

GUÍA

PARA LA **DETECCIÓN**
DE **SITUACIONES**
DE **VIOLENCIA**
EN LA **INFANCIA Y ADOLESCENCIA**
DESDE EL **ÁMBITO SANITARIO**



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

<<Proyecto financiado por el
Ministerio de Sanidad, Fondos de la
Estrategia Nacional de Salud Mental,
en su Plan de Acción 2020-2024>>



Castilla-La Mancha

sescam





© De los textos, sus autores
© Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)
Edita: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM)
Avenida Río Guadarrama, 4. 45008 Toledo
www.sanidad.castillalamancha.es

ISBN: 978-84-09-70549-8
Depósito Legal: TO 72-2025
Primera edición: abril de 2025
Impreso en España 2025
Gráficas Martínez, Corral de Almaguer (Toledo)

Diseño y maquetación: Gráficas Martínez
Cubierta: Gráficas Martínez



PRESENTACIÓN

Las experiencias adversas en la infancia (EAI) tienen un impacto significativo sobre la salud y la esperanza de vida de las personas. Existe evidencia científica sobre la importancia de las EAI como factores de riesgo. También sobre la importancia de la detección temprana para reforzar los factores de protección. Por tanto, esta **Guía para la Detección de Situaciones de Violencia en la Infancia y Adolescencia desde el Ámbito Sanitario**, es una herramienta esencial para la práctica asistencial.

A través de la Guía, tendrán la oportunidad de descubrir un instrumento de consulta y apoyo, exhaustivo y riguroso. A la vez, fruto de un gran trabajo de síntesis y edición, se acompaña de una **Guía Rápida para la Detección de Situaciones de Violencia en la Infancia y Adolescencia desde el Ámbito Sanitario**. Esta última, facilita a los profesionales información primordial sobre las señales de alerta, así como los pasos a seguir para la valoración del riesgo y coordinación interdisciplinar.

Esta Guía nace de una necesidad a la que este grupo de profesionales hizo frente, garantizar que ningún niño, niña o adolescente quede atrapado en situaciones dañinas, con consecuencias irreparables. Dicen que la violencia contra la infancia no siempre deja huellas visibles, pero sí cicatrices profundas que impactan sobre su desarrollo, su salud y su futuro bienestar. Por ello, no hay que desviar la mirada frente a ella. Ante todo, la Guía nace de este compromiso, se alimenta de la perseverancia, el trabajo colaborativo y la generosidad de quienes han participado en su elaboración. Ha sido madurada, revisada y mejorada, paso a paso, con mucho esfuerzo y empatía. Tiene un enfoque afectivo-efectivo, exponente de la asistencia humanizada que ofrecen los y las profesionales del ámbito de la infancia y adolescencia. Por eso, es doblemente valiosa. Además de ser un documento técnico, nos recuerda la importancia de la escucha, observación atenta y el papel proactivo de los profesionales en la prevención y promoción de la salud, desde la etapa perinatal.

Quiero agradecer a este grupo de profesionales la oportunidad de aprender con ellas, de primera mano, el valor que aportan a la gestión y la importancia de la práctica basada en valor. La innovación en salud no solo procede de avances tecnológicos; supone también nuevas formas de abordar los desafíos sociosanitarios que impactan sobre la salud de las personas, sobre todo de aquellas con más factores de vulnerabilidad. Para ello, es importante implementar nuevos modelos de atención integrada y trabajo colaborativo. La práctica basada en valor, tiene en cuenta los resultados en salud y también esos aspectos intangibles.

A partir de este aprendizaje, les invito a contar con esta herramienta, como un elemento indispensable de su práctica diaria, a compartir el conocimiento, para hacerlo crecer. Deseo ante todo que cumpla con la utilidad para la que nació y se fue forjando.

Muchas gracias

Teresa Rodríguez Cano

Doctora en Psiquiatría



Coordinación

- **Vanesa Losa Frías.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Polán. Toledo.*
- **Raquel Páez González.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud 5B. Albacete.*
- **Sonia Ramírez Parenteau.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de salud Sillería. Toledo.*
- **Paula Santos Herráiz.** *FEA Pediatría. Hospital Universitario de Toledo.*
- **Antonio Gancedo Baranda.** *Pediatra. Coordinador del Grupo de trabajo de Pediatría Social de la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha (SPMYCM).*

Grupo de trabajo para la elaboración de la Guía de actuación ante la violencia en la infancia y adolescencia en Castilla-La Mancha

- **Virginia Álvarez Carrero.** *Psicóloga. UVASI. Hospital de Alcázar de San Juan. Ciudad Real.*
- **Javier Eduardo Blanco González.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Materno Infantil de Azuqueca de Henares. Guadalajara.*
- **Sonia Brazalez Jimena.** *Trabajadora social. UVASI. Hospital La Mancha Centro. Ciudad Real.*
- **Elisa Castaño Andreu.** *FEA Pediatría. Hospital Universitario de Guadalajara.*
- **Guillermo Chaves Díaz.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Cuenca I. Cuenca.*
- **Mercedes de Dios Aguado.** *Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.*
- **Sara García Espinosa.** *Trabajadora social de los centros de salud de La Puebla de Montalbán y Polán. Toledo*
- **María del Rosario González Martínez.** *Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud Santa Bárbara. Toledo*
- **Lucía de las Heras Gómez.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Cuenca IV. Cuenca.*
- **Cristina Herráiz Perea.** *FEA Pediatría. Neonatología. Hospital Universitario de Toledo*
- **Rebeca López Herrero.** *Matrona. Gerencia Atención Primaria de Toledo.*
- **Marta Lorenzana Iglesias.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Valdepeñas. Ciudad Real.*
- **Vanesa Losa Frías.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Polán. Toledo.*
- **Rosa Maestro Fernández.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Zona 6. Albacete.*
- **Celeste Mata Rivera.** *Médico Forense. Instituto de Medicina Legal de Toledo.*
- **Mercedes Marbán Calzón.** *FEA Pediatría. UVASI. Hospital La Mancha Centro. Ciudad Real.*
- **Marta Martínez González.** *FEA Pediatría. Neuropediatría. Hospital Universitario de Albacete.*
- **Raquel Páez González.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud 5B. Albacete.*
- **Marta Pareja León.** *FEA Pediatría. Hospital Universitario de Albacete.*
- **Inmaculada Pérez Suárez.** *Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud Gu Sur. Guadalajara.*
- **Sonia Ramírez Parenteau.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.*
- **Celia Alicia Rivas Alonso.** *Trabajadora social. Centro de Salud de Consuegra. Toledo.*
- **Olga Rodríguez Gómez.** *FEA Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Toledo.*
- **Nieves Rodríguez Martínez.** *FEA Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Toledo.*
- **Paula Santos Herráiz.** *FEA Pediatría. Hospital Universitario de Toledo.*
- **Esther Tobarra Sánchez.** *Pediatra Comunitaria. Servicio de Salud de Cardiff, Gales. Reino Unido.*
- **Marta Torrejón López.** *Residente de pediatría. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid.*
- **Raquel Villarino Hita.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Sigüenza. Guadalajara.*
- **Eva Ximénez Verresen.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Alamin. Guadalajara.*
- **Ana Isabel Yagüe Alonso.** *FEA Psiquiatría. Unidad de Salud Mental Infantojuvenil. Hospital Universitario de Toledo.*



Revisión y aportaciones a la guía

- ▶ **Vanessa Aguilar Galán.** Jefa de Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Toledo. ACMGO.
- ▶ **Isabel Algaba Rabadán.** Fisioterapeuta. Centro de Educación Especial Eloy Camino. Albacete
- ▶ **Gema Arriola Pereda.** FEA Pediatría. Neuropediatría. Hospital Universitario de Guadalajara.
- ▶ **Sylvia Belda Hofheinz.** FEA Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. SPMYCM.
- ▶ **Anna Fábregas Martori.** FEA Pediatría. Unidad de Violencia sexual. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.
- ▶ **Sara Feo Ortega.** FEA Pediatría. Hospital de Tomelloso. Ciudad Real. SPMYCM.
- ▶ **Julia de Fez Herráiz.** Grupo de trabajo de Inequidades y Actividades Preventivas. SCAMFYC.
- ▶ **Gonzalo Galicia Poblet.** FEA Pediatría. FEA Pediatría. Hospital Universitario de Guadalajara. SPMYCM.
- ▶ **Juan Gil Arrones.** Pediatra. Sociedad Española de Pediatría Social.
- ▶ **Soledad Gómez-Escalonilla Lorenzo.** Enfermera especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Torrijos. Toledo. ACAMEC.
- ▶ **Rosa María Gómez-Calcerrada Jiménez.** Enfermera especialista en Enfermería Comunitaria. Centro de Salud de Sillería. Toledo ACAMEC.
- ▶ **Laura González Rodríguez.** FEA Ginecología y Obstetricia. Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo. Galicia.
- ▶ **Lucía López Granados.** Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud La Rivota. Alcorcón.
- ▶ **Begoña Losada Pinedo.** FEA Pediatría. Hospital Universitario de Toledo. SPMYCM
- ▶ **María Luisa Herreros Fernández.** FEA Pediatría. Jefe de Sección Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid.
- ▶ **Carlos Llano Gómez.** Grupo de trabajo de Inequidades y Actividades Preventivas. SCAMFYC.
- ▶ **Marina Martí Edo.** FEA Ginecología y Obstetricia. Hospital General Universitario de Ciudad Real. ACMGO.
- ▶ **María Antonia Martín Martín.** Trabajadora social. Hospital Universitario Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.
- ▶ **Raquel Martínez Domingo.** FEA Ginecología y Obstetricia. Hospital Severo Ochoa. Madrid.
- ▶ **Manuel de Mergelina Botet.** Grupo de trabajo de Inequidades y Actividades Preventivas. SCAMFYC.
- ▶ **Margarita Montojo de Ancos.** Trabajadora social. Hospital Universitario de Toledo.
- ▶ **Andrés Moya Plaza.** Jefe de Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca. ACMGO.
- ▶ **Marisa Poch Olivé.** Neuropediatra jubilada. Hospital Universitario San Pedro. Logroño. Sociedad de Atención Temprana
- ▶ **Paula Rubio García.** Grupo de trabajo de Inequidades y Actividades Preventivas. SCAMFYC.
- ▶ **Mayte Rubio Salinero.** Miembro de la Asociación El Parto es Nuestro.
- ▶ **Marta Sobrino Sánchez.** Trabajadora social. Unidad de Salud Mental Infantojuvenil. Hospital Universitario de Toledo.
- ▶ **María Idoia Ugarte Gurrutxaga.** Profesora contratada. Doctora. Universidad Castilla-La Mancha. Presidenta de la Comisión de Igualdad- FAFETO. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Terapia Ocupacional. ACAMEC
- ▶ **María Concepción Villar de la Fuente.** Enfermera de pediatría. Centro de Salud de Benquerencia. Toledo. ACAMEC
- ▶ **Ainhoa Zabaleta Rueda.** Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Pasaí San Pedro. Pasaia Gipuzkoa.



Revisión y aportaciones de las siguientes sociedades y asociaciones

- ▶ *Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha (SPMYCM).*
- ▶ *Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla-La Mancha (APapCLM).*
- ▶ *Asociación Castellano Manchega de Enfermería Comunitaria (ACAMEC).*
- ▶ *Sociedad Castellano Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria (SCAMFYC).*
- ▶ *Asociación Castellano Manchega de Ginecología y Obstetricia (ACMGO).*
- ▶ *Asociación Científica de Matronas de Castilla-La Mancha (ACMCM).*
- ▶ *Asociación El Parto es Nuestro.*

Miembros de estas sociedades han participado en la autoría y colaboración experta del documento.

Órgano consultivo institucional:

- ▶ *Coordinación Regional de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).*
- ▶ *Dirección General Infancia y Familia. Consejería de Bienestar Social.*

Coordinación institucional:

- ▶ **Teresa Rodríguez Cano.** *Unidad de Innovación y Gestión por valor. D.G de RRHH y Transformación. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).*
- ▶ **Ignacio Redondo García.** *Coordinador Regional Adjunto de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).*
- ▶ **Beatriz Vallejo Sánchez.** *Psicóloga clínica. Equipo de Coordinación Regional de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM).*
- ▶ **Maite Lancha Sánchez.** *Coordinadora del Servicio de Atención a la Infancia. Dirección General de Infancia y Familia.*
- ▶ **Esther García Perea.** *Jefa de Servicio de Prevención y Apoyo a las Familias. Dirección General de Infancia y Familia.*



ÍNDICE

1. Conceptos previos	11
2. Tipologías clásicas	23
Maltrato físico	23
Violencia o maltrato psicológico	35
Maltrato por negligencia	42
3. Violencia sexual	46
4. Otras tipologías de violencia	64
Violencia entre iguales	64
Acoso entre pares o <i>bullying</i>	64
Ciberacoso: violencia infantil y tecnologías de la información y la comunicación	72
Radicalización violenta	81
Violencia relacionada con la violencia de género	87
Menores de edad víctimas de la violencia contra las mujeres en pareja.....	87
Violencia de pareja hacia las mujeres adolescentes	93
Violencia vicaria	93
Mutilación genital femenina	95
Sumisión química	97
Otras formas de violencia	99
Trastorno facticio inducido por la persona cuidadora	99
Niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados	102
Trata de niñas, niños y adolescentes	112
Maltrato institucional	121
5. Violencia y discapacidad	126
6. Violencia prenatal	141
7. Valoración de la gravedad	164
8. Despistaje de infecciones de transmisión sexual	175
9. Abordaje en atención primaria de la violencia en la infancia y adolescencia	190
10. Abordaje de la violencia infantil en el ámbito hospitalario	202
11. Cuidado y autocuidado de los profesionales	212
12. Protección y promoción del buen trato	217
13. Directorio de recursos en Castilla-La Mancha	249



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Activos para la salud: factores o recursos que mejoran las habilidades de personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y ayudar a reducir las desigualdades en salud.

Buen trato: aquel que, respetando los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, promueve activamente los principios de respeto mutuo, dignidad del ser humano, convivencia democrática, solución pacífica de conflictos, derecho a igual protección de la ley, igualdad de oportunidades y prohibición de discriminación de los niños, niñas y adolescentes.

Ciberacoso o ciberviolencia: intimidación, acoso, hostigamiento y malos tratos a través de medios tecnológicos mantenido en el tiempo.

CoViNNA: Comisión para la protección frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes desde un enfoque sanitario, constituida en mayo 2023 en respuesta a la entrada en vigor de la LOPIVI.

Coordinador/a de bienestar y protección: referente en el entorno escolar para la prevención y protección ante casos de violencia en sus diversas formas.

Delegado/a de protección: es la persona de referencia en el ámbito del ocio y el deporte para la prevención y protección ante casos de violencia.

Determinantes sociales de la salud: circunstancias en las que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana.

EMUME: Equipo de Mujer y Menor, perteneciente a la Guardia Civil (062) y encargado de la lucha contra la violencia de género y la violencia ejercida contra los menores de edad.

Entorno seguro: aquel que respeta los derechos de la infancia y promueva un ambiente protector físico, psicológico y social, incluido digital.

Experiencias adversas en la infancia: conjunto de acontecimientos y circunstancias potencialmente estresantes y traumáticas, con efectos acumulativos de diferente gravedad, que pueden afectar directamente a los niños, niñas y adolescentes o afectar al entorno en el que viven.

Factor de riesgo a la vulnerabilidad durante la infancia y adolescencia: situaciones en las que el progenitor o la progenitora presentan características o dificultades que pueden limitar de manera significativa sus capacidades para atender y cuidar a los NNA. También circunstancias propias del NNA en las que la probabilidad de estar expuesto a situaciones de violencia es mayor. El hecho de identificar estos factores de riesgo no asegura la identificación de un daño (no implican causalidad), sino que solo aumentan su probabilidad.

Fatiga compasiva: resultado final de un proceso progresivo y acumulativo causado por el contacto prolongado, continuo e intenso con los pacientes, el uso de uno mismo y la exposición al estrés. Cursa con un estado de agotamiento y disfunción biológica, psicológica y relacional, con una pérdida de la compasión y la empatía.

Género: construcción social y cultural que se refiere a una clasificación de las personas, a partir de la diferencia sexual para asignar características, roles, expectativas, espacios, jerarquías, permisos y prohibiciones a mujeres y hombres, dentro de la sociedad.

Identidad de género: sentimiento y expresión de la persona con respecto a su género, forma de vestir, comportamiento y aspecto personal. La mayoría de las personas se sienten hombre o mujer. Se denomina cisgénero a aquellas personas en las que coincide su sexo asignado al nacer (según los cromosomas y los genitales) con su identidad de género; transgénero son aquellas personas que sienten que su sexo asignado al nacer es diferente a su identidad de género.

Grooming online o engatusamiento: ciberacoso ejercido deliberadamente por un adulto, o por un NNA mayor que la víctima, con el propósito de ganarse la confianza y el control emocional del NNA para luego involucrarle en una actividad sexual.

Nasciturus: término jurídico que designa al ser humano desde que es concebido hasta el nacimiento.

Parte de lesiones: documento sanitario mediante el cual se traslada a la autoridad judicial lo que el saber profesional ha permitido conocer. Su finalidad es poner en conocimiento la posible existencia de un delito.



Red (metodología de trabajo): agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados de forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática, sobre la base del compromiso y la confianza.

Resiliencia: capacidad para potenciar las fortalezas y recursos de una persona que le permitan transformar los factores adversos, superarlos y darles un sentido.

Rol de género: papeles, comportamientos, actividades y atribuciones socialmente construidos que una sociedad concreta considera propios de mujeres o de hombres.

Salud primal: estudio que explora las correlaciones entre el período primal (desde la concepción hasta el primer año de vida) y los rasgos de salud y personalidad posteriores en la vida.

Servicios Sociales de Atención Primaria: constituyen el primer nivel de atención del Sistema público de servicios sociales. Son servicios de titularidad y gestión pública que se desarrollan en el ámbito del municipio. Se accede a estos servicios a través del trabajador/a social, figura profesional que está implantada en el 100% de los municipios de Castilla-La Mancha y que constituye el profesional de referencia cuando la persona accede al Sistema público de servicios sociales.

Servicios Sociales de Atención Especializada: dan respuesta a necesidades específicas de las personas que requieren una atención de mayor especialización técnica o un dispositivo que trasciende el ámbito de los Servicios Sociales de Atención Primaria. Podrán ser servicios de titularidad pública y privada con los que se haya establecido alguna forma de colaboración con la administración pública.

Sexting: creación y transmisión por parte del NNA de textos, videos o fotos con contenido erótico o sexual a través de la red, a una persona amiga virtual o física. El sexting, en sí mismo, no es una forma de violencia, pero sí lo es la difusión o posesión de esos materiales obtenidos por sexting cuando el protagonista es una persona menor de edad.

Sextorsión, chantaje o extorsión sexual: chantaje en el que el atacante amenaza a la víctima para que realice algún tipo de acción específica con el fin de no hacer públicas imágenes o vídeos con connotación sexual, que previamente le ha enviado.

Sharentting: exposición pública y constante de la vida de los NNA por parte de sus progenitores o tutores en internet. En sí mismo no es un tipo de violencia contra la infancia, pero constituye un riesgo para la misma.

Síndrome de Burnout o desgaste profesional: enfermedad profesional asociada a una sobrecarga de estrés, que se caracteriza por: nivel alto de agotamiento emocional, con sensación de no poder dar más de sí mismo a los demás; una despersonalización con desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo; y un nivel bajo en realización personal con sentimientos de fracaso y baja autoestima.

Sistema aumentativo y alternativo de la comunicación: forma de expresión distinta al lenguaje hablado, que tienen como objetivo aumentar (aumentativo) y/o compensar (alternativo) las dificultades de comunicación y lenguaje de personas con discapacidad.

Tercer sector: organizaciones de carácter privado, surgidas de la iniciativa ciudadana o social, con fines de interés general y ausencia de ánimo de lucro, que impulsan el reconocimiento y ejercicio de los derechos civiles, así como de los derechos económicos, sociales o culturales de las personas y grupos que sufren condiciones de vulnerabilidad o que se encuentran en riesgo de exclusión social.

UFAM: Unidad de Atención a la Familia y Mujer, perteneciente a la Policía Nacional (091) especializada en la prevención e investigación de las infracciones penales sobre violencia de género, doméstica y sexual.

Victimización secundaria: daño psicológico añadido por los profesionales mediante exploraciones e interrogatorios innecesarios y repetidos.

Victimización terciaria: estigmatización de la víctima, entorno familiar, etnia o barrio que puede ocurrir con el uso informativo inadecuado del caso.

Violencia contra la infancia: toda acción, omisión o descuido que priva a las personas menores de edad de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, con independencia de su forma y medio para cometerla, incluyendo la violencia digital.

Violencia de género: toda violación de los derechos humanos y forma de discriminación contra las mujeres, designando



todos los actos de violencia basados en el género que implican o pueden implicar para las mujeres daños o sufrimientos de naturaleza física, sexual, psicológica o económica, incluidas las amenazas de realizar dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, en la vida pública o privada, y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer.

Violencia Contra la Mujer en la Pareja (VCMP): se define como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene o ha tenido una relación de pareja con la víctima.

Violencia intrafamiliar (o doméstica o situacional): se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar, o en el hogar o entre cónyuges o parejas de hecho antiguos o actuales, independientemente de que el autor del delito comparta o haya compartido el mismo domicilio que la víctima y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: personas menores de edad, mujeres y ancianos.

Violencia vicaria: es aquella que tiene como objetivo dañar a la mujer a través de sus seres queridos y especialmente de sus hijos e hijas.

SIGLAS

ASFAD: Agresión Sexual facilitada por alcohol o drogas.

AU: anticoncepción de urgencia.

DFSA: *Drug facilitated sexual assault*

EAI: Experiencias adversas durante la infancia.

EMUME: Equipo de Mujer y Menor, perteneciente a la Guardia Civil.

FFCCSE: Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

GRUME: Grupo de Policía Judicial Especializado en Menores, integrados en las Brigadas Provinciales de Policía Judicial.

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

LGTBI, LGTBI+, LGTBIQ+: Acrónimos que engloban la diversidad de orientaciones sexuales, identidades y expresiones de género. Designan al compuesto por lesbianas, gays, transgéneros, transexuales, bisexuales, intersexuales, *queer* y el resto de identidades y orientaciones incluidas en el +.

LOPIVI: Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral de la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia.

LOGILS: Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de Garantía Integral de la Libertad Sexual.

MENA/ NNA: Menor extranjero no acompañado/ Niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados.

MTF: Maltrato físico.

MGF: Mutilación genital femenina.

NNA: Niños, niñas y adolescentes.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONTSI: Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad.

PME: Persona menor de edad.

PPE: profilaxis postexposición.

PSI: Programa de salud infantil.

REVELAS: Programa de prevención e intervención en abuso sexual infantil.

RUMI: Registro unificado de maltrato infantil.

RUSSVI: Registro Unificado de Servicios Sociales sobre Violencia Contra la Infancia.

SQ: Sumisión química.

SVQ: Sumisión y/o vulnerabilidad química.

TCE: Traumatismo craneoencefálico.

TCNA: Trauma craneal no accidental.

TEAF: Trastorno de espectro alcohólico fetal.

TIC: Tecnologías de la información y la comunicación.

UCA: Unidad de conductas adictivas.

UFAM: Unidad de Atención a la Familia y Mujer, perteneciente a la Policía Nacional.

USMIJ: Unidad de salud mental infanto juvenil.

UVASI: Unidad de valoración de abuso sexual infantil.

VCMP: Violencia contra la mujer en la pareja.

VG: Violencia de género.

VS: Violencia sexual infantil.



CAPÍTULO 1.

CONCEPTOS PREVIOS

- ▶ **Raquel Páez González.** *Pediatra de Atención primaria. Centro de salud 5B. Albacete.*
- ▶ **Eva Ximénez Verresen.** *Pediatra de Atención primaria. Centro de salud Alamin. Guadalajara.*
- ▶ **Mercedes de Dios Aguado.** *Enfermera de Atención primaria. Centro de salud Sillería. Toledo.*
- ▶ **Vanesa Losa Frías.** *Pediatra de Atención primaria. Centro de salud Polán. Toledo.*
- ▶ **Sonia Ramírez Parenteau.** *Pediatra de Atención primaria. Centro de salud Sillería. Toledo.*

Revisión y aportaciones al capítulo:

- ▶ *Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha (SPMYCM).*
- ▶ *Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla-La Mancha (APapCLM).*
- ▶ *María Concepción Villar de la Fuente. Enfermera de pediatría. Centro de Salud de Benquerencia. Asociación Castellano Manchega de Enfermería Comunitaria (ACAMEC)*

1. Justificación

El bienestar de todo niño, niña y adolescente (NNA) se fundamenta en la cobertura de sus necesidades físicas, psicológicas y sociales en los distintos contextos en los que discurren sus vidas. Este bienestar les permite desarrollar todo su potencial partiendo del pleno respeto al enfoque de los NNA como titulares de derechos, tal y como se refleja en la **Convención de los Derecho de la Infancia**, en la que se incide en que son inalienables los derechos a la supervivencia y al pleno desarrollo, a la no discriminación, a la participación infantil y a garantizar su interés superior. Es obligación de la ciudadanía velar por la protección y promoción del buen trato a los NNA y comunicar a la autoridad competente cualquier situación de riesgo o presencia de violencia ejercida sobre un menor de edad.

La **violencia** en la infancia y adolescencia se define como cualquier acto que interfiere negativamente con el desarrollo físico, psíquico o social de los NNA, tanto en el medio físico como en el virtual. Los componentes de la violencia son: el abuso de poder, el daño producido y el modo de ejercerlo (físico, sexual o psicológico). El poder es la capacidad para influir sobre otra persona; su uso en positivo promueve el desarrollo pleno del otro hacia su autonomía, mientras que el abuso de poder o mal uso del mismo conduce a la violencia y produce daño. No es posible ejercer violencia sin tener previamente una posición de poder para ejercerla y, por tanto, no se ejerce poder sobre quién se quiere, sino sobre quien se puede.

Los problemas de salud derivados de los **determinantes sociales** afectan a grandes grupos de población menor de 18 años y tienen un grave impacto sobre la salud a corto y largo plazo. Crecer en la pobreza, en un ambiente violento o con inequidades sociales, pueden ser factores estresantes que deriven en **experiencias adversas en la infancia (EAI)**, aumentando así el riesgo de obtener peores resultados en salud, educación y, posteriormente, dificultando el acceso a un trabajo digno y satisfactorio; y estas desventajas se perpetúan en las generaciones siguientes en las que se continúan vulnerando sus derechos.



Los profesionales sanitarios han de tener en cuenta los factores individuales, familiares y de la comunidad que dan lugar a los problemas de salud derivados de los determinantes sociales, así como conocer los activos para la salud, es decir, cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, comunidades y poblaciones para mantener la salud, desde un abordaje interdisciplinar. Para ello, es importante realizar una buena historia biopsicosocial que tenga en cuenta el contexto y el entorno más próximo del NNA y su familia. Ampliar la mirada nos facilita intervenir en los diferentes niveles de prevención y aminorar las consecuencias individuales y transgeneracionales que pueden producir las experiencias adversas a lo largo de la vida.

La **violencia contra la infancia y la adolescencia** es una realidad, más presente de lo que se percibe en nuestra sociedad, que genera siempre sufrimiento, muchas veces secuelas de por vida y, en ocasiones, lesiones de gravedad y muertes, con además altos costes económicos. Sigue siendo una entidad con frecuencia ocultada por las propias víctimas y por los victimarios. Sus diferentes formas de presentación, muchas veces sutiles, hacen difícil su diagnóstico. Por ello, es preciso mantener un alto índice de sospecha y disponer de recursos que faciliten su identificación, junto con la necesidad por imperativo legal de adquirir competencias y capacitación en su prevención y manejo.

La **Ley Orgánica 8/2021 de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (LOPIVI)**, aprobada en Consejo de Ministros el 4 de junio de 2021, pretende dar respuesta al imperativo de derechos humanos y a la obligación prioritaria de los poderes públicos de asegurar y promover el respeto a la dignidad humana y a la integridad física y psicológica, mediante la prevención de toda forma de violencia. La LOPIVI se fundamenta en la prevención, asegurando un entorno seguro y protector para los NNA que integre todos los ámbitos de la infancia (educación, sanidad, fuerzas y cuerpos de seguridad, justicia, deportes, entorno digital/internet, familia y a todo el conjunto de la sociedad) y evidencia la necesidad de una coordinación interdisciplinar e interinstitucional. En respuesta a la entrada en vigor de la LOPIVI se ha creado la Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes (CoViNNA)¹, con el fin de elaborar desde el ámbito sanitario un protocolo común de actuación y un informe anual de las medidas implementadas y de registro de casos. Desde el punto de vista sanitario y biopsicosocial, la LOPIVI pretende intervenir en los tres niveles de prevención: primaria, para evitar los riesgos, secundaria, para la gestión de los casos y terciaria para minimizar el impacto del daño. Esta ley tiene como objetivos generales:

- Promocionar el buen trato a la infancia y la adolescencia a través de la sensibilización de la sociedad: conseguir una concienciación colectiva como garante de protección y de prevención de la violencia.
- Prevenir y detectar de forma precoz las situaciones de violencia sobre los NNA, así como las situaciones de riesgo.
- Elaborar un protocolo común de actuación sanitaria para la prevención y el abordaje de la violencia contra los NNA en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Elaborar protocolos específicos por parte de las administraciones sanitarias.
- Promocionar el acceso universal de los NNA a la información, a los procesos participativos y a los servicios de tratamiento y recuperación, haciendo especial hincapié en la salud mental integral, reparadora y adecuada a su edad.

1. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/docs/Infografia_CreacionCovinna.pdf



2. Objetivos

La siguiente guía autonómica ha sido realizada por un equipo interdisciplinar de profesionales para protocolizar actuaciones en el ámbito sanitario en Castilla-La Mancha, con los siguientes objetivos:

2.1 Objetivo general

- Implementar la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (LOPVI) en Castilla-La Mancha.

2.2 Objetivos específicos

- Mejorar la detección y notificación de cualquier forma de violencia o vulnerabilidad de derechos a los NNA en el ámbito sanitario.
- Establecer pautas de actuación comunes.
- Mejorar la coordinación interdisciplinar y el trabajo en red.
- Sensibilizar y formar a los profesionales del ámbito sanitario.
- Generar líneas de investigación en relación a la violencia en la infancia y adolescencia.

3. Ámbito de aplicación

El ámbito de aplicación del siguiente protocolo es el que ocupan los profesionales de la salud, así como otros profesionales que compartan el entorno de intervención con la infancia y la adolescencia en Castilla-La Mancha. Las actuaciones previstas en el mismo se dirigen a los NNA hasta que alcancen la mayoría de edad a los 18 años y a las mujeres y personas gestantes durante el período periconcepcional, de embarazo, parto y puerperio.

4. Epidemiología

La información estadística en relación al número de notificaciones se encuentra publicada en los Boletines de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia, disponibles en la web del Observatorio de la Infancia: <https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/home.htm>. Estos datos proceden de la aplicación *online* del Registro Unificado de casos de sospecha de Maltrato Infantil (RUMI). Es preciso considerar que los datos obtenidos del RUMI reflejan su grado de utilización en las diferentes comunidades autónomas, no siendo reflejo de la situación del maltrato infantil en la zona de referencia, sino la punta del iceberg de todos los casos de violencia sobre la infancia no declarados. Tal y como establece la LOPVI, se planifica la sustitución del actual RUMI por el Registro Unificado de Servicios Sociales sobre la Violencia contra la Infancia (RUSSVI), el cual será un registro estatal en donde se incluirá la información estadística de casos de violencia sobre la infancia y adolescencia procedente de los servicios sociales de atención primaria y de la entidad pública de protección a la infancia, debidamente desagregados. Según la última publicación del Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia (número 25, datos del 2022), el número total de notificaciones en Castilla-La Mancha durante el año 2022 fue de 75, lo que corresponde a una tasa de 20,6/100.000 personas menores de 18 años, siendo la más baja registrada de todas las comunidades autónomas



(ver tabla 1 y gráfico 1); tan solo una de las notificaciones correspondió a personas menores de edad con discapacidad. En relación al ámbito de procedencia, proceden de los cuerpos y fuerzas de seguridad del Estado (36%), ámbito educativo (25%) servicios sociales (20%), sanitario (12%), y otros (7%).

Tabla 1. Comparativa del número absoluto de notificaciones y tasas en 2022

	TOTAL	
	Absoluto	Tasa
Andalucía	12.048	774,8
Aragón	SD	—
Asturias	130	100,7
Baleares	5.395	2.557,4
Canarias	1.441	426,6
Cantabria	75	84,0
Castilla y León	1.105	330,0
Castilla-La Mancha	75	20,6
Cataluña	4.001	289,2
Comunidad Valenciana	1.110	125,9
Extremadura	738	439,1
Galicia	SD	—
Madrid	1.295	107,8
Murcia	1.075	354,0
Navarra	248	207,3
País Vasco	1.001	282,1
La Rioja	23	42,7
Ceuta	10	54,2
Melilla	SD	—
Total	29.770	396,6
Tasa 1/100.000 personas menores de 18 años		

La evolución de las notificaciones de maltrato en Castilla-La Mancha en los últimos años se muestran en las tablas 2 y 3.

Tabla 2. Número absoluto de notificaciones y tasa (1/100.000 personas menores de 18 años de edad) en Castilla-La Mancha de 2015 a 2022

NOTIFICACIONES	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nº absoluto	95	144	180	89	77	56	57	75
Tasa	25	38,2	48,2	24	20,8	15,2	15,7	20,6

Tabla 3. Número absoluto de notificaciones y tasa (1/100.000 persona menores de 18 años de edad) en Castilla-La Mancha desglosados según la presencia de discapacidad de 2017 a 2022

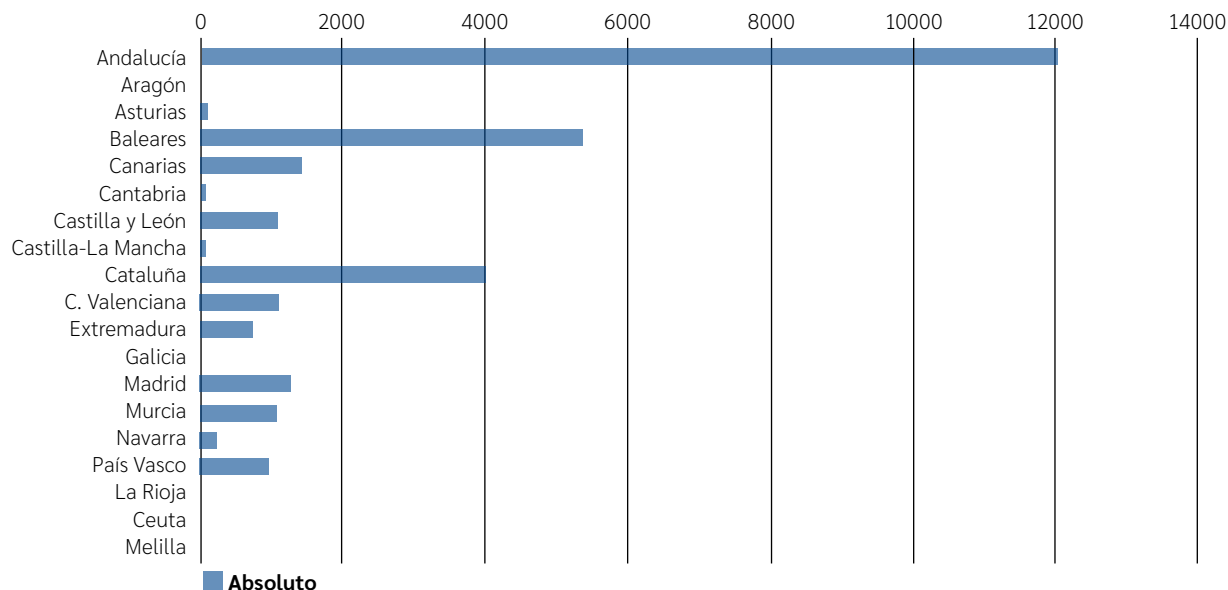
NOTIFICACIONES	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Sin discapacidad						
Nº absoluto	173	87	74	56	55	75
Tasa	46,3	23,5	20	15,2	15,1	20,6



Con discapacidad						
Nº absoluto	7	2	3	0	2	1
Tasa	1,9	0,5	0,8	0	0,5	0,3

FUENTE: Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia. Boletín número 18 a 25. Datos de 2022. Disponible en: <https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/home.htm>

Gráfico 1 Número absoluto de notificaciones según comunidades autónomas en 2022



La baja tasa de notificaciones de maltrato en Castilla-La Mancha evidencia la necesidad de mejorar la sensibilización, detección y comunicación de situaciones de maltrato infantil en nuestra comunidad, así como facilitar el mecanismo de notificación y registro de situaciones notificadas.

5. Entrevista clínica biopsicosocial

El **modelo biopsicosocial** en la atención a la infancia y a la adolescencia presenta una visión de la medicina amplia e integradora en donde el NNA, sus necesidades y sus derechos se sitúan en el centro de la actuación y se establecen las conexiones necesarias entre los entornos en los que se desarrolla su vida. La complejidad de estas situaciones requiere una abordaje integral, interdisciplinar e interinstitucional en donde todas las actuaciones se adapten al marco de los derechos de la infancia y el buen trato e incluyan perspectiva de género y sensibilidad cultural.

En el ámbito sanitario es necesario visualizar la dinámica familiar y del NNA. Partiendo de preguntas aparentemente genéricas y cotidianas, se puede profundizar sobre aspectos que consiguen evidenciar dificultades y pueden derivar hacia situaciones de riesgo y vulnerabilidad. Es necesario conocer, explorar e identificar los riesgos en las diferentes



etapas de la vida del NNA y que cada profesional sanitario en contacto con el NNA y sus progenitores/cuidadores pueda remitir posteriormente al profesional más indicado para abordar la situación detectada. Entre las preguntas orientativas según el momento evolutivo encontramos (tabla 4):

Tabla 4. Preguntas orientativas a progenitores y cuidadores según período vital

ETAPA PRENATAL	
	• ¿Cómo se sintió cuando se enteró que estaba embarazada?; ¿cómo se siente en este momento respecto al embarazo? • ¿Cómo recibieron la noticia del embarazo su pareja y su familia?; ¿se siente apoyada? • Un embarazo, aunque nos resulte extraño, es una fuente de estrés para la relación de pareja. ¿cómo lo están llevando ustedes?; ¿ha notado cambios importantes en su relación de pareja? • ¿Alguna vez ha tenido problemas mentales o alguna enfermedad mental? Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se siente triste, deprimida o sin esperanza?; ¿con frecuencia siente poco interés por realizar actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas? • ¿Cómo tienen pensado organizarse cuando nazca el bebé?; ¿les preocupa algún aspecto concreto: parto, lactancia...?
ETAPA PERINATAL	
	• ¿Qué tal la vuelta a casa después del parto? • Con un bebé en casa el descanso nocturno con frecuencia es interrumpido: ¿qué tal lleva las noches? • ¿Cómo se organizan?; ¿tienen apoyos?; ¿les preocupa algún aspecto concreto? • Un bebé genera nuevos gastos, ¿tiene alguna dificultad para asumírselos? • Observar la interacción/vínculo de los progenitores con el lactante.
PRIMERA INFANCIA (0-3 años)	
	• ¿Cómo es la dinámica familiar?; ¿cómo se organizan?; ¿se sienten estresados?; ¿ser padre o madre es como se habían imaginado?; ¿cuentan con personas que les ayuden? • ¿A qué juegan? • ¿Hay algún aspecto del desarrollo de su hijo/a que les preocupe?; ¿qué han hecho al respecto? • A veces con los hijos/as podemos tener muchas dudas. En estos casos, ¿usted a quién acude? • En el caso de NNA con enfermedades graves o de larga duración: ¿cómo manejan el día a día?; ¿cuentan con apoyos?; ¿cuentan con espacio y tiempo de descanso familiar?
INFANCIA Y PREADOLESCENCIA (4-10 años)	
	• ¿Cómo es la dinámica familiar?; ¿cómo se organizan?; ¿cómo se reparten las tareas? ¿Cuentan con personas que los ayuden?; ¿se sienten estresados? • ¿A qué juegan? • ¿Qué tal en el colegio?; ¿tiene alguna dificultad concreta a nivel escolar?; ¿cómo aborda esta dificultad?; ¿necesita ayuda su hijo/a en casa con las tareas escolares?; ¿qué actividades le gusta realizar? Explorar amistades del NNA. • Observar al NNA: conducta, lenguaje, estado emocional, interacción con los progenitores, actitud de estos y capacidad de poner límites... • Explorar el uso de las tecnologías por los NNA. • NNA con enfermedad grave y/o de larga duración: contrastar información de los otros especialistas, explorar grado de estrés de los cuidadores, recursos en entorno escolar, ayuda en domicilio, cómo se ha vivido y qué ha significado el inicio de la educación especial...
ADOLESCENCIA (11-18 años)	
	• Valorar entrevistar al adolescente a solas si es necesario. • Dinámica en casa. Dificultades de los progenitores en relación a la etapa adolescente (límites, nuevas demandas) y capacidad de estos a la hora de reconducirlas.



- Explorar el ocio del adolescente (consumo de tóxicos, sexualidad, uso de tecnologías, amistades). ¿Qué cosas se te dan bien?
- Preguntar por el proyecto futuro del NNA (estudios, trabajo, aspiraciones y expectativas de vida) ¿Qué deseo te gustaría ver cumplido?
- ¿Cuándo estás más feliz? ¿Qué haces cuando estás de mal humor?
- Miedos de los progenitores/cuidadores y de los adolescentes.
- Observación del estado emocional y de la dinámica relacional de progenitores y adolescente.
- El acrónimo F.A.C.T.O.R.E.S. (familia, amigos, colegio, tóxicos, objetivos, riesgos, estima, sexualidad) es útil como guion de la anamnesis.

Desde el ámbito sanitario, es especialmente exigible que todos los profesionales en contacto con NNA aprendamos a **detectar los indicadores que alertan de una posible situación de vulnerabilidad** (capítulo 7), a pesar de los obstáculos y barreras que podemos encontrar, como la incapacidad para solicitar ayuda o verbalizar situaciones de violencia de muchos NNA, así como la creencia de que la violencia es algo que concierne a la intimidad del hogar. Es por ello que debemos conocer y explorar los contextos de violencia, vulnerabilidad y entornos de riesgo (tabla 5), así como conocer los conceptos de hogar y entornos inseguros (tabla 6). Conviene señalar que la existencia de indicadores de vulnerabilidad no implica que se vaya a producir violencia hacia el NNA, sino que puede aumentar su probabilidad, y considerar el valor de las redes de apoyo y la capacidad de resiliencia en la dinámica familiar como atenuantes de la violencia.

Tabla 5. Ejemplos de violencia, vulnerabilidad y entornos de riesgo que podemos explorar durante la historia clínica biopsicosocial

VIOLENCIA	VULNERABILIDAD	ENTORNOS DE RIESGO
• Violencia emocional, física, sexual, negligencia • Trastorno facticio inducido por la persona cuidadora • Síndrome del niño vulnerable • Violencia ascendente • Violencia de género: contra la mujer en la pareja y su influencia en el menor de edad, violencia de género entre adolescentes, mutilación genital femenina. • Violencia entre pares • Otras tipologías: ciberacoso, <i>grooming</i>, <i>sexting</i>...	• Patología crónica • NNA con discapacidad • Conflictos interparentales • Inequidades en salud • Embarazo en la adolescente • Pandilla y riesgo de radicalización violenta • Perteneciente a minoría susceptible de delito de odio (inmigrantes, LGTBIQ+, minoría étnica...) • NNA a cargo de personas no familiares y/o de diversos cuidadores.	• Inequidades sociales, exclusión social: falta de estimulación para un crecimiento saludable, privación económica, desnutrición • Entornos inadecuados: infraviviendas • Entornos violentos: falta de un círculo adecuado de protección

Tabla 6. Hogar y entorno inseguros

HOGARES INSEGUROS	ENTORNOS INSEGUROS
• Abuso de sustancias • Enfermedad mental en el entorno • Violencia de género • Separación de los progenitores o divorcio • Encarcelamiento de un miembro de la familia • Bajo nivel socioeconómico	• Victimización, aislamiento y/o rechazo de pares • Violencia en la comunidad • Haber estado en el sistema de protección



6. Entrevista clínica en situaciones de violencia

El objetivo general de la entrevista en situaciones de violencia es que el NNA pueda compartir sus emociones, necesidades y miedos, y que pueda expresar la violencia que ha sufrido. **Desde el ámbito sanitario no especializado en la atención a situaciones de violencia, la entrevista tendrá un carácter exploratorio con el fin de detectar la situación de riesgo y derivar a recursos más especializados.** El objetivo es no revictimizar y evitar distorsionar el relato del NNA. En casos de necesidad de protección urgente puede ser necesaria una entrevista más completa, siempre que el estado emocional del NNA lo permita y preservando su interés superior. De forma general, se exponen a continuación los aspectos más relevantes de la entrevista en situaciones de violencia en la infancia y adolescencia:

6.1 Proceso previo:

PREPARACIÓN

- Edad del paciente: la edad mínima para realizar la entrevista al NNA son los 3 años; por debajo de esa edad la entrevista no es valorable.
- Elegir un lugar confortable, neutral y seguro para la entrevista. Preparar todo aquello que se vaya a necesitar. Considerar, en casos muy concretos y evaluados previamente, la participación de mediadores interculturales o sistemas alternativos o aumentativos de la comunicación para garantizar el acceso universal a una atención integral a todos los NNA.
- Explicar el proceso previamente. Evitar repetir la entrevista (no revictimizar) y planificarla teniendo en cuenta el tiempo previo para otras necesidades del NNA antes de iniciar la entrevista (comer, vestirse, dormir...). El tiempo de la entrevista no está predeterminado: será el necesario pues es el NNA quien marca el ritmo, teniendo en cuenta los descansos que sean precisos, tanto para el paciente como para el profesional.
- Explicar el concepto de confidencialidad y sus límites.
- En el ámbito extrahospitalario, si al valorar el caso se estima necesaria la presencia del forense, se realizará la derivación del paciente al hospital.
- Es preciso obtener el consentimiento informado para realizar la entrevista, así como la exploración física; además, hemos de preguntar al NNA si quiere o no realizar la entrevista en presencia de sus progenitores o tutores:
 - » Si el NNA tiene más de 16 años, puede dar su consentimiento.
 - » Si el NNA tiene menos de 16 años, según las circunstancias del caso y la madurez del menor de edad, podemos realizar la entrevista a solas, sin sus tutores legales, dejando el consentimiento de los progenitores o tutores registrado en la historia clínica, aunque sea verbal. También puede realizarse estando acompañado de un adulto conocido, pero es necesario explicar la necesidad de que dicho adulto no intervenga en la entrevista para que no influya en las respuestas. En caso de existir duda o discrepancia, la situación se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial a los efectos de que se adopte la decisión correspondiente en salvaguarda del interés superior del NNA.
- Elección del entrevistador: el profesional más experto. La entrevista nunca será realizada por un único profesional a solas con el NNA, siendo recomendable la presencia de dos profesionales.



- Recoger datos de la historia sociofamiliar actual: miembros de la familia, personas que conviven con el NNA en el mismo domicilio, acuerdos de custodia si los hay, centro educativo al que acude.
- Modo de recogida de datos: el profesional que realiza la entrevista se limitará a hablar con el NNA, mientras que el otro profesional escribirá en la historia clínica, evitando dar protagonismo al registro en el ordenador y procurando estar fuera del campo visual del NNA para hacer que la entrevista sea menos confrontadora. El registro se recomienda que sea lo más veraz posible. A veces, la comunicación de la situación de violencia es indirecta a través del comportamiento o apariencia del NNA, así como de su interacción con los progenitores o cuidadores, lo que también debe registrarse de forma objetiva.

6.2 Entrevista con el NNA:

- Fase 1. **Informar al NNA de la entrevista:** el profesional se presenta y explica que para ayudarle le va a formular algunas preguntas en relación a la situación vivida. Debemos estar atentos a lo que nos comunique la víctima para establecer un clima de seguridad y confianza, dando respuestas oportunas, respetuosas y sensibles a sus preocupaciones. Se debe mantener un tono de voz tranquilo con un contacto visual culturalmente apropiado. Iniciar la entrevista con preguntas generales: colegio, amigos, ocio...
- Fase 2. **Evaluar la competencia** del NNA:
 - » Evaluar la capacidad para recordar y explicar un suceso pasado (por ejemplo: ¿cómo fue tu último cumpleaños?).
 - » Evaluar la comprensión. Si se detecta un problema neurológico que pueda suponer una dificultad en la comprensión, demorar la entrevista y hacerla en presencia de un profesional más especializado (*capítulo 5*).
 - » Evaluar la capacidad de diferenciar los conceptos verdad y mentira (por ejemplo: si te dijera que esto -un libro- es un boli, ¿qué me dirías?).
- Fase 3. **Evitar el sesgo en las respuestas** del NNA: favorecer la narración libre del hecho. Lo importante no es lo que ha pasado, sino cómo la persona lo explica, cómo lo ha vivido, cómo se siente: es importante escuchar con atención el relato espontáneo y transcribir textualmente sus palabras en entrecomillado, evitando los acrónimos y permaneciendo atentos a su lenguaje no verbal, dejando reseñado su estado emocional y la sensación de seguridad que siente. Adaptar la comunicación a la edad, grado de madurez y desarrollo del NNA, considerando otras formas de expresión, como por ejemplo dibujos o cuentos. Con los mayores de 6 años, intentar que hablen espontáneamente de la situación vivida a través de preguntas sobre sus miedos, preocupaciones y hechos positivos y negativos que hayan pasado recientemente. Por ejemplo, pedir tres deseos, tres cosas que les hagan sentirse bien o mal. Formular preguntas de una en una, utilizando ¿quién?, ¿dónde?, ¿cuándo?, y no preguntas cerradas con respuestas tipo sí o no. Dar tiempo para que conteste. No emitir juicios de valor al respecto de lo relatado por el NNA, cuidando también nuestro lenguaje no verbal. No olvidar que nosotros no somos los responsables de verificar la veracidad de los hechos relatados (tabla 7).
- Fase 4. **Cierre de la entrevista:** recapitular sobre las partes más relevantes del relato con el lenguaje del NNA y agradecerle y reforzar positivamente. En el caso de que sea necesario realizar una exploración física, se le informará y se explicará cómo se va a realizar.



Tabla 7. Recomendaciones en la entrevista con el NNA

QUÉ HACER	QUÉ NO HACER
• Mantener la calma, adoptar una postura de acogida e interés, y evitar una actitud de enjuiciamiento hacia la persona menor de edad. –Respetar al NNA tal y como es, mostrar sensibilidad y empatía. • La mayoría de los NNA no mienten sobre la violencia que han sufrido. Es muy importante que perciban que les creemos y deseamos ayudarles. • En situaciones de violencia, en las víctimas surgen sentimientos de culpa, vergüenza y miedo. Incidir en que no son culpables favorecerá la atenuación de esas emociones. • Alabar que pueda expresar lo que ha sufrido y fortalecer su autoestima, con frases como: “eres muy valiente al contarnos lo que te ha ocurrido”, o “lo estás haciendo muy bien”. • Evitar que la persona menor de edad, salvo situaciones excepcionales, esté presente en el relato inicial de los hechos.	• No adoptar posturas que puedan ser percibidas por la persona menor de edad como enfado o desconfianza. • No mentir al NNA y adaptar nuestro lenguaje y los conceptos emitidos a su edad y desarrollo. • No dejarse llevar por las emociones durante la atención clínica. • No transformar la anamnesis en un interrogatorio, no presionar por obtener todos los detalles del acto violento. • No confrontar a la víctima con el supuesto ofensor. Esa es tarea de otros dispositivos interinstitucionales. • No culpar al NNA de los hechos violentos que han ocurrido. La persona menor de edad nunca es culpable de la violencia que ha sufrido.

6.3 Entrevista a progenitores o tutores legales

Se realizará si no existe riesgo o consecuencias negativas para el NNA o el personal sanitario. Se llevará a cabo por los mismos profesionales que entrevistaron al NNA durante el tiempo que sea necesario y constará de dos fases:

- Fase 1: Tras presentarnos, explicaremos el motivo de la entrevista asegurándonos de que lo han entendido. Aclarar el papel del profesional sanitario cuyo objetivo es ayudar. Algunas frases que pueden facilitar la entrevista son: según lo que hemos podido observar, nos preocupa... Entendemos que esta situación es incómoda para ustedes, pero tenemos que explorar esta situación y poderla clarificar...
- Fase 2: Intentar aclarar dudas sobre los hechos pidiendo una explicación. Durante el desarrollo de la entrevista, es fundamental no entrar en confrontación y controlar los sentimientos negativos. La actitud del profesional debe ser objetiva, imparcial, no acusatoria, de aceptación y respeto ante la persona entrevistada y/o probable agresor o consentidor. Es necesario incorporar perspectiva de género, sensibilidad cultural y tener en cuenta el estilo relacional del interlocutor. Puede ser de ayuda durante la entrevista buscar puntos de encuentro: Vemos que usted está muy preocupado por el bebé; nosotros también; así como explicar con lenguaje claro lo que hemos observado y los posibles diagnósticos con objetividad: Me preocupa tanto saber si hay una enfermedad de base como la posibilidad de un trato inadecuado. Y yo me voy a encargar como profesional de la salud de mirar todo esto.

6.4 Devolución de la información

Al finalizar la entrevista, hemos de devolver al NNA y su familia cuáles son los siguientes pasos a tomar a partir de ese momento y explicar cómo va a ser la coordinación con otros servicios; no es necesario solicitar autorización, pero sí que es conveniente informar. En el caso de estar con una familia protectora, indicar habilidades y recursos de prevención y actuación ante nuevas situaciones de riesgo. Aconsejar a su vez que no hagan más preguntas al NNA.



Un resumen de los puntos más importantes a la hora de abordar la violencia en la infancia se muestra resumidos a modo de decálogo en la tabla 8.

Tabla 8. Decálogo contra el maltrato infantil

DECÁLOGO DE ACTUACION ANTE LA VIOLENCIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA PARA PROFESIONALES	
Debemos estar alerta ante:	
1.	Historia clínica sospechosa: las explicaciones de los cuidadores acerca del mecanismo lesional no son concordantes o no encajan con el tipo de lesión detectada.
2.	Factores de riesgo: independientemente del motivo de consulta, se debe preguntar sobre: » Cambios de carácter: juegos en solitario, tristeza, irritabilidad. » Alteración en el ritmo del sueño, alimentación y en el control de esfínteres. » Situación familiar y social (progenitores separados, conflictividad judicial, pérdida de poder adquisitivo, aislamiento social, ...) » Antecedentes de discapacidad física, intelectual o trastornos del desarrollo. » Frecuentación al servicio de urgencias: más de 8 consultas en el último año; en menores de 1 año, más de 3 consultas al mes.
3.	Accidentes repetidos: consulta por lesiones <i>a priori</i> no intencionadas, pero se detectan consultas previas similares.
4.	Lo que nos cuenta el menor de edad en la consulta; dejarle hablar libremente y, si es posible, en ausencia de sus cuidadores.
5.	Indicadores inespecíficos de maltrato infantil (cefaleas, dolor abdominal, mareos...).
Durante la exploración debemos:	
6.	Detectar comportamientos impropios del niño, niña o adolescente: » Negación a quitarse la ropa. » No mostrar nada de vergüenza y desnudarse fácilmente. » Evitación exagerada del contacto físico. » Actitud desafiante en preadolescentes y adolescentes.
7.	Buscar hallazgos y hacer preguntas que puedan indicar negligencia o abandono: » Mala higiene. » Pobre comunicación verbal. » Absentismo escolar.
8.	Saber reconocer señales de alarma e indicadores de violencia sexual. Especial atención a los intentos de suicidio en los adolescentes.
9.	Detenernos y hacernos preguntas ante hematomas o lesiones inesperadas. » Historia: ¿es plausible que la lesión haya ocurrido de forma accidental?; ¿puede existir una falta de supervisión adecuada? » Localización, tamaño y forma: ¿es acorde a la historia asociada? » Número: ¿es el número observado esperable en accidentes comunes?
Nos corresponde:	
10.	Estar actualizados: además del maltrato físico y sexual, que son los “tradicionales”, y los más fácilmente detectables en urgencias, debemos conocer el ciberacoso y pensar en la negligencia, el maltrato psicológico y en cualquier otro tipo de EXPERIENCIAS ADVERSAS en la infancia que afecten a la salud y al normal desarrollo de niñas, niños y adolescentes.

FUENTE: Curcoy Barcenilla AI *et col.* Decálogo contra el maltrato infantil para profesionales: una herramienta indispensable en los servicios de urgencias. Emergencias 2022; 34:324-5.



Bibliografía

- Convención sobre los derechos del niño. Unicef comité español. Disponible en: https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/ConvencionsobrelosDerechosdelNino_0.pdf
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral de la infancia y la adolescencia frente a la violencia. *Boletín Oficial del Estado*, 5 de junio de 2021, número 134.
- Bellis MA, Wood S, Hughes K, Quigg Z, Butler N, Brown C, Passmore J. *Tackling Adverse Childhood Experiences (ACEs). State of the Art and Options for Action*. World Health Organization. Public Health Wales NHS Trust. 2023.
- Cózar Olmo JA, Gómez Barrena V. Entrevista clínica del maltrato infantil. En: Gancedo Baranda A, editor. *Manual para la atención a situaciones de maltrato infantil*. Madrid: Editorial Grupo 2 Comunicación médica; 2021.
- Horno Goicoechea P, Ferreres Esteban Á (2016). *Los municipios ante la violencia entre niños, niñas y adolescentes*. UNICEF
- Belmonte Castell Ó, *Protección de la infancia desde el entorno escolar*. UNICEF España.
- Curcoy Barcenilla AI, Trenchs Sainz de la Maza V, Cózar Olmo JA, Espinel Padrón Z. Decálogo contra el maltrato infantil para profesionales: una herramienta indispensable en los servicios de urgencias. *Emergencias* 2022; 34:324-328.
- Cózar Olmo JA, Gómez Barrena V. *Entrevista clínica del maltrato infantil*. En: Gancedo Baranda A, editor. *Manual para la Atención a situaciones de maltrato Infantil*. Madrid: Editorial Grupo 2 Comunicación médica; 2021.
- Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia. Boletín número 25. Datos de 2022. Disponible en: <https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/estadisticas/estadisticas/home.htm>



CAPÍTULO 2. TIPOLOGÍAS CLÁSICAS

MALTRATO FÍSICO

- **Raquel Villarino Hita.** *Pediatra de Atención primaria. Centro de Salud Sigüenza. Guadalajara.*
- **Lucía de las Heras Gómez.** *Pediatra de Atención primaria. Centro de Salud Cuenca IV. Cuenca.*

Revisión y aportaciones al capítulo

- **Antonio Gancedo Baranda.** *Pediatra. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid.*
- **Juan Gil Arrones.** *Pediatra. Sociedad Española de Pediatría social.*
- **M. Luisa Herreros Fernández.** *Jefe de Sección Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Madrid*

1. Definición

El **maltrato físico** (MTF) se define como toda acción no accidental, generada por un progenitor o cuidador, contra un NNA (niña, niño y adolescente) que provoque un daño físico o enfermedad, o le ponga en riesgo grave de padecerlo. Su adecuada detección es básica para atender las lesiones que presente, establecer un correcto diagnóstico diferencial y evitar, en el caso de ser una situación derivada de violencia contra la infancia y adolescencia, posibles lesiones posteriores, así como establecer los adecuados recursos de apoyo y protección.

2. Epidemiología

Según datos del Registro Unificado de Maltrato Infantil en España (RUMI), en el 2022 se registraron 29.770 notificaciones de maltrato infantil y 48.187 tipos de maltrato de los cuales el 19 % correspondieron a MTF; en Castilla-La Mancha, se notificaron 81 tipos de maltrato siendo el 60 % MTF. Es más frecuente en niños, entre los 2 y los 4 años, siendo la primera causa de fracturas en menores de 2 años y la segunda de mortalidad entre el mes y los 5 años.

3. Clínica

Es muy importante el reconocimiento y/o detección precoz del MTF, ya que el riesgo de volver a ser maltratados e incluso de muerte, aumenta cada vez que los NNA vuelven al entorno donde viven. Para ello es fundamental una evaluación minuciosa cuando se valora a un paciente que consulta por una lesión que podría ser intencional. **Las lesiones centinela** son aquellas que, aun siendo relativamente leves, nos deben poner en alerta ante la posibilidad de violencia, sobre todo en menores de 2 años (tabla 1). Es preciso explorar el mecanismo de producción y la presencia de otros indicadores de sospecha.

**Tabla 1.** Lesiones centinela

LESIONES CENTINELA		
0-6 meses	6-12 meses	Menores de 24 meses
Lesiones en área orofaríngea Hematomas Quemaduras	Fracturas de fémur/húmero Fractura de radio/cúbito/tibia/peroné Fractura de cráneo Hemorragia intracraneal	Hemorragias subconjuntivales Fracturas de costillas Traumatismos abdominales Lesiones en área genital

Debemos tener un alto índice de sospecha cuando el **relato** de los cuidadores o de la víctima, se caracterice por:

- Justificaciones inverosímiles para el grado o tipo de lesión, negación del trauma, mecanismo de lesión inadecuado para la gravedad o inexplicable para el neurodesarrollo del NNA.
- Retrasar de manera injustificada o excesiva la asistencia sanitaria: lesiones avanzadas y severas como fallo respiratorio, coma, estatus convulsivo...
- Atribuir las lesiones a otros menores o animales.
- Relato cambiante o contradictorio.

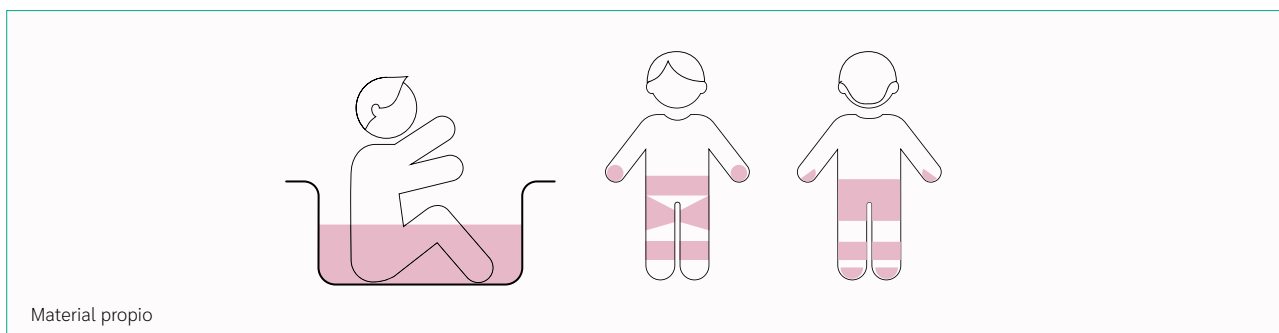
Se han descrito múltiples tipologías de lesiones derivadas del MTF y puede ser complicado distinguir aquellas lesiones de origen accidental de las que no. Seguidamente se expondrán aquellas características más frecuentes de las lesiones no accidentales.

3.1 Quemaduras y escaldaduras

Lesiones producidas por calor, sospechando su origen no intencional cuando aparecen en zonas cubiertas o de castigo o presentan las siguientes características:

- Lesiones de inmersión en agua caliente: afecta a ambos lados del cuerpo de manera simétrica y/o al perineo, con bordes bien definidos y sin lesiones de salpicadura (Figura 1).

Figura 1: Mecanismo de inmersión y localización de quemaduras por inmersión



- Quemaduras con forma de objeto: plancha de ropa, tenacillas del pelo, cucharas y tenedores, forma de guante o calcetín (Figura 2),
- Quemaduras con cigarrillos: 8-12 mm de diámetro y profundas, llegando a ser en algunos casos quemaduras de tercer grado; suelen ser múltiples (Figura 2).
- Coexistencia de diferentes tipos y grados de quemaduras, así como otras lesiones.

Figura 2. Lesiones no accidentales



- Escaldaduras por agua caliente: generalmente las quemaduras no intencionadas suceden en manos, antebrazos, hombros, cara y tórax superior por el mecanismo de caída desde la altura de la encimera sobre el paciente al intentar cogerlo; los márgenes de la quemadura accidental suelen ser irregulares. Las escaldaduras intencionadas suelen tener localizaciones posteriores, en región genital, nalgas y extremidades inferiores (figura 1).

Estudios recientes describen como el uso de la herramienta **BuRN-Tool** (*Burns Risk assessment for Neglect and maltreatment in children Tool*) para la evaluación de las quemaduras en urgencias. Ante una puntuación mayor o igual a 3, se ha de valorar la posibilidad de quemaduras de origen intencionado (tabla 2).

Tabla 2. Burns Risk assessment for Neglect and maltreatment in children Tool. BuRN-Tool score

Edad	Menor de cinco años	Escaldadura o quemadura	2
	Mayor de cinco años	Escaldadura	0
		Quemadura	1
Gravedad	Quemadura de tercer grado		2
Escaldadura simétrica	¿Afecta a ambos lados del cuerpo?		1
Localización atípica de la quemadura.	Su localización principal incluye alguna de las siguientes: espalda, glúteos, línea de cuero cabelludo o ingles.		1
Falta de supervisión por un adulto (Sí cualquiera de las opciones = 1)	¿No ha habido una adecuada supervisión por un adulto? ¿Menor de cinco años sin supervisión?		1
Explicación inapropiada (Sí cualquiera de las opciones = 2)	Con la edad o nivel de desarrollo del NNA Con el tipo de lesión ¿Es una escaldadura por inmersión en agua caliente?		2
Seguimiento por los servicios sociales (Sí cualquiera de las opciones = 1)	En el momento actual o en el pasado		1



Puntuación total		0-12
Interpretación	La puntuación no indica probabilidad de maltrato, pero si la sospecha clínica es alta, considerar la posibilidad.	0-2
	A mayor puntuación, mayor probabilidad de maltrato, sobre todo en menores de cinco años.	3-12

3.2 Lesiones cutáneo-mucosas

Las equimosis, erosiones y hematomas son las lesiones más frecuentes en el MTF; sin embargo, no son diagnosticados como lesiones centinela en 1 de cada 3 casos de maltrato grave. Son poco frecuentes en lactantes menores de 6 meses, por lo que su presencia nos ha de poner en alerta ante la posibilidad de lesión intencionada.

- Es importante valorar la localización, morfología y el número de las lesiones (tabla 3). Las zonas no habituales de traumatismo, también llamadas zonas de castigo u ocultas, son el área peribucal, periorcular, genital, nalgas y muslos. Considerar la presencia de lesiones en distinto estadio evolutivo. El color de la lesión puede variar desde rojo o azulado-violáceo en los primeros 3 días y posteriormente cambiar a verde o amarillo-marronáceo, aunque con gran variabilidad, por lo que algunos trabajos señalan la imposibilidad de determinar el tiempo de evolución en función del color de la lesión. Tener en cuenta que la desaparición de las lesiones en lactantes es más precoz. Se ha de prestar atención a la morfología, valorar el patrón de algún objeto contundente y la presencia de petequias. Como herramienta práctica, la regla de decisión clínica **TEN-4-FACESp** ayuda en la identificación de las lesiones intencionadas en menores de 4 años con una sensibilidad del 96% y especificidad del 87% (figura 3).

Figura 3. Localización y morfología de los hematomas intencionados.

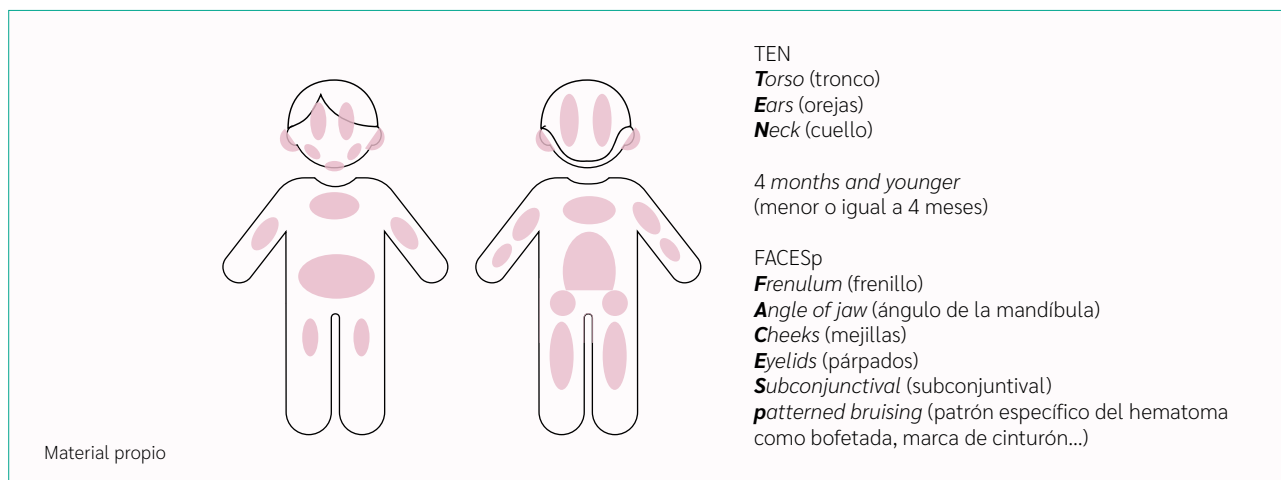



Tabla 3. Características de las lesiones cutáneo-mucosas accidentales e intencionadas

Lesiones accidentales	Lesiones intencionadas
Más frecuentes en niños y niñas mayores	Lactantes y niños y niñas que no han adquirido movilidad
Sobre prominencias óseas	Alejados de prominencias óseas
Localizaciones frecuentes: tronco anterior, rodillas y cara anterior de piernas	Localizaciones frecuentes: cabeza, orejas, cuello, muslos y brazos
Considerar que tan solo el 5% de las lesiones en mejillas y perioculares son accidentales	Lesiones con patrones específicos (bofetada, hebilla de cinturón). Suelen ir acompañados de petequias. Lesiones en racimo, múltiples y similares
Las caídas, tropiezos o resbalones suelen producir lesiones en la parte posterior de la cabeza, frente, nariz y labio superior	Lesiones tipo <i>scalping</i> con edema en frente y periorbitario típica del arrancamiento del cuero cabelludo

Modificado de <https://www.paediatricpearls.co.uk/wp-content/uploads/2022/06/TEN-4-faces-p-poster.pdf>

3.3 Mordeduras

Las mordeduras humanas se identifican por una lesión ovoidea o en semiluna; si son intencionadas tienden a ser múltiples, en diferentes lugares, estadios evolutivos y suelen presentar un hematoma central. Se diferencian de las mordeduras de perro porque éstas suelen presentar marcas punzantes o desgarró del tejido. En las mordeduras producidas por otro niño o niña, la distancia intercanina es menor de 2,5- 3 cm. En el caso de mordeduras recientes, podría recogerse muestra de ADN de saliva.

3.4 Lesiones orales y faciales

Las siguientes lesiones son sospechosas de origen intencionado:

- Laceraciones, hematomas en labios y arrancamiento de frenillo lingual o labial en lactantes no deambulantes.
- Hematomas o lesiones en mucosa oral y paladar en lactantes.
- Pérdida o fractura de dientes en ausencia de historia compatible.
- Hematomas, cicatrices o liquenificación en comisuras labiales.

3.5 Lesiones osteoarticulares

Las fracturas que nos sugieren violencia infantil pueden ser hallazgos incidentales a raíz de una radiografía por otro motivo, o hallazgos en la serie ósea en un NNA en estudio por sospecha de maltrato.

- Evaluar, principalmente en menores de 2 años y no deambulantes, la presencia, localización y el número de fracturas.
- Es imprescindible investigar y describir el mecanismo de producción de la lesión y la persona con la que estaba en ese momento.
- Ante sospecha de maltrato, se recomienda repetir el estudio radiológico a las dos o tres semanas.
- Considerar que la ausencia de hematomas no excluye fractura y la gran capacidad de curación que presentan los pacientes pediátricos.
- Existen diferentes tipos de fracturas que son altamente sugestivas de maltrato:



- » Fracturas metafisarias por golpes violentos, estiramientos o desplazamientos epifisarios.
- » Fracturas costales, sobre todo en arcos posteriores y laterales.
- » Fracturas de huesos largos, con frecuencia espiroideas u oblicuas y metafisarias. Son características las fracturas de fémur en menores de un año y de húmero en menores de tres años, sobre todo de localización proximal y media.
- » Fracturas vertebrales: por hiperextensión e hiperflexión forzadas, o por impacto directo.
- » Fracturas en esternón, escápula o apófisis espinosas sin antecedente traumático.
- » Fracturas craneales bilaterales, complejas, deprimidas o que atraviesan suturas.

3.6 Trauma craneal no accidental

El trauma craneal no accidental (TCNA) es la principal causa de traumatismo craneoencefálico grave en menores de dos años. La etiología de las lesiones es multifactorial (sacudida, sacudida e impacto, impacto...), por lo que se prefiere el término TCNA, por ser más inclusivo, al previo síndrome del niño sacudido. No hay una lesión diagnóstica en sí misma de TCNA, sino un conjunto de lesiones incluidas cerebrales, cervicales, hemorragias retinianas, fracturas de costillas u otros huesos sin un antecedente traumático previo consistente, así como la edad del NNA y la gravedad de las lesiones. Es muy importante valorar el mecanismo de producción referido por familiares o cuidadores; una caída desde la cuna o cama es poco probable que produzca lesiones graves. La presentación clínica es variable, siendo más frecuente la alteración del nivel de conciencia y las convulsiones en el TCNA, mientras que en los traumatismos accidentales son más frecuentes los hematomas del cuero cabelludo. La herramienta clínica **PredAHT** (*Predicting Abusive Head Trauma*) puede ser de ayuda en el juicio clínico. En pacientes menores de 36 meses con lesiones intracraneales, la presencia de tres o más de las siguientes lesiones aumenta el valor predictivo de TCNA:

- Fracturas de costillas.
- Hemorragias retinianas.
- Fracturas de huesos largos.
- Hematomas en cabeza y cuello
- Apnea.
- Convulsiones.

3.7 Lesiones viscerales

Las lesiones características son los hematomas intramurales duodenales que pueden progresar a oclusión intestinal y el pseudoquiste pancreático. Ambos son producidos por impactos en el abdomen y compresión de las vísceras contra la columna, generalmente sin hematoma cutáneo. Asimismo debemos sospechar maltrato ante cualquier afectación de víscera hueca. La clínica puede manifestarse como abdomen timpánico y globuloso, dolor localizado, vómitos persistentes, dificultad respiratoria, abdomen silente... Establecer el diagnóstico diferencial entre intencionadas y accidentales:



- Intencionadas:
 - » Menores de 3 años.
 - » Historia relatada por el acompañante no congruente.
 - » Retraso en la solicitud de asistencia médica.
 - » Visceras huecas.
 - » Mortalidad > 53 %.
- Accidentales:
 - » Mayores de 7 años.
 - » La historia relatada es consecuente.
 - » Se solicitan cuidados médicos urgentes.
 - » Más afectados los órganos sólidos.
 - » Mortalidad < 23 %.

3.8 Daño por frío

Sospechar ante hipotermia sin explicación verosímil o lesiones por frío.

3.9 Envenenamiento

Sospechar ante detección de ingesta de una o más sustancias tóxicas (fármacos, drogas...)

3.10 Alopecia

Sospechar ante zonas de arrancamiento en occipital, occipito-parietales o en diferentes estadios evolutivos. Suele presentar un hematoma debajo de la lesión y puede presentar una zona de sangrado. Es relativamente frecuente encontrar alopecias occipitales o placas de pelada en lactantes que reciben pocos estímulos y permanecen mucho tiempo en la cuna (maltrato físico pasivo/negligencia).

4. Diagnóstico

Lo más importante es una historia clínica y exploración completa y detallada, reconociendo aquellos datos compatibles con maltrato lo más tempranamente posible. Se debe realizar:

4.1 Historia clínica y exploración física

Detalladas y completas, prestando especial atención a las lesiones descritas previamente: es importante preguntar cómo y cuándo se produjeron, y describir cómo acude el paciente (qué ropa lleva, si es adecuada o no, o está rota o sucia...); posteriormente, lo ideal es retirar la ropa del NNA para una exploración exhaustiva.

4.2 Historia psicológica y médica

Importante reconocer y anotar los indicadores físicos y comportamentales de la víctima y la conducta del agresor/acompañante (tabla 4).

**Tabla 4. Indicadores comportamentales**

Indicadores comportamentales del NNA	Indicadores comportamentales en cuidadores/progenitores
• Parece presentar miedo a sus cuidadores/progenitores. • Refiere maltrato. • Rechaza o muestra recelo al contacto físico con adultos. • Se muestra pasivo, retraído, tímido, asustado, triste o depresivo. • Se inquieta con el llanto de otros NNA. • Acepta fácilmente los castigos o se autoculpa. • Se adapta fácilmente a adultos desconocidos o a ingresos hospitalarios.	• Contradicciones en las explicaciones, incoherencias en la historia clínica. • Intentan ocultar lesiones o proteger la identidad de la persona responsable de las mismas o culpar al cónyuge. • Retraso en la búsqueda de atención médica. • Episodios repetitivos sin clara explicación médica. • Son muy rígidos, aplican disciplina severa inapropiada para la edad de los NNA. • Impiden que el niño hable con los profesionales. • Parecen no preocuparse por el NNA.

4.3 Pruebas complementarias

- Analíticas:
 - » Hematimetría y coagulación: se puede apreciar hemoglobina disminuida debido a sangrados agudos o repetitivos. La coagulación puede estar alterada debido a sangrado intracraneal o sangrados repetidos. Valorar anemia microcítica secundaria a carencias nutricionales. Tener en cuenta que incluso en niños con diátesis hemorrágicas, la presencia de hematomas en orejas, cuello, mejillas o área genital es rara, por lo que una alteración de la coagulación no descarta la posibilidad de maltrato.
 - » Bioquímica completa: incluir iones, perfil hepático (aumento de transaminasas en traumatismo hepático oculto), pancreático y renal, CPK, metabolismo del hierro.
 - » Orina y sedimento: se puede objetivar hematuria si hay traumatismo abdominal. Valoración de fracaso renal agudo, deshidratación...
 - » Tóxicos y medicamentos en sangre y orina: si sospecha de ingesta o alteraciones del nivel de conciencia.
 - » Analíticas con perfil nutricional-óseo: calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, vitamina D, PTH, cobre sérico, vitamina C y ceruloplasmina.
 - » Valorar biopsia cutánea para cultivo de fibroblastos o toma de material de ADN para estudio de osteogénesis imperfecta.
- Radiografía: en menores de 2 años realizar serie ósea completa para evaluar fracturas ocultas. Consta de las siguientes proyecciones:
 - » Esqueleto apendicular: brazos, anteroposterior (AP), antebrazos (AP), manos (PA), muslos (AP), piernas (AP), pies (AP).
 - » Esqueleto axial: Tórax (AP, lateral y oblicua para visualizar esternón, costillas, vértebras torácicas y lumbares superiores), abdomen (AP para visualizar pelvis), columna lumbosacra lateral, cráneo (frontal y lateral para visualizar columna lateral).
 - » Considerar repetir a las dos semanas del estudio inicial para evidenciar fracturas previas ocultas.
- Ecografía: accesible y poco invasiva. Ecografía abdominal si sospecha de lesión visceral.



- Tomografía axial computerizada:
 - » De elección ante sospecha de traumatismo abdominal no accidental con el fin de evidenciar traumatismos ocultos.
 - » Menores de 2 años: sospecha de TCE en pacientes con alto riesgo (fracturas múltiples, costales, lesiones faciales o en menores de 6 meses); no es imprescindible presentar clínica neurológica asociada. Lesiones torácicas, vertebrales, abdominopélvicas inconsistentes con la historia. TAC craneal, espinal, abdominal...
 - » Mayores de 2 años: ante sospecha de TCE no accidental con presencia de síntomas neurológicos o de focalidad neurológica. Puede asociar o no otros hallazgos físicos.
- Resonancia magnética: generalmente no disponible de urgencia, evita la radiación y evalúa hemorragias agudas y lesiones medulares. Se prefiere si se dispone de ella.
- Fondo de ojo: detección de hemorragias retinianas. En menores de 2 años.
- Gammagrafía ósea: poco empleada, es costosa y requiere sedación. Más sensible en menores de 1 año.

5. Diagnóstico diferencial

Hay condicionantes y patologías previas pediátricas que pueden imitar signos que sugieran MTF (principalmente hematomas, fracturas y traumatismos craneoencefálicos) de la misma forma que otras condiciones médicas pueden aumentar la vulnerabilidad de un NNA a lesiones específicas. El conocimiento del diagnóstico diferencial y la evaluación adecuada del NNA lesionado pueden ayudar a alcanzar el diagnóstico correcto y, por lo tanto, protegerlos de nuevas situaciones de violencia (tabla 5).

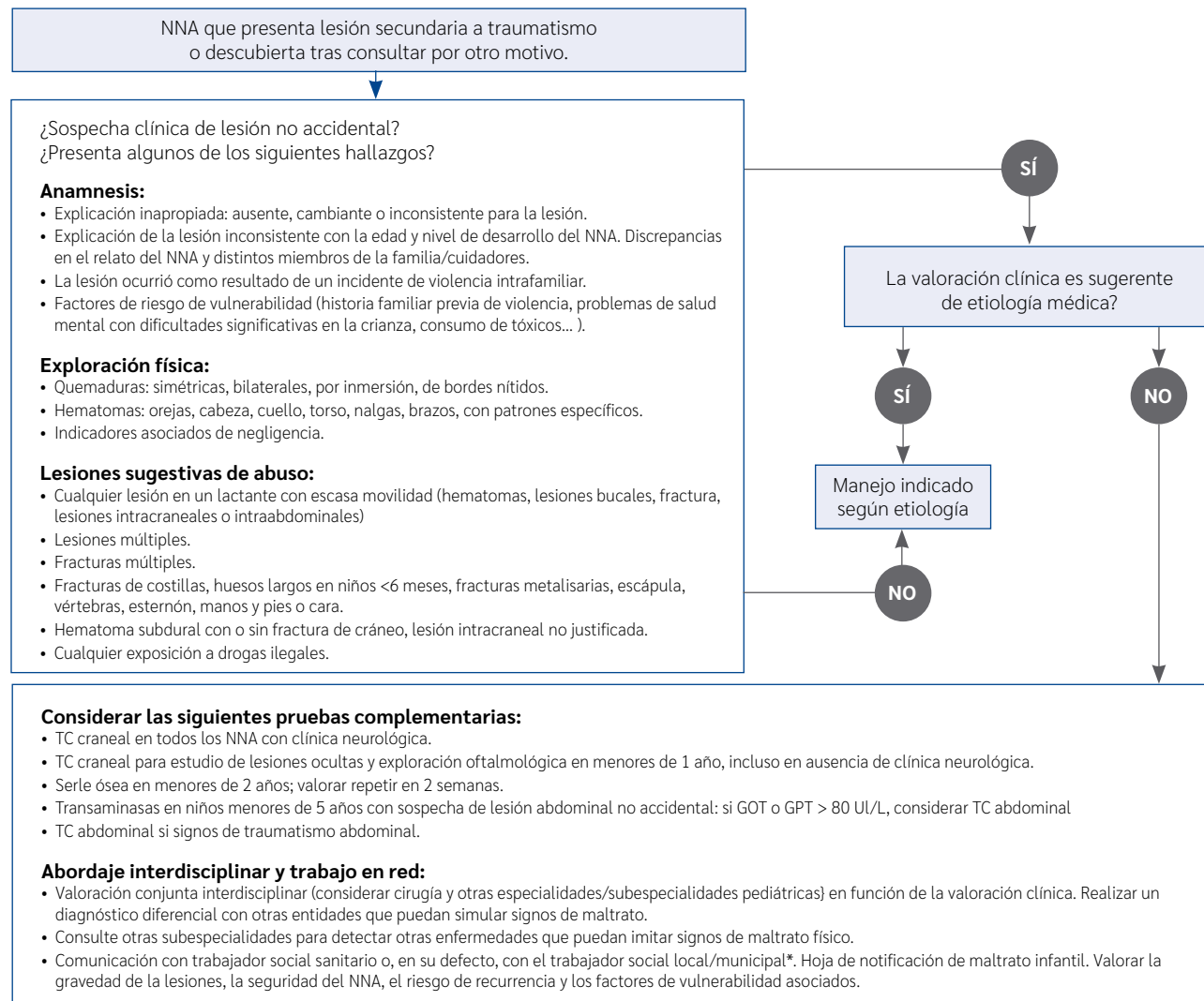

Tabla 5. Diagnóstico diferencial de lesiones no accidentales

SIGNO	DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
Hematomas	• Trastornos hemorrágicos • Mancha mongólica (melanosis dérmica congénita) • Hemangiomas • Fotodermatitis • Cáncer • Trastornos del tejido conectivo (síndrome de Ehlers-Danlos) • Medicina tradicional: cupping (ventosaterapia), coining (curación con monedas) • Osteogénesis imperfecta • Vasculitis (púrpura de Schönlein- Henoch) • Manchas de tinta
Quemaduras	• Ampollas de fricción • Reacciones de hipersensibilidad • Impétigo (puede confundirse con quemaduras de cigarrillo) • Fitofotodermatitis • Dermatitis herpetiforme • Epidermolisis • Ingestión accidental de laxantes • Medicina tradicional: <i>cupping</i>, <i>coining</i>, moxibustión
Fracturas	• Variantes normales de estructuras óseas. • Raquitismo • Sífilis congénita (como causa de elevación perióstica) • Leucemia, neuroblastoma • Traumatismo obstétrico • Reanimación cardiopulmonar (son raras las fracturas costales, y más aún las de localización posterior) • Osteogénesis imperfecta • Enfermedad de Caffey • Osteomielitis
Hematoma subdural	• Trastornos hemorrágicos. Déficit de vitamina K • Malformaciones vasculares • Aciduria glutárica tipo 1 • Hidrocefalia externa benigna • Enfermedad de Menkes
Hemorragias retinianas	• Vasculitis • Parto vaginal (suelen localizarse alrededor del disco óptico y desaparecen en torno a las 4 semanas de vida) • RCP (son poco frecuentes y cuando aparecen se asocian a otros factores de riesgo de sangrado)

Algoritmo 1. Abordaje de lesiones de origen no accidental.

Modificado de Tiyyagura G et al.

ALGORITMO PARA LA VALORACIÓN DE LESIONES NO ACCIDENTALES



* Figura profesional de referencia de los Servicios Sociales de Atención Primaria (ver glosario). En caso de NO disponer de trabajador/a social en su zona sanitaria, contactar con: atencionpersonas.sccc@sescam.jccm.es o trabajosocial.dgcc@sescam.jccm.es, con el fin de coordinar la comunicación con los Servicios Sociales.



Bibliografía

- Ruíz Jiménez J, Cózar Olmo JA. Maltrato físico. En: Gancedo Baranda A, editor. *Manual para la atención a situaciones de Maltrato Infantil*. Madrid: Editorial Grupo 2 Comunicación Médica; 2021.
- BALORA. Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los servicios sociales Municipales y Territoriales de Atención y Protección a la Infancia y Adolescencia en la Comunidad Autónoma Vasca. 2011.
- Boos SC. Physical child abuse: Recognition. :65. UpToDate. Febrero de 2022.
- Boos SC. Physical child abuse: Recognition. Sentinel injuries physical child abuse by ag:65. UpToDate. February _2022.
- Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, *et al*. Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics. *JAMA Netw Open* 2021; 4:e215832.
- Pierce MC, Kaczor K, Aldridge S, *et al*. Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics* 2010; 125:67.
- Boos SC. *Physical child abuse: Diagnostic evaluation and management*: 53. UpToDate. February 2022.
- Hollen L, Bennett V, Nuttall D, *et al*. Evaluation of the efficacy and impact of a clinical prediction tool to identify maltreatment associated with children's burns. *BMJ Paediatrics Open* 2021;5:e000796. doi:10.1136/bmjpo-2020-000796.
- Maguire S, Mann MK, Sibert J, *et al*. Can you age bruises accurately in children? A systematic review. *ARch Dis Child* 2005;90(29):187-189.
- Tiyyagura, Gunjan, Meghan Beucher, and Kirsten Bechtel. "Nonaccidental injury in pediatric patients: detection, evaluation, and treatment." *Pediatric emergency medicine practice* 14.7 (2017): 1-32.
- Cowley LE, Morris, CB, Maguire SA, Farewell DM, Kemp AM. Validation of a prediction tool for abusive head trauma. *Pediatrics*. 2015 Aug;136(2):290-8.
- Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia y la adolescencia. Boletín número 25. Datos de 2022. Disponible en: <https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/estadisticas/estadisticas/home.htm>



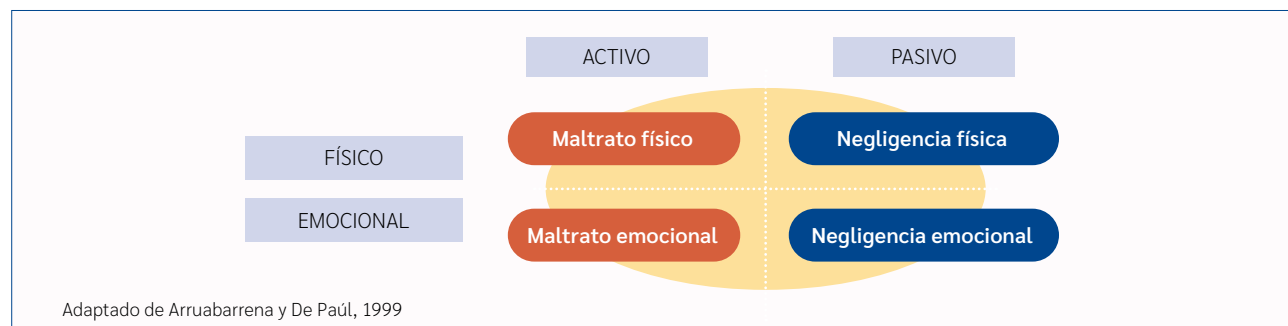
VIOLENCIA O MALTRATO PSICOLÓGICO

- ▶ **Virginia Álvarez Carrero.** *Psicóloga. UVASI. Hospital de Alcázar de San Juan. Ciudad Real.*
- ▶ **Marta Lorenzana Iglesias.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Valdepeñas. Ciudad Real.*

1. ¿Qué es el maltrato psicológico?

Es frecuente confundir el término “violencia” con “violencia física”, pero hay otras muchas formas de violencia que no se expresan en esa dimensión y que causan daño. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil como «los abusos y la desatención de los que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder». Cualquier forma de violencia causa daño psicológico, pero también hay formas de violencia exclusivamente psicológicas.

Figura 1. Formas de maltrato infantil



El **maltrato o violencia psicológica** es el uso de agresiones verbales reiteradas en forma de insulto, desprecio, crítica o amenaza de abandono, así como el constante bloqueo de las iniciativas de interacción infantiles que pueden ir desde la obstaculización hasta el encierro o el confinamiento. La **negligencia emocional** se define como la falta constante de respuesta a las señales, expresiones emocionales y conductas que buscan la proximidad y el apego iniciadas por el NNA (niña, niño y adolescente) y la falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de los padres o cuidadores principales.

La violencia psicológica daña en todas las dimensiones psicológicas, a nivel cognitivo y emocional, así como la autoestima y el autoconcepto. Con frecuencia se produce en el entorno próximo del NNA, incluso en la intimidad, por personas con las que mantiene una relación afectiva y de las que debería esperar protección, cuidados y soporte. Este afecto brinda poder sobre el NNA y hace que las palabras y los gestos adquieran una mayor valencia emocional. El



poder se relaciona con la responsabilidad y con la capacidad de influir en la vida de otra persona; puede ser constructivo o destructivo. Las formas básicas del poder son el afecto, la autoridad, la fuerza y las diferencias transformadas en desigualdades. Las personas a las que queremos tienen poder sobre nuestras vidas y son capaces de influir en ellas, más por el tipo de relación existente que por la persona en sí misma. El abuso es un mal uso del poder; y este mal uso del poder que brinda el afecto se plasma muy a menudo en las diferentes formas de violencia psicológica. Por eso, en muchas ocasiones, los NNA corren más peligro donde deberían estar más seguros: en sus familias o entornos más cercanos.

Es importante destacar que la violencia psicológica se caracteriza por el daño que produce o puede ocasionar, y no por la intencionalidad de la persona que realiza la acción. Es cierto que muchas conductas violentas a nivel psicológico se realizan con la intención de hacer sufrir. Sin embargo, también gran parte de la violencia psicológica proviene de intentos de educar, pero con pautas que resultan dañinas; la humillación o el aislamiento como herramientas pedagógicas continúan existiendo en muchos ámbitos en los que viven los NNA.

1.1 Formas de violencia psicológica

La violencia psicológica puede ser causada por adultos o por otros NNA; en la relación personal o a través de tecnologías de la comunicación; en el ámbito familiar o académico. Entre las diferentes formas de violencia psicológica encontramos:

- Con la palabra: insultos, humillaciones, comparaciones o amenazas.
- Con las acciones y el lenguaje no verbal: miradas de desprecio, gestos de asco o burla, exclusión del grupo como medida de aislamiento, ignorar o menospreciar su presencia, sus vivencias o sus aportaciones creando un vacío social a su alrededor, aterrorizar exponiendo a los NNA a situaciones impredecibles o caóticas, o perpetrar la violencia contra sus seres queridos u objetos.
- Exigencia excesiva: por falta de adecuación de las expectativas a las capacidades del NNA.
- Sobreprotección: con un trato que intenta evitar cualquier daño, incluso poco probable, e impide el correcto desarrollo del NNA generando un sentimiento de falta de valía y capacidad.
- Negligencia emocional: no proporcionar calidez ni afecto, no interactuar, no alabar ni celebrar cuando el NNA alcanza alguno de los hitos del desarrollo.

2. Epidemiología

Se estima que los estudios epidemiológicos no reflejan ni la incidencia ni la prevalencia real la violencia infantil, estimándose que se detectan entre el 10 al 20% de los casos que se producen. El problema de la baja detección y, por tanto, de la correcta estimación de la prevalencia es aún mayor para la violencia psicológica, dada la falta de consenso en cuanto a su definición y naturaleza del concepto. Además, hay que añadir que el exceso de focalización en la violencia física en la mayoría de los estudios invisibiliza las demás tipologías. En 2013, la OMS estimó la prevalencia del maltrato en Europa siendo el psicológico el más prevalente; se estima que 3 de cada 10 NNA sufre violencia psicológica por parte de los progenitores en Europa. En España, el maltrato psicológico fue la segunda forma de maltrato más notificada en el año 2020 a través del Registro Unificado de casos de sospecha de Maltrato Infantil (RUMI).



3. Indicadores

Los indicadores de violencia psicológica son más difíciles de identificar para profesionales sanitarios que los de otro tipo. Debemos estar alerta al observar la conducta del NNA, sus reacciones y su relación con su entorno próximo: progenitores, cuidadores, etc; y de igual manera, la actitud de éstos con él. Entre los indicadores en el NNA tenemos los siguientes (tabla 1).

Tabla 1. Indicadores de violencia psicológica

INDICADORES DE SOSPECHA DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA O EMOCIONAL

Indicadores físicos y de desarrollo del NNA:

- Problemas alimenticios (come compulsivamente o no tiene hambre).
- Desnutrición, fallo de medro y retraso de crecimiento.
- Retraso en el desarrollo físico, emocional o intelectual.
- Conductas autolesivas, ideación y/o gestos autolíticos, suicidio o intenta el suicidio.
- Sintomatología depresiva (tristeza, inhibición, apatía, etc.).

Indicadores conductuales del NNA:

- Excesivamente complaciente, pasivo o nada exigente.
- Extremadamente agresivo, exigente o rabioso de forma persistente.
- Relaciones hostiles o distantes.
- Regresiones de conducta o conductas demasiado adultas para su edad.
- Testigo de violencia en el ámbito familiar.
- Conductas de autoestimulación (balanceo, masturbación, etc.) inadecuadas para su edad y no atribuidas a otras causas.
- Retraso del lenguaje y/o fracaso escolar.
- Trastornos de conducta alimentaria, del sueño, del control de esfínteres.
- Trastornos neuróticos o de relación (fobias, ansiedad, regresión, impulsividad).
- Conductas de autolesión, ideación o intentos de suicidio.
- Comportamiento antisocial, actividades delictivas y/o práctica de conductas de riesgo para la salud.

Indicadores de los progenitores, tutores y/o cuidadores:

- Culpabiliza o menosprecia al NNA o le rechaza de forma explícita.
- Tratamiento desigual con los hermanos.
- No parece preocupado por los problemas del NNA.
- Es exigente con el NNA, por encima de sus posibilidades físicas, psíquicas o intelectuales.
- Tolera todos los comportamientos del NNA sin poner ningún límite.
- Compensa con bienes materiales la escasa relación afectiva con el NNA.
- Insulta al NNA, lo menosprecia en público o se burla.
- Instrumentaliza al NNA o le implica en conflictos familiares.
- Violencia de género.
- Rechaza muestras de afecto del NNA.
- Alienta a cometer conductas delictivas, expone al NNA a pornografía o premia conductas agresivas.



4. Hallazgos clínicos

La violencia psicológica afecta de forma negativa a los NNA desde las primeras etapas de la infancia, pudiendo provocar efectos más perjudiciales, sobre todo en los menores de 2 años. El exceso de estrés afecta a su desarrollo mental y físico, tanto a corto como a largo plazo. Los hallazgos clínicos dependerán de la edad (Tabla 2). Los NNA de violencia psicológica tendrán principalmente problemas de rendimiento académico, aislamiento y dificultades en las relaciones sociales.

Tabla 2. Hallazgos clínicos en la violencia psicológica por edades

Lactantes	Preescolares	Escolares	Adolescentes
• Unido ansiosamente al cuidador • Irritabilidad muy frecuente • Retraso desarrollo psicomotor y pondoestatural • Alteración de las rutinas del sueño o comidas	• Actitud negativista, rabietas frecuentes, agresividad • Retraso desarrollo psicomotor y pondoestatural • Alteración de las rutinas del sueño/pesadillas • Actitudes regresivas (chuparse el pulgar, pérdida del control de esfínteres...)	• Actitud negativista, impulsividad, agresividad • Fracaso escolar, problemas de concentración • Alteración de las rutinas del sueño/pesadillas • Actitudes regresivas como pérdida del control de esfínteres. • Somatizaciones (dolor abdominal, cefalea...)	• Actitud negativista, impulsividad, agresividad, delincuencia • Trastorno conducta alimentaria • Abuso sustancias tóxicas y promiscuidad sexual • Ideas suicidas • Fracaso escolar • Somatizaciones

5. Diagnóstico diferencial

Dado el amplio abanico de síntomas que pueden aparecer, el diagnóstico diferencial también es bastante extenso. Como hemos visto, la mayoría de los síntomas se incluyen dentro de la esfera psicológica o psiquiátrica, por lo que dicho diagnóstico diferencial se hará principalmente con las enfermedades de este ámbito. Hay que descartar otras patologías primarias que producen estos síntomas; no obstante, las formas de violencia psicológica pueden inducir de forma secundaria síntomas que se incluyen en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno del espectro autista, el trastorno depresivo, el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno negativista desafiante, entre otros. No hay que olvidar que debemos hacer una buena anamnesis, exploración física y solicitar pruebas complementarias, si fuera necesario, para descartar patología orgánica que pudiera explicar la sintomatología.

6. Secuelas

A nivel neurobiológico, la violencia puede producir daños permanentes en la estructura neural y en el funcionamiento de un cerebro todavía en desarrollo. Las consecuencias dependen de la duración del maltrato, la edad, de quienes hayan sido los maltratadores, la influencia del entorno, la motivación de la violencia, disponer o no de apoyo terapéutico y de la resiliencia, entre otros (Tabla 3).

- **Psicosomáticas:** síntomas físicos que expresan un daño psicológico. Son síntomas reales, no fingidos o imaginarios. La violencia, especialmente sostenida en el tiempo y mantenida oculta, genera un profundo daño a todos los niveles siendo estos síntomas la expresión de ello. Se corre el riesgo de hacer un juicio superficial y

que se confundan con “llamadas de atención”. Si no se encuentra una explicación física es conveniente hacer una valoración psicológica.

- **Emocionales:** reflejan el impacto psicológico de la violencia.
- **Cognitivas:** el cerebro está ocupado en la supervivencia, en la gestión del dolor y en la vivencia del maltrato, por lo que presenta alteraciones funcionales o del desarrollo.
- **Comportamentales:** el sufrimiento del NNA se refleja a través de su conducta.

Tabla 3. Secuelas de la violencia psicológica

PSICOSOMÁTICAS	EMOCIONALES	COGNITIVAS	COMPORTAMENTALES
• Dolores sin aparente causa física: abdominal, cefalea... • Insomnio, pesadillas frecuentes, hipersomnia. • Problemas en la alimentación: hiporexia, ingesta compulsiva, vómitos, etc. • Problemas de eliminación: enuresis, encopresis, estreñimiento, diarreas. • Problemas dermatológicos: alopecia areata, caída anormal de cabello, rascado, etc. • Tics.	• Culpa y vergüenza. • Miedo y ansiedad. • Desconfianza. • Rabia y agresividad. • Baja autoestima e inseguridad. • Aislamiento o soledad. • Dificultades para regular sus emociones, tristeza, depresión. • Estrés postraumático.	• Retraso en el desarrollo cognitivo. • Problemas de atención. • Problemas de memoria. • Problemas de aprendizaje. • Bajo rendimiento escolar.	• Conductas autolesivas, autoagresivas o heteroagresivas, conductas de riesgo. • Fugas. • Consumo de sustancias.

7. Tratamiento

Al hablar de violencia es necesario comprender que hay consecuencias que afectan más allá del momento o de los días siguientes. Cualquiera de las consecuencias vistas, cuando son extremas, no solo reflejan el daño recibido, sino que afectan en el día a día, perjudicando también el desarrollo del NNA que las sufre. El estrés y el trauma conllevan riesgos, y cuando ocurren de manera temprana pueden activar respuestas con consecuencias biológicas y mentales que pueden prolongarse durante toda la vida. El reconocimiento de la violencia hacia los NNA como una vulneración de derechos humanos, merece una reparación en los términos que establecen los marcos internacionales. Debemos brindar una atención integral y reparadora por parte de profesionales especializados, para poder prevenir las consecuencias a corto, medio y largo plazo, en la etapa adulta, o incluso prevenir la posible polivictimización y/o el ciclo de la violencia. Entre las competencias clínicas de los profesionales de la salud en relación con el abordaje a la violencia psicológica encontramos:

- Identificar la atención emocional inadecuada al NNA y su impacto sobre la salud.
- Desarrollar habilidades para preguntar a los NNA sobre sus relaciones con los progenitores y cuidadores, las experiencias de disciplina y sentimientos de autoestima y seguridad.
- Identificar las diferentes formas de relación que establece el progenitor/cuidador con el NNA.
- Promover y proteger el buen trato en el NNA. Es importante trabajar la mejora de las capacidades parentales desde la prevención primaria, identificar a las familias con indicadores de riesgo y acompañar a los progenitores/cuidadores que están experimentando problemas de salud mental, violencia de género, consumo de



tóxicos, entre otros, a considerar los efectos de tales condiciones en su crianza, ayudándoles a acceder a los recursos apropiados.

- Conocer los circuitos de enlace y comunicación con los profesionales del sistema de protección infantil. Es imprescindible la comunicación, coordinación interdisciplinar y trabajo en red con el trabajador social sanitario o, en su defecto, con el trabajador social municipal/local¹, así como cumplimentar la hoja de notificación de maltrato infantil.

7.1 Intervención psicológica

El **trauma** es una herida que perdura en el tiempo, que sigue doliendo y afectando al funcionamiento diario, que impide relajarse y confiar mucho después de que la violencia haya terminado. Los NNA son aún más vulnerables a los efectos del trauma por cómo les afecta y les limita en su momento del desarrollo.

Una de las estrategias o mecanismos de defensa que puede utilizar nuestra mente para facilitar la supervivencia es la **disociación**. Este fenómeno consiste en «apartar de la conciencia» las vivencias extremas para permitir que la persona sobreviva, pero hace que la vida quede dividida, con una parte consciente que no recuerda pero que siente un malestar y otra parte inconsciente, que guarda la experiencia sin procesar y afecta a la parte consciente. Sin embargo, disociar no es olvidar; el sistema nervioso recuerda el daño sufrido y se manifiesta de manera especialmente clara en los síntomas psicósomáticos, por medio de los cuales el cuerpo cuenta el dolor emocional.

La gran mayoría de los NNA va a necesitar atención psicológica especializada y de calidad, para reparar el daño que la violencia ha dejado en ellos y que se evalúe en función de sus resultados. Podemos encontrar las siguientes situaciones:

- El NNA sufre una situación de violencia. Este es el primer elemento, pero si el NNA tiene recursos para afrontarla (por ejemplo, ante una situación de violencia psicológica es capaz de pedir ayuda) o recibe apoyo para superarla (las personas adultas del entorno reaccionan adecuadamente, validan la vivencia del NNA, toman medidas para que no vuelva a suceder un episodio similar y establecen un proceso de reparación del daño), entonces no tiene por qué producirse un trauma, entendido trauma como una secuela o impacto permanente. Puede ser que lo haya padecido y lo haya superado.
- La situación de violencia supera la capacidad de respuesta del NNA. La clave de este segundo elemento es el desbordamiento del psiquismo, en relación con su capacidad de resiliencia y de los apoyos externos con los que cuente: el NNA se siente incapaz de afrontar la situación, no tiene herramientas para gestionarla y busca cualquier comportamiento que le permita sobrevivir.
- El NNA encuentra una manera de sobrevivir a esa violencia, pero a costa de quedarse con una marca en su forma de funcionar y comportarse habitualmente. Sería un trauma no elaborado o elaborado parcialmente que deja secuelas en su personalidad o alteraciones psicopatológicas. Los mecanismos de defensa psíquicos le permiten sobrevivir en el momento (o cada vez que se produce la violencia), pero es una adaptación tan extrema que afecta al funcionamiento en situaciones normales. Mientras que los episodios violentos, por muy intensos y dañinos que sean, tienen una duración limitada (terminan en algún momento), el trauma es per-

1. Figura profesional de referencia de los Servicios Sociales de Atención Primaria (ver glosario). En caso de NO disponer de trabajador/a social en su zona sanitaria, contactar con: atencionpersonas.sccc@sescam.jccm.es o trabajosocial.dgcc@sescam.jccm.es, con el fin de coordinar la comunicación con los Servicios Sociales.



manente, y sus efectos continúan incluso cuando ya no hay motivos para protegerse, a no ser que se inicie un proceso terapéutico que suele requerir bastante tiempo.

Bibliografía

- *Ver para proteger. Claves para comprender la violencia contra niños, niñas y adolescentes y para desarrollar medidas de protección eficaces.* UNICEF España.
Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/communication/guia-ver-para-proteger.pdf>
- *Más me duele a mí. La violencia que se ejerce en casa.* Save the children.
Disponible en: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/mas_me_duele_a_mi.pdf
- Barrios Tascón A, Aguado Alba E, Cadenas Benítez NM. *Maltrato psicológico.* En: Gancedo Baranda A, editor. *Manual para la atención a situaciones de Maltrato Infantil.* Madrid: Editorial Grupo 2 Comunicación Médica; 2021.
- *Estrategia vasca contra la violencia hacia la infancia y la adolescencia.* 2022-2025. Departamento de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales. Gobierno Vasco. Vitoria-Gasteiz. 2022.
- Pou Fernández J. *El pediatra y el maltrato infantil.* Barcelona: Editorial Ergon. 2017.
- Arruabarrena M I. Maltrato psicológico a los niños, niñas y adolescentes en la familia: definición y valoración de su gravedad. *Psychosocial Intervention.* 2017;20 (1):25-44. 2011.
- Sethi D, Bellis M, Hughes K, Gilbert R, Mitis F, Galea G. *European report on preventing child maltreatment.* World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. 2013.



MALTRATO POR NEGLIGENCIA

- **Raquel Páez González.** *Pediatra de Atención primaria. Centro de salud 5B. Albacete.*
- **Raquel Villarino Hita.** *Pediatra de Atención primaria. Centro de Salud Sigüenza. Guadalajara.*

1. Introducción

La negligencia es la forma de violencia contra la infancia más frecuente notificada, llegando a representar en torno a la mitad de los casos registrados en el RUMI, y suele coexistir con otras formas de maltrato infantil; aun así, su prevalencia real es desconocida, dado que la mayor parte de los casos no son detectados. De forma característica, los NNA (niñas, niños y adolescentes) víctimas no suelen recibir los cuidados suficientes hasta que aparecen formas graves que ponen en riesgo su salud global, estando la negligencia presente en el 70% de las muertes debidas a violencia contra la infancia. Es de gran importancia conocer los indicadores y los contextos de riesgo para su detección temprana y prevenir las formas más graves.

La **negligencia** se define como cualquier situación en la que las necesidades básicas del NNA (niña, niño y adolescente), físicas, emocionales, de seguridad y formativas, son desatendidas. Puede ser de manera temporal o permanente; de forma deliberada, por falta de conocimiento o motivación; por parte de algún progenitor u otro miembro que conviva en el ámbito familiar que esté en condiciones de proveer salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, vivienda y condiciones de vida seguras y protegidas para contribuir al desarrollo y bienestar del NNA.

2. Tipos de negligencia

Se identifican diferentes tipos de maltrato por negligencia:

- **Negligencia física:** el cuidador/progenitor no proporciona adecuada alimentación, ropa, vivienda o higiene.
- **Negligencia por falta de supervisión en las actividades de los NNA,** exponiéndoles a un mayor riesgo de lesión física, emocional o psicológica.
- **Negligencia emocional,** en la cual el cuidador no proporciona alguno de los siguientes:
 - » Afecto, cariño, amor y apoyo emocional.
 - » Acompañamiento en las necesidades psicológicas cuando se necesitan.
 - » Falta de protección a los NNA de la exposición de la violencia doméstica y al abuso de sustancias.
 - » Falta de respuesta a la conducta del NNA y a las necesidades de interacción con figuras parentales o de interacción social.
- **Negligencia médica:** el cuidador/progenitor demora o rehúsa buscar atención médica cuando se precisa con riesgo para el NNA; incumple las indicaciones médicas, sobre todo en enfermedades crónicas de larga duración, por oposicionismo cultural, religioso o consulta de terapias alternativas sin evidencia científica; falta de seguimiento en los programas de salud infantil.



- **Negligencia educativa:** los NNA no están inscritos en los ciclos educativos obligatorios o no acuden con regularidad. También se considera negligencia no cubrir las necesidades educativas específicas.
- **Negligencia nutricional:** fallo en proveer una nutrición adecuada para el crecimiento y desarrollo físico o no prevenir la sobreingesta de alimentos.
- **Negligencia dental:** falta de atención o tratamiento dental adecuado.
- **Negligencia prenatal:** Abuso y/o consumo de sustancias tóxicas durante la gestación, falta de revisiones y seguimiento básico durante la gestación o no cumplimiento de las recomendaciones.
- **Abandono:** forma más grave del maltrato por negligencia.

3. Detección y evaluación

La sospecha de maltrato por negligencia suele venir determinada por la existencia de indicadores en el NNA o en los cuidadores, de uno o varios y que coexistan de forma reiterada o continuada en el tiempo. Aun siendo el tipo de maltrato más frecuente, su clínica puede ser sutil por lo que es imprescindible conocer bien los indicadores para reconocerlo. La elaboración de una **historia clínica biopsicosocial** (ver capítulo *Conceptos previos*) que incluya los determinantes sociales nos ayudará a conocer factores desencadenantes y dinámicas familiares desfavorables que producen malestar emocional, así como estrés relacionado con la pobreza, el paro o la falta de competencias parentales que precisen apoyo y asesoramiento de cara a la prevención de posible maltrato. Por lo tanto, debemos ser exhaustivos y sistemáticos y realizar:

- Historia clínica
- Exploración física completa, prestando especial atención a los indicadores de negligencia, así como la interacción de los cuidadores con el NNA.
- Pruebas complementarias: se realizarán según los hallazgos encontrados en la anamnesis y exploración física. Puede ser necesario analítica con perfil nutricional. Así mismo, han de descartarse enfermedades médicas que afecten al crecimiento y al desarrollo.
- Evaluación psicosocial: la evaluación de los pacientes debe ser interdisciplinar, siendo imprescindible la comunicación del caso y valoración por parte el trabajador social sanitario o, trabajador social municipal/local² (cumplimentar hoja de notificación de maltrato infantil), así como la información de los profesionales del centro educativo (tablas 1 y 2).

2. Figura profesional de referencia de los Servicios Sociales de Atención Primaria (ver glosario). En caso de NO disponer de trabajador/a social en su zona sanitaria, contactar con: atencionpersonas.sccc@sescam.jccm.es o trabajosocial.dgcc@sescam.jccm.es, con el fin de coordinar la comunicación con los Servicios Sociales.


Tabla 1. Indicadores de negligencia en el NNA

NEGLIGENCIA	INDICADORES en el NNA
Física	Vestimenta: se valora la suciedad y si la ropa es adecuada para la época del año. Lesiones por exposición inadecuada al clima Falta de higiene personal, infestación por parásitos. Piel y uñas: evaluar presencia de datos de abuso físico (cicatrices, heridas, hematomas), pérdida de uñas.
Nutricional	Datos de malnutrición, retraso ponderoestatural (peso, talla e IMC). Control según los percentiles siendo importante el perímetro cefálico en menores de 2 años. Pérdida de cabello. Cansancio no habitual. Obesidad
Dental	Caries múltiples e infecciones bucodentales o la falta de solicitud de asistencia dental.
Falta de supervisión	Accidentes frecuentes por falta de supervisión (ingesta de tóxicos, medicamentos, objetos con riesgo de atragantamiento) Falta de dispositivos de retención de seguridad adecuados en vehículos Pasa mucho tiempo en casa sin nadie que le cuide. Permitir la ingesta de alcohol o drogas Cuidadores inadecuados (a cargo de personas consumidoras de drogas, personas muy jóvenes sin la necesaria madurez)
Emocional	Retraso psicomotor, por falta de estimulación. Alteración/trastornos del comportamiento: hiperactividad, agresividad, depresión, apatía permanente. Conductas o actividades de riesgo. Conductas antisociales. Desconfianza en el adulto o mucha confianza con adultos desconocidos. Exposición a violencia en el hogar
Educativa	Absentismo escolar No inscripción en el colegio en edad de escolarización obligatoria Falta de atención a las necesidades especiales de educación
Médica	Carencia en la asistencia sanitaria básica o de rutina (no acude a las revisiones del programa de salud infantil, no se completa el calendario vacunal o no sigue los tratamientos prescritos). Presenta problemas físicos o necesidades sanitarias no atendidas (por ejemplo, heridas sin curar)

Tabla 2. Indicadores de negligencia en los cuidadores.

INDICADORES en los cuidadores	
	• Familia desestructurada, consumo de tóxicos. • Fallo en la supervisión. Ausencia de límites adecuados. • Cuidadores/progenitores ausentes. • Separaciones conflictivas. • Consultas frecuentes a urgencias por falta de seguimiento médico. • Enfermedad crónica que no es tratada. • Cuidadores con visión negativa del NNA

Al realizar el **diagnóstico diferencial**, es importante tener en cuenta que determinantes sociales como la pobreza, la precariedad en la vivienda y el entorno, así como las dificultades por parte de los cuidadores de proporcionar cuidados infantiles suficientes, son circunstancias que pueden confundirse con negligencia. Es necesario por parte de las autoridades proveer de las legislaciones y recursos que ofrezcan a sus ciudadanos infraestructuras, programas,



seguridad y oportunidades para satisfacer las necesidades básicas que permitan el apoyo a las familias con dificultades, así como medidas que faciliten una adecuada conciliación familiar y laboral.

Tras la evaluación debemos haber dado respuesta a las siguientes preguntas ([capítulo 7](#)):

- ¿Las necesidades de los NNA están siendo cubiertas?: identifica el tipo de negligencia, el patrón y evalúa el riesgo inminente o potencial de daño.
- ¿Hay antecedentes de otro tipo de maltrato?: sexual, físico o psicológico.
- ¿Cuáles son los factores que han contribuido? Pobreza, ambiente, recursos familiares, intervenciones previas...
- ¿Hay otros NNA en la misma situación?: es muy importante extender el estudio a los hermanos del caso para su evaluación.
- Si planeo dar el alta... ¿Aseguro un entorno seguro?: familia motivada y con recursos, aceptación de la ayuda. Evalúa la seguridad del paciente.
- En base a las preguntas previas, ¿es necesario avisar a los servicios sociales?

El abordaje del maltrato por negligencia dependerá de la persistencia del mismo en el tiempo y de la gravedad de las secuelas.

Bibliografía

- *Child Welfare Information Gateway*. Acts of omission: an overview of child neglect. Department of Health and Human Services, Children's Bureau., Washington, DC 2012
- Pérez Candas JI, Ordóñez Alonso MA, Amador Tejón V. Maltrato infantil por negligencia. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2018;11(1):25-36.
- Fàbregas Martori A, Ferrés Serrat F. Maltrato por negligencia. En: Gancedo Baranda A, editor. *Manual para la atención a situaciones de Maltrato Infantil*. Madrid: Editorial Grupo 2 Comunicación médica; 2021.



CAPÍTULO 3.

VIOLENCIA SEXUAL

- ▶ **Mercedes Marbán Calzón.** *Pediatra. UVASI. Hospital La Mancha Centro. Ciudad Real.*
- ▶ **Virginia Álvarez Carrero.** *Psicóloga. UVASI. Hospital La Mancha Centro. Ciudad Real.*
- ▶ **Sonia Brazalez Jimena.** *Trabajadora social. UVASI. Hospital La Mancha Centro. Ciudad Real.*

Revisión y aportaciones al capítulo

- ▶ *Anna Fabregas Martori. Pediatra. Unidad de Violencia sexual. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.*
- ▶ *Celeste Mata Rivera. Médico forense. Instituto de Medicina Legal de Toledo.*
- ▶ *Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla-La Mancha (APapCLM).*
- ▶ *Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha (SPMYCM).*
- ▶ *Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria (SCAMFYC). Grupo de trabajo de Inequidades y Actividades Preventivas.*
- ▶ *Asociación Castellano Manchega de Ginecología y Obstetricia (ACMGO)*

1. Introducción

La violencia sexual infantil (VSI) es el delito de violencia más invisibilizado a nivel social. Resulta especialmente difícil de detectar y de abordar cuando se produce en el seno de la familia y, más aún, en la primera infancia. Las secuelas que origina en la víctima pueden ser devastadoras y, por ello, es tan importante realizar un diagnóstico adecuado. A diferencia de otras formas de violencia en las que el diagnóstico depende de la posibilidad de ver las lesiones o las consecuencias de negligencias en el cuidado, **la detección del niño, niña o adolescente (NNA) que fue o está siendo víctima de VSI depende de escucharlo para saber qué pasó**, ya que en la mayoría de los casos no hay lesiones físicas ni tampoco testigos. Las víctimas de VSI con frecuencia no lo relatan por miedo, culpa, impotencia, vergüenza. Suelen sentirse cómplices, impotentes, humillados y estigmatizados. Este trauma psíquico se potencia con el paso del tiempo, a medida que toman consciencia de lo sucedido.

2. Definición y tipología

La VSI se define como contactos o interacciones entre un NNA y un adulto cuando el adulto usa al NNA para estimularse sexualmente a él mismo, al NNA o a otra persona, así como aquellas conductas con impacto en el libre desarrollo de la vida sexual. La VSI también puede ser cometida por una persona menor de 18 años cuando ésta es significativamente mayor que la víctima o cuando el agresor está en una posición de poder o control sobre el otro. En este tipo de situaciones, ambos NNA deben ser considerados en situación de riesgo, por lo que debe intervenir también con los NNA agresores ya que es posible que también sea o haya sido víctima de VSI o de alguna otra forma de violencia. Hay tres elementos que caracterizan los comportamientos abusivos:

- La diferencia de poder conlleva la posibilidad de controlar a la víctima física o emocionalmente.



- Las diferencias de conocimientos implican que la víctima no pueda comprender cabalmente el significado y las consecuencias potenciales de la actividad sexual.
- La diferencia en las necesidades satisfechas: el/la agresor/a busca satisfacer sus propios impulsos sexuales.

En la VSI el principal abuso de poder se realiza a través del afecto: 8 de cada 10 agresores son personas conocidas, respetadas e incluso queridas por los NNA. La interacción abusiva, que puede ocurrir con o sin contacto físico, siempre incluye un componente psicológico. Entre las conductas que constituyen VSI encontramos:

- Tocar al NNA en sus genitales, zona anal y/o pechos, por encima o por debajo de la ropa.
- Hacer que el NNA toque al adulto en sus genitales, zona anal y/o pechos por encima o por debajo de la ropa.
- Contacto oral-genital del adulto al NNA.
- Contacto oral-genital del NNA al adulto.
- Contacto genital del adulto sin penetración (frotamientos contra el cuerpo del NNA con el objetivo de lograr excitación sexual).
- Penetración vaginal y/o anal con dedo/s y/u objetos.
- Coito.
- Material de explotación sexual infantil: actos de producción, difusión y asistencia a actos. También su uso y adquisición.
- Prostitución: inducir, favorecer o facilitar la prostitución.
- Obligar al NNA a ver relaciones sexuales entre adultos.
- Exhibicionismo y voyeurismo.
- Contactar con el NNA vía internet con propósitos sexuales (*grooming*).
- Mutilación genital femenina.
- Matrimonio forzado.
- Acoso con connotación sexual.
- Trata con fines de explotación sexual.
- Planchado de senos

3. Marco normativo

La ley Orgánica 1/2015, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal, eleva la **edad de consentimiento sexual** en España desde los 13 a los **16 años**. Todo acto de carácter sexual con un menor de 16 años es un delito, salvo relaciones consentidas con una persona próxima en edad y grado de desarrollo y madurez. Entre los 16 y 18 años el acto sexual será delito si interviene engaño o abuso desde una posición de confianza, autoridad o influencia. Se establecen agravantes para los casos donde además concurra violencia o intimidación, el acceso carnal o introducción de objetos. Se tipifica hacer presenciar a un menor de 16 años actos sexuales o abusos. Se sanciona el uso de las tecnologías de la información y comunicación para cometer estos delitos. La **Ley Orgánica 10/2022 de garantía integral de la libertad sexual** (LOGILS) elimina la distinción entre agresión y abuso sexual. Pasan a denominarse agresiones sexuales todas aquellas conductas que atenten contra la libertad sexual sin el consentimiento de la otra persona e introduce expresamente como forma de agresión sexual la denominada “sumisión química”. La



Ley considera **violencias sexuales** los actos de naturaleza sexual no consentidos o que condicionan el libre desarrollo de la vida sexual en cualquier ámbito, público o privado, lo que incluye la agresión sexual, el acoso sexual y la explotación de la prostitución ajena, así como todos los demás delitos previstos en el Título VIII del Libro II de la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal, orientados específicamente a proteger a personas menores de edad. Pretende dar respuesta especialmente a las violencias sexuales cometidas en el ámbito digital, lo que comprende la difusión de actos de violencia sexual a través de medios tecnológicos, la pornografía no consentida y la extorsión sexual. Considera violencias sexuales la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el acoso con connotación sexual y la trata con fines de explotación sexual.

4. Epidemiología

La VSI es una realidad más común de lo que podría suponerse. A nivel mundial, 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 varones ha sufrido VSI durante su infancia. El Consejo de Europa estima que **1 de cada 5** NNA ha sido víctima de VSI antes de cumplir los 18 años. En España los diferentes estudios indican:

- Prevalencia: entre 10-20%.
- Edad de máxima incidencia: entre los 13 y 16 años.
- El 80% de las víctimas son niñas.
- El 85% de los agresores son familiares o personas muy allegadas, siendo el 90% varones y un 20% otro NNA.
- Se da en todo tipo de familias y contextos.
- Solo el 15% de los casos se denuncian.

5. Indicadores

El relato de los NNA que ha sido o está siendo víctima de violencia constituye el principal indicador de VSI. Sin embargo, la revelación es poco frecuente, sobre todo en menores de 5 años, por ello es necesario reconocer otros indicadores.

La valoración de signos y síntomas conductuales, psicológicos y físicos ayuda a sospechar situaciones de VSI, proveer información sobre el impacto de la violencia en el NNA victimizado y permiten establecer un plan terapéutico. Es preciso tener en cuenta a su vez diversos factores de riesgo relativos al contexto familiar y social de la víctima, que no pueden ser considerados indicadores directos, pero pueden constituir un contexto favorecedor para la VSI.

5.1 Factores sociales

El modelo etiológico elaborado por Finkelhor y Krugman establece cuatro **condiciones** para que la VSI se produzca:

- Motivación del agresor para cometer la VSI: componente psicopático de la personalidad, trastorno de control de impulsos, parafilia sexual, repetición transgeneracional de experiencias previas de VSI.
- Habilidad del agresor para superar sus propias inhibiciones y miedos, recurriendo para ello al alcohol o las drogas.
- Capacidad del agresor para superar las barreras externas o los factores de protección del NNA.
- Capacidad del agresor para vencer la resistencia del NNA para lo que recurre a la manipulación, violencia, amenaza o engaño.



Entre los factores favorecedores de la VSI encontramos:

- Drogodependencias, trastornos mentales, acceso a material de explotación sexual infantil, tolerancia social a la VSI, sentido de “propiedad” sobre los hijos/as.
- Enfermedad o discapacidad de las figuras parentales, ausencias de estos o falta de vigilancia, madre víctima de violencia.
- Relación de confianza entre el agresor y el NNA, falta de información sobre sexualidad y violencia, inseguridad.
- La repetición transgeneracional, dificultades en el control de impulsos.

Entre los factores protectores encontramos:

- Historia de vinculación afectiva de los propios progenitores o reconocimiento y elaboración de la historia, en caso de ser negativa.
- Existencia de una red de apoyo psicosocial.
- Armonía y complicidad de la pareja en la crianza.
- Integración social de la familia y del NNA con sus iguales.

Todos estos factores interactúan permanentemente creando una estructura relacional constante, en la que las personas nos desenvolvemos. Es importante conservar esta perspectiva para evaluar cada caso individualmente y entender las circunstancias vitales de cada persona.

5.2 Indicadores psicológicos

Las consecuencias vinculadas al ámbito emocional y conductual de los NNA configuran los denominados indicadores psicológicos o clínicos de la VSI. Se da la paradoja de que no se puede detectar la violencia desde la perspectiva psicológica hasta que el NNA muestra síntomas. Los principales aspectos psicológicos a evaluar implican tres grandes áreas: los indicadores conductuales, la sintomatología postraumática y el relato del NNA.

5.2.1 Indicadores conductuales

- Conducta sexualizada: acercamientos peculiares a adultos, promiscuidad, utilización de la intimidación o la fuerza para hacer partícipes a otros NNA.
- Conocimientos sexuales inadecuados para la edad.
- Elevada desconfianza.
- Sentimientos de baja autoestima y culpa.
- Cambios bruscos del comportamiento.

5.2.2 Sintomatología postraumática:

- En preescolares: conductas regresivas (enuresis secundaria y encopresis) y somatizaciones.
- Alteraciones del sueño: insomnio, pesadillas, terrores nocturnos.
- Alteraciones de la conducta alimentaria.
- Conductas disruptivas: rabietas, irritabilidad, conductas oposicionistas, destructivas y autolesiones.



- Mayor dependencia del adulto.
- Representación repetitiva del acontecimiento traumático mediante juegos y dibujos.
- Fugas del hogar.
- Consumo de tóxicos.
- Disminución del rendimiento escolar.
- Afectación del estado de ánimo y ansiedad.

5.2.3 Relato del NNA:

Constituye una **prueba clave**, debido a la frecuente ausencia de indicios físicos o biológicos objetivos, que el psicólogo debe valorar con los instrumentos adecuados.

A la hora de evaluar los indicadores psicológicos es necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- No existe un perfil psicopatológico único asociado a la VSI.
- Una adecuada evaluación de la situación aumenta la probabilidad de interrumpirla, de prevenir nuevas violencias, de identificar sus consecuencias y, por tanto, dirigir la intervención de forma adecuada y de mejorar el bienestar de los NNA víctimas de VSI.
- Se aconseja que los profesionales sanitarios que detecten una posible situación de VSI se ajusten al **principio de intervención mínima** con el fin de **evitar la revictimización**. Su principal tarea es la detección y notificación al equipo o servicio que corresponda para que éste evalúe la sospecha. No obstante, es fundamental escuchar al NNA de forma empática, detectar sus necesidades y reforzar positivamente su valentía al haber relatado los hechos.

6. Indicadores físicos

En más de 90% de los casos, la exploración física va a ser normal, incluso si ha habido penetración y esto no implica que la VSI no exista. Muchos de los tipos de VSI no dejan lesiones físicas y, por otra parte, las lesiones en mucosas curan de forma rápida y completa.

El objetivo principal de la exploración es el examen **anogenital**. Debe realizarse en **ámbito hospitalario** y en el contexto de un **examen físico completo**, dado que los NNA pueden haber sido víctimas de otras formas de violencia. **Todos los profesionales implicados deben coordinarse para realizar una única exploración física** (pediatra, médico/a de familia, ginecólogo/a, forense, cirujano/a...) con el objetivo de **evitar la revictimización**. Los NNA deben ser informados, tranquilizados y deberán estar acompañados por un adulto no sospechoso, salvo que se opongan expresamente. No deberemos forzar a los NNA para su exploración, por lo que puede ser preciso retrasar la misma hasta que esté preparado, o como última opción, si no hay alternativa, recurrir a la sedación. Siempre que no se afecte la recogida de muestras se debe respetar en la medida de lo posible el pudor de los NNA.

6.1 Exploración general

Haremos una exploración general completa sin olvidar detallar el desarrollo puberal del NNA según el estadiaje de Tanner y revisar cuidadosamente la cavidad oral. Dejaremos para el final la exploración anogenital.



6.2 Exploración anogenital

Generalmente es suficiente una inspección visual, sin necesidad de instrumentación. Es importante una posición adecuada (figuras 1-5): en niñas, decúbito supino con piernas en “ancas de rana” (separación y tracción labial) o genupectoral (separación y elevación de glúteos); en niños, decúbito supino con rodillas hacia el pecho, genupectoral o decúbito lateral; en mujeres adolescentes, la exploración se puede realizar en la consulta de ginecología en posición de litotomía, pudiendo ser necesario el uso de espéculo vaginal (contraindicado en niñas prepuberales). Si se sospecha traumatismo intravaginal o cuerpo extraño, se valorará la realización de una vaginoscopia bajo sedación o anestesia. En el caso de los varones, el examen de los genitales consiste en una inspección visual del pene y el escroto. El examen del ano también será externo, sin necesidad de anoscopia ni tacto rectal.

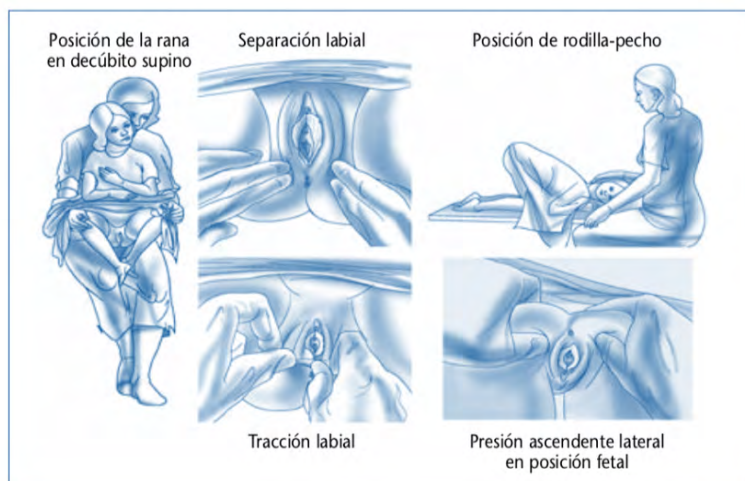


Figura 1.

Posiciones recomendadas en la exploración anogenital.

Fuente: Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Grupo de trabajo de atención al maltrato infantil de la sociedad española de urgencias de pediatría. Coordinador Dr. A. Gancedo Baranda. 2014.

Figura 2.

Posición supina en niñas. Separación labial.



Figura 3.

Posición genupectoral niñas. Elevación de glúteos.

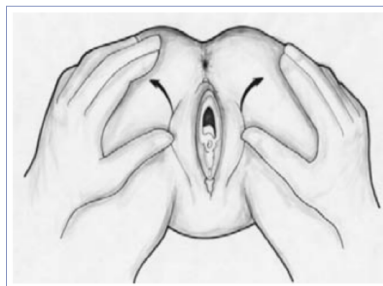


Figura 4.

Posición de litotomía o ginecológica.

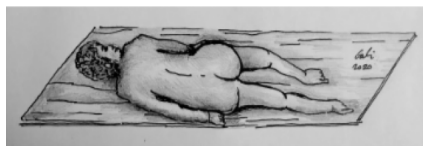


Fuente: Sam Soto S y col. Estudio clínico ginecológico en niñas y adolescentes que sufrieron abuso sexual Ginecol Obstet Mex 2008;76(7):404-16.

Fuente: <https://es.slideshare.net/aliriobeleoramos/semiologa-ginecologica>

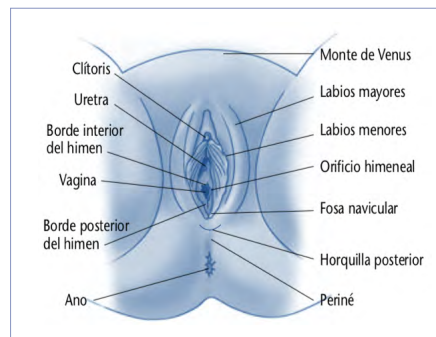


Figura 5.
Posición decúbito lateral.



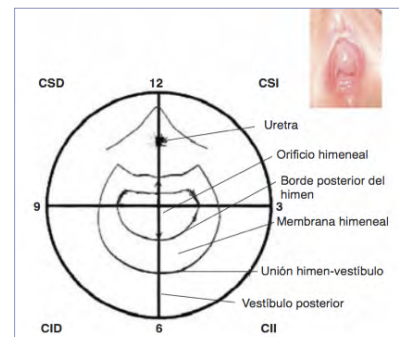
Fuente: Gancedo Baranda A, editor. Manual para la atención a situaciones de maltrato infantil. Madrid. Editorial Grupo 2 Comunicación Médica; 2021.

Figura 6.
Anatomía genital femenina.



Fuente: Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Grupo de trabajo de atención al maltrato infantil de la sociedad española de urgencias de pediatría. Coordinador Dr. A. Gancedo Baranda. 2014.

Figura 7.
Esquema anatómico de la zona genital femenina.



Fuente: Sam Soto S y col. Estudio clínico ginecológico en niñas y adolescentes que sufrieron abuso sexual Ginecol Obstet Mex 2008;76(7):404-16.

Hallazgos anogenitales

Es importante conocer la anatomía genital normal (figuras 6 y 7).

Se recomienda utilizar la **clasificación de Adams** como guía para clasificar los hallazgos anogenitales ante sospecha de VSI y considerar su diagnóstico diferencial ([tabla 1, página 60](#)).

Las indicaciones de **cribado de infecciones de transmisión sexual** (ITS) en niños y niñas **prepúberes**, quedan reflejadas en el capítulo 8.

6.3 Exploraciones complementarias

- Si la VSI se ha producido hace menos de 10 días y ha habido contacto de la piel del agresor/a con la piel de la víctima, contacto con secreciones o han sido múltiples agresores, se realizará toma de muestras de:
 - » Tóxicos en sangre/orina si sospecha de sumisión química.
 - » Recogida de muestras forenses bajo las indicaciones del profesional de medicina forense.
 - » Despistaje de ITS.
 - » Test de embarazo en niñas postmenárquicas.
- b) Si la VSI ha ocurrido hace más de 10 días y siempre que se considere necesario, se realizarán:
 - » Despistaje de ITS.
 - » Análisis de sangre para serología (VHB, VHC, VIH, sífilis, VHS y VPH).
 - » Test de embarazo en niñas postmenáquicas.



7. Protocolo de actuación

La actuación ante la sospecha de VSI debe abordar diferentes aspectos:

- Asegurar la protección y la atención integral al NNA, respetando sus derechos y buscando siempre su interés superior.
- Hacer un diagnóstico diferencial.
- Instaurar tratamiento si está indicado.
- Informar a las autoridades (Juzgado, Fiscalía) y a los servicios sociales.
- Evitar la victimización secundaria.

Tanto los casos de VSI aguda o reciente, como las pasadas, deben ser vistos por un/una profesional de medicina. En el primer caso la valoración y derivación deben ser urgentes, pero en el segundo de los casos, el sistema de salud debe atenderles tan pronto como sea posible, pero no como una urgencia/emergencia.

7.1 Agresión sexual aguda-reciente (≤ 10 días)

Valoración en hospital. Si el caso se ha detectado en atención primaria o urgencias extrahospitalarias se derivará a urgencias hospitalarias al NNA tras contacto telefónico con el/la profesional de guardia, y se garantizará un traslado seguro, sobre todo en casos de violencia intrafamiliar, contactando siempre con las **Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado** (FFCCSE): Policía Nacional (091 o 112) en el ámbito de las grandes ciudades y Guardia Civil (062 o 112) en el resto de localidades. Se les debe **avisar siempre** porque han de tener conocimiento del hecho, independientemente de que colaboren o no en el traslado de la víctima al hospital de referencia. Es fundamental esta primera llamada del equipo de profesionales sanitarios cuando los NNA acudan a su centro de salud o consultorio porque el caso va a ser investigado por las FFCCSE e instruido por el Juzgado de la localidad al cual corresponda dicho centro de salud o consultorio, aunque los NNA se trasladen al hospital de referencia. Una vez en el hospital, los profesionales del servicio de pediatría y ginecología avisarán a las FFCCSE y al Juzgado de guardia de esa ciudad para que el Juez active al profesional de medicina forense.

En resumen:

Avisar siempre a las FFCCSE (Policía Nacional en ciudades y Guardia Civil en otras localidades) y al Juzgado de guardia de la localidad en la que se vaya a explorar a la víctima.

Antes del traslado, advertir y explicar que para no destruir posibles pruebas no se laven, no se cambien de ropa o preserven la que se retire, no beban, no se enjuaguen la boca, no coman, no orinen ni defequen en la medida de lo posible.

Una vez en el hospital deberá realizarse:

- Estabilización en caso de riesgo vital.
- Favorecer un **ambiente tranquilo** que garantice seguridad, intimidad y confidencialidad.
- **Historia clínica al adulto acompañante** sin la presencia del NNA: preguntar por indicadores de sospecha de VSI.
- **Avisar** a las FFCCSE y al **Juzgado de guardia** para que la autoridad judicial active al profesional de medicina forense.



- **Realizar en un solo acto la anamnesis, exploración física** (médico-forense y sanitaria) y la **toma de muestras**. Para ello, lo más prudente es esperar al equipo especializado¹ de la Policía Nacional o Guardia Civil y al profesional de medicina forense con el fin de hacer una única entrevista conjunta. Es decir, una sola entrevista al acompañante y otra al NNA únicamente para la recogida de datos imprescindibles para orientar la exploración médica y la toma de muestras.
- La entrevista al NNA se realizará si es posible a solas, con consentimiento verbal de un familiar. Si el NNA lo rechaza, hacer la entrevista con un familiar presente advirtiéndole que no intervenga. No forzar el interrogatorio, adaptarlo a la edad y nivel de desarrollo, hacer preguntas abiertas, anotar en historia palabras textuales entrecomilladas y nuestra impresión.
- Toma de muestras:
 - » Tóxicos en sangre/orina si se sospecha de sumisión química (*capítulo 4*).
 - » Recogida de muestras forenses bajo las indicaciones del médico forense.
 - » Despistaje de ITS (*capítulo 8*).
 - » Test de embarazo en niñas postmenárquicas.
- Valorar necesidad de **tratamiento médico**:
 - » Tratamiento de las heridas y profilaxis de infección. Profilaxis antitetánica si precisa.
 - » Tratamiento y profilaxis de ITS. Vacuna VPH.
 - » Anticoncepción de urgencia (AU) en adolescentes postmenárquicas con riesgo de embarazo.
 - Levonorgestrel (Norlevo®, Postinor®) 1,5 mg en dosis única (o fraccionado en 2 dosis en un intervalo máximo de 12 horas) si la agresión se ha producido en las 72 horas previas; posteriormente, la eficacia disminuye proporcionalmente a las horas transcurridas.
 - Acetato de ulipristal (Ellaone®) 30 mg en dosis única. Se puede usar hasta 120 horas después de la agresión.
 - La seguridad de la AU permite ofrecerla incluso si la adolescente no está segura si la penetración ha ocurrido. Si está utilizando un método anticonceptivo efectivo no será necesario. Confirmar la próxima regla o realizar una prueba de embarazo a las 3 semanas. Pueden provocar náuseas y vómitos. Si vomita dentro de las 2 horas siguientes debe tomar otra dosis. Pueden producirse manchado o sangrado vaginal en los días siguientes. La adolescente puede tomar simultáneamente la AU, los antibióticos para las ITS y comenzar la PPE para la prevención de la infección por VIH.
- Criterios de **ingreso hospitalario**:
 - » Gravedad de las lesiones físicas o psíquicas.
 - » En ocasiones es recomendable el ingreso del NNA que ha sufrido VSI reciente hasta clarificar el entorno familiar, ya que en la mayoría de los casos el agresor puede pertenecer al mismo.
 - » Cuando la familia no sea capaz de proporcionarle el apoyo necesario.
 - » A petición del juzgado, del NNA o de su familia.
 - » Necesidad de **atención psicológica/psiquiátrica** urgente.

1. GRUME: Grupo de Policía Judicial Especializado en Menores. UFAM: Unidades de Atención a la Familia y Mujer de la Policía Nacional (091 ó 112). EMUME: Equipo de Mujer y del Menor de la Guardia Civil (062).



- Emitir el **parte de lesiones** debidamente cumplimentado para su remisión al Juzgado de guardia correspondiente (entregar al administrativo, será remitido a través de la plataforma Hermes).
- Redactar **informe clínico** detallando todas las actuaciones realizadas. No olvidar identificar al/los acompañantes e historia sociofamiliar.
- **Notificar al trabajador social sanitario (TSS) del hospital.** En situación de **desprotección** (no se puede garantizar el alejamiento de la figura agresora) **el TSS** notificará al Equipo Interdisciplinar de Protección a la infancia y éste de oficio lo comunicará siempre a la Fiscalía.
- Plan de **seguimiento** y continuidad asistencial: coordinación con consultas de Pediatría, USMIJ o recursos especializados: Revelas-m (tabla 2).

En una intervención desde el servicio de urgencias del hospital, la protección de la víctima va a estar siempre asegurada con los equipos de menores de las FFCCSE. Si el NNA necesita ser ingresado como medida de protección/tratamiento médico, también se le tendrá que comunicar al Juzgado de guardia que avisará al Fiscal de guardia por si se deben tomar medidas urgentes.

Estas actuaciones se realizarán sin demora y no estarán condicionadas por la interposición de denuncia previa. El artículo 48.2 de la LOGILS, habilita al personal sanitario para la recogida de muestras biológicas y otras evidencias en aquel supuesto excepcional en el que no fuera posible la presencia del/la profesional de medicina forense en el centro hospitalario (modelo de consentimiento informado disponible en la [página 188](#)). Dichas muestras se conservarán debidamente, garantizando la cadena de custodia para su remisión del modo más inmediato al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Las recomendaciones de toma de muestra y cadena de custodia se describen en el documento [Guía de pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual](#) y en el [Protocolo de actuación de víctima de sospecha de agresión química y/o agresión a través de pinchazo en Castilla-La Mancha](#).

Pueden darse en dos circunstancias:

- En el caso de agresión sexual reciente a un NNA, del que debe tener conocimiento el Juzgado de guardia siguiendo el protocolo, si el médico forense no está presente en la recogida de muestras, estas muestras quedarán en custodia en el hospital hasta que el Juzgado ordene su retirada.
- En los casos de sospecha de sumisión química en los que la toma de muestras es de carácter urgente, igualmente se pondrá en conocimiento del Juzgado de guardia con el correspondiente parte de lesiones y dichas muestras quedarán en custodia en el hospital hasta que el Juzgado ordene su retirada.

7.2 Agresión sexual pasada (>10 días de la agresión o en el pasado más lejano)

La asistencia sanitaria debe hacerse lo antes posible, pero puede no considerarse una urgencia sanitaria. **El profesional sanitario durante la entrevista recogerá tan solo los datos imprescindibles para orientar el caso y derivarlo a un dispositivo más específico.** El equipo médico asistencial al conocer los hechos y tratarse de casos que precisan de una investigación policial y judicial para constatación o no de unos hechos punibles, **informarán a la autoridad judicial**, ésta notificará a la Fiscalía y decidirá sobre la pertinencia o no de toma de muestras con fines probatorios, y por lo tanto, sobre la necesidad de que la asistencia sea completada con la presencia de un médico forense; **se informará a su vez a las FFCCSE**, aunque los hechos hayan podido ocurrir hace meses e incluso años. Independientemente de que el juez decida que no se tomen muestras biológicas, en cada caso concreto se valorará la



exploración conjunta con el médico forense y se emitirá siempre un **parte de lesiones** al Juzgado por el médico que atendió a la víctima, ya que la agresión sexual, aun habiendo ocurrido en el pasado, ha podido dejar secuelas físicas o psíquicas manifestadas y, en cualquier caso, se debe atender al **principio de reparación y de no repetición**, además de activar todos los mecanismos de protección infantil y juvenil, y atención al trauma.

Tras la valoración inicial y la atención sanitaria, se deberá cumplimentar la **hoja de notificación de maltrato infantil** y comunicar el caso (con toda la información de la cual se dispone) al **trabajador o trabajadora social** del centro sanitario o, en su defecto, al trabajador social del municipio/localidad² donde resida el NNA.

Los NNA víctimas de VSI, los NNA con sentencia judicial por haber cometido VSI y las familias de ambos, se recomienda que sean valorados en Revelas-m (Programa de Prevención e Intervención en Abuso Sexual Infantil del Gobierno de Castilla-La Mancha). Al final del capítulo se encuentran los contactos y documentos de derivación a este servicio ([tabla 2, página 62](#)).

8. Atención psicológica al NNA víctima de violencia sexual

La gran mayoría de los NNA va a necesitar atención psicológica para reparar el daño que el maltrato ha dejado en ellos. El trauma es una herida que perdura en el tiempo, que sigue doliendo y afectando al funcionamiento diario mucho después de que el hecho traumático haya finalizado. En el trauma se dan tres elementos: sucede un evento estresante, ese estrés supera la capacidad de respuesta de la persona y ésta encuentra una respuesta de supervivencia que deja una marca en su funcionamiento. Los NNA, al estar en proceso de desarrollo, son mucho más vulnerables a los efectos del trauma. El apoyo psicológico a medio-largo plazo se realizará a través del servicio establecido para tal fin en la comunidad, como Revelas-m y la Unidad de Salud Mental Infantojuvenil.

9. Secuelas de la violencia sexual infantil

Estas consecuencias, a veces muy sutiles, otras veces muy evidentes pero difíciles de interpretar si no se poseen claves al respecto, sirven como indicadores para detectar la violencia y como orientación para la intervención. Entre las variables más relevantes que influyen en el daño causado por la violencia encontramos:

- El tipo de violencia.
- La duración, frecuencia e intensidad de la violencia.
- Edad del NNA cuando sufre la violencia.
- Identidad de quien agrede.
- Motivación de la violencia.
- Influencia del entorno. Respuesta ante su revelación.
- Distancia u obligación de seguir conviviendo con quien ha cometido la violencia.
- Disponer o no de apoyo terapéutico.
- Implicación del NNA en un procedimiento judicial o de protección.

Debe ser contemplado el impacto de la VSI. A corto plazo se puede detectar porque se produce un cambio súbito y radical que no se puede explicar de otra forma. Y es fundamental desarrollar una mirada atenta a las dos tendencias

2. Figura profesional de referencia de los Servicios Sociales de Atención Primaria (ver glosario). En caso de NO disponer de trabajador/a social en su zona sanitaria, contactar con: atencionpersonas.sccc@sescam.jccm.es o trabajosocial.dgcc@sescam.jccm.es, con el fin de coordinar la comunicación con los Servicios Sociales.



que puede mostrar cada indicador: exteriorizada (hacia fuera) o interiorizada (hacia dentro). Los efectos de la violencia sobre los NNA se hacen sentir en el plano de su salud y desarrollo físico, neurofisiológico, su rendimiento educativo y sus relaciones interpersonales durante la vida adulta. Un NNA víctima de VSI que no haya recibido apoyo para superarla puede mostrar consecuencias los niveles físico, emocional, cognitivo, social; no solo en el plano sexual:

- **Consecuencias psicosomáticas:** son síntomas físicos que expresan un daño psicológico, son reales y no fingidas o imaginarias. La violencia, especialmente sostenida en el tiempo y mantenida oculta, genera un profundo daño a todos los niveles y estos síntomas son la expresión de ello. Se corre el riesgo de hacer un juicio superficial y que se confundan con “llamadas de atención”. Si no se encuentra una explicación física es conveniente hacer una valoración psicológica.
 - » Dolores sin aparente causa física: estómago, cabeza, vómitos...
 - » Insomnio, pesadillas frecuentes, hipersomnia.
 - » Problemas en la alimentación: hiporexia, ingesta compulsiva, etc.
 - » Problemas de eliminación: enuresis, encopresis, estreñimiento, diarreas.
 - » Problemas dermatológicos: alopecia areata, caída anormal de cabello, rascado, etc.
- **Consecuencias emocionales:** reflejan el impacto psicológico del maltrato.
 - » Culpa y vergüenza.
 - » Miedo y ansiedad.
 - » Rabia y agresividad.
 - » Baja autoestima e inseguridad.
 - » No aceptación de sí mismo.
 - » Depresión.
 - » Mal manejo de los afectos.
 - » Estrés postraumático.
 - » Trastornos del sueño.
 - » Aislamiento o soledad.
 - » Ideación suicida, intento de suicidio
 - » Trastornos de la conducta alimentaria.
 - » Adicciones en la adolescencia.
 - » Desconfianza.
 - » Tics.
- **Consecuencias cognitivas:** el psiquismo está ocupado en la supervivencia, en la gestión del dolor y en las vivencias del maltrato por lo que presenta alteraciones funcionales o del desarrollo.
 - » Retraso en el desarrollo cognitivo.
 - » Problemas de atención.
 - » Problemas de memoria.
 - » Problemas de aprendizaje.
 - » Bajo rendimiento escolar.



- **Consecuencias comportamentales:** el sufrimiento de los NNA se refleja a través de sus conducta.
 - » Dificultades para regular sus emociones.
 - » Conductas autolesivas, autoagresivas o heteroagresivas, conductas de riesgo.
 - » Fugas.
 - » Consumo de sustancias.
- **Consecuencias sexuales:** Aunque es frecuente que la VSI acarree consecuencias en la sexualidad, esta relación no siempre se da, pudiendo haber VSI sin indicadores sexuales evidentes. Así como puede haber consecuencias en la sexualidad que no provienen de VSI sino de otras formas extremas de maltrato, por ejemplo, la violencia psicológica. Algunos de los **indicadores** más destacables son los siguientes:
 - » Conductas sexuales inapropiadas y de riesgo.
 - » Dificultades para vivir su propia sexualidad.
 - » Riesgo de sufrir VS en el futuro. La VS deja una marca sutil pero muy característica en las víctimas, que otras personas pueden detectar y aprovechar para agredir.

Las consecuencias sexuales son mayoritariamente señales de un daño muy profundo que afecta a toda la personalidad del NNA, y no un «defecto de su carácter». Por ello, la intervención debe estar supervisada por especialistas en VSI y debe abordar tanto el daño sufrido en el pasado como la prevención de nuevas situaciones (desde la agresión o desde la victimización) para que el NNA pueda retomar un desarrollo afectivo-sexual adecuado.

10. Modelo *Barnahus*

La *Barnahus* o “Casa de los niños” es un modelo de atención integral donde todos los dispositivos involucrados en un caso de VSI (policía, servicio de protección de la infancia, justicia y salud) se coordinan y trabajan bajo el mismo techo para atender al NNA víctima. En la *Barnahus*, el NNA habla una vez y lo hace en un entorno agradable. Los diferentes profesionales de los departamentos implicados siguen la entrevista en directo y esta se graba para evitar que el NNA tenga que ir al juicio y volver a relatar los hechos traumáticos vividos. Este modelo nació en Islandia en 1998 y fue reconocido como buena práctica por el Consejo de Europa en 2015. Se ha extendido por toda Europa, en 2020 se inauguró en Tarragona la primera *Barnahus* de España y actualmente se está iniciando su implementación en todo el país a través del proyecto europeo “*Barnahus* en España - Fortalecimiento de la justicia adaptada a la infancia a través de la cooperación y coordinación efectiva entre diferentes servicios *Barnahus* en las regiones de España” liderado por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y cofinanciado por la Unión Europea y el Consejo de Europa. En la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual, se establecen las bases para la implementación de este modelo en nuestro país.

11. Puntos clave

- En la mayoría de los casos de VSI no existen signos físicos, por lo que es fundamental el relato de los hechos por parte del NNA.
- No dar el alta ni enviar a casa si la protección del NNA no está asegurada.



- Es necesario evitar la revictimización del NNA en nuestra actuación realizando en un solo acto la **evaluación** (médico-forense y sanitaria) y la **toma de muestras**.
- Lo primordial en el tratamiento es el apoyo psicológico y seguimiento por personal especializado.
- Cuando tenemos la sospecha o la certeza de que un NNA es víctima de violencia, es una obligación ética y profesional notificar esa situación al Juzgado y a los Servicios Sociales.

Algoritmo 1. Abordaje hospitalario de la violencia sexual infantil

Modificado de Gancedo Baranda A, editor. Manual para la atención a situaciones de maltrato infantil. Madrid. Editorial Grupo 2 Comunicación Médica; 2021.

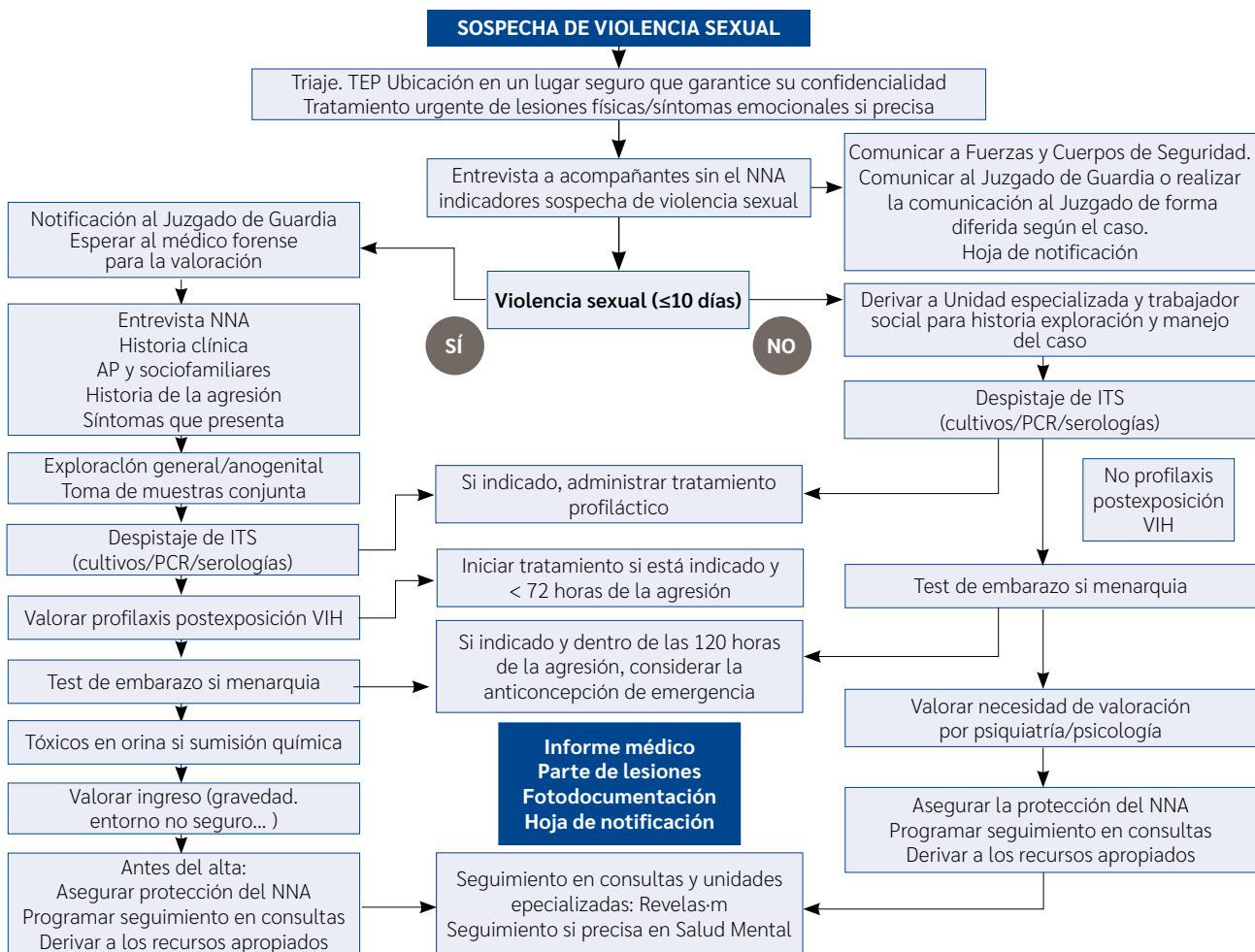



Tabla 1. Clasificación de Adams. Actualización del 2023
SECCIÓN 1. HALLAZGOS FÍSICOS
A. Hallazgos documentados en recién nacidos u observados de forma común en NNA que no han sufrido VSI

Estos hallazgos son normales y no están relacionados con la revelación de VSI por parte de un NNA.

Variantes normales

1. Variaciones del himen
 - a. Anular: tejido del himen presente alrededor de la abertura vaginal, incluso en la ubicación de las 12 en punto
 - b. Himen en forma de media luna: el tejido del himen está ausente en algún punto por encima de las ubicaciones de las 3 a las 9 en punto
 - c. Himen imperforado: himen sin abertura
 - d. Himen microperforado: himen con una o más aberturas pequeñas
 - e. Himen septado: himen con uno o más septos a lo largo de la abertura
 - f. Himen redundante: himen con múltiples solapas, plegadas unas sobre otras
 - g. Himen con etiqueta de tejido en el borde
 - h. Himen con montículos o protuberancias en el borde en cualquier ubicación
 - i. Cualquier muesca o hendidura del himen (independientemente de la profundidad) por encima de las 3 y las 9 en punto
 - j. Una muesca o hendidura en el himen, en o debajo de la ubicación de las 3 o 9 en punto, que no se extiende cerca de la base del himen
 - k. Borde posterior liso del himen que parece ser relativamente estrecho a lo largo de todo el borde; puede dar la apariencia de una abertura agrandada
 - l. Asimetría en el ancho del borde del himen posterior
2. Banda(s) periuretral o vestibular
3. Crestas o columnas intravaginales
4. Cresta externa del himen
5. Diástasis del ano (zona lisa)
6. Marcas cutáneas perianales
7. Hiperpigmentación del himen, labios menores o tejidos perianales
8. Dilatación de la abertura uretral
9. Características anatómicas normales de la línea media:
 - a. Surco en la fosa, observado en la adolescencia temprana
 - b. Fallo de la fusión de la línea media (también llamado surco perineal)
 - c. Rafe mediano
 - d. Línea vestibular (área avascular de la línea media)
10. Visualización de la línea pectinada/dentada en la unión del anodermo y la mucosa rectal, vista cuando el ano está completamente dilatado, como ocurre con el paso o la presencia de heces o gas en el canal anal.
11. Dilatación anal refleja que se produce durante las maniobras de exploración, como la tracción aplicada a los tejidos perianales o la colocación del paciente, particularmente en decúbito prono o posición rodilla-pecho en decúbito prono.
12. Dilatación anal, que provoca visualización de la línea dentada/pectinada, columnas anales y/o criptas anales, cualquiera de las cuales puede confundirse con laceración o abrasión anal.

B. Hallazgos comúnmente causados por condiciones distintas al trauma o contacto sexual

Estos hallazgos requieren que se considere un diagnóstico diferencial, ya que cada uno puede tener varias causas diferentes.

13. Eritema, inflamación, fisuras y/o maceración de los tejidos perianal, perineal o vulvar relacionados con mala higiene u otra dermatitis irritante.
14. Aumento de la vascularización del vestíbulo y el himen
15. Adhesión labial
16. Friabilidad de la horquilla posterior
17. Secreción vaginal que no está asociada con una infección de transmisión sexual



18. Fisuras
19. Congestión venosa o acumulación de venas en el área perianal
20. Dilatación anal completa/inmediata en NNA con condiciones predisponentes, como síntomas actuales o antecedentes de estreñimiento y/o encopresis, o NNA sedados, bajo anestesia o con tono neuromuscular alterado por otros motivos.

C. Hallazgos debidos a otras afecciones, que pueden confundirse con VSI

21. Irritativo/no infeccioso: eritema, inflamación y fisuras de los tejidos perianal, perineal o vulvar debido a dermatitis irritante, incluida la enfermedad de Jacquet, dermatitis.
22. Inflamatorio: úlceras aftosas, enfermedad inflamatoria intestinal (fisuras anales/etiquetas anales prominentes, secreción rectal), enfermedad de Behcet's (úlceras dolorosas)
23. Condiciones dermatológicas: liquen escleroso y atrófico, folliculitis, vitiligo, angioqueratomas y hemangiomas.
24. Causas inmunológicas: pioderma gangrenoso (úlceras dolorosas)
25. Multifactorial/idiopático: prolapso uretral, prolapso rectal, canalización anal.
26. Cambios postmortem: dilatación anal, decoloración roja/púrpura de las estructuras genitales (incluido el himen) debido a lividez u otras afecciones sistémicas raras. Se necesita confirmación histológica para su confirmación.

D. Hallazgos sin consenso (ni confirman ni descartan)

Estos hallazgos físicos se han asociado con antecedentes de VSI en algunos estudios, pero en la actualidad no hay consenso de expertos sobre cuánto peso se les debe dar con respecto a la VSI.

Los hallazgos 28 y 29 deben confirmarse utilizando posiciones y/o técnicas de examen adicionales, para garantizar que no sean variantes normales (hallazgos 1. i. 1.j) o un hallazgo de lesión traumática residual (hallazgo 38).

27. Dilatación anal completa e inmediata con relajación de los esfínteres anales internos y externos, en ausencia de otros factores predisponentes como estreñimiento, encopresis, sedación, anestesia y afecciones neuromusculares.
28. Muesca o hendidura en el borde del himen, en o debajo de la ubicación de las 3 o 9 en punto, que se extiende casi hasta la base del himen, pero no es una sección transversal completa. Este es un hallazgo muy raro que debe interpretarse con precaución a menos que se haya documentado una lesión aguda en el mismo lugar.
29. Hendidura completa/transección sospechada de la base del himen en el lugar de las 3 o 9 en punto.

E. Hallazgos causados por trauma

Estos hallazgos son ALTAMENTE SUGESTIVOS DE VSI incluso en ausencia de una revelación por parte del NNA, a menos que el NNA y/o el cuidador proporcionen una descripción oportuna y plausible de una lesión accidental anogenital, aplastamiento o empalamiento, o intervenciones quirúrgicas pasadas que se confirmen a partir de la revisión de registros médicos.

Los hallazgos que puedan representar lesiones residuales o en curación deben confirmarse utilizando posiciones y/o técnicas de examen adicionales. Las lesiones aisladas o superficiales del tipo hematomas o petequias deben confirmarse como lesiones traumáticas al resolverse durante el seguimiento. Se recomienda tomar fotografías o grabaciones de video de estos hallazgos.

Traumatismo agudo de los tejidos genitales/anales

30. Laceración(es) aguda(s) o hematomas en labios, pene, escroto o perineo
31. Laceración aguda de la horquilla posterior o vestibulo, que no afecte al himen
32. Moretones, petequias o abrasiones en el himen
33. Laceración aguda del himen, de cualquier profundidad; parcial o completa
34. Laceración vaginal
35. Moretones perianales o laceración perianal con exposición de los tejidos debajo de la dermis

Lesiones residuales (cicatrización) de los tejidos genitales/anales (LAS MÁS CARACTERÍSTICAS DE VSI)

36. Cicatriz perianal (un hallazgo muy raro que es difícil de diagnosticar a menos que se trate de una enfermedad aguda la lesión fue documentada previamente en el mismo lugar)
37. Cicatriz de horquilla o fosa posterior (un hallazgo muy raro y difícil de diagnosticar a menos que se haya documentado previamente una lesión aguda en el mismo lugar)
38. Transección del himen curada/hendidura completa del himen: un defecto en el himen debajo de la ubicación de las 3 a las 9 en punto que se extiende hasta o a través de la base del himen sin tejido himeneal discernible en ese lugar.



39. Signos de mutilación genital femenina (MGF) o corte, como pérdida de parte o de la totalidad del prepucio (capuchón del clítoris), clítoris, labios menores o labios mayores, o cicatriz lineal vertical adyacente al clítoris (MGF tipo 4) Traumatismo agudo de los tejidos bucales 40. Traumatismo bucal agudo, como lesión inexplicable o petequias en los labios o el paladar, particularmente cerca de la unión del paladar duro y blando.
SECCIÓN 2: INFECCIONES
A. Infecciones no relacionadas con el contacto sexual
41. Eritema, inflamación, fisura de los tejidos perianales, perineales o vulvares por bacterias, hongos, virus o parásitos que se transmitan por vía no sexual, como <i>Streptococcus</i> tipo A o tipo B, <i>Staphylococcus sp.</i>, <i>Escherichia coli</i>, <i>Shigella</i> u otros organismos gramnegativos 42. Úlceras genitales causadas por infecciones virales como el virus B de Epstein Barr.
B. Infecciones que pueden transmitirse o están asociadas con transmisión sexual, así como transmisión no sexual
La interpretación de estas infecciones puede requerir información adicional, como el historial ginecológico de la madre (VPH), el historial de lesiones orales (VHS) del NNA o la presencia de lesiones en otras partes del cuerpo (molusco), lo que podría explicar la probabilidad de transmisión sexual. 43. Molusco contagioso en la zona genital o anal. En los niños y niñas pequeños, lo más probable es que la transmisión sea no sexual. La transmisión por contacto íntimo de piel a piel se ha descrito en la población adolescente. 44. Condiloma acuminado (VPH) en la zona genital o anal. 45. Infecciones por virus herpes simple (VHS) tipo 1 o 2 en el área oral, genital o anal diagnosticadas mediante cultivo o prueba de amplificación de ácidos nucleicos. 46. <i>Gardnerella vaginalis</i> urogenital. Asociada con el contacto sexual pero también encontrada en la flora vaginal prepuberal y del adolescente. 47. <i>Mycoplasma genitalium</i> o <i>Ureaplasma urealyticum</i> urogenital. De transmisión sexual en adolescentes. En niños y niñas prepúberes la prevalencia es desconocida y no se han establecido bien las formas de transmisión.
C. Infecciones causadas por contacto sexual, si se confirma mediante pruebas apropiadas y se ha descartado transmisión perinatal
48. Infección genital, rectal o faríngea por <i>Neisseria gonorrhoeae</i> 49. Sífilis 50. Infección genital, rectal o faríngea por <i>Chlamydia trachomatis</i> 51. Infección aislada por <i>Trichomonas vaginalis</i> por secreciones vaginales u orina 52. VIH, si se ha descartado la transmisión por sangre o agujas contaminada
SECCIÓN 3: HALLAZGOS DE DIAGNÓSTICO DE CONTACTO SEXUAL
53. Embarazo 54. Semen identificado en muestras forenses extraídas directamente del cuerpo de un NNA

Tabla 2. Recursos especializados en violencia sexual infantil en Castilla-La Mancha

Programa de Prevención e Intervención en Abuso Sexual Infantil (REVELAS-m)
Atención a NNA víctimas de violencia sexual, NNA con sentencia judicial por haber cometido agresión sexual sobre otros NNA o adultos (en estos casos queda excluido el apoyo jurídico) y familias de aquellos NNA que han sido víctimas o que han cometido violencia sexual. Formulario de derivación REVELAS (capítulo 12, anexo 10). revelas-m1@amformad.es 012/ 925 27 45 52/ 656 92 99 24 (Coordinador)



Bibliografía

- *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes. Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*. UNICEF 2016. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/1811/file/Abuso%20Sexual.pdf>
- *Ver para proteger: claves para comprender la violencia contra niños, niñas y adolescentes y para desarrollar medidas de protección eficaces*. UNICEF 2021. Disponible en: https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/communication/Guia_Ver_Proteger.pdf
- *Child sexual abuse: incest, assault and sexual exploitation*. A Special Report from the National Center on Child Abuse and Neglect. 1978. Disponible en: <https://www.ojp.gov/pdffiles1/Digitization/57111NCJRS.pdf>
- Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/03/30/1>
- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2022/09/06/10/con>
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8/con>
- López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes A. Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse and neglect*. 1995; 19(9):1039-1050.
- Pereda N. Prevalencia y características del abuso sexual infantil en universitarios españoles. *Child abuse and neglect*. 2007; 31(4):417-426.
- Finkelhor, D. Child sexual abuse: new theory and research. *The journal of criminal law and criminology*. 1986; 77(2): 477-481.
- Sastre A, Marcos L, Ubrich T, Ardila C, Bartolomé A, Perazzo C, et al. *Ojos que no quieren ver. Los abusos sexuales a niños y niñas en España y los fallos del sistema*. Madrid: Save the Children España; 2017.
- Perea N, Abad J. Enfoque multidisciplinar de la exploración del abuso sexual. *Revista española de medicina legal*. 2013; 39(1): 19-25.
- Kellogg N. American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse Negl. The evaluation of sexual abuse in children. *Pediatrics*. 2005. 116(2): 506-12.
- Kellogg ND, Farst KJ, Adams JA. *Interpretation of medical findings in suspected child sexual abuse: An Update for 2023*. 2023. *Child Abuse Negl*. 2023. 145:106283. doi: 10.1016/j.chiabu.2023.106283.
- Díez Sáez C, Estopiña Ferrer G, Gancedo Baranda A. En: Gancedo Baranda A, editor. *Manual para la atención a situaciones de maltrato infantil*. Madrid. Editorial Grupo 2 Comunicación Médica; 2021.
- *El modelo Barnahus* | Save the Children. <https://www.savethechildren.es/modelo-barnahus>
- *Ojos que no quieren ver: Los abusos sexuales a niños y niñas en España y los fallos del sistema*. Save the Children España (2017). https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/ojos_que_no_quieren_ver_12092017_web.pdf
- *Actuación en la atención a menores víctimas en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses*. Ministerio de Justicia, Secretaría General Técnica, 2018.
- *Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual*. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/GUIA_PAUTAS_BASICAS-SNS_VSEXUAL_07-03-2023_web.pdf
- *Protocolo común del SNS para la Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual*. 2023. Ministerio de Sanidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_VSexual_20nov2024.pdf
- *Protocolo de asistencia a víctimas de sospecha de sumisión química y/o agresión a través de pinchazo*. Disponible en: https://institutomujer.castillalamancha.es/sites/institutomujer.castillalamancha.es/files/campañas/dgcc-pc-01_protocolo_actuacion_victimas_sospecha_sumision_quimica_y-o_agresion_a_traves_de_pinchazo.pdf



CAPÍTULO 4.

OTRAS TIPOLOGÍAS DE VIOLENCIA

VIOLENCIA ENTRE IGUALES

ACOSO ENTRE PARES O *BULLYING*

► **Esther Tobarra Sánchez.** *Pediatra Comunitaria. Servicio de Salud de Cardiff, Gales. Reino Unido.*

1. Introducción.

Aunque el acoso escolar sucede fuera de los centros sanitarios, los profesionales de la salud pueden jugar un papel en su manejo por estar en contacto con los signos de alarma y ser un grupo en el que la familia y el paciente confían fuera del ámbito escolar. Los niños, niñas y adolescentes (NNA) que sufren acoso pueden presentar síntomas inespecíficos y son reacios a informar de estas situaciones, contribuyendo a su insuficiente detección y reporte y, por tanto, a la continuación del perjuicio y establecimiento de la victimización. Sin embargo, bajo la mirada adecuada, se pueden detectar situaciones que de otro modo pasarían desapercibidas y, dependiendo del caso, las familias pueden necesitar nuestra actuación como profesionales, desde la comunicación con el centro escolar, a derivación a psiquiatría infantil, psicología o servicios sociales.

Según algunos estudios, la mayoría de los adolescentes implicados en actos violentos o lesiones por peleas habían acudido a servicios sanitarios previamente por otras lesiones o estaban involucrados en situaciones de acoso previas. Además, hasta un 17% de los pacientes que requieren evaluación psiquiátrica urgente experimentan situaciones de acoso escolar, siendo ese momento una importante oportunidad de prevención que queda en manos de los pediatras o profesionales sanitarios. Nuestra labor como profesionales de la salud en el acoso entre pares puede contemplar:

- Identificar al posible damnificado y también al acosador.
- Detectar las situaciones de acoso.
- Evaluar las consecuencias psicológicas del acoso.
- Establecer un plan de manejo.

2. Definición

El acoso entre pares se define como una serie de actos repetidos de intimidación, agresión o coerción física o verbal. Para considerarse acoso, estas acciones negativas no deseadas deben prolongarse en el tiempo y existe normalmente una diferencia de poder entre el agresor/a y la víctima, ya sea por sus diferencias físicas, psicológicas o de poder social en el grupo. La diferencia con lo que solo es una broma o interacción esperada por la edad, es que esta situación sucede de forma bidireccional y resulta graciosa para todos los presentes, siendo el *bullying* intimidatorio y hostil para el que lo padece. Los diferentes tipos de acoso entre pares se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Tipos de acoso entre pares

Tipo de acoso	Directo	Indirecto
Físico	Empujar, pegar, forzar a hacer algo...	Quitar, esconder, romper pertenencias.
Verbal	Insultos, burlas, motes, amenazas.	Hablar mal de alguien, difundir rumores.
Digital o ciberacoso o ciberbullying	Llamadas, mensajes, e-mails. Envío de fotos y vídeos.	Comentarios en redes sociales. Suplantación de personalidad. Envío o publicación de material comprometedor.
Exclusión social	Exclusión, rechazo, prohibición de participación...	Ignorar, no informar, no tener en cuenta la opinión...

2.1 El ciberacoso, una nueva fuente de violencia

El uso extendido de teléfonos móviles y ordenadores entre la población joven, y en especial la popularidad que las redes sociales tienen entre este sector de la población, hace que los NNA prefieran tolerar sus efectos negativos antes de permanecer desconectados. Resulta complicado limitar el acceso que un adolescente tiene a internet, pues está ampliamente distribuido ya sea en casa, el centro educativo o espacios públicos. Sin embargo, los adolescentes se conectan a estos espacios sociales virtuales a edades en las que su desarrollo socioemocional los puede poner en situaciones de vulnerabilidad. Además, el ciberacoso es más dañino que el tradicional acoso por varios motivos:

- Puede dejar al acosador/a impune, pues puede ser realizado desde el **anonimato**. Esto hace que los/as acosadores/as se atrevan a realizar conductas que no realizarían cara a cara, o a llevar situaciones demasiado lejos por no ser plenamente consciente de las reacciones emocionales de sus víctimas.
- Puede alcanzar una escala mayor al poder incluir en un clic un **mayor número de espectadores**. Además, la posibilidad de incluir archivos con contenido vergonzoso aumenta la permanencia del acoso.
- El acoso va **más allá del horario escolar**, y es por tanto más difícil para la víctima encontrar un espacio seguro y libre donde pueda sentirse desconectado de ese ciberespacio dañino.
- Puede conllevar **riesgos mayores** si por ignorancia se comparte información confidencial, contraseñas o se es víctima de hackeo.

El perfil del acosador/a puede haber cambiado: de los que antes eran físicamente más fuertes a los que tienen un mejor manejo y habilidades tecnológicas y saben cómo borrar el rastro electrónico y quedar impunes.

2.2 Acoso escolar, un problema de salud pública

Con un estimado 20% de jóvenes que reportan haber sufrido acoso en el ámbito escolar, el problema se traslada a millones de jóvenes cada año, llegando a ser un problema de salud pública. En un estudio con datos de 25 países, el reporte de *bullying* variaba entre 9 y 54% dependiendo del país, siendo el verbal el tipo de acoso más prevalente (motes, burlas, etc.). Estos estudios han encontrado que el ciberacoso ocupa el tercer lugar después del acoso físico y verbal.

El acoso escolar ocurre con mucha más frecuencia en secundaria y disminuye a medida que aumenta la edad. Suele suceder en áreas donde la supervisión adulta es menor, como patios de recreo, autobuses escolares, pasillos o cafeterías. Los chicos son más frecuentes en el perfil acosador que las chicas; en éstas, los tipos de acoso más frecuentes son el verbal y emocional (rumores y exclusión social).



3. Pasos frente al acoso escolar

3.1 Identificar al posible damnificado/acosador

3.1.1. *NNA damnificados por situaciones de acoso*

Los NNA que son percibidos por sus iguales como diferentes por el motivo que sea, por tener una discapacidad o alta capacidad, practicar una religión, pertenecer a un grupo étnico minoritario, por su orientación sexual, identidad de género o por tener otra sensibilidad o estilo personal, tienen mayor riesgo de ser acosados por sus pares. Otra de las razones más comunes del acoso es la diferencia en apariencia, particularmente el sobrepeso, así como la necesidad de ortodoncia o maloclusión dental. De igual modo, están en riesgo aquellos alumnos nuevos, o que se sienten desconectados o alienados del ambiente escolar por cualquier motivo y que no han desarrollado relaciones sólidas con sus compañeros. Es quizá el relativo aislamiento social de la víctima lo que atrae a los acosadores/as. Con frecuencia las víctimas se presentan como más sensibles o precavidas que otros NNA y se culpan a sí mismos de los ataques, lo que crea un ciclo de inseguridad. En otras ocasiones, describen a los acosadores/as como sus amigos/as y no son totalmente conscientes de las dinámicas de acoso. Normalmente no relatan estas situaciones por miedo a las represalias, por no querer ser percibidos como débiles o por evitar que sus progenitores restrinjan sus salidas de ocio, su tiempo en internet o con el teléfono móvil.

3.1.2. *NNA acosadores:*

Los NNA que realizan acoso suelen mostrarse desafiantes, impulsivos y agresivos. Pueden tener conductas antisociales más complejas como peleas, vandalismo, consumo de sustancias, uso de armas o absentismo escolar. Son menos sociales, pero suelen tener más aptitudes de liderazgo y les gusta sentirse controladores de las situaciones. El agresor/a también ve afectado su rendimiento académico, habilidades sociales y bienestar emocional.

En muchas ocasiones se encuentra o proviene de situaciones de vulnerabilidad, o vive en familias en las que existe distancia emocional, crianza inconsistente o impredecible. En este sentido, a nivel familiar, la exposición a la violencia doméstica ha sido identificada como uno de los predictores más importantes para el desarrollo del acoso, ya que los NNA desarrollan baja empatía hacia otros y normalizan el comportamiento agresivo. Cuando los NNA crecen en estilos educativos autoritarios, faltos de cariño, rodeados de castigos y con un alto nivel de exigencia, se favorece el desarrollo de una personalidad inestable, con baja autoestima, pero enmascarada por una falsa seguridad con tintes agresivos. Cuando encuentran a un NNA que destaca por no ser especialmente hábil o, todo lo contrario, por ser más brillante en alguna faceta, tienen la necesidad de sentirse superiores. El acosador/a, la mayoría de las veces, realiza este comportamiento partiendo de una carencia de confianza, un deseo de control y un deseo de sentirse mejor consigo mismo. Otro tipo de perfil acosador es el de *bully-victim*, un NNA que está siendo o ha sido acosado, pasa a su vez a ser agresor de otros NNA más vulnerables, normalizando de esta forma el comportamiento hostil hacia sus compañeros.

Investigaciones recientes muestran que la exposición a la violencia y el trauma emocional debido a experiencias adversas en la infancia temprana contribuyen a problemas emocionales, comportamientos violentos y agresivos, originando así que los NNA victimizados en sus familias puedan ser más frecuentemente damnificados por acoso escolar o ejercer ellos el acoso, siendo a la vez víctima y acosador (tabla 2).

Tabla 2. Características del perfil de acosado o acosador

Perfil acosado	Perfil acosador
Mal funcionamiento familiar	Mal funcionamiento familiar
Maltrato, abuso, EAI	Maltrato, abuso, EAI
Violencia intrafamiliar o doméstica	Violencia intrafamiliar o doméstica
Falta de amigos cercanos	Presión de grupo, bandas delincuentes
Barrios desfavorecidos	Barrios desfavorecidos
Rasgo físico definitorio, religión, LGTBQ+...	Mayor fuerza física o habilidad tecnológica
Enfermedades crónicas, discapacidad	Problemas emocionales o de conducta
Alto o bajo rendimiento académico	Bajo rendimiento académico

3.2 Detectar las situaciones de acoso

Una vez conocidos los factores de riesgo, el siguiente paso es permanecer atentos e indagar en aquellos pacientes que los presentan. Es importante aumentar la conciencia entre los progenitores, profesores/as y los propios adolescentes acerca de este problema, enseñar cómo identificarlo, nombrarlo y gestionarlo, evitando cualquier tipo de estigmatización.

Detectar las situaciones de acoso, en última instancia, depende de que el NNA lo relate en la historia clínica. En ese sentido, es clave crear un clima de confianza y una adecuada relación médico-paciente en la que podamos explorar su bienestar emocional. Existen signos indirectos de violencia entre pares en la historia clínica o exploración física como:

- Presentar ropas rotas o dañadas sin causa justificada.
- Cortes, arañazos o hematomas inexplicables.
- Apariencia triste o cansada. Cambios de humor en un NNA previamente contento o simpático que se presenta retraído, enfadado, nervioso o con dificultades del comportamiento, especialmente al volver del colegio.
- Síntomas psicósomáticos: cefaleas, náuseas, mareos o dolor abdominal frecuente, que no corresponden a ningún diagnóstico clínico y desaparecen los fines de semana.
- Exacerbación de síntomas en NNA con enfermedades crónicas.
- Cambios en los hábitos alimenticios, ya sea atracones o pérdida de apetito.
- Problemas del sueño o pesadillas.
- Faltas escolares por estos síntomas, rechazo reticente a ir al colegio o actividades extraescolares, cambio de ruta para ir al colegio o rechazo a ir en el autobús escolar.
- Pérdida reciente de interés en hacer deberes, problemas de atención o empeoramiento en resultados académicos.
- Actitud esquiva a la hora de hablar del colegio, disminución de las relaciones sociales, repentina pérdida de amigos o evitación de situaciones sociales.
- Pérdida de libros, ropa, material escolar u otras pertenencias.
- Expresión de violencia por escrito o en dibujos.

La exposición a un episodio agudo importante puede desencadenar síntomas de estrés postraumático como intenso miedo, *flashbacks* o problemas de sueño. La exposición de forma continuada puede generar trastornos del ánimo y



adicciones, sin olvidar la posible adicción a internet o videojuegos. En ocasiones, al hablar de estos temas en las consultas médicas o sanitarias, se puede tener la oportunidad de presenciar las intensas sensaciones de vergüenza, tristeza e impotencia que surgen a consecuencia del acoso, y no debemos olvidar explorar el ánimo, ya que se pueden llegar a descubrir ideas o conductas suicidas o autolesivas en ciertos casos. Además, estos NNA pueden tener muchas dificultades de adaptación social y emocional a nuevos ambientes, llegando a presentar auténticos trastornos adaptativos.

Ante sospecha de violencia entre pares, el paso siguiente será realizar una historia clínica dirigida. Existen herramientas y cuestionarios validados y estandarizados, de mayor uso en investigación, para evaluar situaciones de acoso directo e indirecto y actitudes de acosador y víctima. Algunos son:

[*The Peer Relations Questionnaire*](#) (PRQ)

[*Measuring Bullying Victimization, Perpetration, and Bystander Experiences: A Compendium of Assessment Tools*](#)

Es importante incluir algunas preguntas abiertas que exploren estas situaciones, como por ejemplo:

- Me gustaría saber qué tal te va en el colegio, ¿me podrías contar tu mejor y tu peor día?
- ¿Hay algunos niños en tu colegio o barrio que se metan con otros?; ¿Qué haces si esto sucede?; ¿Hay alguien con quien puedas hablar sobre eso?
- ¿Se han metido alguna vez contigo?; Cuéntame cómo y dónde sucedió.
- ¿Alguien te ha hecho sentir incómodo alguna vez por internet o por mensajes?

3.3 Evaluación de las consecuencias del acoso

El acoso escolar puede afectar al ánimo o desencadenar irritabilidad, problemas de comportamiento y adicciones, incluida la adicción a internet. Estas situaciones tienen consecuencias socioemocionales directas que pueden afectar a las dinámicas escolares y al rendimiento académico. En los casos más extremos, se pueden desencadenar ideaciones o conductas suicidas, especialmente en los adolescentes que previamente se encontraban en situaciones de bajo ánimo y vulnerabilidad.

De forma general, el acoso escolar puede crear brechas en la autoestima de los jóvenes en crecimiento, que a veces no son reconocidas o no tienen sus consecuencias hasta la edad adulta. Las investigaciones han demostrado que ser acosado durante la infancia o adolescencia se asocia en la etapa adulta a ansiedad, depresión, quejas psicósomáticas o incluso síntomas psicóticos, problemas de conducta y abuso de alcohol u otras drogas. Los NNA que sufren acoso escolar pueden tener importantes consecuencias de trauma social que ponen en riesgo sus habilidades sociales y su futuro académico y laboral. Varios estudios han demostrado que los que habían sufrido *bullying* en preescolar, cuando tenían entre 5 y 7 años se presentaban más subordinados, retraídos, aislados, eran menos cooperativos y tenían menos habilidades de liderazgo, aumentando el riesgo de depresión, ansiedad y rasgos de personalidad límite a partir de los 11 años.

Aunque los ataques físicos parecen más importantes que los ataques verbales y psicológicos, el daño psicológico es más intenso y duradero. Los NNA víctimas de violencia psicológica pueden presentar dificultades de adaptación social y emocional a nuevos ambientes, llegando algunos a presentar trastornos adaptativos.



3.4 Manejo

Identificando las situaciones de acoso entre pares, los profesionales sanitarios pueden iniciar una serie de intervenciones con el fin de conseguir un cambio social con consecuencias positivas para sus pacientes. Para ello pueden tomar un rol activo y actuar a distintos niveles.

3.4.1 Ayudar al paciente y la familia a identificar las situaciones de acoso:

Si el pediatra sospecha una situación de acoso, ya sea en el perfil de acosador, víctima o *bully-victim*, esto debe ser discutido en un primer lugar con la familia.

- Identificar y explicar. Podemos ayudar a los NNA y sus familias a que reconozcan estas situaciones como un problema serio y que las relaten a sus profesores. Es necesario explicar que el acoso se perpetúa con el silencio: del acosado, del acosador y de los testigos, y así animarles a que rompan ese ciclo.
- Reforzar la autoestima. Comunicar al NNA víctima de acoso que no es culpa suya y no escatimar en mensajes positivos que refuercen su autoestima. Pueden ser recomendadas actividades que mejoren su bienestar o que participen en programas comunitarios.
- Parte de lesiones si es preciso.

3.4.2 Coordinación con otros sectores: centro escolar, salud mental, servicios sociales:

El abordaje ha de ser colaborativo con educación, trabajo social, salud mental y en ciertos casos, ámbito policial y judicial.

- Es fundamental informar y coordinarse con el trabajador social sanitario o, en su defecto, con el trabajador social local/municipal¹.
- Asegurar que el colegio está informado de la situación de acoso. En Castilla-La Mancha existe una [Guía de actuación para centros educativos ante posibles situaciones de acoso escolar](#).
- Es conveniente mantener una relación fluida y colaborativa con el centro educativo, por ello, tanto el trabajador social como el pediatra pueden ponerse en contacto con el equipo directivo del centro.
- El referente en materia de prevención de la violencia en el ámbito escolar es el coordinador/a de bienestar y protección del centro, siendo para el ámbito del ocio y el deporte el delegado/a de protección.
- Otra figura de apoyo presente en algunos municipios de Castilla la Mancha son los agentes tutores de la Policía Local y el Delegado de Participación Ciudadana (seguridadescolar@policia.es), cuya labor consiste en relacionarse con la comunidad educativa en temas de seguridad.
- Ofrecer una consulta de seguimiento con el pediatra de Atención Primaria. Esto permitirá evaluar la evolución del caso y las repercusiones de cualquier episodio de acoso.
- Valorar si existen consecuencias psicológicas importantes y la necesidad de derivar, si procede, a consultas de salud mental infantojuvenil.

1. Figura profesional de referencia de los Servicios Sociales de Atención Primaria (ver glosario). En caso de NO disponer de trabajador/a social en su zona sanitaria, contactar con: atencionpersonas.sccc@sescam.jccm.es o trabajosocial.dgcc@sescam.jccm.es, con el fin de coordinar la comunicación con los Servicios Sociales.



3.4.3 Recomendaciones y plan de manejo para los progenitores:

Debemos recomendar a los progenitores que notifiquen cualquier preocupación a los profesores y que mantengan una supervisión estrecha del NNA. Podemos recordarles que expresen a sus hijos e hijas su amor incondicional, independiente de cómo sean física o intelectualmente. Algunos progenitores caen en el error de criticar la forma de ser del NNA, intentando cambiar su forma de vestir, de ser o sus preferencias, creyendo que actúan en su beneficio al intentar que se dejen de meter con él o ella. Los progenitores pueden beneficiarse de los siguientes consejos:

- Fomentar una relación de confianza con sus hijos/as y ayudarlos a crear relaciones de apoyo firmes y positivas con sus compañeros/as.
- Observar signos de posible acoso: pérdida de material escolar, hematomas, arañazos, cambios en el comportamiento, ansiedad o rechazo a acudir al colegio.
- No ignorar o quitar importancia a las quejas y notificar al colegio sin demora cualquier incidente sospechoso de acoso escolar.
- No confrontar con el acosador o su familia directamente.
- Documentar y registrar los incidentes y denunciar a la policía las situaciones de asalto físico o acoso significativo.
- Acordar con su hijo/a un plan de seguridad ante situaciones de amenaza e identificar una figura de confianza en el colegio.
- Asegurar que su hijo/a entienda que no es culpa suya y que no tienen nada de lo que avergonzarse.

3.4.4 El papel central del centro educativo en la prevención y manejo del acoso:

El centro educativo por su parte debe jugar un papel importante estableciendo una cultura de aceptación y creando espacios seguros de aprendizaje para todos los estudiantes, centrando el foco particularmente en aquellos que se encuentran en un mayor riesgo de ser acosados. Los profesores y la administración deben tener conciencia de la prevalencia y morbilidad de este problema y mantener límites claros y restrictivos en su manejo. Para ello, progenitores, AMPAs, profesorado y alumnado deben trabajar juntos para favorecer una cultura de equipo y fomentar la empatía. Desarrollar una cultura de tolerancia cero contra el acoso entre los alumnos/as puede ser clave y así ha resultado en Finlandia, donde el exitoso [programa Kiva](#) pone énfasis en la educación emocional de los estudiantes y en el rol que tienen los testigos o mirones reduciendo así la recompensa de los acosadores/as. Es sabido que la presión de grupo y el apoyo de los iguales marca la diferencia en situaciones de acoso escolar. El acosador/a puede resultar difícil de controlar, pero si el grupo de iguales es suficientemente propicio, se convierte en un factor protector clave que disuelve estas situaciones, parando así el acoso y sus consecuencias.

3.4.5 Programa “Tú cuentas”:

El programa “Tú cuentas” de Castilla la Mancha cuenta con 6 equipos (uno por provincia más Talavera de la Reina) formados por psicólogos/as especializados/as, educadores/as sociales y trabajadores/as sociales. Su objetivo principal es establecer un canal de recepción y atención de los casos de acoso y ciberacoso favoreciendo la detección precoz, la intervención inmediata profesionalizada y la orientación y el apoyo a las familias tanto de la víctima como del agresor.



También realizan acciones de sensibilización hacia la problemática. Este programa ofrece atención telefónica gratuita las 24 horas en el número 116111. También en el chat de la Fundación ANAR (www.anar.org) todos los días del año de durante 24 horas. Información en 012, 925274552 y tucuentas@jccm.es.



Bibliografía

- Waseem M, Ryan M, Foster CB, Peterson J. Assessment and management of bullied children in the emergency department. *Pediatr Emerg Care*. 2013;29(3):389-398.
- Kim SK, Kim NS. The role of the pediatrician in youth violence prevention. *Korean J Pediatr*. 2013;56(1):1-7.
- Informe “Yo a eso no juego. Bullying y Cyberbullying en la infancia” de Save the Children.
- Disponible en: <https://www.savethechildren.es/publicaciones/yo-eso-no-juego>
- Bullying and Paediatricians. Stopbullying.gov Department of Health and Human Services US Government: <https://www.stopbullying.gov/sites/default/files/2017-10/parents-and-providers-partnering-with-healthcare-provider-fact-sheet.pdf>
- The Peer Relations Questionnaire (PRQ). Disponible en: http://mrdefourbullying.weebly.com/uploads/7/0/6/4/7064351/peer_questionnaire_bullying_sophomore_response.pdf
- Hamburger ME, Basile KC, Vivolo AM. *Measuring Bullying Victimization, Perpetration, and Bystander Experiences: A Compendium of Assessment Tools*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, 2011.
- Wolke D, Schreier A, Zanarini MC, Winsper C. Bullied by peers in childhood and borderline personality symptoms at 11 years of age: a prospective study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Aug;53(8):846-55
- Franssens R, Giletta M, Vanwoerden S, De Clercq B. *Bullying Perpetration and Victimization as Social Mechanisms in the Development of Borderline Personality Traits during Adolescence: A Longitudinal Study*. *Psychopathology*. 2023;56(1-2):102-108
- Bettencourt AF, Clary LK, Ialongo N, Musci RJ. Long-term consequences of bullying involvement in first grade. *J Sch Psychol*. 2023 Apr;97:63-76
- Lereya ST, Copeland WE, Costello EJ, Wolke D. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *Lancet Psychiatry*. 2015 Jun;2(6):524-31.
- Resolución de 18/01/2017, de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, por la que se acuerda dar publicidad al protocolo de actuación ante situaciones de acoso escolar en los centros docentes públicos no universitarios de Castilla-La Mancha. Diario Oficial de Castilla-La Mancha, 20 de enero de 2017, Núm. 116.
- *Guía de actuación para centros educativos ante posibles situaciones de acoso escolar*. Disponible en: <https://www.educacion.es/es/acosoescolar/guia-actuacion-centros-educativos-posibles-situaciones-acos>



CIBERACOSO: VIOLENCIA INFANTIL Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

► **Raquel Villarino Hita.** *Pediatra de atención primaria. Centro de Salud Sigüenza. Guadalajara*

1. Introducción

Las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) son todas aquellas herramientas y programas que tratan, administran, comparten y transmiten la información mediante soportes electrónicos. Las TIC están presentes en la mayoría de los hogares españoles y centros educativos, además los NNA cada vez hacen un **uso** más **temprano** de ellas, por ello la necesidad de que los NNA aprendan a utilizarlas de una forma segura. La labor de progenitores, profesores y profesionales sanitarios es fundamental en la prevención de los riesgos que las TIC puedan suponer.

2. Empleo e impacto de las TIC en la población pediátrica

Según el Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad (ONTSI), el uso de las TIC ha aumentado progresivamente en España, siendo en el 2022 el 100% de los adolescentes entre 14 y 15 años y el 93% en la franja de 10 años usuarios de internet. Los casos de violencia en la red aumentaron durante la pandemia de covid-19; así, el [*Estudio sobre el impacto de la tecnología en la adolescencia*](#), de UNICEF, refleja que **2 de cada 10 adolescentes podría estar siendo víctima de ciberacoso**, siendo la adolescencia la etapa de más riesgo.

2.1 Riesgos de las TIC:

Los principales riesgos a los que están expuestos los NNA al emplear las TIC son:

- Violencia sexual *online*: las TIC pueden actuar como medio de captación, difusión y/o producción del abuso.
 - » Explotación sexual online de NNA.
 - » *Online grooming*.
 - » Exposición a contenido sexual no adecuado.
- Ciberacoso: en los que se incluye *ciberbullying* y *grooming*, así como acoso, amenazas y extorsiones a través de Internet.
- Control del dispositivo por otras personas, suplantación de identidad y fraudes económicos *online*.
- Uso abusivo de las TIC e internet, pudiendo llegar a la adicción.
- Sobreexposición del NNA en las TIC.
- Acceso a información inexacta o inadecuada, contenido o juegos *online* no adecuados a su edad.
- Comunicación *online* con personas desconocidas, “amigos/as virtuales” y/o pérdida de privacidad en Internet.



3. Tipos de ciberacoso

Se denomina **ciberacoso** o **ciberviolencia** a la intimidación, acoso, hostigamiento y malos tratos a través de medios tecnológicos. Son situaciones en las que una o varias personas son marginadas, discriminadas, maltratadas por parte de uno o varios individuos, de manera sostenida en el tiempo. El hostigamiento *online*, permite que el acoso se pueda dar a todas las horas y en cualquier lugar, sin un final establecido y sin que se pueda controlar su alcance. Afecta principalmente a preadolescentes y adolescentes, con una incidencia de casos que parece aumentar de forma exponencial. Actualmente, está considerado un problema de salud pública y requiere la formación de los profesionales implicados. El abordaje requerirá un trabajo coordinado y multidisciplinar en el ámbito familiar, educativo, policial y judicial. Hay diferentes tipos de ciberacoso:

3.1 Grooming online o engatusamiento

Es el ciberacoso ejercido deliberadamente por un adulto, o por un NNA mayor que la víctima, con el propósito de **ganarse la confianza y el control emocional del NNA** para luego involucrarle en una actividad sexual.

El *grooming* se compone de cuatro **etapas o fases de acoso**:

- **Contacto y acercamiento:** El adulto consigue contactar con un NNA e intenta crear una relación de amistad con intención de ganarse su confianza, utilizando engaños, estrategias de persuasión y manipulación, adaptando su lenguaje y comportamiento. Suele optar por una identidad falsa más atractiva para el NNA; otras veces se presenta como adulto adaptándose a las necesidades afectivas de las personas menores de edad.
- **Sexo virtual:** una vez ganada la confianza, el adulto consigue que el NNA comparta información íntima de carácter sexual o que realice conductas sexuales inapropiadas.
- **Sextorsión, chantaje o extorsión sexual:** cuando ya ha obtenido el material íntimo del NNA, si éste rechaza o no sigue accediendo a sus requerimientos sexuales, el acosador le chantajea y amenaza con difundirlo públicamente por internet, o con enviar a sus contactos las confesiones realizadas o las imágenes explícitas capturadas.
- **Agresión sexual:** el agresor puede tratar de contactar con el NNA y organizar encuentros en los que se produzcan agresiones sexuales.

La legislación española recoge el delito de *grooming online* con penas de uno a tres años de prisión o multa de doce a veinticuatro meses. En España, la edad de consentimiento sexual se incrementó de los 13 a los 16 años en la última reforma del Código Penal (Ley Orgánica, 1/2015).

Las víctimas del *grooming online* más vulnerables son:

- Mujeres entre los 14 y los 17 años que han sufrido violencia sexual en la infancia.
- NNA con conductas de riesgo que pueden asumir que son ellos los que buscan la relación con el adulto y que todo lo que hacen es consentido.
- NNA con sexualidad en proceso de formación o definición.
- Estar en centros de acogimiento residencial u otras instituciones de protección.
- Personas con enfermedades mentales y discapacidad intelectual.



3.2 Cyberbullying o ciberacoso escolar

El *ciberbullying* es un tipo de ciberacoso en el que sólo están implicados NNA. Se define como el **daño intencional y repetido**, realizado por uno o varios NNA a otro menor de edad mediante las TIC. Se realiza sobre todo en el ámbito escolar o en actividades extraescolares y suele haber una conexión con el acoso escolar, aunque debido a la permanente conectividad de los NNA, cada vez se producen más casos de *ciberbullying* sin conexión con el entorno físico. Es la forma más habitual de acoso. Es más frecuente entre los 13 y los 15 años, independientemente del género.

Las **características** de este tipo de acoso son:

- **Daño** a la víctima, provocando baja autoestima, estrés emocional, rechazo social, victimización psicológica y daño a su dignidad personal.
- **Intencionalidad:** Aunque la intención de causar daño al principio no sea explícita, después el comportamiento es deliberado.
- **Repetición:** Es un modo de comportamiento, no se trata de un incidente aislado. Hay que señalar, que debido a las características del medio en que se produce, aunque la conducta del que agrede no se repita, el efecto sí se repite, al permanecer en las redes.

Las formas más frecuentes de *ciberbullying* actualmente son: los ataques directos, la exclusión intencionada de la víctima del grupo, los ataques públicos y las publicaciones dañinas, la suplantación de su identidad en redes sociales y/o juegos en línea y el robo de contraseñas y datos personales. El *ciberbullying* puede llegar a ser más dañino que el acoso entre pares debido a que puede ser realizado desde el **anonimato**, puede alcanzar una escala mayor por la **viralización y permanencia en la red**, y por su **persistencia en el tiempo** ya que el acoso va más allá del horario y entorno escolar. Estas características del *ciberbullying* provocan un mayor impacto sobre la víctima, que ve acentuado su sufrimiento al aumentar su indefensión. Es frecuente ocultar lo ocurrido por parte del NNA, lo que dificulta su diagnóstico precoz.

3.3 Otros tipos de ciberacoso

- **Sexting (sex: sexo; texting: mensaje):** Consiste en la creación y transmisión por parte del NNA de textos, vídeos o fotos con contenido erótico o sexual a través de la red, a una persona amiga virtual o física. El *sexting*, en sí mismo, no es una forma de violencia, pero sí lo sería la difusión de esos materiales obtenidos por *sexting* (se considera violencia sexual infantil la difusión o posesión de materiales íntimos cuando el protagonista es un menor de edad). El *sexting* es muy habitual entre los preadolescentes y adolescentes y va en aumento.
- **Sextorsión** o extorsión sexual: Es el chantaje o coacción sexual al protagonista de las imágenes, bajo la amenaza de hacer públicos materiales de contenido sexual, obtenidos normalmente mediante *sexting*.
- **Sharentting:** Supone la exposición pública y constante de la vida de los NNA por parte de sus progenitores o tutores en internet. En sí mismo no es un tipo de violencia contra la infancia, pero constituye un riesgo para la misma.
- **Happy slapping:** Consiste en la grabación de violencia física, verbal o sexual y su difusión a través de las TIC; en ocasiones, con el objetivo de colgar contenido que consideran entretenido o divertido para ganar seguidores en la red. La mayor parte de las veces los agresores son amigos o compañeros.

- **Exposición involuntaria a material sexual o violento:** Ocurre cuando un NNA al realizar búsquedas en internet o descargar archivos, se encuentra con material no apropiado para su edad. Aproximadamente un 50% de los NNA recibe este contenido involuntariamente.
- **Incitación a conductas dañinas:** Existen plataformas *online* que promocionan comportamientos como la autolesión o los trastornos alimenticios y dan consejos sobre cómo llevarlos a cabo.
- **Violencia *online* en la pareja o expareja:** durante el periodo de relación o su finalización, puede darse cualquier tipo de violencia, desde mensajes directos, hasta compartir material de carácter sexual con la finalidad de controlar o causar daño.

4. Detección y diagnóstico

Para poder diagnosticar este tipo de maltrato debemos sospechar e incluirlo en el diagnóstico diferencial ante NNA que tengan clínica de cambios de comportamiento o alguno de los siguientes factores de riesgo (tabla 1):

Tabla 1. Factores de riesgo de ciberacoso.

Factores de riesgo de ciberacoso

De la víctima

- Antecedente de *bullying* u otras formas de violencia.
- Dificultad para comunicar que está sufriendo violencia.
- Compartir información personal a través de internet. Tener contraseñas fáciles.
- Aceptar amistad de personas desconocidas. Concertar citas con desconocidos.
- Sentimientos de soledad o carencia de afecto.
- Antecedente de eventos vitales que impidan el desarrollo de habilidades personales y sociales.
- Ser nuevo en un centro educativo o comunidad, trasladarse a mitad de curso sin conocer a nadie, tener rasgos diferenciadores físicos, cognitivos o comportamentales...
- Hiperconsumo de las tecnologías.
- Tener prácticas de riesgo asociadas al ciberacoso como: contestar correos ofensivos y entrar en la dinámica del enfrentamiento, emplear lenguaje agresivo, no respetar la privacidad, extensión de rumores o cotilleos que dañen la reputación, *sexting*.

Ejecutores y participantes de la agresión

- Antecedentes de intimidación o acoso a compañeros, o haberlo sufrido.
- Ausencia o escasa empatía.
- Falta de reconocimiento de las consecuencias de sus actos.
- Escasa tolerancia a la frustración.
- Actitudes agresivas: prepotencia, abuso de poder y falta de respeto hacia sus iguales o la autoridad.
- Círculo de amigos agresivos: es lo más común en la situación de *ciberbullying*. Son varios agresores que atacan a una única víctima generalmente de la misma edad.
- Tener más edad que la víctima o ser adulto.
- Empleo de varias cuentas *online*.

En cuanto a las víctimas, es importante reconocer la sintomatología ya que en muchos casos ellas mismas no son conscientes del delito, no se reconocen como víctimas, o bien sienten vergüenza o miedo y no saben cómo actuar. Entre los **síntomas y signos** clínicos encontramos:



- Baja autoestima.
- Miedo a quedarse sólo en casa en el caso del *ciberbullying*.
- Aislamiento: tendencia a encerrarse en su habitación, menor comunicación, sumisión a terceros, pérdida de amistades, rechazo a ir a reuniones o actividades grupales.
- Bajo rendimiento escolar: pueden aparecer déficits de atención con empeoramiento del rendimiento escolar (diferenciarlo del trastorno TDAH).
- Fugas, comportamiento de evitación (más en adolescentes), rechazo o temor a ir al centro educativo, pudiendo desarrollar fobia escolar.
- Cambios de humor repentinos con irritabilidad, cólera y rechazo a situaciones habituales o labilidad emocional.
- Trastornos del sueño: parasomnias (sonambulismo, pesadillas, terrores nocturnos), insomnio de conciliación y/o de mantenimiento.
- Síntomas psicósomáticos: dolores abdominales, cefalea...
- Ansiedad, la cual puede expresarse mediante somatizaciones, nerviosismo o inquietud en espera del acontecimiento temido, tanto en el ambiente escolar, como en el domicilio (el agresor virtual puede estar en ambos ambientes).
- Crisis de angustia aguda: puede desencadenar ataques de pánico espontáneos, ante una amenaza o situación de peligro inminente como un chantaje.
- Síntomas depresivos, con agresividad e irritabilidad, como principales manifestaciones, tristeza, soledad, frustración, fatiga, conductas autolesivas y suicidio.
- Trastornos del comportamiento alimentario.
- Comportamientos sexuales inapropiados: atracción excesiva por contenidos pornográficos, comportamientos o vocabulario sexual inapropiado a la edad.
- Trastornos disociativos: de expresión corporal, como neurológicos (cefaleas, mareos, pérdida de equilibrio, crisis convulsivas), musculares (pesadez de miembros, dolores erráticos), sensoriales (acúfenos, pérdida de nitidez visual, visiones hipnagógicas o pseudoalucinatorias); o de carácter psicótico, donde el acoso persistente toma una evaluación real para el sujeto y le hace ser tema de delirio referencial, suspicacia creciente e incluso, en algunos casos, alucinaciones verdaderas.

En la **historia clínica** hemos de plantear preguntas tanto abiertas como dirigidas, evitando culpabilizar. Es importante transmitir confianza y comunicar que nuestro objetivo es ayudar. Se puede plantear realizar una entrevista a solas con el paciente, con consentimiento de la familia en menores de 16 años; es importante la confidencialidad en la entrevista con el adolescente, intentando que sea el NNA el que transmita la información a los progenitores. Debemos recoger:

- Antecedentes personales:
- Anamnesis dirigida: si hay clínica compatible con esta patología, es necesario realizar una entrevista completa explorando todo lo relacionado con las TIC:
 - » Tiempo diario dedicado.
 - » Lugar (centro educativo, actividad extraescolar, casa, otros).



- » Momento: comida, cama restando horas de descanso nocturno, cuando está aburrido...
- » Con qué fin: llamadas, chat, estudio, agenda...
- » Si conoce a algún NNA que haya sido víctima, si ha agredido alguna vez, o si ha sido testigo y cómo ha actuado (ignorando lo sucedido, apoyando al agresor, protegiendo a la víctima...).
- » Si hay sospecha de *ciberbullying* por parte de un igual, hay que realizar una anamnesis exhaustiva incluyendo el tipo de maltrato. Hay que tener en cuenta que es complicado que el NNA que ha sufrido ciberacoso lo verbalice, y todavía más difícil si es el agresor.
- Explorar emociones.
- Exploración física completa. Buscar autolesiones.
- Valoración psicológica-psiquiátrica si precisa.

La historia clínica se puede realizar tanto a un agresor, víctima u observador, por lo que se deben formular las preguntas en los tres casos; si es agresor se preguntará por qué lo hace (para evitar ser víctima, para ser amigo del líder que también lo hace, porque considera que se lo merece, para divertirse, porque piensa que la víctima es diferente...) y exploraremos sus sentimientos.

5. Actuación en consulta

Objetivos del profesional de la salud son:

- **Diagnosticar** de forma precoz: estar alerta ante cualquier síntoma de los previamente descritos que pueda ser psicossomático, recurrente o inexplicable.
- **Valorar la gravedad y el riesgo** del NNA. Si presenta ideación suicida y elaboración de la misma, derivaremos a salud mental de manera urgente.
- **Actuar** para prevenir y parar el acoso. Buscar apoyos necesarios para ayudar al NNA en coordinación con el centro educativo, trabajador/a social, educador/a social, asociaciones y, si fuera necesario, con los cuerpos y fuerzas de seguridad del estado (FFCCSE) (como en el *grooming* y otros delitos sexuales que denunciaremos ante la sospecha inmediatamente). Los adultos de los distintos entornos del NNA tendrán que investigar, analizar qué y quiénes han estado involucrados y actuar en consecuencia asumiendo responsabilidades.

5.1 Ciberbullying

- **Protección de pruebas:** La víctima debe recoger y almacenar toda la información posible para aportarlo como evidencia, por lo que se recomienda no borrar ni alterar el contenido encontrado. Pueden ser mostradas al centro educativo en el caso de ciberacoso escolar.
- Informe clínico y parte de lesiones si estuviera indicado.
- **Cortar vías de contacto directo** con el acosador (bloqueo de los mensajes y redes sociales). Si es el acosador, debe eliminar a la víctima de sus contactos..
- Coordinación con el trabajador/a social sanitario o, en su defecto, el trabajador local/municipal.



- En el caso de ciberacoso escolar, se realizará **coordinación con el centro educativo** para ponerlo en su conocimiento. En Castilla-La Mancha existe una [*Guía de actuación para centros educativos ante posibles situaciones de acoso escolar*](#), que consta de un modelo de “Comunicación de hechos susceptibles de ser considerados acoso escolar” con la que poner en conocimiento por escrito ante el equipo directivo la situación.
- Si se conoce la identidad del acosador, el colegio se pondrá en **contacto con él y con sus progenitores o responsables**. Si no conocemos la identidad, se denunciará a la plataforma digital empleada.
- La denuncia debe utilizarse en los casos graves en los que no se obtenga una respuesta adecuada con las medidas descritas.

5.2 Grooming

En el *grooming* o ante situaciones en las que intervenga un adulto, nos pondremos en contacto inmediatamente con las **Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado**, dado que es un **delito complejo** (tabla2). El personal sanitario seguirá los siguientes pasos:

- Protección de las pruebas: no borrar ni alterar el contenido encontrado hasta que se presente denuncia a la policía y sean custodiadas. Las capturas de pantalla no se consideran pruebas.
- Informe clínico y entrega de copia del mismo al paciente y su familia/tutores.
- Emisión del **parte de lesiones** con copias para: historia clínica y para el Juzgado, dónde se enviará a Fiscalía de Menores y FFCCSE.
- Coordinación con el trabajador/a social sanitario o, en su defecto, con servicios sociales locales o municipales. **Hoja de notificación de maltrato infantil.**
- Hoja de derivación, si procede, a salud mental infantojuvenil y recurso especializado en intervención en violencia sexual infantil (REVELAS-m).
- Debemos dar pautas exactas para **evitar el contacto directo del acosador**, similares a las descritas en el *ciberbullying*.
- Es frecuente que los acosadores no actúen contra una sola persona, sino que acosan a varios de sus contactos. La denuncia de una víctima puede servir para ayudar a otras que estén en la misma situación y no hayan denunciado todavía.
- Se debe realizar un **seguimiento** en consulta y una coordinación con el centro educativo y los servicios sociales.

Tabla 2. Medios de denuncia a través de internet

Medios de denuncia en línea	
Línea de Reporte de Contenido de Abuso Sexual Infantil (CSAM)	https://www.incibe.es/menores/hotline
Policía	https://www.policia.es/es/denuncias.php
Guardia Civil	https://web.guardiacivil.es/es/tramites/denuncias/



6. Tratamiento

La víctima puede requerir, según los casos, combinar psicoterapia con psicofármacos:

- **Psicoterapia:** se llevará a cabo por alguno de los siguientes profesionales, según cada caso: orientador/a, psicopedagogo/a, psicólogo/a o psiquiatra.
- **Psicofármacos:** Los antidepresivos (ISR como fluoxetina, escitalopram o sertralina con indicación en NNA) o ansiolíticos (benzodiacepinas preferentemente de vida larga y por corto periodo de tiempo) pueden ser útiles; se debe reducir progresivamente la dosis a medida que el paciente recupere el control de sus sentimientos, emociones y su vida normal.

Para poder actuar en los tres niveles de prevención, es necesaria la sensibilización del profesorado, alumnado y personal sanitario (prevención primaria), junto con la existencia de un protocolo de detección de *ciberbullying* (prevención secundaria). En la prevención terciaria, para reducir las consecuencias negativas, es importante trabajar conjuntamente con la familia y con el centro educativo, debiendo incluir el tratamiento del observador pasivo y realizar psicoeducación y trabajar la responsabilidad individual también con el acosador/agresor/a.

Tabla 3. Estrategias de seguridad

Para progenitores y adultos que interactúan con NNA
• Los adultos deben tener conocimiento sobre el uso adecuado de las TICs, deben ser el ejemplo para sus hijos/as. Es fundamental enseñar el uso adecuado de las TICs desde pequeños y promover la comunicación ante situaciones de riesgo. • Tiempo de uso pactado y limitado. Permisos limitados para navegar. • Tener siempre los equipos en un área donde se le pueda supervisar. Controlar y supervisar el contenido al que acceden o manejan. • Preguntar en el centro educativo si existe supervisión y programas de filtro de internet; en caso negativo sugerir estas herramientas. • Educar en el pensamiento crítico y el uso responsable y ético de las TICs. • Enseñar a mantener su información personal en privado. • Informar al NNA sobre sexualidad saludable, adecuándose a su edad y madurez. Detectar el acceso a publicaciones de carácter pornográfico o el contacto con personas inadecuadas. • Crear un clima de confianza y dejar muy claro a los NNA que pueden y deben informar a los adultos responsables si algo o alguien les hace sentir incómodos, amenazados o sufren ciberacoso. • No culpabilizar al NNA. • Denunciar el hecho a las FFCCSE.
Estrategias de seguridad para NNA
• Enseñar a no compartir información personal cuando se utilicen las TICs o sin consentimiento de los progenitores. • No enviar fotos personales ni familiares. • No concertar citas con personas o amigos conocidos en la red. • Recordarles que deben respetar a los demás y no utilizar las TICs para propagar rumores, acosar, molestar o amenazar a otros. • No participar en concursos en línea, ni rellenar perfiles personales o formularios de registro o descargar programas sin permiso (archivos, música...); existe el peligro de bajar accidentalmente virus informáticos o software espía. • El NNA debe informar a sus progenitores si utiliza chat individual o en salas, con el fin de que sea supervisado. • Pedir ayuda a los progenitores si se sienten amenazados o incómodos por la red.



Bibliografía

- *Guía clínica sobre el ciberacoso para profesionales de la salud*: <https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/09/Gu%C3%ADa-de-ciberacoso-para-profesionales-de-la-salud-castellano.pdf>
- *Pantallas Amigas - Ciberbullying*: <http://www.ciberbullying.com/cyberbullying/>
- Resolución de 18/01/2017, de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes, por la que se acuerda dar publicidad al protocolo de actuación ante situaciones de acoso escolar en los centros docentes públicos no universitarios de Castilla-La Mancha. *Diario oficial de Castilla-La Mancha*, 20 de enero de 2017, Núm. 116.
- Andrade, B., Guadix, I., Rial, A. y Suárez, F. (2021). *Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades*. Madrid: UNICEF España.
- *Guía de actuación para centros educativos ante posibles situaciones de acoso escolar*. Disponible en: <https://www.educacion.es/jccm.es/es/acosoescolar/guia-actuacion-centros-educativos-posibles-situaciones-acos>
- Andrade, B., Guadix, I., Rial, A. y Suárez, F. (2021). *Impacto de la tecnología en la adolescencia. Relaciones, riesgos y oportunidades*. Madrid: UNICEF España. Disponible en: <https://www.unicef.es/publicacion/impacto-de-la-tecnologia-en-la-adolescencia>



RADICALIZACIÓN VIOLENTA

► **Raquel Villarino Hita.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Sigüenza. Guadalajara*

1. Introducción. Marco legislativo y normativo

La radicalización y la amenaza terrorista suponen un gran reto internacional que provoca importantes secuelas en nuestras sociedades. Desde la década de los setenta, el abordaje de la radicalización y la amenaza terrorista ha sufrido una transformación constante en España y en Europa. Los primeros actos, en nuestro contexto, se originaron por movimientos de liberación etnonacionalistas como el caso de ETA en España y el IRA en Irlanda. De igual manera, los atentados del 11-S o el 11-M, la movilización yihadista en el 2012 con atentados en toda Europa (París en 2015, Bruselas, Niza y Berlín en 2016, Mánchester y Barcelona en 2017) repercutieron a nivel internacional. Esto ha generado que los gobiernos de Europa Occidental consideren el terrorismo global como una de las principales amenazas para la seguridad y cohesión social, obligando a los organismos internacionales a reforzar su logística en este campo. Se ha llegado a diferentes acuerdos a nivel europeo e internacional que promueven estrategias de detección, prevención y actuación ante actos terroristas.

España es considerada uno de los países referentes en la prevención y detección de la radicalización, gracias a estrategias y planes que no sólo contemplan la respuesta ante actos terroristas, sino también la prevención y detección de la radicalización. Los planes o normativas nacionales más importantes son:

- Ley 29/2011 de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas de Terrorismo.
- Proyecto “[Memoria y Prevención del Terrorismo](#)”.
- Real Decreto 1008/2017, de 1 de diciembre, por el que se aprueba la Estrategia de Seguridad Nacional 2017.
- Estrategia contra el Terrorismo Internacional y la Radicalización (EICTIR).
- Plan estratégico nacional de lucha contra la radicalización violenta. El objetivo primordial del Plan se centra en “construir un instrumento eficaz de detección temprana y neutralización de los brotes y focos de radicalismo violento, actuando sobre aquellas comunidades, colectivos o individuos en situación de riesgo o vulnerabilidad”.
- Orden PCI/179/2019, de 22 de febrero, por la que se publica la Estrategia Nacional contra el Terrorismo 2019.

2. Definición

La radicalización consiste en un **proceso** individual o colectivo, que implica **cambios psicológicos y sociales** (cognitivos, emocionales y comportamentales) en el cual se abandona el diálogo y la tolerancia a favor de tácticas que confrontan y animan al conflicto. La radicalización supone una amenaza y un desafío en la actualidad, debido al incremento de la polarización de la sociedad y a la accesibilidad a las nuevas tecnologías. Supone además un gran impacto socioeconómico debido a las medidas que se deben implementar para evitar la violencia y los actos terroristas o de crimen organizado, y a las consecuencias de estos. Hoy en día existe unanimidad en que la prevención a todos los niveles debe ser prioritaria. Cuando los grupos se radicalizan ocurre:



- Un deterioro de la comunicación y la confianza.
- Se vuelven inflexibles y se generan estereotipos y prejuicios negativos.
- Cohesión intragrupal y polarización hacia identidades contrapuestas.
- Se generan discursos que deshumanizan, fomentan la percepción de agravios y justifican la violencia.
- Los casos extremos pueden derivar en conflictos o violencia que se manifiestan de diferentes formas: terrorismo, guerra, genocidio...
- La radicalización puede ser violenta o no violenta, proceso en el que no existe un único perfil ni una única causa. Es importante destacar que la psicopatología no explica la radicalización, aunque en determinados casos pueda contribuir.

A pesar de no haber llegado a un consenso en cuanto a su concepto, Bazaga Fernández y cols. definen la **radicalización violenta** como un proceso de adopción de conductas violentas y/o legitimación y justificación del uso de la violencia en nombre de la ideología radical. En España los tipos más comunes de radicalización violenta son:

- **Proceso etnonacionalista**, nacionalismo étnico o etnicismo: defienden una herencia compartida, que puede incluir un idioma específico y común, un ancestro o una fe común. Defenderían una “nación” entendida en términos de etnicidad. El ejemplo en España sería el grupo terrorista ETA.
- **Proceso de ultraizquierda y ultraderecha**: se organizan a través de un proceso de radicalización ideológico-política.
- **Proceso yihadista**: se componen a través del uso de una interpretación extrema y fundamentalista de la religión. Actualmente se considera la amenaza terrorista más activa en Europa Occidental.
- **Bandas criminales**: bandas latinas y bandas moteras. Ambas con carácter originariamente criminal y no radicalmente ideológico-político.

Se asume la radicalización violenta como un proceso, en el que existen dos dimensiones:

- La naturaleza u origen de la radicalización violenta: creencias y pensamiento.
- La manifestación: como proceso o acción.

Las **ideas radicales** surgen en estas personas asociadas a mecanismos de adhesión incondicional a ellas, que suelen ser interpretaciones extremistas de creencias que rayan el totalitarismo, ya sean políticas, religiosas o de otra índole. Se sustentan en tres proposiciones: los problemas son responsabilidad del *statu quo*, la forma de resolverlos es abrazando un ideario y el método a seguir para alcanzar el objetivo es la violencia. Todas estas ideas radicales influyen en cada una de las fases que componen el proceso de radicalización violenta. No todos tienen que pasar por todos los niveles, ni es considerado un proceso lineal o irreversible. Estos niveles determinan los Niveles de Alerta Antiterrorista del Departamento de Seguridad Nacional de España:

- Nivel bajo: justifica la violencia en entornos de confianza.
- Riesgo medio: intenta persuadir y convencer de su ideología a personas de su entorno. Se relaciona frecuentemente con personas de su misma ideología radical y violenta y consume contenidos relacionados.
- Riesgo alto: solicita recursos materiales y financiación para llevar a cabo una acción violenta y/o terrorista. Se informa, estudia, planifica y/o practica las acciones violentas y contra quién dirigirlas.
- Riesgo consumado: financia, ayuda, contribuye o realiza acciones violentas o de terrorismo.



El **proceso** de radicalización implica la aceptación de una ideología radical a nivel cognitivo y una pauta de conducta en la que se involucran, participan o apoyan acciones violentas de manera directa o indirecta. Siguiendo esta línea, se han formulado diferentes modelos que explican dicho proceso:

- Modelo de las 2 pirámides: diferencia entre la narrativa (las ideas, lo que se piensa, pirámide de la radicalización de la narrativa) y las acciones (lo que se hace de forma manifiesta, pirámide de la radicalización de la acción).
- Modelo ABC (*Attitudes-Behaviors Corrective Model*): propone el modelo correctivo de actitudes y comportamientos.
- Modelo 3N: plantea que el proceso de radicalización se debe a la intersección de tres variables a las que denomina las 3N: las necesidades o motivaciones del individuo (*needs*), las narrativas ideológicas de la cultura del individuo (*narratives*) y la interacción entre la presión grupal y la influencia social que ocurre dentro de la red social del individuo (*networks*).
- Modelo de los actores devotos: explica cómo y por qué los individuos pueden llegar a estar dispuestos a luchar y morir por una causa. El modelo de los actores devotos integra dos conceptos: la fusión de la identidad y los valores sagrados.

3. Factores de riesgo

Entre los factores de riesgo que incrementan las posibilidades de adhesión a un grupo violento encontramos:

- Factores discursivos:
 - » Victimización de su colectivo: común a todos los procesos de radicalización, se considera uno de los primeros pasos. La autopercepción de ser víctimas de una entidad (agenda 2030, inmigración...) genera discursos y narrativas victimistas, sintiéndose obligados a actuar para superar dicha discriminación.
 - » Verdad absoluta: creencia de una verdad superior salvadora (política, religiosa...), considerando legítimos cualquier acto para conseguir su propósito: violencia, terrorismo...
- Factores personales:
 - » Egocentrismo y egoísmo por su propio bien.
 - » Búsqueda de emociones fuertes y adrenalina.
- Factores psicosociales y sistémicos:
 - » Déficit de habilidades sociales, aislamiento emocional y de la sociedad. Encuentran en los grupos radicales una misión común y satisface su sentimiento de pertenencia grupal social.
 - » Rechazo de su red social de apoyo. Se genera una autopercepción de marginación social respecto a su entorno y provoca percepción de falta de respeto de sus derechos básicos en la sociedad.
- Factores familiares y económicos:
 - » Situación económica precaria: la precariedad económica lleva a sentimientos de frustración social y apatía, la adhesión a un pensamiento extremo se convierte en atractiva con idea de salvarles de la precariedad que sufren.



- » Ausencia de apego familiar y modelos de referencia: los NNA que viven sin familia y carecen de figuras de referencia son los más vulnerables para estos grupos radicalizados. Éstos se convierten en ese referente que tanto anhelan. También puede ocurrir que exista un rechazo a las creencias familiares.

Es importante diferenciar que un conocimiento profundo de la religión NO es la causa de la radicalización violenta, se considera incluso un factor protector, mientras que un conocimiento superficial sí facilita las interpretaciones extremistas que puedan justificar la violencia. También conviene conocer que los problemas de integración social no explican la radicalización violenta; en España hay numerosas personas integradas que son radicales y personas marginadas socialmente que no lo son. La visión conjunta de todos estos indicadores y factores expuestos facilita la detección y la prevención de la radicalización.

4. Captadores y reclutadores

Los captadores y reclutadores son personas que facilitan el proceso de radicalización. Según el modelo psicosocial de reclutamiento y movilización violenta, para reclutar a un individuo son necesarias las siguientes fases:

- Identificación del individuo en situación de vulnerabilidad. Entornos favorables a la radicalización (prisiones, entornos urbanos vulnerables, universidades, internet...).
- Captación del individuo en desequilibrio anímico (primer acercamiento). Suelen presentar elevada afectación psicológica y escasa autonomía anímica que les permita tomar decisiones útiles y adaptativas. Se van ganando su confianza. En esta fase son muy importantes los factores de riesgo y de protección y van a ser determinantes del grado de reclutamiento.
- Sometimiento y alienación psicológicos. Pierden la autonomía psicológica, entrando en un estado de indefensión aprendida, dependiendo completamente de sus nuevas amistades. Son manipulados y aislados progresivamente.
- Adoctrinamiento ideológico, político y religioso. Emplean estrategias de manipulación activa y transforman el pensamiento individual y grupal. Introducen nuevas creencias, normas, roles, símbolos y valores.
- Legitimación de la violencia: desinhibición violenta. Creencia firme en la legitimidad de la violencia, deshumanizan a los culpables o desplazan la responsabilidad del uso de violencia.
- Adiestramiento para el ejercicio de la violencia. Entrenamiento del individuo radicalizado en el uso de la violencia.
- Apoyo logístico para la ejecución de acciones violentas.

5. Detección temprana de la radicalización

La detección de los primeros indicadores de la radicalización es la clave para la prevención. Cuanto más tempranamente se detecta, más factible es la intervención. Hay que tener en cuenta la complejidad de los procesos y conocer que cada individuo es único y tiene su propio proceso. Existen indicadores de radicalización y es importante su observación mantenida en el tiempo, y son:

- Intolerancia: polarización de las creencias y pensamiento.
- Cambio en el discurso ideológico: adoptan una postura victimista e intransigente, legitiman la violencia como medio para lograr sus objetivos.



- Transformación de la red social: pierden contacto con el entorno habitual o amistades previas y establecen contacto con un nuevo grupo.
- Consumo de material en medios de comunicación afines a su ideología.
- Cambios de estética o indumentaria. Puede ser uno de los indicadores externos, aunque no siempre están presentes.
- Cambio en las redes sociales, contenido, pensamiento...
- Sacrificio de otras esferas de la vida: suelen abandonar otras actividades que antes practicaban.
- Reclutamiento de otras personas.
- Planificación de viajes a zonas de conflicto o regiones conocidas de acción de grupos terroristas.
- Informarse, interés por adquirir o aprender a manejar armas.
- Actos ilegales y/o violentos.

Existen diferentes técnicas e instrumentos de evaluación para la recogida de información sobre el proceso de radicalización utilizadas por equipos especializados. Entre las escalas utilizadas encontramos:

- Escala de Inclusión Social en Adolescentes.
- Escala de Alienación Social.
- Escala de Intención de Activismo y Radicalismo.
- Escala de Apoyo a la Violencia Política.
- Escala de AutoSacrificio.

6. Medidas de prevención de la radicalización

La prevención es la intervención prioritaria:

- Prevención primaria: son las medidas centradas en evitar que los individuos o grupos simpatizen con el extremismo violento antes de que inicien el proceso de radicalización.
- Prevención secundaria: son las acciones dirigidas a los individuos o grupos en “riesgo” para evitar que se involucren en el extremismo violento (simpatizantes y activistas).
- Prevención terciaria: son las acciones dirigidas a las personas o grupos que están o estuvieron involucradas en el extremismo violento: abandono de la violencia o desvinculación.

6.1 Vectores de la prevención

- Familia: es muy relevante. Las relaciones de apego, influencia y afecto son fundamentales en la implicación activa en defensa de una causa.
- Sistema educativo: es fundamental para favorecer la inclusión social, promover la democracia y generar recursos personales que eviten la radicalización.
- Ciberespacio: cada vez tiene más relevancia debido a la mayor presencia de redes sociales y dispositivos en nuestras vidas y al uso indebido de las mismas.
- Entornos urbanos: integración social en entornos vulnerables.
- Prisiones.



6.2 Acciones destinadas a la prevención

- Ámbito socio-comunitario: potenciar un desarrollo sano e integral. Garantizar un entorno adecuado fuera de la escuela o los centros de formación con actividades extracurriculares. Reforzar la resiliencia y el pensamiento crítico.
- Intervención socioeconómica en barrios deprimidos: la marginación social puede ser influyente, por ello las actividades económicas, culturales y sociales son fundamentales.
- Fomento de habilidades sociales, capacidad crítica y estilos de vida saludables.
- Atención psicológica a las víctimas y su visibilización.
- Promoción de referentes.
- Cohesión social: fortalecer lazos y relaciones entre individuos de la misma comunidad.
- Modelos educativos para docentes y estudiantes basados en la tolerancia y el diálogo.
- Campañas de sensibilización y concienciación en todas las edades.

7. Papel del profesional sanitario

Ante este problema social, el papel fundamental del profesional de la salud es la prevención, **promoviendo** el cuidado integral de nuestros pacientes: estilos de vida saludables, fomento de las habilidades sociales, capacidad crítica, buen uso de las tecnologías, asegurarnos de que las necesidades básicas estén cubiertas, coordinación pediatra-familia-centro escolar...; la **detección**, con la observación y el seguimiento de los indicadores de riesgo y datos de alarma previamente expuestos; y, finalmente, la comunicación a las autoridades si se detecta.

Ante la sospecha de una posible radicalización es importante **comunicarlo** al entorno familiar o personas de referencia, educativo (orientadores escolares) y a los trabajadores sociales sanitarios o, en su defecto, los servicios sociales locales o municipales. En el caso de que se detecte la posibilidad de que una persona o grupo vayan a hacer uso de la violencia, es preciso comunicarlo a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Las medidas fundamentales deben ser adoptadas por el gobierno en los diferentes estamentos y grupos de riesgo, y a todos los niveles, pero como profesionales sanitarios debemos prestar especial atención a las medidas de detección, prevención, notificación y ofrecer apoyo psicosocial. El trabajo coordinado entre los agentes sociales, educativos, fuerzas de seguridad y la atención integral psicológica es fundamental.

Bibliografía

- Bazaga Fernández, I. y Tamayo Sáez, M. (2021). Radicalización violenta. Eunomia. *Revista en Cultura de la Legalidad*, 20, pp. 322-333
- Unidades Didácticas del Proyecto educativo “Memoria y Prevención del Terrorismo”. Disponible en: <https://www.interior.gob.es/opencms/es/servicios-al-ciudadano/tramites-y-gestiones/ayudas-y-subsidios/ayudas-a-victimas-de-actos-terroristas/unidades-didacticas-del-proyecto-educativo-memoria-y-prevencion-del-terrorismo/>



VIOLENCIA RELACIONADA CON LA VIOLENCIA DE GÉNERO

► **Sonia Ramírez Parenteau.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.*

Revisión y aportaciones al capítulo

- **Ainhoa Zabaleta Rueda.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Pasai San Pedro. Pasaia (Gipuzkoa)*
- **María Idoia Ugarte Gurrutxaga.** *Profesora Contratada Doctora Universidad Castilla-La Mancha. Presidenta de la Comisión de Igualdad- FAFETO. Departamento de Enfermería, Fisioterapia y T.O. Asociación Castellano Manchega de Enfermería Comunitaria.*

MENORES DE EDAD VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN PAREJA

Se define la Violencia Contra las Mujeres en la Pareja (VCMP) como la violencia que ejerce un hombre sobre una mujer que es o ha sido su pareja con el fin de someterla. La Violencia de Género (VG) es un término más amplio, en el que la violencia existe por el mero hecho de ser mujer y en el que quedan englobados otros tipos de violencia como la VCMP, la violencia vicaria, la sumisión química o la mutilación genital femenina, temas abordados todos ellos en este capítulo, mientras que otros tipos de VG como la explotación sexual, la trata con fines de explotación sexual, la explotación reproductiva o los matrimonios forzados están incluidos en el apartado de *Otras formas de violencia* (página 112).

Son innumerables los proyectos, convenciones y leyes, entre ellas la LOPIVI (Ley de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia Frente a la Violencia), que dejan claro la necesidad de protección y ayuda a las personas menores de edad (PME) en situación de VCMP, dado que son víctimas, tanto directas como indirectas, de la violencia ejercida sobre sus madres. El Protocolo del Ministerio de Sanidad dice textualmente: "los hijos e hijas de las madres víctimas de violencia de género son víctimas de la misma, en tanto sufren las consecuencias de vivir en un entorno donde existe violencia, lo que amenaza e interfiere en su desarrollo físico, psíquico o social, como una modalidad de maltrato." De hecho, se consideran equivalentes tanto la exposición a la VCMP, donde se convive en ese clima de terror, como el maltrato que reciba una adolescente por parte de su pareja o ex pareja, y añadiendo la LOPIVI la violencia vicaria.

Según la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019, el 89,6% de las mujeres que sufrieron VG afirman que sus hijos/as eran menores de edad cuando sucedieron los episodios de violencia, y el 60,6% dice que sus hijos o hijas u otros/as menores de edad que vivían en el hogar presenciaron los episodios de violencia, de los cuales el 51,7% sufrieron también violencia por parte del agresor.

Desde 2003 y actualizado a 29 de septiembre de 2025, 1.323¹ mujeres han sido asesinadas por VG. En el peor de los casos, los hijos e hijas han sido testigos. Otro tema importante a tener en cuenta en este punto, es que estos niños, niñas y adolescentes (NNA) quedan en situación de orfandad de madre, pero a veces también de padre, dado que ha podido suicidarse o acabar en la cárcel. Habrá que valorar cómo afecta al NNA presenciar el asesinato de la madre y suicidio o detención del padre y su posterior situación de orfandad. La LOPIVI, considerando a los NNA sujetos de derechos y buscando su protección, pone el prisma en el interés superior de los NNA y establece la necesidad de crear un registro central de datos de las PME que sufren violencia, incluidas aquellas sometidas a la VCMP.

1 Según el registro estadístico de la Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género. (N de A: dato imposible de mantener actualizado por que crece mes a mes). <https://violenciageneroigualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/home.htm>

En promedio, la exposición de NNA a la violencia suele durar 10 años, lo que corresponde en la mayoría de los casos, a toda su vida, y por su corta edad les resulta imposible protegerse de ella. Son NNA que pueden estar sometidos/as a diversos tipos de violencia a lo largo de su vida, física, emocional, psicológica y/o sexual. La repercusión de esta violencia no sólo es inmediata, se prolonga en etapas posteriores y puede persistir en la edad adulta, alterando su desarrollo personal, su potencial como persona adulta. A mayor exposición y mayor gravedad del maltrato, mayores consecuencias. Además se suma otro agravante, el impacto para el NNA de convivir con una madre vulnerable y emocionalmente dañada, y la pérdida de ésta como elemento de protección ante la violencia que recibe por parte del maltratador.

Son distintas las formas en las que la PME está expuesta a la VCMF:

- Ver u oír directamente los episodios de violencia, las discusiones, amenazas, insultos y daño físico hacia la madre.
- Enterarse por los hermanos o hermanas.
- Vivir en un clima de miedo, ansiedad y abusos, en contacto con una madre maltratada con la que vivirán el ciclo de la violencia (Leonor Walker, *Teoría del ciclo de la violencia*, 1979)².
- Contacto directo con el padre agresor, del que puede sufrir diferentes formas de maltrato a lo largo de su vida.
- En los casos de separación, durante las visitas al domicilio del padre, pueden seguir los episodios de violencia e incluso empeorar; igualmente puede sumarse violencia vicaria.
- Sufrir daño previo al nacimiento: daño prenatal o perinatal (*capítulo 6*).

Holden (2003) lo esquematiza de la siguiente manera (Tabla 1):

Tabla 1 . Tipos de exposiciones posibles a la violencia en el NNA expuesto a VCMF:.

Perinatal, violencia que ejerce el hombre sobre la mujer durante el embarazo (etapa prenatal).
Intervención del NNA en el incidente violento para intentar proteger, de alguna forma, a la víctima.
Victimización. Se produce cuando el NNA resulta dañado, física o psicológicamente, en el transcurso de un episodio violento entre sus progenitores.
Testimonio presencial de la violencia entre los progenitores.
Participación/colaboración del NNA en el ejercicio del maltrato a la mujer a través de conductas agresivas y de desvalorización.
Escuchar gritos y ruidos desde otra habitación siendo consciente de la situación de violencia.
Observar las consecuencias que ha desencadenado inmediatamente la violencia entre los progenitores, como secuelas en la víctima, destrozos en el mobiliario, intervención policial, etc.
Experimentar cierta sintomatología. Los NNA pueden sufrir una serie de efectos producto de la inestabilidad familiar, la labilidad emocional en sus cuidadores, la separación y los cambios asociados a ella.
Escuchar a otros adultos hablar sobre lo sucedido entre sus progenitores.
Ignorar los acontecimientos porque no sucedieron en presencia del NNA.

Fuente: Fig-Holden GW. Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. Clin Child Fam Psychol Rev. 2003 Sep;6(3):151-60. doi: 10.1023/a:1024906315255. PMID: 14620576.

2. Fases del ciclo de la violencia de género.

Disponible en: <https://ws097.juntadeandalucia.es/ventanilla/index.php/que-es-la-violencia-de-genero/fases-del-ciclo-de-violencia-de-genero>



2. Consecuencias

Las consecuencias en los NNA son múltiples y variadas, presentando una sintomatología heterogénea y poco específica, que agrupamos en las distintas esferas de afectación: conductual, social, emocional, física y prenatal. Asimismo, la gravedad de estos síntomas dependerá de la autoestima de cada persona, de sus relaciones de apego, de su capacidad para relacionarse, de su rendimiento escolar, y otros muchos factores que pueden mitigar o potenciar las consecuencias, en definitiva, de su resiliencia, que podemos definir como la capacidad de la persona para recuperar el equilibrio una vez que lo ha perdido.

2.1 Consecuencias a nivel conductual

- Reacciones violentas ante situaciones difíciles.
- Conductas violentas con sus pares (*bullying*) o familiares, hacia hermanos/as más débiles, mujeres de la familia o mascotas. Consideran la violencia como un medio válido para hacerse respetar y conseguir reconocimiento social. Se desculpabiliza al agresor y culpa a la víctima por el daño infligido.
- Autolesiones, fugas del hogar, conductas regresivas (enuresis, encopresis, pérdida de autonomía).
- En adolescentes, violencia en el ámbito extrafamiliar y/o delincuencia. Oposición y desafío a la autoridad, conducta antisocial, abuso de drogas, delitos leves.
- Transgeneracionalidad: rol que perpetúa la violencia como agresor/a o víctima, con aumento del riesgo de adquirir este rol cuanto más larga y más intensa haya sido la situación de violencia. Ocurre en el 30% de los NNA que sufren VG.

2.2 Consecuencias a nivel social

- Dificultades en habilidades sociales, tendencia al aislamiento y evitación de contactos por sentimiento de vergüenza por las situaciones de violencia.
- Fobia social; aversión al contacto físico.
- Rol adultizado de cuidador de la madre y hermanos/as asociado a sentimiento de culpa por no poder protegerlos. Intentarán mediar en los accesos de violencia, calmando al agresor y protegiendo a la madre, asociando sentimiento de ambivalencia, dado que la intervención para ayudar a la madre provocará posible maltrato posterior directamente por el padre. Sentirán gran confusión en la fase de reconciliación y manipulación afectiva, cuantas más vueltas da el ciclo de la violencia, más se cronifica el miedo y las conductas de adaptación de los NNA, con gran sensación de impotencia por no poder detener las agresiones.
- Empobrecimiento y precariedad económica con sentimiento de vergüenza asociado.

2.3 Consecuencias a nivel emocional

- Hipervigilancia con desregulación del cortisol que genera ansiedad, estrés, fobias, insomnio y conductas obsesivo compulsivas.



- Tristeza, sensación de desamparo, depresión, tendencias suicidas. Creencia en que el mundo es un lugar inseguro e impredecible, con desesperanza por el futuro.
- Alteración del apego.
- Bajo autocontrol, mal manejo de la ira que desemboca en conductas violentas.
- Creencias sexistas y abusivas, menosprecio de la mujer. Alteración de la comprensión de las relaciones de pareja, se consideran peligrosas y dañinas, adquiriendo actitudes de sumisión o dominación.
- Baja autoestima por continua presión paterna y sentimiento de culpa y angustia por no poder detener la violencia.
- Síndrome de estrés postraumático.

2.4 Consecuencias a nivel físico

- Retraso en el desarrollo cognitivo, hiperactividad, falta de atención, dificultad en adquisición del lenguaje y mal rendimiento académico.
- Trastornos psicósomáticos, del sueño y de la conducta alimentaria.
- Retraso del crecimiento.
- Violencia sexual por parte del maltratador.
- Daño físico directo con riesgo de muerte: lo presentan de uno a tres de cada cinco NNA expuestos a VG. (*apartado Violencia vicaria*).

2.5 Consecuencias a nivel prenatal

- Crecimiento intrauterino retardado, bajo peso al nacimiento, prematuridad...
- Se considera un indicador de riesgo prenatal las relaciones de pareja en las que existe violencia (*capítulo 6*).

3. Detección

Una vez abordadas las consecuencias sobre los NNA de la VCMP, ¿cómo actuamos?

Los pasos que tenemos que seguir son los siguientes: detección, valoración, notificación, intervención y tratamiento, seguimiento y evaluación del caso. En este capítulo abordaremos únicamente la detección, dado que tanto la notificación como todo lo que le sigue es común para todos los casos de violencia en la infancia y adolescencia.

Ante la sospecha de que una madre de nuestra consulta pueda ser víctima de VCMP, debemos comunicarnos con su médico/a y enfermera/o de atención primaria e investigarlo. Según recomienda el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en el documento publicado el 24 de noviembre de 2021, “Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el sistema Nacional de Salud”, la detección será siempre a través de la entrevista clínica, para ello, podemos apoyarnos en el cuestionario con la ayuda del cuestionario WAST (*Women Abuse Screening Tool*) corto y la primera pregunta del cuestionario AAS (*Abuse Assessment Screen*) para detección de VG (tabla 2). Es importante para ello tener en cuenta las particularidades de esta entrevista (tabla 3). Nunca debe realizarse delante del maltratador, ni en presencia de los hijos/as.



Si la mujer niega sufrir maltrato, pero nuestra sospecha es alta hay que valorarlo con su médico/a y enfermera/o, con el/la trabajador/a social y realizar seguimiento. Si detectamos la existencia de VCMP debemos realizar un acompañamiento, ayudarla a tomar conciencia del impacto sobre sus hijo/as, y de la necesidad de superar sus miedos para pedir ayuda especializada. También es importante determinar si la mujer y sus hijos/as están en peligro extremo para sus vidas, proporcionar planes y consejos de seguridad y enseñar a las PME a pedir auxilio y a protegerse.

Es importante la coordinación interinstitucional, entre ellos los servicios de Atención a la mujer víctima de Violencia de Género, como la EMUME y UFAN, para mejorar la atención y la protección del binomio madre e hijo/as y evitar la victimización secundaria que pudieran sufrir en el proceso de intervención. Durante todo el proceso es fundamental el acompañamiento a la mujer, aceptar sus tiempos y ofrecerle la máxima confianza para que se apoye en los recursos que se ponen a su disposición.

Tabla 2. Herramientas para la detección de posibles casos de violencia de género

Cuestionario Women Abuse Screening Tool (WAST). Versión corta.

Cuestionario WAST corto (detección temprana)			Puntuación
En general, ¿cómo describiría su relación con su pareja?			Se considera caso NEGATIVO, con una puntuación “0” o “1” Se considera caso POSITIVO, con una puntuación de “2”
Mucha tensión (1)	Alguna tensión (1)	Ninguna tensión (0)	
Usted o su pareja resuelven sus discusiones con ...			
Mucha dificultad (1)	Alguna dificultad (1)	Sin dificultad (0)	

Primera pregunta del Cuestionario Abuse Assessment Screen (AAS).

Para detectar violencia de género en el pasado:		
En alguna ocasión, ¿ha sufrido maltrato emocional, físico o sexual por parte de su pareja o por una persona importante para usted?		
Sí	No desea contestar	No

FUENTE: Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud (24 de noviembre de 2021). https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Doc_Aprobado_CISNS_Instrum_Estandariz_Detec_Temprana_VG_1Dic2021_OSM.pdf

Tabla 3. Recomendaciones para la entrevista clínica a la mujer ante sospecha de maltrato

- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad. En el caso de que tenga hijos e hijas, velar para que no estén presentes en la entrevista.
- Observar las actitudes y el estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.
- Abordar directamente el tema de la violencia.
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.

En el caso de que reconozca sufrir malos tratos

- Hacer sentir a la mujer que NO es culpable de la violencia que sufre.
- Creer el relato de la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso.
- Ayudarle a pensar, a ordenar sus ideas y tomar decisiones.
- Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección.
- No dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente.
- No dar falsas esperanzas.
- No criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer.
- No infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer.
- No recomendar terapia de pareja ni mediación familiar.
- No prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer y cuando sean necesarios, hacerlos con estricto control médico.
- No adoptar una actitud paternalista.
- No imponer criterios o decisiones.

FUENTE: Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud. (24 de noviembre 2021)

Bibliografía

- Lizana Zamudio R. *Problemas Psicológicos en Niños y Niñas Víctimas de la Violencia de Género en la Pareja Estudio de casos en madres y sus hijos e hijas que asisten a Programas de ayuda especializada*. Tesis doctoral. Bellaterra. Universidad Autónoma de Barcelona. 2014.
- *Menores expuesto a violencia de género: víctimas con identidad propia*. Defensor del menor de Andalucía. 2012. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=3652
- www.anar.org
- Macroencuesta de violencia contra la mujer. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género). 2019. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf
- Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2021. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Doc_Aprobado_CISNS_Instrum_Estandariz_Detec_Temprana_VG_1Dic2021_OSM.pdf
- Protocolo para la detección y atención de la violencia de género en atención primaria. Servicio Murciano de Salud. Disponible en: <https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/4521/Protocolo.para.la.de.135092.0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>



VIOLENCIA DE PAREJA HACIA LAS MUJERES ADOLESCENTES

Al igual que la violencia ejercida contra las mujeres en la pareja (VCMP), se define la violencia de pareja contra las mujeres adolescentes como la violencia física, verbal, sexual y/o emocional realizada por un varón adolescente sobre una mujer también adolescente, con la que tiene o ha tenido una relación de pareja, aun sin convivencia, con el fin de ejercer poder y control sobre ella. Este tipo de violencia es fácil que pase desapercibida para el personal sanitario, dado que una vez superada la edad pediátrica, el seguimiento sanitario de las adolescentes es mucho menor, y este tipo de VCMP presenta unas características especiales que pueden hacer más compleja la detección.

Ante la sospecha de que esté sufriendo violencia de género (VG), los indicadores que nos pueden ayudar en la entrevista con la adolescente son los mismos que para la mujer adulta, observándose un cambio de actitud en la adolescente, más introvertida y más aislada de sus familiares y/o amistades. Justifica y minimiza los celos o el control que ejerce la pareja sobre su ropa, amistades, actividades o redes sociales e incluso se culpa por ello. Habría que preguntarle sobre aquellas situaciones en las que se ha sentido ridiculizada, humillada, insultada o despreciada tanto en público como en privado. Si la ha amenazado con hacerle daño a ella o a su familia, la ha agredido físicamente o ha sido forzada a mantener relaciones sexuales en contra de su voluntad, llegando incluso a la publicación en redes de imágenes sexuales (*sexting*), pornografía y/o chantaje sexual. Esta vivencia de presión psicológica, al inicio de la relación, es un predictor de futuro de VG, que puede producir en la adolescente una sintomatología florida de depresión, ansiedad, trastornos del sueño o del hábito alimentario, abuso de drogas, autolesiones o tendencia suicida.

Cuando sospechamos esta situación en una adolescente, lo primero es conseguir que la menor de edad tome conciencia de ello, de las sensaciones de malestar que le genera la relación tóxica, explicándole que entendemos su sufrimiento, que hay más chicas en situaciones semejantes y que existen unidades especializadas para ayudarla. Lo siguiente es informar a los progenitores o tutores legales y a el/la trabajador/a social de nuestro centro, para luego derivar a los recursos necesarios (salud mental, centro de la mujer...) y hacer seguimiento del caso, sin dejar de acompañar a la persona menor de edad y su familia en todo el proceso, para evitar recaídas en futuras relaciones tóxicas, aprendiendo a reconocer los primeros signos de las relaciones controladoras y/o abusivas. El Ministerio de Igualdad ha publicado un díptico informativo¹.

VIOLENCIA VICARIA

La Violencia Vicaria se considera una forma de violencia de género, incluida ahora en la LOPIVI, con la que el hombre, tras la ruptura sentimental de la pareja, decide causar el mayor daño posible a la mujer usando a los hijos/as o a sus seres queridos. Varios estudios han puesto en evidencia que a medida que aumenta la protección hacia las mujeres, aumenta la violencia hacia sus hijos e hijas, dado que el agresor no puede acceder a la mujer para controlarla, decide entonces agredir a los hijos/as para dañarla secundariamente. Desde 2013, 65² NNA han sido asesinados en España en casos de violencia de género contra sus madres. Según datos de la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de 2019, el 90 % de estos asesinatos son causados por el padre, el 7,7% por la pareja de la madre y el 0,5% por la expareja.

1. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/diptico_jovenes.pdf

2. *Según el registro estadístico de la Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género (actualizado a 2/10/2025). Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMenores/>



Distintos autores y autoras ponen el foco en que los NNA no tienen la protección adecuada, en ninguno de los casos de VG existía una orden de protección sobre las PME, no habían recibido atención con relación a sus síntomas o signos, ni se les había evaluado emocionalmente, ni tan siquiera tenemos un registro de los NNA víctimas de la VG ejercida sobre su madre y esto se debe probablemente a que se evalúa la VG únicamente valorando a la mujer, sin la perspectiva de los derechos de la infancia. Lo que refuerza la idea de que estos NNA son invisibles, desatendiendo así el Convenio de Estambul que insiste en la necesidad de realizar un análisis de riesgo también en los NNA.

Velando por el interés superior del menor de edad, el Código Civil se ha modificado con una enmienda el 2 de junio del 2021, en su artículo 94, con respecto al régimen de visitas del maltratador: "No procederá el establecimiento de un régimen de visita o estancia, y si existiera se suspenderá, respecto del progenitor que esté en situación de prisión o incurso en un proceso penal iniciado por VG." Asimismo, con respecto a la atención psicológica a la PME, no se requiere el consentimiento del progenitor agresor, ampliando la LOPIVI este requerimiento al no ser necesaria denuncia de la madre, siempre que esté recibiendo asistencia en un punto de VG. Otro foco que señala la LOPIVI es la no aceptación del Síndrome de Alienación Parental como argumento procesal por su falta de aval científico.

Algunos signos que pueden alertarnos de la violencia hacia los NNA por parte del agresor son si ha amenazado a la madre alguna vez con quitárselos o con "hacerle daño dónde más le duele", si interrumpe los tratamientos cuando están con el padre o si habla mal de ella o de su familia en presencia de los menores de edad.

Bibliografía

- <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm>
- García de Murcia, M. (2022). *Hacia la protección de las víctimas de violencia de género desde una perspectiva de derechos de infancia*. IgualdadES, 6, 299-320. doi: <https://doi.org/10.18042/cepc/lgdES.6.10>
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Otras formas de violencia contra la mujer. Violencia vicaria. Disponible en: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasformas/violenciavicaria/>



MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Nuestro papel como profesionales de la salud, en el que nos hacemos responsables de que los/as NNA crezcan saludables, con un adecuado desarrollo físico y psicoemocional, es fundamental para la protección y pronta detección de cualquier niña o adolescente que esté en riesgo de ser víctima de la Mutilación Genital Femenina (MGF). Desde atención primaria, a través de un seguimiento continuo de las menores de edad, de una relación de confianza y desde un abordaje con **visión intercultural**, vamos a poder apoyar a las familias y **consensuar con ellas medidas de protección**. Igualmente, en el ámbito hospitalario, es importante detectar cualquier menor de edad en riesgo en la que se objeque que no existe seguimiento por parte de primaria.

Aunque la detección del riesgo debe hacerse por parte de cualquier profesional de la salud que atienda a la persona menor de edad o a su familia (enfermería, profesionales de urgencias, ginecólogo/as o matronas, servicio de preventiva, etc.) o no sanitario, cómo el ámbito educativo o servicios sociales, son los equipos de Atención Primaria (pediatra- enfermero/a de pediatría y médico/a de familia- enfermero/a de familia), como garantes de salud, quienes deben evaluar y supervisar ese riesgo. Por todo ello los/as profesional de la salud son piezas clave para asegurar la prevención de la mutilación genital femenina de las menores de edad en riesgo. En 2017, Castilla-La Mancha publicó el [Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina](#), en el que se detallan todos los pasos a seguir en el abordaje de la MGF. Y en el 2025, se ha publicado un [Protocolo de actuación sanitaria ante la MGF en Castilla-La Mancha](#). Complementa a dicho protocolo la [Guía de actuación sanitaria ante MGF](#).

Son varios los factores de riesgo para una niña procedente de un país donde se realiza la MGF, tanto si es recién nacida en España, como si es recién llegada a nuestro país: que la madre u otras mujeres de la familia presenten MGF; pertenecer a una etnia en la que, para ser aceptada en sociedad, la mujer deba tener “el corte” realizado; tener el mito del retorno muy presente y tener previsto un posible matrimonio; un caso de especial riesgo, de riesgo inminente, es el viaje de la menor de edad a su país de origen.

La postura del equipo de atención primaria ante una niña o adolescente con estos factores de riesgo debe ser proactiva y desde el inicio entablar una relación de confianza con la familia para poder abordar el tema de la MGF, siendo conscientes de los prejuicios existentes alrededor de esta práctica, sin culpabilizar, sin imponer su visión, ni juzgar, es decir, hacer una aproximación desde una perspectiva de género y con sensibilidad cultural. Se debe dialogar con la familia para conocer su **posicionamiento ante la MGF** en general y en particular de su hija, explorar el valor de la pertenencia a la etnia y a su aceptación en sociedad como mujer e **informales de las consecuencias físicas, psicológicas y legales de la MGF**. En el caso de que nos digan que no quieren realizar el corte a la niña o adolescente, es importante reforzar su conducta, afianzando así la confianza. Todas estas cuestiones tienen que abordarse de forma progresiva, en las distintas revisiones que realicemos a la menor de edad y deben registrarse en su historia clínica, al igual que la exploración de los genitales.

Es importante recordar a estas familias que **siempre que vayan a viajar a su país tienen que pasar por la consulta del pediatra o médico/a de familia en atención primaria para preparar el viaje**, explicarles el valor que tiene la firma del compromiso preventivo frente a sus familiares, donde el peso legal de la MGF puede ser esgrimido para proteger a la menor de edad. Cuando nos encontramos ante el caso de una niña o adolescente con factores de riesgo que viaja de forma inminente a su país de origen, estamos ante el **riesgo inminente de su posible mutilación genital**. Estos casos precisan de un abordaje especial con una rápida actuación, para hablar con la familia, con el



fin de plantear la firma del documento de compromiso preventivo de MGF por ambos progenitores, disponible en 3 idiomas, dejar constancia de la exploración de genitales en ese momento y programar con ellos una visita post-viaje en la que comprobaremos que la menor de edad no ha sido mutilada. En el caso de que nos encontremos en una situación de riesgo inminente con una actitud de los progenitores a favor de la MGF de la menor de edad, debemos activar todos los mecanismos de protección y comunicar la situación de forma urgente al trabajador social sanitario, los servicios sociales (Equipo Interdisciplinar de Protección a la infancia) y asociaciones especializadas.

Para el abordaje de esta situación, es importante estar en comunicación constante con otros/as profesionales que tengan alguna relación con la familia, como sus referentes de Medicina de Familia y de Enfermería de Familia, trabajador/a social del centro sanitario y tener en cuenta la importante labor que puede realizar la **mediadora intercultural**, tanto para superar la barrera idiomática como la cultural. De esta manera se pueden prevenir malentendidos en relación a la postura ante la MGF de la familia de la niña o a las negativas de la exploración de los genitales de la niña o a la firma del compromiso preventivo. La intermediación de la mediadora puede aproximar posturas y evitar conflictos. Si no existe Mediadora intercultural en nuestro ámbito de trabajo, podemos recurrir a distintas ONGs y asociaciones con experiencia en el abordaje de la MGF.

En el caso de que la menor de edad esté ya mutilada cuando llegue a nuestro país, debemos dejarlo registrado en su historia clínica (CIE-9 629.2; CIE-10 N90.81), explorar las secuelas físicas y psicológicas que presenta y valorar la necesidad de ser derivada al servicio hospitalario (ginecología y/o salud mental).

RECOMENDACIONES PARA ABORDAR LA PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

- Aprovechar cuando esté el padre en la consulta, DIALOGAR, NO CULPABILIZAR NI HUMILLAR, conseguir una relación de confianza.
- Explorar el mito de retorno, del valor de la pertenencia a la etnia.
- Dejar reseñada en texto libre la conversación con los progenitores en un episodio de RIESGO.
- Mostrar un mapa de la MGF.
- Explicar las consecuencias físicas y psíquicas para la menor de edad de la MGF, las consecuencias legales y la existencia de un compromiso preventivo.
- Contactar con el trabajador social y valorar la necesidad de mediador intercultural. Contactar con el médico/a de atención primaria y enfermería de adultos de los progenitores.

Bibliografía

- Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha Instituto de la Mujer de Castilla. Disponible en: <https://institutomujer.castillalamancha.es/protocolo-de-mutilacion-genital-femenina>
- Protocolo de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en Castilla-La Mancha. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20250701/dgcc_-_protocolo_de_actuacion_sanitaria_ante_la_mutilacion_genital_femenina_en_clm.pdf
- Guía de actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina en CLM. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20250701/dgcc-_guia_mgf_clm.pdf



SUMISIÓN QUÍMICA

La sumisión química (SQ) es una forma emergente de violencia, que consiste en la administración, tanto oral como pinchadas, de sustancias psicoactivas a una persona sin su consentimiento con fines delictivos, siendo el más frecuente la violencia sexual a mujeres (93%), de ahí el término anglosajón de DFSA (*drug facilitated sexual assault*) traducido a agresión sexual facilitada por alcohol o drogas (ASFAD). En 2021, 1 de cada 3 violaciones se realizaron bajo sumisión y/o vulnerabilidad química (SVQ), 23% de las cuales fueron en menores de edad. Incluye todas las figuras delictivas asociadas a esta práctica, como robos, extorsión y/o maltrato e incapacitación a personas mayores o a personas enfermas o menores de edad para calmarles y modificar su comportamiento. Todos los casos, incluida la agresión por “pinchazo”, están tipificados en el Código Penal como delito de lesiones y delito público perseguible de oficio, por lo que la autoridad policial, fiscal y/o judicial actuará desde el momento que tenga conocimiento de su comisión. Por todo ello el SESCOG publicó en 2022, un protocolo de actuación: *Protocolo de asistencia a víctimas de sospecha de sumisión química y/o agresión a través de pinchazo*. En 2025, se acaba de publicar una versión actualizada enfocada al ámbito sanitario: *Protocolo de actuación sanitaria ante la agresión por sumisión química y pinchazo en Castilla-La Mancha*.

Existen 3 tipos de Sumisión y/o Vulnerabilidad Química (SVQ):

- Sumisión química Oportunista: Código Violeta tipo 1: la víctima ingiere de manera voluntaria y consciente sustancias como drogas, medicamentos y/o bebidas alcohólicas y el agresor aprovecha su estado de vulnerabilidad para cometer los delitos: Vulnerabilidad Química [VQ].
- Sumisión química Proactiva/ variante a través de la inoculación o pinchazo: Código Violeta tipo 2/2.1: el agresor intoxica a la víctima de forma deliberada sin el consentimiento ni conocimiento de esta. Cuando se utiliza el método de pinchazo con elemento punzante se denomina tipo 2.1.
- Sumisión química Mixta: Código Violeta tipo 3: al consumo voluntario de sustancias se le añade el consumo involuntario: es el tipo más frecuente.

El alcohol es la sustancia psicoactiva empleada en el 70% de los casos, al que en ocasiones se le suman otras drogas, que puede tomar la víctima de forma consciente o inconsciente. Existen más de 30 sustancias descritas en casos de SVQ, siendo las más frecuentes el cannabis, cocaína y éxtasis (MDMA). También las benzodiacepinas, que se obtienen fácilmente y se detectan en orina hasta 240 horas después de la administración de una dosis única vía oral; el Gammahidroxibutirato (GHB) o éxtasis líquido, droga de la violación, que se ha visto implicado en muchos casos de sumisión química, tiene efecto rápido y corto y desaparece en 5-8 horas de sangre y en 12 horas de la orina. En el laboratorio del hospital se realiza una prueba Multi Drogas en orina, en la que se pueden llegar a detectar hasta 29 sustancias posibles por inmunoensayo cromatográfico. (ver tabla de sustancias químicas más frecuentes del Protocolo del SESCOG).

Estas sustancias tienen en común un mecanismo de acción rápido y de corta duración, son activas a dosis bajas, producen síntomas poco específicos, se administran de forma discreta por vía oral, mezcladas con la bebida alcohólica se potencia su acción, no son detectables por la víctima, dado que no tienen sabor ni olor y además son fáciles de conseguir. Los efectos fundamentales de las sustancias psicoactivas buscados por el agresor y que facilitan la indefensión y vulnerabilidad de la víctima son la sedación, alteración del juicio de la realidad, la desinhibición sexual, actitud de consentimiento y automatismo, la amnesia anterógrada, total o parcial, desde el momento de la intoxicación y que



limita el relato de los hechos que pueda dar la víctima, lo que amplía su reticencia a poner una denuncia policial o judicial, sumado al sentimiento de culpa y de vergüenza. A pesar de todo ello, la denuncia de la víctima es crucial y debemos animarla a realizarla.

El perfil de la víctima es una mujer joven que acude a urgencias desorientada, angustiada y con sentimiento de culpa y amnesia total o parcial de lo sucedido, con un relato de los hechos algo confuso. Se encontraba en un contexto de ocio con amigos, recuerda haberse notado mareada y después se ha despertado con cefalea y malestar, en un lugar al que no recuerda haber llegado y con sensación de haber tenido relaciones sexuales no consentidas (ropa sucia, rota o mal puesta) o haber notado un pinchazo previo a la sensación de mareo. El agresor suele ser un varón y en el 70% de los casos, es un conocido de la víctima.

Este fenómeno es un problema de salud creciente desde 1999, probablemente por 3 razones: las víctimas se animan a denunciarlo más, los profesionales de la salud lo buscan y lo diagnostican más y porque los agresores están más informados y tienen fácil acceso a las drogas por internet. Con el fin de coordinar la intervención sanitaria, las actuaciones a seguir en estos casos vienen detalladas en el *Protocolo del SESCAM de asistencia a víctimas de SQ y/o agresión a través de pinchazos*, con algoritmos de actuación sanitaria, tanto en atención primaria como en hospitalaria, detallando la necesidad de exploración siempre con testigos, de preferencia sanitarios, documentar la sintomatología referida y su curso y el consumo voluntario de alcohol, drogas y/o de medicamentos, sin juzgar ni avergonzar a la víctima. También es preciso documentar si se ha administrado en el servicio de urgencias medicación psicoactiva (típicamente ansiolítica) a raíz de los hechos y antes de la toma de muestras.

Asimismo se debe avisar al/la jefe de guardia de la existencia de un Código Violeta en Urgencias, y activar el protocolo de agresión sexual, con notificación al ginecólogo/a y al juez/a que avisará al médico/a forense, con recogida de muestras y su cadena de custodia. Además, se incide en la necesidad de garantizar la continuidad asistencial, asegurando un seguimiento posterior por parte de su pediatra o médico/a de atención primaria.

Ante este fenómeno creciente tenemos que tener clara la importancia de una actuación precoz para conseguir muestras y poder poner en evidencia la intoxicación y así evitar que la SVQ se quede sin diagnosticar y animar a la víctima a romper su silencio compartiendo el dolor ya que hace parte del proceso curativo, así como denunciar los hechos, con el fin de conseguir completar la investigación del caso y visibilizar esta nueva forma de violencia contra las mujeres adolescentes.

Bibliografía

- Protocolo de asistencia a víctimas de sospecha de sumisión química y/o agresión a través de pinchazo:. Disponible en: <https://institutomujer.castillalamancha.es/content/protocolo-de-asistencia-victimas-de-sospecha-de-sumision-quimica-yo-agresion-traves-de>
- *Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual*. Ministerio de Sanidad. 2023. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/GUIA_PAUTAS_BASICAS-SNS_VSEXUAL_07-03-2023_web.pdf
- Martín MT Acero. *Abordaje integral de la Sumisión Química en mujeres: la experiencia del Hospital Clínico San Carlos de Madrid*, Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/justicia/jornada_26_sept_dgm_visibilizando_realidades.pdf
- López Hidalgo E. Sumisión Química. Guía informativa para adolescentes y jóvenes. *Cuad. med. forense* vol.24 no.1-2 Málaga ene./jun. 2018.
- Cruz Landeira A, Quintela Jorge O, López Rivadulla M. Sumisión Química: epidemiología y claves para su diagnóstico. *Med Clin (Barc)* 2008 Dec 6;131(20):783-9.



OTRAS FORMAS DE VIOLENCIA

TRASTORNO FACTICIO INDUCIDO POR LA PERSONA CUIDADORA

► **Esther Tobarra Sánchez.** *Pediatra Comunitaria. Servicio de Salud de Cardiff, Gales. Reino Unido.*

Presentaciones desconcertantes y síntomas médicamente inexplicados

El punto común de estas presentaciones desconcertantes radica en que la clínica de la persona menor de edad (PME) no se explica adecuadamente por ninguna enfermedad confirmada, y los cuidadores buscan de forma reiterada asistencia médica, investigaciones y tratamientos afectando al bienestar del niño, niña o adolescente (NNA).

Desde que se describió por primera vez el Síndrome de Munchausen por poderes en 1977 otros términos se han introducido en la literatura. Los síntomas médicamente inexplicados o trastornos funcionales, aunque pueden ser genuinos y padecidos, no se explican por ninguna patología médica. Suelen estar relacionados con factores subyacentes (normalmente psicosociales). Las presentaciones desconcertantes es un término que se ha introducido para describir situaciones en las que puede existir riesgo de enfermedad fabricada (discrepancias, síntomas poco explicados, descripciones no plausibles) pero no existe aún suficiente evidencia o la PME no está en riesgo de sufrir un daño serio en su salud. Sin embargo, existe un espectro de presentación menos habitual, el **trastorno facticio inducido por la persona cuidadora**, denominado con anterioridad Síndrome de Munchausen por poderes, es un tipo de maltrato donde la salud del NNA está en riesgo debido a acciones de los progenitores para convencer a los médicos de la presencia de enfermedad o por las acciones de los médicos para tratar los supuestos síntomas o enfermedad. En ese caso, los cuidadores engañan deliberadamente, con la falsificación de pruebas o inducción de enfermedad, o la exageración y elucubración de síntomas asociados a una enfermedad ya diagnosticada. Ejemplo de enfermedades susceptibles de ser fabricadas son las que el paciente permanece asintomático entre episodios y no existen pruebas confirmatorias definitivas, como crisis convulsivas, apneas, asma, vómitos, problemas del comportamiento, fallo de medro o alteraciones sanguíneas. Tras revisar la cronología, puede quedar claro qué partes de la historia son poco fiables o falsas por hechos mutuamente excluyentes, inverosímiles y no atribuibles a ansiedad paterna, o creencias inapropiadas acerca de la salud. En el extremo del espectro, encontramos situaciones de alto riesgo para la salud del NNA en las que se pueden llegar a producir situaciones con compromiso vital como asfixia, envenenamiento o desnutrición.

Los profesionales de la salud pueden dudar a la hora de sospechar que los familiares/cuidadores puedan comportarse así, y sentirse presionados durante la atención clínica a investigar y tratar al NNA. No pensar en el trastorno facticio inducido por la persona cuidadora convierte al profesional sanitario en un instrumento involuntario pero necesario en este tipo de violencia contra la infancia. Las características principales incluyen:

- Cuidador que describe síntomas y signos no explicados claramente por ninguna condición médica tras el examen físico, ni por las pruebas complementarias.
- El NNA presenta una respuesta incongruente a los tratamientos, o con la resolución de los síntomas aparecen otros nuevos u ocurren en otros hermanos.



- Síntomas agudos o signos solamente observados en presencia de un cuidador, que normalmente, es el único que acompaña al NNA a la consulta, explica los síntomas o, incluso, impide a otros familiares participar en la enfermedad.
- La rutina y actividades normales de la vida del NNA se ven limitadas más allá de lo esperado, incluyendo su asistencia escolar y el uso de ayudas técnicas innecesarias como sillas de ruedas.
- El cuidador busca continuamente múltiples opiniones médicas.

Consecuencias para la NNA:

- Percepción desordenada de la salud y la enfermedad, lo que conduce a ansiedad y otros comportamientos anormales en relación con la percepción de la salud.
- Daño iatrogénico, pudiendo incluir hospitalizaciones, pruebas diagnósticas y exposición a radiación, tratamientos, nutrición artificial, ayudas técnicas o intervenciones quirúrgicas.
- Interferencia en las relaciones y actividades sociales del NNA y absentismo escolar.
- Aumento del riesgo de presentar otros tipos de violencia y de infratratamiento de condiciones reales de salud.

Recomendaciones de buena práctica en estos casos:

- Revisar la historia clínica y realizar una cronología detallada, incluyendo las fuentes de información, es la base para identificar discrepancias y servirá de informe para servicios sociales y como evidencia pericial en un posible juicio.
- Los profesionales de la salud deben evitar el daño iatrogénico, indicando únicamente las pruebas complementarias, tratamientos o revisiones claramente indicados, y estableciendo planes de reintroducción a las actividades de la vida normal del NNA mientras no se tenga constancia de patología.
- Los ingresos hospitalarios pueden ser útiles para aportar objetividad a la historia clínica. En estos casos, se recomienda no confrontar o acusar a los progenitores, sino explicar la preocupación por el NNA y la necesidad de mantener una observación estrecha para dilucidar qué le ocurre.
- Tranquilizar a los padres presentando el hecho de no encontrar causas para los síntomas como “buenas noticias”, con claras indicaciones de que no son necesarias más pruebas o tratamientos y que los síntomas mejorarán con el tiempo. Cuando esto es rechazado, o más aún, cuando se siguen describiendo nuevos síntomas, solicitan de forma insistente más estudios o tratamientos, así como segundas opiniones, es preciso estar alerta ante la posibilidad de trastorno facticio inducido por el cuidador.
- Es importante que el equipo pediátrico que aporte la segunda opinión sea puesto al tanto de todos los antecedentes.
- Ante la sospecha, se debe comunicar al trabajador social sanitario o, en su defecto, al trabajador social local/municipal (hoja de notificación de maltrato), valorar la gravedad de la situación y la seguridad del NNA (*capítulo 7*). La derivación al trabajador social también será precisa si se interrumpen las actividades de la vida normal, a pesar de las recomendaciones por parte del equipo sanitario por restablecerla, o si se pierde el contacto una vez que se ha establecido el estado de salud del NNA.
- En los casos de sospecha que requieren **actuación inmediata, por gravedad o riesgo vital**, se realizará un informe clínico, hoja de notificación y parte de lesiones; en el ámbito extrahospitalario se avisará a las Fuerzas



y Cuerpos de Seguridad, que una vez activadas, avisarán al juez de guardia del juzgado al cual corresponda el centro de salud y se derivará a la urgencia hospitalaria; en el ámbito hospitalario, se avisará al juzgado de guardia. En el caso de lesiones graves o necesidad de toma de muestras, serán quienes avisen al servicio de medicina forense que realizará la valoración en el centro hospitalario (*capítulo 9 y capítulo 10*).

- Se recomienda guardar las posibles evidencias de falsificación: biberones, pañales, muestras de sangre, orina o vómito. En **casos graves** de enfermedad fabricada no se recomienda alertar a los progenitores de las sospechas y se les debe restringir el acceso a la historia clínica. Debe reseñarse esta sospecha e informar al resto de profesionales.
- Si parece más bien un caso de síntomas inexplicados por ansiedad familiar, la intervención puede ser más conservadora, realizando un seguimiento interdisciplinar de la PME para asegurarnos de su seguridad y la ausencia de patología orgánica. Valorar la posibilidad de que el NNA adopte un rol de enfermo por problemas en la dinámica familiar y la derivación a salud mental infantojuvenil si fuera necesario.

Bibliografía

- Fabricated or Induced Illness by Carers: A practical guide for paediatricians. Royal College of Paediatrics and Child Health.
- Bass C, Glaser D. Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *Lancet*. 2014 Apr 19;383(9926):1412-21.
- Flaherty EG, Macmillan HL; Committee On Child Abuse And Neglect. Caregiver-fabricated illness in a child: a manifestation of child maltreatment. *Pediatrics*. 2013 Sep;132(3):590-7.



NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MIGRANTES NO ACOMPAÑADOS

► **Raquel Páez González.** *Pediatra de atención primaria. Centro de salud 5B. Albacete.*

1. Introducción

Se define **niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados (NNAMNA)** como aquel extranjero menor de dieciocho años con nacionalidad de un Estado al que no le sea de aplicación el régimen de la Unión Europea y que llegue a territorio español sin un adulto responsable de él.

La llegada de NNA a los países desarrollados durante las dos últimas décadas ha supuesto un fenómeno migratorio con importantes implicaciones éticas y políticas. La interpretación y aplicación de la Convención de los Derechos del Niño en cuanto a la consideración de estas personas menores de edad como «menores de edad primero y ante todo» ha sido desigual en los países de la Unión Europea y ha mostrado la tensión entre la necesidad del control migratorio y la aplicación de las políticas de protección.

La denominación **NNAMNA incorpora en sí misma el sufrimiento físico, social y psicológico** como consecuencia de la falta de cuidado y protección por parte de sus progenitores o del adulto que estuviera a su cargo. Los NNA podrían no haber solicitado asilo por miedo a la persecución, a la falta de protección ante violaciones de derechos humanos, conflictos armados y/o graves disturbios en su país de origen. Algunos de ellos pueden haber sido víctimas de tráfico de seres humanos u otro tipo de explotación, o pueden haber viajado a Europa huyendo de situaciones de pobreza. Muchos de estos NNA han vivido experiencias terribles y sobrevivido a circunstancias de extrema dureza. Algunos carecen de toda protección efectiva contra los daños y están expuestos a constantes violaciones de los derechos humanos en todas las etapas de sus viajes: al partir de su país de origen, por el camino cuando atraviesan distintas regiones y mares, a la llegada a sus destinos temporales o permanentes y, con frecuencia, en el país al que son devueltos cuando su viaje migratorio queda truncado.

Las políticas que separan a los progenitores de sus hijos e hijas en las fronteras, así como los prolongados trámites administrativos que retrasan por años la reunificación de los NNA con sus familias, pueden tener un efecto devastador en la salud y el bienestar de las personas afectadas. Es de gran importancia que se priorice la atención a las necesidades emocionales en un contexto donde las consideraciones jurídicas han prevalecido como principios de intervención.

Otros contextos relacionados con la migración con consecuencias dramáticas para los NNA son: la ausencia de procedimientos de salvamento que impidan la muerte de las personas menores de edad por ahogo o deshidratación durante los viajes migratorios; las deficiencias de la educación en los campamentos de refugiados; la inacción de los Estados ante la explotación sexual infantil; y las necesidades de atención a la salud física y mental no atendidas de los NNA desplazados.

2. Epidemiología

En el mundo hay 30 millones de NNA que viven lejos de sus hogares por haberse visto obligados a desplazarse a otro país. El fenómeno de la inmigración infantil irrumpió en España a partir de mediados de los años noventa, si bien es a



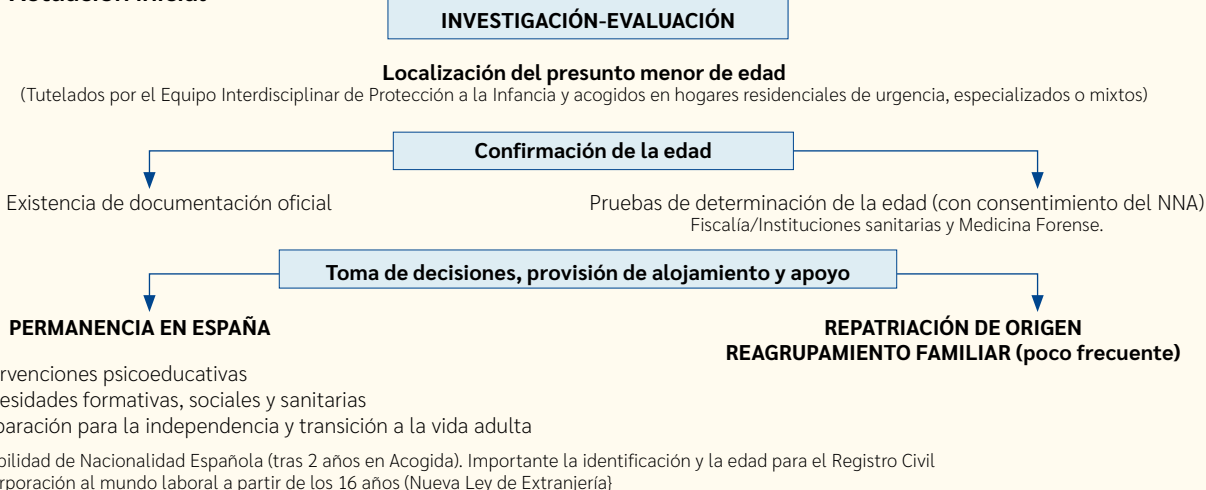
partir de 2002 y 2003 cuando presenta un mayor incremento. Los últimos datos ofrecidos por el **Registro de niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados** donde se les inscribe cuando su minoría de edad no ofrece dudas, o se determina mediante una serie de pruebas (edad ósea, dental,...), determinan que a finales de 2020 el número de NNAMNA que llegaron a territorio español fue de 9030, 75 de ellos a Castilla-La Mancha. Las comunidades a las que llegaron más NNAMNA fueron Andalucía, Canarias y Cataluña. En 2021 el número descendió a 4762, según cifras oficiales, de los que solo 109 fueron acogidos por familias y el resto y mayoría, 4653, en régimen de acogimiento residencial. En estos últimos años, cuatro de cada cinco personas menores de edad (PME) migraban solas en el momento en el que fueron registradas por el Ministerio Fiscal, siendo mayoritariamente procedentes de Marruecos, Argelia, Guinea, Mali y Costa de Marfil, aunque esta tendencia se está diversificando. El 95% de estas personas menores de 18 años son varones.

3. Actuación

La política sobre NNAMNA ha de hacer prevalecer su condición de personas menores de edad sobre la de migrantes y estar orientada al retorno a su país de origen, bien con su familia o bien en un centro de acogida de personas menores de edad en su país, como solución duradera y siempre que contribuya al interés superior del NNA. No obstante, mientras dure su permanencia en España, deben asegurarse todos sus derechos de conformidad con la Convención de los Derechos del Niño y la normativa española vigente.

La llegada de un NNAMNA a cualquier territorio del Estado español supone la asunción de su tutela por parte de las autoridades locales, responsables de la protección a la infancia en cada territorio. El reconocimiento de su condición de asegurado en relación con la asistencia sanitaria se realizará de oficio, previa presentación de la certificación de su tutela o guarda expedida por la Entidad Pública, durante el periodo de duración de las mismas.

Actuación inicial





4. Escenarios posibles de atención sanitaria

- **Reconocimiento médico del NNAMNA acompañado por el Equipo Interdisciplinar de Protección a la Infancia**
En este caso el médico prestará la atención sanitaria necesaria en cada caso siguiendo el protocolo desarrollado y atendiendo al interés superior del menor de edad.
- **NNAMNA acompañado de la autoridad policial.**
 - » Si indicación de tratamiento quirúrgico urgente por causa de enfermedad o necesidad de ingreso para la realización de pruebas diagnósticas y/o complementarias que necesiten consentimiento: se avisará al juzgado de guardia y se informará al trabajador social sanitario del hospital (hoja de notificación de maltrato infantil) que lo comunicará al Equipo Interdisciplinar de Protección a la Infancia.
 - » Si presencia de lesiones violentas: informe clínico, parte de lesiones y comunicación al trabajador social sanitario (hoja de notificación de maltrato infantil).
- **Identificación de la edad requerida por la autoridad fiscal. Protocolo médico forense en colaboración con otros servicios médicos (radiología).**
El ministerio fiscal, regido por el principio de celeridad, será el que ordene, previo consentimiento informado, la realización de pruebas médicas para determinar la edad, si fuese necesario.

5. Objetivos sanitarios

El estado de salud de los NNAMNA acogidos en el Sistema de Protección a la Infancia está marcado por la vivencia traumática de la ruptura con su familia y la alta probabilidad de haber sufrido agresiones físicas, vejaciones, privación de afecto y cuidados, violencia sexual o trata de personas; en definitiva, un proceso de migración con vulneración de gran parte de sus derechos como personas menores de edad. Los objetivos de la atención sanitaria son:

- Conocer y valorar el estado de salud de la PME a su llegada al centro de acogida. Diagnosticar y tratar las posibles enfermedades que presente. Las patologías más prevalentes estarán relacionadas con estados nutricionales deficientes, lesiones físicas y enfermedades infecciosas. Evaluar la posibilidad de embarazo.
- Evaluar y actualizar el estado vacunal, con respecto al calendario vacunal vigente en nuestra comunidad.
- Favorecer su integración en el programa de salud infantil y del adolescente, así como en actividades preventivas y de promoción de la salud adaptadas a su edad.
- Promover la detección de trata infantil e identificar y atender el riesgo de mutilación genital femenina.

6. Evaluación del estado de salud

La atención sanitaria en los NNAMNA se realizará con **perspectiva de género y sensibilidad cultural**. En su valoración, se tendrá en cuenta su estado de salud de origen, los riesgos a los que han podido estar sometidos y los hábitos adquiridos en su proceso migratorio. Se recomiendan las siguientes pautas para que sea respetuosa y efectiva:

- Planificación; teniendo en cuenta la participación de los distintos profesionales de atención primaria y hospitalaria, desde un abordaje interdisciplinar.
- Considerar un canal de comunicación y coordinación estable entre el centro sanitario y los recursos del Equipo Interdisciplinar de Protección a la Infancia.

- Valoración y seguimiento de la situación personal, familiar y social del NNA. Trabajo en red con los equipos incluida mediación intercultural.
- Conocer la situación administrativa y el tiempo que va a permanecer en nuestra área de salud: planes de futuro, colegio o instituto al que va a acudir, mundo laboral...
- Coordinación estable con las ONG especializadas en el apoyo a los NNA.

6.1 Anamnesis

Se intentará recoger toda la anamnesis posible tras intercambio con la red de profesionales de la guarda y del acompañamiento del NNA. También se detallarán datos referidos a indicadores y factores de riesgo, que se irán completando en sucesivas entrevistas. Una anamnesis correcta facilitará la adecuada evaluación de la salud del NNA y permitirá intervenir según los puntos vulnerables o factores de riesgo identificados.

La primera entrevista no debe ser “invasiva” sino “acogedora”; se ha de favorecer crear un clima acogedor y empático, evitando interrogatorios y preguntas intimidatorias. Hay que atender las distintas reacciones de miedo, inseguridad, desconfianza y tener en cuenta el prisma antropológico del país de origen: sus tradiciones, religión... También se debe evitar, en la medida de lo posible, hacer extracciones de muestras sanguíneas o vacunaciones múltiples. Valorar siempre la ayuda de los mediadores interculturales.

Es necesario preguntar específicamente por cada síntoma (cansancio, tos, prurito, diarrea, anorexia, dolor abdominal, pérdida de peso, cefalea...) ya que en multitud de ocasiones conviven con la sintomatología durante años, al igual que su familia o compañeros, asumiendo que es parte de su estado de salud.

Los documentos y tablas siguientes pertenecen a la [Guía clínica sobre la Atención a Menores no Acompañados](#) que la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía publicó en 2019.

Tabla 1. Datos de la anamnesis

DATOS	OBJETIVO
1. País y lugar de procedencia 2. Etnia 3. Ruta migratoria 4. Lengua materna, otros idiomas ...	• Identificar patologías endémicas de los diferentes países. • Identificar el idioma idóneo para la comunicación, así como aspectos culturales y antropológicos respecto a sus creencias y mitos sobre la salud y la enfermedad¹.
4. Motivo de la migración 5. Características del viaje	• Valorar posibles agresiones físicas² vejaciones, privación de afecto o de cuidados necesarios, abuso sexual o trata de personas.
6. Tiempo de estancia en España	• Considerar el periodo de incubación de enfermedades endémicas del país origen • Indagar sobre la existencia de informes o valoraciones sanitarias previas
7. Historia social. • Familiograma, Red familiar • Condiciones de vida, lugar de residencia • Contacto con familia de origen • Existencia de familia de acogida	• Valorar factores de riesgo y factores protectores psicosociales • Detectar situaciones de vulneración de sus derechos o maltrato. • “Señales de alerta” para la sospecha de trata
8. Hábitos tóxicos	• Detectar posible consumo de sustancias³.

9. Nivel escolar	• Identificar problemas de aprendizaje.
10. Antecedentes personales: • Enfermedades crónicas/tratamientos habituales • Intervenciones quirúrgicas • Alergias • Ingresos o cirugías previas • Transfusiones • Enfermedades familiares	• Obtener información clínica relevante. • Valorar la necesidad de atención especializada. • Descartar patologías hereditarias. • Descartar, en lo posible, enfermedades infecciosas en la familia.
11. Vacunas previas	Revisar documento de vacunaciones.
12. Enfermedad actual	• Conocer la presencia de síntomas actuales • Investigar síntomas compatibles con tuberculosis (fiebre prolongada, tos habitual...), ya que es una enfermedad prevalente con riesgo para el paciente y su entorno. • Descartar sarna y pediculosis.

1. En algunas religiones y etnias se practican ritos como circuncisión, tatuajes, mutilación genital femenina, medicina tradicional, que deben ser tenidos en cuenta antes de iniciar la exploración física. 2. Pueden solicitar asilo por refugiado. 3. Indagar sobre la inhalación de pegamento.

6.2 Exploración física

Sistemática y orientada en la búsqueda de patologías agudas y crónicas. Los NNA en los que se hayan detectado patologías que requieran interconsulta de otras especialidades o disciplinas deben ser derivados mediante circuito ordinario, preferente o urgente, según consideren los profesionales de la salud.

Tabla 2. Datos de la exploración física y objetivos	
ÓRGANO / APARATO	OBJETIVOS
1. Peso 2. Talla 3. Perímetro craneal.	Calcular IMC Valoración nutricional (uso de tablas de la OMS) ¹ .
4. Piel y mucosas	• Valoración de existencia de cicatriz de BCG (deltoides, antebrazo parte ventral, más frecuente que en muslo, glúteo). • Valoración de palidez cutáneo-mucosa. • Detección de lesiones o cicatrices de maltrato o signos de violencia autoinflingidas². • Detección de pediculosis, tiña, impétigo, sarna³. • Detección de signos de patología endémica: larva migrans, lepra, paquidermitis⁴, leishmaniasis cutánea, lesiones de rascado... • Detección de la presencia de nódulos o tumores. • Detección de candidiasis oral. • Detección de patología y/o irritación de mucosas.
5. Ojos y oídos	• Valoración básica de capacidad auditiva y agudeza visual. • Valoración de signos de irritación conjuntival⁵.
6. Cuello	• Detección de posibles adenopatías. • Valoración de glándula tiroides.

7. Abdomen	• Detección de masas y visceromegalias⁶.
8. Genitales externos	• Descartar malformaciones. • Detección de signos de infecciones de transmisión sexual (ITS). • Detección de casos de mutilación genital femenina. (MGF)⁷
9. Extremidades	• Detección de linfedema y/o adenopatías axilares e inguinales. • Valoración de defectos o limitaciones osteoarticulares⁸.
10. Neurológico	• Detección de déficits neurológicos (motores y/o sensitivos). • Valoración del desarrollo psicomotor⁹.
11. Valoración odontológica	• Todos los NNA deben ser valorados por odontología.

1. Desnutrición aguda: -2DS del Z score P/T y Desnutrición crónica: -2 DS del Z score de T/E. **2.** Lesiones paralelas (cortes en antebrazo). En los NNA son frecuentes las lesiones residuales de heridas autoinfligidas que pueden significar intentos fallidos de paso a Europa. **3.** Especialmente relevante en pacientes con historia de estancia actual o previa en centros de acogida. **4.** Frecuentemente, en la raza negra. **5.** Posible visualización de parásitos (loasis) en pacientes de África subsahariana. **6.** La esplenomegalia malárica hiperreactiva (EMH) en áreas endémicas de paludismo. **7.** Es preciso realizar un abordaje sensible, en un ambiente propicio. Preguntar a la persona menor de edad por posibles síntomas y siempre explicando la exploración a realizar por parte de un mediador/ traductor. **8.** Posibles casos de tortura, maltrato o fracturas no tratadas. **9.** Adquiere mayor relevancia cuanto menor es la edad del paciente. Es importante tener en cuenta que los menores de edad han sido expuestos (en mayor o menor medida) a una situación traumática o de estrés pudiendo presentar síntomas de retraso o limitación psicomotriz reversibles posteriormente. En casos de alteración neurológica y presencia de macrocefalia descartar toxoplasmosis, hipotiroidismo y malformaciones congénitas; si existe microcefalia descartar rubéola, toxoplasmosis, sífilis, virus zika (en áreas endémicas), así como otras infecciones de carácter universal como el citomegalovirus.

6.3 Exámenes complementarios

Individualizados y dirigidos a diagnosticar patologías sospechadas tras la anamnesis y exploración física. Hay recomendaciones generales para todos los NNA migrantes procedentes de países de renta baja y los refugiados¹. Considerar que los resultados serológicos y Mantoux pueden estar condicionados por infecciones crónicas latentes o desnutrición.

Tabla 3. Orientaciones diagnósticas según síntomas y signos clínicos

ORIENTACIONES DIAGNÓSTICAS SEGÚN SÍNTOMAS Y SIGNOS CLÍNICOS

- Fiebre: paludismo, virosis importadas (dengue).
- Diarrea: parasitosis intestinales (amebas, helmintos, paludismo).
- Prurito: sarna o escabiosis (predominio nocturno), filariasis.
- Anemia: carencial, paludismo, hemoglobinopatías, parasitosis.
- Eosinofilia: helmintos, parásitos tisulares.
- Hepatopatía: virus hepatitis B y C, absceso hepático amebiano, paludismo, leishmaniosis.
- Esplenomegalia: paludismo, esquistosomiasis, leishmaniosis, fiebre tifoidea, hemoglobinopatías.
- Hematuria: esquistosomiasis.
- Cardiopatía: enfermedad de Chagas.
- Adenopatías: tuberculosis, toxoplasmosis, tripanosomiasis africana.
- Síntomas respiratorios: tuberculosis.
- Convulsiones: paludismo, neurocisticercosis.
- Alteraciones cutáneas: larva migrans, oncocercosis, sarna, micosis

1. Masvidal i Aliberch R, Canadell i Villaret D. Actualización del Protocolo de Atención a las Niñas y Niños Inmigrantes. Revisión 2016. Form Act Pediatr Aten Prim. 2017;10;3-15.

Tabla 4. Pruebas complementarias

PRUEBA	OBSERVACIONES
Hemograma completo	• Permite la valoración de anemia y la forma eritrocitaria. • Presencia de eosinofilia (>7% y/o >500). • Síntomas y signos clínicos de infección.
Ferritina y sideremia	• Despistaje de ferropenia ($\pm$ anemia). • La ferritina es un marcador inflamatorio que en caso de encontrarse muy elevado orientaría a proceso inflamatorio crónico.
Radiografía de tórax	• Búsqueda activa¹ de casos de tuberculosis mediante radiografía de tórax en NNAMNA ≥ 14 años procedentes de países alta y media incidencia. Se recomienda realizar en las primeras 48 horas. En chicas, antes de realizar Rx, descartar embarazo. • En <14 años: sólo en el caso de existir síntomas sugerentes. • En caso de radiografía patológica, continuar estudio incluyendo la enfermedad/ infección tuberculosa en el diagnóstico diferencial.
Prueba de tuberculina (PT)/ IGRA (Interferon-Gamma Release Assay)	Se recomienda la búsqueda de la infección tuberculosa en NNAMNA procedentes de países alta y media incidencia, que se pueden beneficiar de un tratamiento preventivo, y que pueda asegurarse su seguimiento hasta finalización del tratamiento. La prueba de elección es el la Prueba de la Tuberculina (PT). Algoritmo decisión (independientemente del antecedente de vacunación BCG) 1. Induración <5 mm $\rightarrow$ Considerar no infectado. Excepciones: » Menores de 5 años procedentes de países de alta incidencia² $\rightarrow$ Solicitar IGRA » NNA inmunodeprimidos² $\rightarrow$ Solicitar IGRA » NNA con deficiente estado nutricional $\rightarrow$ Repetir PT. » Prueba realizada en las primeras semanas (<12 semanas) tras la llegada a España $\rightarrow$ Repetir PT 2. Induración ≥ 5 mm $\rightarrow$ Considerar infección si: » NNA en contacto con el caso índice o sospechoso de enfermedad tuberculosa. » NNA con sospecha clínica y/o radiológica de enfermedad tuberculosa. » NNA inmunodeprimidos. » NNA con conversión de la prueba de tuberculina previamente negativa. 3. Induración ≥ 10 mm $\rightarrow$ Considerar infección.
Serología HB (AgHBs, AchBc, AchBs)	Se recomienda realizar marcadores serológicos de virus hepatitis B (AgHBs, AchBs, AchBc) en NNAMNA procedentes de países de alto y moderado riesgo.
Parásitos intestinales	• Es necesaria la recogida de tres muestras³. • En caso de presencia de eosinofilia, si los parásitos son negativos en heces y no existe otra causa probable, es necesario profundizar en la investigación en una unidad especializada. • No está recomendado el uso de tratamiento antiparasitario empírico.

1. La detección activa de casos de tuberculosis en poblaciones de riesgo es una estrategia importante para el control de la infección, ya que permite la detección temprana y el tratamiento, reduce la morbilidad y la mortalidad individuales y previene la propagación. **2.** En NNA inmunodeprimidos o menores de 5 años se recomienda la estrategia secuencial PT(-)/ IGRA, ya que disminuye el número de falsos negativos. **3.** Aumenta la rentabilidad de la prueba el uso de recipientes que contengan merthiolate-yodo-formol ya que preserva tanto a los trofozoitos como a los quistes.

**Tabla 5. Pruebas complementarias**

PRUEBA	OBJETIVO CRIBADO	INDICACIÓN
Prueba del talón	Patología endocrino-metabólica	Realizar en menores de 2 años.
Serología	Portador o enfermo • VIH • VHC • Sífilis	• NNA de África subsahariana y adolescentes sexualmente activos. • Realizar serología VIH y VHC en NNA con antecedentes de riesgo (intervenciones, tatuajes, mutilación genital, transfusiones...) independientemente de la procedencia. • Ante sintomatología y/o antecedentes compatibles, independientemente de la procedencia.
Serología a Trypanosoma Cruzi	Enfermedad de Chagas	• NNA procedente de área endémica. • Hijo de madre originaria de áreas endémicas.
Tira reactiva de orina tras ejercicio	Esquistosomiasis urogenital	• NNA procedentes de África subsahariana • Si hematuria, investigar la presencia del parásito en orina¹.
Gota gruesa, extensión de sangre periférica o test rápido de malaria	Paludismo	• En todo paciente que presenta fiebre durante los primeros 3-4 meses tras su llegada de países endémicos. • Pacientes semimunes (que han sufrido malaria previamente) pueden presentar diferentes cuadros clínicos: vómitos, abdominalgia, diarrea, tos, encefalitis... por lo que debe siempre sospecharse.
Electroforesis de hemoglobinas o cromatografía de alta resolución	Hemoglobinopatías	• Es de especial interés la detección precoz de drepanocitosis. • Realizar el cribado a todos los menores de 5 años de edad de raza negra o con ancestros de raza negra².
Niveles de plomo	Detección de niveles de plomo elevados	• Realizar ante clínica compatible³: anemia, estreñimiento, letargia, abdominalgia, deterioro elevados del desarrollo psicomotor.
Serología VHA	Inmunidad frente a VHA (IgG VHA)	• Realizar serología sólo en mayores de siete años en los que presenten una condición de riesgo o posibilidad de viajar a sus países de procedencia⁴.
Test de embarazo	Detección de embarazo	• En todas las adolescentes.

1. Debe tomarse la muestra tras el ejercicio y entre las 11:00 y 14:00 (atendiendo al ritmo circadiano del parásito), la valoración por parte del microbiólogo debe ser poco después de su recogida. 2. Por encima de 5 años habitualmente ya han presentado sintomatología o signos analíticos. 3. Existe un mayor riesgo de exposición por las condiciones de habitabilidad de los países de origen (tuberías, pinturas de las casas, emisiones de humo e industriales, remedios tradicionales y otros...). 4. Es más eficiente conocer el estado serológico, que vacunar, ya que en países de alta prevalencia los NNA >7 años probablemente hayan pasado la enfermedad. La vacunación frente a hepatitis A, por tanto, sólo estaría recomendada en NNA susceptibles que presenten una condición de riesgo o posibilidad de viaje a su país de origen.

6.4 Estado psicosocial

El Equipo Interdisciplinar de Protección a la Infancia debe liderar la recopilación sobre las circunstancias socio familiares del NNAMNA e intentar, en lo posible, la reagrupación familiar y cubrir otras necesidades de protección que necesite. El proceso de adaptación psicosocial conlleva la obligación de comunicar regularmente su evolución y resultado al Ministerio Fiscal, quien actúa como superior vigilante de la actuación de las administraciones en el ejercicio de sus competencias. En la atención sanitaria, los profesionales de la salud realizarán una valoración psicosocial inicial, teniendo en cuenta la situación individual del NNA y las etapas de su proceso migratorio. El aspecto emocional deberá priorizarse en cualquier caso.


Tabla 6. Etapas del proceso migratorio

ETAPAS PROCESO MIGRATORIO	
Preparación del proyecto	Angustia y estrés
Llegada	Crisis de angustia, identidad y ansiedad. Se puede expresar de 3 formas: • Adaptativa: Situación objetiva de peligro. • Neurótica: respuesta exagerada: conductas de desajuste y bloqueo. • Psicótica: ruptura con la realidad.
Adaptación	Estado de ambivalencia y estado de duelo. Tristeza por lo dejado y la esperanza por el devenir. El grado de elaboración de esa ambivalencia, va a depender de las características individuales del niño/niña o adolescente y de la comunidad receptora.
Encrucijada/ Marginación	En caso de no resolverse la adaptación: volver es fracaso y quedarse es conflicto.

7. Plan de actuación

Tras la valoración del estado de salud, es necesario garantizar su protección y la satisfacción de sus cuidados y necesidades básicas, así como el respeto a sus derechos con procedimientos institucionales adaptados a sus necesidades y a su situación emocional; en un ambiente acogedor, preferentemente familiar, inclusivo y que respete su cultura y sus opiniones. Se procederá a indicar si necesita:

- Asistencia o valoración hospitalaria.
- Tratamiento farmacológico inicial.
- Seguimiento y tratamiento psicológico.
- Medidas de aislamiento infeccioso.
- Medidas de protección especiales (policiales, judiciales).
- Necesidades especiales.
- Propuestas para establecer el plan de cuidados: alimentación, higiene, estimulación.



Bibliografía

- *Guía para examen de salud inicial de menores extranjeros no acompañados (MENAs)*. Coordinación: Gloria Andérica Frías; Autoría: Mercedes Rivera Cuello...et al. Sevilla. Consejería de Salud y Familias, 2019.
Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Gu%C3%ADa_MENA2019_DEF_0.pdf
- Niños, niñas y adolescentes migrantes. Relevamiento de protocolos existentes. Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y México. Organización de los estados americanos. 2016.
Disponible en: http://www.iin.oea.org/pdf-iin/2016/publicaciones/Relevamiento_Protocolos_Migrantes.pdf
- Instrucción nº1/2017 de la Secretaría de Estado de Seguridad. Protocolo de Actuación policial con menores. Disponible en: <https://bienestaryproteccioninfantil.es/instruccion-no-1-2017-de-la-secretaria-de-estado-de-seguridad-por-la-que-se-actualiza-el-protocolo-de-actuacion-policial-con-menores-regula-la-actuacion-especifica-en-caso-de-desap/>
- Bravo, A., & Santos-González, I. (2017). Menores extranjeros no acompañados en España: necesidades y modelos de intervención. *Psychosocial Intervention*, 26(1), 55-62.
- Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha Instituto de la Mujer de Castilla. Disponible en: <https://institutomujer.castillalamancha.es/protocolo-de-mutilacion-genital-femenina>
- Baquero-Artigao F., del Rosal T., Falcón-Neyra L. et al. Actualización del diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. *An Pediatr (Barc)*. 2023;98:460-469.
- *Protocolo de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en Castilla-La Mancha*. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20250701/dgcc_-_protocolo_de_actuacion_sanitaria_ante_la_mutilacion_genital_femenina_en_clm.pdf
- *Guía de actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina en CLM*. Disponible en: https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20250701/dgcc-_guia_mgf_clm.pdf



TRATA DE NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES

- **Raquel Villarino Hita.** *Pediatra de Atención primaria. Centro de salud Sigüenza. Guadalajara.*
- **Marta Torrejón López.** *Residente de Pediatría. Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid.*
- **Raquel Páez González.** *Pediatra de Atención primaria. Centro de Salud 5B. Albacete.*

1. Introducción

La **trata de seres humanos** se define como la captación, transporte, traslado, acogida o recepción de personas, recurriendo a la amenaza o al uso de la fuerza u otras formas de coacción, al fraude, engaño, rapto, abuso de poder o de una situación de vulnerabilidad, o a la concesión de beneficios o pagos para obtener el consentimiento de una persona que tenga autoridad sobre la víctima, con fines de explotación.

En su informe de 2020, la ONU refiere que las mujeres son las principales víctimas de trata de personas. Las personas menores de edad (PME) representan un 33% de todas las víctimas, aumentando al 50% en países de baja renta, siendo más del 80% niñas. Los países o regiones con mayor prevalencia a nivel mundial son: África subsahariana, América Central y el Caribe, aumentando el riesgo en áreas transfronterizas.

A nivel global, los traficantes de personas se enfocan en poblaciones marginadas, migrantes en tránsito, inmigrantes indocumentados y personas que necesitan empleo desesperadamente. El tráfico de menores se dirige a víctimas de hogares extremadamente pobres, familias disfuncionales o aquellos que son abandonados sin el cuidado de sus padres.

En los países de mayores ingresos, las PME son traficadas principalmente con fines de explotación sexual (50%), trabajo forzoso (38%), penas forzadas (6%) y mendicidad, delincuencia, matrimonios u otros fines (1%). En España, recientemente ha sido publicado el informe “Son niños y niñas, son víctimas”, que recoge la estadística sobre la trata de seres humanos en menores de edad. En relación a la explotación sexual, el perfil mayoritario de las víctimas son adolescentes entre 14-17 años de Europa del Este, África subsahariana y América latina. También han empezado a detectarse casos de víctimas nacionales. No existen datos claros de la prevalencia de otras modalidades de trata, pero según las cifras presentadas por las autoridades se estima que las denuncias y los casos reconocidos sólo suponen aproximadamente un 20% de los casos reales.

La trata de seres humanos es considerada por la ONU como una forma de esclavitud contemporánea, atenta contra los Derechos Fundamentales y la dignidad de las personas y en el caso de las PME viola los Derechos del Niño recogidos en la Convención de las Naciones Unidas. El **Protocolo marco español para la protección de las víctimas de trata de seres humanos** (2011), que incluye el **Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica** (Convenio de Estambul) sienta las bases legislativas para la coordinación y la actuación de las distintas instituciones y entidades implicadas en este objetivo. Así mismo, nuestro sistema de protección a la infancia y adolescencia considera como situación de desamparo «la inducción a la mendicidad, delincuencia o prostitución, o cualquier otra explotación del menor de similar naturaleza o gravedad». Es importante recordar que las víctimas de trata no deben ser detenidas, acusadas o procesadas como

autores de delitos siempre que esos delitos sean consecuencia directa de su situación de trata, como ocurre en la mayoría de casos que implican niños, niñas o adolescentes (NNA). Los estados deben tomar las medidas necesarias para identificar y proteger a estos menores de edad.

Es importante que los profesionales de la salud podamos identificar las señales de alerta que nos hagan sospechar situaciones de riesgo de trata de seres humanos. La atención sanitaria en cualquier ámbito, generalmente en el servicio de urgencias, puede ser la única oportunidad para la detección y actuación ante esta forma de violencia.

2. Definición y modalidades de explotación

Los NNA son víctimas de trata cuando son captados con fines de explotación, pudiendo existir o no coacción, engaño, uso de violencia o abuso de una situación de poder, necesidad o vulnerabilidad. El delito de la trata comprende tres elementos: el acto, los medios y el propósito de la explotación (tabla 1).

Tabla 1. Elementos comprendidos en el delito de la trata

Un acto como:	Comprometidos por medio de:	Con fines de explotación, incluyendo:
• Captación • Transporte • Traslado • Acogida • Recepción: proveer dinero, obtener beneficios	• Amenaza • Uso de fuerza • Coerción • Secuestro • Fraude • Engaño • Abuso de poder • Abuso de vulnerabilidad	• Prostitución • Explotación sexual • Trabajo forzoso • Esclavitud o prácticas similares • Tráfico de órganos • Servidumbre

A su vez, se puede clasificar la explotación y la trata como:

- Tráfico doméstico: si se produce en el país de origen de esta persona.
- Tráfico transnacional: si se produce a través de las fronteras internacionales.

2.1. Explotación sexual

Se produce cuando una PME participa en actividades sexuales a cambio de ganancia económica o de otro tipo, como promesas de beneficio para ella o para una tercera persona. Entre las actividades ligadas a la explotación sexual encontramos:

- Prostitución.
- Esposa por correo (catálogos de mujeres con las que contraer matrimonio).
- Matrimonio con menores de edad.
- Producción o visualización de material que contiene violencia sexual infantil (anteriormente denominada “pornografía infantil”).
- Explotación sexual *online*.
- Actuar en eventos sexuales o “clubs”.



- *Survival sex* o sexo de supervivencia: intercambio de actividad sexual para cubrir necesidades básicas como hogar, comida o dinero, especialmente frecuente en jóvenes en fuga o sin hogar.

Las formas y los argumentos que usan para captar a las víctimas es distinto en las diferentes partes del mundo. En Europa, son adolescentes, mayoritariamente de Europa del Este y el método es el del Lover Boy, que consiste en enamorarlas aprovechando su vulnerabilidad. En África son captadas con la esperanza de salir de la pobreza, al igual que en América latina pero con la diferencia en esta última de que con frecuencia con los propios familiares o amigos de las víctimas los que forman parte de la red de trata. En relación a España, las víctimas nacionales o extranjeras son procedentes de ambientes muy vulnerables.

2.2. Matrimonios forzados

Un matrimonio infantil o precoz consiste en casarse o ser comprometida en contra de su voluntad, antes de los 18 años con una persona no elegida a cambio de una contrapartida en dinero o en especie entregada a sus progenitores, a su tutor o terceros. El matrimonio infantil afecta a las niñas de forma desproporcionada; a nivel mundial, la tasa de matrimonio infantil en niños equivale a una quinta parte que en niñas. Por ello, se considera una discriminación por razón de género y una forma de violencia de género y violencia sexual, en las que se priva a las personas menores de edad de sus derechos afectivos, sexuales y reproductivos, perjudicando su salud y crecimiento personal y limitando sus perspectivas de empoderamiento y desarrollo social.

A nivel mundial un 3,8% de los niños se casan antes de los 18 años y un 0,3% antes de los 15. En el caso de las niñas, se estima que a nivel mundial 650 millones de mujeres fueron casadas cuando durante la infancia. Hoy en día, de los 1.100 millones de niñas en el mundo, más de un 20% se casarán antes de cumplir la mayoría de edad. Además, esta falta de acceso a la educación y a la información en el género femenino, conlleva una mayor exposición potencial a infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, abortos en condiciones de riesgo, mortalidad y morbilidad maternas, menos posibilidades de tomar decisiones importantes sobre su salud sexual y reproductiva, como la negociación de prácticas sexuales sin riesgo y prácticas anticonceptivas.

El matrimonio infantil, precoz y forzado puede dar lugar a situaciones que se corresponden con las definiciones jurídicas internacionales de esclavitud y prácticas como matrimonio servil, esclavitud sexual, trata de personas y trabajo forzoso. Entre las causas del matrimonio forzoso infantil encontramos:

- La pobreza es la causa más frecuente. Familias desesperadas pueden ofrecer a sus hijas a cambio de una dote. En otras ocasiones, es la familia de la niña la que tiene que pagar la dote, la cual será mayor en función del nivel educativo o estatus social; así, en matrimonios a edades tempranas pagarán menos dote.
- Como medio para ocultar una violación o secuestro, o pago de deudas.
- Para proteger “el honor familiar” al ocultar relaciones sexuales o embarazos extramatrimoniales.
- Durante los conflictos bélicos y otras crisis humanitarias los progenitores a menudo consideran el matrimonio como una forma de “proteger” a sus hijas de la violencia. Por motivos de seguridad, las niñas son las primeras en ser sacadas de la escuela, lo que limita su acceso a la educación. La escasa formación, sumada al hecho de que se las recluye en el hogar, da lugar a la percepción de que las niñas de la familia se convertirán en una carga financiera y de que el matrimonio puede brindarles “protección” contra ataques sexuales y estabilidad económica.



- En situación de refugiados, las menores de edad son casadas con los hombres de la comunidad de acogida con la idea de “integrarlas” en la misma.
- Discriminación y las desiguales por razón de género: simplemente por pertenecer a un género o constructo social al que se le suponen menos derechos y falta de autonomía.
- En ciertos grupos étnicos esta práctica se ha considerado como culturalmente propia, pero lo cierto es que constituye una forma de violencia sexual infantil.

2.3. Trabajo laboral infantil

Dado que las PME pueden trabajar en algunos países de forma legal desde los 14 años (en España la edad mínima se sitúa en los 16 años), a partir de esa edad es necesario que exista uso de fuerza, fraude o coacción para que se considere tráfico laboral infantil. Se estima que cerca de 3,3 millones de NNA realizaron trabajo forzado en 2021, de los cuales 1,7 millones fueron víctimas de explotación sexual comercial. Los varones jóvenes son captados para trabajos de construcción mientras que las niñas están dirigidas a la servidumbre doméstica y la explotación sexual. Dentro de este tipo de explotación se distinguen:

- Servidumbre por deudas o *debt bondage*, se produce cuando una persona trabaja para pagar una deuda inabarcable sin condiciones definidas o en la que el valor de los servicios de la víctima no se aplica al pago de la deuda. En esta modalidad la víctima queda atrapada trabajando de forma forzada.
- Trabajo forzoso o *forced labor* que ocurre cuando el NNA es obligado a trabajar en contra de su voluntad bajo amenaza de violencia u otro castigo o bajo intenso control. Los NNA pueden trabajar en plantaciones, minas u otras situaciones peligrosas, como manejar sustancias químicas, pesticidas u operar maquinaria peligrosa.
- Empleo doméstico que suele afectar a niñas a las que se les retira la documentación y dependen de sus explotadores para recibir alimentos y alojamiento. Pueden ser enviadas a vivir con otras familias aparentemente para recibir educación y una vida mejor, aunque son situaciones de servidumbre doméstica y sexual.

2.4. Mendicidad y comisión de delitos

Se refiere a la mendicidad forzosa o la explotación para realizar actividades delictivas como: robos, hurtos, tráfico de estupefacientes y otras actividades penadas legalmente que implican ganancia económica. En España la mayoría de estas PME provienen de Rumanía, Bulgaria y Marruecos, siendo nuestro país de tránsito hacia otros destinos como Alemania, Francia o Portugal. No se conocen con exactitud los medios de captación de estos NNA. En ocasiones, con connivencia de su familia, son explotados directamente o cedidos a las mafias. Se piensa que existe una red detrás de la mendicidad forzada, dado que en muchos casos los niños provienen de la misma ciudad o región. Las mafias fuerzan a los NNA a distintas modalidades de trata, ya sea de forma simultánea o al alcanzar una edad en la que no son rentables para la mendicidad. Estos NNA suelen tener aprendido y pactado el discurso que deben formular en caso de tener que comunicarse con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FFCCSE) o la Fiscalía (edad, vivienda, convivientes...), escapando de este modo del sistema y volviendo con sus explotadores.



2.5. Otros tipos de trata de NNA

- Conscripción o reclutamiento militar de NNA. Algunos se unen debido a la pobreza, otros son reclutados a la fuerza o secuestrados. Son empleados como mensajeros, combatientes, esposas....
- Adopción irregular: en algunas ocasiones las mujeres en situación de vulnerabilidad venden a sus bebés o hijos pequeños. Otras veces son robados a sus madres.
- Tráfico de órganos: es una modalidad de trata que se está extendiendo, aunque no existen estadísticas en el momento actual que nos indiquen el alcance de esta práctica. La organización de Naciones Unidas lo ha clasificado en tres modalidades:
 - » Víctimas forzadas o engañadas para entregar o donar un órgano.
 - » Víctimas que formal o informalmente acceden a vender un órgano, pero no reciben el dinero o reciben menos de lo acordado.
 - » Víctimas vulnerables que son tratadas por una enfermedad que puede o no existir. En el proceso del “tratamiento”, uno o más órganos son extirpados sin el conocimiento de la víctima o falseando la información.

3. Factores de riesgo

Se han identificado ciertos factores de riesgo con respecto a la trata de NNA:

- NNA que sufren violencia, abandono o proceden de un contexto familiar o social desestructurado.
- NNA que viven en situaciones sociales o económicas difíciles, analfabetos o con un nivel educativo limitado.
- NNA inmersos en una situación de crisis humanitaria o bélica.
- NNA extranjeros, en particular los niños, niñas y adolescentes migrantes no acompañados (NNAMNA).
- NNA con un grado bajo de madurez, discapacidad intelectual o que presentan problemas de salud mental.
- NNA localizados en lugares aislados o remotos u ocultos, que generalmente desconocen o no se relacionan con su entorno.
- NNA pertenecientes a una comunidad o minoría.
- NNA sometidos y explotados a partir de una adicción.
- NNA activos en las redes de internet sin control parental.

4. Diagnóstico y manejo

4.1. Detección

La mayoría de los casos se detectan por denuncia de la víctima o de terceros o por investigación de las FFCCSE, pero como profesionales de la salud, debemos tener los conocimientos necesarios y detectar los indicios que nos pongan en alerta. Hasta un 30% de las víctimas son recibidas en los servicios de salud y rara vez son reconocidas como tales. Ante la sospecha de un posible caso de trata de seres humanos en el ámbito sanitario, antes de devolver al NNA a un adulto que dice ser su progenitor o tutor legal, debemos verificar dicha relación y comprobar que no está siendo explotado por dicha persona. En España, solo pueden realizar la identificación formal las unidades policiales con



formación específica. Por ello, ante la sospecha de un posible caso de trata de seres humanos en el ámbito sanitario debemos comunicar la situación a las FFCCSE ([capítulos 9 y 10](#)).

Es importante conocer que el consentimiento de todo NNA para ser explotado es irrelevante, ya que no tendrán que probar que existió fraude, agresión o cualquier método de coacción para ser considerado víctima de trata.

Se han identificado unos indicios para facilitar la detección de PME en riesgo o víctimas de trata de seres humanos (tabla 2). Las víctimas de explotación sexual sufren los mismos indicadores que cualquier víctima de violencia sexual ([capítulo 3; apartado 5: Indicadores](#)). Es muy difícil detectar a niñas víctimas de trata con fines de explotación sexual, dado que además del alto nivel de control, muchas tienen vínculos familiares o personales con los miembros de la red de trata y pueden desarrollar un síndrome de Estocolmo que les haga percibir como protectores a los tratantes.

Tabla 2. Indicadores de alerta de trata de seres humanos

En la entrada de un país	
	• Carencia o falsificación de los documentos de identidad o incoherencia con la edad, nacionalidad, lenguaje, comportamiento y lo descrito en los documentos. • Signos de daño físico o negligencia. • Desconocimiento del idioma. • Desconocimiento de la ruta desde origen a destino. • Separación de sus familias o entorno: viajan solos, parecen tener miedo de sus acompañantes, viajan con otras PME o con adultos que no son sus familiares. • NNA acompañado de un adulto que no le permite contestar a las preguntas. • Necesidad de ocultarse durante el transporte. • Proceder de un grupo minoritario, discriminado o afectado por crisis naturales, conflictos armados o políticos, crisis económicas...
En el entorno	
	• Falta de escolarización. • Falta de hogar. • Convivencia con personas desconocidas. • Hacinamiento en las zonas destinadas a dormir, condiciones de alojamiento insalubres, falta de privacidad. • Ropa, juguetes y posesiones poco adecuadas para la edad o ausencia de los mismos.
En la conducta	
	• Signos de miedo, ansiedad, dificultad para mantener conversación, aislamiento, evitación del contacto visual. • Problemas para recordar (memoria sensorial e incompleta), mantener la concentración y regular sus respuestas emocionales. • Respuestas incoherentes o que parecen aleccionadas por un adulto. • Comportamiento que no corresponde con la edad. • Retraso en el aprendizaje. • Retraso psicomotor o trastorno de déficit de atención o hiperactividad. • Conductas regresivas, labilidad afectiva. • Dificultad para confiar o excesiva confianza con los extraños. • Dependiente de otros (a veces tiene un apego complejo con los traficantes o con las víctimas). • Evidencia de consumo de drogas, alcohol u otras sustancias de abuso.

- Conductas delictivas o autodestructivas hacia sí mismos o agresivas hacia otros.
- Agresión sexual como motivo de consultas.
- Visitas frecuentes a los servicios de emergencia.

Entre los Indicadores de **alerta de mendicidad, esclavitud o trabajos forzados** encontramos (tabla 3).

Tabla 3: Indicadores de alerta de mendicidad, esclavitud o trabajos forzados

- El NNA no tiene la edad legal para trabajar o, en su caso, no existe un permiso del tutor o representante legal.
- Retención por parte del empleador de documentos de identidad y del dinero, no lleva dinero en efectivo consigo.
- Realización de actividades ilícitas o humillantes o trabajos peligrosos sin el equipamiento de protección adecuado.
- Entorno laboral insalubre, con poca luz y ventilación, ausencia de calefacción o de muy difícil acceso, a veces importantes medidas de seguridad para acceder.
- Vive en hogares masificados y se le descuenta el alquiler, la comida y otros productos esenciales del sueldo.
- Limitación de acceso al sistema de salud o a tratamientos (lesiones inexplicadas, enfermedades no atendidas, etc.).
- No hay advertencias de seguridad o salud en el lugar de trabajo.
- Las condiciones de trabajo infringen la legislación laboral y los convenios colectivos.
- El NNA tiene un aspecto cansado, agotado o desaliñado.
- El NNA no sabe dónde se encuentra ni conoce la dirección.
- Pago del salario en especie.
- Deuda importante que no puede pagar.
- Pago de todo o parte del salario por parte del empresario a un intermediario y no al trabajador.
- Grupo étnico excesivamente representado en el lugar de trabajo.
- Los trabajadores viven en el lugar de trabajo.
- El NNA mendiga durante todo el día, incluso si está enfermo.
- Se traslada al NNA de un lugar a otro para que mendigue sin su consentimiento.
- Aparenta padecer una discapacidad.
- Está vendiendo/ocultando/transportando armas o sustancias ilícitas.
- Parece atemorizado/a, ansioso/a, no establece contacto visual, duda en su discurso o en su comportamiento, da explicaciones ambivalentes, inconsistentes o incomprensibles.

4.2. Particularidades de la actuación ante un NNA víctima de trata

Es importante recordar que en los casos de sospecha de violencia sexual, la evaluación asistencial ha de ser en el hospital y debe llevarse a cabo de manera conjunta y coordinada con los facultativos especialistas (ginecología, pediatría...) y el médico/a forense para evitar la revictimización ([capítulo 3](#)). Ante la sospecha de una víctima de trata, los profesionales de la salud deben planificar el tipo de entrevista a realizar y establecer la seguridad tanto del paciente como del profesional ([capítulo 1](#); [apartado 6: Entrevista clínica en situaciones de violencia](#)).

Debemos tener en cuenta que estos NNA son víctimas de un trauma y que pueden mostrar respuestas y comportamientos acordes al mismo, como por ejemplo, quedarse congelados, con dificultad para concentrarse, desconectar en algunos momentos, tener dificultades para recordar, con narrativa inconsistente o falten detalles, o para pensar de forma racional, para seguir horarios o para tomar decisiones, etc. Es importante explicarles que es parte del proceso que está viviendo. Para mitigarlo, podemos realizar la siguiente preparación:



- Dar descansos frecuentes.
- Tener elementos sensoriales o juguetes “antiestrés” al alcance.
- Cambiar la forma de comunicar o el estilo de las preguntas.
- Establecer objetivos pequeños, ir paso a paso.
- Hacer algún ejercicio de concentración.
- Dar información de forma concreta y manejable, ofrecer folletos o recursos audiovisuales adicionales.
- Reafirmar las características positivas de la víctima.
- Evitar afirmaciones negativas.
- Normalizar las reacciones de la víctima.
- No juzgar, dar apoyo.
- No tomar las reacciones de la víctima de forma personal.

Posibles acompañantes del NNA	Características de la anamnesis	Principales motivos de consulta	Posible actitud del NNA
• Un adulto dominante que no le permite responder a preguntas • Un adulto no relacionado con el NNA. • Otras PME y solo un adulto.	• Retraso en la búsqueda de atención médica. • Inconsistente por parte del NNA o del acompañante. • Dificil de realizar debido a intoxicación por drogas, privación de sueño, falta de documentación, barrera idiomática...	• Violencia física o sexual. • Exposición a tóxicos o lesión relacionada con el trabajo. • Problemas de índole mental o emocional. • Síntomas o signos genitourinarios. • Ingesta o abuso de sustancias.	• Agresivo u hostil. • Avergonzado, con sentimiento de culpa o desesperanza. • Desconfiado o demasiado confiado con el profesional.

En el caso concreto de trata de seres humanos es importante documentar durante la exploración la presencia de tatuajes, especialmente aquellos que puedan tener relación con bandas o connotaciones sexuales, así como símbolos de dinero o códigos de barras que puedan sugerir que el/la paciente es propiedad de alguien. También prestar atención a artículos caros en su posesión, que parecen fuera de lugar con el aspecto general del NNA.

5. Pruebas complementarias ([capítulo 8](#))

6. Tratamiento y derivación

- Ofrecer profilaxis de ITS y anticoncepción de emergencia, así como profilaxis postexposición o preexposición para VIH si precisa ([capítulo 3; apartado 7.1: Agresión sexual aguda o reciente](#)).
- Ofrecer opciones de contracepción de larga duración y reversible. Dado que puede ser que tengamos una única posibilidad de interacción, debemos intentar resolver esta cuestión en la misma visita.
- Ofrecer vacunación de VPH en niñas y niños mayores de 9 años, y según su calendario vacunal, vacuna de virus hepatotropos disponibles (VHA, VHB) y de tétanos si existen heridas sugestivas.



7. Derivación

Una vez se identifiquen y traten los principales problemas médicos agudos, se realizará parte de lesiones y se informará a las FFCCSE y al juez de guardia. Es preciso cumplimentar la hoja de notificación de maltrato e informar al trabajador social sanitario. La víctima deberá ser ubicada en un centro de protección a la infancia con recursos especializados en víctimas de trata o, según los recursos disponibles, en algún centro de acogida de asociaciones, fundaciones u organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro que garanticen la seguridad de los NNA. Se le proveerá de alojamiento seguro, ayuda material, asistencia psicológica, médica y servicios de asesoramiento jurídico.

8. Conclusiones

En nuestro país, las personas menores de edad son destinadas sobre todo para la industria sexual, aunque existen otras modalidades como la mendicidad y los matrimonios forzados. Es primordial el abordaje multidisciplinar de atención a víctimas de trata. Es necesario aumentar la sensibilización del personal sanitario sobre esta forma de vulneración de los derechos de estos NNA. Asimismo, sin una adecuada formación profesional, consecuencia del anterior concepto, persistirán «pasando» delante de nosotros víctimas infantiles de trata, sin recibir la atención específica que precisan. Como en todas las situaciones relacionadas con la violencia es preciso activar la coordinación profesional y la necesaria cooperación institucional, así como incentivar la creación a nivel nacional de un mecanismo de registro, respetuoso con la protección de los derechos y datos de las PME, que favorezca la adecuada atención para las víctimas de trata.

9. Recursos

Protocolo existentes:

- Actuaciones para la detección y atención a Víctimas de Trata de Seres Humanos (TSH) Menores de Edad (http://www.observatoriodelainfancia.mscbs.gob.es/productos/pdf/Anexo_Protocolo_Marco_Menores_Victimas_TSH_aprobado_por_Ple-no1_12_2017.pdf)
- Anexo sobre “[Actuación sanitaria frente a la Trata con Fines de Explotación Sexual](#)” al protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género 201.

Bibliografía

- Pascual A. Fernández S. IV Plan de Acción contra la Explotación Sexual de la Infancia y la Adolescencia. 2021-2024, FAP-MI-ECPAT España. Junio 2020.
- Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 26 de abril de 2019 <https://www.refworld.org/es/pdfid/5d013b664.pdf>
- Greenbaum J, Crawford-Jakubiak JC. FAAD, Committee on Child Abuse and Neglect. Child Sex Trafficking and Commercial Sexual Exploitation: Health Care Needs of Victims. *Pediatrics*. 2015;135 (3):566-74.
- Plan Estratégico Nacional contra la trata y explotación sexual de seres humanos, (https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/prensa/balances-e-informes/2021/220112_Plan_nacional_TSH_PENTRA_FINAL_2021_2023.pdf).
- Castaño Reyero MJ, Adroher A. Son niños y niñas, son víctimas. Situación de los menores de edad víctimas de trata en España. Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones (IUEM), Universidad Pontificia Comillas. UNICEF Comité Español. Febrero 2017.
- UNODC, *Global Report on Trafficking in Persons 2020* (United Nations publication, Sales No. E.20.IV.3).



MALTRATO INSTITUCIONAL

► **Ana Isabel Yagüe.** *Psiquiatra. Unidad de Salud Mental Infanto-juvenil. Hospital Universitario de Toledo.*

Aportaciones al capítulo:

► **Rebeca López Herrero.** *Matrona Gerencia Atención Primaria de Toledo.*

1. Definición

El **maltrato institucional** se define como toda actuación sanitaria, política, social o jurídica que de manera directa o indirecta repercute negativamente en el curso de vida del NNA, impidiendo o vulnerando sus derechos. Como en otras modalidades de violencia, existe una asimetría de poder, de carácter transitorio o permanente según la relación entre el NNA y la institución. Puede producirse como consecuencia de una actuación de un profesional o por las propias normas de la institución, impidiendo el mejor desarrollo del sujeto con el que se interviene. También se produce por omisión cuando, por falta de atenciones por parte de los profesionales o de las mismas instituciones de las que el sujeto depende para su desarrollo, existe cualquier deficiencia que afecte a sus condiciones de vida, necesidades y derechos.

Generalmente se asocia el maltrato con el entorno familiar y/o doméstico, siendo la incidencia y gravedad del daño en estos contextos de mayor relevancia, con una responsabilidad cualitativa y cuantitativamente diferente al maltrato ocurrido en otros escenarios. Pero es evidente que los NNA se desarrollan en diferentes entornos vitales (escuela, centros sanitarios, juzgado, servicios sociales...) en los que es posible que no reciban el trato adecuado hasta el extremo de ser objeto de “maltrato”, con consecuencias legales y éticas.

El maltrato institucional sería deseable que se encuadrara sólo en un concepto teórico, sin una clara repercusión en la práctica, pero en la realidad profesional cotidiana se cometen escenarios con indicadores de maltrato institucional.

Un tipo de maltrato institucional y violencia de género es la violencia obstétrica (VO) definida por la OMS como aquella que sufren las mujeres durante el embarazo o el parto al recibir un maltrato físico, humillación y abuso verbal, o procedimientos médicos coercitivos o no consentidos. La OMS también incluye en las acciones de este tipo de violencia la no obtención de consentimiento informado, la negativa a administrar medicamentos para el dolor, un descuido de la atención o violaciones graves de la intimidad. En este sentido, la Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo establece en su capítulo II, artículo 27, que las administraciones públicas competentes promoverán la prestación de servicios de ginecología y obstetricia que respete y garantice los derechos sexuales y reproductivos, tanto en el ámbito de la sanidad pública como en la privada. A tal fin, los servicios públicos destinarán esfuerzos especiales a requerir consentimiento informado referente a prácticas invasivas, disminuir el intervencionismo evitando prácticas inadecuadas y sin evidencia científica, proporcionar un trato respetuoso, incluyendo información clara y respeto a la decisión sobre cómo alimentar los progenitores a sus recién nacidos y garantizar la no separación innecesaria de los recién nacidos de sus madres. En la misma línea, la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia establece en su artículo 26 medidas enfocadas a promover la atención



a las mujeres durante el período de gestación y facilitar el buen trato prenatal, así como promocionar un entorno obstétrico y perinatal seguro para la madre y el recién nacido.

Entre los indicadores de maltrato institucional encontramos los siguientes

Tabla 1. Indicadores de maltrato institucional

INDICADORES DE MALTRATO INSTITUCIONAL

- Los derechos del NNA no son el marco de referencia.
- Respuesta ausente o inadecuada a las características diversas de los NNA.
- Plantillas con escaso personal o profesionales en condiciones laborales precarias.
- Estrés laboral y falta de motivación.
- Deficiente intercambio y comunicación entre profesionales.
- Descoordinación entre servicios.
- Ausencia de evaluación y seguimiento de actuaciones.
- Supervisión inadecuada del trabajo.
- Cambios frecuentes de estrategias.
- Espacios físicos y recursos insuficientes para responder a las necesidades de la infancia vulnerable.

* FUENTE: Asociación Argentina de Prevención del Maltrato Infantil.

Algunas cuestiones relacionadas con la insuficiente dotación de recursos en la atención a la infancia vulnerable, en particular en lo referido a equipos interdisciplinarios específicos de cuidados paliativos pediátricos, de pediatría social o las diferencias en la atención a la salud mental perinatal, son aludidas como ejemplo. Estos indicadores pueden dar lugar a distintas interpretaciones condicionados por variables ideológicas y éticas. Algunos profesionales pueden considerarlos perjudiciales para el progreso integral de los sujetos a los que atienden; para otros, no serían expresión de maltrato, sino de no alcanzar una atención óptima, ideal. En general, la falta de recursos específicos no se consideraría maltrato institucional si esa atención está garantizada en el ámbito de la atención primaria y hospitalaria acorde con las buenas prácticas. En cualquier caso, estos dos conceptos sin límites definidos requieren una valoración exhaustiva de los recursos y de su distribución en una población determinada.

2. Prevención del maltrato institucional

La prevención o la minimización del maltrato institucional, requiere que los profesionales implicados asuman que hay diferentes niveles de responsabilidad; unos que dependen exclusivamente de la intervención individual del profesional y otros que dependen de la institución. Una de las dificultades más importantes en relación al maltrato institucional es el hecho de que muchos profesionales viven estos déficits como algo asumido y normalizado, como un hecho cotidiano, sin considerar la importancia que tiene vulnerar los derechos de los individuos. Por otro lado, la prevención del maltrato institucional lleva implícitas connotaciones legales, requeriría una denuncia previa sin garantía de que se considere objeto de intervención de la autoridad judicial.

La experiencia muestra que los NNA con mayor vulnerabilidad, entre los que se encuentran los que presentan discapacidad, trastornos de la salud mental y patología crónica compleja, presentan mayores necesidades de atención



y coordinación de múltiples instituciones y recursos, no siempre accesibles en su entorno cercano, lo que da lugar a situaciones de inequidad y maltrato institucional. Además, este grupo de población asocia con frecuencia limitaciones para defender sus derechos, siendo una responsabilidad profesional e institucional la puesta en marcha de propuestas que mejoren su atención ([capítulo 5; apartado 6: Violencia institucional y discapacidad](#)). En esta línea, la Asociación Vasca para la Ayuda a la Infancia Maltratada (AVAIM) elaboró un **Decálogo para la prevención del maltrato institucional a la infancia y adolescencia**, un conjunto de orientaciones dirigidas a diferentes ámbitos en donde se exponen recomendaciones comunes y específicas dirigidas a la promoción del buen trato Institucional.

Para todos los ámbitos:

- Las instituciones trabajarán por “humanizar” la atención o el servicio que prestan a la infancia y adolescencia, evitando convertirse en meros dispensadores de recursos, independientemente de las personas destinatarias. Los niños, niñas y adolescentes son especialmente vulnerables a actuaciones que no tengan en cuenta su propio desarrollo evolutivo.
- El respeto al NNA, y en especial, a su privacidad e intimidad será recogido en los códigos de conducta de las instituciones, estableciendo medidas que aseguren su cumplimiento. Todo el personal, desde quienes están en los puestos de dirección hasta la última persona empleada, respetarán de modo escrupuloso la confidencialidad de la información conocida en razón de su actuación profesional, se haya o no generado en la institución. Los responsables de la institución velarán por su cumplimiento.

Para el ámbito sanitario:

- El personal médico, de enfermería, auxiliares de clínica o técnicos auxiliares deben conocer y reconocer la realidad del mundo infantil y adolescente, y de acuerdo con sus posibilidades, garantizar la normalidad del desarrollo y maduración física y mental del niño, niña y adolescente a su cuidado.
- Todo el personal técnico y auxiliar del ámbito sanitario que atiende a los NNA deben desempeñar sus funciones, cada uno a su nivel, de consejeros/as o educadores/as de familia, evitando focalizar su atención de modo exclusivo en los aspectos estrictamente médicos.
- El personal sanitario debe velar por el respeto a los derechos de la infancia y adolescencia en el ejercicio de su actuación, y si bien uno de ellos es una correcta asistencia sanitaria con posibilidades de hospitalización, debe respetar el derecho a no ser hospitalizado/a cuando no sea necesario y a la no prolongación de la hospitalización sin causa justificada.
- El personal sanitario informará a la familia de forma clara y precisa sobre el desarrollo, circunstancias de evolución y cuidados del niño, niña y adolescente, y a éste en función de su edad y capacidad de comprensión. En caso de hospitalización, se informará al padre, madre y/o tutor de las razones que la motivan, pronóstico, previsión de estancia, condiciones y su papel durante la misma, de modo que estos no abduquen de su rol familiar durante el internamiento.
- Si la hospitalización es necesaria, se llevará a cabo en una sección infanto-juvenil y será conjunta: familia- niño, niña y adolescente. Las habitaciones hospitalarias contarán con el espacio suficiente para el descanso y las necesidades higiénicas y de relación. El/la niño/a podrá recibir visitas de sus amigos/as, salvo que razones de tipo sanitario lo desaconsejen.



- En cualquier caso, la habitación del hospital será adecuada para su empleo con niños/as y adolescentes y su mobiliario y materiales serán apropiados a las distintas edades infanto-juveniles, velando especialmente por las condiciones de seguridad del mismo.
- El centro hospitalario, por su parte, solicitará a los padres información sobre los gustos, hábitos y aversiones del niño/a y adolescente con el fin de facilitar su estancia.
- Se evitará el uso de técnicas exploratorias y terapéuticas innecesarias y/o cruentas, o que sean el resultado de una mala planificación de la atención. En todo caso no se practicarán en presencia de otros niños, niñas y adolescentes.
- El centro hospitalario dispondrá de espacios específicos donde el NNA, cuando su salud lo permita, pueda desarrollar sus necesidades de juego y de aprendizaje escolar.
- La atención a los/las adolescentes no ha de suponer una réplica de la dispensada a las personas adultas. Sus necesidades específicas deben ser atendidas de modo específico.
- Se potenciará la Asistencia Primaria para evitar la hospitalización, aplicando medidas según el problema sanitario y las características del contexto familiar y social del niño, niña y adolescente y no en función de los recursos existentes o de la política de gestión.

Para concluir, señalar que es escasa la literatura que recoge estadísticas y conceptualiza el controvertido término “maltrato institucional”, lo cual hace referencia a la necesidad de revisar los indicadores de buenas prácticas en la actividad de las instituciones. La atención sanitaria, educativa y social en nuestra sociedad se ha ido estructurando en un marco institucional de referencia con unos principios, leyes, derechos, deberes entre usuarios y profesionales. Con frecuencia los profesionales deben adaptarse a las condiciones y exigencias de la institución en las que siempre hay variables económicas, políticas y éticas determinantes. En concreto la atención sanitaria ha adquirido una complejidad organizativa multidisciplinar cada vez más especializada y burocratizada que no siempre garantiza el buen trato. No obstante, y a pesar de las esperables debilidades, deficiencias y carencias asociadas a las instituciones, el propio sistema organizativo tiene incorporadas las funciones de revisar, cuestionar y ajustar las condiciones laborales y los objetivos, elaborando programas, protocolos, guías, planes, estrategias y controles de calidad que permitan mejorar la atención y satisfacción de todos los implicados.



Bibliografía

- Navarro J. El maltrato institucional: protesta con propuesta. *Revista de Educación Social*. 2007; 6. Disponible en: <https://eduso.net/res/revista/6/marco-teorico/el-maltrato-institucional-protesta-con-propuesta>
- Salamanca García L. El maltrato institucional a los niños y niñas: una aproximación desde la praxis socioeducativa con niños y niñas en desventaja. *Revista de Educación social*. 2018; 27. Disponible en: <https://eduso.net/res/revista/27/miscelanea/el-maltrato-institucional-a-los-as-ninos-as-una-aproximacion-desde-la-praxis-socioeducativa-con-ninos-as-en-des-ventaja>
- Decálogo para la prevención del maltrato institucional a la infancia y adolescencia. Asociación Vasca para la Ayuda a la Infancia Maltratada (AVAIM) (2008) Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI). Disponible en: <https://bienestaryproteccioninfantil.es/decalogo-para-la-prevencion-del-maltrato-institucional-a-la-infancia-y-adolescencia/>
- The Prevention and Elimination of Disrespect and Abuse during Facility-Based Childbirth. WHO; Geneva, Switzerland: 2014. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf;jsessionid=B97BC-606B7AADEF6F86312FAE5506431?sequence=1
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral de la infancia y la adolescencia frente a la violencia. *Boletín Oficial del Estado*, 5 de junio de 2021, número 134.
- Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. *Boletín Oficial del Estado*, 1 de marzo de 2023, número 51.



CAPÍTULO 5.

VIOLENCIA Y DISCAPACIDAD

- ▶ **Raquel Páez González.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de salud 5B. Albacete.*
- ▶ **Eva Ximénez Verresen.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Alamin. Guadalajara.*
- ▶ **Esther Tobarra Sánchez.** *Pediatra Comunitaria. Servicio de Salud de Cardiff, Gales. Reino Unido.*
- ▶ **Marta Martínez González.** *FEA Pediatría. Neuropediatría. Hospital Universitario de Albacete.*
- ▶ **Inmaculada Pérez Suárez.** *Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud Alamin. Guadalajara.*
- ▶ **Ana Isabel Yagüe Alonso.** *Psiquiatra. Salud Mental Infantojuvenil. Hospital Universitario de Toledo.*

Revisión y aportaciones al capítulo

- ▶ *Marisa Poch Olivé. Neuropediatra jubilada Hospital Universitario Logroño. Sociedad de Atención Temprana*
- ▶ *Marta Sobrino Sánchez. Trabajadora social. Unidad de Salud Mental Infantojuvenil. Hospital Universitario de Toledo.*
- ▶ *Isabel Igualada Rabadán. Fisioterapeuta Centro de Educación Especial Eloy Camino. Albacete*
- ▶ *Gema Arriola Pereda. Pediatra. Neuropediatría. Hospital Universitario de Guadalajara.*
- ▶ *Sara García Espinosa: Trabajadora social de los centros de salud de La Puebla de Montalbán y Polán. Toledo.*
- ▶ *Rosa María Gómez-Calcerrada Jiménez. Enfermera especialista en enfermería comunitaria. Asociación Castellano Manchega de Enfermería Comunitaria (ACAMEC).*
- ▶ *Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla-La Mancha (APapCLM).*
- ▶ *Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha (SPMYCM).*
- ▶ *Sociedad Castellano Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria (SCAMFYC). Grupo de trabajo de Inequidades y Actividades Preventivas.*

1. Introducción

Los niños, niñas y adolescentes (NNA) con discapacidad presentan un mayor riesgo de violencia en cualquiera de sus formas; ser menor de edad y discapacitado les confiere una doble vulnerabilidad donde intervienen sus dificultades específicas, así como la variabilidad de recursos y apoyos que requieren. La atención sanitaria depende de la etapa evolutiva de la infancia o adolescencia en la que se encuentren y continuará en la vida adulta. Es competencia específica del ámbito sanitario la atención de los aspectos clínicos, solicitando la intervención paralela y colaborativa de profesionales de otros ámbitos (social, educativo, deportivo, tercer sector...) con el fin de promocionar y proteger el buen trato de los NNA con discapacidad y garantizar el ejercicio de sus derechos.

2. Escenarios de violencia

La relación entre la violencia y los NNA con discapacidad puede dividirse en tres escenarios:

2.1 NNA con discapacidad como víctima de violencia

En esta situación, se valorará:

- **Tipo de discapacidad:** las tipologías concretas de violencia se describen con más frecuencia según el tipo de discapacidad (tabla 1):



- » Violencia emocional: más frecuente en NNA con dificultad para la expresión verbal o con problemas en la comunicación, así como en NNA con discapacidad y trastornos de conducta y/o trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Los NNA con trastornos del espectro autista (TEA) o cociente intelectual límite pueden ser con frecuencia víctimas de acoso escolar.
- » Violencia física: más frecuente en NNA con discapacidad intelectual leve, comportamientos desafiantes, con discapacidad física y gran necesidad de ayudas técnicas o mayor número de cuidadores.
- » Violencia sexual infantil (VSI): más frecuente en NNA no verbales, discapacidad intelectual, problemas auditivos o que asisten a aulas de educación especial.
- » Negligencia: más frecuente en NNA con discapacidad y patología crónica compleja.
- » Violencia institucional: cualquier NNA con discapacidad.
- **Tipo de escolarización:** se han descrito con más frecuencia situaciones de VSI en NNA con discapacidad escolarizados en centros específicos de educación especial que en aquellos que acuden a centros de escolarización ordinaria.
- **Dictamen del grado de discapacidad:** se considera un marcador de protección al alertar de la mayor vulnerabilidad del NNA. La ausencia de valoración del dictamen de discapacidad o de diagnóstico constituye un factor de riesgo de violencia, principalmente para el acoso escolar y la violencia física por parte de los progenitores (la mezcla de funcionalidad y disfuncionalidad, en general, puede ser difícil de llevar por el entorno).

2.2 Discapacidad como consecuencia de la violencia en la infancia

La exposición a la violencia en la infancia y adolescencia condiciona el neurodesarrollo en los aspectos afectivo, cognitivo, de regulación emocional y desarrollo del apego, los cuales son condicionantes para el desarrollo de problemas de salud mental a lo largo de toda la vida; se incluyen trastornos de ansiedad, depresivos o intentos de suicidio, así como comportamientos perjudiciales para la salud como el consumo de tóxicos o conductas sexuales de riesgo. Además, se ha descrito mayor riesgo de volver a ser víctimas de la violencia, perpetuando así el ciclo de la vulnerabilidad e inequidad en salud.

2.3 La persona con discapacidad como victimario

En los adultos con discapacidad intelectual se ha descrito un mayor riesgo de comportamiento negligente o violento hacia sus descendientes. Por otro lado, aunque en las estadísticas se describen conductas de VSI cometidas por NNA con discapacidad, es preciso considerar su posible tendencia a un funcionamiento más impulsivo y una menor habilidad para ocultarlo, lo que puede dar lugar a una sobrerrepresentación.

3. Epidemiología

Según una revisión sistemática y metaanálisis publicada en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2012, los NNA con discapacidad experimentan violencia **casi cuatro veces más** que los NNA sin discapacidad. En España, el Registro Unificado de Maltrato Infantil incorporó la variable discapacidad en el 2016 tras la reforma de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor de 2015. Según los últimos boletines publicados, el número de noti-



ficaciones de maltrato a NNA con discapacidad corresponde a un 3% del total en 2021 y un 3,7% del total en 2022; sin embargo, en estos datos no se desglosan características como el sexo, el tipo de discapacidad, la situación social o económica, ni la tipología o gravedad del maltrato.

El **Observatorio Estatal de la Discapacidad**, en su estudio *La violencia contra las niñas y los niños con discapacidad en España: situación jurídica y social*, publicado en 2020, describe la falta de datos fiables en nuestro país sobre la violencia en los NNA con discapacidad, lo que conlleva su escasa visibilidad en la planificación de políticas públicas de prevención y atención. Un factor a considerar es la baja detección y notificación de las situaciones de violencia; en el caso concreto de la discapacidad, influye la doble vulnerabilidad de las víctimas, la presencia de dificultades en la comunicación y/o expresión, la normalización y ocultación de la situación, la culpa o la vergüenza. Otro estudio que ayuda a completar este retrato de la violencia y la discapacidad, es la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de dependencia 2020 (EDAD 2020), realizada por el Instituto Nacional de Estadística, que describe como cerca del 15% de la población con discapacidad se ha sentido discriminada en las consultas o servicios sanitarios. En el caso de los NNA de 6 a 15 años con discapacidad, cuatro de cada diez describen haberse sentido discriminados en el ámbito escolar y casi un 20% haber padecido acoso o ciberacoso.

4. Factores de riesgo

Los NNA con discapacidad se ven afectados por los mismos factores de riesgo que la población infantil general: la exclusión, el estrés de la familia, las dificultades económicas, el aislamiento social, los conflictos conyugales o la historia familiar de violencia en los progenitores. Estos factores se suman a otros más específicos y vinculados a la discapacidad que contribuyen a perpetuar el ciclo de la violencia (tabla 1):

Tabla 1. Factores de riesgo de violencia en los NNA con discapacidad

Relacionados con la discapacidad
• Escasa capacidad de protección. • Carencia de inhibición social. • Umbral de dolor alto. • Dificultad para distinguir la interacción adecuada de la inadecuada. • Limitada capacidad comunicativa y dificultades en las habilidades sociales. • Dificultad para expresar posibles agresiones, reconocer a un extraño y/o falta de autonomía para pedir ayuda. • La discapacidad puede asociarse a síntomas y signos similares a los que aparecen en situaciones de violencia (ansiedad en TEA, autolesiones en discapacidades cognitivas, fracturas por osteoporosis en paciente inmovilizado). • Patología crónica compleja. La multitud de patologías y síntomas dificulta la identificación de las negligencias o de los trastornos inducidos o facticios.
Relacionados con el tipo de discapacidad y tipología de violencia más frecuentemente asociada
• Discapacidad física o motora: negligencia, violencia física. • Discapacidad sensorial (auditiva, visual o con problemas de comunicación): VSI, negligencia, violencia emocional • Discapacidad intelectual: VSI, violencia física. • Discapacidad psíquica (asociada a problemas de salud mental y/o conducta, incluido TDAH): violencia emocional, violencia física. • Discapacidad asociada a patología crónica compleja: negligencia médica, maltrato institucional.



Relacionados con el entorno familiar del NNA con discapacidad

- Información y conocimiento insuficiente en relación a las necesidades de la persona con discapacidad. Falta de aceptación de la discapacidad.
- Expectativas irreales que pueden dar lugar a frustración en la familia, falta de vinculación y conductas violentas.
- Estrés por sobrecarga física y emocional, hospitalizaciones y cuidados.
- Sobrecarga económica: material ortopédico y ayudas técnicas, medicación, terapias... Abandono laboral de un progenitor para el cuidado del NNA.
- Aislamiento familiar: por sobrecarga en los cuidados; por vergüenza o miedo al rechazo y a la discriminación.
- Estrés familiar asociado a la incertidumbre ante el diagnóstico y pronóstico.
- Mayor vulnerabilidad al desarrollo de un trastorno mental o al consumo de tóxicos en los progenitores y/o cuidadores.

Relacionados con el entorno

- Tipo de escolarización
- Violencia institucional
- Ámbito rural

5. Protección y promoción del buen trato en el NNA con discapacidad

La protección y promoción del buen trato en los NNA con discapacidad requiere del trabajo coordinado y colaborativo de un equipo interdisciplinar e interinstitucional. Este trabajo en red facilita la puesta en marcha de medidas preventivas y de detección precoz que den respuesta a las necesidades y problemas del NNA con discapacidad y su familia, y facilita la coordinación entre los diferentes ámbitos que intervienen. Se trata, sobre todo, de un trabajo triangular entre la administración pública y los sistemas sanitario, educativo y de bienestar social en colaboración con el tercer sector. La notificación de situaciones de violencia en la infancia es un imperativo legal y profesional de todo el personal sanitario.

5.1 Función del equipo de atención primaria:

Formado por pediatra y/o médico/a de familia y enfermera de atención primaria en colaboración con trabajador social sanitario y otros profesionales de los centros de salud (odontólogo, higienista, matrona, fisioterapeuta).

5.1.1 Identificación de situaciones de riesgo

- **Anamnesis dirigida:** registrar y actualizar de forma evolutiva las habilidades (fortalezas, capacidades y competencias), limitaciones para su autonomía (dificultades, problemas, aspectos a mejorar) y características del comportamiento del NNA con discapacidad, prestando especial atención a los cambios bruscos. Además, en la historia clínica se recomienda reflejar los siguientes datos:
 - » Centro de atención temprana y/o centro educativo, profesionales de referencia y vías de comunicación.
 - » Terapias y apoyos que recibe.
 - » Condiciones que predispongan a lesiones físicas (ej. la inmovilización prolongada predispone a osteopenia y a fracturas patológicas).
 - » Comportamientos autolesivos (arañazos, tirones de pelo, golpes en la cabeza ante frustraciones), sobre todo en NNA con discapacidad y dificultades en la comunicación verbal.
 - » Alteraciones conductuales de tipo heteroagresivo.



- » Método o sistema de comunicación con el NNA (lenguaje verbal, uso de sistemas aumentativos y alternativos de la comunicación...)
- » Habilidades y competencias sociales, de especial importancia en el NNA con discapacidad cognitiva leve.
- » Entorno del NNA (tipo de vivienda, escuela, familia extensa, centros terapéuticos...).
- » Aspectos afectivosexuales: comportamientos sexualizados no apropiados a la edad o contexto pueden ser signos de acceso a contenido inapropiado o VSI.

Además, en el momento de la transición del adolescente con discapacidad del pediatra al médico/a de familia es importante la comunicación y coordinación entre profesionales, así como el acompañamiento del adolescente y su familia.

• **Exploración física:**

- » Sistemática y periódica, incluida el área genital, prestando atención a signos compatibles con trato inadecuado.
- » Valoración y tratamiento de déficits sensoriales asociados (su presencia aumenta la vulnerabilidad del NNA), realizando interconsulta o derivación a otorrinolaringología y/u oftalmología si es preciso.
- » Descartar negligencias en el cuidado y el aseo personal. Valorar lesiones relacionadas con la dependencia.
- » Valoración nutricional.
- » Hábito intestinal. Descartar impactaciones o pseudo-obstrucciones.
- » Valorar disfga y manejo de secreciones.
- » Valoración de salud bucodental.

Es preciso conocer las ayudas técnicas (ortesis, sillas de ruedas...) así como dispositivos de alimentación (sondas de alimentación, gastrostomías...) o soporte respiratorio (traqueostomías, aspirador de secreciones...) que precise el NNA con discapacidad. Además, es necesario acompañar, asesorar a la familia y anticipar problemas específicos de manejo.

• **Indicadores de violencia** (tabla 2):

Tabla 2. Indicadores específicos de violencia en el NNA con discapacidad

INDICADORES DE VIOLENCIA EN EL NNA CON DISCAPACIDAD

- Signos de malnutrición en pacientes que precisan ayuda para alimentarse.
- Signos de deshidratación directos o indirectos (no retirada de pañales prescritos en la farmacia, estreñimiento refractario, cambios bruscos de comportamiento...)
- No dar al paciente la medicación que precisa (ej. errores en la retirada de fármacos antiepilépticos en la farmacia o crisis descontroladas).
- Aseo inadecuado, vestimenta descuidada.
- Ausencia de estimulación (no acudir a las terapias sin causa justificada).
- Falta de interés por aprender el modo de comunicación del NNA con discapacidad (ej. no aprender lengua de signos los familiares de un NNA con discapacidad auditiva).
- Movilizaciones bruscas en consulta, signos de desapego o de indiferencia hacia el NNA.
- No tener solicitada la valoración del grado de discapacidad ni la dependencia a pesar de la explicación y asesoramiento en el trámite sin causa justificable.
- Apropiación inadecuada de las ayudas percibidas con fines diferentes al cuidado y atención del NNA.
- Escalada excesiva y no justificada en el uso de fármacos para controlar el comportamiento del NNA.



La elaboración y registro de una lista de problemas o alertas en la historia clínica informatizada facilita el trabajo del equipo asistencial que atiende al NNA con discapacidad, más aún ante una situación de sospecha o riesgo de violencia.

5.1.2 Notificación

Similar a otras situaciones de violencia en la infancia ([capítulo 9; apartado 4: Notificación](#)). Si se sospechan situaciones de violencia, es preciso tener en cuenta la doble vulnerabilidad que presentan los NNA con discapacidad.

5.1.3 Abordaje

Como datos diferenciadores con el resto de NNA, ante la sospecha de violencia física en el NNA no verbal o incapaz de describir el dolor, es recomendable solicitar una serie ósea. Ante el hallazgo de fracturas en pacientes inmovilizados, puede ser preciso la valoración de la radiología y/o traumatología para realizar el diagnóstico diferencial de las fracturas no accidentales y fracturas patológicas (p. ej: por osteopenia).

5.1.4 Promoción y protección del buen trato

- **Acompañamiento:** en su recorrido emocional, organizativo, logístico, de expectativas... Es preciso:
 - » Informar sobre la discapacidad y los diferentes escenarios que se presentarán, con un lenguaje claro y adaptado al paciente y su familia, respetando los tiempos individuales de cada persona y teniendo en cuenta sus estrategias de afrontamiento.
 - » Respetar la autonomía y dignidad del NNA con discapacidad, expresado en un cuidado continuo y especial del balance beneficio-riesgo de nuestras intervenciones, la toma en cuenta de las preferencias del paciente y la utilización de un lenguaje cotidiano y clínico no estigmatizante y promotor de la autogestión
 - » Derivar al trabajador social sanitario para garantizar una atención integral, dando a conocer la dimensión social de la persona en la historia clínica, necesaria para evitar que la propia enfermedad genere o precise mayor soporte social o que su situación social provoque un mayor deterioro de su enfermedad.
 - » Prevenir la sobreprotección del NNA con discapacidad, la cual puede llegar a ser una forma de violencia en la medida que limita sus derechos.
 - » Buscar espacios de escucha, facilitar el contacto con grupos de apoyo. Considerar recursos de descanso disponibles para los cuidadores principales (cuidados de respiro).
 - » Educar en las diferentes fases de desarrollo del NNA, sin olvidar la sexualidad y conceptos psicoafectivos de los NNA con discapacidad.
 - » El conocimiento de la familia por parte del equipo de atención primaria facilita conocer los problemas y necesidades del NNA con discapacidad y su familia y prevenir situaciones de riesgo de violencia.

- **Soporte emocional**

El apoyo emocional es un factor protector ya que facilita la identificación de situaciones de violencia en fases precoces (saber expresar las emociones permite detectar casos de acoso escolar en NNA con discapacidades cognitivas leves o trastornos conductuales). Un recurso a valorar son las asociaciones de pacientes, las cuales pueden contar con equipos de psicología, grupos de apoyo así como recursos de formación y capacitación en el manejo de situaciones específicas. En el caso de detectar problemas de psicopatología grave, valorar la derivación a Salud Mental infantojuvenil.



- **Fomentar la responsabilidad e independencia**

Es preciso facilitar que los NNA con discapacidad sean responsables del cuidado de su salud, teniendo en cuenta su nivel de madurez, fase de desarrollo, capacidad cognitiva y comprensión de su problema. Es importante potenciar los recursos y habilidades de los NNA y sus familias, fomentando la responsabilidad en la resolución de problemas y/o valorar recursos específicos, como la terapia ocupacional.

- **Fomentar una atención primaria preventiva, promotora de la salud y con enfoque comunitario**

Reconocer de forma especial la importancia de satisfacer las necesidades del NNA con necesidades especiales de salud, conociendo los programas de apoyo y reconociendo los recursos y activos comunitarios disponibles.

A nivel comunitario:

- » Trabajar en red con el equipo de atención interdisciplinar.
- » Promover el buen trato a través de talleres o charlas formativas al personal que atiende a los NNA con discapacidad (familiares y cuidadores, docentes, auxiliares...) o facilitar la información sobre asociaciones específicas donde se impartan.
- » Incorporar a la actividad clínica y potenciar la formación en salud comunitaria basada en activos, a través de intervenciones como la recomendación de activos en salud, el apoyo al desarrollo de procesos y potencialidades comunitarias o la utilización y realización de mapeo de activos y recursos locales.
- » Transmitir a los profesionales la doble vulnerabilidad hacia la violencia de los NNA con discapacidad y capacitar en la detección de los indicadores específicos de riesgo (tabla 2).
- » Influir a nivel comunitario y político para movilizar más recursos y dar más voz a los NNA con discapacidad.

A nivel individual:

- » Ser modelo de buen trato para los familiares del NNA con discapacidad, el personal sanitario y estudiantes del área de la salud, garantizando la humanización de la atención sanitaria.
- » Dirigirse al NNA con discapacidad por su nombre y explicar de una forma sencilla y adaptada a su nivel de comprensión las decisiones clínicas, los resultados de pruebas complementarias o los procedimientos. Hacer partícipes al NNA y su familia en su proceso de salud.
- » Realizar intervenciones médicas lo más respetuosas posibles evitando exploraciones y procedimientos innecesarios, priorizando procedimientos mínimamente invasivos y atendiendo el dolor durante los mismos.
- » Evitar expresiones peyorativas o de menosprecio, como: si no se entera, si no lo entiende o luego se lo explico yo.
- » Valoración y seguimiento a través del Programa de Salud Infantil y otras consultas según necesidades; prevención y detección precoz de problemas.
- » Actualización del calendario vacunal infantil junto con las vacunas específicas recomendadas según su patología¹.
- » Reconocer cómo se expresan en la salud las inequidades derivadas de los determinantes sociales de salud específicos articulados en la intersección de los ejes de desigualdad en los NNA con discapacidad y fomentar actuaciones dedicadas a su abordaje

1. Manual de inmunizaciones en línea de la AEP. Inmunizaciones en circunstancias especiales.
Disponible en: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/seccion-iii>



El equipo de pediatría o de medicina de familia que identifique un NNA con discapacidad lo derivará al **trabajador/a social sanitario** o, en su defecto, al trabajador social local/municipal². Este realizará una labor de prevención, identificación y educación mediante:

- **Historia social**
 - » Identificación de factores de riesgo de vulnerabilidad, a parte de la discapacidad: exclusión, estrés familiar, recursos económicos familiares, titularidad de prestaciones públicas, aislamiento social, conflictos conyugales o historia familiar de violencia en los padres.
 - » Valoración específica como familiares de NNA con discapacidad: identificación de necesidades y problemas a nivel organizativo y logístico, económico, de vivienda, laboral... Conocer la red de apoyo y recursos de los que dispone la familia.
 - » Visita domiciliaria.
 - » Escolarización y coordinación con el ámbito educativo.
- **Información y asesoramiento sobre los recursos y prestaciones disponibles:** Información sobre recursos sanitarios y sociales disponibles en el sistema de protección social y del tercer sector, como: dictamen de discapacidad, dependencia, ayudas de emergencia social, servicio de atención temprana, recursos privados como asociaciones, prestaciones sanitarias (como las ortoprotésicas, bucodentales, desplazamientos, órdenes de asistencia...) o prestaciones familiares de distintas administraciones públicas (hacienda, fomento, educación...).
- Defensa del NNA con discapacidad (junto con resto de profesionales sanitarios) mediante la participación en **mesas de coordinación** entre Bienestar Social, ámbito sanitario, educativo y asociaciones y otros recursos del Tercer Sector.
- Fomentar habilidades sociales y empoderamiento de las familias para que puedan gestionar los acontecimientos vitales estresantes, favoreciendo la rehabilitación del paciente en su entorno.
- Mediación en la gestión de conflictos entre paciente-familia y la institución sanitaria
- Intervención social grupal: grupos socioeducativos, voluntarios, participación en ONGs.

5.2 Función del equipo de atención hospitalaria

La atención a la discapacidad tiene muchas áreas de intervención, diferentes y continuas a lo largo de la vida. El trabajo del equipo de atención hospitalaria que atiende a NNA con discapacidad se puede dividir en dos aspectos:

5.2.1 Atención programada en consulta

- **Diagnóstico y tratamiento de las patologías asociadas y comorbilidades**
 - » Completar la valoración diagnóstica y solicitar las pruebas pertinentes con el objetivo de llegar a un diagnóstico certero y precoz, orientar el pronóstico e iniciar el tratamiento. Ofrecer información adecuada, empática y realista.

2. Figura profesional de referencia de los Servicios Sociales de Atención Primaria (ver glosario). En caso de NO disponer de trabajador/a social en su zona sanitaria, contactar con: atencionpersonas.sccc@sescam.jccm.es o trabajosocial.dgcc@sescam.jccm.es, con el fin de coordinar la comunicación con los Servicios Sociales.



- » Diagnóstico precoz de comorbilidades y respuesta terapéutica en tiempos adecuados: desnutrición y estreñimiento crónico, monitorización de efectos secundarios por la polimedicación (alteraciones electrolíticas, niveles farmacológicos, alteraciones conductuales, insomnio, ganancia ponderal, síndrome metabólico...).
- » Seguimiento del neurodesarrollo y terapias rehabilitadoras (atención temprana, ortesis...)
- » Evaluación y tratamiento de la posible patología psiquiátrica asociada: conductas disruptivas, autoagresiones/heteroagresiones..., y valorar la necesidad de tratamiento y derivación a salud mental infantojuvenil.
- » Valorar la necesidad de involucrar a nuevos servicios y profesionales con un trabajo coordinado y colaborativo, facilitando unificar consultas el mismo y/o la atención del NNA en la consulta de paciente crónico complejo.

- **Prevención de la violencia intrafamiliar**

- » Valoración de síntomas que pueden derivar en un elevado estrés familiar y dar lugar a situaciones de violencia sobre el NNA: problemas de conducta, problemas de aprendizaje y bajo rendimiento académico, epilepsia, problemas emocionales, alteraciones del sueño, incontinencia... Considerar que estos síntomas a su vez pueden ser secundarios a situaciones previas de violencia.
- » Registrar la exploración basal del paciente, tanto a nivel físico como neurocomportamental, para contrastar con posibles cambios posteriores.
- » Evaluar que estén cubiertas las necesidades del NNA como nutrición, sueño, estimulación... y una correcta adherencia terapéutica.
- » Prevenir, junto con trabajo social sanitario, situaciones de estrés, agotamiento y claudicación familiar que pueden desencadenar situaciones de violencia.
- » Notificar al trabajador social sanitario o, en su defecto, a los servicios sociales municipales/locales, situaciones de sospecha de violencia. Informar a otros profesionales a cargo de los pacientes.
- » Fomentar la coordinación y la continuidad de cuidados con los profesionales del equipo de atención primaria y comunitaria.

- **Mantener una visión holística que considere los aspectos sociales, emocionales y de atención integral a la familiar**

- » Identificar posibles experiencias adversas en la infancia (EAI) o potenciales situaciones estresantes en la historia del NNA que existan o aparezcan en el curso de la discapacidad.
- » Evaluar la interacción y el vínculo del NNA con discapacidad y sus progenitores/cuidadores y prestar atención a la percepción y expectativas de éstos en relación con el NNA.
- » Evaluar la presencia de síntomas que pueden estar asociados al estrés emocional, experiencias de violencia o trastorno del vínculo (enuresis, cambios en el comportamiento, alteraciones del sueño...). Es precisa una valoración interdisciplinar para evitar un abordaje farmacológico aislado de estos síntomas.
- » Identificar el equipo el equipo de pediatría y/o medicina de familia y enfermería de atención primaria y las vías de comunicación y colaboración.
- » Asegurar que las intervenciones del *checklist* (tabla 3) del buen trato del NNA con discapacidad han sido realizadas.



5.2.2 Atención en los servicios de urgencias hospitalarios

Los profesionales de urgencias pueden tener que atender a un NNA con discapacidad que ha sido víctima de violencia o sospecharla tras su valoración por otros motivos. La atención es similar a la que haría ante otras situaciones de violencia en el NNA (*capítulo 10*), si bien es necesario considerar un umbral más bajo de sospecha, dada la mayor frecuencia de violencia y la doble vulnerabilidad del NNA con discapacidad, así como los siguientes aspectos:

- **Dificultad para realizar la anamnesis al NNA con afectación cognitiva grave o dificultades en la comunicación verbal:**
 - » Preverlo y realizar la anamnesis en presencia de su logopeda/terapeuta habitual, si es preciso.
 - » Escuchar las explicaciones de los cuidadores/progenitores en relación con las lesiones del NNA.
- **Particularidades en la exploración física:**
 - » La forma y patrón de las lesiones cutáneo-mucosas o la presencia de equimosis, erosiones o hematomas son similares a la valoración de NNA sin discapacidad; sin embargo, en relación con la localización de las lesiones hay algunas variaciones.
 - La posibilidad de contusión y hematomas aumenta conforme aumenta la movilidad independiente; las caídas son más frecuentes en NNA capaces de caminar y las lesiones secundarias al uso de ortesis o silla de ruedas en NNA con movilidad limitada.
 - Hematomas localizados en manos, brazos y abdomen son más frecuentes en NNA con discapacidad.
 - Los hematomas en el dorso de pies, muslos, manos y brazos pueden ser tanto intencionados como accidentales (fruto del agarre, el juego, golpes accidentales contra la silla de ruedas o durante las movilizaciones...).
 - Localizaciones sospechosas de lesiones no accidentales son: piernas en el NNA con movilidad reducida, cara y orejas (más las lesiones en la oreja izquierda en relación al mayor porcentaje de diestros), cuello, barbilla, parte delantera del torso o pecho, nalgas y genitales.
 - » Exploración de genitales externos, de especial importancia en NNA con incontinencia por las situaciones repetidas de cambio de pañal.
- **Pruebas complementarias:** en NNA no verbales incapaces de describir el dolor, se recomienda valorar un nivel de pruebas similar al de los menores de 1 o 2 años con serie ósea, fondo de ojo y TAC cerebral.
- **Diagnóstico diferencial:** Algunas manifestaciones relacionadas con la discapacidad y/o enfermedades orgánicas pueden confundirse con violencia. Los NNA con grave deficiencia nutricional, inmovilidad o empleo crónico de esteroides, pueden desarrollar unos huesos desmineralizados que se fracturan con facilidad. En las discrasias sanguíneas pueden presentar hematomas de distinta duración en lugares poco habituales. Enfermedades como la aciduria metilmalónica y la aciduria glutárica pueden manifestarse como derrames subdurales crónicos y hemorragias retinianas leves, con otros hallazgos reveladores como los problemas del desarrollo neurológico.



6. Violencia institucional y discapacidad

El Observatorio Estatal de la Discapacidad en su último estudio del 2020 sobre la violencia contra los NNA con discapacidad, afirmó que España incumplía los tratados internacionales en lo que se refiere a sus obligaciones de combatir la violencia contra la infancia y la adolescencia con discapacidad, pese a las insistentes peticiones tanto del Comité de derechos del niño como del Comité de derechos de las personas con discapacidad. En esta línea, el informe aborda diversos aspectos: la prevalencia de violencia en la infancia, los factores de riesgo, las recomendaciones de actuación, las respuestas que ha dado el Estado Español ante esta situación, los escasos datos disponibles relativos a este grave problema, las buenas prácticas en prevención, sensibilización e intervención, así como las líneas de trabajo urgente que hay que desarrollar para poner fin a esta violencia. En 2021 se aprobó y publicó la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, en el que se realizan avances importantes y se articula un enfoque transversal de la discapacidad que es preciso consolidar y desarrollar.

En este contexto, hay que reiterar que los NNA con discapacidad y su familia pueden ser víctimas de violencia institucional con una frecuencia nada desdeñable. Además, la propia dificultad en la notificación hace muy difícil que los propios profesionales comuniquen a las autoridades estas posibles situaciones de maltrato institucional. Reiterar de nuevo el estudio EDAD (elaborado por el Instituto Nacional de Estadística) que describe que cerca de un 15% de la población con discapacidad se sentía discriminada en consultas o servicios sanitarios y que se incrementó en un 40% en el tramo de edad entre 6 y 15 años, si se referían a centros educativos o centros de estudios.

La atención de estos pacientes es compleja y muy dependiente de los recursos de su área (existencia o no de consultas de NNA con patología crónica compleja, consultas específicas para NNA con capacidades diferentes) y de cómo se movilicen sus progenitores (exceso de burocratización para solicitar ayudas, entre otros) o los profesionales que los atienden (posibilidad de unificar consultas hospitalarias, sensibilización y formación de los profesionales en el trato al NNA con discapacidad). Todo ello favorece la inequidad en la atención integral a estos NNA.

Como posibles soluciones para disminuir este tipo de violencia estarían:

- Reconocer a los pacientes con discapacidad que tienen reconocida dependencia y a su vez asociado a diagnósticos como TEA, como pacientes de **atención sanitaria programa preferente**, evitando tiempos de espera, en todos los niveles asistenciales. Este derecho del NNA con discapacidad **es necesario llevarlo a la práctica real** habilitando herramientas informáticas específicas y formando a los profesionales en su aplicación, con el fin de evitar tiempos de espera en todos los niveles asistenciales en los NNA con discapacidad que tenga reconocido este derecho.
- La creación de **consultas de patología crónica compleja** a nivel hospitalario que incluso se podrían desplazar para la atención clínica a los centros de Educación Especial.
- Creación de consultas **específicas y/o unidades funcionales** para NNA con trastornos del espectro autista y otro tipo de discapacidades específicas que aúnen profesionales sensibilizados y formados, y recursos específicos (pediatras, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, oftalmólogos, ORL, rehabilitadores, traumatólogos, etc).



- **Trabajo en red colaborativo interdisciplinar e interinstitucional** con Bienestar social y Educación para mejorar los recursos, la comunicación, la coordinación y la atención a los NNA y a sus familias con acceso a compartir historia clínica, social y educativa.
- Incluir en la cartera de servicios del pediatra la **atención domiciliaria para los menores dependientes o con discapacidad**. La intervención conjunta con el trabajador social en el domicilio, sería una importante fuente de información para detectar factores de riesgo.
- Garantizar que todos los NNA que lo requieran reciban una **atención integral paliativa pediátrica** que garantice el respeto a su dignidad y el derecho a su autonomía mediante una atención continuada e individualizada.

7. Checklist del buen cuidado y tabla práctica

Las tablas 3 y 4 recogen dos elementos prácticos para la atención sanitaria del NNA con discapacidad, a modo *checklist* (tabla 3).

Tabla 3. Lista de requisitos para promocionar el buen trato en el NNA con discapacidad

CHECKLIST DEL BUEN TRATO EN EL NNA CON DISCAPACIDAD

- Realizar visitas programadas de seguimiento del NNA con discapacidad.
- Derivar al Centro Base para valoración y reconocimiento del grado de discapacidad.
- Crear “lista de problemas” (del tipo “riesgo de osteopenia”)
- En NNA no verbales, registrar en la historia qué hacer cuando se frustra.
- Derivar al trabajadora social para asegurar solicitud de recursos (discapacidad, dependencia) y valoración de factores de riesgo sociofamiliares asociados.
- Descartar déficit sensorial asociado valorando derivación a otorrinolaringología y oftalmología.
- Educar en el “Buen Trato” desde la consulta: dar tiempo al NNA y su familia, ser respetuosos y cariñosos con el NNA adaptándonos a su nivel de comprensión y lenguaje.
- Educar a la familia y su entorno sobre el riesgo aumentado de violencia y sus indicadores.
- Derivar a las asociaciones de pacientes o recursos específicos del área.
- Conocer los recursos y activos locales y comunitarios y valorar realizar una recomendación de activos desde la consulta para problemas de salud que puedan beneficiarse de ello.
- Anotar en la historia quiénes son sus terapeutas en Atención Temprana, cuál es su colegio y planificar reuniones de coordinación. Teniendo en cuenta el potencial terapéutico de la intervención precoz, detectar y derivar de forma precoz ante una posible sospecha de problemas en el desarrollo.
- Notificar las situaciones de violencia en el NNA. Es un imperativo legal y profesional.
- Intervención y promoción de la salud en entornos comunitarios: por ejemplo, impartir formación sobre riesgo aumentado de violencia en el NNA con discapacidad e indicadores de violencia en el Colegio de Educación Especial de mi área.

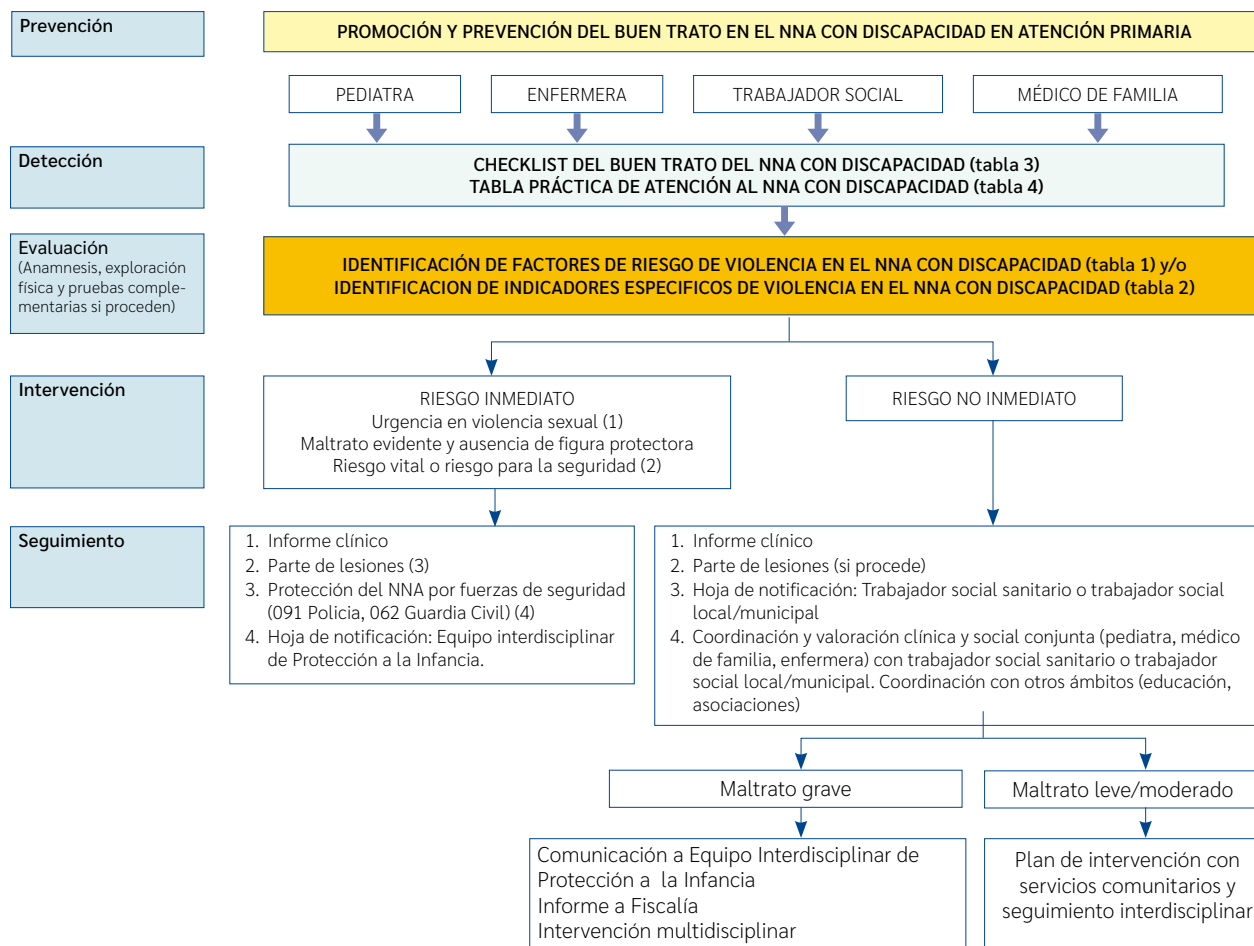

Tabla 4: Tabla práctica de atención al NNA con discapacidad según la edad del diagnóstico en atención primaria

INTERVENCIÓN	DIAGNÓSTICO EN INFANCIA TEMPRANA	DIAGNÓSTICO EN LA INFANCIA TARDÍA
Equipo de atención primaria Coordinación sociosanitaria	• Revisiones programadas para seguimiento. • Lista de problemas. • Descartar déficit sensorial. • Explicar el riesgo aumentado de violencia e indicadores. • Educar en el buen trato. • Apoyo emocional a la familia, acompañamiento. • Derivación precoz a Atención Temprana. • Establecer reuniones periódicas. • Asesoramiento en la solicitud de trámites de discapacidad y dependencia. • Explicar asociaciones y recursos del área.	• Revisiones programadas para seguimiento. • Lista de problemas. • En NNA no verbales, anotar comportamiento cuando se frustra. • Explicar el riesgo aumentado de violencia e indicadores. • Educar en el buen trato. • Apoyo emocional a la familia, acompañamiento • Acompañar la transición al médico de familia entre los 14 y 16 años. • Derivar al trabajador social para historia social y asesoramiento en la solicitud de trámites de discapacidad y dependencia. • Explicar asociaciones y recursos del área.
Coordinación educación	• Apoyar al NNA en solicitud de escolarización, con anticipación suficiente para ser considerado como ANEAE y que no haya demoras en los apoyos. • Anotar en la historia clínica el colegio, nombre del tutor, nombre y email del orientador. Reuniones periódicas de coordinación. • Dar charlas informativas sobre el riesgo aumentado de maltrato e indicadores	• Anotar en la historia clínica el colegio, nombre del tutor, nombre y email del orientador. Reuniones periódicas de coordinación • Anotar apoyos que recibe (PT, AL, fisioterapia) • Dar charlas informativas sobre el riesgo aumentado de maltrato e indicadores
Coordinación equipo de atención sanitaria hospitalaria	Asegurar seguimiento e informes si precisa	Asegurar seguimiento e informes si precisa

ANEAE: alumno con necesidades específicas de apoyo educativo. PT: pedagogía terapéutica. AL: audición y lenguaje.



8. Algoritmo práctico



(1) Violencia sexual aguda o reciente (≤ 10 días) o necesidad de protección urgente. No exploración en atención primaria. La exploración se realizará en hospital en presencia de médico forense.

(2) Riesgo vital por el impacto grave de las lesiones para la salud física o psicológica, por el riesgo de recurrencia de la situación de violencia o por el riesgo de suicidio.

(3) Obligado realizar ante lesiones (físicas o psicológicas) de origen violento o como consecuencia de un posible acto delictivo. El parte de lesiones llega al juzgado desde donde se notifica a fiscalía de menores.

(4) Las fuerzas de seguridad (Policía o Guardia Civil) avisan al juez de guardia del juzgado al cual corresponda el centro de salud. Si lesiones graves o necesidad de toma de muestras, el juez de guardia avisa al médico forense para exploración en centro hospitalario.



Bibliografía

- García Piña, C. A. (2019). La discapacidad y su asociación con maltrato infantil. *Acta Pediatr Mex* 2009;30(6):322-6
- Legano, L. A., Desch, L. W., Messner, S. A., Idzerda, S., Flaherty, E. G., ABUSE, C. O. C., Yin, L. (2021). Maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics*, 147(5).
- Gonzalvo, G. O. (2002, January). Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. In *Anales de pediatría* (Vol. 56, No. 3, pp. 219-223). Elsevier Doyma.
- Fang, Z., Cerna-Turoff, I., Zhang, C., Lu, M., Lachman, J. M., Barlow, J. (2022). Global estimates of violence against children with disabilities: an updated systematic review and meta-analysis. *The Lancet Child & Adolescent Health*.
- Vanegas, D. I. G., Moreno, L. M. S. (2021). Discapacidad: un asunto de justicia social. *Siglo Cero Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 52(4), 87-107.
- Johnson, A., Bathelt, J., Akarca, D., Crickmore, G., Astle, D. E., RED Team. (2021). Far and wide: Associations between childhood socio-economic status and brain connectomics. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 48, 100888.
- Etxeberria, X., Goikoetxea, M., Martínez, N., Pereda, T., Jauregi, A., Brosa, J., García-Landarte, V. (2013). *El enfoque ético del maltrato a las personas con discapacidad intelectual y del desarrollo* (Vol. 71). Universidad de Deusto.
- Teicher, M. H., Anderson, C. M., Ohashi, K., Polcari, A. (2014). Childhood maltreatment: altered network centrality of cingulate, precuneus, temporal pole and insula. *Biological psychiatry*, 76(4), 297-305.
- Luo, L., Yang, T., Zheng, X., Zhang, X., Gao, S., Li, Y., Kendrick, K. M. (2022). Altered centromedial amygdala functional connectivity in adults is associated with childhood emotional abuse and predicts levels of depression and anxiety. *Journal of affective disorders*, 303, 148-154.
- Alonso Parreño MJ. *La violencia contra las niñas y los niños con discapacidad en España. Situación jurídica y social*. Estudio integral, 2019. Fundación CERMI Mujeres. Observatorio Estatal de la discapacidad.
- Lisa Jones 1 , Mark A Bellis, Sara Wood, Karen Hughes, Ellie McCoy, Lindsay Eckley, Geoff Bates, Christopher Mikton, Tom Shakespeare, Alana Officer. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet*. Volume 380, ISSUE 9845, P899-907, September 08, 2012
- Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de dependencia 2020 (EDAD 2020, Instituto nacional de estadística. Disponible en: https://www.ine.es/metodologia/t15/meto_edad_2020.pdf



CAPÍTULO 6.

VIOLENCIA PRENATAL

- ▶ **Rebeca López Herrero.** *Matrona. Gerencia de Atención Primaria. Toledo.*
- ▶ **Esther Tobarra Sánchez.** *Pediatra Comunitaria. Servicio de Salud de Cardiff, Gales. Reino Unido.*
- ▶ **Nieves Rodríguez Martínez.** *FEA Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Toledo.*
- ▶ **Olga Rodríguez Gómez.** *FEA Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario de Toledo.*
- ▶ **Cristina Herráiz Perea.** *FEA Pediatría. Neonatología. Hospital Universitario de Toledo.*
- ▶ **Vanessa Losa Frías.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Polán. Toledo.*

Revisión y aportaciones al capítulo

- ▶ *Laura González Rodríguez. FEA Ginecología y Obstetricia Hospital Álvaro Cunqueiro. Vigo. Galicia.*
- ▶ *Raquel Martínez Domingo. FEA Ginecología y Obstetricia. Hospital Severo Ochoa. Madrid.*
- ▶ *Sara García Espinosa. Trabajadora social de los Centros de Salud de La Puebla de Montalbán y Polán. Toledo.*
- ▶ *Soledad Gómez-Escalonilla Lorenzo. Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Asociación Castellano Manchega de Enfermería Comunitaria. (ACAMEC)*
- ▶ *Asociación Castellano Manchega de Ginecología y Obstetricia (ACMGO)*
- ▶ *Asociación Científica de Matronas de Castilla-La Mancha (ACMCM)*
- ▶ *El Parto es Nuestro.*
- ▶ *Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla-La Mancha (APapCLM)*
- ▶ *Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria (SCAMFYC). Grupo de trabajo de Inequidades y Actividades Preventivas.*

1. Definición

La **violencia o maltrato prenatal** representa todas aquellas situaciones que, a pesar de no tener una implicación penal o policial evidente, constituyen desde el punto del *nasciturus* una vulneración de sus derechos y suponen un riesgo para su adecuado desarrollo físico, psíquico y social.

Se define como **situación de riesgo prenatal** a la falta de cuidado físico, el consumo abusivo de sustancias con potencial adictivo o cualquier otra acción propia de la mujer, la persona gestante¹ o de terceros que perjudique el normal desarrollo del embarazo o pueda provocar enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales en el recién nacido. Además, existen **factores de riesgo de vulnerabilidad** que introducen inequidad en el desarrollo de las personas; la vulnerabilidad se relaciona con las características biológicas y psicológicas, las condiciones sociales y ambientales, el ciclo vital y la estructura y funcionalidad de la familia. Estas situaciones durante el embarazo pueden influir en las capacidades parentales y afectar a la salud de los progenitores, principalmente de la embarazada, y del niño, niña o adolescente (NNA).

1. En todo el texto, con los términos gestante o embarazada nos referimos a mujeres y personas gestantes.



Dado que durante el embarazo se contacta más con el sistema sanitario, el período perinatal es una **ventana de oportunidad** en la identificación de todas aquellas circunstancias que puedan influir negativamente en la diada materno-fetal, condición necesaria para la puesta en marcha de los recursos de prevención y promoción del buen trato desde el período de la gestación.

2. Epidemiología

En los datos publicados del Registro Unificado de casos de sospecha de Maltrato Infantil (RUMI)² no aparecen cifras específicas sobre el maltrato prenatal en Castilla-La Mancha (CLM).

En relación al **consumo de drogas en mujeres** en España, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida, seguida del tabaco y los hipnosedantes con o sin receta. Entre las drogas ilegales, el cannabis es la droga de mayor prevalencia de consumo, seguida de la cocaína. Durante el **embarazo**, es difícil establecer la prevalencia real de consumo en gestantes tanto por las reservas a la hora de reconocerlo y comunicarlo como por la creencia arraigada de que un consumo ocasional y esporádico no merece mención. En nuestro entorno, datos procedentes de cuestionarios y de estudios con biomarcadores en matrices biológicas, como meconio fetal o pelo materno, sitúan la prevalencia de consumo de alcohol en el embarazo en torno al 40-60 %. En cuanto a las drogas ilegales, el cannabis es la más consumida durante la gestación.

Con respecto a la **violencia de género**, el embarazo es una etapa de mayor vulnerabilidad en donde la violencia puede aparecer, aumentar y prolongarse. Un estudio realizado en quince hospitales públicos de Andalucía describe que una de cada cinco mujeres embarazadas sufrió violencia psicológica y un 3,6% violencia física y/o sexual.

3. Justificación

El período de **embarazo, parto y puerperio** es un período de cambio que representa una **crisis vital** evolutiva que la persona vive en función de sus experiencias previas, su personalidad, su situación de pareja, familiar y social, las características del recién nacido y la ubicación de éste en el encadenamiento histórico de su familia. Toda esta etapa perinatal es un **período vulnerable** en el que participan los progenitores, el niño o niña, su red familiar y social, y en el que también juegan un papel los profesionales sanitarios que los asisten y la institución en sí misma. Para el recién nacido, **la etapa postnatal** y los primeros años de la vida también son un período de especial vulnerabilidad dada su dependencia absoluta, su incapacidad para comunicarse a través del lenguaje o adoptar medidas de autoprotección, su escasa visibilidad social y su menor contacto con personas ajenas al núcleo familiar. Durante esta etapa, la acumulación de experiencias adversas durante la infancia (EAI) tienen gran trascendencia en la salud a lo largo de toda la vida.

Estudios recientes describen cómo las mujeres con mayor número de **experiencias adversas** a lo largo de su infancia presentan más riesgo de depresión, estrés postraumático y consumo de tóxicos durante la gestación, así como riesgo de embarazo adolescente. El impacto en el embarazo de las EAI se manifiesta también en la salud del recién nacido: mayor riesgo de prematuridad, bajo peso al nacimiento y trastornos del neurodesarrollo y psiquiátricos durante la infancia. Así, en el estudio de los aspectos psicológicos relacionados con la gestación han de considerarse los efectos de las situaciones estresantes sobre la persona gestante y sus repercusiones sobre el feto, como apuntan

2. La herramienta estadística RUMI, elaborada en la década del 2000, propuso adaptar las diferentes tipologías de maltrato en cuatro (maltrato físico, psíquico, negligencia y abuso sexual) con el fin de facilitar su registro. El maltrato prenatal quedó englobado en la tipología negligencia.



los avances en el estudio de lo que se denomina la **salud primal**. En esta línea, se postula que la exposición a situaciones de violencia durante la gestación puede alterar el entorno gestacional de manera que favorezca el desarrollo en la descendencia de fenotipos asociados a mayor riesgo de psicopatología.

El embarazo es un período sensible con mayor prevalencia de problemas de **salud mental**; éstos son un factor asociado a dificultades en la crianza y riesgo de violencia sobre el NNA. Es necesario considerar como el contexto socioeconómico y cultural de las personas influye en la modulación de las respuestas adaptativas al embarazo, y las condiciones económicas desfavorables o circunstancias sociales específicas hacen más difícil el ajuste. Las prácticas sanitarias sin evidencia científica y algunas costumbres sociales también pueden interferir en la fisiología del embarazo y añadir riesgos innecesarios. El estrés relacionado con los cambios físicos y emocionales que se producen durante el embarazo puede exacerbar o desencadenar síntomas de salud mental. La **depresión** tiene un impacto negativo en la diada materno-fetal. Embarazadas con síntomas depresivos pueden presentar pérdida de apetito y peso, son más propensas a consumir nicotina, drogas y alcohol y, a menudo, no asisten a la atención prenatal recomendada; en el recién nacido son más frecuentes el bajo peso al nacimiento, la prematuridad y las complicaciones durante el parto y la cesárea; la depresión no tratada puede resultar en disfunción en la relación de apego y deterioro del desarrollo neuroconductual del NNA con consecuencias socio-emocionales negativas a largo plazo. Aunque está bien establecido que una buena atención de la salud mental en el período perinatal puede ser crucial para la salud de las generaciones futuras, tal provisión de cuidado sigue siendo fragmentada y a menudo es difícil acceder a ella en muchos lugares geográficos, incluyendo nuestra comunidad.

Para prevenir el impacto negativo de los problemas de salud mental en el embarazo y el desarrollo del NNA, la detección temprana es crucial. Los profesionales de la salud deben estar atentos a los síntomas relacionados con la salud mental durante el embarazo y el período posparto. También se debe prestar atención a la experiencia de la violencia de la pareja íntima y los síntomas del trastorno de estrés postraumático. Muchas embarazadas son reacias a revelar trastornos psicológicos a otros, incluyendo a los cuidadores, debido al estigma de la enfermedad mental. Por consiguiente, es preciso garantizar entornos seguros en la atención sanitaria y el acceso a un apoyo no estigmatizante que las gestantes consideren adecuado a sus necesidades. La disponibilidad y la aceptabilidad de las vías de referencia apropiadas también son componentes necesarios de los programas de detección.

En relación a las **drogas**, su exposición durante la gestación se considera un problema de salud pública, siendo un factor de riesgo relacionado con el retraso de crecimiento intrauterino, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacimiento y síndrome de abstinencia, así como trastornos del neurodesarrollo a lo largo de la infancia y adolescencia. El consumo por parte de la pareja puede ser también un factor de riesgo dada la influencia que puede tener la ingesta de alcohol u otras drogas en la espermatogénesis y por la correlación entre el consumo de la pareja y el de la gestante. Destaca por su prevalencia el daño producido por el consumo prenatal de **alcohol**, el cual es la primera causa prevenible de retraso mental en el mundo occidental. Durante el embarazo, no se ha podido establecer un nivel seguro de ingesta de alcohol, por lo que su consumo, ya sea puntual o sostenido, debe entenderse como un tipo de omisión al buen trato que ocurre desde antes de nacer. El **trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF)** es un diagnóstico que describe las entidades clínicas relacionadas con el consumo de alcohol en el período prenatal. Al ser un químico que afecta directamente al desarrollo del cerebro, sus implicaciones pueden llegar a ser más estructurales y circunscritas, incluyendo desde rasgos faciales hasta la alteración en distintos dominios y habilidades



neurocomportamentales que se extienden y ponen de manifiesto a lo largo de la vida del individuo, constituyendo un claro detrimento en términos de disminución de la productividad, gastos asociados y sufrimiento para los NNA y sus familias. La prevalencia del TEAF en los países occidentales se estima que se encuentra entre el 3-5% de la población escolar, cifra significativa cuando se compara con otros trastornos con los que existe un cribado establecido (síndrome de Down, fenilcetonuria, espina bífida...) y teniendo en cuenta que el TEAF es 100% prevenible. Entre los factores relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas durante la gestación se encuentran: las EAI maternas, los determinantes sociales de la salud (como dificultades laborales, condiciones del domicilio o apoyo social), la violencia de género y la presencia de problemas de salud mental.

La **violencia de género** puede verse agravada durante la etapa perinatal, en forma tanto de violencia física como sexual y psicológica. Varios estudios describen una asociación positiva y proporcional entre la violencia de género en el embarazo y peores resultados perinatales. Los mecanismos etiopatogénicos pueden ser directos: sufrir una agresión física directamente en el abdomen o bien una agresión sexual durante el embarazo se asocia a daño placentario, contracciones uterinas, rotura de membranas e infecciones genitourinarias; o indirecto: el estrés materno sufrido durante el maltrato puede activar el eje neuroendocrino, causando liberación de cortisol y catecolaminas, lo que provoca vasoconstricción de los vasos placentarios. Además, puede agravar problemas de salud crónicos preexistentes, como diabetes, hipertensión o asma, y aumentar conductas de riesgo. Los NNA expuestos a violencia de género se consideran víctimas, tienen un mayor riesgo de problemas de salud a corto y largo plazo incluidos los trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias y problemas neuroconductuales y del aprendizaje. Son necesarias estrategias de prevención y detección precoz de situaciones de violencia de género durante el embarazo

4. Objetivos

- Detectar los indicadores de riesgo prenatal y los factores de riesgo de vulnerabilidad desde el ámbito sanitario.
- Facilitar los mecanismos de comunicación e intervención interdisciplinar ante situaciones de riesgo que garanticen la puesta en marcha de medidas de atención integral a las mujeres y personas gestantes, los recién nacidos y sus familias.

5. Abordaje en el periodo preconcepcional y prenatal

El seguimiento del embarazo en Castilla-La Mancha se realiza desde un proceso asistencial integrado que coordina las actuaciones desde atención primaria y hospitalaria. Proponemos que se integre en la actividad asistencial la detección activa de las situaciones de riesgo prenatal y los factores de riesgo de vulnerabilidad durante los periodos preconcepcional, prenatal y perinatal.

5.1 Detección

La detección es el primer paso para abordar las situaciones de riesgo y atenuar sus efectos negativos. La base de la detección es la entrevista clínica. Preguntar a las mujeres y personas gestantes sobre situaciones de vulnerabilidad y riesgo prenatal, en donde se incluyen situaciones de violencia, constituye una primera manifestación de apoyo. De



la misma manera, no afrontar estas realidades puede derivar en un mayor aislamiento, en el agravamiento de las consecuencias para la salud y en mayor riesgo de recibir un tratamiento inadecuado o ineficaz. Este acercamiento ha de hacerse desde una perspectiva de género y con sensibilidad cultural.

5.1.1 ¿Cuándo preguntar?

Se recomienda explorar situaciones de riesgo durante el período preconcepcional y al menos en otras cuatro ocasiones: primera visita del embarazo, segundo trimestre, tercer trimestre y puerperio. La actitud de alerta ante signos de sospecha de situaciones de riesgo se ha de mantener en todas las consultas del proceso asistencial, incluyendo la atención en urgencias hospitalarias y los puntos de atención continuada.

En relación al **consumo de drogas prenatales**, las preguntas deben hacerse de forma cuidadosa aunque repetida. Los patrones de consumo pueden cambiar a lo largo del embarazo y en cada pregunta de cada profesional que atiende a una gestante o puerpera (matrona, ginecólogo, enfermera, pediatra, médico/a de familia) se cuenta con la experiencia de la anterior y se favorece la sensibilización del riesgo; conocer un riesgo es el primer paso para el cambio y ofrecer la posibilidad de hablarlo es una oportunidad para buscar soluciones. Hay que tener en cuenta que la gestante puede estar batallando con sentimientos de culpa y vergüenza en relación a todas estas situaciones de riesgo, y quizá no sea posible escudriñar todos los datos pormenorizados en un primer encuentro. A lo largo de repetidas consultas se puede tener una idea más clara de la situación socio-familiar y psicosocial, de sus fortalezas, de sus vulnerabilidades y de la manera de afrontarlas.

5.1.2 ¿A quién preguntamos?

A todas las mujeres y personas gestantes. Considerar el consumo de alcohol y drogas en la pareja.

5.1.3 ¿Qué buscamos?

Los indicadores de riesgo prenatal incluyen situaciones en las que con los datos derivados de la historia clínica, de los exámenes médico-psicológicos y de la historia social nos indican que hay probabilidades de que sea perjudicial para la diada materno-fetal:

Tabla 1. Indicadores de riesgo prenatal

- Incumplimiento reiterado y notorio de las medidas higiénico-sanitarias prescritas por el personal sanitario para un adecuado desarrollo del embarazo y la prevención de situaciones de riesgo para la salud de la gestante y el bebé (p. ej., consumo de sustancias, retraso del inicio del seguimiento del embarazo...) no existiendo causas externas de fuerza mayor que lo justifiquen.
- Consumo de drogas, alcohol u otras sustancias adictivas de forma abusiva y con riesgo para el feto.
- Gestante con trastornos mentales graves sin adecuado seguimiento.
- Han realizado conscientemente acciones de riesgo para la continuidad del embarazo.
- Relaciones de pareja en las que se sufre violencia.
- Otras acciones similares propias de gestante o de terceros que perjudiquen el normal desarrollo o puedan provocar enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales en el recién nacido
- Renuncia del hijo/a en gestación.



Los **factores de riesgo de vulnerabilidad** (tabla 2) describen situaciones en las que los progenitores presentan características o dificultades que pueden limitar de manera significativa sus capacidades para atender al bebé tras el nacimiento. El hecho de identificar estos factores de riesgo no asegura la identificación de un daño (no implican causalidad), sino que solo aumentan su probabilidad. Es preciso asesoramiento y soporte para aminorar los efectos negativos de la situación detectada. La presencia simultánea de varios factores de riesgo y la falta reiterada de respuesta a las intervenciones planteadas determinarán la probabilidad de que la situación sea perjudicial para la diada materno-fetal. Sin describir todas las situaciones posibles, entre los factores de riesgo de vulnerabilidad encontramos:

Tabla 2. Factores de riesgo de vulnerabilidad durante el período perinatal

FACTORES DE RIESGO DE VULNERABILIDAD

- Retraso en el inicio del seguimiento del embarazo.
- Rechazo o sentimientos negativos intensos hacia el embarazo y el futuro bebé.
- Historia previa de desprotección hacia otros hijos e hijas o en la propia infancia y adolescencia.
- Edad menor a 20 años, limitaciones cognitivas, ausencia o escasez de fuentes de apoyo afectivo y/o familiar, entorno conflictivo.
- Dificultades económicas o materiales significativas, gestante con discapacidad sin soporte.
- Trastornos psicopatológicos, síntomas significativos de malestar psicológico (particularmente depresivos), o problemas importantes para controlar la agresividad.
- Inestabilidad o conflicto importante en la relación de pareja.
- Pareja que abusa del alcohol u otras drogas.
- Elevado nivel de estrés asociado al ejercicio del rol parental (p. ej. maternidad en solitario, elevado número de hijos e hijas, hijos e hijas con enfermedades crónicas o discapacidad).
- Gestante procedente de otros países que pueda presentar barrera idiomática, ausencia de redes de apoyo, situación de irregularidad administrativa...
- Gestante que está cumpliendo medidas penales.
- Gestante con múltiples parejas y comportamientos promiscuos o prostitución.
- Embarazo producto de una violación.
- Gestante en tratamiento en centro de atención y seguimiento de drogodependencias.
- Gestante con patología crónica o infecciosa con dificultades en el soporte y seguimiento

A su vez, los profesionales sanitarios hemos de estar alerta a los signos de sospecha de una embarazada que sufre **violencia**, (tabla 3) teniendo en cuenta que con frecuencia las gestantes no informan de su situación por iniciativa propia, o incluso la ocultan, pero que pueden hacerlo si alguien de confianza les propone hablarlo (y las consultas durante el embarazo son un momento particularmente apropiado para ello). Entre los signos de sospecha a considerar encontramos:


Tabla 3. Signos de sospecha ante una embarazada que sufre violencia

Actitudes
- Discordancia entre el relato del incidente y el tipo de lesión. - Retraso entre el momento del incidente y la solicitud de asistencia. - Lesiones durante el embarazo o aborto espontáneo después de una “caída accidental”. - Embarazada temerosa, con sentimientos de culpa o vergüenza. - Explicaciones confusas o contradictorias. Pueden adoptar una actitud defensiva y/o evitar el contacto visual.
Signos físicos
- Antecedentes de interrupciones de embarazo o abortos espontáneos. - Lesiones o complicaciones durante el embarazo sin explicaciones lógicas. - Antecedentes de bajo peso al nacimiento o partos pretérmino. - Infecciones vaginales, del tracto urinario y/o de transmisión sexual.
Signos en los hábitos de vida
- Consumo de tabaco, alcohol o sustancias tóxicas durante el embarazo. - Intento de autolisis durante el embarazo. - Seguimiento del embarazo tardío o insuficiente. - Visitas frecuentes a los servicios de urgencia. - Ingresos frecuentes hospitalarios. - Nutrición inadecuada.
Signos psicológicos
- Embarazo no deseado o no planificado. - Dificultad para asumir el rol de madre. - Depresión, incluida la depresión postparto. - Ansiedad.
Signos de sospecha en la pareja
- Suele acompañar a la víctima y mostrarse excesivamente preocupado o, al contrario, despectivo, irónico o menospreciando la situación. - Demasiado atento, responde a las preguntas que el sanitario hace a la embarazada. - Controla la medicación de la embarazada. - Intenta no dejar sola a la embarazada en ningún momento. - Acompaña a la mujer en todas las citas. - Su lenguaje no verbal muestra una actitud de poder y control sobre la mujer.

5.1.4. ¿Cómo preguntar?

La entrevista clínica dirigida a explorar el área psicosocial trata de temas sensibles de la vida de la gestante y su familia. Es importante realizarla en un clima de calidez, respeto y neutralidad, así como informar, antes de comenzar, de la naturaleza de la conversación y de su importancia en el desarrollo saludable de la gestación. Como toda solicitud de información, ha de asegurarse su carácter confidencial y contar con su consentimiento. Con el fin de facilitar la discusión de temas delicados, se recomienda realizar preguntas abiertas que faciliten la narrativa de la gestante, además de iniciar con preguntas generales y, posteriormente, pasar a preguntas más concretas relacionadas con la violencia. Para ello es importante proporcionar una consulta individual en al menos una ocasión. Algunas de las **preguntas orientativas y recomendaciones** que nos pueden ayudar a explorar los aspectos psicosociales son (tabla 4).



Tabla 4. Preguntas orientativas y recomendaciones a la hora de explorar aspectos psicosociales durante el periodo perinatal

Retraso en el inicio del control prenatal
- No se recomienda criticar o hacer preguntas directas en relación al control tardío, puede parecer una descalificación. Sí mostrar interés en saber qué fue lo que la motivó a consultar y reforzar positivamente el inicio del seguimiento. - El retraso en el inicio del control prenatal puede asociarse a conflictos relacionados con la maternidad (sentimientos ambivalentes respecto a un embarazo oculto), violencia sexual o violencia de género.
Rechazo o sentimientos negativos intensos hacia el embarazo y el futuro bebé
¿Cómo se sintió cuando se enteró que estaba embarazada?; ¿cómo se siente en este momento respecto al embarazo? - Favorezca hablar de estos sentimientos sin juzgarlos y explore con la persona gestante el origen de los mismos. Considere la posibilidad de violencia de género y/o depresión.
Ausencia o escasez de fuentes de apoyo afectivo y/o social
¿Cómo recibieron la noticia del embarazo su pareja y su familia?; ¿se siente apoyada? - Un embarazo, aunque nos resulte extraño, es una fuente de estrés para la relación de pareja. ¿Cómo lo están llevando ustedes?; ¿ha notado cambios importantes en su relación de pareja?; ¿le preocupan estos cambios?
Trastornos psicopatológicos o síntomas significativos de malestar psicológico
¿Alguna vez ha tenido problemas emocionales o alguna enfermedad mental?; ¿ha consultado alguna vez un psicólogo o psiquiatra?; ¿ha recibido tratamiento?; ¿está actualmente en tratamiento por algún problema o enfermedad mental? - Durante el último mes, ¿se ha preocupado porque con frecuencia se siente triste, deprimida o sin esperanza?; ¿con frecuencia siente poco interés por realizar actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas? - Explore el resultado del tratamiento, la adhesión terapéutica o el abandono del mismo.
Uso abusivo de sustancias: tabaco, alcohol, drogas adictivas
- Teniendo en cuenta la fecha de última regla, si nos ubicamos tres meses antes del embarazo, ¿cuántas veces pudo beber alcohol a la semana?; cuando bebe poco, ¿cuánto bebe?; por ejemplo, ¿toma vino o cerveza a veces con las comidas?; ¿toma algo de alcohol el fin de semana?; ¿cuál es la cantidad máxima que suele beber en fin de semana o en algún evento?; ¿de cuántas semanas estaba cuando supo que estaba embarazada?; ¿hubo algún evento social durante ese tiempo: boda, navidad...?; y ahora que está embarazada, ¿cuánto bebe?; ¿cuándo cambió el patrón de consumo? - Herramientas como la hoja verde son útiles para cuantificar el número de unidades y estimar la exposición en gramos/día de alcohol (Anexo 1). - Para las drogas ilegales, una pregunta más indirecta puede ser informativa. El policonsumo es frecuente y conocer el argot utilizado para denominarlas es de utilidad. ¿Ha podido estar expuesta a otras drogas tres meses antes o en algún momento del embarazo? Cannabis, cocaína, heroína... - Considera y pregunta acerca del consumo de alcohol y drogas de la pareja.
Situaciones de violencia durante el embarazo*
En general, ¿cómo describiría su relación de pareja?; ¿resuelven sus discusiones con dificultad? En alguna ocasión, ¿ha sufrido maltrato emocional, físico o sexual por parte de su pareja o por una persona importante para usted? (<i>capítulo 4; tabla 2: Herramientas para la detección de posibles casos de violencia de género</i>).
Expresiones de apoyo a una embarazada que sufre maltrato
En muchos casos las mujeres se sienten responsables del maltrato, no es culpa suya; siento mucho que le esté haciendo daño; no merece ser maltratada; ¿quiere hablar de ello?; hay ayudas a su disposición.
Expresiones a evitar
¿Por qué no se va de casa?; ¿por qué vuelve con él?; a mí nunca me pasaría algo así; ¿tú no le habrás dicho algo para que se enfade tanto?; vuelve a tu casa, seguro que se le pasa.



Recomendaciones

- Ver a la mujer sola, asegurando confidencialidad**
- Observar actitudes y el estado emocional. Favorecer la escucha activa, con empatía, respeto y neutralidad.
- Seguir una secuencia lógica de preguntas: de más generales e indirectas a otras más concretas y directas.
- Abordar directamente el tema de la violencia. Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.
- Aceptar el relato de la embarazada. Evitar actitudes de revictimización. No culpabilizar. No minimizar los hechos ni la importancia de la violencia.
- Respetar las decisiones de la embarazada.
- Complimentar adecuadamente los informes clínicos y legales necesarios.

Actitudes a evitar

- Aumentar la presión sobre la gestante. Plantear preguntas que la culpabilizan o la bloqueen. Realizar las preguntas sobre violencia delante de otras personas.
- Crear falsas expectativas sobre una fácil solución del problema.
- Repetir el relato de los malos tratos a varios profesionales.

* Considerar uso de las nuevas herramientas de registro en la historia clínica para la detección precoz de la violencia de género disponibles en Turriano y Mambrino XXI. Completar información en el documento Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud. https://www.sanidad.gob.es/fr/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Doc_Aprobado_CISNS_Instrum_Estandariz_Detec_Temprana_VG_1Dic2021_OSM.pdf

** En caso de barrera idiomática, considerar mediación intercultural e interlingüística presencial o, en su defecto, a través del servicio de interpretación telefónica.

5.2 Intervención

La detección de indicadores de riesgo prenatal y factores de riesgo de vulnerabilidad ha de ir acompañada de un **plan de intervención interdisciplinar y coordinado**, considerando la necesidad de medidas de protección. Para ello es necesario:

- **Registrar** la situación en la historia clínica.
- **Informar** de la valoración que el profesional sanitario hace de la situación. Respetar el derecho a la confidencialidad. No juzgar.
- **Derivar** si se estima necesario y previo consentimiento al profesional de **trabajo social** del centro sanitario, así como a los **profesionales específicos** en función del riesgo detectado (salud mental, unidad de conductas adictivas...) y los recursos específicos de la zona. Es importante explicar los motivos por los que puede ser necesario compartir información del embarazo con otros servicios.
- Realizar un parte de lesiones (obligado ante lesiones físicas o psicológicas de origen violento o como consecuencia de un posible acto delictivo).
- **Valoración interdisciplinar** (trabajador social, equipo obstétrico, servicios sociales, neonatología, pediatría, medicina de familia) de la situación.
- Elaboración de un **plan de intervención interdisciplinar y seguimiento**.

Ante la presencia de **factores de riesgo de vulnerabilidad**, se recomienda la intervención precoz con programas de prevención secundaria con el objetivo de evitar una futura situación de riesgo. En general, esta intervención corresponderá a los **servicios sociales generales** (trabajadores sociales sanitarios de los centros de salud o, en su



defecto, los trabajadores sociales locales/municipales³) en coordinación con el personal sanitario de atención primaria (matrona, médico/a de familia, pediatra) que deberán mantener su intervención tras el nacimiento para garantizar que el niño o niña reciba una atención adecuada en su familia. Si se detectan **indicadores de riesgo prenatal**, se recomienda la intervención preventiva interdisciplinar (trabajador social sanitario, trabajador social local/municipal, equipo obstétrico, neonatólogo, matrona) y reevaluación completa de la situación del bebé una vez haya nacido. Es necesario contar con la valoración del caso por parte de los trabajadores sociales en coordinación con el **Equipo Interdisciplinar de Protección a la Infancia**.

La guía NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*) realiza una serie de recomendaciones en el abordaje de gestantes en situaciones de riesgo en coordinación con los servicios sociales que se recogen en la tabla 5.

Tabla 5. Recomendaciones en el abordaje de gestantes en situaciones de riesgo

CONSIDERACIONES	INFORMACIÓN Y APOYO
Gestantes que abusan de alcohol y/o drogas	
• Aconsejar a todas las personas embarazadas no consumir nada de alcohol, tabaco ni otras drogas. • Garantizar que las actitudes del personal no impidan el acceso a los distintos servicios a la persona embarazada. • Abordar los temores en relación a la participación de los servicios de protección a la infancia y adolescencia y posible retirada de custodia; ofrecer información adaptada a sus necesidades. • Abordar los sentimientos de culpa que les produce el consumo de dichas sustancias y los efectos potenciales en el bebé. • En función del riesgo o nivel de consumo, ofrecer consejo breve y derivación a la unidad de conductas adictivas (UCA).	• Intentar recordar a la gestante sus citas más próximas de control prenatal (llamarla un día antes, utilizar servicio de mensajería SMS....). • Animar a utilizar los servicios de la UCA de acuerdo a sus necesidades individuales. • Ofrecer información sobre los efectos potenciales de la droga de la que abusa para su bebé y qué esperar cuando su bebé nazca (atención médica que va a necesitar, dónde se atenderá a su bebé y posible participación de los servicios sociales). • Interesarse acerca de su asistencia a las citas de atención prenatal en los distintos servicios (atención primaria y especializada) y proporcionar información sobre cómo y cuándo acudir si lo precisa. • Interesarse por la forma en que la gestante se traslada a sus citas y ofrecerle información sobre las distintas posibilidades de transporte.
Gestantes inmigrantes, solicitantes de asilo o refugiadas con barrera idiomática	
• Uso de servicios de mediación y traducción. • Informar sobre los servicios de atención prenatal y cómo usarlos. • Considerar la necesidad de formación que capacite en atención de las necesidades específicas de estos colectivos. • Asegurar información actualizada sobre la dirección y datos de contacto. • Flexibilidad en el número y duración de las visitas prenatales que requieran del servicio de mediación. • Informar sobre los servicios socio-sanitarios de la zona: farmacias, hospitales, centros de salud, centros de especialidades, escuelas infantiles, centros de planificación familiar, centros de acogida, etc.	• Informar sobre el acceso y derecho a la atención sanitaria. • En el primer contacto, informar de la importancia de llevar consigo todos los informes de seguimiento del embarazo. • Evitar suposiciones basadas en la cultura, la etnia o las creencias religiosas. • Procurar que la gestante esté acompañada de alguien que haga de mediador (evitar que esta persona sea un familiar, pareja o tutor legal). En ausencia de mediador presencial, valorar el uso de los distintos servicios o aplicaciones de traducción telefónica disponibles en las distintas áreas de salud • Preguntar si ha comprendido la información para asegurarnos de que lo ha entendido correctamente.

3. Figura profesional de referencia de los Servicios Sociales de Atención Primaria (ver glosario). En caso de NO disponer de trabajador/a social en su zona sanitaria, contactar con: atencionpersonas.ssc@sescam.jccm.es o trabajosocial.dqcc@sescam.jccm.es, con el fin de coordinar la comunicación con los Servicios Sociales.



Mujeres embarazadas que sufren violencia de género	
• Considerar las dificultades especiales a la hora de utilizar los servicios de atención prenatal (su pareja puede tratar de impedir que asista a las citas, temor a que contar su condición de maltrato a un profesional sanitario pueda empeorar su situación, o no estar segura de la reacción que puede tener el profesional sanitario al respecto...). • Conocer los protocolos y recursos locales para profesionales y para la mujer. • Si existe riesgo alto para la salud de la diada materno-fetal, considerar el caso como una urgencia: remitir parte de lesiones al juez de forma inmediata y derivar de forma urgente a la mujer al personal de trabajo social o los servicios de apoyo de 24 horas de emergencias sociales para mujeres maltratadas (112), y a los recursos específicos disponibles en su zona (900 100 114).	• Asegurar confidencialidad. No registrar datos que pongan en peligro a la mujer en los informes que lleve consigo, ni en ningún lugar visible de la historia clínica. • En relación a los partes de lesiones que se redacten, preguntar si desea o no copia, para no exponerla a una situación de peligro con su pareja. • Informar sobre los recursos de apoyo y resolver sus dudas y proporcionar información sobre la posible participación de los Equipos Interdisciplinares de Protección a la Infancia. • Proporcionar teléfono y otros contactos de ayuda a la mujer maltratada (016, WhatsApp 600000016, 016-online@igualdad.gob.es.), 900 100 114 (teléfono atención 24 h Castilla-La Mancha). • Flexibilizar las citas de control prenatal y tratar de adecuarlas a las necesidades de la mujer.
Gestantes adolescentes	
• Considerar que pueden sentirse incómodas durante la atención prenatal, en la que la mayoría de las usuarias pertenecen a grupos de mayor edad. • Pueden ocultar su embarazo o tener sentimientos de vergüenza y miedo a la reacción de sus progenitores. Considerar la posibilidad de violencia de género, violencia sexual u otros problemas sociales. • Si lo desea la embarazada, facilitar que la pareja participe en los cuidados prenatales.	• Ofrecer información adecuada a su edad: servicios de atención sanitaria, educación prenatal, grupos de preparación al parto, ayudas y servicios sociales. • Interesarse por la forma en que se traslada a sus citas y ofrecerle información sobre las distintas posibilidades de transporte. • Interesarse por la intención que tiene de continuar con sus estudios/formación, instituto, ciclos formativos... Y conocer el apoyo que tiene para ello por parte de su entorno.



Algoritmo 1. Actuación ante sospecha de violencia prenatal en el ámbito hospitalario.

INDICADORES DE RIESGO PRENATAL

- Incumplimiento reiterado de las medidas higiénico-sanitarias para un adecuado desarrollo del embarazo y la prevención de situaciones de riesgo para la salud de la gestante y el bebé sin causas externas de fuerza mayor que lo justifique.
- Renuncia del hijo/a en la gestación.
- Consumo abusivo de drogas, alcohol, otras sustancias adictivas y con riesgo para el feto.
- Trastornos mentales graves sin adecuado seguimiento.
- Han realizado conscientemente acciones de riesgo para la continuidad del embarazo.
- Implicadas en relaciones de pareja en las que sufren violencia.
- Otras acciones de la gestante o terceros toleradas por esta, que perjudique el normal desarrollo o puedan provocar enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales en el recién nacido.

INDICADORES DE MALTRATO PRENATAL

- Bebé nacido con trastorno del espectro alcohólico fetal, de abstinencia, daños neurológicos o resultados positivos en presencia de drogas como consecuencia del consumo abusivo de drogas y alcohol durante el embarazo.
- Bebé nacido con enfermedad o anomalías físicas, mentales o sensoriales graves que suponen una amenaza para la vida, implican una incapacidad o deterioro permanente de carácter grave, o le colocan en riesgo de sufrir incapacidad o deterioro. Hay una valoración médica que relaciona dichas enfermedades o anomalías con el comportamiento durante la gestación.

INDICADORES DE RIESGO DE VULNERABILIDAD

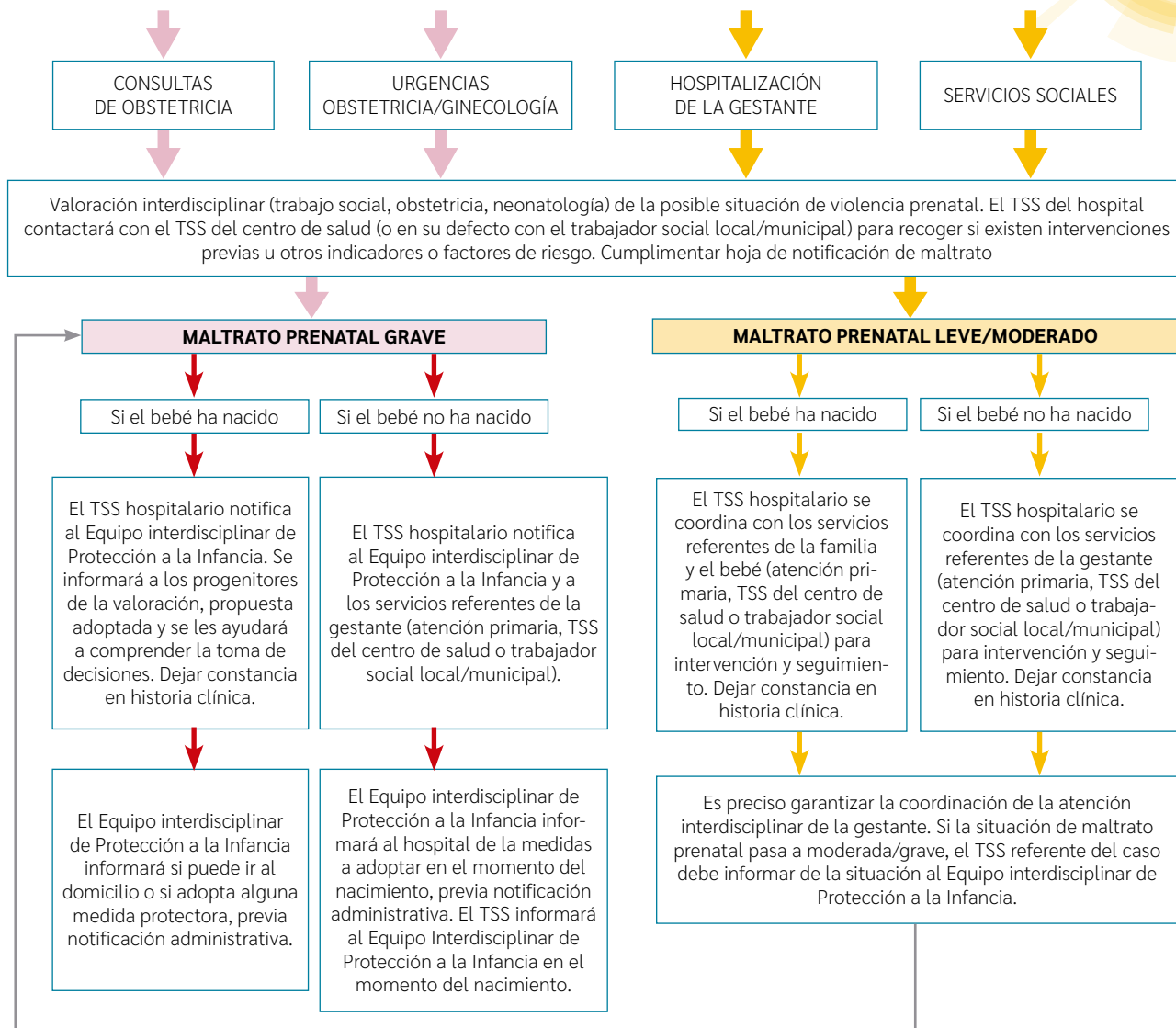
- Retraso en el inicio del seguimiento del embarazo.
- Rechazo o sentimientos negativos intensos hacia el embarazo/bebé.
- Historia previa de desprotección hacia otros hijos/as o en la propia infancia o adolescencia.
- Edad menor a 20 años, limitaciones cognitivas, ausencia o escasez de fuentes de apoyo afectivo y/o familiar, entorno conflictivo.
- Dificultades económicas o materiales significativas, embarazo en persona con discapacidad sin soporte.
- Trastornos psicopatológicos, síntomas significativos de malestar psicológico (particularmente depresivos), o problemas importantes de control de agresividad.
- Conflicto importante en la relación de pareja.
- Pareja que abusa del alcohol u otras drogas.
- Elevado nivel de estrés: asociado al ejercicio del rol parental (p. ej. maternidad en solitario, elevado número de hijos/as o con enfermedades crónicas o discapacidad).
- Gestante procedente de otros países, con barrera idiomática, ausencia de redes de apoyo, situación de irregularidad administrativa...
- Gestante embarazada cumpliendo medidas penales.
- Gestante con múltiples parejas, comportamientos promiscuos o prostitución.
- Embarazo producto de una violación.
- Gestante en tratamiento en centro de atención y seguimiento de drogodependencias
- Gestante con patología crónica o infecciosa con dificultades en el seguimiento y soporte.

CONSULTAS
DE OBSTETRICIA

URGENCIAS
OBSTETRICIA/GINECOLOGÍA

HOSPITALIZACIÓN
DE LA GESTANTE

SERVICIOS SOCIALES



TSS: Trabajador social sanitario.



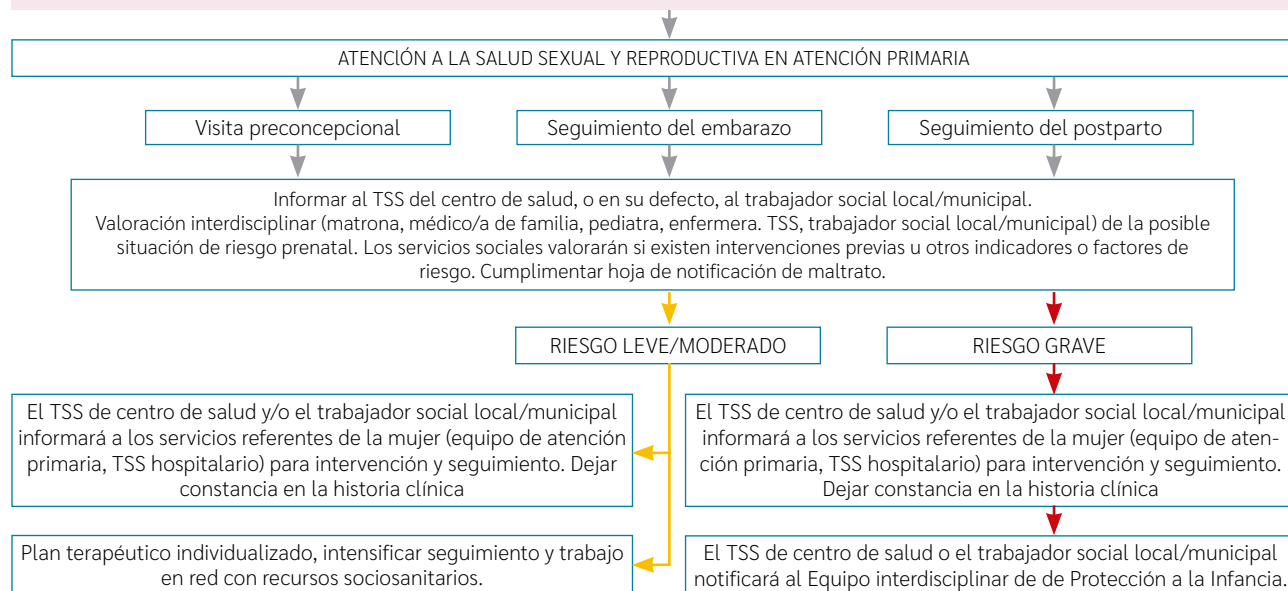
Algoritmo 2. Actuación ante sospecha de violencia prenatal en el ámbito de la atención primaria.

FACTORES DE RIESGO DE VULNERABILIDAD

- Retraso en el inicio del seguimiento del embarazo.
- Rechazo o sentimientos negativos intensos hacia el embarazo/bebé
- Historia previa de desprotección hacia otros hijos/as o en la propia infancia.
- Edad menor a 20 años, limitaciones cognitivas, ausencia o escasez de fuentes de apoyo afectivo y/o familiar, entorno conflictivo.
- Dificultades económicas o materiales significativas, embarazo en persona con discapacidad sin soporte.
- Trastornos psicopatológicos, síntomas significativos de malestar psicológico (particularmente depresivos) o problemas importantes de control de agresividad.
- Conflicto importante en la relación de pareja.
- Pareja que abusa del alcohol u otras drogas.
- Elevado nivel de estrés asociado al ejercicio del rol parental (p. ej. maternidad en solitario, elevado número de hijos/as o con enfermedades crónicas o discapacidad).
- Gestante procedente de otros países, con barrera idiomática, ausencia de redes de apoyo, situación de irregularidad administrativa.
- Gestante cumpliendo medidas penales.
- Gestante con múltiples parejas, comportamientos promiscuos o prostitución.
- Embarazo producto de una violación.
- Gestante en tratamiento en centro de atención y seguimiento de drogodependencias.
- Gestante con patología crónica o infecciosa con dificultades en el seguimiento y soporte.

INDICADORES DE RIESGO PRENATAL

- Incumplimiento reiterado de las medidas higiénico-sanitarias para un adecuado desarrollo del embarazo y la prevención de situaciones de riesgo para la salud de la gestante y el bebé sin causas externas de fuerza mayor que lo justifique.
- Consumo abusivo de drogas, alcohol, otras sustancias adictivas y con riesgo para el feto.
- Trastornos mentales graves sin adecuado seguimiento.
- Han realizado conscientemente acciones de riesgo para la continuidad del embarazo.
- Implicadas en acciones de parejas en las que sufren violencia.
- Otras acciones de la gestante o terceros toleradas por esta, que perjudique el normal desarrollo o puedan provocar enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales en el recién nacido.
- Renuncia del hijo/a en la gestación.





6. Abordaje en el período neonatal inmediato

Identificado el recién nacido en situación de riesgo, el objetivo principal de la intervención ha de ser asegurar una atención sanitaria adecuada y establecer un programa de seguimiento que favorezca la adaptación y normalización social del bebé y su familia. Hemos de tener en cuenta que el recién nacido presenta una relación de dependencia absoluta respecto a su entorno y su bienestar va a estar directamente relacionado con el de sus progenitores, de ahí la importancia que tienen todas aquellas condiciones que influyen en el establecimiento del vínculo afectivo adecuado entre ellos.

6.1 Detección

6.1.1 ¿Qué buscamos?

Los **indicadores de violencia prenatal** describen el comportamiento de la gestante o terceros de tipo intencionado o negligente, que se produce durante la gestación y provoca que el recién nacido presente enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales graves. Se considera que **la situación de violencia prenatal se determina una vez el bebé ha nacido**, debiendo existir una valoración médica que asocie el comportamiento durante la gestación y las enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales del bebé. Su identificación tendrá una calificación de gravedad muy elevada. La violencia prenatal puede ser evidenciada al nacimiento en gestantes en seguimiento por indicadores de riesgo prenatal ya detectados, o directamente tras el nacimiento (embarazos con indicadores de riesgo no detectados o sin seguimiento).

Tabla 6. Indicadores de violencia prenatal

INDICADORES DE VIOLENCIA PRENATAL

- Bebé nacido con trastorno alcohólico fetal, de abstinencia, daño neurológico o resultados positivos a drogas como consecuencia del consumo abusivo de drogas y/o alcohol durante el embarazo. Considerar que, en ocasiones, el síndrome o los daños tardan varios días en manifestarse.
- Bebé nacido con enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales graves que suponen una amenaza para la vida, implican una incapacidad, un deterioro permanente de carácter grave o el riesgo de sufrir tal incapacidad o deterioro. Precisa de una valoración médica que relacione dichas enfermedades o anomalías con el comportamiento durante la gestación.

6.1.2 ¿Cómo se manifiesta?

Lo más habitual es que los recién nacidos en situación de riesgo prenatal no presenten hallazgos específicos su-gerentes del mismo, o que estos sean muy sutiles. Las **manifestaciones clínicas** más frecuentemente descritas se describen en la tabla 7. El bajo peso al nacer, el fallo de medro y la prematuridad son frecuentes en esta población; sin embargo, las alteraciones de conducta en el recién nacido pueden ser poco expresivas, variando desde la hiporreactividad, la irritabilidad o las alteraciones de los periodos de sueño-vigilia. Los cambios conductuales más evidentes (ausencia de contacto visual, indiferencia ante rostros de personas o movimientos estereotipados), se observan en edades posteriores, como ocurre también con el retraso del neurodesarrollo, que no se harán evidentes hasta meses después del nacimiento. Por este motivo, es fundamental el seguimiento.



Tabla 7. Manifestaciones clínicas de recién nacidos en situación de riesgo prenatal presentes al nacimiento y de aparición a lo largo de la infancia

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	
Antropometría	Bajo peso al nacer, fallo de medro, prematuridad.
Desregulación neuroconductual	Llanto agudo, irritabilidad, aumento del tono muscular, temblores, reflejo de Moro exagerado, trastornos del sueño/vigilia, dificultades en la alimentación, trastornos gastrointestinales (vómitos, diarrea) y autonómicos (taquicardia, taquipnea e hipertermia o hipotermia), así como problemas respiratorios (congestión nasal, estornudos excesivos, aleteo nasal).
Retraso del neurodesarrollo	Déficit cognitivo, trastornos del comportamiento y del aprendizaje, trastorno del espectro autista, bajo rendimiento escolar, TDAH.
Malformaciones	Defectos cardíacos o defectos del tubo neural (opioides).

Una parte muy importante de la **exploración física** será la observación directa de la interacción entre el recién nacido y su cuidador, principalmente la actitud de este último. En algunas ocasiones, existen algunos indicadores físicos altamente sugestivos como: lesiones mucocutáneas, hematomas o laceraciones, sobre todo si se encuentran en distinto estadio evolutivo y que no se justifiquen por el proceso del parto. Deben quedar registrados tanto las características físicas del paciente como cualquier otro dato que se considere relevante, sobre todo en aquellos casos ya conocidos o sospechosos de situación de riesgo prenatal.

La presentación clínica de los **lactantes con exposición a sustancias en el útero** es variable y depende del tipo de tóxico, del momento y cantidad de la última dosis, de la dosis acumulada y de las características farmacocinéticas en la gestante y el recién nacido. Los bebés prematuros tienen menos probabilidades de expresar síntomas graves y tienen un curso más leve. Dosis normalmente inocuas para un adulto pueden ocasionar un cuadro grave en el recién nacido, especialmente cuando existe consumo simultáneo de varias sustancias. Entre las sustancias que pueden tener consecuencias para el feto y el recién nacido se encuentran:

- Sustancias lícitas que no requieren receta médica: la exposición prenatal exclusiva al tabaco se relaciona con mayor riesgo de hospitalización por infección respiratoria, especialmente en el segundo año de vida; los parámetros antropométricos al nacer están disminuidos en los bebés de gestantes fumadoras persistentes, y es dependiente de la dosis de tabaco consumida por la embarazada. La exposición prenatal al alcohol conlleva un riesgo de desarrollo neurológico deficiente en el lactante.
- Uso o abuso de medicamentos recetados: opioides/analgésicos, sedantes/hipnóticos, estimulantes, medicamentos psicotrópicos utilizados para comorbilidades psiquiátricas.
- Drogas ilícitas: estimulantes, incluidas la cocaína y las anfetaminas (metilendioximetanfetamina MDMA, “éxtasis”); heroína; alucinógenos; cannabis. El consumo de cannabis durante el embarazo se ha relacionado con un efecto negativo en el desarrollo neurológico (autismo, TDAH) y crecimiento del feto, así como mayor riesgo de prematuridad.
- Fármacos utilizados para tratar el trastorno materno por consumo de opioides: metadona, buprenorfina, naloxona.



La evaluación del neonato con clínica compatible de síndrome de abstinencia y la toma de decisiones en cuanto al manejo, se hará mediante escalas de puntuación, siendo el sistema de puntuación tradicional Finnegan (tabla 8) el de mayor aceptación internacional y el más utilizado en la práctica clínica.

Tabla 8. Escala de Finnegan para valorar el grado de abstinencia neonatal a opiáceos

SISTEMA	SIGNOS Y SÍNTOMAS	PUNTUACIÓN
SNC	Llanto agudo	2
	Llanto agudo continuo	3
	Duerme <1 hora después de la toma	3
	Duerme <2 horas después de la toma	2
	Duerme <3 horas después de la toma	1
	Reflejo de Moro hiperactivo	2
	Reflejo de Moro muy hiperactivo	3
	Temblor ligero a la estimulación	1
	Temblor moderado o grave a la estimulación	2
	Temblor ligero espontáneo	3
	Temblor moderado o grave espontáneo	4
	Hipertonía muscular	2
	Excoriaciones	1
	Mioclónías	3
	Convulsiones generalizadas	5
Sistema nervioso autónomo	Sudoración	1
	Fiebre 37,3°C- 38,3°C	1
	Fiebre ≥38,4°C	2
	Bostezos frecuentes (>3-4/30 minutos)	1
	Piel moteada	1
	Obstrucción nasal	1
	Estornudos frecuentes (3-4/30 minutos)	2
	Aleteo nasal	1
	Frecuencia respiratoria >60 rpm	1
	Frecuencia respiratoria >60 rpm y tiraje	2
Gastrointestinal	Succión con avidez	1
	Rechazo de alimento	2
	Regurgitaciones	2
	Vómitos	3
	Deposiciones blandas	2
	Deposiciones líquidas	3

Determinar cada 4 horas (cada 2 horas si puntuación en alza). Iniciar tratamiento si Finnegan > 8 puntos.



6.1.3 Diagnóstico de la exposición prenatal a tóxicos

El diagnóstico de la exposición prenatal tóxicos se basa en los antecedentes maternos y/o la identificación de una sustancia o sus metabolitos en la orina materna, en la identificación de signos neonatales de abstinencia a sustancias o en la desregulación neuroconductual relacionada con la exposición a sustancias en el útero. Aunque las pruebas en el recién nacido para detectar la presencia de sustancias se pueden realizar en una variedad de muestras biológicas (p. ej., orina, meconio y sangre del cordón umbilical), la utilidad clínica de estas pruebas es limitada y precisan **consentimiento informado** por parte de los progenitores o tutores legales, salvo en caso de urgencia si implica riesgo para la salud del recién nacido.

El test de **diagnóstico rápido en orina**, disponible en la mayoría de los hospitales, puede revelar la presencia de cannabis, cocaína, anfetaminas, éxtasis, opioides, metadona, benzodiacepinas, barbitúricos y antidepresivos tricíclicos. El análisis de orina refleja una ventana de exposición relativamente corta detectando en su mayor parte un uso reciente, horas o días previos (2-3 días) a la obtención de la muestra (tabla 3). Los resultados negativos de las pruebas de toxicología no descartan, por tanto, un trastorno por uso de sustancias (baja sensibilidad). Además, son frecuentes los falsos positivos y negativos; y en el caso del alcohol no detecta la exposición prenatal. Aunque actualmente no es una práctica habitual, siempre que un cuadro clínico sea indicativo de intoxicación por sustancias de abuso, sobre todo si se confirma la sospecha con un resultado positivo con técnicas de diagnóstico rápido en orina, es preciso conservar una muestra de orina para la prueba de confirmación, especialmente en aquellas situaciones de difícil interpretación o no reconocidas por el paciente.

Tabla 9. Tiempo de detección en orina de tóxicos

Droga	Tiempo de detección en orina
Anfetaminas	2 a 3 días.
Benzodiazepinas	1 a 3 días.
Cocaína	2 a 3 días.
Cannabis	1 a 7 días si consumo ocasional; 1 mes si consumo moderado.
Opiáceos	1 a 3 días.

El **examen toxicológico en sangre** no se realiza de rutina por varios motivos: la ventana de detección es muy corta (pocas horas después del consumo o exposición a la droga) y la obtención de la muestra se realiza mediante un proceso invasivo.

El **análisis de meconio** es sensible y específico para sustancias que se excretan en el sistema hepatobiliar (p. ej., metabolitos de heroína, cocaína y cannabinoides) o en el tracto intestinal. Puede identificar la exposición a drogas desde la semana 20 de gestación y, por lo tanto, es más sensible que la prueba de orina. Actualmente, no está disponible *in situ* en los hospitales de Castilla-La Mancha, aunque sí es posible el envío de la muestra, conservándola refrigerada, al laboratorio externo de referencia (Reference Laboratory S.A). Es una herramienta de valor en el diagnóstico del TEAF. Los inconvenientes de esta prueba son la necesidad de recogida de la muestra de forma inmediata tras el parto (antes de que se contamine con orina o con heces que contengan restos de leche materna o preparados de fórmula) y



que sus resultados pueden tardar varios días o semanas (15 días aproximadamente con laboratorio externo Reference Laboratory S.A.).

El **pelo** se considera la matriz de referencia para descartar una exposición crónica a sustancias de abuso o que proceden de un ambiente de riesgo. Es una técnica analítica costosa y con accesibilidad limitada, no disponible actualmente en nuestra Comunidad Autónoma y, por tanto, no se puede proponer como una técnica de cribado general. Sin embargo, sí es posible el envío de muestra a laboratorio externo de referencia (Reference Laboratory S.A.). La recogida de la muestra de pelo materno requiere un mechón del grosor de un lápiz, de la zona inferior de la nuca, cortado con tijeras tan cerca de la raíz como sea posible. En el recién nacido, la muestra de pelo que se puede obtener es a menudo escasa para una determinación adecuada.

La **muestra de sangre o tejido de cordón umbilical** parece ser una prueba prometedora, y más fácil de recolectar que el meconio, aunque sólo aporta información acerca de las horas previas antes de la recogida (exposición aguda). Útil en el caso de exposición fetal al humo del tabaco. Actualmente, no está disponible *in situ* en los hospitales de Castilla-La Mancha, aunque sí es posible el envío de la muestra de sangre de cordón o tejido a laboratorios externos (Reference Laboratory S.A.).

Tabla 10. Pruebas complementarias en el recién nacido en el diagnóstico de exposición prenatal a tóxicos

Muestra	Tóxicos detectados	Ventana de exposición	Observaciones
Orina	Cannabis, cocaína, anfetaminas, éxtasis, opioides, metadona, benzodicepinas, barbitúricos y antidepresivos tricíclicos.	Anfetaminas: 2-3 días. Benzodiazepinas: 1-3 días. Cocaína: 2-3 días. Cannabis: 1-7 días (consumo ocasional); 1 mes (consumo moderado) Opiáceos: 1-3 días.	No detecta alcohol. Si resultado positivo, conservar muestra de orina para confirmación.
Sangre	Cannabis, cocaína, anfetaminas, éxtasis, opioides, metadona, benzodicepinas, barbitúricos y antidepresivos tricíclicos.	Pocas horas.	No se realiza de forma habitual (ventana de detección de pocas horas, procedimiento invasivo).
Meconio	Tóxicos de excreción hepatobiliar (metabolitos de heroína, cocaína y cannabinoides) o en tracto intestinal.	Exposición desde la semana 20 de gestación.	Laboratorio externo (resultados en 2 semanas). Recogida de muestra inmediata tras el parto, conservación refrigerada. Valor diagnóstico en TEAF.
Pelo	Anfetaminas, cannabis cocaína, opiáceos.	Exposición crónica.	Laboratorio externo (resultados en 1-2 semanas). Muestra de pelo materno (mechón del grosor de un lápiz, zona inferior de la nuca, cortado cerca de la raíz).
Sangre/ tejido umbilical		Exposición aguda (horas antes).	Laboratorio externo. Detecta exposición a tabaco.



6.2 Intervención

Al igual que en el embarazo, la detección de indicadores de violencia prenatal y factores de riesgo de vulnerabilidad ha de ir acompañada de un plan coordinado de intervención interdisciplinar, considerando la necesidad de medidas de protección (ver punto 5.2). Las principales medidas a adoptar en el recién nacido con exposición a tóxicos prenatales se resumen a continuación: (tablas 11 y 12):

Tabla 11. Recomendaciones terapéuticas en el recién nacido expuesto a tóxicos prenatales

TRATAMIENTO	
OBJETIVO	MEDIDAS
Entorno óptimo	• Alojamiento conjunto progenitores/tutores y recién nacido. Favorecer el contacto piel con piel. • Controlar los factores ambientales: oscurecer la habitación, disminuir los estímulos visuales y auditivos. • Identificar los apoyos familiares y comunitarios.
Progenitores	• Atención óptima e interdisciplinar. Valorar comorbilidades psico-sociales. • Educación y apoyo para comprender mejor el comportamiento del recién nacido y favorecer el vínculo. • Terapia de desintoxicación.
Recién nacido	• Observación clínica del recién nacido en el periodo postnatal inmediato (3-5 días). • Adecuada contención, agrupar la atención evitando estímulos táctiles innecesarios. • Promover lactancia materna segura (www.e-lactancia.org). Garantizar los aportes nutricionales: aumentar ingesta calórica con la alimentación si pérdidas gastrointestinales y excesiva estimulación autonómica. • Valoración de la edad gestacional y datos antropométricos (prematuridad, CIR). • Estudio de posibles complicaciones: infecciones maternas (hepatitis, sífilis, VIH,...) o malformaciones congénitas (defectos cardíacos o defectos del tubo neural con opioides). • Fármacos: si a pesar de una atención no farmacológica adecuada, el recién nacido muestra signos de abstinencia que comprometen la capacidad para regular los movimientos, la función autónoma, alimentarse o interactuar con los cuidadores. Primera línea: opioides (metadona, morfina), buprenorfina sublingual (uso compasivo). Segunda línea: clonidina.

Tabla 12. Dosis de fármacos utilizados en el síndrome de abstinencia prenatal

FÁRMACO	DOSIS
Metadona	• 0,05-0,2 mg/kg/dosis cada 12-24 horas vía oral.
Clonidina	• RN prematuro: 0,5-1 mcg/kg/dosis cada 6 horas, vía oral. • RN a término: 1 mcg/kg/dosis cada 6 horas vía oral. • Lactante: Inicio a 0,5-1 mcg/kg/dosis seguido de 3-5 mcg/kg/día cada 4-6 horas vía oral.
Morfina	• 0.03-0.1 mg/kg cada 3-4 horas vía oral de sulfato de morfina 0.4 mg/mL. • Reducir 10-20% de dosis cada 2-3 días si puntuación de Finnegan <9.

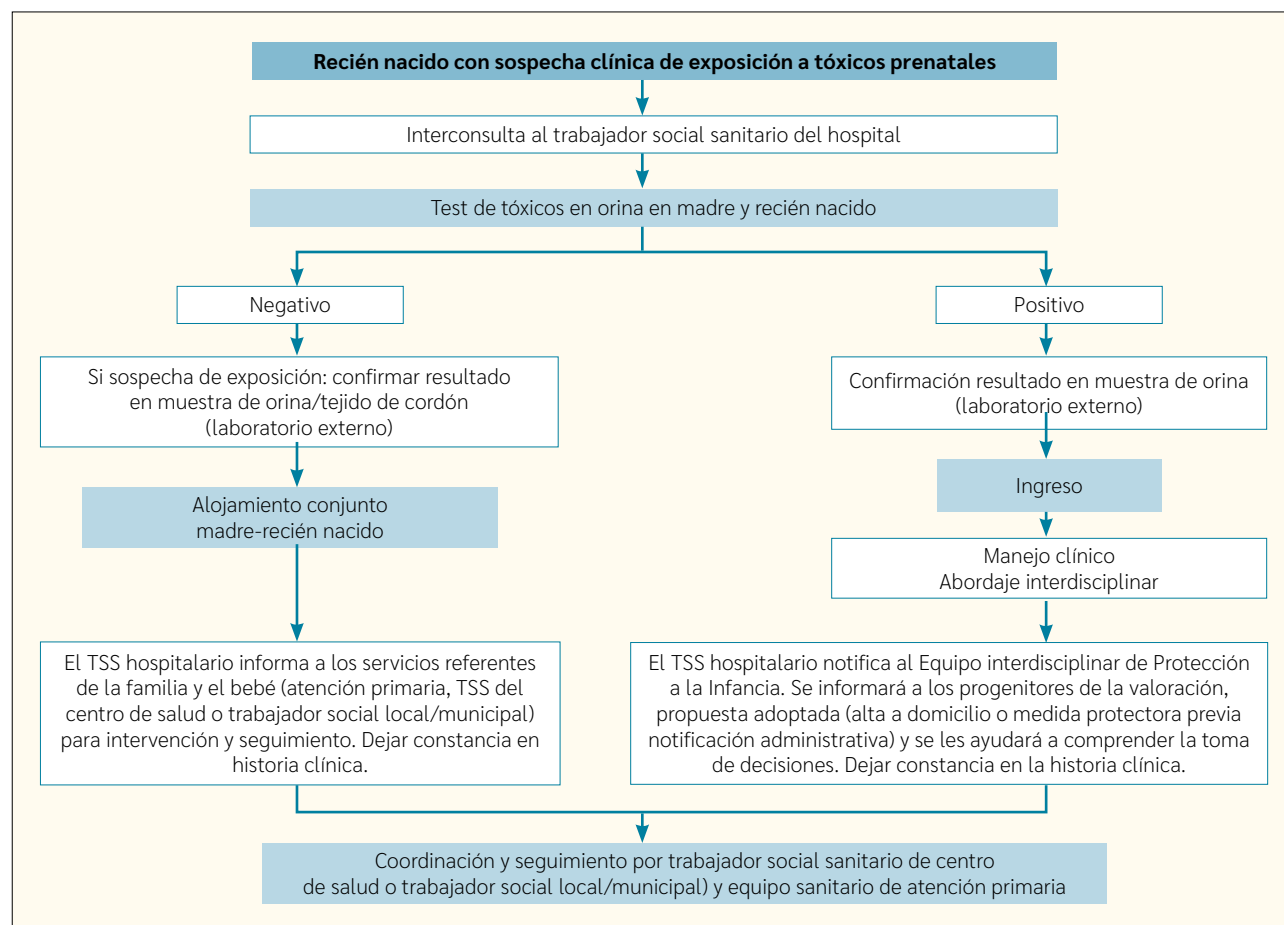
Se recomienda promover **lactancia materna** en mujeres que consumen tóxicos y cumplen las siguientes recomendaciones de seguridad:

- Están incluidas en programas de desintoxicación durante el embarazo y en el periodo postparto, con un seguimiento y tratamiento adecuado del trastorno por uso de sustancias.



- Han estado abstinentes de sustancias ilícitas durante 90 días antes del parto y han demostrado la capacidad de mantener la sobriedad en un entorno ambulatorio.
- Presentan una prueba toxicológica de orina materna negativa en el momento del parto, excepto por medicamentos recetados.
- Recibieron atención prenatal adecuada.
- No presentan contraindicación médica para amamantar (p. ej., infección por VIH).
- No toman ningún medicamento contraindicado durante la lactancia. El mantenimiento con metadona y buprenorfina no son contraindicaciones.

Algoritmo 3: Actuación ante recién nacido con sospecha de exposición a tóxicos prenatales





Anexo 1. Cuestionarios para el cribado de alcohol.

Los cuestionarios T-ACE y TWEAK han sido validados en el embarazo. Otros como CRAFT (adolescentes) y AUDIT-C o CAGE pueden ser útiles en el cribado, pero algunos autores recomiendan cautela, ya que **discutir sobre el consumo de alcohol de forma aislada, sin tener en cuenta otros factores o circunstancias de la vida de la persona embarazada y su entorno, no es efectivo**; es necesario tener en cuenta otros factores relevantes y relacionados con el alcohol para que la intervención sea eficaz.

Existen también experiencias exitosas con “la **Hoja Verde de Cribado Medioambiental**”, una entrevista estandarizada de unos 7 minutos que permite detectar los riesgos medioambientales en el embarazo y la lactancia incluyendo: fármacos/herboristería/para-farmacia, riesgos laborales, exposiciones a radiaciones ionizantes, factores socio-económicos, aficiones de riesgo químico y pesticidas en el hogar/jardín, y por último, drogas legales e ilegales. Esta herramienta ha sido reconocida como Buena Práctica del Sistema Nacional de Salud por el Ministerio de Sanidad.

La Hoja verde de Cribado Medioambiental y más información se encuentra disponible en: https://pehsu.org/wp/?page_id=349#:~:text=Hoja%20verde%20durante%20el%20embarazo%20y%20lactancia%20materna.&text=La%20hoja%20verde%2C%20herramienta%20para,feto%20y%20periodo%20de%20crianza.

Bibliografía

- García García J. *Estudio de 222 casos de maltrato prenatal en Cataluña* [Tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2018. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/666866/jgg1de1.pdf;jsessionid=EF-7244295566B6EC9E357210AB695F83?sequence=1>
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de enjuiciamiento civil (*Boletín Oficial del Estado* número 15, de 17 de enero de 1996).
- Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia (*Boletín Oficial del Estado* número 180, 29 de julio de 2015).
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2023. *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023. 270 p.
- García O, Astals M, González P, Andreu V. *Informe sobre alcohol, embarazo y trastorno del espectro alcohólico fetal (TEAF)*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2021.
- Velasco Juez MC. *Violencia de la pareja durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía*. Universidad de Granada; 2016.
- Oiberman A. La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. *Psicodebate*. 2001;1(0):87.
- Paolini CI. *Violencia perinatal, una nueva conceptualización*. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2011.
- Actualización del BALORA. Instrumento para la valoración de la gravedad de las situaciones de riesgo y desamparo en los servicios sociales municipales y territoriales de atención y protección a la infancia y adolescencia en la comunidad autónoma vasca. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/balora/es_doc/adjuntos/web_ACTUALIZACION_INSTRUMENTO_BALORA.bopv.pdf
- Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. 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(4):245–58.
- Atzl VM, Narayan AJ, Rivera LM, Lieberman AF. Adverse childhood experiences and prenatal mental health: Type of ACEs and age of maltreatment onset. *J Fam Psychol*. 2019;33(3):304–14.



- Frankenberger DJ, Clements-Nolle K, Yang W. The Association between Adverse Childhood Experiences and Alcohol Use during Pregnancy in a Representative Sample of Adult Women. *Women's Heal Issues*. 2015;25(6):688–95.
- Ishikawa K, Azuma N, Ohka M. Intergenerational Transmission of Maternal Adverse Childhood Experiences on Next Generation's Development: A Mini-Review. *Front Psychol*. 2022;13(May):1–6.
- Buss C, Entringer S, Moog NK, Toepfer P, Fair DA, Simhan HN, et al. Intergenerational Transmission of Maternal Childhood Maltreatment Exposure: Implications for Fetal Brain Development. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2017;56(5):373–82.
- O'Donnell M, Maclean MJ, Sims S, Morgan VA, Leonard H, Stanley FJ. Maternal mental health and risk of child protection involvement: Mental health diagnoses associated with increased risk. *J Epidemiol Community Health*. 2015;69(12):1175–83.
- Anne S. The CDC's Recommendations to Help Prevent Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Am Fam Physician*. 2017;1;95(1):6–7.
- May PA, Baete A, Russo J, Elliott AJ, Blankenship J, Kalberg WO, et al. Prevalence and characteristics of fetal alcohol spectrum disorders. *Pediatrics*. 2014;134(5):855–66.
- Austin AE, Gest C, Atkeson A, Berkoff MC, Puls HT, Shanahan ME. Prenatal Substance Exposure and Child Maltreatment: A Systematic Review. *Child Maltreat*. 2022;27(2):290–315.
- Velasco Juez MC, Caño Aguilar Á, Martín De las Heras S. *Guía de actuación ante la violencia de género durante el embarazo*. Granada: Medicusmundi Sur; 2020. Disponible en: <https://www.saludglobaldsr.org/guias-y-protocolos/>
- Grup de Treball per a la Revisió del Protocol de Maltractament Infantil i Adolescent, Subcomissió sobre Maltractament, Prenatal, Subcomissió sobre Formació, Subcomissió sobre l'Informe d'Atenció Sanitària i Comunicació Judicial. Protocol d'actuació davant de maltractaments en la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut. Barcelona: Secretaria de Salut Pública; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11351/4053>
- National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE). Pregnancy and complex social factors: a model for service provision for pregnant women with complex social factors / Evidence /Overview of 2018 surveillance methods. 2018;(September 2010). Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg110/resources/2018-surveillance-of-pregnancy-and-complex-social-factors-a-model-for-service-provision-for-pregnant-women-with-complex-social-factors-nice-guideline-cg110-6532362253/chapter/Surveillance-decision?tab=evidence>
- Cordero Vega M, Stewar, Lopez C. *Pauta de Riesgo Psicosocial. Evaluación Psicosocial Abreviada*. Vol. 1, Chile crece contigo; 2010.
- Violencia de pareja hacia las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. Guía breve de actuación. Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres y Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Disponible en: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/2019_violencia_de_pareja_hacia_las_mujeres_durante_el_embarazo_parto_y_puerperio_guia_breve_de_actuacion_-_2019.pdf
- Gómez M, Morante D, González-Gosquet E, Lailla JM. *Drogadicción y embarazo*. En *Fundamentos de Obstetricia (SEGO)*. Bajo Arenas JM. Grupo Ene Publicidad SA. Madrid 2007. Páginas 591-96.
- Chisholm C.A, Bullock L, Ferguson J. Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2017, 217 (2): 141-4.
- Gómez LM, Aldana CE. Guía de intervención psicológica en pacientes con embarazo de alto riesgo. *Perinatología y Reproducción Humana* 2007;21:111-21
- Ferraro A et al. The specific and combined role of domestic violence and mental health disorders during pregnancy on new-born health. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2017, 17(1): 257.
- Chen P et al. Birth outcomes in relation to intimate partner violence. *Journal of the national medical association*. 2017. 109 (4): 238-45.



CAPÍTULO 7.

VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD

- ▶ **Paula Santos Herráiz.** FEA Pediatría. Hospital Universitario de Toledo.
- ▶ **Esther Tobarra Sánchez.** Pediatra Comunitaria. Servicio de Salud de Cardiff, Gales. Reino Unido.
- ▶ **Guillermo Chaves Díaz.** Pediatra de Atención Primaria. Centro de salud Cuenca I.
- ▶ **Vanesa Losa Frías.** Pediatría de Atención Primaria. Centro de salud Polán, Toledo.

Revisión y aportaciones al capítulo

- ▶ Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha (SPMYCM)
- ▶ Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla-La Mancha (APapCLM)

1. Consideraciones generales

Los niños, niñas y adolescentes (NNA) pueden presentar signos y síntomas, tanto físicos como psicológicos, que constituyen signos de alerta de uno o varios tipos de violencia y que es necesario conocer para poder identificar. Entre los **obstáculos o barreras** que influyen a la hora de pensar en maltrato como un posible diagnóstico encontramos:

- No considerar la violencia como problema de salud, y menos la violencia contra infancia y adolescencia.
- No considerar que los NNA son sujetos de pleno derecho y por ello merecedores de respeto y protección.
- Centrar el diagnóstico diferencial en problemas médicos o psicológicos a los que poder ofrecer un tratamiento, sin tener en cuenta los determinantes sociales.
- Dudas relacionadas con cuestiones de confidencialidad.
- Comprender y aceptar las razones por las que el maltrato ha ocurrido o justificar la ausencia de intencionalidad.
- Desconocimiento o falta de confianza en los procesos de protección del NNA.
- Estrés y falta de tiempo.
- Miedo a la burocracia ante la notificación de una sospecha de maltrato y a reclamaciones, discusiones o represalias por parte de la familia, así como a la pérdida de confianza en la relación médico-paciente.

De forma general, se recomiendan los siguientes **pasos a la hora de considerar o sospechar una situación de violencia** (Figura 1):

- **ESCUCHAR, OBSERVAR.** Prestar especial atención a:
 - » Revelación de una posible situación de violencia por el NNA o por terceras personas.
 - » Apariencia, actitud y comportamiento del NNA e interacción con sus progenitores/cuidadores.
 - » Síntomas y signos físicos y psicológicos.
 - » Resultados de las pruebas complementarias diagnósticas.
 - » Cualquier explicación que sea dada por el NNA o la familia acerca de las lesiones o incidentes.
 - » Comportamiento y reacción de la familia y/o cuidadores.



- Después de escuchar el relato espontáneo, el profesional sanitario puede hacer más preguntas tratando de **BUSCAR UNA EXPLICACIÓN por parte del NNA, familiares o cuidadores y recibirla** de forma abierta y sin prejuicios:
 - » Una explicación inapropiada es aquella que es inverosímil o inconsistente: con el cuadro que presenta el NNA, con su edad y nivel de desarrollo, con el tipo de lesiones accidentales esperadas en su actividad diaria o con su condición médica; debido a discrepancias entre lo expresado por el NNA y/o los distintos miembros de la familia y/o en la línea temporal; o basada en creencias o prácticas culturales que no justifican el daño al NNA.
- **ANOTAR Y DOCUMENTAR** exactamente lo que se observa y se escucha, en qué momento y por parte de quien. Describir la gravedad y patrón de las lesiones.
 - » Es importante asegurar la toma de **fotografías**, previo consentimiento informado por escrito (a través de la intervención del forense o fotografías médicas si esto no es posible a tiempo) cuando las lesiones son aún aparentes. También considerar la necesidad de otras pruebas diagnósticas para documentar o descartar lesiones ocultas. Deberá estar establecido un documento de cadena de custodia de las imágenes, muestras y otras evidencias recogidas, respetando siempre el derecho a la confidencialidad de dichos datos¹.
- **TENER EN CUENTA** los factores de riesgo de vulnerabilidad en la historia biopsicosocial (tabla 1) así como la presencia de familiares protectores. A su vez, es necesario tener en cuenta los indicadores o signos de alerta de probable violencia (tabla 2), los antecedentes y los motivos de consulta previos.

Tabla 1. Factores de riesgo de vulnerabilidad

FACTORES DE RIESGO DE VULNERABILIDAD
Dependientes del NNA:
• Edad, género, nivel de desarrollo y capacidad de comunicación, identidad sexual... • Discapacidad. • Escolarización.
Dependientes de la familia o cuidadores:
• Historia familiar previa de violencia o negligencia. • Expediente o seguimiento por Servicios Sociales • Inestabilidad emocional y problemas para el control de la agresividad. • Problemas de salud mental, trastornos de personalidad o dificultades cognitivas y del aprendizaje con impacto significativo en las tareas de crianza. • Consumo de drogas, alcohol u otras sustancias adictivas de forma abusiva y sin seguimiento adecuado. • Normalización del uso de la violencia.
Factores de riesgo de vulnerabilidad durante el período prenatal:
• Retraso en el inicio del seguimiento del embarazo. • Rechazo o sentimientos negativos intensos hacia el embarazo y el futuro bebé. • Historia previa de desprotección hacia otros hijos e hijas o en la propia infancia y adolescencia.

1. Un ejemplo de documento modelo de cadena de custodia está disponible en la Guía de pautas básicas comunes del SNS para la actuación ante la violencia sexual. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/GUIA_PAUTAS_BASICAS-SNS_VSEXUAL_07-03-2023_web.pdf
El modelo de consentimiento informado para la exploración y toma de muestras y otras evidencias por personal facultativo sanitario en casos de VSI está disponible en la página 187 de este documento.

- Edad menor a 20 años, limitaciones cognitivas, ausencia o escasez de fuentes de apoyo afectivo y/o familiar, entorno conflictivo.
- Dificultades económicas o materiales significativas, embarazo en persona con discapacidad sin soporte.
- Trastornos psicopatológicos, síntomas significativos de malestar psicológico (particularmente depresivos), o problemas importantes para controlar la agresividad.
- Inestabilidad o conflicto importante en la relación de pareja.
- Pareja que abusa del alcohol u otras drogas.
- Elevado nivel de estrés asociado al ejercicio del rol parental (p. ej. maternidad en solitario, elevado número de hijos e hijas, hijos e hijas con enfermedades crónicas o discapacidad).
- Gestantes procedentes de otros países que pueden presentar barrera idiomática, ausencia de redes de apoyo, situación de irregularidad administrativa...
- Gestante que está cumpliendo medidas penales.
- Gestante con múltiples parejas y comportamientos promiscuos o prostitución.
- Embarazo producto de una violación.
- Gestante en tratamiento en centro de atención y seguimiento de drogodependencias.
- Gestante con patología crónica o infecciosa con dificultades en el soporte y seguimiento.

Factores de riesgo relacionados con la discapacidad:

- Escasa capacidad de protección.
- Carencia de inhibición social.
- Umbral de dolor alto.
- Dificultad para distinguir la interacción adecuada de la inadecuada.
- Escasa capacidad comunicativa y falta de habilidades sociales.
- Dificultad para expresar posibles agresiones, reconocer a un extraño y/o falta de autonomía para pedir ayuda.
- La discapacidad puede asociarse a síntomas y signos similares a los que aparecen en situaciones de violencia (ansiedad en TEA, autolesiones en discapacidades cognitivas, fracturas por osteoporosis en paciente inmovilizado).
- Patología crónica compleja. La multitud de patologías y síntomas dificulta la identificación de las negligencias o de los trastornos inducidos o facticios.

Relacionados con el entorno familiar del NNA con discapacidad:

- Información y conocimiento insuficiente en relación a las necesidades de la persona con discapacidad. Falta de aceptación de la discapacidad.
- Expectativas irreales que pueden dar lugar a frustración en la familia, falta de vinculación y conductas violentas.
- Estrés por sobrecarga física y emocional, hospitalizaciones y cuidados.
- Sobrecarga económica: material ortésico y ayudas técnicas, medicación, terapias... Abandono laboral de un progenitor para el cuidado del NNA.
- Aislamiento familiar: por sobrecarga en los cuidados; por vergüenza o miedo al rechazo y a la discriminación.
- Estrés familiar asociado a la incertidumbre ante el diagnóstico y pronóstico.
- Mayor vulnerabilidad a las enfermedades mentales o consumo de tóxicos en los progenitores y/o cuidadores.

Relacionados con el entorno social del NNA con discapacidad

- Tipo de escolarización
- Violencia institucional
- Ámbito rural

**Tabla 2. Indicadores de violencia en la infancia**

INDICADORES DE SOSPECHA DE VIOLENCIA FÍSICA	
Indicadores en NNA	
• Quemaduras y escaldaduras (en zonas cubiertas o localizaciones simétricas o atípicas: espalda, glúteos, línea de cuero cabelludo o ingles). • Esguinces, luxaciones o fracturas óseas. • Lesiones internas u ocultas (fracturas costales, hemorragias retinianas). • Lesiones abdominales (sin traumatismo). • Fractura craneal, lesión cerebral, hematoma subdural. Asfixia, ahogamiento. • Fracturas costales (arcos posteriores y laterales), fracturas de fémur en menores de 1 año, fracturas de húmero en menores de 3 años, fracturas vertebrales. • Equimosis, erosiones, hematomas, lesiones con patrones específicos • Cortes, pinchazos, mordeduras. • Alopecia traumática por arrancamiento. • Traumatismo craneal no accidental • Ingresos múltiples en diferentes hospitales.	
Indicadores de actitud y conducta en NNA	
• Manifiesta actitud defensiva o de rechazo frente a la aproximación física. • Siente inquietud desmedida ante el llanto de otros NNA. • Miedo hacia sus progenitores, tutores o cuidadores. • Refiere lesión provocada por sus progenitores, tutores u otras personas de su entorno. • Problemas en control de esfínteres en edades que debe estar adquirido. • Actitud hipervigilante, alerta y recelosa. • Presenta fabulaciones (explica historias inventadas sobre su realidad y se las cree).	
Indicadores de actitud y conducta en los progenitores, tutores y/o cuidadores:	
• Amenazas hacia el NNA. • No explican las lesiones del NNA o la justificación es poco coherente o contradictoria. • Intentan ocultar las lesiones del NNA o protegen la identidad de la persona responsable • Percepción significativamente negativa del NNA. • Rechazo a consultar cuando el NNA está enfermo o herido. • Utiliza una disciplina severa, inapropiada para su edad. • Ha sido objeto de maltrato en su infancia. • Abuso de alcohol u otras drogas.	



INDICADORES DE SOSPECHA DE ABANDONO FÍSICO O NEGLIGENCIA

- Nutrición deficiente, falta de higiene, ropa inadecuada para la época del año, lesiones por exposición inadecuada al clima.
- Malnutrición o desnutrición.
- Cansancio o apatía permanente. Sentimientos de inutilidad.
- Trastornos del sueño.
- Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas.
- Falta de atención sanitaria básica o de rutina (no acude a revisiones del programa de salud infantil, no está vacunado, no sigue tratamientos prescritos, caries múltiples o infecciones bucodentales de repetición sin solicitud de asistencia sanitaria ni causa médica que lo justifique, enfermedades crónicas no tratadas, etc.).
- Absentismo escolar. No inscripción en colegio en edad de escolarización obligatoria, falta de atención a las necesidades especiales de educación
- Refiere que no tiene nadie que le cuide.
- La vida en casa es caótica (sin rutinas, horarios, etc.).
- Falta de supervisión constante (accidentes domésticos, ingesta de tóxicos....), falta de dispositivos de retención de seguridad adecuados en vehículos, cuidadores inadecuados (personas consumidoras de tóxicos, personas muy jóvenes sin la necesaria madurez...)

INDICADORES DE SOSPECHA DE VIOLENCIA SEXUAL INFANTIL (VSI)

Revelación por parte de la víctima. Es uno de los indicadores más potentes, aun cuando las explicaciones sean incoherentes o se retracten de relatos anteriores o se contradigan.

Indicadores físicos en NNA: (una exploración normal no excluye la posibilidad de VSI)

- Ropa interior rasgada, manchada o con sangre.
- Dolor o escozor de la zona anal/ genital.
- Traumatismo agudo de los tejidos genitales/anales sin una explicación apropiada.
- Infección de transmisión sexual.
- Restos de semen en boca, genitales o ropa.
- Infecciones urinarias o vulvovaginitis de repetición.
- Lesiones residuales de los tejidos genitales/anales sin causa médica justificada.
- Traumatismo bucal agudo no justificado o Petequias en los labios o el paladar, particularmente cerca de la unión del paladar duro o blando.
- Embarazo.
- Signos de mutilación genital femenina

Indicadores conductuales en el NNA

- Fuerte resistencia a la exploración genital.
- Conducta sexualizada o conocimientos sexuales inapropiados para su edad.
- Sentimientos de baja autoestima o culpa. Elevada desconfianza.
- Comportamiento de aislamiento persistente.


Sintomatología postraumática

- En preescolares: conductas regresivas y somatizaciones.
- Alteraciones del sueño.
- Alteraciones de la conducta alimentaria.
- Conductas disruptivas.
- Mayor dependencia del adulto.
- Representación repetitiva del acontecimiento traumático mediante juegos y dibujos.
- Fugas del hogar, consumo de tóxicos.
- Disminución del rendimiento escolar.
- Afectación del estado de ánimo y ansiedad. Intentos autolíticos.

Indicadores en progenitores, tutores y/o cuidadores:

- Se muestra extremadamente protector o celoso del NNA.
- No permite la socialización del NNA.
- Alienta al NNA a implicarse en actos sexuales o prostitución o le expone a pornografía.
- Experiencias previas de VSI.
- Abuso de drogas o alcohol.

INDICADORES DE SOSPECHA DE VIOLENCIA PSICOLÓGICA O EMOCIONAL
Indicadores físicos y de desarrollo del NNA:

- Problemas alimenticios (come compulsivamente o no tiene hambre).
- Desnutrición, fallo de medro y retraso de crecimiento.
- Retraso en el desarrollo físico, emocional o intelectual.
- Autolesiones.
- Sintomatología depresiva (tristeza, inhibición, apatía, etc.).

Indicadores conductuales del NNA:

- Excesivamente complaciente, pasivo o nada exigente.
- Extremadamente agresivo, exigente o rabioso de forma persistente.
- Relaciones hostiles o distantes.
- Regresiones de conducta o conductas demasiado adultas para su edad.
- Conductas de autoestimulación (balanceo, masturbación, etc.) inadecuadas para su edad y no atribuidas a otras causas.
- Retraso del lenguaje y/o fracaso escolar.
- Trastornos de conducta alimentaria, del sueño, del control de esfínteres.
- Trastornos neuróticos o de relación (fobias, ansiedad, regresión, impulsividad).
- Conductas de autolesión, ideación o intentos de suicidio.
- Fugas del domicilio.
- Comportamiento antisocial, actividades delictivas y/o práctica de conductas de riesgo para la salud.


Indicadores de los progenitores, tutores y/o cuidadores:

- Culpabiliza o menosprecia al NNA o le rechaza de forma explícita.
- Tratamiento desigual con los hermanos.
- No parece preocupado por los problemas del NNA.
- Es exigente con el NNA, por encima de sus posibilidades físicas, psíquicas o intelectuales.
- Tolerancia todos los comportamientos del NNA sin poner ningún límite.
- Compensa con bienes materiales la escasa relación afectiva con el NNA.
- Insulta al NNA, lo menosprecia en público o se burla.
- Instrumentaliza al NNA o le implica en conflictos familiares.
- Violencia de género.
- Rechaza muestras de afecto del NNA.
- Alienta a cometer conductas delictivas, expone al NNA a pronografía o premia conductas agresivas.

INDICADORES DE RIESGO DE VIOLENCIA PRENATAL

- Incumplimiento reiterado y notorio de las medidas higiénico-sanitarias prescritas por el personal médico para un adecuado desarrollo del embarazo (p. ej., consumo de sustancias, controles médicos, medicación, retraso del inicio del control prenatal...) no existiendo causas externas de fuerza mayor que lo justifiquen.
- Consumo de drogas, alcohol u otras sustancias adictivas de forma abusiva, sin seguimiento adecuado y con riesgo para el feto.
- Gestante con trastornos mentales graves sin adecuado seguimiento.
- Han realizado conscientemente acciones de riesgo para la continuidad del embarazo.
- Están implicadas en relaciones de pareja en las que sufren violencia.
- Otras acciones similares propias de gestante o de terceros que perjudiquen el normal desarrollo o puedan provocar enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales en el recién nacido
- Renuncia del hijo/a en gestación.

INDICADORES DE VIOLENCIA PRENATAL

- Bebé nacido con trastorno del espectro alcohólico fetal, de abstinencia, daño neurológico o resultados positivos a drogas como consecuencia del consumo abusivo de drogas y/o alcohol durante el embarazo. Considerar que, en ocasiones, el síndrome o los daños tardan varios días en manifestarse.
- Bebé nacido con enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales graves que suponen una amenaza para la vida, implican una incapacidad, un deterioro permanente de carácter grave o el riesgo de sufrir tal incapacidad o deterioro. Precisa de una valoración médica que relacione dichas enfermedades o anomalías con el comportamiento durante la gestación.

INDICADORES DE VIOLENCIA EN EL NNA CON DISCAPACIDAD

- Signos de malnutrición en pacientes que precisan ayuda para alimentarse.
- Signos de deshidratación directos o indirectos (no retirada de pañales prescritos en la farmacia, estreñimiento refractario, cambios bruscos de comportamiento...)
- No dar al paciente la medicación que precisa (ej. errores en la retirada de fármacos antiepilépticos en la farmacia o crisis descontroladas).
- Aseo inadecuado, vestimenta descuidada.
- Ausencia de estimulación (no acudir a las terapias sin causa justificada).
- Falta de interés por aprender el modo de comunicación del NNA con discapacidad (ej. no aprender lengua de signos los familiares de un NNA con discapacidad auditiva).
- Movilizaciones bruscas en consulta, signos de desapego o de indiferencia hacia el NNA.
- No tener solicitada la valoración del grado de discapacidad ni la dependencia a pesar de la explicación y asesoramiento en el trámite sin causa justificable.
- Apropiación inadecuada de las ayudas percibidas con fines diferentes al cuidado y atención del NNA.
- Escalada excesiva y no justificada en el uso de fármacos para controlar el comportamiento del NNA.

Figura 1: Algoritmo de actuación en situaciones de sospecha de violencia.**ANTE UNA SOSPECHA DE VIOLENCIA EN LA INFANCIA****ESCUCHAR Y OBSERVAR****BUSCAR UNA EXPLICACIÓN****ANOTAR Y DOCUMENTAR****TENER EN CUENTA**

Relato y revelación de una posible situación de violencia por el NNA o terceras personas.
Apariencia, actitud y comportamiento del NNA e interacción con sus progenitores y cuidadores
Síntomas y signos físicos.
Resultados de pruebas diagnósticas
Comportamiento y reacción de la familia y cuidadores

Una explicación inapropiada es aquella que es inverosímil o inconsistente:

- con el cuadro que presenta el NNA, edad y nivel de desarrollo.
- con el tipo de lesiones accidentales esperadas en su actividad diaria o condición médica.
- debido a discrepancias entre lo expresado por el NNA y/o terceros y/o en la línea temporal.
- basada en creencias o prácticas culturales que no justifican el daño al NNA.

Lo que se observa y se escucha, en qué momento y por parte de quién.
Gravedad, descripción y patrón de las lesiones. Toma de fotografías.

- Edad del NNA y nivel de desarrollo.
- Discapacidad.
- Nivel de premeditación previo al incidente
- Historia familiar previa de violencia o negligencia.
- Problemas de salud mental, trastorno de personalidad, abuso de sustancias, violencia de género o dificultades cognitivas y del aprendizaje en los progenitores o cuidadores.
- Presencia de familiares protectores para el NNA.
- Reacción de la familia cuando se plantea la posibilidad de maltrato.
- Motivos de consulta previos

INDICADORES DE MALTRATO

Modificado de NICE.
www.nice.org.uk/guidance/cg89



2. Procedimiento de valoración

Tras identificar indicadores de sospecha de violencia en la infancia deberíamos realizar una primera valoración. Para ello, pretendemos resumir aspectos clave que ayuden a los profesionales sanitarios a responder la siguiente pregunta:

¿Qué aspectos debo valorar ante una sospecha de violencia?

En la valoración inicial biopsicosocial de los casos de violencia hacia los NNA en el ámbito sanitario, se tendrán en cuenta cuatro aspectos (figura 2):

2.1. Riesgo vital y gravedad de la lesiones

Se considera que existe riesgo para la vida, lesiones de gravedad y riesgo inmediato en las siguientes circunstancias:

- Cuando existe riesgo de muerte, pudo haber existido o pudiera existir si se repitiera o continuara produciéndose la situación de violencia.
- Cuando existe grave impacto para la salud del NNA por la presencia de lesiones o enfermedades que requieran tratamiento hospitalario o puedan dejar secuelas.
- Cuando exista sintomatología psíquica grave y/o riesgo de suicidio.
- Urgencia en violencia sexual infantil: aguda o reciente (≤ 10 días) y/o necesidad de protección urgente del NNA.
- Indicadores de violencia prenatal.

2.2. Grado de desprotección o seguridad

Para ello es preciso realizar una entrevista social con los familiares/tutores del NNA; si bien, en un primer momento, puede ser realizada por un sanitario, el profesional de referencia es el trabajador social. Hemos de responder a las siguientes preguntas:

- ¿Quiénes tienen la responsabilidad del NNA?
- ¿Hay algún miembro más de la familia que pueda estar sufriendo violencia?
- ¿Qué cuidados necesita el NNA según su edad, situación de salud y circunstancias sociales? ¿Cómo están organizados?
- ¿Existe sospecha de violencia intrafamiliar?
- ¿Qué garantías de protección pueden asegurar en el entorno del NNA?. Presencia de apoyos efectivos, capacidad de protección para evitar recurrencia, coherencia de las explicaciones que ofrecen, existencia de dudas sobre la posible autoría de las personas responsables, etc.

2.3. Riesgo de recurrencia

Valorar la probabilidad de que una situación de desprotección y/o daño pueda ocurrir o vuelva a ocurrir, pudiendo poner en peligro la integridad o el desarrollo integral del NNA. Dicho riesgo se puede valorar en función de:

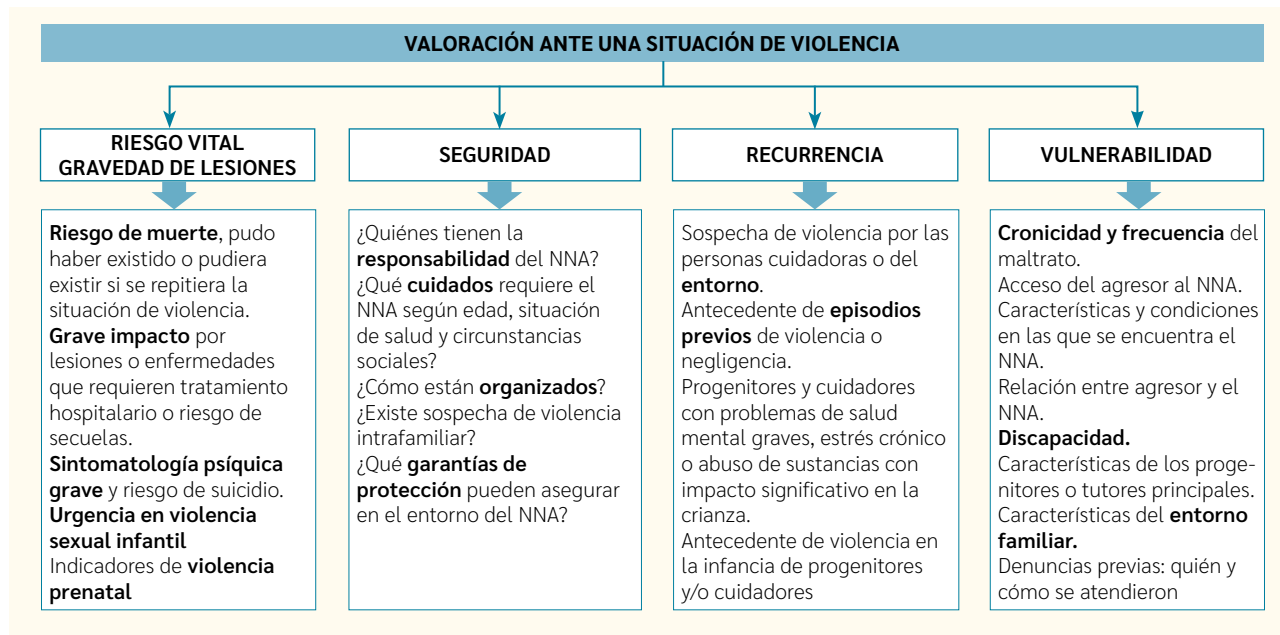
- Sospecha de violencia contra el NNA por las personas cuidadoras o entorno cercano.
- Antecedente de al menos un episodio previo de violencia o negligencia. Frecuencia y/o cronicidad de los episodios de violencia.

- Progenitores y/o cuidadores con problemas de salud mental graves, estrés crónico o abuso de sustancias con impacto significativo en la crianza.
- Antecedente de violencia en la infancia de progenitores y/o cuidadores.
- Existencia o no de factores protectores del entorno extrafamiliar donde está sucediendo la violencia: colegio, pares, redes sociales, etc.

2.4. Factores de vulnerabilidad (tabla 1)

- Cronicidad y frecuencia del maltrato.
- Acceso del agresor al NNA.
- Características y condiciones en las que se encuentra el NNA.
- Relación entre agresor y NNA.
- Presencia de discapacidad en el NNA.
- Características del progenitor o tutores principales.
- Características del entorno familiar.
- Denuncias previas y quién y cómo se atendieron.
- Seguimiento por Servicios sociales.

Figura 2. Aspectos a tener en cuenta ante una situación de violencia:





Bibliografía

- *Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s*. Clinical guideline. Published: 22 July 2009. Last updated 9 October 2017. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/cg89
- Child abuse and neglect. NICE guideline. Published: 9 October 2017. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/ng76
- Gimenez Masat A, Fernández Bardón R, Cabezas Peña C. *Protocol d'actuació davant de maltractaments en la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut*. Edició Març 2019. Generalitat de Catalunya.
- Ministerio de Sanidad - Organización Institucional - *Guía de pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual*. 2023



CAPÍTULO 8.

DESPISTAJE DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

- ▶ **Mercedes de Dios Aguado.** *Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.*
- ▶ **Mercedes Marbán Calzón.** *Pediatra. UVASI, Hospital de Alcázar de San Juan, Ciudad Real*
- ▶ **Marta Pareja León.** *FEA Pediatría. Hospital Universitario de Albacete*
- ▶ **Nieves Rodríguez Martínez.** *FEA Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario de Toledo.*
- ▶ **Sonia Ramírez Parenteau.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.*

Revisión y aportaciones al capítulo

- ▶ *Asociación Castellano Manchega de Ginecología y Obstetricia (ACMGO)*

1. Introducción

Proteger al NNA (niña, niño y adolescente) de la violencia sexual es una asignatura pendiente que las personas que trabajan con este colectivo aún deben resolver, pues ellas son garantes de los derechos del menor de edad durante esta etapa de su vida. El personal sanitario debe estar formado para ser capaz de proteger a cualquier NNA contra situaciones de violencia sexual infantil (VSI). Y así mismo, debe poseer conocimientos y habilidades que le ayuden a detectar de forma precoz dichas situaciones en la infancia y adolescencia.

Los signos y síntomas de infección de transmisión sexual (ITS) en un NNA deben alertar al profesional de la salud de un posible caso de violencia sexual, debido a que la identificación de una ITS en un menor de edad, más allá del período neonatal, tiene implicaciones médicas y legales. Sin embargo, las excepciones existen, véase la vaginosis bacteriana, patología que puede ser adquirida de forma no sexual siendo posible identificarla tanto en menores de edad maltratados como en no maltratados. Ahora bien, cuando la única evidencia de la violencia sexual es el aislamiento de un microorganismo o la detección de anticuerpos para alguna ITS, los resultados deben ser escrupulosamente verificados, ya que, por ejemplo, la sífilis se transmite de forma casi exclusiva por vía sexual y por tanto, su detección en la infancia y adolescencia, puede considerarse un indicador de violencia sexual.

La prevalencia de ITS en víctimas de VSI depende del tipo de violencia y de la prevalencia de ITS en la población adulta de la zona (tablas 1, 2 y 3). Cabe resaltar que muchas de las ITS presentan, además del contagio sexual, otras formas de contagio, por lo que su especificidad como signo de VSI es muy variable, no basta pues con un diagnóstico etiológico, sino que se debe intentar establecer la forma de contagio en el caso en estudio.

La clasificación de Adams describe tres grupos de ITS:

- **Infecciones no relacionadas con el contacto sexual:**
 - » Eritema, inflamación, fisura de los tejidos perianales, perineales o vulvares por bacterias, hongos, virus o parásitos que se transmitan por vía no sexual, como *Streptococcus* tipo A o tipo B, *Staphylococcus sp.*, *Escherichia coli*, *Shigella* u otros organismos gramnegativos.
 - » Úlceras genitales causadas por infecciones virales como el virus B de Epstein Barr.



- **Infecciones que pueden transmitirse o están asociadas con transmisión sexual, así como transmisión no sexual:** La interpretación de estas infecciones puede requerir información adicional, como el historial ginecológico de la madre en relación al virus del papiloma humano (VPH), el historial de lesiones orales e infección por virus (VHS) del NNA o la presencia de lesiones en otras partes del cuerpo (molusco), lo que podría explicar la probabilidad de transmisión sexual.
 - » Molusco contagioso en la zona genital o anal. En los niños y niñas pequeños, lo más probable es que la transmisión sea no sexual. La transmisión por contacto íntimo de piel a piel se ha descrito en la población adolescente.
 - » Condiloma acuminado (VPH) en la zona genital o anal.
 - » Infecciones por VHS tipo 1 o 2 en el área oral, genital o anal diagnosticadas mediante cultivo o prueba de amplificación de ácidos nucleicos.
 - » *Gardnerella vaginalis* urogenital. Asociada con el contacto sexual pero también encontrada en la flora vaginal prepuberal y del adolescente.
 - » *Mycoplasma genitalium* o *Ureaplasma urealyticum* urogenital. De transmisión sexual en adolescentes. En niños y niñas prepúberes la prevalencia es desconocida y no se han establecido bien las formas de transmisión.
- **Infecciones causadas por contacto sexual:** si se confirma mediante pruebas apropiadas y se ha descartado la transmisión perinatal.
 - » Infección genital, rectal o faríngea por *Neisseria gonorrhoeae*.
 - » Sífilis.
 - » Infección genital, rectal o faríngea por *Chlamydia trachomatis*.
 - » Infección aislada por *Trichomonas vaginalis* por secreciones vaginales u orina.
 - » VIH, si se ha descartado la transmisión por sangre o agujas contaminadas.

Tabla 1. Asociación entre ITS y VSI en niños y niñas prepuberales

ITS	Prevalencia tras VSI	Comentario
<i>N. gonorrhoeae</i>	0.7-3.7%	La VSI es el modo más probable de infección (la edad a la que se puede excluir con exactitud la transmisión vertical se desconoce).
Sífilis	<1%	La historia clínica, el examen físico y la serología frente a sífilis en el NNA y la madre ayudan a determinar si la infección es congénita o adquirida. En la infección adquirida, la VSI es el modo más probable de transmisión.
VIH	<1%	Excluir infección perinatal o por hemoderivados. Una vez excluidas, la VSI es la forma más probable de transmisión.
<i>Chlamydia trachomatis</i>	0.7-3.1%	La VSI con penetración es el modo más probable de transmisión (la edad a la que se puede excluir con exactitud la transmisión vertical se desconoce).
<i>Trichomonas vaginalis</i>	0.5-5.9%	La VSI es la forma de transmisión más probable (se desconoce la edad a la que se puede excluir con exactitud la transmisión vertical).

VHS	< 5%	La VSI debe ser considerada en todo NNA con lesiones genitales por VHS. Considerar también la autoinoculación como forma de transmisión.
Condiloma acuminado	3.1%	La VSI debe ser considerada en cualquier NNA con verrugas genitales.

FUENTE: Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes: https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento-de-consenso-sobre-diagnostico-y-tratamiento-de-las-infecciones-de-transmision-sexual-en-adultos_02.pdf Grupo de expertos del grupo de estudio de SIDA de la SEIMC (GESIDA), Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA (SPNS), grupo de estudio de ITS de la SEIMC (GEITS), Grupo Español para la investigación de las Enfermedades de Transmisión sexual de la Academia Española de Dermatología y venereología y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP): 2017

2. Descripción de patologías

2.1 Enfermedad gonocócica

El agente causal es la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, la cual tiene tropismo por las glándulas de Bartolino, el endocérvix, la mucosa uretral, el recto y la faringe. La vía de transmisión es por contacto con secreciones de una mucosa a otra o por transmisión vertical. La infección orofaríngea puede manifestarse como una faringitis y la rectal puede producir prurito anal, tenesmo rectal y exudado purulento. Sin embargo, la primoinfección puede ser asintomática hasta en un 50% de estos casos, tanto en mujeres como en hombres. En la mujer, las manifestaciones clínicas de la infección genital son disuria, prurito, leucorrea y secreción mucopurulenta en endocérvix; en el caso de los hombres, se manifiesta con secreción amarillenta por uretra, con prurito y escozor en el meato urinario, e infecciones del tracto genital superior en un porcentaje elevado de casos. Si existe inmunodepresión o no se instaura un tratamiento adecuado, la infección deriva en septicemia gonocócica, que ocasiona fiebre, mal estado general, artralgias migratorias, lesiones cutáneas e inclusive puede afectar al corazón, el hígado y las meninges. Además, si la infección se desarrolla durante el embarazo, esta puede causar al neonato sepsis, artritis, meningitis, conjuntivitis y ceguera.

2.2 Sífilis

El agente causal es la bacteria *Treponema pallidum*, la cual se disemina a través de la mucosa de los genitales o por la piel lesionada. La transmisión de la enfermedad es vertical o por vía sexual. Esta infección se adquiere por contacto directo con una úlcera sifilítica, no por contacto con fómites, y la patología produce síntomas y signos que pueden confundirse con otras enfermedades. La ausencia de un tratamiento adecuado facilita que está ITS pueda poseer 4 etapas:

- Sífilis primaria: Se caracteriza por la presencia de una úlcera abierta no dolorosa llamada chancro, cuya localización depende de las diferentes prácticas sexuales, así puede estar presente en genitales, boca, piel, recto o vagina, acompañado de adenopatías regionales bilaterales e indoloras. El periodo de incubación es de 3 semanas y el chancro se cura espontáneamente entre las 4 o 6 semanas. En caso de no existir un tratamiento adecuado, el 50% de los casos no tratados evolucionan a sífilis secundaria y la otra mitad hacia sífilis latente.
- Sífilis secundaria: Aparece entre las 2 y 8 semanas después de curado el chancro y se caracteriza por una erupción cutáneo-mucosa de aspecto similar a cualquier dermatosis, pero con atributos muy característicos pues son lesiones maculopapulosas no dolorosas, que afectan a la piel, las mucosas, las palmas de las manos y las plantas de los pies. Las lesiones remiten espontáneamente entre 2 a 12 semanas, pero en esta etapa existe

paso del *Treponema pallidum* al torrente sanguíneo. Por tanto, si el tratamiento no es adecuado puede existir afectación sistémica y visceral, ocasionando fiebre, malestar general, artralgias o mialgias, inflamación de ganglios linfáticos, dolor de cabeza, pérdida de peso y fatiga. Incluso hepatitis, esplenomegalia, glomerulonefritis, meningitis y/o artritis.

- La etapa de sífilis latente y la etapa de sífilis tardía surgen después de un periodo de tiempo prolongado cuando las lesiones gomosas se reactivan; sin embargo para el tema que se aborda carecen de interés.

2.3 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

El agente causal es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el cual debilita el sistema inmunitario de la persona. Una vez instaurada la infección, el organismo libra una batalla entre su sistema inmune, que intenta eliminar la infección, y el virus que destruye los linfocitos CD4. La lucha puede durar de pocos meses a más de 10 años y durante ese intervalo de tiempo la persona puede no manifestar ningún síntoma. Sin embargo, el virus acaba ganando la batalla y aparecen diferentes patologías infecciosas (candidiasis oral, tuberculosis, neumonías, diarreas) y cánceres (linfomas, etc.) debido al grave deterioro del sistema defensivo inmunológico. El uso del preservativo masculino o femenino, tanto para el sexo vaginal como anal, es la medida más eficaz para prevenir la infección por VIH. El diagnóstico definitivo se establece por pruebas de laboratorio mediante un análisis de sangre o de saliva. La prueba es voluntaria y confidencial, debiéndose recabar el consentimiento de la persona antes de realizarla, siendo suficiente el consentimiento oral. El SIDA es la fase final de la infección por el VIH, ya que el virus ha destruido el sistema inmunitario y el cuerpo no puede hacer frente a las infecciones oportunistas y tumores. Se diagnostica esta patología cuando la persona infectada por VIH tiene un recuento de linfocitos CD4 inferior a $200/\text{mm}^3$ y/o una o más infecciones oportunistas.

2.4 *Chlamydia trachomatis*

La infección por *Chlamydia trachomatis* es la ITS bacteriana más frecuente en mujeres en nuestro país. La transmisión perinatal da lugar a conjuntivitis neonatal y neumonía; sin embargo, la presencia de *Chlamydia trachomatis* en la vagina de una niña pasados los tres años de vida nos ha de poner alerta ante la posibilidad de VSI. El periodo de incubación varía entre 7 y 12 días, aunque en el 80% de los casos la infección cursa de forma asintomática. El diagnóstico se realiza mediante el análisis del exudado procedente del endocervix en la mujer y de la uretra en el varón.

2.5 *Trichomonas vaginalis*

El agente causal es la *Trichomona vaginalis*, protozoo flagelado móvil unicelular. La transmisión vertical se produce en el canal de parto, aunque la infección perinatal suele ser asintomática; sin embargo, un diagnóstico en prepúberes puede alertar de VSI. El periodo de incubación suele ser entre 4 y 20 días, pasado ese tiempo se produce, en ambos sexos, una secreción maloliente de color blanquecino grisáceo, acompañada de disuria y prurito. En el hombre cursa con uretritis, epididimitis y/o prostatitis; en la mujer, vaginitis y/o cervicitis, dando lugar a prurito, dispareunia, coito-rragia, dolor pélvico, endometritis y salpingitis. Durante el embarazo, la infección puede dar lugar a parto pretérmino.

2.6 Virus Herpes Simple (VHS)

El agente causal suele ser el VHS tipo 2, aunque la frecuencia del VHS tipo 1 se está incrementando. El periodo de incubación oscila entre 2 días y 3 semanas, cursando la primoinfección de forma subclínica con frecuencia. El diagnóstico clínico se realiza cuando aparecen múltiples lesiones cutáneas vulvares o perianales, la mayoría de las veces bilaterales, que evolucionan desde la pápula a vesícula, pústula, úlcera y costra. Estas lesiones son confluentes, muy dolorosas y ocasionan úlceras en genitales externos, cérvix, uretra y recto. Instaurado un tratamiento, los síntomas y las lesiones cutáneas desaparecen en 7 días, aunque el virus permanece latente en los ganglios, desde donde se reactivará periódicamente. La VSI debe ser considerada en todo NNA con lesiones genitales por VHS.

2.7 Condiloma genital

El agente causal es el virus del papiloma humano (VPH). La virología molecular ha identificado al menos 60 genotipos: del 1 al 4 se asocian con verrugas cutáneas de áreas no genitales; 6 y 11 con condiloma acuminado, verrugas papilares y anogenitales; 16, 18 y, con menos frecuencia, 31, 35, 39 y 41 al 45, con displasia del cuello uterino, vulva, pene y ano. El VPH se puede transmitir de madre a hijo por el canal del parto, aunque en la mayoría de los neonatos cursa como una infección subclínica, siendo su periodo de latencia después de la adquisición perinatal de hasta 2 años. En la infancia, su adquisición se debe a la fricción y el micro traumatismo que provoca el contacto sexual, por lo que la presencia de verrugas genitales en esta etapa puede ser un indicador de VSI. El periodo de incubación es de 1 a 3 meses, aunque en la mayoría de los casos, la infección cursa de forma subclínica asintomática, siendo las lesiones sólo detectables a través de colposcopia y penoscopia, técnicas con las que se observan unas lesiones acetoblancas múltiples, generalmente en glánde, introito, vagina y cérvix. La manifestación clínica más conocida es el condiloma acuminado (verrugas en forma de coliflor, muy vascularizadas y con diferente grado de queratinización) y las verrugas papilares genitales (lesiones pigmentadas o no, pequeñas, planas y lisas) que pueden presentarse solas o acompañadas de condiloma acuminado.

2.8 Hepatitis B

El agente causal es el virus ADN, de la familia *Hepadnaviridae*, el cual presenta un especial tropismo por el hígado. El organismo humano es el huésped natural de la infección, aunque este puede sobrevivir fuera del cuerpo humano al ser muy resistente. El periodo de incubación oscila entre 45 y 160 días, cursando la primoinfección con frecuencia asintomática, aunque a veces puede cursar con fiebre, malestar general, cansancio, anorexia, náuseas, vómitos y dolor abdominal; la ictericia está presente en un 30-50% de casos en adultos y el 10% de los casos pediátricos. En el 1-2% de los casos, la infección puede tener un curso fulminante con fallo hepático agudo. El virus se aísla en sangre y otros fluidos orgánicos como semen, secreciones vaginales, leche materna, saliva, sudor y lágrimas. Las vías de transmisión del virus son vertical o perinatal, horizontal, parenteral y sexual, siendo en los países de endemia baja, la mitad de los casos se producen por transmisión sexual.

Tabla 2. ITS, evidencia de VSI y actitud

ITS confirmada	Evidencia de VSI	Actitud sugerida
Gonorrea ¹	Diagnóstico	Notificar
Sífilis ¹	Diagnóstico	Notificar
VIH ²	Diagnóstico	Notificar
<i>Chlamydia trachomatis</i> ¹	Diagnóstico	Notificar
<i>Trichomonas vaginalis</i> ¹	Alta sospecha	Notificar
VHS genital	Alta sospecha (sobre todo VHS 2). Excluir autoinoculación.	Notificar
Condiloma acuminado ¹	Sospechoso.	Notificar ³
Vaginosis bacteriana	No concluyente	Seguimiento médico

1 Excluir transmisión perinatal. 2 Excluir transmisión perinatal o por hemoderivados. 3 Notificar si hay evidencia de VSI, incluyendo anamnesis, exploración física y otras ITS identificadas.

FUENTE: Committee on Child Abuse and Neglect; Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review. Pediatrics January 1999; 103 (1): 186–191. 10.1542/peds.103.1.186

Tabla 3. Características de las ITS y probabilidad de VSI

Microorganismo	Período de incubación	Probabilidad de VSI tras el diagnóstico de la infección	Transmisión vertical madre-hijo
<i>N. gonorrhoeae</i>	2-7 días	Alta	Posible en < 6 meses
<i>C. trachomatis</i>	1-3 semanas	Media (alta en > 3 años)	Posible en < 3 años
VHS	1-2 semanas	Media	Posible en < 3 meses
<i>Trichomonas vaginalis</i>	1-4 semanas	Alta	Posible en < 6 meses
VPB	≥ 1 mes	Baja	Posible en < 2 años
Sífilis	< 3 meses	Alta	Debe ser excluida
VIH	< 3 meses	Media-alta	
VHB	< 3 meses	Media	

FUENTE; Sanz Santaefemia FJ, García Talavera ME, Sánchez Perales F. Abuso sexual (prevención de las infecciones de transmisión sexual) (v.2.0/2020). Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 18/01/2020; consultado el 16/02/2023]. Disponible en <https://www.guia-abe.es>

3. Recogida de muestras

No se recomienda el cribado de todas las ITS en todas las localizaciones en NNA asintomáticos de forma rutinaria; cada caso debería valorarse de forma individual. El Comité sobre Abuso y Negligencia Infantil de la Academia Americana de Pediatría sugiere que se considere la realización de cribado de ITS en niños y niñas prepuberales:

- Víctimas de VSI con penetración o con herida penetrante en zona genital, ano y/o orofaringe.
- Víctimas de VSI por agresor desconocido.
- Víctimas de VSI siendo el agresor una persona portadora de una ITS o con alto riesgo de infectarse (usuarios de drogas intravenosas, hombres que tienen sexo con hombres o personas con múltiples encuentros sexuales).
- Tienen un conviviente en el hogar con una ITS.
- Víctimas de VSI que viven en un área con una alta tasa de ITS en la comunidad.

- Tienen signos o síntomas de una ITS.
- Ha sido diagnosticado de una ITS.
- No puede verbalizar los detalles de la VSI.
- Víctima de VSI que solicita, o sus progenitores lo hacen, cribado de ITS.
- La VSI ha sido presenciada o documentada con fotografías o vídeos, dado que las víctimas con frecuencia no revelan los detalles del episodio.

Si un NNA presenta síntomas, signos o evidencia de infección que sugiriese ITS, se debe hacer un **cribado antes de iniciar cualquier tratamiento que pudiera interferir en el diagnóstico**, debido a la implicación legal y las consecuencias psicosociales que puedan derivar de un diagnóstico positivo. La toma de muestras se debe realizar de la localización anatómica donde se ha producido la VSI (faringe, recto, vagina, uretra), preferentemente por el médico forense en casos de VSI. Se recogerán muestras para cultivo, PCR si es posible, valorando PCR en orina del inicio de la micción, y se realizarán serologías de VIH, VHB, VHC, VHA y sífilis. Es necesario comprobar el estado vacunal y serológico de la persona fuente en el caso de que sea conocida.

En pacientes postpuberales la toma de muestras se realizará de la misma forma que en adultos:

- Exudado vaginal: se utilizará espéculo vaginal, sin uso de lubricantes. Se tomará la muestra de la zona donde se vea más flujo vaginal o del fondo del saco vaginal.
- Exudado endocervical: si hay moco endocervical hay que limpiar previamente con torunda seca o gasa y desecharlas, y seguidamente rotar una torunda en el canal cervical para la obtención de células.
- Exudado uretral: se introduce la torunda hasta 2 cm, realizando movimiento de rotación.
- Exudado anal: se introduce la torunda unos 3 cm y se realizan movimientos de rotación durante 10 segundos.
- Exudado faríngeo: con ayuda de un depresor lingual, se realizará la toma de la faringe posterior.
- Orina: será de micción espontánea obteniendo 10 ml de orina de la porción inicial.
- Úlceras: se debe tomar la muestra para cultivo viral o PCR, frotando la base de la lesión para la obtención de células. Si hubiera vesículas, es necesario romper la vesícula y recoger la muestra de la base de la vesícula. Si hubiera una zona costrosa, retirar la costra con aguja estéril, humedecer la torunda con suero fisiológico y frotar la base.

En niñas prepuberales las muestras vulvovaginales, en lugar de las cervicales, son adecuadas. En niños con supuración uretral se tomará muestra del meato uretral, lo que puede sustituir a la muestra uretral.

El tiempo transcurrido entre los hechos y el primer reconocimiento médico de la víctima de VSI no debe ser impedimento para la recogida de muestras microbiológicas. En el caso de que la VSI no haya sido reciente, se deberá realizar igualmente cribado de ITS y control evolutivo en consulta especializada. Si la exposición inicial fue reciente, es posible que el inóculo sea insuficiente para dar resultados positivos en las pruebas o hallazgos clínicos. Se debe programar una segunda visita aproximadamente a las 2-4 semanas para reexplorar y repetir pruebas de cara a identificar cualquier ITS que no se haya detectado en el momento de la evaluación inicial. Asimismo, si no se realizó un examen físico o una prueba diagnóstica en la visita inicial, se puede programar un examen completo aproximadamente 2 semanas después de la última exposición para identificar cualquier evidencia de ITS. Una sola evaluación podría ser suficiente en el caso de una VSI no reciente.

Debido a la baja prevalencia de *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Trichomonas vaginalis* en la infancia, pueden producirse falsos positivos y el resultado debe confirmarse bien en la misma muestra u obteniendo otra. En infancia y adolescencia, y también en personas adultas no sexualmente activas, un resultado inicial negativo para ITS en el momento de los hechos seguido de la aparición de una ITS puede ser usado como evidencia si la persona sospechosa también la presentaba. Debido a las implicaciones médico-legales de un resultado positivo, las muestras se deben conservar y custodiar en el laboratorio de Microbiología, hasta su remisión, lo más pronto posible, dentro de las siguientes 72 horas y no superando el plazo máximo de 7 días desde su recogida.

Tal y como establece el artículo 48.2 de la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual (LOGILS), la toma de muestras biológicas y otras evidencias, incluidas imágenes, que puedan contribuir a la acreditación de las violencias sexuales, no estará condicionada a la presentación de denuncia o al ejercicio de la acción penal. La recogida de muestras biológicas de la víctima y otras evidencias, incluidas imágenes, se realizará previo consentimiento informado, que puede ser verbal, salvo para la recogida de muestras que deberá ser por escrito (*anexo 1*). Se deberá respetar en esos primeros momentos del hecho traumático la autonomía de la voluntad de la persona agredida y recabar su consentimiento informado, así como velar por su seguridad y bienestar. En todos los casos se deberá garantizar la confidencialidad en lo que se refiere a la historia de ITS de la persona agredida. El artículo 48.2 de la LOGILS, habilita al personal sanitario para la recogida de muestras biológicas y otras evidencias en aquel supuesto excepcional en el que no fuera posible la presencia del/la profesional de medicina forense en el centro hospitalario. La Tabla 4 resume la toma de muestras y los análisis necesarios a realizar.

Tabla 4. Muestras microbiológicas para investigación de patógenos responsables de ITS

Tipo de muestras	Adultos y adolescentes (mayores de 10 años)			Niños (≤ 10 años)
	Número de muestras	Descripción de la recogida	Tipo de análisis	
Orina	1 frasco estéril con 5-10 ml de orina	Recoger 5-10 ml de orina media de una micción.	Urocultivo Investigación de <i>N. gonorrhoeae</i> y <i>C. trachomatis</i> .	Igual que en adolescentes
Conjuntiva (si exudado)	2 hisopos en medio Amies	De la parte inferior del párpado. Recomendada valoración por oftalmólogo.	Investigación de <i>C. trachomatis</i>	Igual que en adolescentes
Úlceras orolabiales	2 hisopos en medio Amies	Lavado previo con suero fisiológico estéril e hisopado de la base.	Investigación de sífilis, VHS	Igual que en adolescentes
Hisopos faríngeos (si penetración bucal)	2 hisopos en medio Amies	Frotando vigorosamente las amígdalas, faringe posterior y zonas inflamadas o ulceradas, recogiendo cualquier posible exudado. RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS BUCALES (MUESTRAS INDUBITADA) Y ANTES QUE EL LAVADO BUCAL.	Investigación de <i>N. gonorrhoeae</i> y <i>C. trachomatis</i> .	Igual que en adolescentes

Genitales externos (introito, labios, clítoris, himen, fosa, horquilla...) y zona perianal	2 hisopos en medio Amies	Limpiando genitales externos y recogiendo cualquier posible exudado de genitales externos. Si HAY MUCHO EXUDADO SE RECOGERÁ ANTES DE LOS DOS HISOPOS DESTINADOS A LA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA. Hisopado de cualquier úlcera, vesícula o lesión mucocutánea genital. Úlceras: lavado previo con suero salino fisiológico estéril y se hisopa la base. Vesícula: romper y recoger líquido con la torunda. Si hay costra, se retira con bisturí estéril y se hisopa la base.	Cultivo bacteriológico y análisis molecular para patógenos causantes de ITS. Investigación específica de sífilis, VHS, VPH.	Igual que en adolescentes
Hisopos de cérvix	2 hisopos en medio Amies	Frotando el cuello de útero previa limpieza de secreciones vaginales y moco. Espéculo no lubricado. Si úlcera, hisopado de la misma. RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA.	Cultivo bacteriológico y análisis molecular para patógenos causantes de ITS. Si úlceras: investigación de VHS y sífilis.	NO RECOMENDADO salvo que sea imprescindible
Hisopos vaginales	2 hisopos en medio Amies	Recoger el exudado de la zona donde este sea más abundante, o en su caso, del fondo de saco vaginal posterior. Espéculo no lubricado. Si úlcera, hisopado de la misma. RECOGER DESPUÉS DE LOS HISOPOS PARA IDENTIFICACIÓN GENÉTICA.	Cultivo bacteriológico y análisis molecular para patógenos causantes de ITS. Si úlceras: investigación de VHS y sífilis.	NO RECOMENDADO salvo que sea imprescindible
Pene y escroto	2 hisopos en medio Amies	Hisopado de cualquier úlcera, vesícula o lesión mucocutánea genital. Úlceras: lavado previo con suero fisiológico estéril y se hisopa la base. Vesícula: romper y recoger líquido con la torunda. Si hay costra, se retira con bisturí estéril y se hisopa la base.	Cultivo bacteriológico y análisis molecular para patógenos causantes de ITS.	Igual que en adolescentes
Hisopo uretral (pene)	2 hisopos uretrales en medio Amies	Frotando cuidadosamente el interior de la uretra o tomando muestra del meato urinario si hay evidencia de exudado.	Cultivo bacteriológico y análisis molecular para patógenos causantes de ITS.	NO RECOMENDADA LA TOMA URETRAL. SUSTITUIR POR TOMA DEL MEATO.
Hisopos rectales	2 hisopos en medio Amies	Introducir a través del esfínter anal unos 3 cm y rotar contra las criptas rectales durante unos segundos. Evitar el contacto con materia fecal.	Investigación de <i>N. gonorrhoeae</i> y <i>C. trachomatis</i>	NO RECOMENDADO salvo que sea imprescindible

Sangre venosa	1 tubo de sangre sin anticoagulante: 5 mL.	Sin anticoagulante. Valorar estado inicial y seroconversión (tras 15 días)	Serología de sífilis, VIH, VHS, VHA, VHB, VHC	Igual que en adolescentes
Otras localizaciones		Valorar presencia de Pthirus pubis en pestañas/ vello púbico.		Igual que en adolescentes

Fuente: Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia. 2021. <https://www.mjusticia.gob.es/es/ElMinisterio/OrganismosMinisterio/Documents/ProtocoloViolenciaSexual.pdf>

4. Tratamiento profiláctico ante una agresión aguda (tablas 5-9)

Tabla 5. Tratamiento antimicrobiano empírico tras VSI

TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EMPÍRICO: CEFTRIAXONA+AZITROMICINA +/-METRONIDAZOL ¹				
FÁRMACO	INDICACIÓN	DOSIS	PRESENTACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS
Ceftriaxona	Profilaxis de infección por <i>N. gonorrhoeae</i>	500 mg, IM. Dosis única (cualquier edad)	Ceftriaxona 500 mg IM	Diarrea, náuseas, vómitos, leucopenia.
Azitromicina	Profilaxis de infección por <i>C. trachomatis</i>	1 g en mayores, vo, dosis única (< 25 kg, 15 mg/kg) .	Azitromicina, Zitromax suspensión 200mg/5 ml sobres 250 mg, 500 mg, 1000 mg. comprimidos 250 mg, 500 mg.	Cefalea, vómitos, dolor abdominal
Metronidazol	Tratamiento de infección por <i>T. vaginalis</i>	15 mg/kg/8 h, vo, 7 días (máx 2 g/día, h en niños). Adolescentes 2 g, vo, dosis única	Metronidazol, Flagyl 125mg/5ml suspensión comprimidos 250 mg	Candidiasis

1. Menos de 72 horas desde la agresión o petición paciente/familiar. FUENTE: <https://www.guia-abe.es>

Tabla 6. Profilaxis de infección por VIH

PROFILAXIS VIH (duración total de 4 semanas) ¹			
Edad < 12 años			
FÁRMACO	DOSIS	PRESENTACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS
Emtricitabina (FTC)	6 mg/kg/24 h (máx. 200 mg/24)	Emtriva 10 mg/ml solución oral cápsulas 200 mg	Tubulopatía renal, elevación de transaminasas, cefalea, astenia, náuseas.
Zidovudina (ZDT, AZT)	4 mg/kg/12 h (máx. 300 mg/12 h)	Retrovir 100mg/10 ml cápsulas 250 mg	Frecuentes: anemia, cefalea, neutropenia
Lopinavir/ritonavir (LPV/RTV)	<15kg: 12 mg/kg LPV/ 3 mg/kg RVC c/12 h 15-40 kg: 10 mg/kg LPV/ 2.5 mg/kg RVC c/12 h (máx 400 mg LPV/ 100 mg RTV c/12 h)	Kaletra solución oral (80 mg + 20 mg)/ ml comprimidos 100 mg/25 mg, 200 mg/50 mg	Infección del tracto respiratorio superior, anemia, leucopenia, cefalea, erupción cutánea

1. Menos de 72 horas desde la agresión o petición paciente/familiar

FUENTE: Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes (marzo 2017). https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento_de_consenso_sobre_diagnostico_y_tratamiento_de_las_infecciones_de_transmision_sexual_en_adultos_02.pdf

Tabla 7. Profilaxis de infección de VIH en mayores de 12 años

PROFILAXIS VIH (duración total de 4 semanas) ¹			
Edad ≥12 años			
FÁRMACO	DOSIS	PRESENTACIÓN	EFFECTOS SECUNDARIOS
Emtricitabina/ tenofovir (FTC/ TDF)	200 mg FTC/ 245 mg TDF c/24 h	Truvada, Emtricitabina/tenofovi Comprimidados 200 mg/245 mg r	Cefalea, náuseas, vómitos, diarrea, neutropenia, hiper- glucemia, hipertrigliceridemia, disfunción tubular renal No usar si insuficiencia renal
Raltegravir (RAL)	400 mg/ 12 h	Isentress Comprimidados 400 mg	Insomnio, cefalea, náuseas y astenia

1. Menos de 72 horas desde la agresión o petición paciente/familiar

FUENTE: Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes (marzo 2017).

https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento_de_consenso_sobre_diagnostico_y_tratamiento_de_las_infecciones_de_transmision_sexual_en_adultos_02.pdf

Tabla 8. Protocolo de actuación frente a una exposición accidental a virus de la hepatitis B

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN FRENTE A UNA EXPOSICIÓN ACCIDENTAL A VIRUS DE LA HEPATITIS B				
Estado vacunal del expuesto		Profilaxis según infección en el paciente fuente		
		HBsAg positivo o desconocido	HBsAg negativo	Serología postvacunación ²
No vacunado/ vacunación incompleta		IGHB ¹ (1 dosis) + Vacuna (3 dosis)	Vacuna (3 dosis)	Sí
Vacunación completa:	Protegido (anti-HBs ≥ 10 mUI/ml)	Ninguna	Ninguna	-
	No protegido: anti-HBs < 10 mUI/ml)	IGHB (1 dosis) + completar nueva serie de vacunación	Vacuna (3 dosis)	Sí
	No respondedor	IGHB (2 dosis, separadas por 1 mes)		No

1. IGBH (inmunoglobulina anti-B) y vacuna VHB se administran de forma simultánea en lugares anatómicos diferentes.

2. Realizar 1-2 meses tras la última dosis de vacuna.

FUENTE: Schillie S, Vellozzi C, Reingold A, et al. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR Recomm Rep 2018;67(No. RR-1):1-31

Tabla 9. Profilaxis frente e VPH

PROFILAXIS VPH
Comprobar estado vacunal y completar vacunación si indicada

5. Seguimiento

Tras la atención sanitaria de cada NNA, es necesario asegurar un seguimiento posterior coordinado que garantice la atención integral, con la importancia de la salud mental, la protección del NNA y que evite la victimización secundaria. En relación con las pruebas complementarias a realizar, la serología para VHB, VHC y VIH se debe repetir a las 6, 12 y 24 semanas. Si se ha iniciado medicación antirretroviral, se deben programar las siguientes revisiones:

- 72 horas: revisión clínica, verificación de serologías si se han extraído (niveles basales). Se valorará la adherencia y efectos tóxicos, así como la pertinencia de su continuidad. Apoyo psicológico si es necesario.
- 14 días: revisión clínica, valorar adherencia y toxicidad. Hemograma, función hepática y renal.
- 28 días: revisión clínica, valorar adherencia y toxicidad.

6. Tratamiento específico de ITS

Tabla 10. Tratamiento específico de ITS en NNA

C. trachomatis	
NNA <45 kg: Eritromicina 50 mg/kg/día cada 6 horas, vía oral durante 14 días. No existen datos de la dosis óptima ni de la eficacia de azitromicina para infecciones por <i>C. trachomatis</i> en NNA con peso < 45 kg.	NNA ≥45 kg: Azitromicina 1 g, vía oral, en dosis única o Doxiciclina 100 mg cada 12 horas, vía oral durante 7 días (en el caso de niños mayores de 8 años)
Se recomienda confirmación de cura con prueba microbiológica a las 2 semanas de finalizar el tratamiento.	
N. gonorrhoeae	
Infección gonocócica no complicada (vulvovaginitis, cervicitis, uretritis, faringitis o proctitis) en NNA ≤45 kg: Ceftriaxona 25-50 mg/kg IV o IM, dosis única (dosis máxima: 125 mg)	Infección gonocócica no complicada (vulvovaginitis, cervicitis, uretritis, faringitis o proctitis) en NNA >45 kg: - Ceftriaxona 250 mg IM, dosis única, con azitromicina 1 g, vía oral, dosis única o - Cefixima 400 mg, vía oral, en dosis única con azitromicina 1 g, vía oral, en dosis única.
Artritis o bacteriemia gonocócica en NNA ≤45 kg: Ceftriaxona 50 mg/kg (dosis máxima: 1 g) IM o IV, dosis única, 7 días.	Artritis o bacteriemia gonocócica en niños con peso >45 kg: Ceftriaxona 1 gramo IM o IV en dosis única diaria por 7 días
Se recomienda reevaluar tras 3-7 días de completar tratamiento para asegurar respuesta clínica (riesgo de resistencias)	
T. vaginalis	
Tratamiento en niños: Metronidazol 15 mg/kg/día cada 8 horas vía oral durante 7 días.	Tratamiento en adolescentes: Metronidazol 2 g, vía oral, en dosis única o Metronidazol 500 mg cada 12 horas durante 7 días.
No deben consumirse bebidas ni medicamentos que contengan alcohol durante el tratamiento con metronidazol.	
Sífilis	
Las recomendaciones de la penicilina G y la duración del tratamiento de la sífilis adquirida en paciente inmunocompetente varían dependiendo de la fase de la enfermedad y de las manifestaciones clínicas.	
Sífilis primaria, secundaria y latente precoz: Penicilina G benzatina 50.000 U/kg IM en dosis única (dosis máxima 2.4 millones U)	
Sífilis latente tardía o sífilis latente de duración desconocida: Penicilina G benzatina 50.000 U/kg IM en tres dosis con intervalos de una semana (dosis máxima 2.4 millones U y dosis máxima total 7.2 millones U)	
Neurosífilis: Penicilina G cristalina acuosa 200.000 a 300.000 U/kg/día I.V cada 4-6 horas durante 10 a 14 días (dosis máxima 18-24 millones U/día)	
VPH	
Se recomienda un período de observación por un mínimo de tres meses tras el diagnóstico, a menos que el paciente presente síntomas de dolor, sangrado o irritación. El tratamiento recomendado inicialmente es la crioterapia. Valorar el tratamiento quirúrgico en caso de no respuesta. La podofilotoxina 0.5% e imiquimod 5% no están autorizados por ficha técnica en niños, aunque han sido utilizados en caso de no respuesta como terapia off label.	
VHS	
Tratamiento del primer episodio en niños: Aciclovir suspensión 80 mg/kg/día cada 6 horas vía oral, sin exceder la dosis de adultos (1000-1200 mg/día)	Tratamiento del primer episodio en adolescentes: - Aciclovir 400 mg, tres veces al día vía oral durante 7-10 días o - Aciclovir 200 mg, cinco veces al día vía oral durante 7-10 días o - Valaciclovir* 500mg dos veces al día vía oral durante 7-10 días o - Famciclovir** 250 mg, tres veces al día vía oral durante 7-10 días.

VHB

En caso de que el niño no esté bien vacunado, o esté vacunado pero presente respuesta inadecuada (anti-HBs < 10 mUI/l), se recomienda vacunación e inmunoglobulina específica frente al VHB por vía IM, con inicio a ser posible en las primeras 72 h.

VIH

Profilaxis postexposición: ver cuadro profilaxis.

Tratamiento: Todos los pacientes con infección por VIH-1 iniciarán TAR (Terapia antirretroviral) para evitar la progresión de la enfermedad, disminuir la transmisión del virus y limitar el efecto nocivo sobre posibles morbilidades coexistentes.

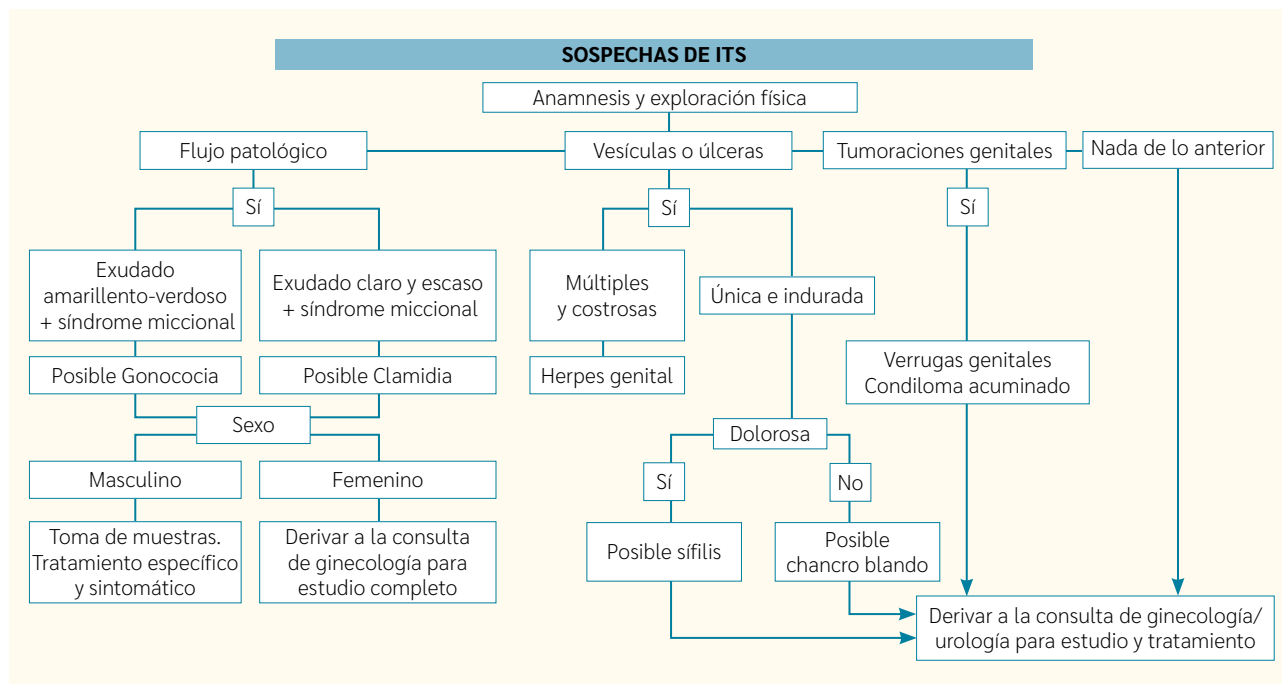
Documento de Consenso sobre tratamiento antirretroviral en niños y adolescentes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización Enero 2022).

* El uso de valaciclovir con esta indicación no está autorizado en menores de 12 años .

** El uso de famciclovir con esta indicación no está autorizado en menores de 18 años.

Fuente: Documento de consenso sobre diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes (marzo 2017).

https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/06/Documento_de_consenso_sobre_diagnostico_y_tratamiento_de_las_infecciones_de_transmision_sexual_en_adultos_02.pdf

Algoritmo de actuación

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EXPLORACIÓN Y TOMA DE MUESTRAS Y OTRAS EVIDENCIAS POR PERSONAL FACULTATIVO SANITARIO EN CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL.

Fuente: Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual. Ministerio de Sanidad. 2023.

https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/GUIA_PAUTAS_BASICAS-SNS_VSEXUAL_07-03-2023_web.pdf

Yo, _____, con DNI/NIE, _____ (si es menor de 16 años o persona con discapacidad con medidas de apoyo, añadir los datos de su persona de apoyo/representante legal¹). DECLARO Que he recibido información de los aspectos relacionados con la exploración y de la finalidad de la misma. Que he recibido información de la posibilidad de que se proceda a la recogida de muestras biológicas y otras evidencias, incluidas imágenes, que ayuden a acreditar la violencia sexual que he padecido en el caso que yo decida denunciar en un futuro y se incoen diligencias judiciales. Que he recibido información acerca de que en este momento asistencial no es imprescindible que tome la decisión de interponer denuncia ante la autoridad policial y/o judicial, aunque sí es conveniente para iniciar la investigación cuanto antes y que la policía judicial recoja otras pruebas o vestigios. Que, si no tomo la decisión de denunciar, ello no menoscaba mi derecho de realizarlo más adelante. Que las muestras y evidencias serán conservadas debidamente hasta su remisión, garantizando la cadena de custodia y del modo más inmediato posible al Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Que comprendo dicha información, que puedo revocar² mi consentimiento para la totalidad y/o para cualquiera de las fases del reconocimiento y la toma de muestras y evidencias(*), y que he podido formular las preguntas que he considerado oportunas, por lo que DOY MI CONSENTIMIENTO para la realización de: SI NO La exploración física, incluida la región genital y/o anal. SI NO La extracción de muestras biológicas o fluidos corporales. SI NO La recogida de evidencias, incluido registro fotográfico y/o videográfico. SI NO El acceso a los datos de la Historia Clínica. SI NO Otras (especificar): _____. Firma de la persona a la que se practicará la exploración (o de su persona de apoyo/representante legal): Fecha:

(*) Revocación del consentimiento Yo, _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para la realización de todas las intervenciones anteriormente citadas. Yo, _____ de forma libre y consciente he decidido retirar el consentimiento para la realización de: _____. Firma de la persona explorada (o de su persona de apoyo/representante legal): Fecha:

1 En el caso de persona con discapacidad, la figura de su representante legal, de tenerla, se ha de ajustar a lo previsto en la Ley 8/2021 de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo de las personas con discapacidad. Por tanto, es la persona con discapacidad la que debe otorgar el consentimiento informado; por lo general, el apoyo ha de ser asistencial, siendo excepcionalmente representativo.

2 Toda persona agredida tiene derecho a consentir o rechazar alguna o todas las partes del examen médico asistencial, así como alguna o todas las fases del reconocimiento y la toma de muestras y otras evidencias que deban ser recogidas por parte del centro sanitario. Para ello debe ser informada antes de su comienzo, de acuerdo a lo previsto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica



Bibliografía

- Bechtel K. Sexual abuse and sexually transmitted infections in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr*. 2010 Feb;22(1):94-9.
- Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Ministerio de Justicia. 2021.
- Hernández Ragpa L, Valladolid Urdangaray A, Ferrero Benítez OL, Díez, Sáez C. Sexually transmitted infections in the context of a sexual assault. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2019;37(3):187–19.
- Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, et al. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. *MMWR Recomm Rep* 2021;70(No. RR-4):1–187. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr7004a1>.
- Sanz Santaefemia FJ, García Talavera ME, Sánchez Perales F. Abuso sexual (prevención de las infecciones de transmisión sexual) (v.2.0/2020). Guía ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 18/01/2020; consultado el 18/02/2024]. Disponible en <https://www.guia-abe.es>
- *Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual*. Ministerio de Sanidad. 2023.
- Documento de consenso sobre el diagnóstico y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual en adultos, niños y adolescentes. Grupo de expertos del grupo de estudio de SIDA de la SEIMC (GESIDA), Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA (SPNS), grupo de estudio de ITS de la SEIMC (GEITS), Grupo Español para la investigación de las Enfermedades de Transmisión sexual de la Academia Española de Dermatología y venereología y de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP): 2017
- Committee on Child Abuse and Neglect; Guidelines for the Evaluation of Sexual Abuse of Children: Subject Review. *Pediatrics January* 1999; 103 (1): 186–191. 10.1542/peds.103.1.186.
- Kellog ND, Farst KJ, Adams JA. Interpretation of medical findings in suspected child abuse: an uptodat for 2023. *Child Abuse & Neglect* 145 (2023) 106283.
- Schillie S, Vellozzi C, Reingold A, et al. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Recomm Rep* 2018;67(No. RR-1):1–31.



CAPÍTULO 9.

ABORDAJE EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA VIOLENCIA EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

- ▶ **Sonia Ramírez Parenteau.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.*
- ▶ **Celeste Mata Rivera.** *Médico Forense. Instituto de Medicina Legal de Toledo.*
- ▶ **Mercedes de Dios Aguado.** *Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud Sillería. Toledo.*
- ▶ **Eva Ximénez Verresen.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Alamin. Guadalajara.*
- ▶ **María del Rosario González Martínez.** *Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud Santa Bárbara. Toledo.*
- ▶ **Sara García Espinosa.** *Trabajadora Social de los Centros de Salud de La Puebla de Montalbán y Polán. Toledo.*
- ▶ **Javier Eduardo Blanco González.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Materno Infantil de Azuqueca de Henares. Guadalajara.*
- ▶ **Vanesa Losa Frías.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Polán. Toledo.*

Revisión y aportaciones al capítulo

- ▶ *Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla-La Mancha (APapCLM).*
- ▶ *Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla-La Mancha (SPMYCM).*
- ▶ *María Concepción Villar de la Fuente. Enfermera de pediatría. Centro de Salud de Benquerencia. Asociación Castellano Manchega de Enfermería Comunitaria (ACAMEC).*
- ▶ *Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria (SCAMFYC). Grupo de trabajo de Inequidades y Actividades Preventivas.*

1. Introducción

Los profesionales sanitarios de atención primaria tienen un papel clave en la detección de los casos de violencia en la infancia por ser los referentes de atención continuada de los niños, niñas y adolescentes (NNA) y por conocer el entorno familiar y comunitario, así como su historia social a través del seguimiento en el Programa de Salud Infantil (PSI). Este apartado presenta un enfoque práctico que ayude a los profesionales a orientar el manejo clínico de las situaciones de violencia en la infancia y adolescencia desde atención primaria en Castilla-La Mancha.

2. Atención clínica

Los elementos en los que se basa la atención sanitaria son:

- **La entrevista clínica:** datos aportados por el propio NNA, por el familiar/acompañante, por otros profesionales sanitarios, de otros ámbitos u otras personas. Destaca la importancia de la **valoración social**, es decir, del entorno donde se desarrolla el NNA y las circunstancias que lo rodean: antecedentes familiares, estructura y composición familiar (genograma), dinámica familiar, perfil de los cuidadores, grado de autonomía (dependencia/discapacidad), situación socio-económica (ingresos, deudas, gastos, pensiones, ayudas), situación de la vivienda (tenencia, habitabilidad, conservación, características-mobiliario), relaciones sociales y vecinales (red



de apoyo familiar y social formal, voluntariado/asociaciones). El profesional de referencia para dicha valoración es el trabajador social sanitario.

- **Exploración física y psicológica:** existencia de indicadores físicos, psicológicos y comportamentales del NNA, así como en la conducta del familiar/acompañante.
- **Pruebas complementarias:** realización de pruebas médicas o psicológicas para confirmar o realizar el diagnóstico diferencial con otros procesos.

Es importante destacar que la atención clínica ante un caso de sospecha de violencia requiere un **abordaje interdisciplinar e interinstitucional** con una metodología de trabajo en red en el que los profesionales han de ser extremadamente prudentes y mantener una actitud proactiva.

El **enfoque biopsicosocial** en la atención a todos los NNA y sus familias nos permite detectar la existencia de **factores de riesgo de vulnerabilidad** de tipo biológico, psicológico y social (*capítulo 1; apartado 5: Entrevista clínica biopsicosocial*) así como los factores de protección (*capítulo 12; tabla 1: Modelo integral de maltrato*). La identificación de estos factores de riesgo no asegura la identificación de maltrato (no implican causalidad), sino que aumentan su probabilidad; es necesario el asesoramiento y soporte a la familia para aminorar los efectos de la situación detectada. Ante la presencia de factores de riesgo social, el pediatra, médico/a de familia y/o enfermera/o derivará al trabajador/a social sanitario o, en su defecto, al trabajador social local/municipal¹, para ampliar la valoración psicosocial, ofrecer recursos más específicos en función de las necesidades detectadas y planificar intervenciones con las familias, a la par que nos facilita tener más “observadores” de estos NNA en situaciones de riesgo (al igual que las escuelas infantiles en menores de 3 años o el centro escolar posteriormente). La presencia simultánea de varios factores de riesgo y la falta reiterada de respuesta a las intervenciones planteadas determinarán la probabilidad de que la situación pueda ser perjudicial para el NNA.

Independientemente de la prevención secundaria realizada en población con factores de riesgo, el pediatra, médico/a de familia y enfermera de atención primaria pueden detectar indicadores de sospecha de violencia, es decir, situaciones en las que con los datos derivados de la historia clínica, de los exámenes médico-psicológicos y de la historia social nos indican que hay probabilidades de que la situación sea perjudicial para el NNA. Sin describir todas las situaciones posibles, entre los indicadores de sospecha que podemos detectar en atención primaria se encuentran (tabla 1).

Tabla 1. Indicadores de violencia en atención primaria

INDICADORES DE VIOLENCIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Incomparecencia repetida y notoria a consultas ambulatorias con incumplimiento de las medidas higiénico-sanitarias prescritas para el NNA (inadecuación de la dieta, del vestuario, tratamientos pautados...) no existiendo causas externas de fuerza mayor que lo justifiquen.
- Insistencia en ingresos hospitalarios.
- Retrasos inexplicables en crecimiento y/o maduración.
- Información contradictoria por parte de la familia en temas de salud, sociales...
- Accidentes de repetición.
- El propio relato del NNA.
- Actitud temerosa del NNA hacia sus progenitores, familiares y/o cuidadores.
- Consultas múltiples por cefalea, dolor abdominal...sin detección de patología orgánica.

1. Figura profesional de referencia de los Servicios Sociales de Atención Primaria (ver glosario). En caso de NO disponer de trabajador/a social en su zona sanitaria, contactar con: atencionpersonas.ssc@sescam.jccm.es o trabajosocial.dgcc@sescam.jccm.es, con el fin de coordinar la comunicación con los Servicios Sociales.

- Lesiones físicas con mecanismo imposible de producción dado el desarrollo del NNA (ej: rotura del frenillo por ponerse el chupete en un neonato).
- Justificaciones inverosímiles, negación del trauma o de que haya podido ocurrir.
- Retrasar de manera inexplicable o excesiva la solicitud de atención médica (ej: acudir por una quemadura grave al centro sanitario al día siguiente de producirse la lesión).
- Atribuir las lesiones a los esfuerzos de reanimación en el hogar.
- Relato cambiante o contradictorio entre los observadores.

En la consulta de atención primaria, el profesional que atiende una posible situación de maltrato ha de ser capaz de determinar si existe riesgo de maltrato, la gravedad de las lesiones, el grado de desprotección o seguridad del NNA en su entorno y el riesgo de recurrencia, lo que nos determinará la necesidad de actuación urgente ([capítulo 7](#)).

2.1. Entrevista clínica

La entrevista clínica en atención primaria, en general, ha de tener un carácter exploratorio, somero, el cual permita remitir al NNA a un recurso más especializado en el manejo de la violencia, con el fin de evitar la revictimización. Durante la atención se ha de favorecer su bienestar en un espacio tranquilo y adecuado donde se sienta acogido y pueda compartir su vivencia, sus miedos u otras emociones, bien sea a través de la palabra o mediante otras formas de expresión como dibujos, cuentos, etc. Se recomienda que el NNA esté acompañado de una persona adulta que haya elegido, si bien es necesario prestar atención a la interacción del NNA con la persona cuidadora o acompañante. Si es preciso, se ha de considerar la participación de mediadores interculturales para garantizar el acceso universal a una atención integral a todos los NNA (*capítulo 1; apartado 6: Entrevista clínica en situaciones de violencia*).

2.2. Exploración

La exploración física será completa, se realizará en un ambiente tranquilo y en presencia de otro profesional sanitario. Como en cualquier otra consulta, dicha exploración se explicará al NNA con un lenguaje adaptado a sus capacidades y desarrollo evolutivo. Los hallazgos exploratorios sugestivos de maltrato físico se han definido previamente (*capítulo 2*). En el caso de menores de 2 años, debemos valorar la existencia de lesiones centinelas (tabla 2). Se recomienda la descripción completa de las lesiones visibles en el NNA y la toma de fotografías previo consentimiento informado verbal.

Tabla 2. Lesiones centinela

LESIONES CENTINELA		
0-6 meses	6-12 meses	<24 meses
• Lesiones en la piel: excoriaciones, hematomas, equimosis, quemaduras. • Afectación orofaríngea: eritema o petequias en paladar; laceraciones, hematomas y/o hemorragias en cavidad oral o mucosa oral/labial; rotura del frenillo lingual; lesiones en macizo facial.	• Fracturas de huesos largos • Traumatismo craneal no accidental	• Fracturas de costillas • Traumatismos abdominales • Hemorragias subconjuntivales • Lesiones genitales



Ante la sospecha de que el NNA sea víctima de violencia o esté en riesgo de padecerla, se debe explicar a los progenitores o cuidadores la preocupación por la salud y bienestar del NNA y la necesidad de abordarlo, ya sea de forma urgente en situaciones de riesgo inmediato o en consulta ordinaria (algoritmo 1). Entre las situaciones de riesgo inmediato identificables en la consulta de atención primaria se encuentran (tabla 3):

Tabla 3. Situaciones de riesgo inmediato

SITUACIONES DE RIESGO INMEDIATO

- Sospecha o indicios razonables de maltrato evidente en ausencia de figura protectora.
- Riesgo para la seguridad del NNA.
- Riesgo vital: por el impacto grave de las lesiones para la salud física o psicológica, por el riesgo de recurrencia de la situación de violencia o por el riesgo de suicidio.
- Situaciones de urgencia en violencia sexual

URGENCIA EN VIOLENCIA SEXUAL

- Violencia sexual aguda o reciente (≤ 10 días).
- Necesidad de protección urgente a la víctima (incluidos los casos de imágenes grabadas de violencia sexual con riesgo de mayor distribución del material y la utilización de NNA en redes de trata de personas con fines de explotación sexual infantil).

2.3. Consideraciones especiales

2.3.1. Sospecha de violencia sexual infantil (VSI):

En la atención a las víctimas de VSI en atención primaria, hemos de identificar situaciones urgentes que indiquen la necesidad de derivación inmediata del NNA a un centro hospitalario (tabla 3). En todos los casos, es preciso asegurar la protección del NNA comunicando la situación a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FFCCSE) (algoritmo 1). La anamnesis, exploración física y toma de muestras pertinentes se realizará en el hospital en un solo acto y de forma conjunta por pediatra, médico/a forense, ginecólogo/a y cirujano/a (si es preciso) con el fin de evitar la victimización secundaria. Es preciso explicar que con el fin de no interferir en la toma de muestras es necesario que el NNA no se lave, no se cambie de ropa o se preserve la que se retire, no beba, no coma, no orine ni defeque en la medida de lo posible.

Ante situaciones de sospecha de VSI no urgentes, se notificará el caso al trabajador/a social sanitario o, en su defecto, servicio sociales municipales/locales y se derivará a los recursos especializados en VSI ([capítulo 3; tabla 2](#)).

2.3.2. Tipos de violencia más frecuentes en la consulta de atención primaria:

Negligencia: el pediatra, médico/a de familia y enfermera de atención primaria tienen un papel clave en su detección a través del PSI y, de forma transversal, en el resto de consultas. Es necesario conocer el contexto social de la familia, sus factores de riesgo y de protección. En la exploración física rutinaria del PSI buscaremos déficits de higiene y vestimenta, de sueño, del estado nutricional o del cuidado de la boca, cabello, piel o uñas... Recordar también la evaluación de los hermanos. Entre las negligencias detectadas con más frecuencia en atención primaria encontramos:

- **Negligencia hacia las necesidades físicas:** no proporcionar adecuada alimentación, higiene o ropa (sospechar ante curvas ponderales estancadas en ausencia de patología, obesidad, falta de higiene personal, quemaduras solares repetidas...), no proporcionar cuidados médicos adecuados (retrasos injustificados en la valoración de

lesiones que habitualmente lo requieren como quemaduras, no cuidar o tratar los problemas dentales a pesar de poder acceder a la atención odontológica...).

- **Negligencia hacia las necesidades de seguridad:** accidentes de repetición, intoxicaciones...
- **Negligencia hacia las necesidades formativas:** ausencia de escolarización sin prever su inscripción en ningún centro educativo oficial en edad obligatoria (6-16 años), abandono de la escolarización antes de los 16 años...

Ante una sospecha de negligencia (en ausencia de riesgo inmediato), realizaremos una exploración completa y las pruebas complementarias pertinentes, informaremos al trabajador/a social sanitario o, en su defecto, al trabajador social local/municipal y realizaremos un **trabajo interdisciplinar**. La evaluación a través de un equipo interdisciplinar favorece una adecuada valoración de la gravedad y riesgo para la seguridad del NNA, del balance entre los factores de riesgo y protección, y facilita la planificación de los recursos que se puedan ofrecer a cada familia ([capítulo 3](#)).

Violencia entre iguales: consultas repetidas por síntomas como cefalea, dolor abdominal, insomnio, absentismo escolar o bajada injustificada del rendimiento académico, pueden ser secundarias a situaciones de violencia entre iguales (*bullying*). Ante la sospecha, se recomienda ampliar anamnesis con preguntas abiertas, valorando el bienestar emocional. Cuando los/las profesionales sanitarios sospechen acoso escolar, valorarán la derivación al trabajador/a social, que en estos casos interviene coordinándose con el equipo de orientación escolar para conocer las actuaciones llevadas a cabo de manera grupal con los alumnos/as y con las partes afectadas, y realiza un seguimiento de las familias a modo de acompañamiento, apoyo y asesoramiento durante el proceso ([capítulo 4](#)).

Conflictos interparentales: la oposición mutua entre los progenitores puede dar lugar a situaciones en las que se instrumentaliza al NNA generando violencia psicológica. En estos casos, los profesionales sanitarios de atención primaria han de valorar:

- Atender las necesidades del NNA velando por su mayor interés.
- Clarificar a ambos progenitores que tienen el mismo derecho a ser informados en lo referente a la salud de sus hijos e hijas, siempre y cuando no se les haya retirado la patria potestad, independientemente de quien tenga la guarda y custodia.
- Coordinarse con el centro educativo y Salud Mental para minimizar actuaciones que puedan perjudicar aún más al NNA.
- Valorar la derivación al servicio de Mediación, Orientación e Intervención Familiar en las situaciones en que sea posible (la intervención requiere la firma de ambos progenitores y no se han de asociar situaciones de violencia de género, intrafamiliar u órdenes de alejamiento). Recursos como el programa Aulas de Familia pueden ser útiles en casos de conflictos interparentales en los que no tengamos el consentimiento de los dos progenitores, tanto a nivel de prevención como de tratamiento. En situaciones de violencia de género y violencia en el ámbito familiar existen recursos específicos.
- Evitar realizar informes con alguna finalidad intencionada a petición de los progenitores o terceros y solo realizarlos a petición de la autoridad judicial competente. En estos casos, es útil que el profesional anote en la historia clínica qué progenitor acude a la consulta con el NNA y especificar lo que refiere.

Violencia como estilo educacional: en las consultas, podemos atender a familias con escasas habilidades parentales y/o que utilizan el castigo físico en su relación con los NNA. A veces, presenciaremos actitudes que nos resulten sos-

pechosas de estilos educacionales punitivos (escasez de vínculo, conductas bruscas, patrones de sumisión en el NNA). Forma parte de nuestra labor como profesionales sanitarios educar en el buen trato y en el respeto a los derechos del NNA. En estos casos, se recomienda derivar al trabajador/a social sanitario o, en su defecto, al trabajador social local/municipal para valorar la situación psicosocial del NNA y su familia. El programa Familia de los servicios sociales locales/municipales da soporte y trabaja en la promoción del buen trato en familias con factores de riesgo de vulnerabilidad.

Prevención de la mutilación genital femenina (MGF): resulta clave, especialmente en determinadas localidades donde hay más población procedente de países de riesgo. El personal de atención primaria tiene la obligación legal de identificar a las niñas en riesgo y explicar a la familia las implicaciones legales de la MGF en España. Ante una situación de riesgo inminente (viaje al país de origen), debe obtener la firma del documento preventivo antes del viaje y citar a la niña tras su vuelta para comprobar la integridad de los genitales. Existe un [Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina](#) en Castilla-La Mancha y de forma reciente se han implementado adaptaciones informáticas en la historia clínica informatizada de Turriano y Mambrino para facilitar su aplicabilidad en el ámbito sanitario.

Prevención del ciberacoso y la violencia de género: el pediatra, médico/a de familia y enfermera pueden promocionar el buen uso de las tecnologías y promocionar estrategias preventivas de situaciones de violencia como el ciberacoso, el *grooming* (violencia sexual en línea) y el *sexting* (difusión de páginas de contenido sexual) ([capítulo 4](#)).

3. Informe sanitario. Codificación

Las actuaciones de protección se inician con el correcto registro de la anamnesis y la exploración en la historia clínica, base para elaborar posteriormente el **informe sanitario**, lo que permitirá realizar también el parte de lesiones y la notificación a los servicios sociales. Esta notificación a los servicios sociales no constituye una denuncia judicial en sí.

Los datos de la anamnesis y la exploración deben recogerse de forma objetiva y meticulosa por sus implicaciones para el NNA. El registro de los factores de riesgo puede realizarse en la historia clínica informatizada de Turriano dentro del apartado “factores de riesgo” (familiar, sociolaboral...) y en el apartado diagnóstico a través de los códigos Z (tabla 6) de la CIAP-2. Para elaborar el informe clínico, recomendamos emplear un documento “plantilla” en el que recoger los datos, hallazgos y diagnósticos más relevantes, que debiera adjuntarse a los “informes asociados” de la historia clínica en Turriano, a ser posible en un tipo de archivo no modificable (p.ej. pdf). Otra opción es emplear el documento de “Informe de Salud” disponible en Turriano en el menú “Complementos”.

Asimismo, deberá rellenarse el **parte de lesiones** (físicas o psicológicas), en caso de haberlas, para comunicarlás a la autoridad judicial desde donde se notifica a la fiscalía; es preciso asegurar que se remite a través de la unidad administrativa en el formato más indicado (fax, plataforma Hermes...). En Castilla-La Mancha se dispone de **hojas de notificación de maltrato infantil en el ámbito sanitario** ([capítulo 12. Anexo 8](#)).

En la atención sanitaria a la violencia y problemas relacionados, algunos de los diagnósticos a considerar, además de los correspondientes a las lesiones específicas detectadas, son los que enmarcan las lesiones en el contexto de un posible maltrato. Dichos diagnósticos deben figurar también en el informe clínico aunque a veces se pueda especificar que se trata únicamente de una sospecha (“orientación diagnóstica”). Los servicios sociales y judiciales necesitan la visión y opinión de los profesionales sanitarios para poder ajustar correctamente su respuesta al posible problema.

Teniendo en cuenta que nuestra herramienta de trabajo es el Sistema de información e historia clínica en atención primaria (Turriano), debemos estar familiarizados con la **codificación** diagnóstica que nos ofertan sus sistemas de



clasificación que, actualmente (agosto 2024), son la versión 9 de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9) y la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP-2), para facultativos, y los Códigos Nanda para enfermería. En el caso de los trabajadores sociales sanitarios, los diagnósticos sociales se registran como “valoración”, los cuales aparecen en Turriano junto al CIE-9, y relacionan la situación socio-familiar con el entorno de la persona.

3.1. Clasificación CIE-9

La Clasificación Internacional de Enfermedades 9.^a data de 1995, está organizada por apartados y capítulos y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. Desde febrero de 2022 la Organización Mundial de la Salud ha puesto en marcha la CIE-11. Esperemos sea implementada próximamente en Turriano puesto que asume la codificación de los problemas de atención primaria de una forma más sencilla y natural.

Cuando se trata de realizar la codificación diagnóstica, a veces nos resulta difícil encontrar los términos literales que las clasificaciones de enfermedades han empleado en su descripción. Para ayudar en su búsqueda, el Ministerio de Sanidad dispone de la plataforma eCIEmaps que permite realizar una búsqueda por términos aproximados en la CIE-9, informa de los códigos que corresponden a los diagnósticos y sus correspondencias con otras clasificaciones (CIE-10-ES). También puede accederse al listado de códigos de dicha clasificación a través del siguiente enlace².

Para ajustar lo máximo posible la codificación diagnóstica, puede ser necesario utilizar algunos diagnósticos más globales que enmarcan el problema (por ejemplo, definiendo el concepto de “maltrato”) y códigos adicionales para identificar lesiones concretas asociadas. El código genérico ante la detección del maltrato es: **“995.5 Síndrome de malos tratos de niños”** que incluye: “síndrome de bebé o niño apaleado y malos tratos psíquicos y/o alimenticios de niños”; sus códigos adicionales se describen en la tabla 4.

Tabla 4. Clasificación CIE-9. Codificación de maltrato

995.5. Síndrome de malos tratos de niños.
 995.50. Malos tratos infantiles, no especificados.
 995.51. Malos tratos psicológico/emocionales a niños.
 995.52. Abandono de niños (alimenticio).
 995.53. Violaciones a menores.
 995.54. Malos tratos físicos a menores.
 995.55. Síndrome del niño zarandeado.
 995.59. Otros malos tratos y abandonos de menores.

Los códigos de las lesiones detectadas habitualmente los encontraremos en el capítulo 17 referido a las “lesiones y envenenamientos”, códigos 800-999 (anexo 1). La detección precoz y seguimiento de este tipo de problemas puede codificarse con Códigos V (tabla 5).

Tabla 5. Clasificación CIE-9. Códigos V

2. <https://eciemaps.mscbs.gob.es/ecieMaps/documentation/documentation.html>


Códigos V. Clasificación suplementaria de factores que influyen en el sistema de salud y contacto con el sistema sanitario.
V10- V19. Personas con riesgos sanitarios en potencia relacionados con su historial personal y familiar.

V40- V49. Personas afectadas por una circunstancia que influye en su estado de salud.

V60- V69. Personas que entran en contacto con los servicios sanitarios en otras circunstancias.

3.2. Clasificación CIAP-2

Permite una codificación más específica y ajustada a los problemas o factores de riesgo detectados en atención primaria. Incluye códigos del proceso, signos y síntomas, infecciones, neoplasias, lesiones, anomalías congénitas y otros diagnósticos. Está dividida en apartados, precedidos en la codificación por una letra mayúscula. Se puede acceder a un listado de dichos diagnósticos en este enlace³. Por su interés para clasificar factores de riesgo, es conveniente conocer específicamente los códigos incluidos en el apartado de Problemas sociales (Z):

Tabla 6. Clasificación CIAP-2. Problemas sociales (Z)

Problemas sociales (Z) Z01. Pobreza/dificultades económicas Z02. Problemas de alimentos y agua Z03. Problemas de vivienda/vecindad Z04. Problemas socioculturales Z05. Problemas ocupacionales/de trabajo Z06. Desempleo/paro Z07. Problemas de educación/formación Z08. Problemas con el sistema de bienestar, S.S. Z09. Problemas legales Z10. Problemas con el sistema sanitario Z11. Problemas con el estar enfermo Z12. Problemas de relación entre cónyuges Z13. Problemas con la conducta del cónyuge	Z14. Problemas por enfermedad del cónyuge Z15. Pérdida/muerte del cónyuge Z16. Problemas de relación con los hijos Z18. Problemas por enfermedad de los hijos Z19. Pérdida/muerte de un hijo Z20. Problemas de relación con los padres otr fam Z21. Problemas con conductas de los padres u otros familiares Z22. Problemas por enfermedad de padres u otros familiares Z23. Pérdida, muerte de los padres u otros familiares Z24. Problemas de relación con los amigos Z25. Problemas derivados de violencia o agresión Z27. Miedo a un problema social Z28. Incapacidad/minusvalía social*
---	---

* En la actualidad, se recomienda utilizar la expresión persona con discapacidad.

4. Notificación

El personal sanitario que tenga conocimiento o advierta indicios de la existencia de una posible situación de violencia en un NNA debe **comunicarlo de forma inmediata al trabajador/a social sanitario o, en su defecto, de los servicios sociales municipales/locales, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise**. La notificación es un **imperativo legal y profesional**, así como una condición necesaria para posibilitar la intervención en casos de violencia infantil y activar los recursos de apoyo al NNA.

4.1. Hoja de notificación

La notificación se realiza a través de una hoja de notificación desde el ámbito sanitario en CLM ([capítulo 12, anexo 8](#)). Las recomendaciones todavía vigentes del procedimiento de notificación en nuestra comunidad son del 2010. En ellas se recomienda que de cada hoja de notificación se realicen tres copias: una copia debe permanecer en la historia

3. <http://www.agapap.org/datos/CIAP2.pdf>

clínica para el seguimiento del caso si fuera necesario; otra copia se entregará al profesional de los servicios sociales y el original se enviará por correo al servicio de proceso de datos (Equipo de Menores de la Delegación Provincial de Salud y Bienestar Social). Se plantea en breve una modificación de las hojas de notificación común para todas las comunidades autónomas.

4.2. Procedimiento de actuación y notificación (algoritmo 1):

- **Situaciones de riesgo inmediato** (tabla 3): aquellas con sospecha o indicios razonables de maltrato evidente en ausencia de figura protectora, riesgo para la seguridad del NNA, situaciones de urgencia en violencia sexual infantil o riesgo vital (por el impacto grave de las lesiones para la salud física o psicológica, por el riesgo de recurrencia de la situación de violencia o por el riesgo de suicidio). Es necesario en estas situaciones:
 - » Realizar un **informe clínico** que describa de forma objetiva la situación evaluada.
 - » Complimentar el parte de lesiones, obligado ante lesiones (físicas o psicológicas) de origen violento o como consecuencia de un posible acto delictivo. La unidad administrativa envía el parte de lesiones al juzgado a través de la plataforma Hermes. Una vez en el juzgado, la autoridad judicial notifica a la fiscalía de menores.
 - » **Garantizar la protección** del NNA por las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado (FFCCSE): policía nacional (091 o 112) en ámbito de las grandes ciudades y guardia civil (062 o 112) en el resto de localidades. Se les debe avisar siempre porque deben tener conocimiento del hecho, independientemente de que colaboren o no en el traslado de la víctima al hospital de referencia. Es fundamental esta primera llamada del facultativo cuando el NNA acude primero a su centro de salud o al consultorio local porque el caso va a ser investigado por las FFCCSE e instruido por el juzgado de la localidad al cual corresponda el centro de salud o consultorio, aunque el NNA se traslade al hospital de referencia.
 - » Derivación al hospital.
 - » Complimentación de la hoja de notificación de maltrato desde el ámbito sanitario y envío al Equipo Interdisciplinar de Menores. Se recomienda a su vez informar al trabajador/a social sanitario o, en su defecto, de los servicios sociales municipales/locales para que tengan constancia del caso.
- **Situaciones de riesgo no inmediato:**
 - » Realizar un **informe clínico** que describa de forma objetiva la situación evaluada.
 - » Complimentar un **parte de lesiones** si procede.
 - » Complimentar la **hoja de notificación** de maltrato desde el ámbito sanitario. Poner en conocimiento del trabajador/a social sanitario de los centros de salud o, en su defecto, de los servicios sociales municipales/locales, la información de la que se dispone sobre el caso para realizar una evaluación interdisciplinar clínico-social conjunta (pediatra, médico/a de familia, enfermera/o...), así como el resto de profesionales que precisen ser consultados (unidad de salud mental infanto juvenil, educativos, asociaciones...).

En todos los casos se debe informar a los progenitores, tutores o cuidadores del NNA de las actuaciones que se lleven a cabo.

5. Seguimiento

Desde el ámbito sanitario la intervención no finaliza con la derivación y notificación del caso al sistema judicial o a los servicios sociales; es imprescindible el seguimiento del caso y la **coordinación interdisciplinar**, entre el equipo de profesionales que intervienen en el ámbito sanitario, así como **interinstitucional** con las distintas administraciones públicas competentes en la atención a la violencia en la infancia.

Sería deseable garantizar **canales de comunicación que faciliten la evaluación y seguimiento de los casos de violencia detectados**, así como establecer **comisiones locales de seguimiento** con los profesionales de referencia de los diferentes ámbitos del NNA, incluyendo a los profesionales de atención primaria.

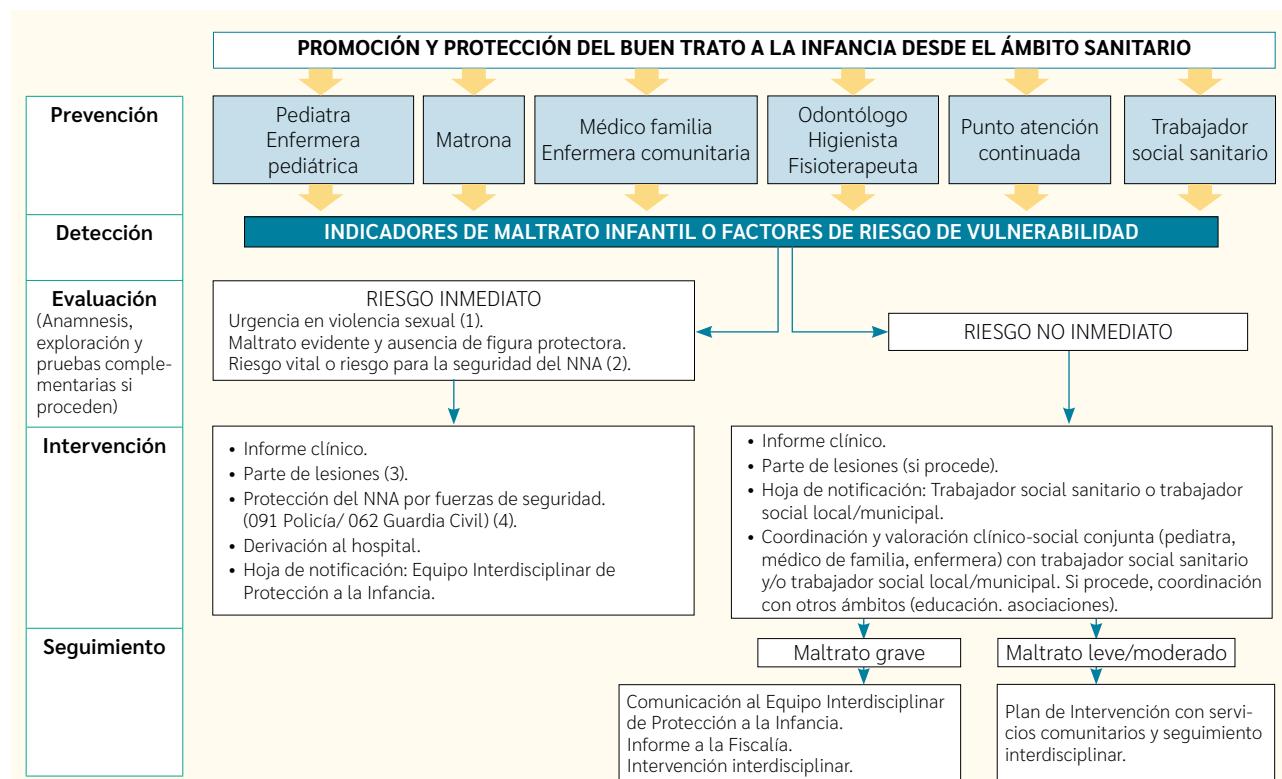
Anexo 1. Lesiones y envenenamientos (Códigos 800-999. CIE-9)

- 800 829 Fracturas:
 - » Fractura de cráneo (800 804)
 - » Fracturas de cuello y tronco (805 809)
 - » Fractura de miembro superior (810 819)
 - » Fracturas de miembro inferior (820 829)
- 830 839 Luxación
- 840 848 Esguinces y torceduras de articulaciones y músculos adyacentes
- 850 854 Lesiones intracraneales, salvo aquéllas con fractura de cráneo
- 860 869 Lesión interna de tórax, abdomen y pelvis
- 870 897 Heridas abiertas
 - » Heridas abiertas de cabeza, cuello y tronco (870 879)
 - » Heridas abiertas del miembro superior (880 887)
 - » Heridas abiertas del miembro inferior (890 897)
- 900 904 Lesión de vasos sanguíneos
- 905 909 Efectos tardíos de lesiones, envenenamientos, efectos tóxicos y otras causas externas
- 910 919 Lesión superficial
- 920 924 Contusión con superficie cutánea intacta
- 925 929 Lesión por aplastamiento
- 930 939 Efectos de cuerpo extraño que entra a través de orificio
- 940 949 Quemaduras
- 950 957 Lesión de nervios y medula espinal
- 958 959 Ciertas complicaciones traumáticas y lesiones no especificadas
- 960 979 Envenenamiento por drogas, sustancias medicamentosas y sustancias biológicas
- 980 989 Efectos tóxicos de sustancias primordialmente no medicamentosas con respecto a su origen
- 990 995 Otros efectos y efectos no especificados de causas externas
- E960 E969 Homicidio y lesiones infligidas de forma intencionada por otras personas
 - » E967 Persona que comete los malos tratos a niño o adulto
 - » E967.0 Por padre, padrastro o novio (pareja masculina del progenitor/a o tutor/a del NNA)
 - » E967.1 Por otra persona especificada
 - » E967.2 Por madre, madastra o novia (pareja femenina del progenitor/a o tutor/a del NNA)
 - » E967.3 Por el cónyuge o pareja
 - » E967.4 Por niños



- » E967.5 Por hermanos
 - » E967.6 Por abuelos
 - » E967.7 Por otro familiar
 - » E967.8 Por una persona al cuidado que no sea familiar
 - » E967.9 Por persona no especificada
- E980 E989 Lesión sin determinarse si fue infligida de forma accidental o de forma intencionada

Algoritmo 1. Abordaje de la violencia en la infancia y adolescencia en atención primaria.



(1) URGENCIA EN VIOLENCIA SEXUAL: Violencia sexual aguda o reciente (≤ 10 días) o necesidad de protección urgente a la víctima (incluidos los casos de imágenes grabadas de violencia sexual con riesgo de mayor distribución del material y la utilización de NNA en redes de trata de personas con fines de explotación sexual infantil). No realizar exploración física en atención primaria. La exploración se realizará en hospital en presencia de médico forense.

(2) RIESGO VITAL: por el impacto grave de las lesiones para la salud física o psicológica, por el riesgo de recurrencia de la situación de violencia o por el riesgo de suicidio.

(3) PARTE DE LESIONES: Obligado realizar ante lesiones (físicas o psicológicas) de origen violento o como consecuencia de un posible acto delictivo. El parte de lesiones llega al Juzgado desde donde se notifica a Fiscalía.

(4) Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (Policía o Guardia Civil) avisan al juez de guardia del juzgado al cual corresponda el centro de salud. Si hay lesiones graves o necesidad de toma de muestras, el juez de guardia avisa al médico forense para exploración en centro hospitalario.



Bibliografía

- Manual de procedimiento en el marco de la Protección Infantil en la Comunidad Foral de Navarra. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/85A35389-99A8-4BA2-AF10-CD7A8DF3D91B/450917/IIManualdeprocedimientoenelmar-codelaproteccioninfa.pdf>
- Grup de Treball per a la Revisió del Protocol de Maltractament Infantil i Adolescent, Subcomissió sobre Maltractament, Prenatal, Subcomissió sobre Formació, Subcomissió sobre l'Informe d'Atenció Sanitària i Comunicació Judicial. *Protocol d'actuació davant de maltractaments en la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut*. Barcelona: Secretaria de Salut Pública; 2019.
- Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos. Observatorio de la infancia. Disponible en: <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=4173&tipo=documento>
- Estado J del. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. *Boletín Oficial del Estado* [Internet]. 2021;1–75. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8/con>
- Sociales M de T y A. *Maltrato infantil. Detección, notificación y registro de casos*. Observatorio de la Infancia. MSSSI. 2001.
- Gancedo Baranda A, editor. *Manual para la Atención a situaciones de maltrato Infantil*. Madrid: Editorial Grupo 2 Comunicación médica; 2021.



CAPÍTULO 10.

ABORDAJE DE LA VIOLENCIA INFANTIL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO

- ▶ **Paula Santos Herráiz.** *Pediatra. Hospital Universitario de Toledo*
- ▶ **Elisa Castaño Andreu.** *Pediatra. Hospital Universitario de Guadalajara.*
- ▶ **Antonio Gancedo Baranda.** *Pediatra. Hospital Universitario de Alcorcón. Madrid.*
- ▶ **Celeste Mata Rivera.** *Médico forense. Instituto de Medicina Legal de Toledo*
- ▶ **Marta Pareja León.** *Pediatra. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete*

Revisión y aportaciones al capítulo

- ▶ *Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha (SPMYCM)*
- ▶ *Margarita Montojo de Arcos. Trabajadora social. Hospital Universitario de Toledo.*
- ▶ *María Antonia Martín Martín. Trabajadora social. Hospital Universitario Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo.*

1. Introducción

La atención al niño, niña y adolescente (NNA) víctima de maltrato en los servicios de urgencias hospitalarias puede producirse durante una visita por iniciativa propia, o bien, derivado desde atención primaria. En el caso de una visita espontánea, el motivo de consulta puede ser la propia sospecha de violencia referida por los cuidadores o por el propio paciente, pero en otros casos pueden detectarse indicadores durante la atención por un motivo diferente. También se pueden detectar indicadores durante la hospitalización o en consultas externas (tabla 1).

Tabla 1. Indicadores de sospecha de maltrato

INDICADORES DE SOSPECHA	
EN URGENCIAS	EN HOSPITALIZACIÓN
• Observación de las interacciones del NNA con los progenitores: habilidades inadecuadas para conseguir el consuelo del NNA, tono con el que se dirigen al NNA, respuesta ante la sintomatología que manifiesta... • Respuesta ante el personal sanitario: colaboración, tendencia a atribuir la responsabilidad a terceras personas, actitud defensiva, etc. • Retraso en solicitar la atención ante patologías moderadas/severas.	• Disponibilidad de los progenitores: permanencia con el NNA, atención a las demandas emocionales. • Estilo de relación: afectivo, distante, empático, sobreexigente, autoritario, etc. • Reacciones del NNA ante la presencia de los progenitores: diferencia de comportamiento/ reacción ante una de las figuras, diferencia de comportamiento con la presencia del personal sanitario... • Desinterés por la evolución del ingreso, información médica, tratamientos en curso...

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Demanda excesiva por parte de los progenitores, no concordante con el motivo de consulta. • Lesiones incoherentes con el mecanismo explicado. • Empeoramiento de enfermedades crónicas sin tratar. • Acudir a distintos centros hospitalarios. • Hiperfrecuentación. • Los progenitores o tutores/as no siguen la indicación de acudir al centro sanitario. | <ul style="list-style-type: none"> • Accidentes por desatención durante el ingreso (caídas, golpes). • Visitas de escasa duración. • Actitud agresiva o negligente en público. • Comentarios del NNA sobre actuaciones de los progenitores. • Adaptación del NNA al hospital demasiado fácil o precoz. • Expresar deseos de no querer regresar a su domicilio. • Higiene deficiente. |
|--|---|

Si la entrevista es parte fundamental en cualquier acto médico, en los casos de sospecha de violencia constituye el pilar básico para el manejo adecuado. Nos permite definir la sospecha (tipo de maltrato, duración, tiempo de abuso, gravedad, riesgo de perpetuación, secuelas psíquicas en el paciente y si es posible, quién es el agresor), y concretar los siguientes pasos a seguir para la atención y protección del NNA.

2. Entrevista clínica

La entrevista al NNA se puede realizar con o sin presencia de los progenitores. En menores de 16 años, los progenitores deben dar su consentimiento para una entrevista a solas y siempre debe quedar registrado en la historia clínica (aunque sea verbal). También se puede valorar la presencia de un adulto acompañante de confianza del NNA, pero éste no debe intervenir. En menores de 3 años, la entrevista no es valorable, aunque debe ser escuchada. Las pautas para realizar la entrevista a NNA y a sus tutores se explican detalladamente en el capítulo 1; apartado 6: entrevista clínica en situaciones de violencia.

3.Exploración física

La exploración física es uno de los pilares fundamentales para establecer el diagnóstico de abuso, aunque una exploración física normal no lo excluye. El objetivo de esta exploración es, en un clima de confianza y serenidad, poder evaluar las lesiones, obtener pruebas forenses y si es posible tranquilizar al NNA. La exploración se realizará por los profesionales con mayor experiencia en casos de violencia en la infancia, de forma coordinada entre los especialistas que deban intervenir; con la presencia del médico forense si se prevé la existencia de lesiones, en un solo acto, y mediante sedación si el estado de la persona afectada lo requiere, para nunca forzar al NNA. Dependiendo de la sospecha del tipo de maltrato se realizará una exploración general, seguido de la exploración dirigida.

3.1 Exploración general

En primer lugar, tomaremos las constantes. Con esta primera parte de la exploración general, intentaremos además buscar otras lesiones que puedan hacernos sospechar violencia. Crear un clima de confianza, para poder valorar la conducta del NNA. Centraremos nuestra atención en las lesiones en cara, cavidad oral, cuello, mamas, muñecas, parte interna de muslos y nalgas (tabla 2). Es fundamental describir con detalle el tipo de lesiones, la extensión, su localización, coloración, morfología, etc. Si fuera posible documentarlo mediante fotografías (anexo 1).

Tabla 2. Hallazgos clínicos en situaciones de violencia infantil

TIPO DE VIOLENCIA	HALLAZGOS
Violencia química	Consumo de barbitúricos, tranquilizantes, alcohol, insulina...
Falta de cuidados	Intensa delgadez, lesiones de rascado como consecuencia de la falta de higiene, presencia de parásitos, prominencia de relieves óseos, ausencia de panículo adiposo en nalgas y mejillas, pelo ralo. En lactantes: eczemas en la zona del pañal dando lugar a ulceraciones que afectan a nalgas, genitales y muslos. Desatención de cuidados (no acudir a revisiones médicas). Valorar la cavidad oral: caries, falta de higiene, mucosa yugal, etc.
Violencia sexual	Ver en capítulo específico
Violencia emocional	Alteraciones nerviosas o del comportamiento (hiperactividad), trastornos del sueño, tartamudez y bajo rendimiento escolar.
Trastorno facticio inducido por la persona cuidadora	Sospechar si: enfermedad persistente y recidivante inexplicable; los signos clínicos y exámenes complementarios “no encajan” con el estado de salud del NNA; los síntomas desconciertan al pediatra más experimentado; desaparición de los síntomas cuando el NNA se separa de su ambiente familiar; progenitor/a que rehúsa separarse del NNA y suele mostrar poca preocupación a pesar de la “aparatosidad” de la sintomatología y de la falta de un diagnóstico concreto.
Violencia física	Lesiones cutáneas (90%): equimosis, excoiaciones, hematomas, heridas, cicatrices, quemaduras, alopecias, etc. Lesiones esqueléticas: se caracterizan por ser múltiples y variables según localización y tiempo de evolución. Lesiones craneoencefálicas: fracturas de bóveda y base craneal, además de las del macizo facial. Lesiones oculares: lesiones directas y lesiones coriorretinianas (bilaterales). Lesiones viscerales: los órganos que con mayor frecuencia se ven afectados por los traumatismos abdominales en niños son duodeno, páncreas y yeyuno.

4. Pruebas complementarias

4.1. Violencia física

Según los hallazgos observados en la exploración física puede ser necesario realizar alguna de las siguientes pruebas complementarias:

- Hemograma con recuento plaquetario y estudio de coagulación: imprescindible en pacientes con hemorragias intracraneales no justificadas. Permite realizar el diagnóstico diferencial con alteraciones hematológicas, trastornos de la coagulación, etc.
- Bioquímica: ionograma, pruebas hepáticas, CPK, enzimas pancreáticas y metabolismo férrico.
- Detección de tóxicos y medicamentos en sangre y/u orina: en alteraciones del nivel de conciencia, cambios de comportamiento o sospecha de ingesta.
- Pruebas de salud ósea: calcio, fósforo, fosfatasa alcalina, 25-hidroxivitamina D y nivel de PTH, cobre sérico, niveles de ceruloplasmina y vitamina C (si existe riesgo de escorbuto). Biopsia de piel para cultivo de fibroblastos y/o DNA para osteogénesis imperfecta (importante descartar en casos de fracturas múltiples).
- Fondo de ojo: realizado por el oftalmólogo. Solicitar siempre que sospechemos maltrato en menores de 2 años. Las hemorragias que implican varias capas de la retina están asociadas más frecuentemente al maltrato.
- Serie ósea: en todo estudio de maltrato en menores de 2 años.

- Radiografía simple de aquella región ósea con una posible fractura.
- TAC craneal: en todo paciente menor de 2 años en el que se investigue la posibilidad de maltrato con o sin clínica neurológica. En los mayores de 24 meses se realizará en los casos de TCE no accidental con presencia de síntomas o signos neurológicos o convulsiones.
- RMN craneal: evalúa posibles lesiones intracraneales. Requiere sedación en menores de 4-5 años.
- Gammagrafía ósea: más sensible en menores de 1 año, pero se utiliza poco.
- Ecografía abdominal o TAC si se sospecha lesión visceral.

4.2. Violencia sexual

El manejo la violencia sexual infantil, dada su especificidad, se detalla en el capítulo 3.

4.3. Maltrato psicológico

La valoración multidisciplinar es fundamental. Se realizará interconsulta a salud mental infanto-juvenil o al psicólogo asignado al servicio de pediatría, si existe, y al trabajador/a social sanitario del hospital. Las pruebas complementarias pueden ser escalas realizadas por los diferentes profesionales.

4.4. Maltrato por negligencia

Las pruebas complementarias están determinadas por las consecuencias de la negligencia: déficits nutricionales, complicaciones de la obesidad, etc. Aunque raramente se realizan en el servicio de Urgencias, la sospecha de negligencia debe notificarse correctamente para que otros equipos evalúen adecuadamente el caso, preferiblemente al trabajador/a social sanitario del hospital o, en su defecto, al trabajador social local/municipal¹ y a su pediatra de atención primaria.

5. Clasificación y pautas de actuación

El tratamiento y manejo general de los diferentes tipos de maltrato debe ser abordado simultáneamente por un equipo interdisciplinar que englobe aspectos médicos, psicológicos, sociales y legales. Como profesionales sanitarios debemos asegurar que se ofrece al NNA una atención completa e integral:

- Atención médica: tratamiento de las lesiones físicas independiente de la causa de estas.
- Atención psiquiátrica o psicológica al NNA y, si es posible, al agresor.
- Atención por el trabajador social.
- Orientación familiar.
- Garantizar la seguridad del NNA. Separación del medio de peligro y medidas preventivas.

Como hemos visto previamente, existen diferentes tipos de maltrato. Sin embargo, el abordaje y las pautas de actuación dependen de la gravedad y del riesgo para el NNA en el momento de su atención.

1. Figura profesional de referencia de los Servicios Sociales de Atención Primaria (ver glosario). En caso de NO disponer de trabajador/a social en su zona sanitaria, contactar con: atencionpersonas.sccc@sescam.jccm.es o trabajosocial.dgcc@sescam.jccm.es, con el fin de coordinar la comunicación con los Servicios Sociales.

5.1. Maltrato leve o moderado (no grave), dudoso o baja sospecha

- Si no requiere ingreso por causa médica y se garantiza su seguridad se puede enviar al NNA a su domicilio.
- Comunicar el caso al trabajador/a social sanitario del centro hospitalario, quien contactará con el trabajador/a social sanitario del centro de atención primaria o, en su defecto, de los servicios sociales municipales/locales.
- Informar a su pediatra de atención primaria.
- SIEMPRE cumplimentar el Parte Judicial o de lesiones.
- Se puede diferir la notificación hasta realizar un adecuado seguimiento y valoración por el trabajador/a social sanitario del hospital y de atención primaria.

5.2. Caso grave, de maltrato evidente o alta sospecha

- Ingreso hospitalario por causa médica o siempre que sea necesario para garantizar la seguridad del NNA.
- Avisar telefónicamente al Juez de Guardia (de forma urgente solamente es preciso si se requiere recogida de muestras. Si esto no es necesario y se va a ingresar al NNA puede contactarse la mañana siguiente)
- Avisar a los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad: Policía Nacional (091) o Guardia Civil (062).
- SIEMPRE cumplimentar el Parte Judicial y enviarlo al Juzgado de Guardia.
- Rellenar la HOJA DE NOTIFICACIÓN de maltrato.
- Comunicar el caso al trabajador/a social del hospital y de atención primaria.
- Informar a su pediatra de atención primaria.

En NNA abandonados o que carecen de figura parental o maternal protectora se contactará con el trabajador/a social del hospital quien notificará al Equipo Interdisciplinar de Protección a la Infancia para valorar ingreso en un centro de acogida. Considerar que, en todos estos casos:

- Si el NNA no puede ingresar en centro de acogida o no puede ser valorado de forma urgente por el Equipo Interdisciplinar de Protección a la Infancia, se procederá a su ingreso hospitalario para proteger al NNA.
- Si existe conflicto entre la indicación médica y la decisión o consentimiento de progenitores o tutores, se debe solicitar la intervención del Juez de Guardia.

Ante cualquier caso de sospecha de maltrato es importante conocer si existen más NNA en el hogar y evaluarlos a ellos también en las siguientes 24 horas. Esta valoración será realizada por el trabajador/a social sanitario del hospital en coordinación con el trabajador/a social del centro de salud y/o de los servicios sociales municipales/locales, o por los Cuerpos de Seguridad en las situaciones graves que requieran actuación inmediata.

Tabla 3. Indicadores de ingreso hospitalario

INDICACIONES DE INGRESO HOSPITALARIO

- Necesidad de estudios clínicos o tratamiento médico en el centro hospitalario.
- Necesidad de protección inmediata de la persona menor de edad. En caso de que se decrete situación de desamparo por el Juzgado de Guardia y sea necesaria su permanencia en el centro hospitalario hasta que se produzca el acogimiento de urgencia.
- Necesidad de observación de la dinámica familiar durante la fase de estudio y diagnóstico ante una situación potencialmente grave.
- Si el ingreso es involuntario se realizará por vía judicial.



6. Documentos y notificación

Tras la atención clínica inmediata en urgencias de un NNA por un posible maltrato infantil, el facultativo responsable tendrá que comunicarse con el/la trabajador/a social del hospital, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y sistema judicial, según sea preciso, para garantizar la protección de la víctima y posibilitar la actuación judicial. Es fundamental cumplimentar la siguiente documentación:

6.1 Informe médico de Urgencias

Documento que va a poner en marcha la protección de los NNA y, en caso necesario, el proceso judicial. Se recomienda utilizar el sistema informático (Mambrino) y evitar el uso de abreviaturas, signos o acrónimos. La descripción de la sospecha de maltrato no debe contener elementos de tipo penal (juicios de valor o imputaciones). Debe incluir:

- Datos del centro.
- Filiación del paciente.
 - » Fecha de nacimiento.
 - » Nombre completo.
 - » Dirección y teléfono.
 - » Nombre completo de los progenitores o tutores legales.
- Fecha y hora de la consulta.
- Motivo de consulta (descripción de los hechos utilizando las comillas para transcribir literalmente el relato, siempre que sea posible).
- Identificación del agresor, si lo refiere. En los casos en los que el motivo de consulta no requiera una actuación de urgencia, posponer la anamnesis de la víctima a los equipos especializados para evitar victimización secundaria.
- Lugar donde se supone que han sucedido los hechos (es importante porque marcará el juzgado encargado de las diligencias) y tiempo transcurrido desde los mismos.
- Persona o institución que remite al paciente.
- Acompañantes del NNA.
- Antecedentes personales (incidir en antecedentes sociales).
- Exploración física (descripción detallada de las lesiones que se observen).
- Estado anímico del paciente: miedo, ansiedad, etc. Y relación con el acompañante.
- Exploraciones complementarias. Especificar si se realizan fotografías.
- Comentarios de evolución (descripción de todas las incidencias que puedan producirse durante la asistencia del paciente, especialmente hacer constar si se contacta con médico forense, juzgado y/o trabajador social).
- Orientación diagnóstica:
 - » De las lesiones objetivadas, sin interpretaciones subjetivas acerca del posible origen o causa de las mismas.
 - » De la sospecha de maltrato; para facilitar que la orientación diagnóstica se correlacione con la descripción sanitaria y no interfiera con la interpretación jurídica se aconseja alguno de los siguientes códigos de la

Clasificación Internacional de Enfermedades -10.a Revisión Modificación Clínica (CIM-10-MC):

- T76 Abuso, negligencia y otros malos tratos infantiles y de adultos, sospecha.
 - T76.02 Negligencia o abandono infantil, sospecha.
 - T76.1 Abuso físico, sospecha.
 - T76.2 Abuso sexual, sospecha.
 - T76.3 Abuso psicológico, sospecha.
 - T76.9 Malos tratos no especificados, sospecha.
- Z60.9 Problema relacionado con el ambiente social, no especificado.
- Z65.9 Problema relacionado con circunstancias psicosociales no especificadas.
- Tratamiento.
- Destino del paciente (hacer constar bajo la responsabilidad de quién queda la protección del NNA).
- Fecha y hora del alta de urgencias.
- Firma del médico que le ha asistido, con número de colegiado y preferiblemente con el sello sobre la firma.

6.2 Parte de lesiones o parte judicial

Debe realizarse siempre que exista sospecha de cualquier forma de violencia (lesiones físicas, violencia sexual infantil, etc) o trato negligente físico o psicológico. No requiere consentimiento del paciente o de su tutor legal. Una copia se remitirá al juzgado de guardia en un plazo de 24 horas desde la asistencia en urgencias y la otra quedará registrada dentro de la historia clínica del paciente. El formato del documento está informatizado e incluido en el sistema informático Mambrino). En general, los datos mínimos que deben constar son los siguientes: identificación del centro sanitario desde donde se emite, identificación del paciente (procedencia), mecanismo de producción de las lesiones manifestado por el paciente y/o cuidador, diagnóstico, tratamiento establecido, destino del paciente (muy importante saber si queda ingresado o no) y lugar y fecha de los hechos. El parte judicial debe ser realizado por el primer profesional que atiende al paciente. Incluye nombre y apellidos del facultativo y número de colegiado. Tras ser firmado se envía de forma sistemática a juzgados para su valoración y queda reflejado en la historia clínica del paciente. Paciente y tutores pueden solicitar una copia de nuestro parte judicial.

6.3 Hojas de notificación de riesgo y maltrato infantil

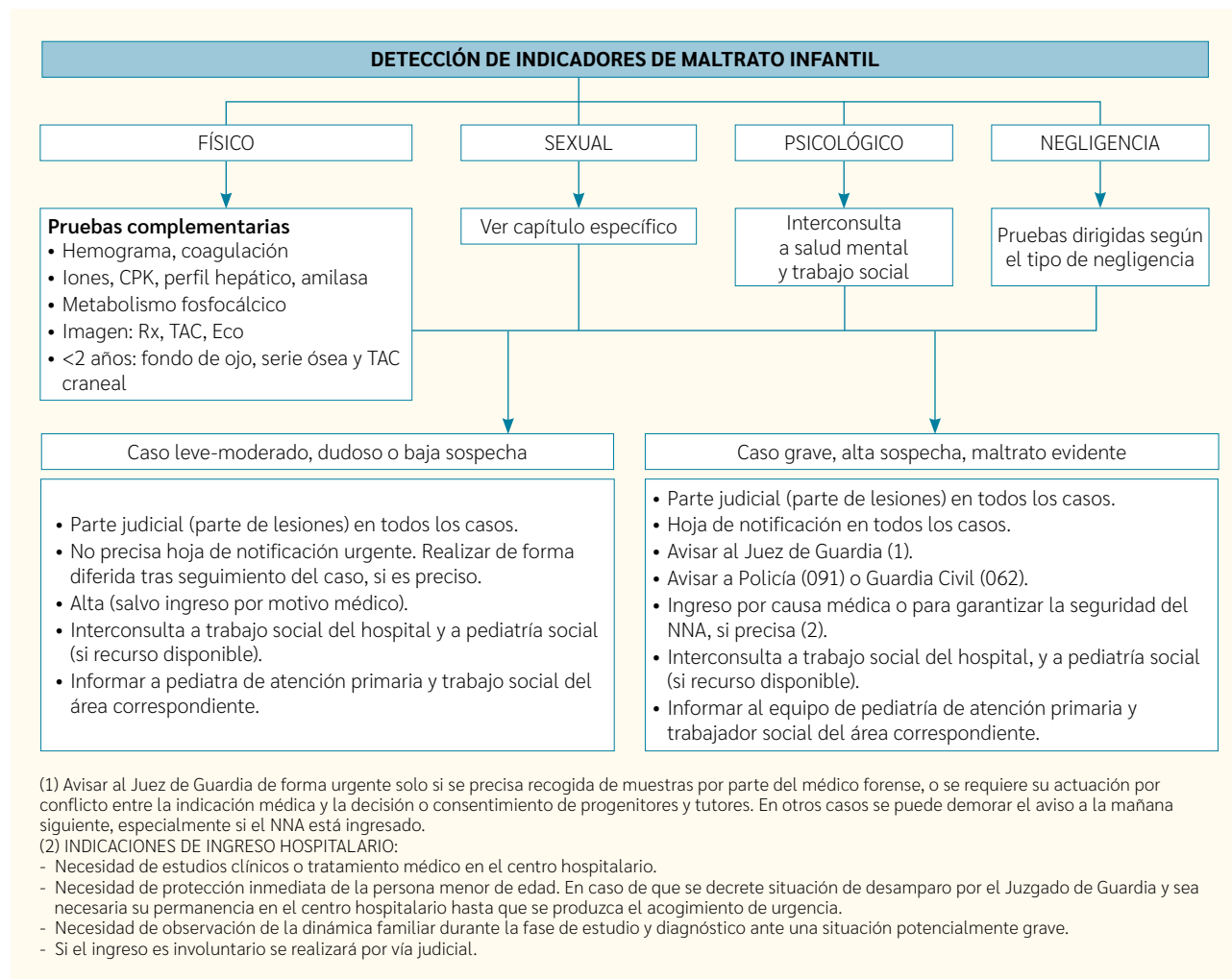
No es lo mismo notificar que registrar. El parte de lesiones deberá rellenarse en todos los casos de sospecha, sin embargo, la hoja de notificación (*capítulo 12; anexo 8*) debe ser cumplimentada en casos graves, evidentes o de alta sospecha. Las hojas de notificación son específicas de cada comunidad autónoma, y diferentes según su ámbito de aplicación (servicios sociales, sanidad, educación y policía). Esta notificación puede ir acompañada o precedida de otros cauces de información cuando se estime oportuno (teléfono, fax, etc). Su uso promueve la coordinación interinstitucional, la recogida sistemática de la información y aumenta la eficacia en la toma de decisiones. Debe incluirse una copia en:

- El expediente del NNA del ámbito específico del que se trate.
- La intervención (trabajador/a social, Equipo Interdisciplinar de Protección a la Infancia, etc.).

- El original debe remitirse al Equipo Interdisciplinar de Protección a la Infancia de la Delegación Provincial de Bienestar Social para el procesamiento de datos.

Siempre que se realice una notificación de sospecha de maltrato se debe informar a los progenitores y evaluar su reacción.

7. Algoritmo





8. ANEXOS

Anexo 1. Toma de fotografías

- Las fotografías pueden ser un elemento clave en la toma de muestras y descripción de las lesiones encontradas.
- Para poder realizarlas es obligatorio el consentimiento por parte del progenitor/tutor.
- Se recomienda que cada centro hospitalario elabore un documento modelo para la firma del consentimiento informado.
- Las fotografías deben realizarse con un teléfono móvil corporativo (busca), se registrarán y guardarán siendo posteriormente eliminadas del dispositivo.
- Modelo de consentimiento informado para exploración y toma de muestras y otras evidencias (incluido fotografías) por personal facultativo sanitario en casos de VSI, disponible en [página 188](#).

Anexo 2. Papel de los diferentes profesionales (resumen)

- **Pediatra Social:** En la actualidad no existe en Castilla La Mancha ningún equipo o consulta específica. Si en algún momento en nuestro centro de trabajo existiera, esta será la referente para establecer las coordinaciones posteriores tras la asistencia en la urgencia. Asimismo, en función de los protocolos hospitalarios establecidos, se continuará con las revisiones que precise el NNA, siempre en coordinación con el pediatra de atención primaria, y evitando las duplicidades en los servicios.
- **Trabajador/a social hospitalario:** Siempre es obligatorio comunicarse con ellos, ante cualquier situación sospechosa o confirmada de maltrato infantil. Posteriormente, se decidirá si el abordaje se realizará desde los Servicios Sociales de Atención Primaria o será derivado el caso al Equipo Interdisciplinar de Protección a la Infancia. Se les debe informar de todos los casos, incluidos los de sospecha leve o incluso solamente situaciones de riesgo, para que posteriormente ellos valoren la situación y encaucen el seguimiento.
- **Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado:** Tienen unidades especializadas en la atención al NNA y su entorno familiar. En el caso de un presunto delito o una situación de riesgo o desamparo inminente para la integridad de la posible víctima, se requerirá su presencia en el Servicio de Urgencias. A su llegada, analizarán la situación, establecerán sus protocolos de actuación en relación con el maltrato y velarán por la seguridad de la víctima. También se puede recurrir a ellos en caso de precisar contacto con el juzgado de guardia y se desconozca cómo hacerlo.
- **Sistema judicial:** El juzgado de guardia tiene como función principal dar respuesta urgente a la solicitud de tutela judicial inmediata en la preservación de los derechos de los ciudadanos. Se le debe comunicar cualquier sospecha o certeza de maltrato mediante el correspondiente parte judicial.
- **Médico forense:** Su presencia en el Servicio de Urgencias vendrá determinada por las indicaciones dictadas por el juez de guardia, del cual depende jerárquicamente. En el caso de requerirla, se le debe esperar para explorar conjuntamente al paciente, ya que de esa manera se evita la revictimización secundaria de los NNA y la posible pérdida de pruebas judiciales. Su objetivo es el de la búsqueda y custodia de las posibles pruebas de

la agresión sufrida por la víctima; realizará el informe médico-pericial, con el registro de las lesiones y posibles secuelas.

- **Equipos Interdisciplinarios de Protección a la Infancia.** Reciben las hojas de notificación de maltrato infantil, valoran y determinan, en su caso, las medidas de protección que puedan corresponder.

Bibliografía

- Gancedo Baranda A, editor. *Manual para la atención a situaciones de Maltrato Infantil*. Madrid: Editorial Grupo 2 Comunicación Médica; 2021
- Observatorio Infancia. *Maltrato infantil: detección, notificación y registro de casos*. Ministerio de trabajo y asuntos sociales, 2006
- Grup de Treball per a la Revisió del Protocol de Maltractament Infantil i Adolescent, Subcomissió sobre Maltractament, Prenatal, Subcomissió sobre Formació, Subcomissió sobre l'Informe d'Atenció Sanitària i Comunicació Judicial. *Protocol d'actuació davant de maltractaments en la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut*. Barcelona: Secretaria de Salut Pública; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/11351/4053>
- Guía de actuación en las situaciones de Protección Infantil para el Sistema Sanitario en la Comunidad Foral de Navarra (2019)
- Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Consejo médico forense. Comité Científico-Técnico. Madrid. Ministerio de Justicia; 2018.
- Actuación en la atención a menores víctimas en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Consejo médico forense. Comité Científico-Técnico Madrid. Ministerio de Justicia; 2018.
- Cancelo-Hidalgo MJ, Monte-Mercado JC, Viuda de la García E, Calleja García E, Gómez N, Ruiz Diana N, Álvarez de los Heros JI. Agresión sexual: evaluación y seguimiento. *Atención primaria*. 1998; 21(7): 467-470.
- Pou Fernández J. Abuso sexual. *Pediatr Integral* 2014; XVIII(5): 302-311.
- Lachica E. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. *Cuad. med. forense* [online]. 2010, vol.16, n.1-2, pp.53-63. ISSN 1988-611X.



CAPÍTULO 11

CUIDADO Y AUTOCUIDADO DE LOS PROFESIONALES

► **Rosa Maestro Fernández.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Zona 6. Albacete.*

Revisión y aportaciones al capítulo

► *Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla-La Mancha (APapCLM).*

1. Introducción

Los profesionales que trabajan con personas que sufren violencia corren riesgos derivados del encuentro profesional. La implicación, empatía y deseo de ayudar pueden ser beneficiosos en la atención a los pacientes pero también coloca a los profesionales en una situación de susceptibilidad de sufrir alguno de los siguientes síndromes: fatiga de la compasión, *burnout*, estrés traumático secundario o trauma vicario que, a su vez, son precursores de trastornos mentales como la ansiedad o la depresión.

Por otro lado, hay profesionales que, a pesar de contactar con historias durísimas, relatan sentirse realizados, experimentan crecimiento personal y sensación de sentido (satisfacción por la compasión). ¿Qué factores protectores facilitan la resiliencia en la atención a víctimas de trauma?, ¿cuáles son de riesgo para padecer los síndromes mencionados?, ¿qué podemos hacer cuando detectemos síntomas de que no estamos bien?

2. Definiciones:

Fatiga de la compasión: tipo de secuela en el profesional resultante de la relación terapéutica, de la empatía y del compromiso, que se caracteriza por tristeza, apatía, cinismo o frustración y agotamiento crónico, insomnio y otros síntomas somáticos. Para evaluar la fatiga de compasión se utiliza la escala ProQOL-IUV.¹

***Burnout*, síndrome de desgaste laboral o síndrome del profesional quemado:** afección derivada del estrés laboral crónico y la sobrecarga. Se produce paulatinamente por la falta de cumplimiento de las expectativas creadas. Se han descrito tres fases:

- Agotamiento emocional. Al fracasar en el objetivo de cambiar las situaciones que originan estrés, la persona sufre pérdida de energía, desgaste emocional, agotamiento, fatiga, irritabilidad, pérdida de disfrute de las tareas o insatisfacción laboral.
- Despersonalización o deshumanización: surge cuando no se logra poner solución a la fase anterior y, además, constituye una manera en la que el profesional busca protegerse frente a la indefensión, impotencia y desesperanza emocional. Esta fase se caracteriza por: distanciamiento afectivo, estados de depresión, actitudes negativas, insensibilidad, trato impersonal e indiferente hacia los demás (pacientes, compañeros, familiares).

1. Escala ProQOL-IUV: Professional Quality of Life, de Hudnall Stamm, traducida y adaptada al castellano por María Eugenia Morante, Bernardo Moreno y Alfredo Rodríguez, de la Universidad Autónoma de Madrid.

- Abandono de la realización personal: en esta etapa, la persona evalúa negativamente su propio trabajo, siente que ha perdido el significado, el valor que tenía, aparecen además sentimientos de fracaso, inadecuación e insatisfacción respecto a sus logros, llegando a apartarse de actividades familiares, sociales y recreativas.

Estrés traumático vicario: presentación de síntomas de estrés postraumático (imágenes intrusivas, pesadillas, *flashbacks*) en quienes apoyan a personas afectadas por experiencias traumáticas. Se desarrolla por la exposición a los traumas de otra persona en una relación de empatía, en la cual el profesional tiene experiencias propias dolorosas aún no integradas. Además de los síntomas de estrés postraumático descritos, puede haber sensación de frustración, impotencia, depresión o deterioro de las relaciones interpersonales.

Movilización de las propias experiencias de violencia: enfrentarse de forma cotidiana al dolor ajeno implica estar en riesgo de revivir o reactivar las propias vulnerabilidades (sufrimientos, terrores, culpas, frustraciones, etc), referidas a eventos violentos y de abuso vividos previamente por el profesional.

Entre los factores de riesgo y factores de protección encontramos (tabla 1):

Tabla 1: Factores de riesgo y factores de protección del síndrome del *burnout*

INDIVIDUALES	TRABAJO/ INSTITUCIÓN
Factores de riesgo • Perfeccionismo. • Elevada necesidad de aprobación. • Locus de control externo. • Excesiva responsabilidad hacia los pacientes. • Estilos de afrontamiento negativos o pasivos. • Problemas psicológicos. • Antecedentes de trauma. • Falta de apoyo social. • Nivel socioeconómico bajo. • Estado civil soltero. • Juventud. • Poca experiencia.	• Sobrecarga de trabajo. • Competencias poco definidas, conflicto de roles. • Poca coordinación con otros recursos de la comunidad. • Recursos organizativos inadecuados. • Formación inadecuada. • Escasa supervisión/<i>feedback</i>. • Poca control/autonomía. • Porcentaje alto de pacientes supervivientes de trauma.
Factores de protección • Autoestima. • Autoeficacia. • Locus de control interno. • Estabilidad emocional. • Extroversión. • Escrupulosidad/ diligencia. • Simpatía. • Afectividad positiva. • Optimismo. • Personalidad proactiva. • Fortaleza • Establecimiento de límites claros. • Habilidad para crear sentido de las tragedias de los pacientes.	• Definición clara de roles y competencias. • Apoyo por parte de compañeros y superiores. • Monitorización de la carga de trabajo. • Carga de trabajo razonable. • Supervisión y <i>feedback</i>. • Control y autonomía del trabajador. • Participación del trabajador en la toma de decisiones. • Aumento de la comunicación con otros recursos de la comunidad. • Formación.



El factor de riesgo con evidencia más consistente es la sobrecarga de trabajo. Además los factores individuales son menos importantes que los factores externos (características del trabajo o institución) según la evidencia científica. Es por ello que, si bien proponemos unos autocuidados en el siguiente apartado, no tenemos que olvidar que nuestra institución tiene mucho peso a la hora de prevenir los problemas de salud derivados de la relación laboral con pacientes víctimas de maltrato.

3. Autocuidado

Llamamos autocuidado al conjunto de estrategias de afrontamiento que el propio individuo puede implementar para prevenir experiencias negativas y propiciar o fortalecer su bienestar integral, tanto en el área psíquica como física. La incorporación de prácticas de autocuidado en los profesionales sanitarios constituye una estrategia necesaria para preservar la salud y el bienestar de los que prestan atención a los NNA, lo que favorece la adecuada atención de los pacientes y sus familias. Es importante para el trabajador conocer sus puntos débiles y sus fortalezas, para a partir de ellos elaborar un planteamiento inicial de acciones o estrategias de autocuidado, individuales o colectivas, orientadas a su propia protección y a la recuperación de su bienestar.

Antes de pasar a enumerar las estrategias de autocuidado es importante resaltar la relevancia de exigir a nuestra entidad unas condiciones de trabajo dignas, ya que hay factores que no podemos controlar a nivel individual, pues, como ya se ha señalado previamente, la sobrecarga de trabajo es el factor de riesgo que más peso tiene en los síndromes que pueden presentar los profesionales que atienden a víctimas de situaciones traumáticas.

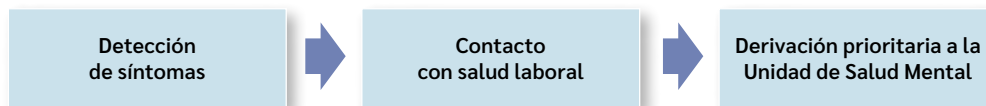
Estrategias de autocuidado psíquico del profesional:

- Identificar cuáles son los factores de riesgo personales y situacionales que pueden atentar contra la salud psíquica del profesional, en especial aquellos de carácter interno que lo pueden hacer más vulnerable ante situaciones estresantes.
- Valorar las posibles formas en las que el profesional puede verse afectado: fatiga de la compasión, *burnout*, estrés traumático vicario, estrés crónico, etc.
- Conocer la variada sintomatología con la que se pueden presentar para identificarlas de forma precoz.

Autoevaluarse periódicamente tras periodos de tensión surgidos en el entorno laboral, valorando:

- El ejercicio de una adecuada práctica profesional: rendimiento, formación continuada, capacidad de trabajo, afrontamiento de dificultades, relaciones con los compañeros, satisfacción laboral.
- Las posibles repercusiones en otros ámbitos de la vida: salud física, emocional, relación de pareja, sexualidad, relaciones sociales, etc. Es importante también identificar el riesgo de aumentar el consumo de alcohol, tabaco, ansiolíticos.
- Solicitar ayuda profesional a través de los equipos de Salud Laboral, que harán una derivación prioritaria a la Unidad de Salud Mental, con la posibilidad, en el caso de facultativos, de derivación al PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo). Evitar la automedicación.
- Compartir las preocupaciones y la responsabilidad, actuando con los diversos compañeros implicados en la atención al maltrato como un equipo de trabajo interdisciplinar, de modo que la máxima responsabilidad no recaiga sobre un único profesional.

- Procurar mantener límites bien definidos entre la actividad laboral y la vida personal.
- Paralelamente, incorporar otras estrategias elementales como: hábito de sueño regular, alimentación adecuada, fomentar el ejercicio físico, mantener el sentido del humor, buscar espacios para el ocio y actividades recreativas.
- Planificar el tiempo libre con actividades específicas para disminuir el estrés.



4. Cómo actuar ante una agresión

Los casos de agresiones a profesionales sanitarios están aumentando en los últimos años. Es interesante saber cómo prevenir y actuar ante situaciones violentas en nuestras consultas:

4.1 ¿Cómo podemos identificar una situación de riesgo?

La situación de riesgo puede ser identificada por el lenguaje verbal, como gritos, manifestaciones desmesuradas, focalización en el profesional sanitario de los problemas organizativos o acusaciones, y corporal de nuestro interlocutor, como contracciones de los músculos de la cara, apretar los puños, señalar con el dedo, aspavientos o tensión muscular. Existen situaciones de riesgo de agresión especialmente sensibles, como la violencia sexual, la disfunción familiar severa o la atención de pacientes con antecedentes de agresión o bajo los efectos de alcohol o drogas.

4.2 ¿Cómo actuar ante una posible situación de riesgo?

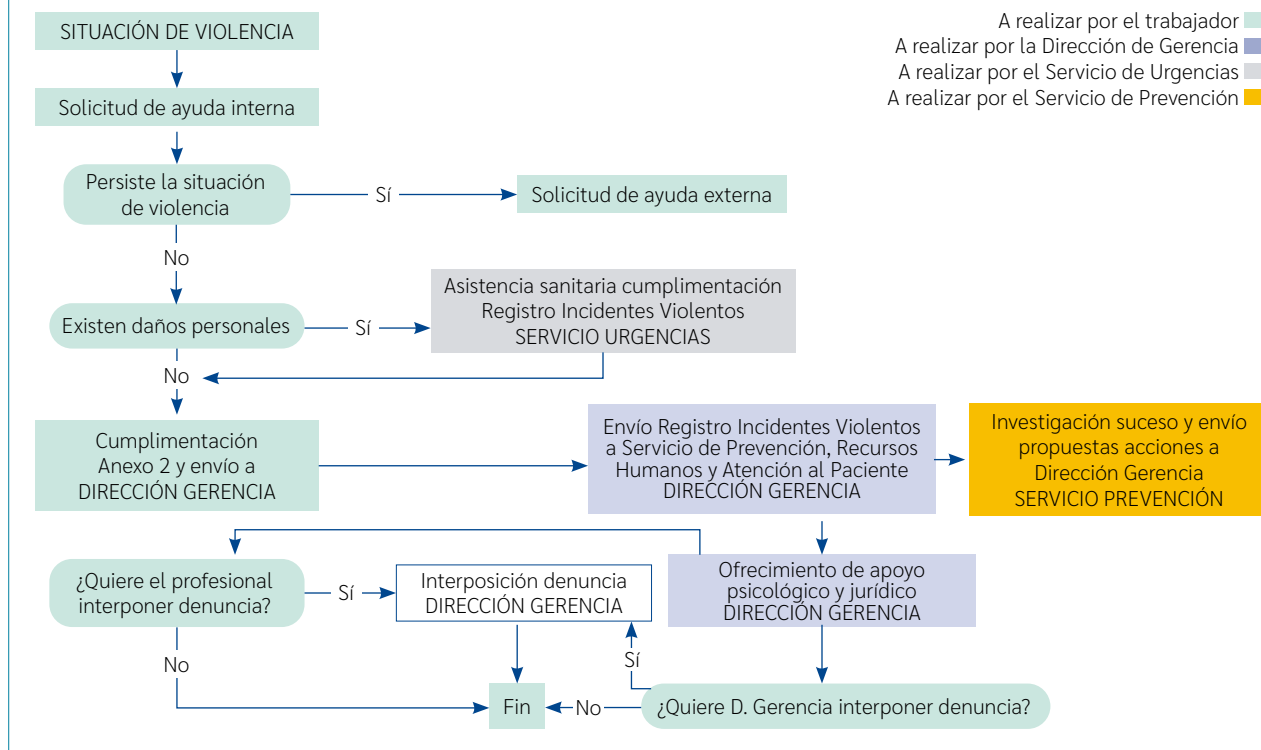
Entre las actuaciones recomendadas encontramos el desarrollo de estrategias de comunicación con los pacientes y sus familias en situaciones difíciles que incluyen el autocontrol, tratar de mantener un tono de conversación afable y profesional, transmitiendo información real sin crear falsas expectativas, potenciar las habilidades de negociación y la escucha activa; informar a la familia y explorar a los pacientes en presencia de un testigo compañero de trabajo y establecer una adecuada distancia de seguridad. Entre las actuaciones no recomendadas están proceder con muestras de hostilidad (encararse, provocar...), invadir el espacio físico o quedarse frente al agresor sin emprender la huida cuando es necesario.

4.3 ¿Cómo actuar ante una agresión?

Ante una agresión, ya sea verbal o física, activaremos el protocolo descrito en el Plan Perseo, que es el Plan Director de Seguridad Corporativa y de Protección del Patrimonio del SESCAM.

La comunicación de situaciones de agresión a través del Plan Perseo se hace siguiendo el siguiente algoritmo y el formulario “Declaración de episodio violento” (disponible en el Anexo 1).

Circular 1/200, de 2 de febrero, de Instrucciones sobre Procedimiento ante situaciones de violencia



Bibliografía

- Gancedo Baranda A, editor. *Manual para la atención a situaciones de Maltrato Infantil*. Madrid: Editorial Grupo 2 Comunicación Médica; 2021
- Kulkarni S, Bell H, Hartman JL, Herman-Smith RL. Exploring individual and organizational factors contributing to compassion satisfaction, secondary traumatic stress, and burnout in domestic violence service providers. *J Soc Soc Work Res*. 2013;4(2):114–30.
- Kase M et al. A pilot study exploring interventions for physician distress in pediatric subspecialists. *Pediatric Research* volume 88, 398–403 (2020).
- Cocker FA, Joss N. (2016) Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 13:1–4.
- Plan Director de Seguridad Corporativa y de Protección del Patrimonio del SESCOAM, Plan PERSEO.



CAPÍTULO 12

PROTECCIÓN Y PROMOCIÓN DEL BUEN TRATO

- ▶ **Vanesa Losa Frías.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Polán.*
- ▶ **Esther Tobarra Sánchez.** *Pediatra Comunitaria. Servicio de Salud de Cardiff, Gales. Reino Unido.*
- ▶ **Sara García Espinosa.** *Trabajadora social. Centro de Salud La Puebla de Montalbán y Polán. Toledo.*
- ▶ **Rebeca López Herrero.** *Matrona. Gerencia de Atención Primaria. Toledo.*
- ▶ **Rosa Maestro Fernández.** *Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Zona 6. Albacete.*

Revisión y aportaciones al capítulo

- ▶ *Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla-La Mancha (APapCLM).*

1. Introducción

Los profesionales sanitarios en contacto con niños, niñas y adolescentes (NNA) tenemos una posición privilegiada para defender sus derechos, prevenir la violencia y fomentar el buen trato, es decir, aquel que, respetando sus derechos fundamentales, promueve activamente los principios de respeto mutuo, dignidad del ser humano, convivencia democrática, solución pacífica de conflictos, derecho a igual protección ante la ley, igualdad de oportunidades y prohibición de discriminación de los NNA.

2. Modelo etiopatogénico de la violencia en la infancia

Para facilitar la comprensión del fenómeno del maltrato, el modelo ecológico considera que el NNA se halla integrado en una densa red de relaciones que representa los contextos de desarrollo o ambientes más significativos. El bienestar infantil depende de las interacciones entre dichos niveles, los cuales se superponen y se relacionan de manera bidireccional y concéntrica (tabla 1), siendo el maltrato el resultado de una disfunción en un momento dado de este sistema relacional fruto de un balance negativo entre los factores de riesgo y los de protección. Con frecuencia, múltiples factores coexisten y se interrelacionan entre sí, potenciando las situaciones de vulnerabilidad del NNA y su familia.

Tabla 1. Modelo integral del maltrato infantil. Niveles ecológicos y factores de riesgo y protección

NIVELES ECOLÓGICOS	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Ontogénico Experiencias de los progenitores con sus propios progenitores que se manifiestan en las formas de relación con sus hijos/as.	• Historia familiar de abuso. • Falta de afectividad en la infancia de los progenitores. • Baja autoestima. • Pobres habilidades interpersonales.	• Experiencia en los cuidados. • Habilidad interpersonal. • Cociente Intelectual elevado. • Reconocimiento de la experiencia de maltrato en la infancia.

Microsistema NNA y familiares de los que depende	Progenitores	• Enfermedades físicas o mentales • Drogodependencias. • Progenitores jóvenes • Progenitor no biológico. • Disarmonía familiar. • Violencia intrafamiliar. • Violencia de género. • Falta de control de impulsos. • Falta de conocimiento del desarrollo y necesidades infantiles. • Percepción negativa del comportamiento del NNA.	• Planificación familiar. • Satisfacción personal. • Escasos sucesos vitales estresantes. • Intervenciones terapéuticas en la familia. • Ambiente familiar sin exposición a violencia. • Armonía en la relación de pareja.
	NNA	• Hijos/as no deseados o que no cumplen las expectativas parentales. • NNA con mayores necesidades de atención o cuidado (trastorno congénito, prematuridad, enfermedades crónicas...). • NNA que dificultan el vínculo con los padres (separación por ingreso, anomalías faciales, temperamento difícil...). • Menores de 3 años.	• Apego seguro del NNA a un miembro adulto de la familia. • Satisfacción en el desarrollo del NNA.
Exosistema Entramado social en el que las familias viven.	Socio-laboral	• Precariedad económico-laboral • Desempleo. • Insatisfacción o inestabilidad laboral.	• Condición financiera, asalariado, pensionista.
	Vecindario	• Aislamiento social.	• Apoyo social: formal (servicios de atención a domicilio, voluntariado, ONGs) o informal (vecinos, amigos, compañeros de trabajo...) • Buena experiencia con iguales, participación activa en la comunidad.
	Familia	• Apoyo familiar insuficiente o inadecuado, ausencia de familia.	• Apoyo por familia extensa
Macrosistema Valores culturales, actitudes y creencias de una sociedad.	Sociales	• Alta criminalidad. • Baja cobertura de servicios sociales. • Nivel alto de desempleo. • Pobreza de grupo social. • Alta movilidad geográfica.	• Programas de mejora, de redes de apoyo e integración social de familias vulnerables. • Programas sanitarios. • Ambiente escolar estructurado.
	Culturales	• Aceptación del castigo corporal.	• Actitud respetuosa hacia la infancia, la mujer y la maternidad de la sociedad.

3. Razones para fomentar el buen trato

El **buen trato** hacia los NNA no es algo exclusivo del ambiente privado de la familia, es una **responsabilidad del conjunto de la sociedad**. Los profesionales del ámbito sanitario constituimos un observatorio privilegiado de la infancia y la adolescencia y hemos de ser parte proactiva en la promoción y protección del buen trato. Para ello, necesitamos conocer las situaciones en las que con más frecuencia puede producirse maltrato, identificar y abordar los factores que pueden hacer que los NNA y sus familias sean más vulnerables y potenciar aquellas fortalezas que los protejan

de las situaciones de violencia. La prevención del maltrato ha de realizarse con un abordaje interdisciplinar, con sensibilidad cultural y perspectiva de género, a través de intervenciones no estigmatizantes y contando con los recursos de la comunidad. Además, estas medidas han de ser parte de un enfoque más amplio que incluya intervenciones encaminadas a corregir las desigualdades estructurales subyacentes.

Destacamos tanto el efecto de las **experiencias adversas en la infancia** (EAI) sobre el desarrollo y la salud a lo largo de toda la vida, como el efecto protector de las **experiencias beneficiosas de la infancia** sobre la salud mental y social, así como su capacidad para amortiguar los efectos negativos causados por las EAI. La promoción proactiva de estas experiencias beneficiosas puede convertirse en un activo para la salud que favorezca la **resiliencia** del NNA, su familia y la comunidad (tabla 2).

Tabla 2. Relación de las experiencias beneficiosas en la infancia y preguntas orientadas a explorarlas descritas en la literatura

EXPERIENCIAS BENEFICIOSAS DE LA INFANCIA

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Ser capaz de hablar con tu familia sobre tus sentimientos. • Sentir que tu familia te apoya en los momentos difíciles. • Disfrutar participando en las tradiciones de tu comunidad. • Tener sentido de pertenencia al colegio al que acudes. • Sentir el apoyo de los amigos. • Tener al menos 2 adultos (distintos a los progenitores) que se interesen de forma sincera por ti. • Sentirte seguro y protegido por un adulto en tu hogar. | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Te sentías seguro con tus padres o las personas que te cuidaban?; ¿al menos con algún cuidador? • ¿Qué tal con los amigos?; ¿tenías al menos un buen amigo o amiga?; ¿cómo se llamaba? • ¿Tenías alguna creencia que te reconfortara? • ¿Qué tal en el colegio?; ¿te gustó? • ¿Recuerdas algún profesor o profesora que se preocupara por ti?; ¿cómo se llamaba? • ¿Qué tal con los vecinos? • ¿Recuerdas alguna persona de tu entorno, que no fueran tus padres o cuidadores, que se preocupara por ti y te ofreciera apoyo o consejo? • ¿Tuviste oportunidad de vivir buenos momentos?; ¿me cuentas alguno? • ¿Qué tal te sentías contigo mismo? • ¿Qué tal en tu casa?; ¿tenías una rutina predecible; ¿un horario regular para comer o acostarte? |
|--|---|

La promoción de vínculos afectivos en la vida de los NNA también ha de ser una prioridad en el ámbito sanitario. El desarrollo afectivo es posible gracias a la presencia de figuras vinculares y es la base del desarrollo físico, cognitivo y social. Las estrategias de protección y promoción del buen trato desde el período perinatal y durante los primeros años de vida tratan de facilitar la construcción de un vínculo afectivo positivo entre el adulto y el NNA.

4. Tipos de prevención

Las intervenciones en prevención se pueden describir en cuatro niveles: **primaria o universal, secundaria, terciaria y cuaternaria** (tabla 3). Las intervenciones preventivas no son un concepto estático; muchas familias, por ejemplo, pueden recibir el apoyo de intervenciones de prevención primaria siendo suficientes para asegurar el bienestar del NNA, pero un evento adverso, como la pérdida de empleo o la recaída de una enfermedad mental, puede desestabilizar la situación familiar y los apoyos universales ser insuficientes, siendo necesario pasar a intervenciones de prevención secundaria o incluso terciaria.

Tabla 3. Niveles de prevención

PREVENCIÓN	DEFINICIÓN	POBLACIÓN DIANA	OBJETIVO	EJEMPLOS
Primaria o universal	Antes de que la enfermedad ocurra.	Población sana.	Disminuir la incidencia de maltrato a través de medidas que eviten la presencia de factores de riesgo y favorezcan el desarrollo de factores protectores.	Actividades de educación para la salud para progenitores con el fin de incrementar sus habilidades afectivas y educativas. Actividades de anticipación de períodos en la crianza de mayor exigencia parental. Promoción de la lactancia materna. Promoción del buen uso de las nuevas tecnologías.
Secundaria	Actúa en el período asintomático de la enfermedad.	Población en riesgo de violencia o dentro de grupos de población específicos.	Reducción o desaparición de la situación de riesgo antes de que aparezca el maltrato.	Visitas domiciliarias a familias con factores de riesgo desde el embarazo y durante los tres primeros años de vida.
Terciaria	Actúa sobre una enfermedad conocida y busca restablecer la salud o la rehabilitación.	Víctimas de violencia y su entorno	Reducir el impacto, gravedad y secuelas de la violencia y evitar recidivas	Tratamiento psicoterápico de NNA víctimas de violencia sexual infantil.
Cuaternaria	Evita las intervenciones innecesarias o excesivas del sistema sanitario.	Profesionales que trabajan con NNA y sus familias.	<i>Primum non nocere</i> Evitar la victimización secundaria* y terciaria**.	No prejuzgar. No confundir factores de riesgo con maltrato establecido. Facilitar cauces de coordinación entre profesionales. Prevención del <i>burnout</i> .

*Victimización secundaria: daño psicológico añadido por los profesionales mediante exploraciones e interrogatorios innecesarios y repetidos. **Victimización terciaria: estigmatización de la víctima, entorno familiar, etnia o barrio que puede ocurrir con el uso informativo inadecuado del caso.

5. Intervenciones para la promoción y protección del buen trato

A continuación, presentamos una recopilación de recursos disponibles desde el ámbito sanitario clasificados según los diferentes niveles de prevención. Esperamos que sea de ayuda en la contribución de los profesionales sanitarios de la promoción del buen trato en la infancia y la adolescencia y contribuya a responder a las necesidades de los NNA para desarrollar su ciudadanía y ejercer sus derechos (*Tablas 4 y anexos correspondientes*).

Tabla 4. Recomendaciones y recursos para la promoción del buen trato y la prevención de la violencia en la infancia y adolescencia (Modificado de Previnfad 2015)

PREVENCIÓN PRIMARIA	
INTERVENCIÓN	RECURSOS ESPECÍFICOS *
Historia bio-psico-social.	• Anexo 1: Cuestionario de experiencias adversas en la infancia. • Anexo 2: Estrategias para la valoración de conductas de disciplina inapropiada. Métodos alternativos. • Anexo 3: Test de Apgar familiar.
Concienciación y prevención de la violencia familiar y de género.	• Cuestionario Women Abuse Screening Tool (WAST) corto y 1ª pregunta de Abuse Assessment Screen (AAS) (capítulo 4; tabla 2: Herramientas para la detección de posibles casos de violencia de género).
Asesoramiento en lactancia materna.	• Iniciativa para la humanización de la asistencia al nacimiento y la lactancia (IHAN). Iniciativa lanzada por la OMS y UNICEF para animar a los hospitales, servicios de salud y, en particular, las salas de maternidad a adoptar las prácticas que protejan, promuevan y apoyen la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento. • Pasos para ser IHAN: hospital, centros de salud. • Cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. • Asesoramiento preconcepcional en consulta prenatal. • Talleres de lactancia.
Explorar ansiedad y depresión durante el embarazo y en el período postparto.	• Anexo 4: Escala de depresión postparto de Edimburgo. • Mamá importa: foro de información y apoyo para embarazadas y madres recientes con sufrimiento psicológico o trastorno mental. • Estrategias para potenciar el vínculo y apego pre y postnatal. Durante el embarazo: escuchar los latidos del corazón del bebé en situaciones de crisis, técnicas de relajación. Tras el parto: contacto piel con piel, asesoramiento para un porteo seguro y masaje infantil.
Promoción de actividades de educación para la salud.	• Cursos de preparación al parto. • Plan de parto y nacimiento. Documento en el que la embarazada expresa sus preferencias, necesidades, deseos y expectativas sobre el proceso del parto y el nacimiento. Esta información por escrito es de gran ayuda para el equipo profesional que atiende el parto, facilita la comprensión del proceso y la participación activa de la mujer o progenitor gestante como de su pareja o acompañante, y evita tener que comunicar sus preferencias el día del parto, momento en que el estado emocional y físico es más vulnerable y la gestante se halla centrada en el proceso vivencial. • Programa de salud infantil. Guía de las actividades de promoción y prevención desde el nacimiento hasta los 18 años. • Aulas de Familia. Espacio de información, orientación y apoyo a padres y madres ante los desafíos de la crianza y educación teniendo en cuenta el momento evolutivo en el que se encuentran. Persigue fortalecer las habilidades y competencias presentes en las familias, promover la responsabilidad compartida y apoyar en el desempeño de la función educativa cotidiana. Dispone de talleres online y presenciales en CLM. • Asesoramiento de planificación familiar. • Promoción de la lectura. Selección de artículos y recursos orientados a la promoción de la lectura como parte de un desarrollo saludable de la infancia y la adolescencia. • Sinvia: aplicación gratuita para dispositivos móviles dirigida a adolescentes que tiene como objetivo ayudar a comprender, identificar y prevenir las distintas formas de violencia que se dan en la adolescencia. Está dirigida a adolescentes y profesionales

Guías anticipatorias: • Comunican en cada edad específica los eventos del desarrollo madurativo y emocional de los NNA, reconociendo las dificultades de cada período y dando orientación práctica sobre un trato positivo y respetuoso. • Ayudan a identificar los puntos valiosos y positivos de los progenitores y/o cuidadores, reforzando sus esfuerzos, autoestima y competencia.	• Anexo 5. Recursos anticipatorios para familiares y cuidadores. • Queriendo se entiende la familia: guía de intervención sobre parentalidad positiva para profesionales. • ¿Quién te quiere a tí?: guía para padres y madres: cómo educar en positivo • Coeducar en familia: guía elaborada por Save the Children para padres y madres que quieren educar en igualdad. • Una mirada a la salud mental de los adolescentes: claves para comprenderlos y acompañarlos. Publicada por la plataforma Faros Sant Joan de Deu
Promoción del buen uso de las tecnologías de la información y la comunicación.	• Internet Segura 4 Kids. Web perteneciente al Instituto Nacional de Seguridad con recursos educativos, campañas y líneas de ayuda dirigidas al uso adecuado de la tecnologías y la ciberprotección de los NNA. • Guía de uso seguro de internet para profesionales de servicios de protección a la infancia. • Guía de herramientas de control parental. • Guía de seguridad en redes sociales para familias. • AseguraTIC: web con recursos para ayudar a padres, tutores y educadores en la aplicación de las acciones, pautas y medidas necesarias para proteger los derechos y libertades de los NNA en el entorno digital. • Decálogo para el buen uso de las tecnologías de la información. • Plan digital familiar: plataforma con información para familias y pediatras sobre el uso adecuado de los medios digitales con recomendaciones de dos tipos: unas generales para toda la familia y otras clasificadas por edad.
Promoción de entornos familiares seguros y protegidos.	• Sin violencia se educa mejor. Texto de UNICEF dirigido a madres, padres y tutores de NNA sobre cómo educar y poner límites sin pegar o insultar. • El cuento lo cambias tú si lo cuentas. Campaña de concienciación e información sobre la importancia de la notificación en la prevención de la violencia contra la infancia y la adolescencia. • Los derechos de los niños, explicados para niños. Información adaptada a los diferentes tramos de edad. • Programa de Acogimiento Familiar en Castilla-La Mancha.
Promoción de la participación infantil y adolescente.	• Mesa de Participación Infantil: órgano de comunicación, expresión y representación del conjunto de la infancia de la región que se inscribe en el seno del Consejo Regional de la Infancia y Familia. • La participación infantil y adolescente es un derecho de todo NNA, y hace que se conviertan en agentes de pleno derecho y en ciudadanos activos y comprometidos con su entorno. Fomentarla supone aumentar la calidad democrática de la sociedad y las políticas públicas. En el siguiente mapa pueden consultarse las ciudades amigas de la infancia españolas que cuentan con un consejo de participación infantil.
Prevención de la violencia sexual infantil: -Aumento de las habilidades en comportamientos protectores.	• Anexo 7. Decálogo para la prevención de la violencia sexual. • Uno de cada cinco. Campaña del Consejo de Europa contra la violencia sexual sobre los niños, niñas y adolescentes. • Secretos que duelen. Campaña de la Junta de Andalucía contra la violencia sexual infantil. Contiene videos informativos para la población general y una guía práctica para familias. • Que no me toque. Campaña de la Junta de Extremadura contra la violencia sexual infantil. Contiene videos informativos y una guía práctica para familias.
Sensibilización y formación de profesionales.	• Centro documental virtual sobre Prevención del Maltrato Infantil y Adolescente, de la Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil (FAPMI). • Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. Web especializada que ofrece formación científica sobre el período perinatal con una visión integradora y promotora de salud. • Conecta perinatal. Red internacional de organizaciones hispanohablantes con el objetivo de mejorar la salud mental perinatal. • PrevenSi. Recurso especializado que aborda la realidad derivada de la pedofilia y la pederastia como una de las causas de la violencia sexual infantil. Cuenta con línea de atención online, telefónica, así como recursos formativos y campañas de sensibilización. • Recursos digitales para profesionales y otros recursos específicos cuya información está disponible en la web de Infancia y Familia de la Consejería de Bienestar Social de Castilla-La Mancha.

* Es necesario conocer los recursos locales de la comunidad de cada centro sanitario.

PREVENCIÓN SECUNDARIA		
INTERVENCIÓN	RECURSOS ESPECÍFICOS	
Identificar situaciones de abandono o trato negligente en el NNA. Notificar, evaluar y coordinar con el equipo de trabajo social. Elaborar plan de intervención interdisciplinar con estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.	• Anexo 8: Hoja de notificación de maltrato infantil en CLM desde el ámbito sanitario. • Decálogo del maltrato infantil para profesionales. • Anexo 2: Estrategias para la valoración de conductas de disciplina inapropiada. Métodos alternativos.	
Remitir a consultas de salud mental perinatal a mujeres con trastorno mental durante la gestación o tras el nacimiento.		
Identificar situaciones de violencia de género.	• Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género. • Teléfonos de atención 24 horas a víctimas de violencia de género: 016 (teléfono nacional) y 900 100 114 (teléfono de atención en Castilla-La Mancha). • Protocolo de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en Castilla-La Mancha. • Guía de actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha.	
Remitir a trabajador social para diagnóstico y tratamiento social: • Evaluar la situación sociofamiliar, las carencias y factores causales que derivan en la situación de riesgo y garantizar soporte psicosocial a lo largo del proceso. • Gestionar el acceso a recursos sociales y comunitarios de apoyo familiar. • Garantizar la continuidad de cuidados en el proceso asistencial a través de la coordinación de los servicios y programas sociales y sanitarios.	• Anexo 9. Buenas prácticas en la relación de ayuda con las familias.	
Remitir a programas específicos de apoyo social, psicológico y educación parental a familias de riesgo.	Violencia familiar	• Programa de prevención e intervención en Violencia Familiar. Atención especializada a aquellas familias en las que se dan situaciones de violencia implícita o explícita, así como prevención en aquellas familias que puedan encontrarse en situaciones de riesgo. Entidad: Amformad.
	Acoso y ciberacoso	• #Tú Cuentas. • Teléfono 116111 • tucuentas@jccm.es • Chat disponible a través de la Fundación ANAR. • Guía clínica sobre ciberacoso para profesionales de la salud. • Delegación de Participación Ciudadana de la Policía Nacional: participa@policia.es. Reciben y canalizan las informaciones y sugerencias planteadas por los ciudadanos para dar solución a sus problemas. Realizan charlas preventivas en colegios. • Tener en cuenta en nuestro área de trabajo las siguientes figuras: coordinador de bienestar del centro escolar, delegado de protección (ocio y deporte) y los agentes tutores de la Policía Local.

	Ruptura de pareja (sobre todo con hijos/as), familias que por diferentes motivos se encuentran en situaciones de crisis Centros de día de atención a la infancia y a la familia	• Programa de Mediación, Orientación e Intervención Familiar. • Recursos sociales dirigidos a promover el desarrollo integral de los NNA en los ámbitos personal, familiar, educativo-académico y social y proporciona apoyo y seguimiento a las familias de estos NNA.
Líneas telefónicas de ayuda.		• Teléfono del menor CLM 116111 y 900 202 010. • Teléfono/ Chat ANAR de la familia y centros escolares: 600 50 51 52. Servicio de atención gratuito dirigido a aquellos adultos que necesitan ser orientados en temas relacionados con niños/as y adolescentes. • Teléfonos de atención 24 horas a víctimas de violencia de género: 016 (teléfono nacional) y 900 100 114 (teléfono de atención en Castilla-La Mancha). • Tu ayuda en ciberseguridad: Línea de ayuda 017, WhatsApp 900 116 117 (para poder usar el servicio, es importante guardar previamente este teléfono de INCIBE en la agenda de contactos), Telegram @INCIBE017.
Visita domiciliaria a familias de alto riesgo desde la etapa prenatal hasta los tres años de vida.		• La visita domiciliaria por parte del trabajador social y personal médico/enfermera nos permite conocer de forma más amplia la realidad social y sanitaria de NNA y su familia, las capacidades parentales así como trabajar en red con la participación activa de la familia en su proceso de cambio.
Programas de asesoramiento y apoyo de familias con NNA con enfermedades crónicas o con discapacidad.		• Directorios de asociaciones de pacientes: – Listado asociaciones Familia y Salud. – Somos Pacientes. – Guía CLM de entidades vinculadas a las enfermedades raras. – Feder. Buscador de entidades. – Directorio de asociaciones de la Escuela de Salud y Cuidados CLM. • Recursos de apoyo a familias: Grupo de Apoyo entre Iguales para Familias en Atención Paliativa. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos Pediátricos formado por profesionales y familiares de pacientes con el objetivo de divulgar aspectos relacionados con el cuidado de niños, niñas y adolescentes atendidos por unidades de Cuidados Paliativos Pediátricos. • Recursos de comunicación: – TEAyudamos. Programa del Hospital Universitario de Fuenlabrada destinado a la población susceptible de beneficiarse del uso de la comunicación aumentativa (en concreto el uso de pictogramas en el ámbito sanitario). – Libro de la Salud. Herramienta de comunicación alternativa y aumentativa con pictogramas. Editado por la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería y la Asociación Pro Personas con Discapacidad Intelectual. • Fundación CERMI Mujeres: organización para la defensa de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las mujeres y niñas con discapacidad. Una de sus iniciativas es la app Me Respetas contra el acoso escolar en las niñas y adolescentes con discapacidad (https://merespetas.pwa-fundacioncermimujeres.com). • Unidad de Prevención y Atención a Víctimas con Discapacidad Intelectual (UAVDI): recurso especializado en Castilla-La Mancha en la prevención e intervención en casos de abuso o maltrato a personas con discapacidad intelectual y sus familias.

PREVENCIÓN TERCIARIA		
INTERVENCIÓN		RECURSOS ESPECÍFICOS
Tratamiento de las lesiones y sus secuelas físicas		Capítulo 2.
Establecer medidas protectoras en caso de riesgo de contagio de enfermedades infecto contagiosas (tétanos, hepatitis B, tratamiento profiláctico de infecciones de transmisión sexual, controles serológicos).		Capítulo 8.
Establecer medidas de prevención de embarazo secundario a violencia sexual		Capítulo 3; apartado 7.1: Agresión sexual aguda-reciente.
Asegurar el tratamiento emocional y psicológico remitiendo al niño a centros de salud mental infantojuvenil.		
Coordinación con los Servicios Sociales de Atención Primaria.		Directorio de Servicios Sociales de Atención Primaria en Castilla- La Mancha.
Seguimiento de la familia y el NNA (tratamiento de las secuelas, prevención de repetición de maltrato, problemas de salud asociados...)		
Remitir a programas específicos de tratamiento y seguimiento de situaciones de violencia:	Violencia familiar o violencia ascendente	• Prevención e intervención en violencia familiar.
	Violencia sexual	• Prevención e intervención en abuso sexual infantil. REVELAS-m revelas-m1@amformad.es 925274552; 656929924. • Anexo 10. Formulario de derivación REVELAS. • Protocolo de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en Castilla-La Mancha. • Guía de actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha.
	Acoso y ciberacoso	• #Tú Cuentas (https://www.castillalamancha.es/node/243133).
	Violencia de género	• Servicio telefónico de Atención y Protección para víctimas de violencia de género (ATENPRO): servicio de ámbito estatal para mujeres que cuentan con medidas de protección y orden de alejamiento. Se basa en localizadores GPS para mujeres en situación de riesgo. • Instituto de la Mujer de Castilla- La Mancha: web que facilita la información de todos los recursos y servicios que trabajan por la atención y prevención de la violencia de género en la comunidad.
	Atención a víctimas de delitos	• Oficinas de asistencia a las víctimas de delitos: servicio público y gratuito de ayuda y asesoramiento a víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual. Existe una oficina en cada una de las provincias de la comunidad.
Procurar la atención al grupo familiar, adoptando medidas terapéuticas oportunas (frente al alcoholismo, toxicomanías, trastornos psiquiátricos, planificación familiar, etc.). Favorecer la atención del NNA en su propia familia, siempre que ello sea posible, procurando la participación de los progenitores y familiares próximos en el proceso de normalización de su vida social		• Anexo 6: ¿Qué se entiende por PACE? • Anexo 9. Buenas prácticas en la relación de ayuda con las familias.
Líneas telefónicas de ayuda		• Teléfono del menor CLM 116111 y 900 202 010. • Teléfono/ Chat ANAR de la familia y centros escolares: 600 50 51 52. Servicio de atención gratuito dirigido a aquellos adultos que necesitan ser orientados en temas relacionados con niños/as y adolescentes. • Teléfonos de atención 24 horas a víctima de violencia de género: 016 y 900 100 114 • Tu ayuda en ciberseguridad: Línea de ayuda 017, WhatsApp 900 116 117 (para poder usar el servicio, es importante guardar previamente este teléfono de INCIBE en la agenda de contactos), Telegram @INCIBE017.



Líneas de denuncia o reporte de contenido de violencia sexual en internet	• Línea de reporte de contenido de abuso sexual infantil (CSAM): Los reportes facilitados son derivados a las autoridades policiales españolas y a la red INHOPE, con el objeto de eliminar la disponibilidad de los contenidos en línea. En ningún caso estos reportes tienen carácter de denuncia.
Canal para retirada de contenidos sensibles en internet	• Canal de la Agencia Española de Protección de Datos que permite retirar de internet contenido sexual o violento: para menores de 14 años lo han de solicitar los progenitores; los mayores de 14 años lo pueden solicitar ellos mismo.

PREVENCIÓN CUATERNARIA	
INTERVENCIÓN	RECURSOS ESPECÍFICOS
Facilitar cauces de coordinación entre profesionales. Disminución de la victimización secundaria.	• Anexo 11: Evitar la revictimización.
Prevención del <i>burnout</i> en los profesionales.	• Decálogo de recomendaciones para la salud emocional de los profesionales sanitarios. Publicado por el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo durante la pandemia de COVID-19, pueden aplicarse sus recomendaciones a otras situaciones de estrés laboral.

ANEXO 1. Cuestionario de experiencias adversas en la infancia

Antes de sus 18 años:

PREGUNTA	SÍ	NO
1. ¿Alguno de sus padres o algún otro adulto en su casa a menudo o muy a menudo le gritó, le insultó, le menospreció, le humilló o se comportó de alguna manera que le hizo sentir miedo o que se sintiera herido?		
2. ¿Alguno de sus padres o algún otro adulto en casa a menudo o muy a menudo le empujó, le agarró bruscamente, abofeteó, le tiró objetos o le golpeó tan fuerte como para dejar marcas o heridas?		
3. ¿Algún adulto u otra persona por lo menos 5 años mayor que usted alguna vez tocó su cuerpo o le obligó a tocar su cuerpo de una manera sexual, o intentó o tuvo sexo oral, anal o vaginal con usted?		
4. ¿Sintió a menudo o muy a menudo que nadie en su familia le quería o pensara que usted fuera importante o especial, o que no se protegían ni apoyaban mutuamente?		
5. ¿Sintió a menudo que no tenía suficiente comida, que tenía que usar ropa sucia, que no tenía quién le protegiera?. O que sus padres estaban muy borrachos o drogados para cuidarle o llevarle al médico cuando era necesario?		
6. ¿Alguna vez sus padres se separaron o se divorciaron?		
7. ¿Alguna vez su madre o madrastra a menudo o muy a menudo le empujó, agarró con brusquedad, le abofeteó o le tiró algún objeto?; ¿a menudo o muy a menudo le dio patadas, o le mordió, dio puñetazos o golpeó con algún objeto duro?; ¿a menudo o muy a menudo le golpeó repentinamente durante varios minutos o le amenazó con una pistola o cuchillo?		
8. ¿Ha vivido con alguien que tuviera problemas con el alcohol o consumiera drogas?		
9. ¿Algún miembro de su hogar estaba deprimido o tenía alguna otra enfermedad mental, o algún miembro de su familia intentó suicidarse?		
10. ¿Alguien en su hogar estuvo en prisión?		

Fuente: Felitti VJ. 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(4):245-258.

La Organización Mundial de la Salud publicó en el 2018 un Cuestionario Internacional de Experiencias Adversas en la Infancia (Adverse Childhood Experiences International Questionnaire ACE-IQ). Este cuestionario dirigido a personas mayores de 18 años pretende ser una herramienta de estudio de las experiencias adversas en la infancia en los diferentes países y su asociación con las conductas de riesgo a lo largo de la vida. La versión original del ACE-IQ se encuentra disponible en el siguiente enlace:

[https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-\(ace-iq\)](https://www.who.int/publications/m/item/adverse-childhood-experiences-international-questionnaire-(ace-iq))

ANEXO 2. Estrategias para la valoración de conductas de disciplina inapropiadas por parte de los progenitores/cuidadores¹

1. Domingo-Salvany F. El maltrato y el abuso sexual infantil en Atención Primaria de salud . Los pediatras: parte del problema y parte de la solución. *Pediatr*



Para evaluar los métodos de corrección que se utilizan en casa, se puede preguntar: Cuando el niño o niña no hace lo que usted quiere que haga, ¿cómo se las arregla usted para conseguirlo?. O también: ¿cómo se las arreglaban sus padres con usted cuando hacía lo mismo?. Cuando tenemos un niño o una niña hiperactivo que está sacando de quicio a sus progenitores o acompañantes (y también a nosotros y al orden de nuestra consulta), se puede preguntar: yo lo tengo aquí solo unos minutos y ya no puedo con él; ¿cómo se las arregla usted?. Podemos preguntar a cada progenitor, tutor o cuidadores que nos diga tres cualidades que tiene su hijo o hija, preferiblemente delante del NNA (atención si solo encuentra defectos o puntos negativos).

ANEXO 3. Test de Apgar familiar:

Adaptación para uso a partir de 8 años.

TEST DE APGAR FAMILIAR	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre
Cuando algo me preocupa, puedo pedir ayuda a mi familia.	0	1	2
Me gusta la manera en la que mi familia habla y comparte sus problemas conmigo.	0	1	2
Me gusta cómo mi familia me permite hacer las cosas nuevas que quiero hacer.	0	1	2
Me gusta lo que mi familia hace cuando estoy feliz, triste, enfadado...	0	1	2
Me gusta cómo mi familia y yo compartimos tiempo juntos.	0	1	2

La percepción acerca de la calidad de la función familiar se clasifica como:

- Función familiar normal: 7-10 puntos.
- Disfunción moderada: 4-6 puntos.
- Disfunción severa: 0-3 puntos

ANEXO 4. Escala de depresión postparto de Edimburgo

Versión validada en español (adaptado de García-Esteve 2003)

Integr. 2013;XVII(10):694-712.

Nos gustaría saber cómo se siente ahora que acaba de tener un bebé (o lo está esperando)
Por favor, indique la respuesta que encuentre más adecuada en relación a cómo se ha sentido durante la última semana.
En los pasados 7 días:

1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas	Igual que siempre	Ahora no tanto como siempre	Ahora mucho menos	No, nada en absoluto
2. He mirado las cosas con ilusión	Igual que siempre	Algo menos de lo que es habitual en mí	Bastante menos de los que es habitual en mí	Mucho menos que antes
3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal	Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, a veces.	No muy a menudo	No, en ningún momento
4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo	No, en ningún momento	No, casi nunca	Sí, algunas veces	Sí, con mucha frecuencia
5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo	Sí, bastante	Sí, a veces	No, no mucho	No, nunca
6. Las cosas me han agobiado	Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas	Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre	No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien	No, he afrontado las cosas tan bien como siempre
7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir	Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, a veces	No muy a menudo	No, en ningún momento
8. Me he sentido triste o desgraciada	Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, bastante a menudo	No con mucha frecuencia	No, en ningún momento
9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando	Sí, la mayor parte del tiempo	Sí, bastante a menudo	Sólo en alguna ocasión	No, en ningún momento
10. He tenido pensamientos de hacerme daño	Sí, bastante a menudo	A veces	Casi nunca	En ningún momento
Puntuación:				
Nº de pregunta	Valor de las respuestas según orden de columnas de derecha a izquierda			
3, 5, 6, 7, 8, 9 y 10	3	2	1	0
1, 2, 4	0	1	2	3
Interpretación de los resultados:				
≤ 10 puntos	Sin sospecha de patología ansiosa depresiva.			
11 o más puntos	Presencia de sintomatología ansiosa depresiva, probabilidad de una depresión.			
Pregunta 10 ≠ 0	Explorar específicamente el riesgo de vida para la embarazada y su bebé. Asegurar que la gestante sea atendida de forma inmediata por los profesionales de salud mental y acompañada por un adulto (amigo, pariente, etc) que entienda la situación y la importancia de la derivación, del tratamiento y de brindar apoyo en los cuidados.			

Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AETSA 2011/10

ANEXO 5. Recursos anticipatorios para familiares y cuidadores

Hay momentos del desarrollo de los niños, niñas y adolescentes pueden ser especialmente difíciles de manejar. En general, son fases normales que precisan de una dosis extra de paciencia, apoyo y recursos. Conocerlas puede ayudarnos a sobrellevarlas o buscar ayuda

cuando sea necesario.

Llanto inconsolable del bebé o cólico del lactante

Son episodios de llanto intenso durante los primeros meses de vida, más frecuentes por la tarde-noche, en los que el bebé puede ponerse rojo, rígido y ser difícil de calmar. Suelen comenzar en torno a los 15 días tras el nacimiento, tener un pico al mes y medio e ir cediendo alrededor de los 4 meses. En los siguientes enlaces encontramos información de cómo manejarlo y la importancia de NUNCA sacudir o zarandear al bebé.

[¿Qué es el cólico del lactante?](#)

[Síndrome del niño zarandeado. Lo que todos deberíamos saber.](#)

Despertares nocturnos

Dormir es un proceso evolutivo que se va adaptando a las necesidades del ser humano. Un recién nacido no duerme igual que un niño, ni que un adulto o un anciano. Así, la estructura del sueño infantil va cambiando en función de las necesidades de cada etapa de la vida. Los recién nacidos no tienen aún su biorritmo establecido y hasta alrededor de los tres meses no comienzan a diferenciar el día de la noche. Los lactantes y niños pequeños presentan despertares nocturnos normales, que suelen aumentar hacia los seis meses de vida primero, y hacia los dos años, después, como reflejo de la angustia de separación. Conocer más en profundidad la evolución del sueño en los primeros años de la vida nos puede ayudar a identificar las conductas normales y las necesidades concretas en esta etapa, así como a buscar estrategias para organizar los cuidados.

Angustia de separación

Entre los 6 y 8 meses comienza la fase de ansiedad o angustia de separación en la que los niños y niñas descubren que son personas diferentes a sus cuidadores. Esto les hace pensar que si no pueden ver a mamá o papá es porque se han ido y, además, no saben cuándo volverán dado que a esta edad aún no comprenden el concepto del tiempo. Por eso, el hecho de perder de vista unos minutos o segundos a sus cuidadores les produce inquietud y temor. La etapa de la angustia de separación es normal y necesaria e indica que se ha creado un apego adecuado entre sus cuidadores y el bebé. El apego es el vínculo afectivo que el niño establece con sus progenitores desde que nace. Significa confianza en el cariño, la protección y los cuidados. Durante esta etapa de angustia de separación es recomendable que el contacto con otras personas que vayan a cuidar al bebé sea progresivo e inicialmente acompañado por sus cuidadores principales, para que una vez ganada la confianza en la nueva persona que lo va a cuidar pueda ir tolerando los momentos de separación.

Disminución fisiológica del apetito

A partir del año de vida, las necesidades nutricionales disminuyen: el preescolar crece a un ritmo mucho más enlentecido que en la etapa previa de recién nacido y lactante, en las que el crecimiento es rapidísimo. Al crecer más despacio, necesitan comer menos.

[Mi niño no come.](#)

Juego exploratorio normal

El juego es la forma que tienen los niños y niñas de explorar y relacionarse entre ellos y explorar el mundo que los rodea. El juego y el ocio en los niños y las niñas no es algo banal, sino un elemento fundamental de su desarrollo y su socialización y por eso está reconocido como uno de los derechos de la infancia.

[¡A jugar! El poder del juego en la infancia.](#)

Rabieta

Las rabietas son un fenómeno normal que ocurre entre los 2-4 años. Es un reflejo del desarrollo evolutivo del pequeño, que quiere ser más independiente y tomar decisiones propias, que ya conoce las normas y las desafía. Conocer cómo actuar nos puede ayudar a sobrellevar esta fase que nos pone a prueba.

[Manejo respetuoso de las rabietas.](#)

Control de esfínteres

El control de esfínteres depende de la maduración del niño. Normalmente se produce entre los 2-3 años. Es contraproducente favorecer su aprendizaje si no hay muestras de madurez: se levanta seco por las mañanas, avisa cuando necesita orinar o defecar, etc. Es un proceso de aprendizaje en el que a veces hay accidentes, por lo que es importante armarse de paciencia, premiar los logros y restar importancia a los escapes.

[Controlando esfínteres, ¿cómo lo hago?](#)

Educación afectivo-sexual

La sexualidad es algo inherente a la persona, una forma de sentirse a uno mismo, de expresión y de relación con los demás. Una sexualidad feliz se trabaja desde que nacemos, con los estímulos que se reciben de los demás y la educación que se recibe de los progenitores y resto de modelos de nuestro círculo. Como uno vive su sexualidad puede afectar al resto de su vida, por lo que sentirse a gusto, cómodo y contento en este ámbito es clave para ser feliz.

Claves para vivir una sexualidad feliz.

ANEXO 6. ¿Qué se entiende por PACE?

Playfulness : Propuesta Lúdica; *Acceptance*: Aceptación; *Curiosity*: Curiosidad; *Empathy*: Empatía

PACE es un abordaje de crianza terapéutica creado por el psicólogo clínico americano Dr. Dan Hughes tras su trabajo con NNA expuestos a trauma. Está relacionado con la terapia del desarrollo diádico que se basa en la teoría del apego e implica crear un ambiente “lúdico, de aceptación, curioso y empático” que establezca una diada progenitor-hijo/a con la que se sintoniza, repara y co-regula al NNA. PACE ha de ser una manera de pensar, sentir, comunicarse y comportarse que pretende hacerle sentir al NNA que está seguro en todo momento. Se basa en la manera en que los progenitores/cuidadores conectan con los NNA, entendiendo que tan solo una vez que se cubren las necesidades emocionales de seguridad, el NNA puede explorar y seguir su desarrollo. Con la técnica, abordaje y estrategia PACE cualquier NNA, y en especial el NNA con dificultades emocionales, puede empezar a verse emocionalmente y dejar que otros los vean, acercándose y comenzando a confiar.

1. P de PROPUESTA LÚDICA

Se trata de crear un ambiente distendido, prestando atención al tono de voz, y teniendo preferencia por las entonaciones relajadas, de contar historias, más que por las irritadas, imperativas o de sermón. Se trata de no olvidar pasarlo bien y expresar alegría. Cuando nace un bebé, es importante facilitar que los progenitores se sientan felices, seguros y relajados, que no se sientan culpables ni criticados. Estos momentos son muy importantes y se deben mantener cuando el NNA va creciendo. Es importante transmitir que los conflictos o separaciones son temporales y nunca dañan el vínculo o la relación. Introducir aspectos de “propuesta lúdica” no es ser gracioso todo el tiempo, o hacer bromas para alegrar a un NNA triste. Es ayudar a que los NNA sean receptivos y puedan experimentar y volver a disfrutar de lo positivo de la vida en cada momento.

A veces algunos NNA expuestos a trauma han concebido la idea errónea de que ya no habrá nunca más tiempos buenos y no quieren experimentar diversión; incluso pueden rechazar el afecto. Acercarse a ello desde un abordaje lúdico puede permitirnos un acercamiento que les dé menos miedo y les parezca más seguro. Cuando es difícil para el NNA regular sus emociones, el enfado se convierte en miedo, tristeza, ira o desesperación. Además, algunas emociones y sentimientos intensos, como el amor o la alegría, pueden ser para ellos abrumadores y fuentes de ansiedad. La propuesta lúdica les trae esperanza y permite que los NNA sobrelleven estos sentimientos positivos de forma más favorable; puede ayudarles a descubrir su sentido del humor, asombrarse más por la vida y por las propias reacciones. Cuando los NNA aprenden de ti a tomarse las cosas de forma más ligera, se ríen y sonríen, se vuelven menos defensivos e inhibidos y más reflexivos. Esta propuesta trae elementos de diversión y disfrute a la vida diaria y puede difuminar las dificultades de las situaciones tensas. El NNA responderá con menos rabia y estará menos a la defensiva si sus progenitores/cuidadores usan un toque lúdico en su disciplina. Es preciso considerar que esta forma de trabajar puede no ser adecuada cuando el NNA tenga un problema grave de comportamiento, pero para cuestiones menores la propuesta lúdica puede darnos cierta perspectiva.

2. A de ACEPTACIÓN

La aceptación incondicional es la base del sentido de la seguridad emocional del NNA. Aceptación significa comunicar activamente al NNA que aceptas los deseos, sentimientos, pensamientos, urgencias, percepciones y motivos que existen tras su comportamiento. Se trata de aceptar su vida interna sin juzgarla: lo que ocurre en su mundo interno no está bien o mal, simplemente es. Ser capaz de ver y aceptar las intenciones de los NNA tras un comportamiento no implica aceptar el comportamiento, especialmente cuando resulta dañino para otra persona o el NNA mismo. Se ha de ser firme en limitar un comportamiento de este tipo pero, al mismo tiempo, ser capaz de comunicar que se aceptan los motivos tras el mismo. Así se espera que el NNA aprenda que, aunque el comportamiento está siendo criticado y limitado, no es lo mismo que criticarlo como persona. Con aceptación el NNA va entendiendo que los conflictos y la disciplina tiene que ver con cómo se comporta, no con la relación con sus progenitores/cuidadores o con su valor interno como persona, lo que es importante para el establecimiento de una autoestima sana.

3. C de CURIOSIDAD

La curiosidad es la base de la aceptación de todo aquello que exista detrás del comportamiento. Observar con curiosidad, preguntarse e ir analizando cómo el NNA ha aprendido a comportarse de cierta manera y el verdadero significado de su comportamiento, es el fundamento de la aceptación. Es esta curiosidad, libre de juicios, la que ayuda a los NNA a conocer sus emociones y ser conscientes de sus procesos interiores, reflexionar acerca de los motivos de sus comportamientos y, como resultado final, poder expresar sus dificultades o

2. Traducción y adaptación no oficial al español del texto: “What is meant by PACE?” Disponible: <https://ddpnetwork.org/about-ddp/meant-pace/>

emociones de una manera más madura. Es la curiosidad la que conforta al NNA haciéndole saber que el adulto lo entiende pase lo que pase. Y aquí está la base de la crianza positiva terapéutica o basada en emociones.

Los NNA a menudo intuyen y saben que su comportamiento no ha sido el más adecuado; lo que muchas veces no saben es por qué lo hicieron. Otras veces son reacios a expresar sus emociones más profundas. Con curiosidad, los adultos comunican su intención de simplemente entender estos porqués de los NNA y ayudarlos a que ellos también los entiendan. Pero las intenciones de los progenitores ha de ser entender con honestidad y ayudar al NNA, no de forma encubierta querer enseñarles una lección o insinuar que el mundo interno del NNA está mal o tiene que ser arreglado.

La curiosidad tiene un tono atento y callado que envuelve a la simple y genuina intención de entender al NNA y se podría expresar con preguntas abiertas como, por ejemplo: Oye, ¿qué crees que pasa?; ¿con qué puede tener que ver esto que ha pasado?; me pregunto si esto tiene que ver con... Sin anticipar o esperar una respuesta concreta por parte del NNA. Es diferente a: ¿por qué has hecho esto?, esperando una respuesta que quizás el NNA no tenga. Es diferente a interpretar un comportamiento o buscar el relato de los hechos. Se trata de ir conociendo al NNA y hacerle saber que nos interesa. La curiosidad se debe comunicar sin molestia por el comportamiento, aunque si el comportamiento nos genera una reacción, sería mejor mostrar una actitud de tristeza más que de enfado cuando el NNA ha cometido un error. El NNA no se abrirá y es más difícil que aprenda emocionalmente con un tono enfadado.

Si no hay respuestas podrías intentar adivinar lo que el NNA puede estar pensando o sintiendo, diciéndolo en alto y conectado con el presente y el suceso, sin juicios de valor acerca del NNA como persona. Puede ser casi como una conversación contigo acerca de los posibles sentimientos y emociones del NNA, con el NNA delante pero sin esperar una respuesta.

Cuando el adulto presenta curiosidad en relación al por qué del comportamiento de un NNA, es menos probable que tanto el NNA como el adulto se sientan frustrados o enfadados. Al estar la curiosidad fuera de juicios de valor, el NNA tiende a abrirse a los sentimientos propios o de otras personas, aprende a participar abiertamente en conversaciones sobre emociones y comportamientos, y comienza a reflexionar acerca de su vida interna. Durante este proceso, el NNA puede descubrir que el comportamiento no refleja algo malo dentro de sí, sino más bien un pensamiento, sentimiento, percepción o motivo que le generó miedo, estrés o confusión, y fue expresado a través de su comportamiento. Cuando el NNA logra comunicar lo que le ocurre en su mundo interno a los adultos, la necesidad del comportamiento se reduce. Los sentimientos del NNA acerca de su propio comportamiento cambian también, estando menos a la defensiva, con menos vergüenza o culpa y con más responsabilidad.

4. E de EMPATÍA

La empatía le hace sentir al NNA que el adulto tiene compasión por él o ella. Ser empático significa que el adulto muestra activamente que la vida interior del NNA es importante y que el adulto quiere estar junto al NNA en sus tiempos difíciles. Con empatía, cuando el NNA está triste, el adulto siente la tristeza con él y se lo hace saber. Le demuestra que sabe cómo de difícil es la experiencia por la que está pasando y le dice que no tiene por qué pasar la experiencia solo. El adulto acompañará al NNA emocionalmente, le confortará, le brindará apoyo y le comunicará fuerza, amor y compromiso, además de la confianza de que es capaz de compartir las emociones del NNA. Conviene conocer que a veces los NNA que han sufrido trauma de forma inconsciente prueban a sus cuidadores para saber hasta cuándo serán capaces de soportar y quedarse con ellos.

El impacto de la comunicación con los niños siguiendo los principios PACE

PACE pone el foco en el NNA, no sólo en el comportamiento. Ayuda a los NNA a crecer más seguros con los adultos y eso se refleja en su propia seguridad, sus pensamientos, sentimientos y comportamientos, adquiriendo habilidades que son necesarias para mantener una vida feliz y satisfactoria. Los NNA descubren que no son malos, vagos o egoístas sino que a veces sólo están haciéndolo lo mejor que pueden en ese momento. Los problemas tienden a disiparse cuando la necesidad de los mismos también se reduce.

A través del PACE los NNA aprenden que pueden confiar en los adultos porque ellos realmente les conocen y seguirán intentando ayudarles hasta que las cosas mejoren para ellos. Así se sienten más seguros y confiados de que serán cuidados y de que lograrán comportarse mejor. Los adultos que usan PACE la mayor parte del tiempo, notan que se reduce el nivel de conflicto, la actitud defensiva y el retraimiento que tiende a estar presente en la vida de los NNA con dificultades de comportamiento. A través de estos principios, el adulto es capaz de ver las fortalezas y características positivas del NNA, a pesar de su comportamiento difícil o negativo.

ANEXO 7. Decálogo para prevenir la violencia sexual^{3,4}

1. Compartir tiempo con nuestros hijos e hijas, escucharles de forma activa y hablar en un tono de confianza. Legitimar sus experiencias y emociones.
3. Secretos que duelen. Guía para prevenir, detectar y actuar ante el abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes. Junta de Andalucía.
4. Que no me toque. Guía para familias sobre la prevención de la violencia sexual contra niños, niñas y Adolescentes. Junta de Extremadura.

- ciones nos ayudará a generar un vínculo de confianza sólido. La comunicación y la confianza son claves para prevenir la violencia sexual.
2. Hacerles sentir que estamos disponibles para hablar sobre temas de naturaleza afectivo-sexual y sobre aquello que les preocupa.
 3. Intentar conocer a los niños, niñas y personas adultas de todos los lugares que nuestros hijos e hijas frecuenten, también durante el uso de dispositivos electrónicos y redes sociales. Medidas de protección en la red como la instalación de antivirus, contraseñas seguras o cubrir la webcam de los dispositivos se pueden realizar juntos, facilitando conversaciones sobre los peligros de algunas prácticas en la red.
 4. Tratar la educación sexual con naturalidad y respeto desde muy temprana edad. No se trata exclusivamente de hablar del cuerpo, de los órganos sexuales o de determinadas conductas; la educación sexual está relacionada con los afectos, emociones, sentimientos, conductas y vivencias. Es necesario ayudar a construir una sexualidad saludable desde el inicio de la infancia, para que las niñas, niños y adolescentes puedan conocer, respetar y cuidar su cuerpo, y también el de las demás personas. Hablarles sobre la diferencia entre relaciones sentimentales, sexuales y de amistad sanas basadas en el respeto, y las que pueden perjudicarles marcadas por los celos, la posesión o la manipulación. El objetivo es que descubran quiénes son y se desarrollen de una manera integral que les permita vivir de forma libre, respetuosa y responsable.
 5. Transmitir a nuestros hijos e hijas que su cuerpo les pertenece. Nadie puede tocarle, acariciarle o besarle si tú no quieres. No significa no.
 6. Enseñarles dónde están y cómo se llaman las partes íntimas de ambos sexos, las cubiertas por la ropa interior, y que son privadas, para que puedan expresar sus dudas o preocupaciones.
 7. Enseñarles cuanto antes que nadie debe tocar sus partes íntimas, y nadie puede pedirles que se toquen si no quieren. Hay personas que deberán tocarle ahí para limpiarte o curarte. Pero si lo hacen de un modo que te haga sentir mal, díselo a una persona adulta en la que confíes.
 8. Explicarles que nadie debe mirarlos, grabarlos o fotografiarlos desnudos, semidesnudos o en posturas que les hagan sentir vergüenza. Pueden y deben decir no.
 9. Explicarles la importancia del cuidado de la imagen online, teniendo en cuenta que una vez que se publica algo en Internet es muy difícil eliminarlo y es accesible a multitud de personas. El control se pierde con un solo envío.
 10. Explicarles desde edades tempranas las diferencias entre los secretos buenos y los secretos malos, aquellos que les hacen sentir mal, incómodos o avergonzados, así como entre los regalos y los sobornos. Explicarles que deben compartir con una persona adulta de confianza los secretos y emociones que les hacen sentir mal.



ANEXO 8. Notificación del maltrato infantil desde el ámbito sanitario

HOJA DE NOTIFICACIÓN DE MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO



HOJA DE NOTIFICACIÓN DE MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

L = Leve **M** = Moderado **G** = Grave

Marque con una **X** todo lo que corresponda

Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso.

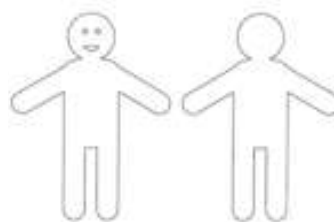
Sospecha ☐

Evidencia de
Maltrato ☐

MALTRATO FÍSICO

L M G

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------------|
| ☐ | ☐ | ☐ | Magulladuras o moratones 1 |
| ☐ | ☐ | ☐ | Quemaduras 2 |
| ☐ | ☐ | ☐ | Fracturas óseas 3 |
| ☐ | ☐ | ☐ | Heridas 4 |
| ☐ | ☐ | ☐ | Lesiones viscerales 5 |
| ☐ | ☐ | ☐ | Mordeduras humanas 6 |
| ☐ | ☐ | ☐ | Intoxicación forzada 7 |
| ☐ | ☐ | ☐ | Síndrome del niño zarandeado 8 |



Señale la localización de los síntomas.

NEGLIGENCIA

L M G

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | Escasa higiene 9 |
| ☐ | ☐ | ☐ | Falta de supervisión 10 |
| ☐ | ☐ | ☐ | Cansancio o apatía permanente |
| ☐ | ☐ | ☐ | Problemas físicos o necesidades médicas 11 |
| ☐ | ☐ | ☐ | Es explotado, se le hace trabajar en exceso 12 |
| ☐ | ☐ | ☐ | No va a la escuela |
| ☐ | ☐ | ☐ | Ha sido abandonado |

Procedimientos de Intervención



SITUACIONES DE **maltrato infantil** EN CASTILLA-LA MANCHA

MALTRATO EMOCIONAL

L M G

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| ☐ | ☐ | ☐ | Maltrato emocional 13 |
| ☐ | ☐ | ☐ | Retraso físico, emocional y/o intelectual 14 |
| ☐ | ☐ | ☐ | Intento de suicidio |
| ☐ | ☐ | ☐ | Cuidados excesivos/Sobreprotección 15 |

ABUSO SEXUAL

SÍ

- ☐ Sin contacto físico
- ☐ Con contacto físico y sin penetración **16**
- ☐ Con contacto físico y con penetración
- ☐ Dificultad para andar y sentarse
- ☐ Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
- ☐ Dolor o picor en la zonal genital
- ☐ Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal
- ☐ Cerviz o vulva hinchados o rojos
- ☐ Explotación sexual
- ☐ Semen en la boca, genitales o ropa
- ☐ Enfermedad venérea **17**
- ☐ Apertura anal patológica **18**

Configuración del himen **19**

**INDICADORES COMPORTAMENTALES EN EL NIÑO/A****OTROS SÍNTOMAS Y/O COMENTARIOS RELEVANTES AL/A LA MENOR****INDICADORES COMPORTAMENTALES EN LOS PADRES/TUTORES****RELACIÓN DEL PRESUNTO PERPETRADOR CON EL/LA MENOR**

Procedimientos de Intervención



IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

DATOS DEL MENOR

Caso Fatal (fallecimiento del niño) ☐ Sí

Apellidos _____ Nombre _____ Sexo ☐ V ☐ M Fecha Nac. ____ / ____ / ____

Domicilio _____ Localidad _____ Provincia _____ Teléfono _____

Nacionalidad _____

Lugar donde reside habitualmente (señalar con una cruz):

☐ Domicilio familiar Tfno: _____

☐ Residencia familia extensa Tfno: _____

☐ Otros Tfno: _____

Lugar donde se encuentra el/la menor en la actualidad y situación:

Personas que residen en el domicilio familiar:

☐ Padre ☐ Madre ☐ Menor ☐ Otros hermanos (número ____) ☐ Otros (Especificar) _____

Acompañante:

☐ Padre ☐ Madre ☐ Menor ☐ Policía ☐ Vecino ☐ Otro (Especificar) _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PADRES (Si se conocen)

Nombre y apellidos del padre _____

Nombre y apellidos de la madre _____

Domicilio y teléfono de contacto _____

DATOS DEL NOTIFICADOR

Fecha de Notificación ____ / ____ / ____

Centro: _____ Servicio / Consulta: _____

Nombre y apellidos: _____ Área sanitaria _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Localidad _____ Provincia _____ Fax: _____

Profesional:

☐ Médico ☐ Enfermera ☐ Trabajador Social ☐ Matrona ☐ Psicólogo N°. Colegiado _____

Relación con el menor: _____

ANEXO

Sospecha: No hay datos objetivos, sólo tenemos la sospecha, que se deduce de su historia clínica no creíble o contradictoria, o de la excesiva demora en la consulta.

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento,

M (Moderado): necesita apoyo / ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,...

G (Grave): requiere intervención urgente de los servicios sociales.

- 1 Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido inflingidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.
- 2 Quemaduras de puros o cigarros. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).
- 3 Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 2 años.
- 4 Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- 5 Lesiones viscerales (abdominales, torácicas y/o cerebrales). Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos constantes. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas, o alteraciones del sensorio sin causa aparente.
- 6 Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.
- 7 Intoxicación forzada del niño por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos
- 8 Hemorragias retinianas e intracraneales, sin fracturas.
- 9 Constantemente sucio. Escasa higiene. Hambriento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).
- 10 Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo.
- 11 Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado.
- 12 Incluye a niños que acompañan a adultos que «piden», vendedores en semáforos y a todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.
- 13 Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidos amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto.
- 14 Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.
- 15 Sobreprotección que priva al niño del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, juego, actividades escolares).



- 16 Incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clítoris, que habrá de especificarse en el apartado «Otros síntomas o comentarios».
- 17 Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonococia y sífilis no neonatal. Son sospechosos de abusos sexual: Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.
- 18 Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual. Desgarros de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (> 15 mm, explorado el ano decúbito lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente indicativo de abuso sexual.
- 19 Perforado,

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención.

La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la Ley:

- L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Directiva 95/46 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Ley 3/1999, de 31 de marzo, del Menor en Castilla-La Mancha.
- Decreto 4/2010 de 26 de enero de 2010, de protección social y jurídica de los menores en Castilla-La Mancha.

INSTRUCCIONES DE USO DE LA HOJA DE NOTIFICACIÓN

Este instrumento es un cuestionario para la notificación y recogida de información sobre casos de maltrato infantil y abandono desde el ámbito sanitario. Este cuestionario no es un instrumento diagnóstico sino una hoja estandarizada de notificación de los casos de maltrato evidente o de sospecha de maltrato que puedan aparecer en nuestras consultas.

Para utilizar el cuestionario se debe marcar con una «X» todos los síntomas de los que se tenga evidencia, o de los que se sospeche su presencia, rellenar la ficha de identificación y enviar el cuestionario por correo o por fax, según la urgencia.

El cuestionario consta de un inventario de síntomas, una figura, un dibujo anatómico, un recuadro para comentarios, una leyenda explicativa de los síntomas y un apartado de identificación del caso.

El inventario de síntomas se desglosa por apartados de tipologías. Éstos son: síntomas de maltrato físico, síntomas de negligencia en el trato del menor, síntomas de maltrato emocional y síntomas de abuso sexual. Es importante resaltar que *los síntomas no son exclusivos entre sí*.

Con frecuencia será necesario utilizar uno o varios indicadores de los distintos apartados de síntomas para perfilar el caso.

El primer apartado a rellenar se encuentra en la esquina superior derecha. En este recuadro se debe tachar si se trata de un caso *evidente de maltrato* o si sólo existe la *sospecha* de que existe maltrato. En las leyendas se encuentra una definición de lo que es la sospecha.

El inventario de síntomas sirve de guía para recordar los síntomas más frecuentes de maltrato. Es posible elegir varios indicadores de todos y cada uno de los apartados. Los indicadores no son exclusivos entre sí.

En los tres primeros apartados (maltrato físico, negligencia y maltrato emocional), se puede elegir el grado de gravedad del síntoma. La gravedad se indica marcando con una «X» debajo de la casilla correspondiente a la «L» si es leve, la «M» si es moderado y la «G» si es grave. Si sólo existe la sospecha, deben indicarse los síntomas pertinentes como leves.

En el apartado de maltrato sexual se debe marcar con una «X» aquellos indicadores de los que «SI» se tenga evidencia o sospecha de su presencia. Será frecuente que los indicadores de maltrato sexual aparezcan asociados a los síntomas de maltrato emocional. Cuando sea pertinente, se deberá rellenar la configuración del himen y/o el tamaño de la hendidura himenal en milímetros.

Algunos de los síntomas poseen una nota aclarativa, la cual se indica mediante un número. La aclaración se encuentra situada en la parte posterior del cuestionario. Es recomendable leer estas notas cuando el indicador no resulte evidente, hasta familiarizarnos con los indicadores.

Si existieran otros síntomas no contemplados en el listado, se deberá hacer uso del apartado de comentarios y reflejarlos allí.

El dibujo anatómico debe ser utilizado para indicar la localización de los síntomas. Bastará con sombrear sobre la figura la zona en la que se aprecia el síntoma. Si existieran varios síntomas que se desea localizar y su ubicación sobre el dibujo no fuera suficientemente evidente por el contexto del indicador, se puede indicar con una flecha el indicador al que se refiere el sombreado.



Existe un recuadro en el que se pueden escribir otros síntomas que no aparezcan reflejados en el cuestionario original. También es posible reflejar aquí comentarios que puedan ser pertinentes para la aclaración del caso o sospechas (por ejemplo de tipo biográfico, referentes a la credibilidad de la historia narrada por el sujeto o debidas a la reiteración de síntomas y visitas) que lleven al profesional a comunicar el caso.

En el apartado de identificación del caso se recogen los datos que permitirán localizar y describir al sujeto en la base de datos acumulativa. Es imprescindible recoger las iniciales del paciente, su sexo y su fecha de nacimiento (si se conoce).

Si la notificación se deriva de la defunción del sujeto, deberá rodearse la casilla correspondiente.

Debe consignarse la fecha de la notificación ya que pueden realizarse diversas notificaciones de un mismo caso en el mismo centro o en centros diferentes.

Por último, existe un área dedicada a la identificación de la persona que realiza la notificación. La información recogida en este apartado no se consigna en la base de datos del registro acumulativo de casos y se utiliza exclusivamente para asegurar la veracidad de la información contenida en la notificación. Por ello, es imprescindible rellenar este apartado para que la notificación surta efecto.

De cada hoja de notificación deberán realizarse 2 copias. Una copia deberá permanecer en la historia clínica para el seguimiento del caso si fuera necesario, otra copia se entregará al profesional de los servicios sociales y el original se enviará por correo al servicio de proceso de datos (equipo de menores de la Delegación Provincial de Salud y Bienestar Social).

IMPORTANTE: Cada notificación debe realizarse en un cuestionario nuevo, incluso cuando se refiera al mismo caso en fechas posteriores a la primera detección.

La eficacia de esta Hoja de Notificación depende en gran medida de la calidad de las notificaciones y del esmero con que sea utilizada. La cumplimentación descuidada puede invalidar la notificación del caso.

La buena utilización del cuestionario es fundamental para la fiabilidad de las respuestas y las acciones posteriores que puedan ser requeridas.

Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse al Servicio de Familia de las Delegaciones Provinciales de Salud y Bienestar Social.

ANEXO 9. Buenas prácticas en la relación de ayuda con las familias¹

Buenas prácticas en valoración:

- Procurar una mirada compleja y consensuada del funcionamiento familiar siendo conscientes de que siempre será una aproximación a la verdadera vivencia familiar.
- Valorar aspectos positivos y negativos de dicho funcionamiento y su impacto en el desarrollo del NNA, teniendo en cuenta sus necesidades evolutivo-educativas y también los factores de vulnerabilidad y resiliencia.
- Tener en cuenta la presencia de acontecimientos vitales negativos, cronicidad o crisis familiar aguda que pueden agravar la situación familiar.
- Ser conscientes de la posible interferencia de los propios prejuicios y de las concepciones implícitas sobre la familia.
- Hablar con las personas, no con los problemas.
- Recabar la información no solo mediante preguntas sino gracias a la narración y el diálogo en un contexto de respeto y confianza.
- Conocer de las familias su visión de la realidad familiar, que puede ser en sí misma bastante plural dependiendo de los miembros y tener en cuenta las posibles discrepancias entre dichas visiones.
- Usar muchas fuentes de información: informes previos, entrevistas, visitas domiciliarias, cuestionarios, etc., para no basarnos en primeras impresiones.
- Promover relaciones de colaboración con la familia desde el primer momento.
- Concebir la valoración de la familia como parte de un proceso circular y no lineal ya que se interviene desde la primera visita.
- No centrarse en encontrar las causas de la situación actual en el pasado, buscar culpables o reprochar actitudes y comportamientos.
- Saber que la valoración está dirigida a determinar los objetivos de la intervención así como su priorización en función de los recursos que están a su alcance.

Buenas prácticas en la intervención:

- Saber que está para ayudar a los progenitores a construir, durante el proceso de cambio, su propio traje a medida.
- Conectar los objetivos de la intervención con las necesidades y preocupaciones de la familia y priorizarlos teniendo en cuenta el bienestar y seguridad del NNA..
- Establecer un plan consensuado de trabajo con las familias donde se describen los objetivos a alcanzar, las actuaciones y recursos necesarios para lograrlos y el grado de cumplimiento de dichos objetivos, así como la temporalidad de todo el proceso.
- Incluir no solo objetivos personales sino relacionales, p. ej. aumentar las redes informales para fomentar la autonomía y la integración social de la familia y evitar la dependencia de los técnicos.
- Llevar un registro compartido con los demás profesionales implicados de todas las actuaciones y recursos utilizados durante el proceso de intervención.
- Promover un sentimiento de unidad y de trabajo conjunto con la familia hacia los mismos objetivos de cambio y solicitar su compromiso formal.
- Ayudar a las familias a que descubran sus capacidades para el cambio y potenciarlas.
- Pedir a cada familia lo que puede hacer, teniendo en cuenta sus recursos y capacidades resilientes, para proporcionarles experiencias de éxito que resulten gratificantes.
- Identificar los pequeños cambios: una actitud que ya ha dejado de tener, una decisión concreta que acaba de tomar, un comentario optimista sobre los hijos/as, etc., y ayudar a los miembros de la familia a que los reconozcan para que se refuerce la tendencia positiva de cambio y se incremente la confianza en su papel.
- Abrir puertas y crear oportunidades de desarrollo para la familia cuidando su integración social en la comunidad.
- Esperar las crisis y lo inesperado, pero saber aprovechar la elevada motivación al cambio que tienen las familias en los momentos de crisis, sin olvidar las prioridades de la intervención definidas en el plan consensuado con las familias.
- Saber complementar los roles de supervisión, control, acompañamiento y apoyo psicoeducativo, sin contaminarse unos con otros.
- Saber secuenciar las derivaciones a otros recursos, tal como se priorizan las metas de la intervención, ya que la simultaneidad satura las capacidades de respuesta de las familias y conduce al fracaso de la intervención.

1. Fuente: Guía de buenas prácticas para la parentalidad positiva.

Disponible en: https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/BuenasPractParentalidadPositiva_0.pdf

- Desarrollar las intervenciones en una atmósfera libre de juicios y condenas, en donde se estimule la expresión libre de las vivencias y emociones, haciéndoles ver la valentía de enfrentarse a los desafíos de su situación familiar.
- Supervisar y evaluar la consecución de los objetivos de la intervención.

ANEXO 10. REVELAS. Formulario de derivación.

FECHA DERIVACIÓN.....

1. DATOS MENOR

NOMBRE				
FECHA NACIMIENTO		EDAD		
ESTUDIA	NO	SI	CURSO	CENTRO
TRABAJA	NO	SI	OCUPACIÓN	

2. DERIVADO POR

SERVICIOS SOCIALES GENERALES
 TÉCNICO PROTECCIÓN MENORES
 TÉCNICO MEDIO ABIERTO
 CENTRO DE INTERNAMIENTO
 JUZGADO
 OTROS

3. PERSONA QUE DERIVA

NOMBRE
 CARGO
 TFNO.
 DIRECCIÓN

4. PERSONA DE REFERENCIA

NOMBRE
 CARGO
 TFNO.
 DIRECCIÓN

5. TUTOR LEGAL

PADRE / MADRE / CENTRO MENORES / OTROS
 NOMBRE
 TFNO. CONTACTO
 DIRECCIÓN

6. MOTIVO DERIVACIÓN

RELATO DEL MENOR
 INDICADORES A.S.I.
 CONOCIMIENTO TERCEROS
 DENUNCIA

7. OTROS PROFESIONALES INTERVIENDO

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

8. MOTIVACIÓN ASISTENCIA

PROPIA
FAMILIA
OBLIGADO POR

9. DOCUMENTACIÓN APORTADA

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

SOLO PARA PROFESIONALES DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

¿VALORA COMO IMPRESCINDIBLE EL INICIO INMEDIATO DE TRATAMIENTO?(justifique en “ampliación de información”)

SÍ NO

SOLO PARA PROFESIONALES DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE MENORES

¿CONSIDERA QUE EL/LA MENOR SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE RIESGO COMO CONSECUENCIA DE LA SITUACIÓN QUE MOTIVA LA DERIVACIÓN? (justifique en “ampliación de información”)

SÍ NO

10. AMPLIACIÓN INFORMACIÓN



ANEXO 11. ¿Qué es la revictimización?

La revictimización o victimización secundaria sucede cuando no atendemos adecuadamente las necesidades de las víctimas. Puede suceder por falta de preparación, desconocimiento, falta de recursos y apoyos necesarios. Debe ser evitada a toda costa, ya que puede suponer que la víctima tenga que volver a recordar y experimentar las situaciones de maltrato y violencia en varias ocasiones, con las consecuencias emocionales que esto supone.

Son situaciones que provocan revictimización:

- Tener que contar lo sucedido en repetidas ocasiones a distintas personas y profesionales.
- No creer a la víctima, que se considere que exagera o que es cosa de niños.
- Culpar a la víctima de lo que ha sucedido.
- Culpar a la víctima de poner en riesgo la unidad familiar.
- Culpar a la víctima por haber aceptado esa situación o no haberla evitado.
- Obligar a la víctima a perdonar al agresor y seguir adelante.
- Obligar a la víctima a hacer como si nada hubiese sucedido.

Durante el procedimiento de actuación, desde la detección hasta la intervención, se debe cuidar a la víctima y evitar que se alarguen en el tiempo sus efectos negativos por falta de recursos, no actuación, publicidad del caso o falta de especialización de los profesionales de atención.

Qué hacer y qué evitar ante un posible caso:

- Creer siempre al NNA. No suelen mentir sobre estas cosas.
- Decirle que le crees y que le vas a ayudar para que las cosas cambien.
- No mentir ni prometer lo que no puedes cumplir, como, por ejemplo, guardar siempre el secreto.
- Ayudarle a que no se sienta culpable. Decirle que es muy valiente por haber conseguido comunicarlo y pedir ayuda.
- Ayudarle a no sentirse responsable ni de lo que ha sucedido ni de lo que puede suceder más adelante como consecuencia de la revelación de la situación de maltrato.
- Intentar recabar toda la información posible, pero sin interrogar al NNA, ya que puede afectar a su testimonio posterior e invalidarlo como prueba.
- Notificar inmediatamente.
- Informarle de los siguientes pasos del proceso.
- Buscar ayuda e información. Asesórate a través de los Servicios Sociales más próximos al lugar de residencia del NNA.



Bibliografía

- Estado J del. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia [Internet]. *Boletín Oficial del Estado* (BOE). 2021. p. 1-75.
<https://www.boe.es/buscar/pdf/2021/BOE-A-2021-9347-consolidado.pdf>
- Morales JM, Zunzunegui Pastor V MS V. Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. *Gac Sanit*. 1997;11:231–41.
- Soriano Faura F. Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud. En Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. Actualizado diciembre 2015. [consultado 10/08/2024]. Disponible en <https://previnfad.aepap.org>
- Flaherty EG, Jr JS. Clinical Report - The Pediatrician's Role in Child Maltreatment Prevention. 2010;126(4):833–41.
- Ashraf IJ, Pekarsky AR, Botash AS. Making the Most of Clinical Encounters Prevention of Child Abuse and Maltreatment Parenting Child maltreatment Neglect Sexual abuse Sentinel injuries. 2020;67:481–98.
- Wendy Gwirtzman Lane. Prevention of Child Maltreatment. *Pediatr Clin North Am*. 2014;61(5):873–88.
- Christina Bethell, PhD, MBA, MPH; Jennifer Jones, MSW; Narangerel Gombojav, MD, PhD; Jeff Linkenbach, EdD; Robert Sege, MD P. Positive Childhood Experiences and Adult Mental and Relational Health in a Statewide Sample: Associations Across Adverse Childhood Experiences Levels. *JAMA Pediatr*. 2019;173(11).
- Narayan AJ, Rivera LM, Bernstein RE, Harris WW, Lieberman AF. Child Abuse & Neglect Positive childhood experiences predict less psychopathology and stress in pregnant women with childhood adversity: A pilot study of the benevolent childhood experiences (BCEs) scale. *Child Abuse Negl*. 2018;78:19–30.
- Mouesca J. Prevención del maltrato infantil: función del pediatra. 1a parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes. *Arch Argent Pediatr*. 2015;113(6):558–67.
- Mouesca J. Prevención del maltrato infantil: función del pediatra . 2a parte. Prevención antes de que ocurra, ante la sospecha y con la confirmación del maltrato. *Arch Argent Pediatr*. 2016;114(1):64–74.
- Domingo-Salvany F. El maltrato y el abuso sexual infantil en Atención Primaria de salud: Los pediatras: parte del problema y parte de la solución. *Pediatr Integr*. 2013;XVII(10): 694–712.
- Horno Goicoechea P. Desarrollo del vínculo afectivo. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2008. Madrid: Exlibris Ediciones; 2008. p. 303-10.



CAPÍTULO 13

DIRECTORIO DE RECURSOS EN CASTILLA-LA MANCHA

- ▶ **Paula Santos Herráiz.** FEA Pediatría. Hospital Universitario de Toledo.
- ▶ **Javier Eduardo Blanco González.** Pediatra de atención primaria. Centro de Salud Materno Infantil de Azuqueca de Henares. Guadalajara.
- ▶ **Guillermo Chaves Díaz.** Pediatra de atención primaria. Centro de salud Cuenca I.
- ▶ **Sara García Espinosa.** Trabajadora social de los centros de salud de La Puebla de Montalbán y Polán. Toledo.
- ▶ **Celia Alicia Rivas Alonso.** Trabajadora social. Centro de Salud de Consuegra. Toledo.
- ▶ **Vanessa Losa Frías.** Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Polán. Toledo.

Castilla-La Mancha						
TIPO ESPECÍFICO	TIPO ESPECÍFICO	DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO	WEB	CORREO-e	RESEÑA:
Acoso escolar y ciberacoso	Prevención e intervención en acoso y ciberacoso #TUCUENTAS		116111	Castilla-La Mancha		Dirigido a niños, niñas y adolescentes que sufren acoso. Atención psicológica presencial en la provincia en menos de 48 horas. Orientación y apoyo a familiares. Formación y acciones de sensibilización.
Asociaciones de familiares y afectados	Directorio de Asociaciones de familiares y afectados			Escuela de salud		Directorio de asociaciones de la Escuela de Salud y Cuidados de Castilla-La Mancha
Aulas de familia	Aulas de Familia		925 274 552	Infancia y familia	aulasdefamilia.bs@jccm.es	Espacio de asesoramiento, orientación, información y apoyo a padres y madres ante los desafíos de la crianza y educación de sus hijos e hijas, teniendo en cuenta el momento evolutivo en que se encuentran. Se realizan talleres presenciales y online sobre temas de interés general sobre las etapas del desarrollo de NNA y situaciones específicas (ruptura de parejas, nuevas tecnologías...).

Castilla-La Mancha						
TIPO ESPECÍFICO	TIPO ESPECÍFICO	DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO	WEB	CORREO-e	RESEÑA:
Centro Base de atención a personas con discapacidad	Centros Base de atención a personas con discapacidad			Castilla-La Mancha		
Centro de Atención temprana	Directorio de centros de atención temprana			Servicios de Atención Temprana		
Centro de día de atención a la infancia y a la familia	Centros de día de atención a la infancia y a la familia			Infancia y familias	centrodediainfancia.bs@jccm.es	Recursos sociales dirigidos a promover el desarrollo integral de NNA en los ámbitos personal, familiar, educativo-académico y social, lo que favorece su proceso madurativo y una integración social positiva; mejorando, de esta forma, las dinámicas relacionales dentro de la familia.
Centro de Servicios Sociales	Directorio de Servicios Sociales de Atención Primaria			Castilla-La Mancha		
Centros educativos	Directorio de Centros educativos			Educación JCCM		
Delegación provincial de la Consejería de Bienestar social	Servicio de Infancia y familia. Delegaciones provinciales			Infancia y familias CLM		
Dirección general de Infancia y familia	Dirección general de Infancia y Familia. Consejería de Bienestar Social	Avenida de Francia, 4.	925 287 096	Infancia y familias CLM	dginfanciayfamilia@jccm.es	
Fiscalía	Fiscalía de Castilla-La Mancha	Palacio de Justicia. Calle San Agustín, 1 (02001 Albacete)	967 596 503 967 596 519		fiscalia.cm@fiscal.es	
Instituto de la mujer	Instituto de la mujer	Plaza de Zocodover, 7, 2ª planta. 45071 Toledo	925 286 010	Instituto de la mujer CLM	institutomujer@jccm.es	
Instituto de la mujer	Directorio de centros de la mujer			Instituto de la mujer CLM		Apoyo jurídico, psicológico, empleo, formación y recursos sociales, con especial atención a mujeres víctimas de violencia de género.

Castilla-La Mancha						
TIPO ESPECÍFICO	TIPO ESPECÍFICO	DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO	WEB	CORREO-e	RESEÑA:
Interpretación telefónica y traducción	Servicio de interpretación telefónica y traducción simultánea multilingüe	Servicios Centrales SESCOAM. Avda. Río Guadiana, 4. 45007. Toledo	925 690 072 Ext 79060	Sanidad CLM		Traducción telefónica en línea 24 horas del día, 365 días del año.
Mutilación genital femenina	Asociaciones relacionadas en el abordaje a la mutilación genital femenina			Instituto de la mujer CLM		Pág. 51 del Protocolo de mutilación genital femenina de Castilla-La Mancha.
Mediación y orientación familiar	Mediación y orientación familiar			Infancia y familias CLM	mediacion.bs@jccm.es	Mediación en ruptura de pareja, terapia familiar y terapia de pareja. No es criterio de intervención cuando existe una orden de alejamiento, consumo de tóxicos activo que interfiera en la intervención o diagnóstico de salud no estable.
ONG	UNICEF Comité de Castilla-La Mancha	C/ Cardenal Cisneros, 6. 1º Derecha, 45002. Toledo	913 788 598	Unicef	castmancha@unicef.es	
Prevención de conductas delictivas y situaciones de conflicto social	Promoviendo la convivencia			Castilla-La Mancha		NNA de edad menor a 14 años y sus progenitores que hayan realizado un comportamiento tipificado como delito y NNA con conductas disruptivas y que se encuentren en situación de vulnerabilidad y/o riesgo de exclusión social.
Servicios especializados en la atención a la mujer y menores de edad	Unidad de Atención a la Familia y Mujer (UFAM)		091	Policía	atencionfamiyai-mujer@policia.es	Unidades de Policía Nacional especializadas en la prevención y la investigación de las infracciones penales sobre violencia de género, doméstica y sexual.

Castilla-La Mancha						
TIPO ESPECÍFICO	TIPO ESPECÍFICO	DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO	WEB	CORREO-e	RESEÑA:
Servicios especializados en la atención a la mujer y menores de edad	Equipo de Mujer-Menor (EMUME)	https://www.guar-diacivil.es/documentos/pdfs/2017/Direcciones_EMUMEs.pdf	062	Guardia Civil		Investigación de los delitos cometidos contra mujeres y NNA, así como aquellos en los que participan como autores. El ámbito de actuación de los EMUME de la Guardia Civil comprende: la violencia en el entorno familiar, los delitos contra la libertad sexual, los delitos relacionados con la delincuencia juvenil, la trata de seres humanos y la pornografía infantil.
Teléfono de la infancia y adolescencia	Servicio de Línea de Atención a la Infancia y a la Adolescencia 116111 de Castilla-La Mancha.		116111	Castilla-La Mancha		Atención telefónica las 24 horas. Presta atención a cualquier problema que el NNA esté sufriendo: desde dificultades de relación con los compañeros o los padres o problemas escolares hasta situaciones de maltrato, violencia de género, acoso, o simplemente cuando lo que busquen sea una orientación o información sobre algo que les preocupe.
Violencia intrafamiliar	Prevención e intervención en violencia familiar (violencia intrafamiliar o violencia ascendente o filioparental)			Castilla-La Mancha	prevencionviolencia.bs@jccm.es	Familias en las que se dan situaciones de violencia, explícita o implícita, así como la prevención en aquellas familias que puedan encontrarse en situación de riesgo.
Violencia sexual infantil	Programa de Prevención e Intervención en Abuso Sexual Infantil (REVELAS)	C/ Nuñez de Arce, 24. 45003. Toledo	656 929 924	Castilla-La Mancha	revelas-m1@amformad.es	Atención a NNA víctimas de violencia sexual, NNA con sentencia judicial por haber cometido agresión sexual (en este caso queda excluido el apoyo jurídico) y familias de aquellos NNA que han sido víctimas o que han cometido violencia sexual.



Castilla-La Mancha						
TIPO ESPECÍFICO	TIPO ESPECÍFICO	DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO	WEB	CORREO-e	RESEÑA:
Apoyo postadopción				Infancia y familias CLM		El Servicio Regional de Apoyo a la Post-adopción es un servicio especializado de apoyo, orientación, asesoramiento e intervención para todas las familias adoptivas y en proceso de guarda con fines de adopción.

ALBACETE					
TIPO ESPECÍFICO	RECURSOS	DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO	WEB	CORREO-e
Aulas de familia	Aulas de Familia	C/ Tetuán, 8. Albacete.	656 768 008 656 776 168	Infancia y familias CLM	aulas.albacete@actiasocial.org
Equipo de atención educativa hospitalaria y atención domiciliaria	Equipo de atención domiciliaria y hospitalaria (Aula en casa)	Hospital General Universitario. Aula Hospitalaria. C/ Hnos Falcó, 37. 02006 Albacete	967 193 020	EAEHDAB	eaehd@hotmail.com ; 02008877. eaehd@edu.jccm.es
Equipo de atención educativa hospitalaria y atención domiciliaria	Equipo de atención domiciliaria y hospitalaria (Aula en casa)	Hospital Comarcal de Hellín. c/ Juan Ramón Jiménez, s/n. 02400 Hellín.	967 309 500		aulahospitalhellin@hotmail.com
Familias monoparentales	Programa de apoyo a familias monoparentales: Apoyarte	C/ Avda Guardia Civil 42. Albacete	675 583 413		apoyarteclm@fundacionatenea.org
Fiscalía	Fiscalía provincial	Avenida de la Mancha, 1. Ciudad de la Justicia. 02071. Albacete	967 596 516 967 596 702 967 596 518		fiscalia.albacete@fiscal.es
Fiscalía de menores	Fiscalía de menores	Avda. de la Mancha, 1. esquina Avda. Gregorio Arcos s/n. 02005 Albacete	967 191 908 967 191 905		fiscaliamenores.albacete@fiscal.es
Oficina de atención a las víctimas de delito	Oficina de asistencia a víctimas de delito	Avda. De la Mancha, 1. 2ª planta derecha. Ciudad de la Justicia. 02005. Albacete	967 596 642 967 596 705		victimas.albacete@justicia.es
ONG	Asociación Dame Teta. Grupo de apoyo a la lactancia materna	C/ Encuadernadores, 1. 1ºB. 28018 Albacete	652 326 843		dametetalactancia@gmail.com
ONG	Asociación de ayuda a atención familiar y servicios sociales Afaser	C/Escritor Ben Nassir, 25. 3ºB. 02002. Albacete	699 909 790		asociacionafaser@gmail.com
ONG	Cáritas diocesana de Albacete	Pl. de los Molinos, 3. Albacete	967 222 600		
ONG	Cruz Roja de Albacete	C. San Antonio 19. 02001 Albacete	967 219 050		
ONG	Médicos del Mundo Albacete	Calle María Marín 46. 02003 Albacete	967 995 496 609 744 791		albacete@medicosdelmundo.org
ONG	UNICEF. Delegación de Albacete				albacete@unicef.es
Prevención de conductas delictivas y situaciones de conflicto social	Promoviendo la convivencia	C/ Tetuán, 8. Albacete	683 251 563		prevencionalbacete@diagrama.org

ALBACETE					
TIPO ESPECÍFICO	RECURSOS	DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO	WEB	CORREO-e
Prevención de conductas delictivas y situaciones de conflicto social	Programa de prevención e intervención en adicciones sin sustancias: #Túcontrolas	C/ Avda Guardia Civil 42. Albacete	645 767 886		tucontrolas@fundacionatenea.org
Salud mental	Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil	Hospital del Perpetuo Socorro. C/ Seminario, 4. 02226. Albacete	967 597 645		
Violencia intrafamiliar	Prevención e intervención en violencia familiar	C/ Paisaje Meteorología s/n	967 245 417 645 658 518		albacete@amformad.es
Violencia sexual infantil	Programa de Prevención e Intervención en Abuso Sexual Infantil (REVELAS)	C/ Paisaje Meteorología s/n	967 245 417 691 732 962		albacetejr-revelas@amformad.es
Acoso escolar y ciberacoso	Tú Cuentas	C/ Tetuán, 8. Albacete	619 149 589		albacete-acoso@amformad.es
Apoyo post-adopción	Programa de apoyo a la post-adopción	C/ Feria, 83. Entrpl. Ild.	967 512 588 691 335 354		oscar.postadopcion@asociacionasio.es
Apoyo socioeducativo	Programa de apoyo socioeducativo CACE "Cometa"	Plaza Estación, 15, 02630 La Roda, Albacete	622 685 973	Fundación Valse	pscometa@salesianas.org

CIUDAD REAL					
TIPO ESPECÍFICO	RECURSO	DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO	WEB	CORREO-e
Aulas de familia	Aulas de Familia		654 466 098	Infancia y familias CLM	aulas.ciudadreal@actia-social.org
Equipo de atención educativa hospitalaria y atención domiciliaria	Equipo de atención domiciliaria y hospitalaria (Aula en casa)	Hospital Santa Bárbara. Aula Hospitalaria: 3ª Planta Pediatría. Ctra. De Malagón s/n. 13500 Puertollano	926 421 100 Ext. 70070		13010973.eaehd@edu.jccm.es
Equipo de atención educativa hospitalaria y atención domiciliaria	Equipo de atención domiciliaria y hospitalaria (Aula en casa)	Hospital La Mancha Centro. Aula Hospitalaria: 2ª Planta Pediatría. Avda. de la Constitución S/N. 13600, Alcázar de San Juan	638 227 698		
Equipo de atención educativa hospitalaria y atención domiciliaria	Equipo de atención domiciliaria y hospitalaria (Aula en casa)	CEIP Jardin de arena. C/ Juan Genovés S/N. 13600 Alcázar de San Juan, Ciudad Real	691 057 461 691 836 130 638 014 427 652 872 829		13010961.eaehd@edu.jccm.es ; eaehdalcazarsanjuan@gmail.com
Equipo de atención educativa hospitalaria y atención domiciliaria	Equipo de atención domiciliaria y hospitalaria (Aula en casa)	Hospital General Universitario. Aula Hospitalaria Pediatría. Nivel 2A. C/ Obispo Rafael Torija, S/N. 13005 Ciudad Real	926 278 000 Ext. 77207	EAEHD	13010951.eaehd@edu.jccm.es
Fiscalía	Fiscalía provincial	Calle Eras del Cerrillo, 3, Polígono Larache (13071 Ciudad Real)	926 278 825 926 278 823		fiscalia.ciudadreal@fiscal.es
Fiscalía de menores	Fiscalía de menores	C/Eras del Cerrillo, 3. Pol. Larache. 13005. Ciudad Real	926 278 944		fiscaliamenores.ciudadreal@fiscal.es
Oficina de atención a las víctimas de delito	Oficina de asistencia a víctimas de delito	C/ de las Eras del Cerrillo, 3. 1ª planta. Edificio Nuevo de los Juzgados. 13071. Ciudad Real	926 278 850 926 278 851 926 278 849		victimas.ciudadreal@justicia.es
ONG	Caritas Ciudad Real	C/ Caballeros, 7- 13001. Ciudad Real.	926 251 213		
ONG	Cruz Roja Ciudad Real	C/ Caballero, 1º	926 229 799		creciudadreal@cruzroja.es
ONG	UNICEF Ciudad Real				ciudadreal@unicef.es
ONG	Movimiento por la Paz Ciudad Real	c/ Pozo Dulce, 16. 13001 Ciudad Real	926 257 024		ciudadreal@mpdl.org
Salud mental	Unidad de Salud Mental Infante Juvenil	Avda Constitución, 3.	926 580 500		
Apoyo socioeducativo	Programa socioeducativo "Sueños"	Colegio Nuestra Señora de Dolores, Calle Real, 28, 13300 Valdepeñas, Ciudad Real	636 184 669	Fundación Valse	pssuenos@salesianas.org

CUENCA						
TIPO ESPECÍFICO	RECURSOS	TIPO DE RECURSO	DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO	WEB	CORREO-e
Aulas de familia	Aulas de Familia	Social		653 670 124	Infancia y familias CLM	aulas.cuenca@actiasocial.org
Centro de día de atención a la infancia y a la familia	CRUZ ROJA CUENCA. Intervención familiar con infancia en riesgo.	Tercer sector	Plaza de la Constitución 16001	969 230 131		cuenca@cruzroja.es
Equipo de atención educativa hospitalaria y atención domiciliaria	Equipo de atención domiciliaria y hospitalaria (Aula en casa)	Educativo	Hospital General Virgen de la Luz. Aula Hospitalaria en Planta de Pediatría (3ª B). Avda. Hermandad Donantes de Sangre s/n. 16002 Cuenca	638 549 641 969 179 939		16009325.eaehd@edu.jccm.es
Fiscalía	Fiscalía provincial	Judicial	C/ Gerardo Diego, 8. Edificio Juzgados (16004 Cuenca)	969 247 171		fiscalia.cuenca@fiscal.es
Fiscalía de menores	Fiscalía de menores	Judicial	C/ Gerardo Diego, 8-15. Edificio Nuevo de los Juzgados, 16004, Cuenca	969 247 172		fiscaliamenores.cuenca@fiscal.es
Oficina de atención a las víctimas de delito	Oficina de asistencia a víctimas de delito	Judicial	C/ Gerardo Diego, 8. Edificio Nuevo de los Juzgados. 16071. Cuenca.	969 247 071 969 247 240		victimas.cuenca@justicia.es
Prevención de conductas delictivas y situaciones de conflicto social	Promoviendo la convivencia. Fundación Diagrama.	Social	Av República Argentina, 1; Centro Comercial Cuatro Caminos, local 19; 16003 Cuenca	681 293 334		prevencioncuenca@diagrama.org
Salud mental	Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil	Sanitario	Avda. de la Música Española s/n, Cuenca, 16004	969 179 934		
Violencia intrafamiliar	Prevención e intervención en violencia familiar. Programa crecer en armonía	Social	C/ Sargal, nº2, Cuenca. 16002	969 236 234		

GUADALAJARA					
TIPO ESPECÍFICO	RECURSOS	DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO	WEB	CORREO-e
Aulas de familia	Aulas de Familia		925 274 552 681 343 273	Infancia y familias CLM	auladefamilia@asociaciontsis.es
Centro de día de atención a la infancia y a la familia	Programa Entretod@s (Fundación Alamedillas)		949 885 943		jmangas@jccm.es
Equipo de atención educativa hospitalaria y atención domiciliaria	Equipo de atención domiciliaria y hospitalaria (Aula en casa)	Hospital General Universitario. Aula Hospitalaria: 3ª Planta Pediatría.C/ Donantes de Sangre s/n. 19002. Guadalajara	949 247 062		19008708.eaehd@edu.jccm.es
Fiscalía	Fiscalía provincial	Avda. Mirador del Balconcillo, 19. Palacio de Justicia. 19004	949 392 783 949 234 770 949 392 782		fiscalia.guadalajara@fiscal.es
Fiscalía de menores	Fiscalía de menores	Avda. Mirador del Balconcillo, 19. Palacio de Justicia. 19004. Guadalajara	949 209 912		fiscaliamenores.guadalajara@fiscal.es
Oficina de atención a las víctimas de delito	Oficina de asistencia a víctimas de delito	Avda. Mirador del Balconcillo, 19. 1ª planta. Palacio de Justicia. 19001. Guadalajara	949 209 970 949 392 669		victimas.guadalajara@justicia.es
ONG	UNICEF Guadalajara				guadalajara@unicef.es
Prevención de conductas delictivas y situaciones de conflicto social	Crece en armonía. Programa de prevención e intervención en violencia familiar		925 274 552		prevencionviolencia.bs@jccm.es
Salud mental	Unidad de Salud Mental Infanto Juvenil	Ferial, 31. Guadalajara.	949 225 719		
Violencia sexual infantil	Programa de Prevención e Intervención en Abuso Sexual Infantil (REVELAS)		925 274 552		revelas.bs@jccm.es guadalajara-revelas@amformad.es

TOLEDO					
TIPO ESPECÍFICO	RECURSOS	DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO	WEB	CORREO-e
Aulas de familia	Aulas de Familia		925 241 854	Infancia y familias CLM	aulas.toledo@actiasocial.org
Aulas de familia	Aulas de Familia		658 765 398	Infancia y familias CLM	aulas.talavera@actiasocial.org
Equipo de atención educativa hospitalaria y atención domiciliaria	Equipo de atención domiciliaria y hospitalaria (Aula en casa)	Hospital Universitario de Toledo. Pediatría. Avda Río Guadiana. 45007. Toledo.	639 827 492 925 269 000		45012013.eaehd@edu.jccm.es
Equipo de atención educativa hospitalaria y atención domiciliaria	Equipo de atención domiciliaria y hospitalaria (Aula en casa)	Hospital Nuestra Señora del Prado. Avda Extremadura km 114. 45600. Talavera de la Reina	925 803 600		45012025.eaehd@edu.jccm.es
Equipo de atención educativa hospitalaria y atención domiciliaria	Equipo de atención domiciliaria y hospitalaria (Aula en casa)	CEPA Río Tajo. Avda Pío XII nº 2, Despacho 3. 45600 Talavera de la Reina.			
Equipo de atención educativa hospitalaria y atención domiciliaria	Equipo de atención domiciliaria y hospitalaria (Aula en casa)	Hospital Nacional de Paraplégicos. Finca la Peraleda, s/n. 45071	925 247 724 639 827 492		
Fiscalía	Fiscalía provincial	Marqués de Mendigorría, 2. Edificio de los Juzgados. 45003	925 396 135 925 282 079 925 282 080		fiscalia.toledo@fiscal.es
Fiscalía de menores	Fiscalía de menores	C/ Marqués de Mendigorría, 2. Edificio de los Juzgados. 45003. Toledo	925 396 118		fiscaliamenores.toledo@fiscal.es
Oficina de atención a las víctimas de delito	Oficina de asistencia a víctimas de delito	C/ Marqués de Mendigorría, 2. Edificio de los Juzgados. 45003. Toledo	925 396 022 925 396 023		victimas.toledo@justicia.es
ONG	REDMADRE	C/ de la Diputación, 5. 45004. Toledo	687 388 330	www.redmadre.es	redmadretoledo@gmail.com
ONG	Médicos del Mundo Toledo	Plaza de Santa Bárbara, 3. 45006. Toledo	925 222 312 629 013 655	www.medicosdelmundo.org	castillalamancha@medicosdelmundo.org
ONG	Cruz Roja Española- Toledo	Cuesta de los Capuchinos, 16. Toledo	925 216 060	www.cruzroja.es	toledo@cruzroja.es
ONG	Cáritas diocesana de Toledo	C/ Vida Pobre 3, 45002. Toledo	925 224 600	https://caritastoledo.com/	caritas@caritastoledo.es
ONG	Movimiento por la Paz Toledo	Travesía de Barrio Rey, 2, 1º. 45001 Toledo,	925 257 235		castillalamancha@mpdl.org

TOLEDO					
TIPO ESPECÍFICO	RECURSOS	DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO	WEB	CORREO-e
Unidad de trabajo social sanitario	Unidad funcional trabajo social sanitario. Centros de salud de Fuensalida y Camarena	Fuensalida: C/ Beato Juan de Ávila, 13. 45510. Camarena: C/ Maestros s/n. 45180.	Camarena: 918 174 213 Fuensalida: 925 785 517 925 785 667		raquadon@sescam.jccm.es
Unidad de trabajo social sanitario	Unidad funcional trabajo social sanitario. Centro de salud de Consuegra	Plaza de San Juan de Jerusalem, 2. 45700	925 475 194 925 481 312		carivas@sescam.jccm.es
Unidad de trabajo social sanitario	Unidad funcional de trabajo social sanitario. Centro de salud Escalona, Sillería y Torrijos	Escalona: Avda. Constitución, 24, 45910. Torrijos: Avda de la Estación, 113. 45500. Sillería: C/ Sillería, 2. 45001.	Escalona: 925 780 493 925 781 181 Torrijos: 925 771 105 Sillería: 925 211 053		evillasevil@sescam.jccm.es
Unidad de trabajo social sanitario	Unidad funcional de trabajo social sanitario. Centros de salud de Esquivias y Villaluenga de la Sagra.	Esquivias: C/ Luissa Biaggi Veira s/n. 45221. Villaluenga de la Sagra: C/ Lope de Vega, 5. 45520.	Esquivias: 925 820 333 Villaluenga de la Sagra: 925 531 282		sagrariob@sescam.jccm.es
Unidad de trabajo social sanitario	Unidad funcional de trabajo social sanitario. Centros de salud de Sonseca y Los Yébenes	Sonseca: C/ Antonio Moraleda, 29. 45100. Los Yébenes: C/ San Salvador, s/n. 45470.	Sonseca: 925 380 155 Los Yébenes: 925 320 356 925 348 280		nfletes@sescam.jccm.es
Unidad de trabajo social sanitario	Unidad funcional de trabajo social sanitario. Centros de salud de Ocaña y Yepes	Ocaña: C/ San Isidro, 5. 45300. Yepes: C/ Santa Reliquia, 31. 45313	Ocaña: 925 131 500 Yepes: 925 154 481		romape@sescam.jccm.es
Unidad de trabajo social sanitario	Unidad funcional de trabajo social sanitario. Centros de salud de Polán y La Puebla de Montalbán	Polán: C/ Santa Bárbara, s/n. 45161. La Puebla de Montalbán: Avda. Álvaro de Montalbán, 19. 45516.	Polán: 925 370 314 La Puebla de Montalbán: 925 751 044		sgespinosa@sescam.jccm.es

TOLEDO					
TIPO ESPECÍFICO	RECURSOS	DIRECCIÓN POSTAL	TELÉFONO	WEB	CORREO-e
Unidad de trabajo social sanitario	Unidad funcional de trabajo social sanitario. Centros de salud de Palomarejos y Buenavista	Palomarejos: C/ Barcelona, 2. 45005. Buenavista: Avda. de Irlanda s/n. 45005	Palomarejos: 925 259 923 Buenavista: 925 283 527		afpacheco@sescam.jccm.es
Unidad de trabajo social sanitario	Unidad funcional de trabajo social sanitario. Centros de salud de Benquerencia	C/ Río Guadarrama s/n. 45007.	925 232 301		mafernandezv@sescam.jccm.es
Unidad de trabajo social sanitario	Unidad funcional de trabajo social sanitario. Centros de salud de Santa Bárbara	Avda. de Santa Bárbara, 1. 45006	925 224 544		melenagp@sescam.jccm.es
Violencia intrafamiliar	Prevención e intervención en violencia familiar	C/ Núñez de Arce, 24. Toledo.	925 257 633 656 929 924		amformad@amformad.es
Violencia intrafamiliar	Prevención e intervención en violencia familiar	C/ Mariano Ortega, 28. Talavera de la Reina	925 815 448		amformad@amformad.es
Salud mental	Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil		925 269 200 Ext. 49461		usmij.to@sescam.jccm.es



Gracias por leer esta ***Guía para la Detección de Situaciones de Violencia en la Infancia y Adolescencia desde el Ámbito Sanitario.***

Si tuvieras alguna sugerencia, duda o encontraras algún error, por favor envía un correo electrónico a buentrato.infancia.clm@sescam.jccm.es. Tendremos en cuenta las aportaciones recibidas para mejorar el texto en futuras ediciones.