	13	23	26	16	28
Murcia	151	60	38	5	6	62	311	37	9	379	22	87	122	43	112	138	160	43	164	203
Navarra	47	27	7	3	1	24	89	3	18	96	2	61	20	4	68	47	1	71	42	3
País Vasco	131	63	39	10	8	52	257	46	20	315	20	96	80	70	138	132	85	103	128	124
Ceuta	14	7	2	3	0	16	23	2	5	34	2	5	12	9	3	21	17	1	4	36
Melilla	11	15	2	1	4	4	31	9	0	38	6	7	8	18	11	5	28	0	8	36
<b>Total</b>	<b>3.417</b>	<b>1.950</b>	<b>940</b>	<b>339</b>	<b>111</b>	<b>1.512</b>	<b>6.493</b>	<b>1.884</b>	<b>759</b>	<b>7.564</b>	<b>1.566</b>	<b>2.066</b>	<b>2.925</b>	<b>1.631</b>	<b>2.956</b>	<b>3.131</b>	<b>3.802</b>	<b>1.680</b>	<b>2.642</b>	<b>5.567</b>

Fuente: elaborado por el **Centro Reina Sofía** para el **Estudio de la Violencia** a partir de datos propios del Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el ámbito familiar; datos de población del INE.



**CARACTERÍSTICAS DE LAS VÍCTIMAS**

C. Autónoma	Sexo del menor		Escolarización				Trast. Psicológ./psiquiat.		Problemas de salud			Desarro. físico adecuado			Desa. psíquico adecuado					
	Chicos	Chicas	Ns/Nc	Si	No		Si	No	Ns/Nc	Si	No	Ns/Nc	Si	No	Ns/Nc	Si	No	Ns/Nc		
					Por edad	Otras causas													Ns/Nc	Ns/Nc
Andalucía	1.308	1.071	15	1.530	547	224	88	537	1.790	102	1.790	504	1.790	95	1.987	308	94	2.017	277	95
Aragón	132	133	7	188	61	19	4	18	232	22	232	32	216	24	214	33	25	228	17	27
Asturias	214	141	0	246	75	24	10	56	279	20	279	64	274	17	291	43	21	294	38	23
Baleares	167	162	3	224	62	22	24	35	267	30	267	49	263	20	284	24	24	276	21	35
Canarias	233	227	1	304	103	39	15	69	386	6	386	121	334	6	382	58	21	398	43	20
Cantabria	23	22	0	34	11	0	0	7	37	1	37	3	42	0	39	6	0	37	8	0
Cataluña	738	688	7	1.034	234	78	87	266	1.105	62	1.093	293	1.093	47	1.194	165	74	1.191	168	74
C. de Madrid	548	492	9	712	191	114	32	210	782	57	824	177	824	48	916	85	48	887	110	52
C. Valenciana	750	626	3	856	235	201	87	136	1.248	0	1.177	165	1.177	37	1.258	84	37	1.310	35	34
Extremadura	159	150	0	224	59	22	4	32	263	14	251	48	251	10	274	25	10	264	33	12
Galicia	353	370	8	503	154	19	55	55	652	24	625	93	625	13	641	75	15	653	57	21
J. C. C. M.	328	285	6	392	163	47	17	72	490	57	479	95	479	45	509	58	52	485	85	49
J. C. Y L.	326	301	1	444	120	30	34	121	471	36	478	123	478	27	516	75	37	522	68	38
La Rioja	32	32	0	43	10	10	1	5	59	0	50	14	50	0	56	8	0	56	8	0
Murcia	279	203	8	308	151	13	18	30	434	26	404	66	404	20	421	50	19	432	38	20
Navarra	73	45	0	92	15	10	1	16	98	4	99	18	99	1	105	11	2	98	19	1
País Vasco	179	190	3	287	53	21	11	81	257	34	285	66	285	21	317	36	19	305	42	25
Ceuta	22	28	0	32	11	5	2	11	36	3	25	22	25	3	46	1	3	43	4	3
Melilla	24	26	2	24	15	3	10	6	36	10	34	9	34	9	38	5	9	38	5	9
<b>Total</b>	<b>5.883</b>	<b>5.192</b>	<b>73</b>	<b>7.477</b>	<b>2.270</b>	<b>901</b>	<b>500</b>	<b>1.763</b>	<b>8.877</b>	<b>508</b>	<b>1.962</b>	<b>8.743</b>	<b>443</b>	<b>9.488</b>	<b>1.150</b>	<b>510</b>	<b>9.534</b>	<b>1.076</b>	<b>538</b>	

Fuente: elaborado por el **Centro Reina Sofía** para el **Estudio de la Violencia** a partir de datos propios del Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el ámbito Familiar; datos de población del I.E.

Los estudios encuestas basadas en la población por OMEP – España (Sáez creso, 1998) sobre la *Actitud de los españoles ante el castigo físico infantil como forma de disciplina familiar* (Juste, Morales y Costa, 1997), de ámbito nacional, nos ofrece las siguientes conclusiones:

El 40 % contestó que algunas veces era necesario, y el 1,7 % contestó que era necesario muchas veces, como método educativos empleados con sus hijos, con la siguiente distribución:

- El 16,5 % de los padres presentan un alto riesgo de emplear métodos violentos con agresiones físicas hacia sus hijos (cachetes, bofetadas, palizas y golpes).
- El 17,1 % de los padres presentan un alto riesgo de recurrir a la agresividad y violencia psicológica con sus hijos (desprecios, minusvaloración, muestras de desafecto, humillación en público).
- El 16,5% de los padres presentan alto riesgo de recurrir a ambos tipos de MT.
- El perfil de las personas que responden afirmativamente corresponde, en el primer caso a una mujer; de edad comprendida entre 30 y 40 años, con estudios primarios, conviviendo con una pareja, y pertenecientes a la clase social de obreros cualificados.

Según datos del “*Informe sobre situación Maltrato Infantil en las Familias Españolas*”, de noviembre 2005, sobre 14.114 llamadas sobre maltrato infantil recibidas en el Teléfono del Menor Anar entre los años 1994 y 2005, revela que 17 de cada 10.000 menores españoles sufre maltrato físico, psíquico, abuso sexual o situación de abandono, la mayoría son niñas (75,6%), sobre todo adolescentes: 14-17 años (72,6%), que son vejadas principalmente por progenitores masculinos.

Las principales **causas** por la que los menores llaman son:

- 58.86% son por maltrato físico,
- 30.32% por abuso sexual,
- 7.69% por maltrato psicológico y
- 3.11% por abandono.

La distribución por grupos de **edad** y tipo de maltrato es:

- El maltrato físico es mayor en las mujeres de entre 14-17 años (36,8%),
- El maltrato psicológico (29,8%) y
- El abuso sexual (34,1%). la proporción de mujeres triplica a la de hombres abusados.

En cuanto a los **agresores**, y sin desglosar los tipos de maltrato:

- el padre (27,7%),
- la madre (22,7%).
- vecinos, amigos y conocidos (4,7%), y
- las parejas de la madre.

Los menores que sufren cualquiera de las formas de maltrato presentan los siguientes **factores asociados**:

- problemas psicológicos, como ansiedad y miedo; sufren gritos, insultos y vejaciones y tienen problemas de rendimiento escolar.
- situaciones de vejación infantil,
- un entorno familiar caracterizado por alcohol, drogas y trastornos psiquiátricos y problemas de relaciones familiares,
- sobre todo entre padres en procesos de separación.

Los responsables del informe ponen de relieve el alto porcentaje de abusos sexuales revelados en este trabajo, frente a otras investigaciones que rebajan la proporción de agresiones sexuales infantiles. A su juicio, el hecho de que la línea telefónica de ayuda al menor sea confidencial hace que "la transmisión" de este tipo de abusos, "que suelen ser un tema tabú y por lo tanto difícil de comunicar", se realiza de una manera más "fácil y frecuente".

Podemos **concluir sobre el MTI en España** que:

- Es más frecuente en niños que en niñas;
- Muchos de los menores sufren más de un tipo de MT al mismo tiempo;
- El MT físico es más frecuentes en menores de 2 años, y
- El abuso sexual es más frecuente a partir de los 9 años y sobre todo, entre los 12 y los 15 años;
- Hay una acumulación de factores de riesgo (Tabla 9) y escasos recursos de apoyo.
- El **MT emocional** es más frecuente en familias con problemas de pareja y enfermedades mentales.

Respecto al **abuso sexual**, las características son:

- Más frecuente en el medio urbano, que en el rural (60 % frente al 40 %).
- Tienen lugar sobre todo en el interior de las casas o de vehículos.
- Ocurrieron una sola vez en el 56 % de los casos, frente al 44 % que se repitieron.

Las lesiones de piel y mucosas representan la forma más frecuente de **MT físico**; las quemaduras, las formas más espectaculares, y los traumatismos craneoencefálicos provocados, la causa de muerte más frecuente. Y la localización más frecuente de las

lesiones son: glúteos, nalgas y caderas, cara, extremo proximal del brazo y piernas, espalda, cuero cabelludo, manos y pies, oídos, genitales, nariz y boca.

La **Negligencia** es la forma de MT más común, seguida del MT físico y del MT emocional.

### 3.3. MTI EN LA COMUNIDAD DE MADRID

El Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario de la Comunidad de Madrid se inició en 1998. Previamente la Consejería de Sanidad venía realizando desde principio de la década de los 90 diferentes actividades relativas al maltrato infantil como cursos, seminarios y publicaciones (Bosch Marín, 1980; Sáez Crespo, 1984; Sáez Crespo, 1986; Abad y cols. 1993; Oñorbe y cols. 1995; OMEP, 1997) pero existía una demanda creciente de los profesionales sanitarios de formación acerca de aspectos clínicos y de intervención en los casos de maltrato infantil.

El Sistema de Protección de Menores, corresponde por ley a las Comunidades Autónomas, siendo el Instituto Madrileño del Menor y la Familia la entidad responsable de protección de menores en la Comunidad de Madrid.

El Instituto Madrileño del Menor y la Familia, dependiente en 1998 de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales y, actualmente, de la Consejería de Servicios Sociales, comenzó en 1998 el Programa de Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario. El Programa se inicio en colaboración con el Instituto Nacional de la Salud de Madrid, las Concejalías de Servicios Sociales y Sanidad y Consumo del Ayuntamiento de Madrid, y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. El Programa contempla, entre otros, el establecimiento de un registro acumulativo de casos detectados desde el ámbito sanitario. El 1 de enero de 1999 se inició el Registro de Notificación de Riesgo y Maltrato Infantil, que incluye el maltrato físico, la negligencia, el maltrato emocional y el abuso sexual, desarrollado una hoja de notificación como un instrumento de recogida de información para la detección de casos.

En la Comunidad de Madrid, el académico, Prof. Ángel Nogales, presentó en la Real Academia Nacional de Medicina, el 23 de enero de 2001, los aspectos epidemiológicos del MTI en la Comunidad de Madrid, que registró desde enero de 1.999 a junio de 2.000, comparándolos con los informes anuales del Defensor del Menor y la Familia de la Comunidad de Madrid de los años 1997 a 1999 (Nogales, 2001.), que resumimos en la tabla 28. En el período de enero de 1999 a junio de 2000 se contabilizaron 539 notificaciones, de las que 25 fueron repetidas, y su distribución por causa, son: 200 casos de negligencia, 187 de maltrato físico, 143 de abusos sexuales y 126 de maltrato emocional.



Tabla 28

**Informe Anual del Defensor del Menor de la CAM y Nogales (2001)**

<b>TIPO DE MALTRATO</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>1999 a 1.6.2000</b>
<b>TOTAL EXPEDIENTES</b>	<b>130</b>	<b>97</b>	<b>84</b>	<b>514</b>
<b>M. FÍSICO</b>	34	39	43	187
Entre Iguales	9	12	2	
Por Adultos	25	27	41	
<b>M. EMOCIONAL</b>	26	24	15	126
Entre Iguales	4	5	2	
Por Adultos	22	19	13	
<b>ABUSO SEXUAL</b>	27	12	15	143
Entre Iguales	6	1	2	
Por Adultos	21	11	13	
<b>NEGLIGENCIA</b>				200
<b>USO PORNOGRÁFICO DEL MENOR</b>		2	6	
<b>M. INSTITUCIONAL</b>	43	20	5	

La distribución de las notificaciones según **sexo**, son:

241 varones (48 %)

256 mujeres (52 %)

Y la distribución de los casos de MTI, por **grupos de edad**, es:

0 – 3 años: 147 casos

4 – 7 años: 100 casos

8 a 11 años: 100 casos

12 a 15 años: 90 casos

16 a 18 años: 27 casos

No costa la edad: 27 casos

Posteriormente, Díaz Huertas y cols. (2001) estudian la puesta en práctica de la hoja de notificación y registro del periodo de el 1 de enero de 1999 hasta el 31 de diciembre de 2000 y con la población de referencia son todos los niños, enfermos o sanos, que sean atendidos en los centros sanitarios de la Red Pública de Asistencia Sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Los resultados fueron 670 notificaciones, que distribuidas por año, son:

1999: 350

2000: 320

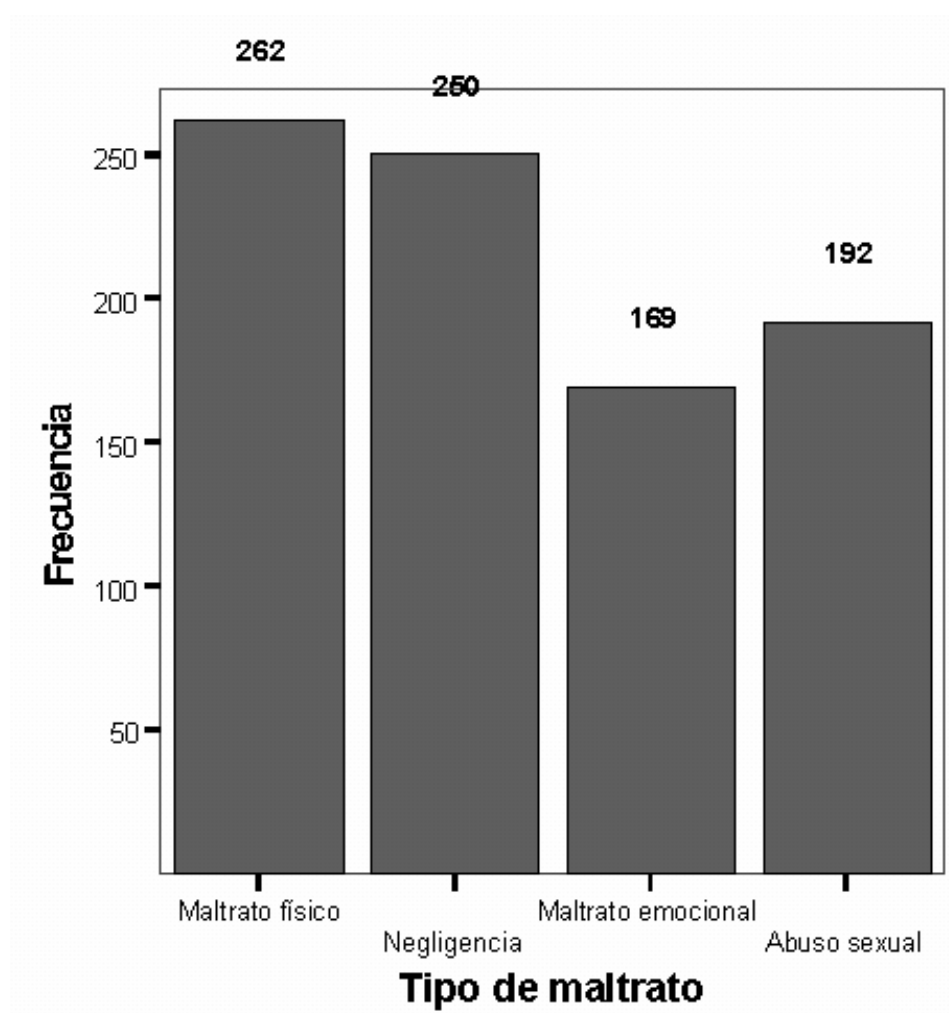
Según el **tipo de notificación**, se distribuyen:

Sospecha: 461 (68,8%)  
Casos: 209 (31,2% casos)

La frecuencia, según el **tipo de maltrato**, se expone en la tabla 29

Tabla 29

**Frecuencia según las diferentes tipologías de maltrato infantil.**

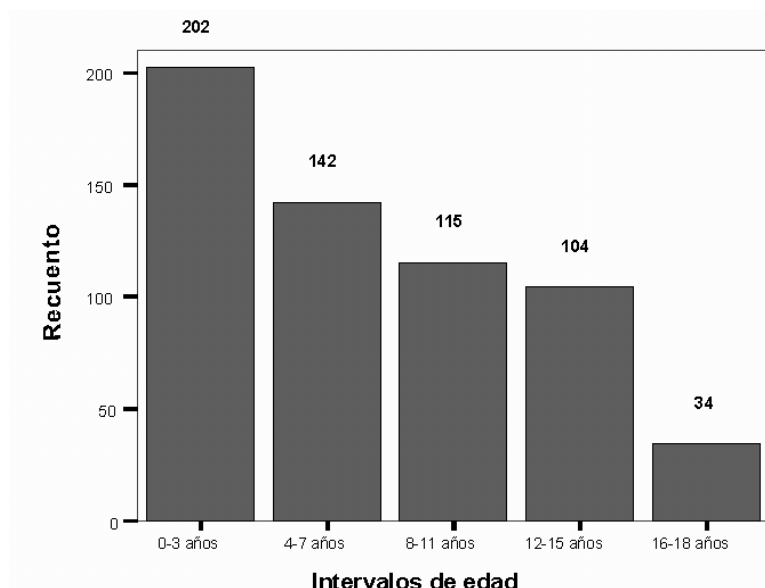


En 185 casos (27,7%) se notificó más de una forma de maltrato infantil, siendo las asociaciones más frecuentes el Maltrato físico con el Maltrato emocional (59 casos) y el Maltrato emocional con la Negligencia (58 casos). La asociación menos frecuente fueron Abusos sexual con el Maltrato físico (15 casos).

La distribución del MTI, por **grupos de edad**, se presenta en la tabla 30

Tabla 30

**Notificaciones por grupos de edad.**



En la prevalencia por grupos de edad (tabla 31) ofrecen una notificación mayor en el grupo de 0 a 3 años y una notificación menor en el grupo de 16 a 18 años. Esto es debido al seguimiento realizado por Programa del Niño Sano y a la mayor frecuentación de las consultas en la infancia temprana. En el grupo de 16 a 18 años de edad, las notificaciones se deben fundamentalmente a los casos de abuso sexual y las derivadas de situaciones de violencia entre iguales que el profesional sanitario considera como casos de maltrato infantil.

Tabla 31

**Prevalencia de maltrato infantil por edades.**

Edad (años)	Casos	Prevalencia (por 10.000)
0 – 3	202	12,04
4 – 7	142	7,43
8 – 11	115	5,68
12 – 15	104	4,46
16 – 18	34	1,62

La mujer presenta una mayor frecuencia de maltrato (52,5%). En el caso del Abuso sexual, el grupo de mujeres muestra una mayor notificación, representando el 69,4% de este tipo de notificación.

Con la puesta en marcha del Programa de Atención al MTI en la Comunidad de Madrid, desde el ámbito sanitario, con la hoja de notificación, ha permitido detectar y comunicar los nuevos casos, conocer las recidivas e integrar los servicios sanitarios y sociales.

Actualmente, contamos con un registro centralizado de casos que permite el estudio epidemiológico del MTI desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid. Así como una mayor implicación de los profesionales de la salud en la detección y tratamiento, asegurando la atención social a los niños. Todo ello, se ha visto favorecido con el establecimiento del sistema estandarizado de notificación de todos los casos a los servicios sociales.



#### IV. ETIOLOGÍA

Se han formulado diversas teorías y modelos para explicar los incidentes de maltrato dentro de las familias (factores personales, familiares y socio-culturales). La mayoría de los estudios efectuados para se han realizado en familias en las que han intervenido servicios de protección infantil, lo que han llevado a un "error sistemático" o sesgo de selección del profesional que identifica y señala dicho abuso.

Se admite que no hay características demográficas, familiares o personales que excluyan la posibilidad de abuso en niños. El modelo que mejor explica la presencia de factores de riesgo que pueden inducir al abuso es el modelo ecológico descrito anteriormente. Aplicando al MTI, el modelo ecológico considera varios factores, como las características de cada niño y su familia, las de su cuidador o perpetrador, la índole de la comunidad local y el ámbito social, económico y cultural (Garbarino y Crouter, 1978; Belsky, 1980).

Este modelo considera la existencia de diferentes niveles ecológicos que están encajados unos dentro de otros interactuando en una dimensión temporal. Existen en este sistema factores compensadores (factores protectores) que actuarían según un modelo de afrontamiento, impidiendo que los factores potenciadores (factores de riesgo o de vulnerabilidad) que se producen en las familias desencadenen una respuesta agresiva hacia sus miembros. La progresiva disminución de los factores compensadores podría explicar la espiral de violencia intrafamiliar que se produce en el fenómeno de maltrato infantil.

La escasa investigación en este campo indica que, en una serie de países, algunos factores son bastante uniformes en cuanto al riesgo que implican. No obstante, es importante observar que estos factores, que se enumeran a continuación, tal vez se asocien solo estadísticamente y no exista un vínculo causal. (National Research Council, 1993; Sáez, 2001).

#### **4.1. FACTORES PREDISPONENTES:**

##### ***4.1.1. Características de los padres:***

- Padres inmaduros (20 - 30 años) RR: 3
- Embarazos no deseados.
- Padres egocéntricos.
- Escasa adaptación ante la frustración.
- Fondo de agresividad.
- Sufrieron MT en su infancia.
- Depresión o problemas emocionales.
- Baja autoestima.
- Expectativas poco realistas sobre el niño.

##### ***4.1.2. Características de los hijos:***

- Ilegitimidad.
- Niños con discapacidades físicas y / o psíquicas.
- Gemelos.
- Enfermedades crónicas (especialmente VIH/SIDA).
- Niños adoptados o en custodia.
- Niños hiperactivos.
- Mal ajuste escolar.

#### **4.2. FACTORES DESENCADENANTES:**

##### ***4.2.1. Fallo en la dinámica familiar:***

- Familias “rotas”.
- Amor y afectividad.
- Factores psico-sociales.

##### ***4.2.2. Ambientes marginales con problemática social:***

- Paro.
- Miseria humana.
- Incultura.
- Hacinamiento.
- Alcoholismo.

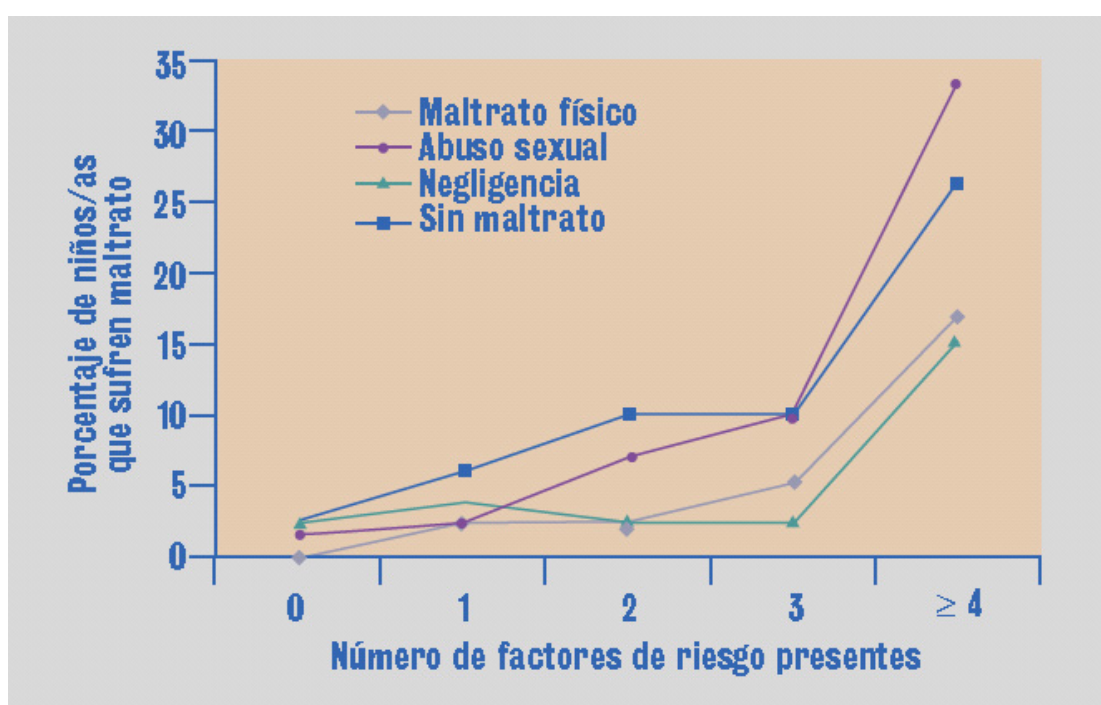
##### ***4.2.3. Otros factores asociados:***

- Los padres agresores, han sufrido MT en su infancia.
- El agresor mas frecuente es la madre.

- Las edades más expuestas son entre 2 y 6 años.
- Son más frecuentes en familias de 4 o más hijos.
- Se produce con mayor frecuencia en el hijo mayor.

En la figura 4 se presentan las situaciones de riesgo psicosocial recogidas en la CIE-10, susceptibles aumentar las conductas de maltrato en la infancia y adolescencia. La presencia de 5 factores o más multiplica por 5 la probabilidad de presentar malos tratos en la infancia (Brow y cols., 1998)

**Figura 4. Porcentaje según presencia de factores de riesgo**



Tomado de Brow J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. Child Abuse Negl 1998

Desde el modelo ecológico, el Informe del estudio de la violencia contra los niños, presentado por Paulo Sergio Pinheiro en la Asamblea General de las Naciones Unidas, el 26 de Agosto de 2006, destaca la importancia de los siguientes factores relacionados con la violencia letal: (ONU, 2006)

#### 4.3. FACTORES DE RIESGO

- El grado de desarrollo económico,
- el nivel social,
- la edad,
- el sexo y
- el género.



Según los datos de la OMS en el año 2002 en el Informe “*Global Estimates of Health Consequences due to Violence against Children*”, la tasa de homicidios de niños fue el doble en los países de bajos ingresos que en los países de altos ingresos (2,58 frente a 1,21 por cada 100.000 habitantes). Las tasas más altas de homicidio infantil se dan en los adolescentes, especialmente en los varones entre 15 y 17 años (3,28 en el caso de las chicas, 9,06 en el de los chicos) y en los niños entre 0 y 4 años (1,99 en el caso de las niñas y 2,09 en el de los niños).

Algunos estudios, recopilados por Krug en 2004, indican que los niños pequeños corren mayor riesgo de sufrir violencia física, mientras que la violencia sexual afecta principalmente a los que han alcanzado la pubertad o la adolescencia. Los chicos corren mayor riesgo de sufrir violencia física que las chicas, mientras que las chicas están más expuestas a sufrir violencia sexual, abandono y prostitución forzosa. Los modelos socioculturales de conducta y los estereotipos de comportamiento, así como factores socioeconómicos tales como el nivel de ingresos y el nivel educativo tienen gran importancia.

Algunos estudios a pequeña escala ponen de manifiesto que ciertos grupos de niños son especialmente vulnerables a la violencia. Entre ellos se cuentan los niños con discapacidades, los que pertenecen a minorías y otros grupos marginados, los “niños de la calle” y los que se encuentran en conflicto con la ley, así como los refugiados y otros niños desplazados.

Con los datos publicados por el Programa Nacional de Epidemiología de la Violencia en el Ámbito Familiar dirigido por el Centro Reina Sofía, los factores de riesgo encontrados en el niño maltratado fueron (Centro Reina Sofía; 2002.):

- Niño o niña, indistintamente, menor de un año o entre 13 a 15 años.
- En caso de abuso sexual el 81,1% eran niñas.
- Presentaban problemas de salud el 17,6% de los niños.
- El 15,8 % de los niños padece problemas de conducta o psiquiátricos.
- 10,7% no presenta desarrollo físico adecuado.
- 9,7% padece minusvalías psicológicas.
- En el 56,6% de los casos convive en una familia biparental tradicional, el 13,9% en familias reconstituidas y el 5 % en familias adoptivas.
- En el 22,5% de los casos coexiste maltrato a la mujer, frente al 6 % en los hombres.

#### 4.4. FACTORES DE PROTECCIÓN

Respecto a los **factores de protección**, hace falta investigar más y queda confirmada la hipótesis de que “las unidades familiares estables” pueden ser importantes fuentes de protección para los niños en todos los entornos. (V. J. Felitti y cols., 1998)

El ejercicio de la paternidad responsable, el desarrollo de vínculos afectivos entre padres e hijos y una disciplina asertiva y no violenta son, algunos de los factores que

suelen favorecer la protección de los niños contra la violencia, tanto en el hogar como en otros entornos. Algunos de los factores proclives a proteger a los niños de la violencia en la escuela son las normas generales y los planes de enseñanza eficaces que fomenten actitudes y comportamientos no violentos y no discriminatorios. Se ha demostrado que los altos niveles de cohesión social tienen un efecto protector contra la violencia en la comunidad, aun cuando otros factores de riesgo están presentes.

Las investigaciones recopiladas por la OMS en la guía *“Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence”* del 2002, han identificado varios factores que parecen facilitar la recuperación de los niños que han sufrido la violencia. Entre estos factores se encuentran:

- el firme apego del niño hacia algún miembro adulto de la familia,
- altos niveles de atención por parte de los padres durante la infancia,
- una relación cálida y de apoyo con un progenitor no maltratador, y
- las relaciones de apoyo con compañeros que no estén envueltos en abuso de sustancias adictivas o comportamiento delictivo.



## V. DIAGNÓSTICO

El MTI incluye la amenaza o el daño físico, psíquico y social. Los problemas que tienen los niños maltratados se traducen en manifestaciones que pueden ser conductuales, físicas y/o emocionales. El niño no sabe defenderse ante las agresiones de los adultos, no pide ayuda. Pero recordemos que “el niño nunca miente”. (Sáez Crespo y Martínez Piédrola, 2.000). Las señales de alarma nos pueden indicar una situación de riesgo o MTI. (Junyent, García y Pou, 2004)

### 5.1. LOS INDICADORES DE PRESUNCIÓN

Pueden ayudar la observación, pero hemos de tener en cuenta que la existencia de éstos, por sí solos, no es suficiente para demostrar el MTI, sino que hay que considerar también la frecuencia de las manifestaciones, cómo, dónde y con quién se producen.

#### 5.1.1. *En el comportamiento del niño,*

En la observación del comportamiento del niño, podemos encontrar:

- Signos Físicos
- Síntomas Psicosociales

El **Signo Físico** más frecuente es una lesión física cutánea traumática, no explicada, en un niño menor de 3 años y que concurren las siguientes características:

- Signos físicos repetidos (quemaduras, hematomas,...);
- Dolores frecuentes sin causa aparente,
- Discordancia entre la historia relatada y los hallazgos exploratorios,
- Intervalo excesivo entre la lesión y la visita en la consulta,
- Signos de abandono y suciedad: mal olientes, con ropa descuidada y, en general “toda lesión que cura en el hospital y recidiva en el hogar”,

- La presencia de cualquier fractura en niños menores de 2 años puede indicar maltrato,
- La dificultad para andar o sentarse y el dolor o picor en la zona genital pueden deberse a abuso sexual,
- Retrasos en el ritmo de crecimiento,
- Falta de cuidados médicos básicos; higiene, problemas alimenticios (muy glotón o con pérdida de apetito), y las infecciones recurrentes pueden suponer la existencia de maltrato por negligencia o abandono

Los **Síntomas Psicosociales** más frecuentes son:

- Disminución desarrollo emocional e intelectual,
- Retraso psico-motor,
- Retraso en la adquisición del lenguaje,
- Retraimiento social,
- Ausencia expresión emocional y /o gestual,
- Cansancio o apatía permanente,
- Trastornos del ritmo del sueño,
- Actitud hipervigilante (en estado de alerta, receloso),
- Depresión,
- Presenta conductas antisociales y/o predelincuentes,
- Desconfianza hacia el adulto y apatía en las relaciones con los progenitores.

### ***5.1.2. En el comportamiento los padres o cuidadores:***

Durante podemos encontrar en el comportamiento de los padres y/o cuidadores las siguientes actitudes:

- Parecen no preocuparse por el niño,
- No acuden a las citas programadas o acuden a consulta a demanda sin motivo real,
- Cambio frecuente de médicos y enfermeras de cabecera,
- Ausencia de informes de alta tras ingresos hospitalarios,
- Múltiples visitas al pediatra por traumatismos o intoxicaciones,
- Abusan de sustancias tóxicas (alcohol, drogas...),
- Expresan dificultades en su matrimonio,
- Trato desigual entre hermanos,
- Utilizan habitualmente una disciplina inapropiada para la edad del niño,
- Ofrecen explicaciones ilógicas al personal sanitario en el momento de la crisis, que imposibilita la correcta recolección de datos de la vida familiar,

- La frialdad y falta de afecto en el trato del niño, el rechazo verbal, el menosprecio y desvalorización del niño son comportamientos paternos que pueden indicar maltrato.

## 5.2. LA DETECCIÓN DE MTI

Consiste en reconocer o identificar una posible situación de abuso en el niño. El objetivo es posibilitar la ayuda a la familia y al niño, lo más precoz posible, para evitar la gravedad de las consecuencias, tratar las secuelas y prevenir las recurrencias. (Soriano Faura, 2005).

La dificultad de la detección del abuso reside en la privacidad del suceso, que ocurre frecuentemente en el medio familiar, por lo que pasa desapercibido al profesional, por ello todos los esfuerzos van encaminados al reconocimiento de indicadores que a través de la anamnesis, la exploración y la historia social nos orienten a la posible existencia del maltrato y la toma de decisiones y la intervención.(Figura 5)

**Figura 5.**

### Diagrama de detección del maltrato infantil



Ante la sospecha, se realizará una primera entrevista con los padres o cuidadores, procurando tener en cuenta los siguientes aspectos:

- La entrevista se llevará en privado.
- Aceptar inicialmente las explicaciones familiares y evitar la confrontación dialéctica.
- Actitud no punitiva o juzgadora.
- Utilizar un lenguaje comprensible a la hora de proporcionar información, en tono suave y normal.
- No insistir en preguntas que no quieran responder.
- Asegurar la confidencialidad.

- Advertir de la posibilidad de realizar pruebas complementarias (realización de pruebas medicas, psicológicas, etc.), para confirmar o realizar diagnóstico diferencial con otros procesos

Si fuera necesario entrevistar al niño, se valorará la posible repercusión sobre el menor, procurando que no se sienta culpable.

La atención al maltrato infantil se enmarca dentro del *Protocolo de actuación ante los malos elaborado por el Observatorio de la Infancia desde el Programa para la Mejora de la Atención Social a la Infancia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006)* y los correspondientes de cada Comunidad Autónoma, y tendrá en cuenta las siguientes premisas:

- La actuaciones ante situaciones de maltrato infantil deben estar cumplir una serie de criterios básicos de intervención, entre ellos:
- Los niños tienen derecho a que sus necesidades básicas sean cubiertas. La familia, la escuela, los servicios sociales, sanitarios,..., y los adultos en general son responsables de que los niños puedan vivir en condiciones que les permitan satisfacer sus necesidades.
- Los niños están especialmente indefensos y necesitados, no pudiendo proporcionarse a sí mismos las respuestas más adecuadas a sus necesidades ni protegerse de todos los riesgos.
- La familia es la institución que mejor puede responder a algunas necesidades básicas y proteger a los niños.
- Cuando los padres son incapaces o no desean proteger a sus hijos de situaciones abusivas o son ellos mismos los agentes del maltrato, la comunidad debe intervenir para proteger a los menores.
- Cuando los niños sufren carencias y riesgos que amenazan su adecuado desarrollo, todos los adultos e instituciones públicas tienen el deber de denunciarlo y ofrecer las ayudas o peticiones de ayuda que sean más eficaces.
- El interés superior del menor debe ser el principio en que estén basadas las tomas de decisión.
- El plan de actuación debe contemplar la mayor colaboración posible de los padres y del propio menor.
- La mejor forma de proteger a los niños del maltrato es ayudar a sus padres o cuidadores a que adquieran o vuelvan a asumir sus funciones de protección y cuidado de sus hijos.
- Los padres afectados por medidas de protección deben recibir ayudas que faciliten su colaboración, debiendo mantenerse el mayor contacto posible con los padres y entre los padres y los hijos, salvo indicación específica por entrañar graves desventajas para el menor.

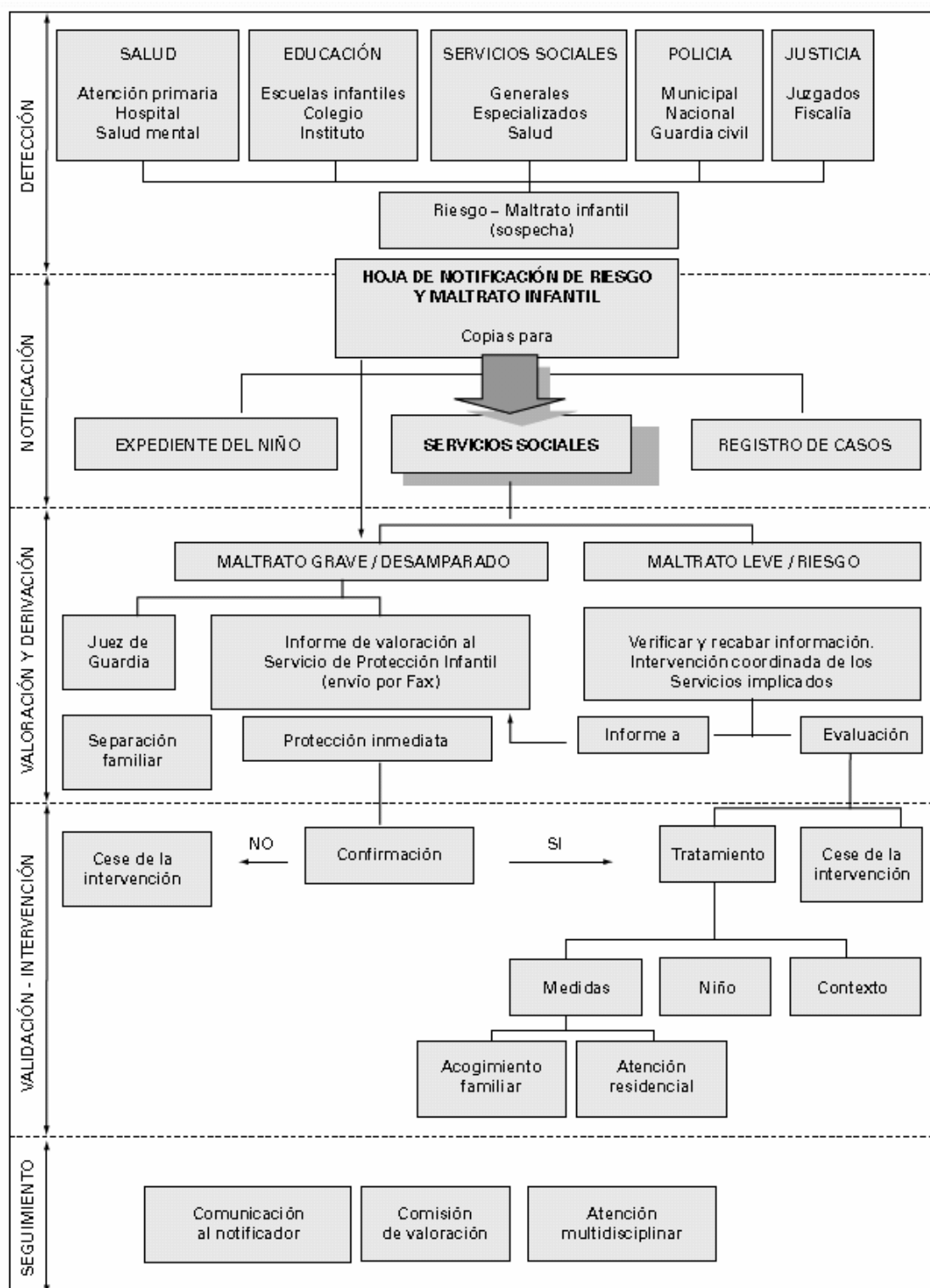
El **Proceso de Atención al Maltrato Infantil** es un esquema básico de fases interdependientes que no necesariamente siguen siempre una dirección lineal. Por ejemplo la gravedad en algunos casos puede exigir como primer paso tomar medidas para garantizar la seguridad y protección del niño como puede ser la hospitalización o ingreso en un Centro de Acogida de Urgencias.

El esquema del cuadro contenido en la tabla 32 nos ofrece una idea general de las **actuaciones** (detección, recepción, investigación, evaluación, planificación, intervención, evaluación, fin intervención), de los **organismos / servicios** que pueden estar implicados (sanitarios, sociales, educativos, policiales, judiciales, fiscales,...), siguiendo el actual **sistema de protección de menores** (desjudicialización, y competencias de los servicios sociales y de las Comunidades Autónomas).



Tabla 32

## Fases del Proceso de actuación en casos de riesgo y maltrato infantil



(\*) Siempre es obligatorio la comunicación a los servicios sociales que son los que tienen las competencias en materia de protección de menores.

(\*\*) Parte de lesiones o para la tutela de menores ante la imposibilidad de contactar con los servicios de la Comunidades Autónomas con la competencia de protección de menores.

(\*\*\*) Cuando se requiera la intervención del Fiscal de Menores con sus funciones de defensor del menor o de la policía en las ciudades el GRUMIE (Grupo de Menores de la Policía Judicial) y en el ámbito rural el EMUME (Equipo de Mujer y Menor de la Guardia Civil).

### **5.3. EL EXAMEN CLÍNICO**

Debe ser meticuloso y a la vez cuidadoso para no causar reexperiencia del trauma, evitar exploraciones innecesarias o repetidas si pensamos que por la gravedad o importancia de la lesión va a ser remitido a médico forense o centro hospitalario.

En caso de sospecha de maltrato emocional es conveniente derivar al niño a servicios de psicología o salud mental para poder hacer un diagnóstico diferencial con otros trastornos.

Es frecuente que un menor sufra más de un tipo de maltrato al mismo tiempo, los casos de maltrato apenas se dan solos, así menores abandonado sufren también abuso emocional, o el abandono físico está correlacionado con el abuso físico, y por lo que respecta al abuso sexual, destaca la elevada correlación con el abuso emocional.

### **5.4. LA NOTIFICACIÓN DEL CASO**

Es una condición necesaria para posibilitar la intervención de los Servicios de Protección del Menor, y una obligación legal y profesional (Ley de Enjuiciamiento Criminal, artículo 262; Ley de Protección Jurídica al Menor, artículo 13; Código Penal Artículos 407 y 450, y Código Deontología y Ética Médica, artículo 30.2)

No solo los casos graves deben ser notificados, también los aparentemente leves y las situaciones de riesgo. En estos supuestos se comunicará a servicios sociales del centro de salud o servicios sociales municipales de la zona.

La notificación deberá realizarse a servicios sociales del ámbito sanitario o de zona, en caso de gravedad se seguirán los cauces propios del centro hospitalario al que se remite (Juez de Guardia, Fiscal de Menores,...). Ante una situación de emergencia o alto riesgo se debe asegurar el ingreso en un centro hospitalario.

### **5.5. LA INTERVENCIÓN SANITARIA ANTE UN CASO DE CRISIS**

Ante la sospecha de un caso de maltrato infantil, tenemos que considerar:

- La intervención debe ser sobre el problema en su conjunto: todas las circunstancias predisponentes, desencadenantes y modificadoras de la presentación, intensidad y recurrencia del maltrato.
- Tratamiento de las lesiones y sus secuelas físicas, así como, las medidas protectoras en caso de sospecha de riesgo de contagio, según tipo de MTI (inmunización tétanos, hepatitis B, tratamiento profiláctico de enfermedades transmisibles según el riesgo del agresor, y controles serológicos de ETS, etc.).

- Asegurar tratamiento emocional y psicológico por centros de salud mental infantojuvenil.
- Coordinarse con los servicios sociales de la zona.
- Seguimiento de la familia y el niño para el tratamiento de las crisis (secuelas, repetición del maltrato, problemas de salud asociados).
- La atención debe ir dirigida no sólo al niño, sino al grupo familiar adoptando medidas terapéuticas oportunas (sobre el alcoholismo, toxicomanías, trastornos psiquiátricos, planificación familiar, etc.).

Se favorecerá la atención del menor en su propia familia, siempre que ello sea posible, procurando la participación de los padres y familiares próximos en el proceso de normalización de su vida social.

## **VI. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD**

La violencia puede tener diversas consecuencias para los niños según sus características y su nivel de gravedad, sus repercusiones a corto y largo plazo son con frecuencia serias y perjudiciales, en términos de:

### **6.1. MORTALIDAD PREMATURA**

Según OMS, es de 57 000 defunciones en menores de 15 años al año.

### **6.2. MORBILIDAD**

La violencia puede provocar una mayor susceptibilidad a sufrir problemas sociales, emocionales y cognitivos durante toda la vida y a presentar comportamientos perjudiciales para la salud, como por ejemplo el abuso de sustancias adictivas o la iniciación precoz en la actividad sexual.(CDC, 2006)

La exposición temprana a la violencia está relacionada con el desarrollo posterior de enfermedades pulmonares, cardíacas y hepáticas, enfermedades de transmisión sexual y con el aborto espontáneo, así como con el comportamiento violento en el seno de la pareja y los intentos de suicidio en etapas posteriores de la vida (OMS, 2002)

Problemas de salud mental y los problemas sociales relacionados con la violencia se encuentran la ansiedad y los trastornos depresivos, las alucinaciones, el desempeño deficiente de las tareas profesionales, las alteraciones de la memoria y el comportamiento agresivo.

Enfermedades crónicas se han relacionado como consecuencia para la salud fruto de haber pasado episodios de MTI (Zunzunegui, Morales y Martínez, 1997; Bifulco y Morán, 1998), así como, otras enfermedades como cardiopatía isquémica, el cáncer, la enfermedad pulmonar crónica, el síndrome del colon irritable y la fibromialgia, que

están relacionadas con experiencias de maltrato durante la niñez (Felitti y cols. 1998) debido a la adopción de factores de riesgo vinculados con el comportamiento, tales como el tabaquismo, el abuso de alcohol, la alimentación deficiente y la falta de ejercicio.

La OMS en el citado Informe sobre la Violencia y Salud, hace un esquema sobre las principales consecuencias de la Violencia sobre la salud, que ofrecemos en la tabla 33.

Tabla 33.

### Consecuencias Sobre la Salud

<p><b>Físicas</b>            Lesiones abdominales o torácicas            Lesiones cerebrales Moretones e hinchazón Quemaduras y escaldaduras            Lesiones del sistema nervioso central            Discapacidad            Fracturas            Desgarros y abrasiones Lesiones oculares</p>
<p><b>Relacionadas con la salud sexual y reproductiva</b>            Problemas de la salud reproductiva            Disfunción sexual            Enfermedades de transmisión sexual, como la infección por el VIH y el SIDA            Embarazos no deseados</p>
<p><b>Otras consecuencias a largo plazo</b>            Cáncer            Enfermedad pulmonar crónica            Fibromialgia            Síndrome de colon irritable            Cardiopatía isquémica            Enfermedad hepática            Problemas de la salud reproductiva, como la esterilidad</p>

Fuente: Informe Mundial sobre Violencia y Salud. OMS, 2003.

#### 6.2.1. Alteraciones del Desarrollo Psico-social

Según la etapa de desarrollo infantil en que se produce el maltrato, la gravedad y la duración, la relación del agresor con el niño, y otros factores presentes en el entorno del niño, las consecuencias psicopatológicas, a corto y largo plazo se ha estudiado recientemente, y las más frecuentes, son: (Gushurst, 2003; Lansford y cols. 2002; Díaz Curiel y Vázquez Burgos 2006).

##### Primera infancia (0-3 años)

1. Proceso de vinculación: ansiedad excesiva o rechazo al establecer los vínculos
2. Procesos psicósomáticos

3. Ausencia respuesta ante estímulos sociales
4. Retraso y desarmonía en áreas madurativas
5. Alteraciones del sueño

### **Edad Preescolar (3-6 años)**

1. Rabietas/Inquietud/Hiperactividad
2. Comportamientos agresivos y/o retraimiento excesivo
3. Pasividad y escasa discriminación en las relaciones sociales
4. Búsqueda de contactos físicos “extraños” para su edad
5. Retraso disarmónico del lenguaje
6. Disminución capacidad atención
7. Inmadurez socio-emocional (“infantil” vs. “adulto”)

### **Edad escolar (7-14 años)**

1. Relaciones sociales escasas y/o conflictivas
2. Comportamientos compulsivos
3. Posibilidad de autolesiones, conductas suicidas o parasuicidas
4. Problemas de control esfinteriano
5. Dificultad en el manejo de la agresividad
6. Baja tolerancia a la frustración
7. Dificultades en el aprendizaje, bajas expectativas y ausentismo.
8. Baja autoestima
9. Dificultades para resolución de situaciones conflictivas
10. Inmadurez emocional
11. Tendencia a la impulsividad/deficiente control de impulsos
12. Trastornos de la conducta alimentaria.

### **Vida adulta**

Se incrementa la probabilidad de presentar:

1. Impulsividad, agresividad y tentativas de suicidio (en adultos con depresión mayor) (Brodsky y cols., 2001)
2. Ansiedad, abuso o dependencia del alcohol y comportamientos antisociales. Mujeres: depresión mayor y abuso de sustancias ilegales. Hombres: abuso de alcohol y distintos cuadros psicopatológicos (McMillan y cols., 2001).
3. Trastornos conversivos (Roelofs y cols., 2002)
4. Trastornos por dolor crónico y somatoformes (Kendall-Tackett, 2001)
5. Síndrome de estrés postraumático (Kaysen, Resick y Wise, 2003)
6. Trastornos borderline de personalidad (McLean y Gallop, 2003)
7. Abortos espontáneos (Gajowy y Simon, 2002)
8. Trastornos de la sexualidad: conductas sexuales inapropiadas y conductas sexuales agresivas (Alexander, 2001)

### 6.2.2. Los costos financieros

Se dispone de poca información sobre los costos mundiales de la violencia contra los niños, sobre todo de los países en desarrollo. Sin embargo, las diversas consecuencias a corto y largo plazo relacionadas con la violencia representan una proporción significativa de la carga general creada por el MTI. Se incluyen en el cálculo los costos directos asociados con el tratamiento, las visitas al hospital y al médico y otros servicios de salud. Una variedad de costos indirectos se relacionan con la productividad perdida, la discapacidad, la menor calidad de vida y la muerte prematura. Hay también costos asumidos por el sistema de justicia penal y otras instituciones, como:

- los gastos relacionados con la aprehensión y enjuiciamiento de los agresores;
- los costos para las organizaciones de asistencia social resultantes de la investigación de los informes de maltrato y de la protección de los niños contra el maltrato;
- los costos asociados con el cuidado de los menores en hogares de guarda;
- los costos para el sistema educativo;
- los costos para el sector del empleo generados por el ausentismo y la baja productividad y
- los gastos ocasionados con la atención a corto y a largo plazo de las víctimas.

Los datos ofrecidos en el Informe sobre Prevención del Maltrato Infantil (OMS, 1999) en los países desarrollados dan idea de la importante carga financiera potencial. Así, los Estados Unidos de América el coste total, en 1996, es de 12 400 millones de dólares; y en el Reino Unido 1 200 millones de dólares sólo en servicios inmediatos de asistencia social y jurídicos. La carga financiera global del problema está sin estimar. Estos importantes recursos económicos podrían ser utilizados en los programas preventivos de demostrada eficacia.

	<i>Sexual</i>	<i>Físico</i>	<i>Emocional, abandono</i>	<i>Total</i>
Costos médicos	140.000.000	430.000.000	5.000.000	570.000.000
Salud mental	1.570.000.000	1.390.000.000	2.140.000.000	5.110.000.000
Fracaso escolar	540.000.000	2.880.000.000	250.000.000	3.670.000.000
Programas públicos	300.000.000	1.000.000.000	1.750.000.000	3.050.000.000
Daños a la propiedad		10.000.000		10.000.000
Total	2.540.000.000	5.720.000.000	4.150.000.000	12.410.000.000
Casos	223.000	411.000	1.505.700	2.140.122

Instituto de Servicios Públicos, E.E.UU., 1988.

OMS. Report of the Consultation on Child Abuse Prevention, WHO Social Change and Mental Health. Violence and Injury Prevention. Ginebra, 1999.

Sólo tendremos un mundo sin violencia, si invertimos hoy en los escolares y jóvenes, por cada euro que invertimos en prevención del MTI, la sociedad, en general, gana 7 euros” (Sáez, 2001). Debemos cambiar las prioridades en la inversión pública, a favor de la prevención: “*El futuro de nuestros jóvenes depende, sobre todo, de sus dirigentes y de las decisiones que tomen*” – Afirma H.E. Nelson Mandela y Graça Machel (UNICEF, 2.002)

## VII. PREVENCIÓN

Los padres, el personal sanitario y los maestros deben ser los principales actores de la prevención del MTI y de la Promoción del Buen Trato a la infancia. En la tabla 34 estudiamos los niveles de prevención y las acciones a realizar en la familia, y la población infantil víctima.

Tabla 34. Niveles de Prevención

	<i>Prevención Primaria</i>	<i>Prevención Secundaria</i>	<i>Prevención Terciaria</i>
<b>POBLACIÓN DIANA</b>	Población General	Población de Riesgo	Víctimas
<b>OBJETIVOS</b>	Reducir la incidencia de nuevos casos	Reducir los factores de riesgo y potenciar los factores protectores Disminuir la duración y la gravedad	Reducir la gravedad y las secuelas y evitar repetición
<b>PROCEDIMIENTOS</b>	Eliminación de factores de riesgo Promoción de la salud y de la competencia de la población general	Detección y tratamiento tempranos Promoción de la salud y de la competencia de la población de alto riesgo	Tratamiento de las víctimas y de su entorno Promoción de la salud y de la competencia de las víctimas.

Costa M, Morales JA, 1997

Así pues, hemos nos centrarnos en reducir la incidencia de nuevos casos, con intervenciones dirigidas a la población general, con el objetivo de evitar la presencia de factores de riesgo y potenciar los factores protectores de promoción de salud. Proponemos las siguientes actividades de promoción de salud y buen trato en la familia, y de eliminación de los factores de riesgo.



### **7.1. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

1. Capacitación de los profesionales de atención a la infancia y la familia, para la detección, seguimiento, y tratamiento del MTI.
2. Intervenir en las familias, desde la psicoprofilaxis obstétrica con, medidas de educación para la paternidad responsable, y puericultura: Entrenamiento y capacitación de los padres en habilidades de cuidados de los hijos, el conocimiento sobre las etapas del desarrollo infantil, y las exigencias que comporta asumir el rol de ser padres. Desarrollo de habilidades para afrontar el estrés que implica el cuidado de los hijos y para manejar el comportamiento infantil. Mejorar el vínculo, los lazos emocionales, y las prácticas educativas y de comunicación, en la relación entre padres e hijos.
3. Desarrollar en el medio comunitario las "escuelas de padres" promoviendo valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad.
4. Prevenir el embarazo precoz no deseado, en las jóvenes mediante la educación psico-afectiva y el desarrollo de habilidades y valores para la vida, tanto en centros escolares, como en los controles de salud a los 11, 12 y 14 años, en las consultas de pediatría, a padres y niños.
5. En los controles de la Consulta del Niño Sano identificar las necesidades especiales de cada etapa evolutiva del niño, estableciendo, con la participación y aceptación de los padres, objetivos específicos (alimentación, higiene, sueño, rabieta, control de esfínteres, etc.). Brindar orientación práctica en cuanto al establecimiento de disciplina constructiva, promover la capacitación de los padres para creación de habilidades para la estimulación del niño y el crecimiento emocional estable.
6. Visita domiciliaria de enfermería a familias de alto riesgo, desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida, con frecuencia mensual, duración de cada visita de 20 a 40 minutos y un protocolo definido previamente para cada familia. La detección prenatal se realiza por el médico de familia, la matrona los controles de la embarazada, y las visitas de enfermería programadas con la trabajadora social.

### **7.2. ELIMINACIÓN Y /O REDUCCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO**

1. Identificación de familias de riesgo. El maltrato infantil es difícil de predecir y los cuestionarios diseñados para identificar a familias de riesgo, que maltratarían eventualmente a sus hijos, se han revelado ineficaces. Con una prevalencia del maltrato infantil de 15 por mil, sensibilidad del 80% y especificidad del 90% de los cuestionarios se señalarían un 30% de falsos positivos. Se recomienda la

búsqueda sistemática de casos de familias de riesgo en la apertura de la Historia de Salud en Atención Primaria recabando información de aspectos psicosociales, dinámica familiar y otros factores de riesgo de la población infantil atendida. Igualmente, se debe actualizar dicha información en los controles sucesivos, evaluando la calidad del vínculo afectivo padres-hijos, los cuidados al niño, presencia de síntomas que sugieren abandono o carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites: azotes, castigos o correcciones verbales desproporcionadas.

2. Erradicación del castigo físico como una práctica educativa y de crianza infantil, por medio del desarrollo e iniciativas legislativas, como “educa, no pegues” que está muy implantada en España (OMEP, 1999).

3. Eliminar los contenidos de violencia existentes en los medios de comunicación de masas.

4. Potenciar la vida familiar: eliminar las desigualdades por razón de género, introducir valores de respeto hacia las opiniones que puedan mantener cada uno de sus miembros; compartir espacios, valores y creencias que ayuden a integrar experiencias y den un sentido a la vida; introducir prácticas sobre cómo comunicarse mejor, cómo desarrollar expectativas más ajustadas en relación con el comportamiento de los hijos, y cómo negociar y resolver los problemas que plantea la convivencia familiar diaria. La Escuela de Padres es el instrumento ideal para trabajar estas actividades en el medio escolar.

5. Potenciar gabinetes de Orientación Familiar, en los medios, escolar, en centros de salud, o en otros centros comunitarios, para el diagnóstico y tratamiento precoz de las alteraciones en la vida familiar.

6. Búsqueda de casos de abuso a la mujer e intervenir como una medida efectiva de prevenir el maltrato infantil, pues en 30 a 70 % de las familias en que se abusa de la mujer, también encontramos abuso en menores.

7. Remitir a centros de salud mental a los padres con adicción a alcohol, drogas y/o trastornos psiquiátricos. Recomendar el tratamiento por su médico de familia de los trastornos de ansiedad o depresivos.

8. Conocer e informar a las familias de riesgo de los recursos comunitarios de ayuda psicológica, social, laboral o económica, para remitir a las personas y familias con factores de riesgo, coordinando con el trabajador social objetivos, planes, estrategias y ayudas para las familias.

9. Desarrollar y difundir los saberes que se vienen conformando sobre la infancia y sus derechos.

10. Eliminar la pobreza y sus condiciones asociadas: reduciendo el desempleo, aumentando el número de viviendas de bajo coste; mejorando el equipamiento de servicios de las comunidades más afectadas por la pobreza.

11. Reducir el aislamiento social de las familias de riesgo: integrándolas en redes sociales y servicios de la comunidad; fomentando el sentimiento de comunidad, etc.
12. Desarrollar las redes de apoyo social, lo que supone indirectamente reducir el aislamiento social de las familias de riesgo.
13. Coordinación de políticas sanitarias, educativas y sociales para: reducir la pobreza, la desigualdad y el desempleo; proveer el alojamiento adecuado, la comida, cuidados sanitarios, servicios de “respiro” y oportunidades educativas.
14. Concienciar de la obligación legal y moral que tiene el profesional que atiende a la infancia ante el conocimiento o sospecha de un cuadro de esta naturaleza de comunicarlo a los servicios sociales de la comunidad, para su estudio y valoración.

### **7.3. EFECTIVIDAD DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA.**

Existe consenso en la importancia de la prevención del maltrato de menores como política social, y sorprendentemente se ha hecho muy poco para investigar la eficacia de las intervenciones preventivas.

Se ha realizado un estudio cuidadoso de algunas intervenciones, como la visita domiciliaria (Olds y cols. 1997), pero se carece de una evaluación adecuada de muchas más intervenciones en este campo.

Coren y Barlow, en 2007, han revisado los programas, individuales y en grupo, de ayuda a los padres adolescentes para mejorar los resultados psicosociales tanto entre éstos y como en sus hijos. Solamente se incluyeron cuatro ensayos controlados aleatorios en donde se asignara al azar a los participantes a un grupo experimental y a un grupo control, en los que se incluye un instrumento estandarizado para medir la salud psicosocial de la madre o el estado de salud y de desarrollo del niño. Concluyendo que se producen resultados que favorecen al grupo de intervención en una variedad de medidas de resultado de la madre y del niño, tales como: la interacción madre-hijo, desarrollo del lenguaje, actitudes de los padres, conocimiento de los padres, comunicación de la madre durante la hora de comer, seguridad de la madre en sí misma e identidad de la madre. Dado el reducido número de estudios y de variables de resultados se requieren más estudios para demostrar la efectividad de los programas de ayuda a los padres adolescentes.

Los programas de parentalidad o paternidad, son intervenciones enfocadas y a corto plazo, dirigidas a mejorar las prácticas de parentalidad además de otros resultados (muchos de los cuales son factores de riesgo para el maltrato de menores, p. ej. psicopatología de los padres, y actitudes y prácticas de parentalidad), por lo que pueden ser útiles en el tratamiento de los padres que abandonan o maltratan físicamente a los niños. Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart-Brown S, han evaluado la eficacia de estos programas en relación con el MTI. Sólo se

incluyeron siete estudios de ensayos controlados aleatorios o estudios aleatorios que compararan dos tratamientos de contaban con un instrumento estandarizado que midiera algún aspecto de la parentalidad abusiva o abandonada y dirigidos a padres de niños de cero a 19 años de edad que habían sido investigados por abandono o maltrato físico. Los resultados de la efectividad de los programas de parentalidad sobre la incidencia del maltrato infantil o en el número de lesiones revelaron que no hubo informes de maltrato en el grupo intervención, en comparación con un informe de maltrato en el grupo control. No hay pruebas suficientes para apoyar el uso de programas de parentalidad para tratar el abandono o el maltrato físico (es decir, la incidencia de maltrato a menores mediante informes de maltrato o lesiones a los niños en el registro de protección de niños). Sin embargo, hay pruebas limitadas que indican que algunos programas de parentalidad pueden ser efectivos para mejorar algunos resultados que se asocian con una parentalidad de maltrato físico. Existe una necesidad de evaluaciones rigurosas adicionales de la efectividad de los programas de parentalidad que están diseñados específicamente para tratar el abandono y el maltrato físico, ya sea de forma independiente o como parte de paquetes más amplios de atención. Dicha evaluación debe incluir el uso de medidas objetivas de resultado como las evaluaciones independientes de parentalidad y el número de casos de maltrato físico. Para lograr lo anterior, los estudios futuros necesitarán incluir un seguimiento a largo plazo.

La gran mayoría de los programas se concentran en las víctimas o causantes del maltrato y descuido de menores; muy pocos hacen hincapié en estrategias de prevención primaria encaminadas a impedir que aquellos se produzcan. A continuación se describen las intervenciones basadas en la evidencia que corroboran que las intervenciones tempranas pueden provocar cambios positivos y persistentes en el desarrollo humano. (Tabla 35) según la clasificación de los niveles de evidencia (tabla 36)

Tabla 35

**Efectividad de la Prevención Primaria**

<b>Intervención</b>	<b>Efectividad</b>	<b>Nivel de evidencia</b>	<b>Recomendación</b>
<b>Formación de profesionales</b>	No se ha determinado la efectividad	Opinión de expertos(Tipo III)	Insuficiente evidencia para excluir o incluir, pero se cree que aumentaría el diagnóstico apropiado de familias de riesgo (Recomendación C)
<b>Educación para la salud en grupos o individual (incluye Guía Anticipada, escuela de padres)</b>	Estos programas educativos pueden aumentar los conocimientos pero no se ha podido establecer si reducen la incidencia o recurrencias del maltrato. Si bien Britner encuentra reducción significativa del maltrato en programas educativos a mujeres jóvenes	Ensayos clínicos y metanálisis (Tipo I)	Insuficiente evidencia para excluirla de los exámenes periódicos de salud (Recomendación C)
<b>Identificación de familias de riesgo</b>	Identificación inadecuada de familias de riesgo (probabilidad alta de falsos positivos)	Estudios de cohortes(Tipo II-2)	Existe evidencia para excluir los cuestionarios para identificar familias de riesgo.(Recomendación D)
<b>Intervenir en familias con problemas psíquicos (incluido violencia doméstica y coordinación con trabajador social)</b>	No se ha determinado la efectividad	Opinión de expertos (tipo III)	Insuficiente evidencia para excluirlos de las intervenciones preventivas. (Recomendación C)
<b>Visita domiciliaria prenatal y durante los dos primeros años</b>	Reducen la frecuencia de accidentes pero no son concluyentes los efectos sobre la reducción de la incidencia del maltrato	Metanálisis (Tipo I)	Existe suficiente evidencia para incluir la intervención (Recomendación B)
<b>Aumentar el número de visitas de seguimiento</b>	No se ha hallado reducción significativa de la incidencia del maltrato infantil	Estudios clínicos aleatorizados (Tipo I)	Existe poca evidencia para excluirlo o incluirlo en la prevención (Recomendación C)

MacMillan HL. CMAJ. 2000; 163 (11): 1451-58

Tabla 36

**Niveles de la evidencia científica.**

- I** Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico aleatorizado controlado o de un estudio de metaanálisis.
- II-1** Evidencia obtenida de ensayos clínicos con grupo control sin distribución aleatoria.
- II-2** Evidencia obtenida de estudios analíticos de cohortes o de casos y controles, preferentemente hechos en más de un centro o equipo de investigación.
- II-3** Evidencia obtenida por múltiples series temporales, con o sin intervención. Los resultados sorprendentes en experiencias no controladas también pueden ser incluidos en este grupo de evidencia.
- III** Opiniones de reconocidos expertos, basadas en la experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

**Clasificación de las recomendaciones basadas en la fuerza de la evidencia científica.**

- A** Hay **buena evidencia** que sostiene que la actividad preventiva sea específicamente **incluida** en un examen periódico de salud.
- B** Hay **suficiente evidencia** que sostiene que la actividad preventiva sea específicamente **incluida** en un examen periódico de salud.
- C** Existe una **evidencia conflictiva** para la **inclusión** o la **exclusión** de la actividad preventiva en un examen periódico de salud, pero se puede recomendar en situaciones especiales.
- D** Existe **suficiente evidencia** que sostiene que la actividad preventiva sea **excluida** de un examen periódico de salud.
- E** Existe **buena evidencia** que sostiene que la actividad preventiva sea **excluida** de un examen periódico de salud.
- I** Hay **insuficiente evidencia** (en cantidad y/o calidad) para hacer una recomendación, sin embargo, otros factores pueden influenciar la toma de decisiones.

Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2003; 169 (3) 207-208.



## VIII. METODOLOGÍA ENFERMERA

El Proceso Enfermero, como método sistemático y organizado de administrar cuidados enfermeros, está centrado en la identificación y tratamiento de las respuestas humanas a las alteraciones de salud, bien sean reales o potenciales. Consta de cinco etapas sucesivas e interrelacionadas, a saber: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

El profesional de Enfermería en su trabajo diario con la población infantil, debe aplicar el Proceso Enfermero, como sistema de trabajo. Por ello debe utilizarse para la prevención del maltrato, la detección de signos que evidencien violencia y la ejecución de las actuaciones necesarias para atender adecuadamente al niño afectado y evitar que vuelva a ocurrir esta situación.

La sistemática propuesta a seguir será la siguiente:

- Recogida de la información.
- Valoración de la situación mediante la utilización de la valoración por patrones funcionales de salud.
- Detección del problema o problemas derivados de la valoración.
- Formulación del diagnóstico enfermero, con su etiqueta diagnóstica, definición, características definitorias sugerentes de maltrato y factores relacionados que expliquen esta situación, siguiendo las definiciones y clasificación de la NANDA .
- Establecimiento de resultados esperados en el niño o sus familiares, con indicación del nombre de identificación, definición e indicadores que describen el estado específico del paciente. Según la clasificación de resultados de enfermería (NOC) del proyecto de resultados IOWA.
- Establecimiento de intervenciones enfermeras, con indicación del nombre, definición y las actividades más apropiadas para resolver el problema identificado. Se utilizará la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) de la Universidad de Iowa.



### **8.1. LA VALORACIÓN DEL NIÑO:**

La etapa de valoración es la fase más importante de todo el proceso, pues de ella derivan las siguientes. Es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida, selección e interpretación de datos sobre el estado de salud del niño.

La valoración enfermera es el proceso básico para la realización de cualquier intervención enfermera o para la formulación de un juicio profesional sobre el estado de salud del niño.

La selección ordenada de información útil, permitirá realizar: una identificación acertada de los problemas y de sus causas; la formulación de los diagnósticos enfermeros; y ayuda a la elección de las intervenciones enfermeras más efectivas.

Es importante tener en cuenta la finalidad que se quiere alcanzar y no caer en el error de recoger datos sin llegar a valorar.

Hay dos tipos de valoración:

- Inicial, que es la base del plan de cuidados. Sería el primer contacto con el niño. Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del niño y ver qué factores influyen sobre éstos. Facilita la ejecución de las intervenciones.
- Continua, posterior o focalizada. Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial. El objetivo es: recoger datos a medida que se producen los cambios, observando el progreso o retroceso de los problemas; obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud; realizar revisiones y actualizaciones del plan de cuidados.

### **8.1.1.- Fases de la valoración:**

#### **8.1.1.1.- Recogida de datos:**

Los datos son informaciones concretas referidas al estado de salud y la respuesta del niño frente a la situación de maltrato. Se debe recoger sistemáticamente toda la información necesaria para el diagnóstico de las alteraciones de los patrones funcionales de salud del niño. Se recopilarán datos subjetivos, objetivos, en cuanto a la concreción, y referentes al tiempo: antecedentes y actuales.

Los datos recogidos proceden de distintas fuentes de información. El niño constituye la fuente primaria y el resto se consideran fuentes secundarias. Entre éstas últimas se encuentran la familia y otras personas significativas (cuidadores, profesores...), los registros de otros profesionales de la salud, de estudios diagnósticos, informes previos de interés sanitario, etc.

La información se obtendrá a través de la entrevista, la observación y la exploración física.

La entrevista permite obtener los datos subjetivos del niño acerca de los problemas de salud, su actitud y motivación.

La exploración física permitirá:

- Determinar en profundidad la respuesta del niño a la situación de maltrato.
- Obtener una base de datos para poder establecer comparaciones.
- Valorar la eficacia de las actuaciones
- Confirmar los datos subjetivos obtenidos durante la entrevista.

La exploración se realizará por medio de la inspección, la palpación, la percusión y la auscultación del niño.

#### **8.1.1.1.1.- Organización de los datos:**

La agrupación de los datos en categorías o conjuntos de información nos ayuda a la identificación del problema. La metodología sugerida corresponde a los patrones funcionales de salud, propuestos por M. Gordon, que ayudará a identificar los problemas y diagnósticos de enfermería.

#### **8.1.1.1.2.- Valoración según el modelo de patrones funcionales de salud:**

Los patrones funcionales son una configuración de comportamientos, más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano, y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo.

La valoración por patrones funcionales, enfoca su atención sobre once patrones, con importancia para la salud de los individuos, los cuales son interactivos e independientes. Estos patrones surgen de la evolución entre el niño y su entorno y están influenciados por factores biológicos, del desarrollo, culturales, sociales y espirituales.

La valoración por patrones funcionales permite determinar el perfil funcional del individuo, buscando si existe alteración o riesgo de alteración de alguno de ellos para, posteriormente, determinar un diagnóstico enfermero que describa esa situación y que ayude a eliminar o disminuir la disfuncionalidad.

Cuando los patrones de salud son funcionales, significan salud y bienestar, proporcionan una base para el desarrollo continuado de las potencialidades humanas, y son valores a reconocer y movilizar cuando aparecen los problemas de salud. Por el contrario, los patrones de salud disfuncionales o potencialmente disfuncionales no responden a las normas esperadas y se definen como problemas de salud que requieren medidas terapéuticas.

Los patrones disfuncionales o en riesgo de alteración posteriormente determinarán un diagnóstico enfermero que describa esa situación.

La valoración de cada uno de los patrones debe evaluarse en el contexto de los demás, ya que ningún patrón podrá comprenderse sin el conocimiento de los restantes.

Los 11 patrones son los siguientes:

1. Patrón de percepción y mantenimiento de la salud.
2. Patrón nutricional –metabólico.
3. Patrón de eliminación.
4. Patrón de actividad-ejercicio.
5. Patrón de sueño-descanso.
6. Patrón cognitivo-perceptivo.
7. Patrón de autoestima y autopercepción.
8. Patrón de rol-relaciones.
9. Patrón de sexualidad-reproducción.
10. Patrón de adaptación-tolerancia al estrés.
11. Patrón de valores-creencias.

## **8.2.- DIAGNÓSTICO ENFERMERO**

Los datos obtenidos en la valoración, se interpretan mediante el análisis y síntesis de los mismos. Se concluye con la identificación de los problemas de salud y la formulación de los diagnósticos enfermeros, mediante la utilización de la clasificación de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Un diagnóstico enfermero es un juicio sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud, reales, potenciales o a procesos vitales. Proporcionan la base para la selección de intervenciones enfermeras para lograr los resultados de los que enfermería es responsable. Desarrollan el campo de decisión y acción independientes, el rol propio enfermero.

Los componentes del diagnóstico son:

- Etiqueta diagnóstica o nombre.
- Características definitorias: correspondientes a los signos y síntomas observables y verificables, identificados durante la valoración.
- Factores relacionados: elementos que tienen una relación directa o indirecta con el diagnóstico enfermero. Se trata de los factores etiológicos.
- Factores de riesgo: aquellos que aumentan la vulnerabilidad.

### **8.3.- PLANIFICACIÓN - EJECUCIÓN**

En esta fase se establecen unos cuidados de enfermería, para prevenir, minimizar o eliminar los problemas detectados. Para ello se utilizan los resultados y las intervenciones de enfermería.

#### **8.3.1.- Resultados de enfermería**

Tras la identificación de los problemas de salud y formulación de los diagnósticos enfermeros, hay que elegir los resultados e indicadores buscados en el niño, con el objetivo de resolver estos problemas de salud.

Deben formularse antes de determinar y ejecutar las intervenciones, para dirigir éstas hacia la consecución de los primeros. Se debe realizar una valoración inicial del niño, respecto a los resultados planteados y conocer en qué situación se encuentra éste (dándole una puntuación), y tras realizar las intervenciones y actividades de enfermería adecuadas, se valora de nuevo el resultado.

Describen el estado del niño en un momento concreto, antes de la administración de los cuidados, y tras una intervención enfermera.

Los resultados a utilizar constan de: un nombre de identificación; una definición breve y concisa; una relación de indicadores que describen el estado específico del paciente, con una escala tipo Likert de cinco puntos.

#### **8.3.2.- Intervenciones de enfermería:**

Las intervenciones enfermeras son aquellas actuaciones que van dirigidas a ayudar al niño en el logro de los resultados esperados, cambiando los factores etiológicos (factores relacionados de la taxonomía NANDA), tratando los signos y síntomas (características definitorias).

Para los diagnósticos de riesgo, la intervención va dirigida a modificar o eliminar los factores de riesgo.

Los elementos de las intervenciones son: nombre o etiqueta, definición y grupo de actividades para realizar la intervención.

#### **8. 4. EVALUACIÓN.**

La evaluación, se realiza en base a los resultados conseguidos. Una vez llevadas a cabo las intervenciones enfermeras y las actividades adecuadas, se valora de nuevo el resultado obtenido y se evalúa la situación del niño.

#### **8.5. VALORACIÓN DEL NIÑO CON RIESGO DE MALTRATO INFANTIL.**

La recogida de información a través de los patrones funcionales de salud del niño será la siguiente:

##### **8.5.1. Patrón de percepción y mantenimiento de la salud:**

Éste describe el patrón de salud y bienestar del niño, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación.

Incluye las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, etc.), adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos, y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de alcohol, drogas, tabaco, etc.)

Al valorar este patrón hay que tener en cuenta todas las verbalizaciones que haga el niño que nos puedan hacer sospechar una situación de maltrato, como son la cantidad y calidad de los cuidados recibidos, las situaciones de abuso psíquico o físico.

También, se formularán aquellas preguntas que nos orienten sobre un posible maltrato por acción u omisión, Se observarán las reacciones que éstas provoquen en el niño o cuidador, si no quieren responder, o intentan evadir la pregunta.

Los Diagnósticos enfermeros que pueden encontrarse tras la valoración del patrón de percepción y mantenimiento de la salud:

- Riesgo de retraso en el desarrollo.
- Riesgo de crecimiento desproporcionado.
- Protección inefectiva.
- Riesgo de infección.
- Riesgo de intoxicación.

**8.5.2. Patrón nutricional –metabólico:**

En él se describe el patrón de consumo de comida y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del niño, y según la disponibilidad local de alimentos.

Incluye el patrón individual de consumo: horas de comida, tipo y cantidad de sólidos y líquidos consumidos, preferencia particular de comidas y uso de suplementos vitamínicos. También se explorará los posibles problemas en su ingesta.

Contiene, igualmente, la existencia de lesiones cutáneas y su respuesta general para cicatrizar; el estado de la piel, pelo, uñas, mucosas y dientes. De la misma forma que recoge los datos de temperatura corporal, talla y peso.

Por tanto, se valorará la existencia de desnutrición, sobrepeso, obesidad, heridas, contusiones o cualquier otro signo que nos haga sospechar la existencia de maltrato infantil.

Los Diagnósticos enfermeros que pueden encontrarse tras la valoración del patrón nutricional –metabólico, son:

- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Deterioro de la integridad cutánea.
- Deterioro de la integridad tisular.
- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.

**8.5.3. Patrón de eliminación:**

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y transpiración). Incluye la regularidad de la función excretora percibida por el niño, el uso de laxantes u otras rutinas para la eliminación de las heces y cualquier cambio o alteración en el patrón, modo, calidad o cantidad de excreción y cualquier dispositivo o materiales para su control o producción.

Los Diagnósticos enfermeros que pueden encontrarse tras la valoración del patrón de eliminación, son:

- Riesgo de estreñimiento.

**8.5.4. Patrón de actividad-ejercicio:**

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma, la actividad, y para la realización de ejercicios. También describe las costumbres de ocio y recreo.

Se recogerán aquellos factores que interfieren con el patrón deseado o esperado para el niño, tales como déficit neuromuscular y compensaciones, disnea, angina, o espasmos musculares con el ejercicio y, también se considera su posible problema cardiaco-pulmonar.

El movimiento es uno de los patrones funcionales más importantes. Permite a las personas controlar su ambiente o constituye un riesgo para su seguridad (lesión).

Algunas de las preguntas que nos pueden orientar sobre la existencia de maltrato son: ¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria? ¿Realiza actividades de ocio?

Los Diagnósticos enfermeros que pueden encontrarse tras la valoración del Patrón de actividad-ejercicio, son:

- Deterioro de la movilidad física.
- Déficit de actividades recreativas.
- Retraso en el crecimiento y desarrollo.

#### **8.5.5. Patrón de sueño - descanso:**

En él se describen los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos (medicación, rutinas, etc.). Resulta de ayuda la recogida de información, como ¿concilia bien el sueño? ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche? ¿Tiene pesadillas?

Los Diagnósticos enfermeros que pueden encontrarse tras la valoración del Patrón sueño - descanso:

- Deterioro del patrón del sueño.

#### **8.5.6. Patrón cognitivo-perceptivo:**

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del niño. Se observa la adecuación de las funciones visual, auditiva, gustativa, táctil y olfativa; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección.

En este patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones la memoria y el lenguaje.

Son orientativas las siguientes preguntas: ¿Le es difícil centrar la memoria? ¿Le es difícil concentrarse? ¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje?



El Diagnóstico enfermero que pueden encontrarse tras la valoración del Patrón cognitivo – perceptivo, es:

- Dolor agudo.

### **8.5.7. Patrón de autoestima y autopercepción:**

Recoge el patrón de autoconcepto y las percepciones de si mismo del niño. Incluye las actitudes del niño hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía.

Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc.).

Las siguientes preguntas deben de estar siempre presente en la valoración de dicho patrón: ¿Suele estar con ansiedad o depresivo? ¿Tiene periodos de desesperanza?

Los Diagnósticos enfermeros que pueden encontrarse tras la valoración del patrón autoestima y autopercepción, son:

- Riesgo de baja autoestima situacional.
- Baja autoestima crónica.
- Baja autoestima situacional.
- Ansiedad.

### **8.5.8. Patrón de rol-relaciones:**

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el niño en el seno familiar, escolar, etc., así como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al mismo.

Al valorar este patrón, se dará importancia, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales. Prestaremos más atención a los siguientes interrogantes, ¿Existen problemas en las relaciones familiares: con la pareja, con los hijos, con los padres? ¿Tiene amigos?¿Cómo se relaciona con ellos?¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?

Los Diagnósticos enfermeros que pueden encontrarse tras la valoración del patrón rol-relaciones, son:

- Riesgo de violencia dirigida a otros.
- Deterioro de la interacción social.
- Riesgo de deterioro de la vinculación entre los padres y el lactante/niño.

**8.5.9. Patrón de sexualidad reproducción:**

Éste describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo. Describe también el estado reproductivo de la mujer y cualquier problema percibido.

Prestaremos especialmente interés a aspectos como: ¿Ha habido embarazos? ¿Ha habido abortos? ¿Algún problema relacionado con la reproducción?

Los Diagnósticos enfermeros que pueden encontrarse tras la valoración del patrón sexualidad reproducción, son:

- Disfunción sexual.
- Síndrome traumático de la violación.
- Síndrome traumático de la violación: reacción compuesta.
- Síndrome traumático de la violación: reacción silente.

**8.5.10. Patrón de adaptación –tolerancia al estrés:**

Se describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

Las respuestas a las siguientes preguntas aportarán información valiosa para la valoración: ¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis? ¿Cuándo tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?

Los Diagnósticos enfermeros que pueden encontrarse tras la valoración del patrón adaptación –tolerancia al estrés, son:

- Síndrome postraumático.
- Conducta desorganizada del lactante.

**8.5.11. Patrón de valores-creencias:**

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del niño. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

Habría que recopilar información sobre sentimientos de culpabilidad, cólera, manifestaciones sobre abandono o sentimiento de cólera hacia Dios (por haber sufrido el maltrato).

El Diagnóstico enfermero que puede encontrarse tras la valoración del patrón valores-creencias, es:

- Sufrimiento espiritual.

## 8.6. DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENCIONES ENFERMERAS EN EL MALTRATO INFANTIL.

### 8.6.1. Diagnóstico: Riesgo de retraso en el desarrollo.

- **Definición:** riesgo de sufrir un retraso del 25% o más en una o más de las áreas de conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras gruesas o finas.
- **Factores de riesgo:** violencia-malos tratos por parte del cuidador.

#### 8.6.1.1.- Resultados (NOC):

##### *Control del riesgo.*

- **Definición:** acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.
- **Indicadores:**
  - ✓ Reconoce factores de riesgo.
  - ✓ Adapta las estrategias de control del riesgo según es necesario.
  - ✓ Reconoce cambios en el estado de salud.
  - ✓ Supervisa los cambios en el estado de salud.

##### *Ejecución del rol de padres.*

- **Definición:** Acciones paternas para proporcionar un ambiente social, emocional, y físico que alimente y sea constructivo para el niño.

- **Indicadores:**

- ✓ Facilita las necesidades físicas del niño.
- ✓ Estimula el desarrollo cognitivo.
- ✓ Estimula el desarrollo social.
- ✓ Interacciona de forma positiva con el niño.
- ✓ Demuestra empatía hacia el niño.
- ✓ Manifiesta una relación de afecto con el niño.

#### 8.6.1.2.- Intervenciones de enfermería(NIC):

##### *Manejo de la conducta.*

- **Definición:** ayudar al apaciente a controlar el comportamiento negativo.
- **Actividades:**
  - ✓ Hacer que el paciente se sienta responsable de su comportamiento.
  - ✓ Establecer límites con el paciente.
  - ✓ Establecer hábitos.
  - ✓ Evitar proyectar una imagen amenazadora.
  - ✓ Reducir la conducta agresiva pasiva.
  - ✓ Alabar los esfuerzos de autocontrol.

##### *Modificación de la conducta.*

- **Definición:** promoción de un cambio de conducta (evitar la violencia-malos tratos hacia el niño).
- **Actividades:**
  - ✓ Determinar la motivación al cambio del paciente.
  - ✓ Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.
  - ✓ Animar al paciente a que examine su propia conducta.
  - ✓ Establecer objetivos de conducta de forma escrita.

### 8.6.2.- Diagnóstico: Riesgo de crecimiento desproporcionado.

- **Definición:** riesgo de crecimiento por encima del percentil 97 o por debajo del percentil 3 para la edad, cruzando 2 canales de percentiles; crecimiento desproporcionado.
- **Factores de riesgo:** violencia-malos tratos del cuidador.

#### 8.6.2.1.- Resultados (NOC):

##### *Ejecución del rol de padres.*

- **Definición:** Acciones paternas para proporcionar un ambiente social, emocional, y físico que alimente y sea constructivo para el niño.
- **Indicadores:**
  - ✓ Facilita las necesidades físicas del niño.
  - ✓ Proporciona nutrición adecuada a la edad.
  - ✓ Interacciona de forma positiva con el niño.
  - ✓ Demuestra empatía hacia el niño.
  - ✓ Manifiesta una relación de afecto con el niño.

#### 8.6.2.2.- Intervenciones de enfermería (NIC):

##### *Educación paterna: crianza familiar de los niños.*

- **Definición:** ayuda a los padres a comprender y fomentar el crecimiento y desarrollo físico, psicológico y social de su bebé, niños edad preescolar o escolar.
- **Actividades:**
  - ✓ Enseñar las características fisiológicas y conductuales del niño.
  - ✓ Identificar las tareas u objetivos de desarrollo adecuados para el niño.
  - ✓ Enseñar la importancia de una dieta equilibrada, tres comidas al día y tentempiés nutritivos.
  - ✓ Revisar las necesidades nutricionales específicas de los grupos de la misma edad.

***Educación paterna: niño.***

- **Definición:** enseñanza de los cuidados de nutrición y físicos durante los primeros años de vida.
- **Actividades:**
  - ✓ Observar las necesidades de aprendizaje de la familia.
  - ✓ Proporcionar consejos acerca de los cambios en el desarrollo durante los primeros años de vida.
  - ✓ Enseñar a los padres a preparar y escoger fórmulas.
  - ✓ Dar información a los padres sobre la introducción de alimentos sólidos en la dieta durante el primer año.

### 8.6.3. Diagnóstico: Protección inefectiva.

- **Definición:** disminución de capacidad para autoprotegerse de amenazas internas y externas, como enfermedades o lesiones.
- **Características definatorias:** respuestas desadaptadas al estrés, alteración neurosensorial, insomnio, debilidad, agitación, anorexia, sudación, prurito.
- **Factores relacionados:** nutrición inadecuada, edad extrema.

#### 8.6.3.1. Resultados (NOC):

##### *Protección del abuso.*

- **Definición:** protección del abuso propio o de otros a cargo.
- **Indicadores:**
  - ✓ Planes para evitar el abuso.
  - ✓ Seguridad de los niños.
  - ✓ Obtención de orden de restricción si procede.
  - ✓ Facilitación al maltratador de obtención de asesoramiento.
  - ✓ Abandono cuando la relación no es segura.
  - ✓ Ruptura de la relación si procede.

##### *Conducta de fomento de la salud.*

- **Definición:** acciones personales para mantener o aumentar el bienestar.
- **Indicadores:**
  - ✓ Utiliza conductas para evitar los riesgos.
  - ✓ Realiza los hábitos sanitarios correctamente.
  - ✓ Obtiene inmunizaciones recomendadas.
  - ✓ Sigue una dieta sana.
  - ✓ Evita la exposición a infecciones.
  - ✓ Evita el mal uso del alcohol.
  - ✓ Evita el uso del tabaco.
  - ✓ Evita las drogas de uso recreativo.

### 8.6.3.2.- Intervenciones de enfermería (NIC):

#### *Ayuda al autocuidado:*

- **Definición:** ayudar al niño a realizar las actividades de la vida diaria.
- **Actividades:**
  - ✓ Alentar al niño a la independencia, pero interviniendo si éste no puede realizar la acción dada.
  - ✓ Enseñar los padres/familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el niño no pueda realizar la acción.
  - ✓ Considerar la edad del niño, al promover las actividades de autocuidados.

#### *Identificación de riesgos:*

- **Definición:** análisis de los factores de riesgo potenciales, determinación de riesgos para la salud y asignación de prioridad a las estrategias de disminución de riesgos para un niño o grupo de niños.
- **Actividades:**
  - ✓ Considerar la edad del niño, al promover las actividades de autocuidados.
  - ✓ Determinar los sistemas de apoyo comunitario.
  - ✓ Determinar los recursos económicos.
  - ✓ Determinar el cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados.



#### 8.6.4.- Diagnóstico: Riesgo de infección.

- **Definición:** aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.
- **Factores de riesgo:** Insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos. Destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental. Desnutrición. Alteración de las defensas primarias.

##### 8.6.4.1.- Resultados (NOC):

###### *Conductas de vacunación.*

- **Definición:** acciones personales para obtener la vacunación para prevenir una enfermedad transmisible.
- **Indicadores:**
  - ✓ Reconoce el riesgo de enfermedad sin vacunación.
  - ✓ Aporta la cartilla de vacunación actualizada en cada visita.
  - ✓ Cumple las vacunaciones para la edad recomendadas.

###### *Control del riesgo.*

- **Definición:** acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.
- **Indicadores:**
  - ✓ Cumple las vacunaciones para la edad recomendadas.
  - ✓ Reconoce factores de riesgo.
  - ✓ Desarrolla estrategias del control del riesgo efectivas.
  - ✓ Evita exponerse a las amenazas para la salud.

***Curación de la herida por primera intención.***

- **Definición:** magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Aproximación cutánea.
  - ✓ Aproximación de los bordes de la herida.
  - ✓ Formación de cicatriz.
  - ✓ Olor de la herida.
  - ✓ Aumento de la temperatura cutánea.
  - ✓ Supuración purulenta.
  - ✓ Secreción serosa de la herida.

***Estado nutricional.***

- **Definición:** capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Ingestión de nutrientes.
  - ✓ Ingestión de alimentos.
  - ✓ Ingestión de líquidos.
  - ✓ Relación peso/talla.

***Integridad tisular.***

- **Definición:** piel y membranas mucosas: indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Piel intacta.
  - ✓ Sensibilidad.
  - ✓ Hidratación.
  - ✓ Temperatura de la piel.

#### 8.6.4.2. Intervenciones enfermeras (NIC):

##### *Control de infecciones.*

- **Definición:** minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Asegurar una técnica de cuidados de las heridas adecuada.
  - ✓ Fomentar una ingesta nutricional adecuada.
  - ✓ Administrar un agente de inmunización, si procede.
  - ✓ Administrar terapia de antibióticos, si procede.
  - ✓ Enseñar al niño y a la familia a evitar las infecciones.

##### *Manejo de la inmunización/vacunación.*

- **Definición:** control del estado de inmunización, facilitándole acceso a las inmunizaciones y suministro de vacunas para evitar enfermedades contagiosas.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Explicar a los padres el programa de inmunización recomendado para los niños, su vía de administración, razones y beneficios de su uso, reacciones adversas y lista de efectos secundarios.
  - ✓ Administrar las inyecciones a los bebés en la parte anterolateral del muslo, cuando proceda.
  - ✓ Documentar la información sobre la vacunación según protocolo del centro.
  - ✓ Solicitar el consentimiento informado para administrar las vacunas.

***Protección contra las infecciones.***

- **Definición:** prevención y detección precoz de la infección en un niño de riesgo.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
  - ✓ Inspeccionar el estado de cualquier incisión / herida quirúrgica.
  - ✓ Fomentar una ingesta nutricional suficiente.
  - ✓ Fomentar la ingesta de líquidos, si procede.

**8.6.5.- Diagnóstico: Riesgo de intoxicación.**

- **Definición:** aumento del riesgo de exposición accidental o de ingestión de sustancias o productos peligrosos en dosis suficiente para originar una intoxicación.
- **Factores de riesgo:** Almacenaje de medicamentos en armarios sin llave, accesibles a los niños o personas confusas. Disponibilidad de drogas ilegales potencialmente contaminadas con aditivos venenosos. Productos peligrosos almacenados o colocados al alcance de los niños o personas confusas. Insuficiencia de recursos económicos.

**8.6.5.1.- Resultados (NOC):*****Ambiente seguro del hogar:***

- **Definición:** disposiciones físicas para minimizar los factores ambientales que podrían causar daño o lesión en el hogar.
- **Indicadores:**
  - ✓ Guarda de forma segura los medicamentos para prevenir su uso accidental.
  - ✓ Eliminación de medicinas no utilizadas.
  - ✓ Provisión de juguetes apropiados para la edad.

***Control del riesgo:***

- **Definición:** acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.

- **Indicadores:**

- ✓ Reconoce los factores de riesgo.
- ✓ Desarrolla estrategias del control del riesgo efectivas.
- ✓ Evita exponerse a las amenazas para la salud.

#### 8.6.5.2.- Intervenciones enfermeras (NIC):

##### *Manejo ambiental: seguridad.*

- **Definición:** vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente (físico, biológico y químico).
  - ✓ Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos.
  - ✓ Utilizar dispositivos de protección (restricción física, puertas cerradas, vallas y portones) para limitar físicamente la movilidad o acceder a situaciones peligrosas.
  - ✓ Proporcionar al niño números telefónicos de urgencias (como el del Centro Nacional de Toxicología, policía, etc.).

##### *Vigilancia: seguridad:*

- **Definición:** reunión objetiva y continuada y análisis de la información acerca del niño y del ambiente, para utilizarla en la promoción y mantenimiento de la seguridad.

- **Actividades:**

- ✓ Observar si hay alteraciones de la función física o cognoscitiva del niño que puedan conducir a una conducta insegura.
- ✓ Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad.
- ✓ Comunicar la información acerca del riesgo del niño a los otros miembros del personal de cuidados.

### 8.6.6.- Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

- **Definición:** riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.
- **Factores de riesgo:** Factores mecánicos (presión, sujeciones, etc.). Alteración del estado nutricional.

#### 8.6.6.1.- Resultados (NOC):

##### *Control del riesgo:*

- **Definiciones:** acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.
- **Indicadores:**
  - ✓ Reconoce factores de riesgo.
  - ✓ Desarrolla estrategias del control del riesgo efectivas.
  - ✓ Evita exponerse a las amenazas para la salud.

##### *Curación de la herida por primera intención.*

- **Definición:** magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado.



- **Indicadores:**

- ✓ Aproximación cutánea.
- ✓ Aproximación de los bordes de la herida.
- ✓ Formación de cicatriz.
- ✓ Olor de la herida.
- ✓ Aumento de la temperatura cutánea.
- ✓ Supuración purulenta.
- ✓ Secreción serosa de la herida

***Curación de la herida: por segunda intención.***

- **Definición:** magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta.

- **Indicadores:**

- ✓ Granulación. Formación de cicatriz.
- ✓ Disminución del tamaño de la herida.
- ✓ Olor de la herida.
- ✓ Secreción purulenta.
- ✓ Secreción serosa de la herida-piel macerada.
- ✓ Necrosis.

***Estado nutricional.***

- **Definición:** capacidad por la que los nutrientes pueden cubrir las necesidades metabólicas.

- **Indicadores:**

- ✓ Ingestión de nutrientes.
- ✓ Ingestión de alimentos.
- ✓ Ingestión de líquidos.
- ✓ Relación peso/talla

**8.6.6.2.- Intervenciones enfermeras (NIC):*****Manejo de presiones.***

- **Definición:** minimizar la presión sobre las partes corporales.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Vestir al niño con prendas no ajustadas.
  - ✓ Colocar al niño sobre un colchón/ cama terapéutica.
  - ✓ Cortar y abrir la escayola para aliviar la presión.
  - ✓ Girar al niño inmovilizado al menos cada 2 horas, de acuerdo con el programa específico.
  - ✓ Comprobar la movilidad y actividad del niño.

***Vigilancia de la piel.***

- **Definición:** recogida y análisis de datos del niño con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y/o en las membranas mucosas.
  - ✓ Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.
  - ✓ Observar si hay zonas de fricción y presión.

**8.6.7. Diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea:**

- **Definición:** alteración de la epidermis, la dermis o ambas.
  
- **Características definitorias:**
  - ✓ Destrucción de las capas de la piel.
  - ✓ Invasión de las estructuras corporales.
  - ✓ Alteración de la superficie de la piel (epidermis).
  
- **Factores relacionados:** Factores mecánicos (fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones, etc.). Alteración del estado nutricional.

**8.6.7.1.- Resultados (NOC):*****Curación de la herida por primera intención.***

- **Definición:** magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Aproximación cutánea.
  - ✓ Aproximación de los bordes de la herida.
  - ✓ Formación de cicatriz.
  - ✓ Olor de la herida.
  - ✓ Aumento de la temperatura cutánea.
  - ✓ Supuración purulenta.
  - ✓ Secreción serosa de la herida

***Curación de la herida: por segunda intención.***

- **Definición:** magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Granulación.
  - ✓ Formación de cicatriz.
  - ✓ Disminución del tamaño de la herida.
  - ✓ Olor de la herida.
  - ✓ Secreción purulenta.
  - ✓ Secreción serosa de la herida-Piel macerada.
  - ✓ Necrosis

**8.6.7.2.- Intervenciones enfermeras (NIC):*****Cuidados de las heridas.***

- **Definición:** Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Controlar las características de las heridas, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
  - ✓ Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
  - ✓ Limpiar con solución salina normal, si procede.
  - ✓ Aplicar un ungüento adecuado a la piel /lesión, si procede.
  - ✓ Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
  - ✓ Enseñar al niño o a miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.

***Vigilancia de la piel.***

- **Definición:** recogida y análisis de datos del niño con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y membranas mucosas.
  - ✓ Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.
  - ✓ Observar si hay zonas de fricción y presión.

**8.6.8.- Diagnóstico: Deterioro de la integridad tisular:**

- **Definición:** lesión de las membranas mucosa o corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.
- **Características definitorias:** Lesión por destrucción tisular.
- **Factores relacionados:** Mecánicos (presión, cizallamiento, fricción, etc.). Déficit o exceso nutricional. Déficit de conocimientos.

**8.6.8.1.- Resultados (NOC):*****Curación de la herida: por primera intención.***

- **Definición:** magnitud de regeneración de células y tejidos posterior a un cierre intencionado.
- **Indicadores:**
  - ✓ Aproximación cutánea.
  - ✓ Aproximación de los bordes de la herida.
  - ✓ Formación de cicatriz.
  - ✓ Olor de la herida.
  - ✓ Aumento de la temperatura cutánea.
  - ✓ Supuración purulenta.
  - ✓ Secreción serosa de la herida

***Curación de la herida: por segunda intención.***

- **Definición:** magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Granulación.
  - ✓ Formación de cicatriz.
  - ✓ Disminución del tamaño de la herida.
  - ✓ Olor de la herida.
  - ✓ Secreción purulenta.
  - ✓ Secreción serosa de la herida.
  - ✓ Piel macerada.
  - ✓ Necrosis

***Integridad tisular: piel y membranas mucosas.***

- **Definición:** indemnidad estructural y función fisiológica normal de la piel y las membranas mucosas.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Temperatura de la piel.
  - ✓ Sensibilidad.
  - ✓ Elasticidad.
  - ✓ Hidratación.
  - ✓ Perfusión tisular.
  - ✓ Piel intacta.

**8.6.8.2.- Intervenciones enfermeras (NIC):*****Cuidados de las heridas.***

- **Definición:** Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Controlar las características de las heridas, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
  - ✓ Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
  - ✓ Limpiar con solución salina isotónica, si procede.
  - ✓ Aplicar un ungüento adecuado a la piel /lesión, si procede.
  - ✓ Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
  - ✓ Enseñar al niño o a miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.

***Vigilancia de la piel.***

- **Definición:** recogida y análisis de datos del niño con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las membranas mucosas.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Observar si hay enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y membranas mucosas.
  - ✓ Observar si hay enrojecimiento y pérdida de la integridad de la piel.
  - ✓ Observar si hay zonas de fricción y presión.



**8.6.9.- Diagnóstico: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal**

- **Definición:** riesgo de sufrir un fallo de los mecanismos reguladores de la temperatura corporal.
  
- **Factores de riesgo:**
  - ✓ Ropas inadecuadas para la temperatura ambiente.
  - ✓ Extremos ponderales.
  - ✓ Exposición al frío o al calor o a ambientes fríos o calientes sin las debidas precauciones.

**8.6.9.1.- Resultados (NOC):*****Control del riesgo***

- **Definición:** acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Reconoce factores de riesgo.
  - ✓ Desarrolla estrategias del control del riesgo efectivas.
  - ✓ Evita exponerse a las amenazas para la salud.

***Recuperación del abandono***

- **Definición:** curación tras la interrupción de los cuidados mínimos.

- **Indicadores:**
  - ✓ Higiene personal adecuada.
  - ✓ Se viste de forma apropiada para el clima.
  - ✓ Ambiente de vida limpio.
  - ✓ Ambiente de vida seguro.
  - ✓ Conducta de búsqueda de atención inadecuada.

***Termorregulación:***

- **Definición:** equilibrio entre la producción, la ganancia y la pérdida de calor.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Sudoración con el calor.
  - ✓ Tiritona con el frío.
  - ✓ Comodidad térmica referida.
  - ✓ Disminución de la temperatura cutánea.
  - ✓ Cambios de coloración cutánea
  - ✓ Deshidratación

**8.6.9.2.- Intervenciones de enfermería (NIC):**

***Manejo ambiental: confort***

- **Definición:** manipulación del entorno del niño para facilitar una comodidad óptima.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para el niño, si fuera posible.
  - ✓ Proporcionar o retirar las mantas para fomentar comodidad en cuanto a la temperatura, si es el caso.

- ✓ Evitar exposiciones innecesarias, corrientes, excesos de calefacción o frío.

### ***Regulación de la temperatura***

- **Definición:** consecución y mantenimiento de la temperatura corporal dentro del margen normal.
- **Actividades:**
  - ✓ Observar el color y la temperatura de la piel.
  - ✓ Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
  - ✓ Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
  - ✓ Ajustar temperatura ambiental a las necesidades del paciente.

### 8.6.10. Diagnóstico: Riesgo de estreñimiento

- **Definición:** riesgo de sufrir una disminución de la **frecuencia** normal de defecación, acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces o eliminación de heces duras y secas.
  
- **Factores de riesgo:**
  - ✓ Estrés emocional.
  - ✓ Depresión.
  - ✓ Aporte insuficiente de fibras.
  - ✓ Malos hábitos alimentarios.
  - ✓ Aporte insuficiente de líquidos.

#### 8.6.10.1.- Resultados (NOC):

##### *Control de síntomas*

- **Definición:** acciones personales para minimizar los cambios adversos percibidos en el funcionamiento físico y emocional.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Reconoce el comienzo del síntoma.
  - ✓ Reconoce la intensidad del síntoma.
  - ✓ Utiliza medidas preventivas.
  - ✓ Utiliza signos de alarma para buscar atención sanitaria.

***Control del riesgo:***

- **Definición:** acciones personales para prevenir, eliminar o reducir las amenazas para la salud modificables.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Reconoce factores de riesgo.
  - ✓ Desarrolla estrategias del control del riesgo efectivas.
  - ✓ Evita exponerse a las amenazas para la salud.

***Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos.***

- **Definición:** cantidad de ingesta de líquidos y sólidos durante un período de 24 horas.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Ingestión alimentaria oral.
  - ✓ Ingestión de líquidos orales.

***Eliminación intestinal.***

- **Definición:** formación y evacuación de heces.

- **Indicadores:**
  - ✓ Patrón de eliminación.
  - ✓ Cantidad de heces en relación con la dieta.
  - ✓ Heces blandas y formadas.
  - ✓ Control de la eliminación de heces.
  - ✓ Eliminación fecal sin ayuda.

#### **8.6.10.2.- Intervenciones de enfermería (NIC).**

##### *Manejo intestinal.*

- **Definición:** establecimiento y mantenimiento de una evacuación intestinal de esquema regular.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen, y color, si procede.
  - ✓ Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación.
  - ✓ Instruir al niño sobre los alimentos de alto contenido en fibra, si procede.

##### *Disminución de la ansiedad.*

- **Definición:** minimizar la aprensión, temor o presagios con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

- **Actividades:**

- ✓ - Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
- ✓ Establecer claramente las expectativas del comportamiento del niño.
- ✓ Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- ✓ Crear un ambiente que facilite la confianza.
- ✓ Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- ✓ Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- ✓ Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- ✓ Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

### 8.6.11. Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física.

- **Definición:** limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una de las extremidades.
  
- **Características definitorias:** Inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida diaria. Disminución del tiempo de reacción. Enlentecimiento del movimiento. Cambios en la marcha.
  
- **Factores relacionados:**
  - ✓ Desnutrición selectiva o generalizada.
  - ✓ Estado de humor depresivo o ansioso.
  - ✓ Malestar o dolor.

#### 8.6.11.1 Resultados (NOC):

##### *Conocimiento: conducta sanitaria.*

- **Definición:** grado de comprensión transmitido sobre el fomento y la protección de la salud.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Descripción de prácticas nutricionales saludables.
  - ✓ Descripción de los beneficios de la actividad y el ejercicio.
  - ✓ Descripción de técnicas efectivas de control del estrés.



**Movilidad.**

- **Definición:** capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Mantenimiento de equilibrio.
  - ✓ Coordinación.
  - ✓ Marcha.
  - ✓ Se mueve con facilidad.

**8.6.11.2.- Intervenciones de enfermería (NIC).****Manejo de la energía.**

- **Definición:** regulación del uso de la energía para tratar o evitar la fatiga y mejorar las funciones.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Determinar las limitaciones físicas del paciente.
  - ✓ Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del niño.
  - ✓ Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones.
  - ✓ Facilitar la alternancia de periodos de reposo y actividad.
  - ✓ Favorecer la actividad física (deambulación o realización de actividades de la vida diaria, coherente con los recursos energéticos del niño).

***Fomento del ejercicio.***

- **Definición:** facilitar regularmente la realización de ejercicios físicos con el fin de mantener o mejorar el estado físico y el nivel de salud.
  
- Actividades:
  - ✓ Explorar experiencias deportivas anteriores.
  - ✓ Explorar las barreras para el ejercicio.
  - ✓ Animar al niño a empezar o continuar con el ejercicio.
  - ✓ Ayudar al individuo desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.

**8.6.12.-Diagnóstico: Déficit de actividades recreativas.**

- **Definición:** disminución de la estimulación del (interés o de la participación) en actividades recreativas o de ocio.
- **Características definatorias:** Afirmaciones del niño de que se aburre, o que desea tener algo que hacer, leer, etc.
- **Factores relacionados:** Entorno desprovisto de actividades recreativas.

**8.6.12.1.- Resultados (NOC):*****Implicación social.***

- **Definición:** interacciones sociales con personas, grupos u organizaciones.
- **Indicadores:**
  - ✓ Interacción con amigos íntimos.
  - ✓ Interacción con miembros de la familia.
  - ✓ Participación en actividades de ocio.
  - ✓ Participa en deportes de equipo.

### 8.6.12.2.- Intervenciones de enfermería (NIC):

#### *Facilitar la autorresponsabilidad.*

- **Definición:** animar a un niño a que asuma más responsabilidad de su propia conducta.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.
  - ✓ Ayudar a los padres a identificar las tareas propias de la edad de las que debe responsabilizarse el niño, si procede.

#### *Potenciación de la autoestima.*

- **Definición:** ayudar al niño a que aumente el juicio personal de su propia valía.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Observar las frases del niño sobre su propia valía.
  - ✓ Determinar la confianza del niño en sus propios juicios.
  - ✓ Animar al niño a identificar sus virtudes.
  - ✓ Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del niño.
  - ✓ Mostrar confianza en la capacidad del niño para controlar una situación.

#### *Terapia de entretenimiento.*

- **Definición:** utilización intencionada de actividades recreativas para fomentar la relajación y potenciar las capacidades sociales.

- **Actividades:**
  - ✓ Ayudar a explorar el significado personal de las actividades recreativas favoritas.
  - ✓ Ayudar al niño a elegir actividades recreativas coherentes con su capacidad física, psicológica y social.
  - ✓ Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional.

### 8.6.13.-Diagnóstico: Retraso en el crecimiento y en el desarrollo.

- **Definición:** Desviaciones de las normas para el grupo de edad.
  
- **Características definatorias:** Alteración del crecimiento físico. Indiferencia, disminución del tiempo de respuesta.
  
- **Factores relacionados:**
  - ✓ Separación de la persona significativa.
  - ✓ Deficiencias ambientales y de estimulación.
  - ✓ Cuidados inapropiados.

#### 8.6.13.1.-Resultados (NOC):

##### *Crecimiento:*

- **Definición:** crecimiento normal del peso y la talla corporal durante los años de crecimiento.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Percentiles de peso por sexo.
  - ✓ Percentil de peso por edad.
  - ✓ Percentil de peso por talla.

**8.6.13.2.-Intervenciones de enfermería (NIC):*****Fomentar el desarrollo: niño.***

- **Definición:** Facilitar o enseñar a los padres/cuidadores a conseguir un crecimiento global u específico lingüístico, cognitivo, social, emocional y motor total de niños en edad preescolar y escolar.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Desarrollar una relación de confianza con el niño.
  - ✓ Ayudar a cada niño a tener conciencia de su importancia como individuo.
  - ✓ Desarrollar una relación de confianza con los cuidadores.
  - ✓ Mostrar a los cuidadores las actividades que promueven el desarrollo.
  - ✓ Crear un espacio seguro y bien definido que el niño explore y en el que aprenda.

***Fomentar el desarrollo: adolescentes.***

- **Definición:** Facilitar el crecimiento físico, cognitivo, social y emocional óptimo de los individuos durante la transición de la infancia a la edad adulta.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Crear una relación de confianza con los adolescentes y sus tutores.
  - ✓ Animar al adolescente para que se implique activamente en las decisiones respecto a su propio cuidado de salud.
  - ✓ Promover las habilidades comunicativas.
  - ✓ Promover el desarrollo y el mantenimiento de las relaciones sociales.

**8.6.14.-Diagnóstico: Deterioro del patrón del sueño.**

- **Definición:** trastorno de la cantidad y calidad del sueño limitado en el tiempo.
  
- **Características definitorias:** Despertar antes o después de lo deseado. Tiempo total de sueño menor del considerado normal para la edad. Despertarse 3 o más veces por la noche.
  
- **Factores relacionados:**
  - ✓ Depresión.
  - ✓ Temor.
  - ✓ Ansiedad.

**8.6.14.1.-Resultados (NOC):*****Sueño.***

- **Definición:** suspensión periódica natural de la conciencia durante la cual se recupera el organismo.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Horas de sueño.
  - ✓ Patrón del sueño.
  - ✓ Calidad del sueño.
  - ✓ Hábito de sueño.
  - ✓ Duerme toda la noche.



**8.6.14.2.-Intervenciones de enfermería (NIC):*****Mejorar el sueño.***

- **Definición:** facilitar ciclos regulares de sueño/ vigilia.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Determinar el esquema sueño/ vigilia del niño.
  - ✓ Explicar la importancia de un sueño adecuado durante las situaciones de estrés psicosocial.
  - ✓ Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, etc. ) para favorecer el sueño.
  - ✓ Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.

**8.6.15.-Diagnóstico: Dolor agudo.**

- **Definición:** experiencia sensitiva y emocional desagradable, ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad, de leve o grave, con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.
- **Características definitorias:** Informe verbal o codificado. Observación de evidencia. Posición antiálgica para evitar el dolor. Conducta de defensa. Trastornos del sueño. Conducta expresiva: agitación, gemidos, llanto, vigilancia, irritabilidad, suspiros, etc. Cambios en el apetito y en la ingesta.
- **Factores relacionados:** Agentes lesivos ( biológicos, químicos, físicos, psicológicos).

**8.6.15.1.-Resultados (NOC):*****Control del dolor.***

- **Definición:** acciones personales para controlar el dolor.
- **Indicadores:**
  - ✓ Reconoce el comienzo del dolor.
  - ✓ Reconoce los factores causales.
  - ✓ Refiere cambios en los síntomas o localización del dolor al personal sanitario.

**8.6.15.2.-Intervenciones de enfermería (NIC):*****Manejo del dolor.***

- **Definición:** Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el niño.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
  - ✓ Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos niños que no pueden comunicarse eficazmente.
  - ✓ Asegurarse de que el niño recibe los cuidados analgésicos correspondientes.
  - ✓ Animar al niño a vigilar su propio dolor y a intervenir en consecuencia.
  - ✓ Enseñar los principios del control del dolor.
  - ✓ Integrar a la familia en la modalidad del alivio del dolor, si fuera posible.

**8.6.16.-Diagnóstico: Riesgo de baja autoestima situacional.**

- **Definición:** riesgo de desarrollar una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual de maltrato infantil).
- **Factores de riesgo:** historia de abusos, negligencia o abandono.

**8.6.16.1.-Resultados (NOC):***Estado de recuperación del abuso.*

- **Definición:** grado de curación después del abuso físico o psicológico que puede incluir explotación sexual o económica.
- **Indicadores:**
  - ✓ Reconocimiento de relaciones abusivas.
  - ✓ Curación de lesiones fisiológicas.
  - ✓ Curación de lesiones físicas.
  - ✓ Curación de lesiones físicas debidas a abuso sexual.
  - ✓ Curación de lesiones psicológicas debidas a abuso sexual.
  - ✓ Demostración de autoestima.
  - ✓ Demostración de relaciones interpersonales positivas.

**8.6.16.2.-Intervenciones de enfermería (NIC):***Apoyo emocional.*

- **Definición:** proporcionar seguridad, aceptación, y ánimo en momentos de tensión.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Comentar la experiencia emocional con el niño.
  - ✓ Explorar con el niño qué ha desencadenado las emociones.
  - ✓ Ayudar al niño a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza.
  - ✓ Permanecer con el niño y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.

*Apoyo en la protección contra abusos: niños.*

- **Definición:** Identificación de las relaciones y acciones del niño dependiente, de alto riesgo, para evitar la posibilidad de que se le infrinjan daños físicos, sexuales, o emocionales, o se abandonen las necesidades vitales básicas.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Identificar a los padres con un historial de abusos, depresión o enfermedad psiquiátrica importante.
  - ✓ Identificar las situaciones de crisis que pueden motivar abusos (pobreza, desempleo, divorcio, falta de hogar y violencia doméstica).
  - ✓ Determinar si la familia dispone de una red de apoyo social intacta, que ayude con los problemas familiares, con la falta de cuidados al niño y los cuidados del niño en crisis.
  - ✓ Identificar niños con necesidad de muchos cuidados.

- ✓ Determinar si el niño muestra señales de abuso físico.
- ✓ Determinar si el niño muestra señales de abuso sexual.
- ✓ Determinar si el niño muestra signos de abandono.
- ✓ Determinar si el niño muestra signos de abuso emocional.

**8.6.17.-Diagnóstico: Baja autoestima situacional.**

- **Definición:** Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (maltrato infantil).
- **Características definatorias:** Verbalizaciones autonegativas. Conducta indecisa, no asertiva. Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar la situación o los acontecimientos. Expresiones de desesperanza e inutilidad.
- **Factores relacionados:** Falta de reconocimiento o recompensas. Rechazo.

**8.6.17.1.-Resultados (NOC):*****Estado de recuperación del abuso.***

- **Definición:** grado de curación después de abuso físico o psicológico que puede incluir explotación sexual o económica.
- **Indicadores:**
  - ✓ Reconocimiento de relaciones abusivas.
  - ✓ Curación de lesiones fisiológicas.
  - ✓ Curación de lesiones físicas.
  - ✓ Curación de lesiones físicas debidas a abuso sexual.
  - ✓ Curación de lesiones psicológicas debidas a abuso sexual.
  - ✓ Demostración de autoestima.
  - ✓ Demostración de relaciones interpersonales positivas.

***Autoestima.***

- **Definición:** juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Verbalizaciones de autoaceptación.
  - ✓ Comunicación abierta.
  - ✓ Mantenimiento del contacto ocular.
  - ✓ Mantenimiento del cuidado/higiene personal.
  - ✓ Nivel de confianza.
  - ✓ Sentimientos sobre su persona.

**8.6.17.2.-Intervenciones de enfermería (NIC):*****Potenciación de la autoestima.***

- **Definición:** ayudar a un niño para que aumente el juicio personal de su propia valía.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Observar las frases del niño sobre su propia valía.
  - ✓ Determinar la confianza del niño en sus propios juicios.
  - ✓ Fomentar el contacto visual al comunicarse con otras personas.
  - ✓ Reafirmar las virtudes personales que identifique el niño.
  - ✓ Mostrar confianza en la capacidad del niño para controlar una situación.
  - ✓ Explorar las razones de la autocrítica o culpa.
  - ✓ Comprobar la frecuencia de las manifestaciones negativas sobre sí mismo.
  - ✓ Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta.
  - ✓ Realizar afirmaciones positivas sobre el niño.



### 8.6.18.-Diagnóstico: Ansiedad

- **Definición:** Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica; sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.
- **Características definitorias:** Conductuales: Insomnio, inquietud control y vigilancia. Afectivas: Angustia, sobresalto, nerviosismo, temor. Fisiológicas: voz temblorosa, aumento del pulso, aumento de la respiración, trastornos del sueño, anorexia, palpitaciones, etc.
- **Factores relacionados:** Amenaza de muerte. Estrés.

#### 8.6.18.1.-Resultados (NOC):

##### *Nivel de ansiedad.*

- **Definición:** gravedad de la aprensión, tensión, o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.
- **Indicadores:**
  - ✓ Desasosiego.
  - ✓ Inquietud.
  - ✓ Tensión muscular.
  - ✓ Ataque de pánico.
  - ✓ Sudoración.
  - ✓ Vértigo.
  - ✓ Disminución del rendimiento escolar.
  - ✓ Trastorno de los patrones del sueño.
  - ✓ Cambio en las pautas intestinales.
  - ✓ Cambio en las pautas de alimentación.

**8.6.18.2.-Intervenciones de enfermería (NIC):***Disminución de la ansiedad.*

- **Definición:** minimizar la aprensión, temor, o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.
  - ✓ Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
  - ✓ Permanecer con el niño para promover la seguridad y reducir el miedo.
  - ✓ Escuchar con atención.
  - ✓ Crear un ambiente que facilite la confianza.
  - ✓ Establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones.
  - ✓ Ayudar al niño a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
  - ✓ Instruir al niño sobre el uso de técnicas de relajación.
  - ✓ Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.
  - ✓ Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.

**8.6.19.-Diagnóstico: Síndrome traumático de la violación.**

- **Definición:** respuesta desadaptada y persistente a una penetración sexual forzada, violenta, contra su voluntad y sin su consentimiento. Este síndrome incluye tres subcomponentes: trauma de la violación, reacción compuesta y reacción silente.
- **Características definatorias:** (incluye una fase aguda de desorganización del estilo de vida de la víctima y un proceso a largo plazo de reorganización del estilo de vida). Desorganización. Cambio en las relaciones. Confusión. Trauma físico (hematomas, irritación de los tejidos, etc.). Negación. Culpa. Pesadillas o trastornos del sueño. Depresión. Ansiedad. Temor.
- **Factores relacionados:** Violación.

**8.6.19.1.-Resultados (NOC):*****Recuperación tras el abuso: emocional.***

- **Definición:** Existencia de curación de lesiones psicológicas secundarias al abuso.
- **Indicadores:**
  - ✓ Demostración de confianza.
  - ✓ Demostración de autoestima.
  - ✓ Demostración de sentimientos.
  - ✓ Demostración de interacción social adecuada.
  - ✓ Demostración de relaciones interpersonales positivas.
  - ✓ Depresión.

***Recuperación tras el abuso: físico.***

- **Definición:** curación de lesiones físicas secundarias a abuso.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Tratamiento oportuno de las lesiones.
  - ✓ Curación de las lesiones físicas.
  - ✓ Nutrición adecuada.
  - ✓ Evacuación intestinal regular.

***Recuperación tras el abuso sexual.***

- **Definición:** existencia de curación de lesiones físicas y psicológicas secundarias a abuso o explotación sexual.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Curación de lesiones físicas.
  - ✓ Expresión de ira de manera no destructiva.
  - ✓ Demostración de sentimientos.
  - ✓ compatible con las normas sociales.
  - ✓ Expresiones de comodidad con la orientación sexual.
  - ✓ Verbalización de los detalles del abuso.
  - ✓ Verbalización de los sentimientos de culpa.
  - ✓ Trastornos del sueño.
  - ✓ Depresión.
  - ✓ Trastornos de la conducta alimentaria.
  - ✓ Automutilación.
  - ✓ Intentos de suicidio.

**8.6.19.2.-Intervenciones de enfermería (NIC):*****Terapia del trauma: niño.***

- **Definición:** uso de un proceso de ayuda interactivo para resolver un trauma sufrido por un niño.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Explorar el trauma y su significado para el niño.
  - ✓ Utilizar un lenguaje adecuado a su nivel de desarrollo, para formular preguntas sobre el trauma.
  - ✓ Utilizar procedimientos de relajación y desensibilización para ayudar al niño a describir los hechos.
  - ✓ Utilizar el dibujo y el juego para favorecer la expresión.
  - ✓ Implicar a los padre o cuidadores en la terapia, si es procedente.
  - ✓ Evitar la implicación de los padres o cuidadores, si éstos son los causantes del trauma.
  - ✓ Ayudar al niño a integrar los hechos reestructurados del trauma, en su historia y experiencia vital.

***Tratamiento del trauma de violación.***

- **Definición:** proporcionar apoyo emocional y físico inmediatamente después de informar de una violación.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Ofrecer un apersona de apoyo para acompañar al niño.
  - ✓ Explicar el protocolo de actuación tras una violación y obtención del consentimiento.

- ✓ Determinar la presencia de cortes, magulladuras, hemorragia, laceraciones, y otras señales de violencia física.
- ✓ Proteger las muestras como evidencia legal.
- ✓ Dar instrucciones claras, escritas, acerca del uso de medicamentos, servicios de apoyo en caso de crisis y apoyo legal.

*Apoyo en la protección contra abusos: niños.*

- **Definición:** Identificación de las relaciones y acciones del niño dependiente de alto riesgo para evitar la posibilidad de que se le infrinjan daños físicos, sexuales o emocionales, o se abandonen las necesidades vitales básicas.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Determinar si el niño muestra señales de abuso físico, incluyendo lesiones en distintas fases de curación, hematomas, laceraciones y abrasiones, etc.
  - ✓ Determinar si el niño muestra signos de abuso sexual, incluyendo dificultad al caminar o sentarse, ropa interior rasgada, manchada o con sangre, genitales enrojecidos o traumatizados, laceraciones anales o vaginales, enfermedades de transmisión sexual, embarazo, comportamiento promiscuo o prostitución, infecciones recurrentes del tracto urinario, historial de fugas de casa, pérdida o ganancia repentina y masiva de peso, autoagresión, cambios de salud de etiología indeterminada.
  - ✓ Determinar si el niño presenta signos de abuso emocional, incluyendo retrasos en el desarrollo físico, trastornos de la conducta, del aprendizaje, reacciones de características neuróticas, retrasos del desarrollo cognitivo e intentos de suicidio.

**8.6.20.-Diagnóstico: Síndrome postraumático.**

- **Definición:** Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador.
  
- **Características definitorias:** Evitación. Represión. Pesadillas. Respuesta de alarma exagerada. Vergüenza. Ataques de pánico. Depresión. Temor. Ansiedad.
  
- **Factores relacionados:**
  - ✓ Abuso físico y psicosocial.
  - ✓ Violación.

**8.6.20.1.-Resultados (NOC):*****Recuperación tras el abuso: emocional.***

- **Definición:** Existencia de curación de lesiones psicológicas secundarias al abuso.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Demostración de confianza.
  - ✓ Demostración de autoestima.
  - ✓ Demostración de sentimientos.
  - ✓ Demostración de interacción social adecuada.
  - ✓ Demostración de relaciones interpersonales positivas.
  - ✓ Depresión

***Recuperación tras el abuso: físico.***

- **Definición:** curación de lesiones físicas secundarias a abuso.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Tratamiento oportuno de las lesiones.
  - ✓ Curación de las lesiones físicas.
  - ✓ Nutrición adecuada.
  - ✓ Evacuación intestinal regular.

***Recuperación tras el abuso sexual.***

- **Definición:** existencia de curación de lesiones físicas y psicológicas secundarias a abuso o explotación sexual.
  
- **Indicadores:**
  - ✓ Curación de lesiones físicas.
  - ✓ Expresión de ira de manera no destructiva.
  - ✓ Demostración de sentimientos.
  - ✓ Conducta compatible con las normas sociales.
  - ✓ Expresiones de comodidad con la orientación sexual.
  - ✓ Verbalización de los detalles del abuso.
  - ✓ Verbalización de los sentimientos de culpa.
  - ✓ Trastornos del sueño.
  - ✓ Depresión.
  - ✓ Trastornos de la conducta alimentaria.
  - ✓ Automutilación.
  - ✓ Intentos de suicidio.



**8.6.20.2.- Intervenciones de enfermería (NIC):*****Terapia del trauma: niño.***

- **Definición:** uso de un proceso de ayuda interactivo para resolver un trauma sufrido por un niño.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Explorar el trauma y su significado para el niño.
  - ✓ Utilizar un lenguaje adecuado a su nivel de desarrollo, para formular preguntas sobre el trauma.
  - ✓ Utilizar procedimientos de relajación y desensibilización para ayudar al niño a describir los hechos.
  - ✓ Utilizar el dibujo y el juego para favorecer la expresión.
  - ✓ Implicar a los padre o cuidadores en la terapia, si es procedente.
  - ✓ Evitar la implicación de los padres o cuidadores, si éstos son los causantes del trauma.
  - ✓ Ayudar al niño a integrar los hechos reestructurados del trauma, en su historia y experiencia vital

***Aumentar los sistemas de apoyo.***

- **Definición:** Facilitar el apoyo del niño por parte de la familia, los amigos, y la comunidad.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Determinar el grado de apoyo familiar.
  - ✓ Fomentar la participación en actividades sociales y comunitarias.
  - ✓ Remitir a un grupo de autoayuda si se considera oportuno.

***Cuidados de las heridas.***

- **Definición:** Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.
  
- **Actividades:**
  - ✓ Controlar las características de las heridas, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor.
  - ✓ Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje.
  - ✓ Limpiar con solución salina normal, si procede.
  - ✓ Aplicar un ungüento adecuado a la piel /lesión, si procede.
  - ✓ Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
  - ✓ Enseñar al niño o a los miembros de la familia los procedimientos de cuidado de la herida.



## IX. CONCLUSIONES

A pesar de esos progresos en el conocimiento de este problema de Salud Pública, queda mucho por hacer, y hay varios factores que limitan los efectos de las medidas que se han introducido, como son: la falta de conocimientos sobre la violencia contra los niños y sus causas fundamentales, y la escasez de datos y estadísticas sobre el tema contribuyen a ello.

La frecuencia y el aumento progresivo de víctimas de MTI hace preciso que aquellos profesionales que están en contacto más directo con el niño (maestros, médicos, enfermeras...) tomen conciencia del problema y formen parte activa en la prevención primaria, en la detección y en el tratamiento tempranos, para evitar secuelas psicofísicas irreversibles en el niño.

Las iniciativas para hacer frente a la violencia contra los niños se han centrado más en los síntomas y las consecuencias y no en las causas. Las estrategias tienden a estar fragmentadas y no integradas, y se asignan recursos insuficientes a las medidas para resolver el problema. Además, los compromisos internacionales para proteger a los niños de la violencia a menudo no se traducen en medidas en el plano nacional.

La prevención de la violencia debe integrarse totalmente en la formación de los profesionales de la salud, la educación, y el trabajo social. Estos profesionales, que trabajan con la población infantil y escolar, además, tienen proximidad a las familias, y son fundamentales para la detección de factores de riesgo personal, familiar y/o social.

Los esfuerzos y las políticas de prevención deben dirigirse a todos los niños, a quienes se les presta asistencia profesional, y en los entornos en los que vienen, juegan, aprenden y se divierten, para evitar que se produzca el MTI, y en su caso, diagnosticar y tratar precozmente a las víctimas. Esto requiere la coordinación intersectorial y la coordinación con niveles de asistencia especializados en MTI.

No hay ningún tipo de violencia contra los niños que pueda justificarse. Los niños nunca deben recibir menos protección que los adultos;

La violencia contra los niños se puede prevenir. Los Estados deben invertir en políticas y programas basados en pruebas para abordar los factores causales de la violencia contra los niños.

La vulnerabilidad de los niños a la violencia está relacionada con su edad y capacidad evolutiva. Algunos niños, debido a su género, raza, origen étnico, discapacidad o condición social, son especialmente vulnerables;

Las consecuencias de la violencia contra los niños varían según su naturaleza y gravedad, y en consecuencia, la respuesta a esa violencia debe ser multifacética y reflejar el tipo de violencia, su entorno y quién la perpetra, teniendo en cuenta siempre el interés primordial del niño.

Los Estados tienen la responsabilidad primordial de hacer que se respeten los derechos de los niños a la protección y al acceso a los servicios, y prestar apoyo a la capacidad de las familias para proporcionar cuidados a los niños en un entorno seguro.

Los Estados tienen la obligación de garantizar que los que cometan actos de violencia contra la infancia rindan cuentas.

Los niños tienen derecho a expresar sus opiniones y a que éstas se tengan en cuenta en la aplicación de políticas y programas.

## **X. RECOMENDACIONES**

Como consecuencia de estudio que presentamos, podemos establecer un conjunto de recomendaciones generales que se aplican a todas las iniciativas para prevenir la violencia contra los niños y responder a ella si se produce, y recomendaciones concretas aplicables a los hogares y las familias, las escuelas y otros entornos educativos, los profesionales de la salud, instituciones de acogida o detención, el lugar de trabajo y la comunidad.

### **10.1. RECOMENDACIONES GENERALES**

#### ***10.1.1. Prohibir toda violencia contra los niños***

El Estado debe ser más eficaz en la lucha contra toda forma de violencia contra los niños en todos los entornos, incluidos todos los castigos corporales, las prácticas tradicionales dañinas, como los matrimonios tempranos y forzosos, la mutilación genital femenina y los denominados delitos contra el honor, la violencia sexual y la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, como requieren los tratados internacionales, entre ellos la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes y la Convención sobre los Derechos del Niño.

#### ***10.1 2. Dar prioridad a la prevención***

En la estrategia de la Atención al MTI, hay que dar prioridad a la prevención de la violencia contra los niños abordando sus causas subyacentes. Así como, dedicar recursos a la intervención una vez se ha producido la violencia. Los Estados deberían asignar recursos adecuados a abordar los factores de riesgo y prevenir la violencia antes de que ocurra. Las políticas y los programas deberían abordar los factores de riesgo inmediatos, como la falta de apego de los padres a los hijos, la desintegración de la familia, el uso indebido de alcohol o drogas, y el acceso a armas de fuego. En línea con los objetivos de desarrollo del Milenio, se

debería centrar la atención en las políticas económicas y sociales que aborden la pobreza, el género y otras formas de desigualdad, las diferencias salariales, el desempleo, el hacinamiento urbano y otros factores que socavan la sociedad.

### ***10.1.3. Promover valores no violentos y concienciación***

La sociedad civil tiene que transformar las actitudes que aceptan o consideran normal la violencia contra los niños, incluidos los papeles de género estereotipados y la discriminación, la aceptación de los castigos corporales y las prácticas tradicionales dañinas. Los Estados deberían garantizar la difusión y comprensión de los derechos de los niños, inclusive por parte de los niños. Se deberían utilizar campañas de información para sensibilizar al público sobre los efectos dañinos que tiene la violencia en los niños. El sector privado de los medios de difusión debería promover valores no violentos y aplicar directrices para garantizar un pleno respeto de los derechos de los niños en toda cobertura de los medios.

### ***10.1.4. Aumentar la capacidad de todos los que trabajan con y para los niños***

Tenemos que priorizar la capacitación de los profesionales que trabajan con y para los niños en materia de Promoción de Salud Infantil y estrategias eficaces de Prevención del MYI. Se debería proporcionar una capacitación inicial durante el período de formación, y una formación continuada en el centro donde presta sus servicios profesionales. Además deberá estar formado sobre el respeto de los derechos de los niños.

Las Universidades y Centros de capacitación profesional deberían invertir en programas sistemáticos de educación y capacitación para profesionales y no profesionales que trabajan con o para los niños y las familias a fin de prevenir, detectar y responder a la violencia contra los niños. Se deberían formular y aplicar códigos de conducta y normas de comportamiento claras que incorporen la prohibición y el rechazo de todas las formas de violencia.

### ***10.1.5. Proporcionar servicios de recuperación y reinserción social***

Los Estados deben proporcionar servicios de salud y sociales accesibles, que tengan en cuenta a los niños y sean universales, incluidos cuidados prehospitalarios y de emergencia, asistencia jurídica a los niños y, cuando proceda, a sus familias si se detectan o comunican casos de violencia.

Los sistemas de salud, justicia y servicios sociales deberían poder abordar las necesidades especiales de los niños.

**10.1.6. Garantizar la participación de los niños**

Los profesionales que trabajan con escolares y jóvenes deben promover activamente la participación de los niños y respetar sus opiniones en todos los aspectos de la prevención, la respuesta y la vigilancia de la violencia contra ellos, teniendo en cuenta el artículo 12 de la Convención sobre los Derechos del Niño. Se debe prestar apoyo y alentar a las organizaciones de niños e iniciativas dirigidas por ellos para abordar la violencia guiadas por el interés primordial del niño.

**10.1.7. Crear sistemas de denuncia y servicios accesibles y adecuados para los niños**

Los Estados deben establecer mecanismos seguros, bien publicitados, confidenciales y accesibles para los niños, sus representantes y otras personas para denunciar la violencia contra los niños. Todos los niños, incluidos los que están en régimen de tutela y en instituciones judiciales, deberían conocer la existencia de mecanismos de denuncia. Se deberían establecer mecanismos como líneas telefónicas de ayuda mediante los cuales los niños puedan denunciar los abusos, hablar con un asesor capacitado de manera confidencial y pedir apoyo y asesoramiento, y se debería considerar la posibilidad de crear otras maneras de denunciar los casos de violencia mediante nuevas tecnologías.

**10.1.8. Asegurar la rendición de cuentas y poner fin a la impunidad**

El sistema judicial debe garantizar que todos los que cometan actos de violencia contra los niños rindan cuentas ante la justicia mediante procedimientos y sanciones penales, administrativas y profesionales apropiadas. Se debe impedir que trabajen con niños personas culpables de delitos violentos y abusos sexuales contra los niños.

**10.1.9. Abordar la dimensión de género de la violencia contra los niños**

El Estado tiene que asegurar que las políticas y los programas contra la violencia se elaboran y aplican con una perspectiva de género, teniendo en cuenta los diferentes factores de riesgo a que se enfrentan las niñas y los niños en lo que respecta a la violencia y proteger los derechos humanos de las mujeres y las niñas como estrategia para hacer frente a todas formas de discriminación de género.

**10.1.10. Establecer sistema de Vigilancia Epidemiológica.**

El Estado debe contar con un sistema de reunión de datos e información a fin de detectar subgrupos vulnerables, informar a la policía y elaborar programas a todos los niveles, y hacer un seguimiento de los progresos hacia el objetivo de prevenir la violencia contra los niños. Por ello, tenemos que crear, aplicar, supervisar y evaluar un Plan Nacional de Acción de Prevención del MTI, consensuado por un amplio abanico de agentes, gubernamentales y no gubernamentales, como son: el jurídico-penal, el educativo, el familiar, el sanitario y el de bienestar social.



El Estado debe utilizar indicadores nacionales basados en normas internacionalmente acordadas y garantizar que se compilan, analizan y difundan los datos a fin de comprobar los progresos, fijar prioridades, elaborar nuevos programas, sensibilizar a la población. Los datos deberían desglosarse por sexo, edad, medio urbano o rural, características de la familia, educación y otros determinantes socio-económicos y otras normas internacionales que favorezcan la comparación entre las diversas naciones y culturas.

Las Universidades y Centros de Investigación también deberían colaborar en la confección de un Programa Nacional de Investigaciones sobre la violencia contra los niños en entornos en los que se produce esa violencia, inclusive mediante entrevistas con niños y padres, prestando atención especial a los grupos vulnerables de niñas y niños.

#### ***10.1.11. Fortalecer los compromisos internacionales***

El Estado debe vigilar el cumplimiento estricto de la Convención sobre los Derechos del Niño y sus dos Protocolos facultativos, relativos a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía, y a la participación de niños en los conflictos armados. Todas las reservas que sean incompatibles con el objeto y propósito de la Convención y los Protocolos facultativos se deberían retirar de conformidad con la Declaración y Plan de Acción de Viena de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de 1993. Así como, los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos pertinentes que incluyen disposiciones relativas a la protección de los niños, entre ellos la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes y su Protocolo Facultativo, el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y su Protocolo Facultativo, los Convenios de la OIT No. 138, sobre la edad mínima de admisión al empleo, y No. 182 sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil, y la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional y el Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños, que complementa la Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional.

## **10.2. RECOMENDACIONES CONCRETAS EN FUNCIÓN DEL ENTORNO**

Fruto del estudio que presentamos, podemos establecer un conjunto de recomendaciones concretas aplicables a los hogares y las familias, las escuelas y otros entornos educativos, en los centros del sistema de salud, instituciones de acogida o detención, el lugar de trabajo y la comunidad.

### ***10.2.1. En el hogar y la familia***

Considerando que la principal responsabilidad de la educación y el desarrollo de los hijos recae en la familia y que el Estado debería apoyar a los padres y las personas encargadas del cuidado de los niños en esa tarea, debe:

a) Iniciar o mejorar los programas de apoyo a los padres y otras personas encargadas del cuidado de los niños en su papel de educación del niño. Las inversiones en salud, educación y servicios de bienestar social deberían incluir programas de calidad para el desarrollo del niño en la primera infancia, visitas a domicilio, servicios prenatales y postnatales y programas de generación de ingresos para grupos desfavorecidos;

b) Elaborar programas concebidos especialmente para familias en situaciones particularmente difíciles, por ejemplo, familias encabezadas por una mujer o un niño, pertenecientes a minorías u otros grupos discriminados o que tengan a su cargo niños con discapacidades;

c) Elaborar programas de educación de los padres que tengan en cuenta las cuestiones de género y que se centren en formas de disciplina no violentas. Esos programas deberían fomentar unas relaciones sanas entre padres e hijos y orientar a los padres hacia formas de disciplina y criterios para el desarrollo de los hijos constructivos y positivos, teniendo en cuenta la capacidad evolutiva de los niños y la importancia de respetar sus opiniones.

### ***10.2.2. En las escuelas y otras instituciones educativas***

Considerando que todos los niños deben poder aprender en entornos libres de violencia, que las escuelas deben ser seguras y estar adaptadas a sus necesidades y que los planes de estudio deben fundamentarse en sus derechos, y considerando también que las escuelas proporcionan un entorno en el que puede modificarse cualquier actitud de tolerancia con respecto a la violencia y pueden aprenderse comportamientos y valores no violentos, recomendamos que el Estado tiene que:

a) Alentar a las escuelas a aprobar y aplicar códigos de conducta para la totalidad del personal y los estudiantes que combatan la violencia en todas sus formas y tengan en cuenta la existencia de comportamientos y estereotipos basados en el género y otras formas de discriminación;

b) Asegurar de que los directores y los maestros de las escuelas empleen estrategias de enseñanza y aprendizaje no violentas y adopten medidas de disciplina y organización en el aula que no estén basadas en el miedo, las amenazas, las humillaciones o la fuerza física;

c) Evitar y reducir la violencia en las escuelas mediante programas específicos que se centren en el conjunto del entorno escolar, por ejemplo fomentando actitudes como enfoques basados en la resolución pacífica de conflictos, la

aplicación de políticas contra la intimidación y la promoción del respeto de todos los miembros de la comunidad escolar;

- d) Asegurarse de que los planes de estudio, los procesos de enseñanza y demás prácticas cumplen plenamente las disposiciones y los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño y están libres de cualquier referencia activa o pasiva a la promoción de la violencia y la discriminación en cualquiera de sus manifestaciones.

### ***10.2.3. En el sistema de salud***

Considerando que los profesionales sanitarios que atienden a la infancia deben estar capacitados para realizar la detección precoz del MTI y conocer los circuitos existentes para su derivación a servicios especializados con el fin de tratar este problema y evitar la repetición de episodios posteriores más graves o que el caso de sospecha no progrese o se pierda.

Se estima que entre el 1 y 7 % de los niños que reciben atención sanitaria pueden haber experimentado algún tipo de MTI y no son detectados. Si se detectan, no se declaran, o no existe un sistema vigilancia epidemiológica y registro de casos, ni mucho menos son investigados. A esto, se une que el MTI se produce, generalmente, en el seno de familia, lo que es un obstáculo más para que los propios padres se declaren como agresores y denuncien el caso, hace que a menudo el MTI pase desapercibido.

El sistema sanitario puede:

a) Dada la trama multicausal en el origen del MTI, las consecuencias multisectoriales, los costos, y el diseño de estrategias basadas en la evidencia para la prevención eficaz del MTI, los profesionales de la salud pública pueden desempeñar una función clave al liderar la ampliación conocimientos y experiencias prácticas efectivas, para facilitar el proceso, la innovación y el compromiso para prevenir la violencia contra la infancia. Entre las cuestiones que demandan investigaciones transnacionales: la relación entre el MTI y diversos aspectos de la globalización; la implementación de modelos para la defensa de los Derechos de la Infancia; los factores de riesgo y de protección comunes a las distintas culturas; las estrategias costo-eficaces de prevención aplicables en diversos contextos, la Construcción Cultural de la Paz desde la escuela, y la igualdad social y entre los sexos.

b) Promover respuestas de prevención primaria para reducir el MTI, entre ellas, las mas eficaces son: la visita domiciliaria de atención prenatal y perinatal para las madres, y durante los dos primeros años de vida en familias de riesgo reducen la incidencia de maltrato en los niños: y los programas de enriquecimiento preescolar y desarrollo social para niños y adolescentes. Los cuestionarios no son instrumentos útiles para conocer las familias con riesgo de producir maltrato en la

infancia. Se recomienda la búsqueda activa de factores de riesgo a través de la entrevista clínica en sucesivos encuentros, la observación de los vínculos familiares y de la conducta del niño; la intervención sobre las situaciones de riesgo: falta de habilidades, toxicomanías, escasos recursos sociales etc.

c) Reforzar las respuestas a las víctimas de MTI y a asegurar los servicios de rehabilitación y apoyo necesarios para prevenir ulteriores complicaciones, como son, entre otras: mejorar los sistemas de respuesta urgente y la capacidad del sector sanitario para tratar y rehabilitar a las víctimas; reconocer los signos de MTI y enviar a las víctimas a los organismos adecuados para ofrecerles seguimiento y apoyo; garantizar que los servicios de salud, judiciales, policiales y sociales eviten la "revictimización" y disuadan eficazmente a los autores de reincidir en los malos tratos; ofrecer apoyo social, programas de prevención y otros servicios para proteger a las familias en riesgo de MTI; y reducir el estrés de los maestros, profesores y demás educadores

d) Es necesario incrementar la colaboración y el intercambio de información sobre la prevención de la violencia, mediante la creación de Redes de Promoción del Buen Trato, coordinadas entre sí, en las que se efectúen intercambios de conocimientos, experiencias, y buenas prácticas, con el fin de contribuir a la mejora del ejercicio de los derechos de la infancia a la salud, la educación, el bienestar y la calidad de vida.

#### ***10.2.4. En los sistemas de justicia y de atención al niño***

Considerando que debemos garantizar la seguridad de los niños en instituciones de acogida y centros de detención de menores, el Estado:

a) Otorgue prioridad a reducir los índices de institucionalización de niños fomentando que se preserve la unidad familiar, promoviendo alternativas basadas en la comunidad y garantizando que la atención institucionalizada se utilice sólo como último recurso. Deberían favorecerse en todos los casos las modalidades de atención basadas en la familia, que deberían ser la única opción en el caso de lactantes o niños muy pequeños. En los casos en que sea posible, los Estados deberían asegurarse de que los niños acogidos en instituciones se reintegran en su familia en condiciones adecuadas. Reconociendo la especial vulnerabilidad de los niños pertenecientes a minorías, los Estados deberían garantizar que esos niños y sus familias reciben servicios de atención y apoyo basados en su cultura y que los asistentes sociales cuentan con la capacitación adecuada para trabajar con ellos de forma eficaz;

b) Reduzca las cifras de niños que entran en el sistema de justicia dejando de tipificar como delitos los denominados "delitos en razón de la condición" (comportamientos que sólo se consideran delitos cuando los exhiben niños, por ejemplo ausentarse injustificadamente de la escuela, fugarse de casa o "no poder estar controlado por los padres"), los comportamientos de supervivencia

(mendigar, traficar con sexo, escarbar entre la basura, merodear o vagabundear) o actos cometidos como parte de actividades de trata o explotación delictiva a que puedan verse sometidos. Los Estados deberían crear también sistemas de justicia del menor integrales y compensatorios que se centren en el niño, de conformidad con las normas internacionales.

Las detenciones deberían limitarse a aquellos delincuentes infantiles considerados un peligro real para los demás, y deberían invertirse recursos considerables en soluciones alternativas y en programas de rehabilitación y reintegración en la comunidad;

c) Evalúe regularmente los ingresos de niños en instituciones, examinando los motivos por los que éstos fueron ingresados en centros penitenciarios o de acogida, a fin de devolverlos a sus familias o ponerlos en manos de cuidadores en la comunidad;

d) Asegure que los niños ingresados en instituciones conocen sus derechos y pueden acceder a los mecanismos establecidos para protegerlos;

f) Asegure una supervisión eficaz de las instituciones de justicia y los centros de acogida por órganos independientes facultados para llevar a cabo visitas no anunciadas, entrevistar en privado a los niños y al personal e investigar acusaciones de actos de violencia.

#### ***10.2.5. En la comunidad***

Las medidas destinadas a evitar la violencia contra los niños en las comunidades deberían tener en cuenta los factores de riesgo social y económico y el medio físico de la comunidad, por lo que hay que tener en cuenta:

a) Ejecutar estrategias de prevención para reducir los factores de riesgo inmediatos en la comunidad. Dichos factores variarán de un lugar a otro, pero por lo general suelen incluir la facilidad de acceso a drogas y alcohol, la tenencia de pistolas y otras armas y la utilización de niños en actividades ilegales;

b) Reducir las desigualdades sociales y económicas. Los gobiernos deberían analizar la repercusión de las políticas públicas en la vulnerabilidad de las comunidades y sus niños frente a la violencia e invertir considerablemente en la aplicación de políticas y programas en materia social, de vivienda, empleo y educación de calidad. Debería otorgarse prioridad a los enfoques centrados en la pobreza y la mejora de los vínculos, a la participación y al establecimiento de redes sociales en el seno de la comunidad y entre distintos grupos comunitarios, favoreciendo así el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales de sus miembros;

c) Elaborar e implementar actividades de capacitación sobre los derechos del niño entre los miembros de las fuerzas armadas y de seguridad que incluya información acerca de formas adecuadas de tratar a todos los niños, especialmente

los procedentes de grupos marginados y discriminados; formen a la policía sobre las etapas del desarrollo del niño, el proceso de desarrollo de la identidad, la dinámica y la naturaleza de la violencia contra los niños, la diferencia entre un grupo normal de amigos y una banda y el manejo adecuado de niños bajo los efectos del alcohol o las drogas;

d) Proporcionar un acceso temprano a servicios integrados, por ejemplo servicios coordinados de remisión y seguimiento para víctimas y perpetradores; mejorar la atención prehospitalaria y los servicios médicos de urgencia para las víctimas, junto con servicios de apoyo físico y psicológico; y proporcionen programas para rehabilitar a los autores de delitos, teniendo en cuenta que deben responder plenamente por sus acciones;

e) Fomentar iniciativas del gobierno local y la sociedad civil destinadas a prevenir la violencia contra los niños, especialmente ofreciendo actividades seguras de recreo y otro tipo para niños de ambos sexos;

f) Alentar a los gobiernos locales y municipales a reducir los factores de riesgo en el medio físico, asistiéndoles en esa tarea. La planificación urbanística debería incluir espacios públicos seguros y bien iluminados para los niños, incluidas rutas seguras para que los niños y adolescentes se desplacen por sus comunidades;

g) Facilitar el procesamiento de los delitos relacionados con la venta de niños y la prostitución y la pornografía infantiles revisando las leyes nacionales para eliminar el requisito de “doble incriminación”

h) Reforzar las iniciativas destinadas a combatir el uso de tecnologías de información, como Internet, teléfonos móviles y juegos electrónicos, en la explotación sexual de los niños y otras formas de violencia. Es preciso tomar medidas destinadas a educar y asesorar a los niños y las personas a su cargo acerca de los peligros existentes en ese sentido, tipificar como delito la distribución, posesión o utilización de pornografía infantil e imponer penas adecuadas al respecto;

k) Alentar a la industria de la información y la comunicación a idear y aplicar normas generales para la protección del niño, realizar investigaciones sobre equipos y programas informáticos que proporcionen protección y financiar campañas educativas a nivel mundial sobre el uso seguro de las nuevas tecnologías.



## **BIBLIOGRAFÍA**

Alfaro R. Aplicación del Proceso de Enfermería: Guía Práctica. 3ª ed. Madrid: Doyma; 1996.

Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero: fomentar el cuidado en colaboración .5ª ed. Barcelona: Masson; 2003.

American Academy of Pediatrics, Task Force on Violence. The role of de pediatrician in youth violence prevention in clinical practice and the community level. Pediatrics 1999; 103:173-81.

American Psychiatrists' Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition Text Revision. American Psychiatrists' Association. Washington DC. 2000.

Andrews G et als. Child sexual abuse. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.

Arribas A, Aréjula JL, Borrego R, Domingo M, Morente M, Robledo J, Santamaría JM. Valoración enfermera estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: FUDEN; 2006.

Arribas A, Peñacobo H, Morales MS, Duradle E, Hidalgo MA, Muñoz V, Peral A, Vaquero MD, Carretero M. Guía de diagnósticos enfermeros en Atención Primaria. Madrid: FUDEN;2003.

Arruabarrena M, De Paúl J. Maltrato a los Niños en la Familia: Evaluación y Tratamiento. Madrid: Editorial Pirámide; 1997

Awareness and views regarding child abuse and child rights in selected communities in Kenya. Nairobi: African Net-work for the Prevention and Protection against Child Abuse and Neglect, 2000.

Bardi M, Borgognini-Tari SM. A survey of parent-child conflict resolution: intrafamily violence in Italy. Child Abuse Negl 2001; 25:839-53.

Barlow J, Johnston I, Kendrick D, Polnay L, Stewart-Brown S. Programas de parentalidad individuales y grupales para el tratamiento del abandono y el maltrato físico infantil (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. [Consulta: 1 febrero 2007]

Bartolomeos K. Third Milestones of a Global Campaign for Violence Prevention Report 2007. Geneva: WHO; 2007.



Barudy J. *El Dolor Invisible de la Infancia: Una Lectura Ecosistémica del Maltrato Infantil*. Madrid: Editorial Paidós Ibérica; 1998.

Belsky J; Vondra J. *Lessons From Child Abuse: The Determinants of Parenting*. London: Cambridge University Press; 1989.

Bendixen M, Muss KM, Schei B. The impact of childsexual abuse: a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse Negl* 1994; 18:837-47.

Bosch-Marín J. La protección del niño a través de la familia. *An. R. Acad. Nac. Medicina*. 1965; LXXXII; (2):1-30.

Bosch-Marín J. El niño preescolar en la edad de oro de la infancia. *An. R. Acad. Nac. Medicina*. 1967; LXXXIV; (3):1-27.

Bosch-Marín J. Ante el Año Internacional del Niño. Necesidades fundamentales de la infancia en el Mundo y en España". *An. R. Acad. Nac. Medicina* 1978; XCV; (1):95-130.

Bosch-Marín J. El protagonismo de la infancia en 1979, Año Internacional del Niño. *An. R. Acad. Nac. Medicina* 1979; XCVI, (2): 10-21.

Bosch-Marín J. El derecho de ser niño. *An. R. Acad. Nac. Medicina* 1980; XCVII; (1): 2-35.

Bowlby J. *El vínculo Afectivo*. Piados: Barcelona; 1993

Brofenbrenner U. *The Experimental Ecology of Human Development*. Harvard University Press: Cambridge; 1979.

Bross DC et al. *World perspectives on child abuse: the fourth international resource book*. Denver, CO: Kempe Children's Center. University of Colorado School of Medicine, 2000.

Brow J, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: finding of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1998; 22(11): 1065-78

Brown EJ. Child physical abuse: risk for psychopathology and efficacy of interventions. *Curr Psychiatry Rep* 2003;5:87-94.

Browne K et al. *Child abuse and neglect in Romanian families: a national prevalence study 2000*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2002.

Caffey J. Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *Am J Roentgen* 1946; 56:163-73.

Caffey J. Significance of the history in the diagnosis of traumatic injury to children. *J Pediatr* 1965; 67: 1008.

Carpenito LJ. *Diagnósticos de Enfermería: Aplicaciones a la Práctica Clínica*. 9ª ed. Madrid: McGraw Hill; 2002.

Carpenito LJ. *Manual de Diagnósticos de Enfermería*. 1ª ed. Ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.; 2002.

Carrera Manchado C. Detección de malos tratos y falta de cuidados en el niño. En: Martín Zurro A et als. Editores. *Prevención en Atención Primaria*. Barcelona: Renarts Ed.; 1997. p. 217- 22.

Carrera C, Navarro J; Monteiro C, Rodríguez A. *Detección de los Malos Tratos y la Falta de Cuidados en el Niño*. Bilbao: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco; 1996.

Casado de Frías E y Nogales Espert Á. *Pediatría*. Madrid: Elsevier; 1997.

Casado de Frías E. *Lecciones de Pediatría*. Zaragoza: Lasala y Cía.; 1975.

Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C. *Niños maltratados*. Madrid: Díaz de Santos; 1997.

Casado Flores, J. El niño maltratado. En: *Medicina y Salud Escolar*. En: Asociación Española de Medicina e Higiene Escolar y Universitaria. Madrid; 1.993. p. 343– 52.

CDC. – OMS. Estudio por la Encuesta mundial sobre salud escolar. Organización Mundial de la Salud. Disponible en URL: <http://www.cdc.gov/gshs> o [http://www.who.int/school\\_youth\\_health/gshs](http://www.who.int/school_youth_health/gshs). [Consulta: 26 febrero 2004]

CDC. Adverse Childhood Experiences Study, 2006. Disponible en URL: <http://www.cdc.gov/NCCDPHP/ACE>. [Consulta: 26 febrero 2004]

Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia Familiar. Disponible en URL: <http://www.gva.es/violencia/#> [Consulta: 26 febrero 2004]

Cerón Vivancos J, Sáez Crespo JA y Cacho Casado A. Prevención del maltrato infantil. *Papel del odontoestomatólogo*. *Divulgación Odontológica* 1.994; 2:140-48.

Cirillo S, Di Blasio P. *Niños Maltratados*. Buenos Aires: Paidós; 1991.

Cirillo S, Di Blasio P. *La Famille Maltraitante*. París: ESF; 1992..

Concha-Eastman A, Guerrero R. Vigilancia Epidemiológica para la prevención y el control de la violencia en las ciudades. *Rev Panam Sal. Públ.* 1999; 5(4-5):322-31

Coren E, Barlow J. Programas individuales y en grupo de ayuda a los padres adolescentes para mejorar los resultados psicosociales entre éstos y sus hijos. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software. Disponible en: <http://www.update-software.com>. [Consulta: 26 febrero 2004]

Corsi J. Violencia Familiar: Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social. Buenos Aires: Piados; 1994.

Costa Cabanillas M, Morales González J M. La prevención del maltrato infantil. En: Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C Editores. Niños maltratados. Madrid: Díaz de Santos; 1.998.

Costabel M. et al. Valoración en enfermería. Oficina del Libro AEM Montevideo; 1997.

Currie C et al. Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) Study: international report from the 2001/2002 survey. Health Policy for Children and Adolescents, No. 4 Ginebra; Organización Mundial de la Salud, 2004.

Choquet M et al. Self-reported health and behavioral problems among adolescent victims of rape in France: results of a cross-sectional survey. Child Abuse Negl 1997; 21:823-32.

De la Barra F, Álvarez P; Gilchrist A, Álvarez N, Gamboa P, Novoa F. Maltrato infantil en Chile. Informe del grupo de trabajo MINSAL. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 1991.

De Mause L. Historia de la Infancia. Madrid: Alianza Editorial; 1982.

De Paul J, Arruabarrena I. Behavior problems in school-aged, physically abused and neglected children in Spain. Child Abuse Negl 1995;19: 409-18.

De Paul J, Arruabarrena I. Manual de Protección Infantil. Barcelona: Masson, 2001.

Díaz Huertas JA, Casado Flores J et al. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 1998.

Díaz Huertas JA, Esteban Gómez J, Romeu Soriano FJ, Puyo Marín C, Gotzens Busquets F, Pastor Aguilar P et al. Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos. Madrid: Grupo de Trabajo sobre Maltrato Infantil. Observatorio de la Infancia. Dirección General de Acción Social del Menor y de la Familia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.

Díaz Huertas JA, Casado Flores J et als. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales; 2000. p. 343- 52.

Earls F. Positive effects of prenatal and early childhood interventions. *JAMA* 1998; 280; 1271-73.

ECPAT International. Disponible en URL: <http://www.ecpat.net>. [Consulta: 26 febrero 2004]

Emeric B. Una Aproximación al Maltrato Infantil: Nuestra Experiencia en capacitación. Montevideo: Editorial Latina. Ministerio de Educación y Cultura; 1994.

Facchin P et als. European strategies on child protection: preliminary report. Padua: University of Padua; 1998.

Felitti V J, Anda R F, Nordenberg D F et als. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *Am J Prev Med* 1998; 14; 245-58.

Fergusson DM, Lynskey MT, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood. I: Prevalence of sexual abuse and factors associated with sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1996;35:1355-64.

Fergusson DM, Mullen PE. Childhood sexual abuse: an evidence-based perspective. Sage: Thousand Oaks; 1999.

Finkelhor D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *The Future of Children*, 1994, 4:31-53.

Finkelhor D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1994;18:409-17.

Flórez Lozano JA. El problema psicológico del niño maltratado. *Rev. Ephetá*; 26, 1980.

Fontana V y Besharov DJ. The maltreated Child: The Maltreated Syndrome in Children. A medical, legal and social guide. 3º ed. Springfield, II, Chales C. Thomas; 1977.

Fontana V. En defensa del niño maltratado. México D.F.: Editorial Pax; 1979.

Frias-Armenta M, McCloskey LA. Determinants of harsh parenting in Mexico. *Journal of Abnormal Child Psychology* 1998;26:129-39.

Friedman SB. The need for intensive follow - up of abused children. In: C.H. Kempe y R.E. Helfer, eds. *Helping the battered child and his family*. Philadelphia: J.B. Lippincott; 1972.

Garbarino J, Guttman D, Seeley J. *The Psychologically Battered Child*. London: Jossey-Bass; 1986

Garbarino J, Stocking S. *The Social Context of Child Maltreatment: Protecting Children from Abuse and Neglect*. London: Jossey-Bass; 1980.

Gelles R. *The illusion of caring*. Boston: Beacon Press; 1973.

Gelles R. Child Abuse as Psychopathology: A Sociological Critique and Reformulation. *American Journal of Orthopsychiatry* 1973;43:611-21.

Gelles R y Lancaster JB. *Child Abuse and Neglect Biosocial Dimensions*. New York: Aldine de Gruyter; 1987.

Gelles R Cornell C. International Perspectives in Child Abuse. *Child Abuse Negl* 1983;7:375-86.

George C, Main M. Social Interactions of Young Abuse Children: Approach, avoidance, and Aggression. *Child Development* 1979;50:306-18.

Gilchrist A. *Síndrome del Niño Golpeado*. Santiago de Chile: Departamento de Psiquiatría Sur, Facultad de Medicina, Universidad de Chile; 1982.

Gilchrist A. *Esos Esquivos Derechos*. Santiago, Chile: UNICEF; 1992.

Goldman JD, Padayachi UK. The prevalence and nature of child sexual abuse in Queensland, Australia. *Child Abuse Negl* 1997;21:489-98.

Gordon M. *Manual de diagnósticos de enfermería*. 1ª ed. Madrid: MacGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.; 2007.

Gracia E, Musitu G. *El Maltrato Infantil: Un Análisis Ecológico de los Factores de Riesgo*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1993.

Granda Luengo M. El niño víctima de malos tratos. En *Pediatría Preventiva y Social. Puericultura*. Madrid: Grafosett; 1982. p. 374- 76.

Green A. *Child Abuse. Handbook of mental disorders in childhood and adolescence*. Englewood: Prentice-Hall; 1978.

Guedj N. El papel del psicólogo en los niños maltratados ingresados en los servicios pediátricos. *Revista Internacional del Niño* 1980; 44: 15-9.

Gutiérrez A y Pernil P. *Historia de la infancia, itinerarios educativos*. Madrid: UNED; 2004.

Hahm H, Guterman N. The emerging problem of physical child abuse in South Korea. *Child Maltreatment* 2001;6:169-79.

Hamory J; Jeffreys M. Flexibility and innovation in multidisciplinary management of child abuse in Western Australia. *Child Abuse Negl* 1977; 1;217-39.

Haz A, Ramírez V. "Maltrato Infantil: La Necesidad de un Instrumento para su Detección Precoz", *Revista Terapia Psicológica* 1993;20:21-6.

Helfer RE. A review of the literature on the prevention of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1982; 6; 252-61.

Herruzo Cabrera R, Sáez Crespo JA., Graciani Pérez-Regadera A. y Del Rey Calero J. Salud de la Infancia y adolescencia. En Piédrola Gil Editor. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: 10ª edición. Masson; 2.001. p. 841– 54.

Hodgkin R, Newell P. *Implementation Handbook for the Convention on the Rights of the Child*. New York: UNICEF; 2002.

Huard P, Laplane R. *Histoire Illustrée de la Pédiatrie*. París: Roger Dacosta; 1981.

Human Rights Watch. *Campaign Against the Trafficking of Women and Girls*. HRW. Disponible en: URL: <http://www.hrw.org/about/projects/traffcamp/intro.html>. [Consulta: 26 febrero 2004]

Human Rights Watch. *World Report 2002*. HRW. New York. Disponible en: URL: <http://staging.hrw.org/wr2k2/children.html#Child Labor>. [Consulta: 26 febrero 2004]

Hunter WM et al. Risk factors for severe child discipline practices in rural India. *Journal of Pediatric Psychology* 2000;25:435–47.

Hutchison E. Child Maltreatment: Can it be Defined?. *Social Service Review* 1990; March: 60-78.

International Labour Organization. Convention No. 182, the Convention on Trafficking and the jurisprudence of the Committee on the Rights of the Child.

ILO/IPEC. *The Trafficking Trap*. Disponible en: URL: <http://www.ilo.org/public/english/standards/ipeccampaign/home/htm>. [Consulta: 26 febrero 2004]

International Labour Organization. *Convention concerning the Prohibition and Immediate Action for the Elimination of the Worst Forms of Child Labour*. Entry into force 19 November 2000. Articles 2 and 3.

InterParliamentary Union. *What is Female Genital Mutilation?* Disponible en: URL: <http://www.ipu.org/wmn-e/fgm-what.htm>. [Consulta: 1 febrero 2007]

INTERPOL. *Handbook on Good Practice for Specialist Officers Dealing with Crimes Against Children*. Interpol Standing Working Party on Offences against Minors. 1997.

IPSCAN. *International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect. World Perspectives on Child Abuse*. Chicago. Seventh Edition, 2006.

Iyer P, Taptich B, Bernocchi-Losey D. *Proceso de Enfermería y diagnóstico de Enfermería*. 3ª ed. Madrid: Interamericana McGraw-Hill; 1997.

Junyent M, García JJ, Pou J. El maltrato infantil: detección e intervención. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2004; 6: 433-41.

Juste Ortega G, Morales González J M, Costa Cabanillas, M. *Actitud de los españoles ante el castigo físico infantil*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1997.

Kempe CH, Silverman NF, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK. The battered-child syndrome. *JAMA* 1962;181:17-24.

Kempe CH. Paediatric implications of the battered baby syndrome. *Arch Dis Child* 1971;46:28-37.

Kempe RS, Kempe HC. *Niños maltratados*. 3a. edición. Madrid: Morata, 1985.

Kempe CH. Cross-Cultural Perspective in Child Abuse. *Pediatrics Journal* 1982;69:497-98.

Kempe RS, Kempe HC. *L' enfance Torturée*. Bruxelles: Mardaga. 1978

Ketsela T, Kedebe D. Physical punishment of elementary school children in urban and rural communities in Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal* 1997;35:23–33.

Korbin JE. *The cross- cultural context of child abuse and neglect*. Chicago: University press; 1980

Krug E G, Dahlberg LL, Mercy J, Zwi AB y Lozano R. *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Publicación Científica y Técnica No. 588. Washington (DC). Organización Panamericana de la Salud; 2003.

Krug E. *World Report on Violence and Health*. Geneva: WHO; 2002.

Krugman S, Mata L, Krugman R. Sexual abuse and corporal punishment during childhood: a pilot retrospective survey of university students in Costa Rica. *Pediatrics* 1992;90:157–61.

La Rose L, Wolfe D. *Advances in Clinical Child Psychology: Psychological Characteristics of Parents who Abuse or Neglect their Children*. New York: Lahey y Kazdin Press, 1987.

Levav I, Guerrero R, Phebo L, Coe G, Cerqueira MT. El castigo corporal en la niñez: ¿Endemia o epidemia? *Bol Oficina Sanit Panam* 1996;120:229-39.

Lewis D, Mallouh C, Carlson V, Webb V. *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. New York: Cambridge University Press, 1989.

Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor.

Lira P et al. Estudio de prevalencia de Maltrato Infantil en Escolares de Octavo Básico de los Sistemas Educativos Municipalizados de la Comuna de Calama. La Serena: Universidad Francisco de Aguirre; 1999

López C, George M. Orientaciones Técnicas y Programáticas en Maltrato Infantil: Prevención y Atención Integral. Santiago de Chile: Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud; 1998.

López F. Abusos sexuales a menores. Universidad de Salamanca. Subdirección General de Publicaciones del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 1996.

López Sánchez F. Prevención de abusos sexuales de menores y educación sexual. Salamanca: Ediciones Amarín; 1.995.

Lopez SC et al. Parenting and physical punishment: primary care interventions in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2000, 8:257–267.

López F, Meléndez P. Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar: Estudio Realizado con Padres de Niños Preescolares. Veracruz: Xalapa de Enríquez Editores; 1997.

López J. Maltrato Infantil. Murcia: Asociación de Apoyo a la Infancia Maltratada, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia; 1996.

Loredo AA. Maltrato al menor. México D.F.: Interamericana McGraw-Hill, 1994.

Luis MT. Los Diagnósticos Enfermeros: revisión crítica y guía práctica. 7ª ed. Barcelona: Masson; 2006.

Lynch MA. Child Abuse before Kempe: An Historical Literature review. *Child abuse and Neglect* 1985;9:7-15.

MacMillan HL. Preventive health care, 2000 update prevention of child maltreatment. *CMAJ*. 2000; 163: 1451-58

Maher P. El abuso contra los niños. La perspectiva de los educadores. México, D.F.: Grijalbo; 1990.

Manciaux M y cols. “Santé de la mère et de l’enfant. Nouveaux concepts en Pédiatrie Sociale. París; Flammarion. 1984.

Margolis L H y Farran DC. Unemployed and child abuse. *Am J Child* 1976;13:107-24.

Martínez MM, Reyes RR. Maltrato infantil. Un problema inquietante. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1993;50:557-63.



Martínez Roig A y Paúl J. Maltrato y abandono en la infancia. Barcelona: Martínez Roca; 1993.

McCloskey J, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería(NIC).4ª ed. Madrid:Elsevier;2007.

Menick DM. La problématique des enfants victimes d'abus sexuels en Afrique ou l'imbricatio d'un double paradoxe: l'exemple du Cameroun. Child Abuse Negl 2001;25:109-21.

Mercy J A. Defendiendo a los niños: papel del pediatra en la prevención de la violencia. Pediatrics Edición española 1999;1:8.

Montenegro H, Guajardo H. Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Santiago de Chile: Editorial Salvador; 1994.

Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 3ª ed. Madrid :Elsevier;2006.

Muller RT, Hunter EJ, Stollak G. The intergenerational transmission of corporal punishment: A comparison of social learning and temperament models. Child Abuse Negl 1995;19:1323-35.

Mundo Negro, nº 499, septiembre 2005.

Muñoz J, Goded F, Ruza F. Diagnóstico de maltrato en el niño. Pediatría 1996; 16:109-26.

Murray M.E, Atkinson L.D. Proceso de Atención de Enfermería. 5ª Ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1996.

Musitu G, Román J, Gracia E. Familia y Educación. Barcelona: Editorial Barcelona Labor; 1988.

NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008.1ª.ed. Madrid : Elsevier ;2007.

National Research Council. Understanding child abuse and neglect. Washington, D.C.: National Academy of Sciences Press; 1993.

Newberger E H y Hyde J N. Child abuse: principles and implications of current pediatric practice. Pediatr Clin North Am 1975; 22:695-715.

Nogales A. Maltrato infantil. An. R. Acad. Nac. Medicina 2001;CXXIV:131-155.

Observatorio de la Infancia. La Infancia en cifras. Colección Observatorio de la Infancia, nº 2. Instituto de Infancia y Mundo Urbano. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Octubre 2006.

OIT. Eliminación del trabajo infantil: un objetivo a nuestro alcance. Informe global. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 2006.

OIT. Un futuro sin trabajo infantil: Informe global. Ginebra: Oficina Internacional del Trabajo; 2002.

OMS. International Labour Conference. Recommendation 190. II Hazardous Work. International Labour Conference. 87th Session. Geneva. WHO; June 1999.

ONU. Convención sobre los Derechos del Niño Asamblea General de Naciones Unidas. Resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990, de conformidad con el artículo 49. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Ginebra, 1996

ONU. Cumbre del Milenio. Nueva York; 2000.

ONU. Declaración del Milenio. Asamblea General 55/2. 13 de septiembre de 2000. Nueva York; 2001.

ONU. Informe del experto independiente para el estudio de la violencia contra los niños, de las Naciones Unidas. AG de 26 de Agosto de 2006. Nueva York, 2006

ONU. Protocolo Facultativo de la Convención sobre los derechos del niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados.

ONU. Protocolo Facultativo de la Convención sobre los derechos del niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía.

OPS. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Publicación Científica y Técnica No. 588. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2003.

Organización Mundial de Salud. CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Editorial Meditar; 1992.

Osorio CA. El niño maltratado. 2a. edición. México, (D.F.): Trillas, 1995.

Palacio M y Sáez Crespo J A. Entornos Saludables: El desafío de la promoción de la salud. En: H. Restrepo y H. Málaga (editores.). Promoción de la Salud. Cómo construir vida saludable. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Bogotá: Panamericana; 2.001. p. 264–73.

Palacios J. Los datos del maltrato infantil en España, una visión de conjunto. En *Infancia y Aprendizaje*. Journal for Study of Education and Development. Madrid: EDISA; 1995. p. 69-75.

Panel on Research on Child Abuse and Neglect, Commission on Behavioural and Social Sciences and Education. National Research Council, Understanding Child Abuse and Neglect. Washington (DC): National Academy Press; 1999.

Pederson W, Skrondal A. Alcohol and sexual victimization: a longitudinal study of Norwegian girls. *Addiction* 1996;91:565–81.

Perrone R; Nannini M. *Violencia y Abusos Sexuales en la Familia: Un Abordaje Sistémico y Comunicacional*. Buenos Aires: Editorial Piados; 1997.

Potter P. *Guía Clínica de Enfermería: Valoración de la Salud*". 3ª ed. España: Mosby; 1995.

Rodríguez Bonfill J. *El drama del menor en España*. Barcelona: B y S; 1993.

Russell DEH. *The secret trauma: incest in the lives of girls and women*. Nueva York: Basic Books; 1986.

Sadowski LS, Hunter WM, Bangdiwala SI, Muñoz SR. The world studies of abuse in the family environment (WorldSAFE): a model of a multi-national study of family violence. *Inj Control Saf Promot*. 2004 Jun; 11(2):81-90

Sáez Crespo J A. Informe de la IV Reunión del de Grupo de Expertos en Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes en la Infancia". Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2005.

Sáez Crespo J A, Benguigui Y, y Del Rey Calero J. Maltrato infantil. En Juan del Rey Calero, Ángel Gil de Miguel, y José Ramón Calvo Fernández (Editores). *Cuidar la Salud*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2006. p. 445–71.

Sáez Crespo JA. Epidemiology and prevention of Abuse Against Childhood and Women in Spain. Roll of Sanitary personnel. En: *International Conference Ethics education in Medicals Schools*. Israel: Ed. International Center for Health, Law and Ethics. University of Haifa; 2.000: p. 73.

Sáez Crespo JA. Maltrato a la infancia. *Novedades Educativas* 2002;144:32-5.

Sáez Crespo J A. Desafíos de la Infancia en el siglo XXI. Una mirada Integral. En *XXII World Congress of OMEP The Child's Right to Live, Develop and Learn in a Eduational Environment of High Quality*. Santiago de Chile: OMEP; 2.002. CD-ROM.

Sáez Crespo J A. La salud escolar en el siglo XXI y Objetivos para el Desarrollo del Milenio. En *III Congreso de Universidad y Cooperación al Desarrollo*. Madrid: Ed. Universidad Complutense de Madrid; 2006. (Vol. I). p. 339–47.

Sáez Crespo JA et al. *La Familia y el Niño*. Conferencia sobre la Familia. Comité Español de la O.M.E.P. Madrid: Ed. Fundación Independiente; 1993. p. 24-32.

Sáez Crespo JA, Martínez – Piédrola M. Epidemiología y Prevención del Maltrato a la Infancia. *Rol del Personal de Enfermería*. *Enfermería Científica* 2000;224-225:5–13.

Sáez Crespo JA, Medina de la Fuente A. Educación infantil y calidad de vida. III Jornadas Nacionales de la Organización Mundial para la Educación Preescolar; Madrid, 16 -17 abril de 1993; Madrid: O.M.E.P.; 1993. p. 2-10.

Sáez Crespo JA. La salud escolar y los Objetivos para el Desarrollo del Milenio. Biblioteca Virtual de la Salud BVS Adolesc OPS-OMS. México. Literatura científica. Documentos especiales. Disponible en : URL:  
<http://www.adolesc.org.mx/litcién/docesp/doc1.htm?SEL=TP&LNG=SPA&CD=ADOLE&PRGRP=periodicals>. [Consulta: 1 febrero 2007]

Sáez Crespo JA. La orientación familiar para la salud infantil. En: Salud Infantil y Bienestar Social. Madrid: Centro de Documentación y Estudios Sociales Infancia Española. UNICEF - ESPAÑA - Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Dirección General de Asistencia Social; 1.986. p. 63-71.

Sáez Crespo JA. Los peligros en la manipulación del menor. Madrid: Centro de Documentación y Estudios Sociales Infancia Española. Asociación UNICEF - ESPAÑA; Colección Temas Actuales; 1984.

Sáez Crespo JA. Sobre la orientación pediátrica a padres para la prevención de los malos tratos a la infancia. En: Ponencia al II Congreso Nacional para el estudio y prevención del filicidio. Madrid, 3-6 noviembre de 1984. Madrid: OMEP, 1984.

Saldaña D; Jiménez J y Oliva, A. El maltrato infantil en España: una visión de conjunto. En: Infancia y Aprendizaje. Journal for the Study of Education and Development; EDISA; 1995; 59 - 68.

Salzinger S, Kaplan S, Pelkovitz D, Samit C, Kreiger R. Parent and Teacher Assessment of Children's Behaviour in Child Maltreating Families. Journal of the America Academy of Child Psychiatry 1984;23:458-64.

Santana-Tavira R, Sánchez-Ahedo R y Herrera-Basto E. El maltrato infantil: un problema mundial. Rev Sal Pobl Mex 1998;1:1-8.

Scolar RR, Reives P. Factors that facilitate or impede physicians Who perform evaluations for child maltreatment. Child Maltreat 2002;7:377-81.

Silverman FN. The roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. Am. J. Roentgen 1953;69 (3):413-27.

Soriano Faura. F J. Prevención y Detección del Maltrato Infantil. PrevInfad (AEPap)/PAPPS infancia y adolescencia. Abril 2005.

Spinetta J; Rigler D. The Child Abusing Parent: A Psychological Review. Psychological Bulletin 1972;77:296-304.

Straus MA et al. Identification of child maltreatment with the Parent–Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents. *Child Abuse Negl* 1998;22:249–70.

Straus MA, Hamby SL. Measuring physical and psychological maltreatment of children with the Conflict Tactics Scales. En: Kantor K et al., eds. *Out of the darkness: contemporary perspectives on family violence*. Sage: Thousand Oaks, CA; 1997. p. 119-35.

Straus MA. *Manual for the Conflict Tactics Scales*. Durham, NH, Family Research Laboratory, University of New Hampshire, 1995.

Straus MA. Measuring interfamily conflict and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family* 1979;41:75–88.

Sumba RO, Bwibo NO. Child battering in Nairobi, Kenya. *East African Medical Journal* 1993; 70:688–92.

Tang CS. The rate of child abuse in Chinese families: a community survey in Hong Kong. *Child Abuse Negl* 1998;22:381–91.

Tardieu A. Étude medico-legale sur les services et mauvais traitements exercés sur les enfants. *Ann Hyg Publ Med Leg* 1860;13,361-98.

Troemé NH, Wolfe D. *Child maltreatment in Canada: selected results from the Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect*. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada; 2001.

UN General Assembly. *Recommendation on Consent to Marriage, Minimum Age for Marriage and Registration of Marriages*. General Assembly Resolution 2018 (XX). Principle II. 1 November 1965.

UN General Assembly. *Traditional or customary practices affecting the health of women and girls*. Resolution 53/117. 9 December 1998.

UN. *Convention Concerning the Prohibition and Immediate Action for the Elimination of the Worst Forms of Child Labour*. Article 2. (ILO No. 182.) Entry into force 19 November 2000.

UN. *Convention for the Suppression of the Traffic in Persons and of the Exploitation of the Prostitution of Others*. Entry into force 25 July 1951.

UN. *Convention on Consent to Marriage, Minimum Age for Marriage and Registration of Marriages* 1962. Entry into force 9 December 1964.

UN. *Convention on the Rights of the Child*, UN. Entry into force 2 September 1990.

UN. Declaration of the World Congress against Commercial Sexual Exploitation of Children. Stockholm. 1996.

UN. Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children, Supplementing the UN Convention Against Transnational Organised Crime. Article 3 (d). 2000.

UNESCO. Sexual Abuse of Children, Child Pornography and Paedophilia on the Internet: An international challenge. Disponible en URL:  
[http://www.unesco.org/webworld/child\\_screen/conf\\_index.html](http://www.unesco.org/webworld/child_screen/conf_index.html). [Consulta: 1 febrero 2007]

UNICEF - Innocenti Research Centre. Changing a Harmful Social Convention: Female genital mutilation/Cutting, Innocenti Digest No. 12 Florence, UNICEF Innocenti Research Centre, 2005.

UNICEF. Child Protection: Child Sexual Exploitation, Nature of the Problem. Disponible en URL:  
<http://www.unicef.org/programme/cprotection/focus/trafficking/prob.htm>. [Consulta: 1 febrero 2007]

UNICEF. Child Protection: Child Trafficking, Nature of the Issue. Disponible en URL: <http://www.unicef.org/programme/cprotection/overview.htm>. [Consulta: 1 febrero 2007]

UNICEF. Hojas informativas sobre la protección de la infancia. Nueva York: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Mayo de 2006.

UNICEF. El Estado Mundial de la Infancia 2008. Nueva York: Unicef; 2008.

Urosevich P, et al. Nursing Phctobook: Examen y Valoración del Paciente en Enfermería. Barcelona: Doyma; 1983.

Villalaín Blanco D. El niño maltratado: Protección del menor ante los malos tratos. En: Actualizaciones en Puericultura. Madrid: Sociedad Española de Puericultura; 1989. p. 401-18.

Vondrá J, Barnett D, Cicchetti D. Self Concept, Motivation and Competence Among Preschoolers from Maltreating and Comparison Families. Child Abuse Negl 1990;14:525-40.

WHO - ISPAM. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y la Desatención de los Niños; 2002.

WHO. Global Estimates of Health Consequences due to Violence against Children. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2006.

WHO. Health and the Millennium Development Goals. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.

WHO. Report on the Consultation on Child Abuse Prevention, 29 a 31 de marzo de 1999, Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000.

WHO. Violence Against Women: The Girl Child. WHO. Geneva. July 1997. Disponible en URL: <http://www.who.int/gender/violence/en/v7.pdf>. [Consulta: 1 febrero 2007]

Wolfe D. Programa de conducción de niños maltratados. México (D.F.): Trillas; 1991.

Wolfe DA. Child abuse: implications for child development and psychopathology, 2nd ed. Sage: Thousand Oaks, CA; 1999.

Wolley PV y Evans WA. Significance of skeletal lesions in infants resembling those of traumatic origin. J.A.M.A., 1995; 158 (7); 539 - 543.

World Tourism Organization. Resolution GA/RES/338(XI). Paragraph 3. 1995.

World Vision International. Public Policies. January 2003.

World Vision. World Vision Children's Campaign. Disponible en URL: [www.childrencampaign.org](http://www.childrencampaign.org). [Consulta: 1 febrero 2007]

World Vision. Every Girl Counts: Development, Justice and Gender. World Vision. Ontario, Canada. 2001.

Youssef RM, Attia MS, Kamel MI. Children experiencing violence: parental use of corporal punishment. Child Abuse & Neglect, 1998, 22:959-973.