

Gradu Amaierako Lana / Trabajo Fin de Grado
Medikuntza Gradua / Grado en Medicina

Epidemiología del maltrato infantil y su manejo en el Servicio de Urgencias

Egilea /Autor:

Sara Andérez Catalán

Zuzendaria / Director/a:

Dra. Beatriz Azcunaga Santibañez

© 2022, Sara Andérez Catalán

AGRADECIMIENTOS

Llegados al punto final de mi formación universitaria, punto y coma de mi formación como sanitaria y puntos suspensivos de mi crecimiento como persona, me detengo para agradecer a mi madre su coraje, su persistencia y su cariño. Siempre serás para mí un ejemplo de fuerza y una fuente de admiración.

También me gustaría agradecer a mi tutora, la Dra. Beatriz Azkunaga, su paciencia, comprensión y orientación en los últimos meses. Ha sido la fuente de empatía profesional y personal que este trabajo necesitaba para aflorar.

ABSTRACT

Introducción: El maltrato infantil se ha reconocido en la sociedad desde el siglo XX, a pesar de su presencia histórica en la humanidad. Actualmente carece de definición única y universal, dada la influencia interindividual e intercomunitaria de la noción de la infancia y la educación. El concepto se ha adaptado progresivamente a los cambios sociales y tecnológicos de los últimos años; ampliando la variedad sobre la tipología clásica: físico, emocional, negligencia y abuso sexual. En su génesis influyen factores de riesgo, principalmente del agresor, pero también de la víctima y del entorno sociofamiliar. De hecho, la multicausalidad es una de las principales limitaciones de la hipótesis sobre la transmisión intergeneracional del maltrato. Por tratarse de una entidad infradiagnosticada y con alta morbimortalidad, es necesario profundizar en su epidemiología, detección y manejo, especialmente desde el Servicio de Urgencia.

Material y método: Las fuentes de la presente revisión son nacionales (Ministerios), de organismos extragubernamentales y científicas, tanto de bases de datos (PubMed, Google Scholar, Cochrane y Scopus) como manuales y protocolos. La búsqueda se limitó a datos de menores de edad, nacionales y de los últimos 10 años.

Resultados: Las notificaciones de maltrato se han duplicado desde hace 10 años, con un incremento reciente de casos graves y disminución de denuncias. El mayor volumen proviene de los Servicios Sociales, y el más constante del ámbito sanitario. La víctima más frecuentemente identificada es un menor de 8 años que sufre maltrato físico o negligencia por su círculo cercano (especialmente familiar). Su manifestación en la Urgencia puede no ser evidente y precisa un alto grado de sospecha. El manejo se basa en atención médico-psicológica, separación del maltrato (con ingreso si procede) notificación y educación familiar. La mayoría regresa al domicilio y, en caso de seguimiento, éste suele ser de los Servicios Sociales.

Conclusiones: La sensibilización y los progresos en la calidad de detección del maltrato infantil han permitido definir unas características epidemiológicas de riesgo, y ofrecer una imagen más certera de su prevalencia e impacto en la población pediátrica. El Servicio de Urgencias protagoniza un papel clave en su detección, atención y prevención; aunque se precisa de más estudios prospectivos que evalúen la calidad de la atención hospitalaria ofrecida y el impacto de las medidas de prevención.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	Pág. 1
1.1. DEFINICIÓN DEL MALTRATO INFANTIL.....	Pág. 1
1.2. HISTORIA DEL MALTRATO INFANTIL.....	Pág. 2
1.3. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES.....	Pág. 3
1.3.1. Factores de riesgo.....	Pág. 3
1.3.2. Factores protectores.....	Pág. 7
1.4. TIPOS DE MALTRATO INFANTIL.....	Pág. 7
1.4.1. Maltrato físico.....	Pág. 8
1.4.2. Maltrato psicológico.....	Pág. 8
1.4.3. Abuso sexual.....	Pág. 10
1.4.4. Negligencia.....	Pág. 10
1.5. CICLO DEL MALTRATO.....	Pág. 11
2. JUSTIFICACIÓN.....	Pág. 13
3. OBJETIVOS.....	Pág. 14
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	Pág. 14
4.1. DISEÑO.....	Pág. 14
4.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	Pág. 15
4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	Pág. 16
5. RESULTADOS.....	Pág. 17
5.1. EPIDEMIOLOGÍA.....	Pág. 17
5.1.1. Notificaciones de maltrato.....	Pág. 17
5.1.2. Evolución de los casos de maltrato.....	Pág. 18
5.1.3. Ámbito de procedencia más frecuente.....	Pág. 21
5.1.4. Tipo de maltrato más frecuente.....	Pág. 22

5.1.5. Perfil de la víctima.....	Pág. 23
5.1.6. Perfil del agresor.....	Pág. 25
5.2. MANEJO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.....	Pág. 26
5.2.1. Sospecha y signos de alarma.....	Pág. 26
5.2.2. Estancia en la Urgencia.....	Pág. 29
5.2.3. Pruebas complementarias.....	Pág. 30
5.2.4. Tratamiento.....	Pág. 31
5.2.5. Destino de la víctima y seguimiento.....	Pág. 32
6. DISCUSIÓN.....	Pág. 33
7. CONCLUSIONES.....	Pág. 37
8. BIBLIOGRAFÍA.....	Pág. 39

1. INTRODUCCIÓN

1.1. DEFINICIÓN DEL MALTRATO INFANTIL

No existe una definición concisa y universal del maltrato infantil, sino que son múltiples las interpretaciones del maltrato que varían no sólo en función de la extensión o acotación del concepto, sino que se ven influenciadas a su vez por la concepción individual o colectiva de la infancia, las relaciones fraternales, la educación y la cultura, entre otros.

Numerosas entidades y organizaciones han elaborado diferentes definiciones del maltrato a lo largo de los años. Un ejemplo de definición clásica es la ofrecida por la Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas celebrada en 1989, que en su Artículo 19 se refiere al maltrato infantil como “toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo”¹.

Actualmente, la definición propuesta por la OMS es uno de los principales referentes. En ella, el maltrato se define como “los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”².

Por otro lado, la definición de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) en el año 2019 incluye “lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión), o se realiza de forma inadecuada (negligencia), ocasionando al niño no solamente daño físico, psicológico, emocional y social, sino que, considerándole persona-objeto de derecho, incluye sus derechos y su bienestar, y cuyos autores pueden ser las personas (familiares o no) y las instituciones-administraciones (maltrato institucional)”¹.

El cambio en los patrones estándar familiares y de relación en los últimos 30 años se ven reflejados en la evolución del concepto de maltrato, que sutilmente amplía el círculo responsable del cuidado del niño e incluye en sus definiciones más recientes nuevos posibles autores de maltrato, como las instituciones. Asimismo, a consecuencia

de los progresos tecnológicos y en comunicaciones de la última década, el empleo de dichos avances como vía de maltrato han actualizado nuevamente la definición¹.

Sin embargo, existen aún discrepancias entre definiciones que, aunque no excluyentes en general, impiden ofrecer una definición integral libre de ambigüedad e interpretaciones subjetivas por parte del profesional; lo cual es considerado por varios autores como uno de los principales obstáculos en el conocimiento de su prevalencia y la toma de medidas preventivas³.

1.2. HISTORIA DEL MALTRATO INFANTIL

En el año 2013, un grupo de arqueólogos de la Universidad de Florida Central descubrieron en un cementerio de Dakhleh (Egipto) los restos de un niño de entre 2 y 3 años, datados de 2000 años de antigüedad. Éstos mostraban claros signos de violencia física, con decenas de fracturas óseas. Fue considerado como “el primer caso de maltrato infantil de la Historia”⁴. A pesar del sobrenombre del caso, el maltrato infantil es un concepto tan antiguo como la humanidad, ya presente desde la literatura mitológica y religiosa más antigua, en la que aparece justificado de diversas formas.

Más de 1800 años después del suceso, el patólogo francés Auguste Ambroise Tardieu describió el «Estudio médico legal sobre los atentados contra las costumbres» (1857); primer tratado anatomopatológico sobre la violación sexual. Tres años después publicaría el «Estudio medico-legal sobre las sevicias y malos tratos ejercidos sobre los niños»; su análogo en el terreno pediátrico. Los textos de Tardieu fueron estudiados en las escuelas de medicina francesas, pero en la sociedad conservadora del siglo XIX no alcanzaron a ser objeto de debate público⁵.

Por su parte, la industrialización del siglo XIX reflejó en los tratados sociológicos españoles de la época cómo el maltrato infantil era un mal común en la infancia obrera. La miseria, impulsada por la falta de moral, servía frecuentemente como motor para la explotación y el maltrato infantil ante la impasividad familiar y del Estado por promover los derechos de los niños; relegando en escasas ocasiones el cuidado del abandono infantil a la beneficencia privada⁶.

El maltrato infantil no fue concebido como un problema social hasta 100 años después, con la recopilación y descripción de 302 casos de maltrato infantil publicados en 1962

por el Dr. Henry Kempe bajo el título de “El síndrome del niño apaleado”. Un texto clave como primer paso de concienciación que, sin embargo, culmina con uno de los principales mitos actuales del maltrato infantil: la víctima de hoy es el maltratador de mañana⁷.

A pesar de su errónea aseveración, Kempe despertó el interés científico y sociológico en una sociedad hasta entonces irreflexiva (principalmente estadounidense y posteriormente extendido al continente europeo, Gran Bretaña mediante), dando pie a la publicación de más de 25.000 artículos sobre el maltrato reportados hasta 2012⁸. El debate social generado no sólo abordó y disecó las realidades y mitos de un tema tabú, sino que también propulsó la primera Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas en 1989, que establecía a los menores como sujetos de pleno derecho; y motivó reformas como la Ley Orgánica 1/1996 de protección jurídica del menor, con la modificación del Código Civil y la Ley de Enjuiciamiento Civil en España.

En España, el número de estudios aumentó significativamente a nivel nacional y autonómico desde finales del siglo XX e inicios del siglo XXI, mas, al igual que venía ocurriendo en el resto de países, la tolerancia del maltrato infantil en las familias españolas supuso una limitación en el desarrollo de la literatura científica por la ausencia de datos objetivados, y en numerosas ocasiones tuvo que basarse en la información mediática⁹. La evidencia actual sobre el maltrato infantil incluye estudios cada vez más amplios y complejos, que abarcan el problema desde múltiples líneas de investigación, tales como epidemiología, prevención, screening, psiquiatría o sociología; manteniendo la alerta sobre el problema⁸.

1.3. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES PROTECTORES

1.3.1. Factores de riesgo

Existe un amplio abanico de factores de riesgo, ninguno de ellos *sine qua non*, que pueden tener su participación entre maltratador y maltratado. Éstos juegan dos papeles clave: servir como *red flag* en la identificación del maltrato y como diana de las medidas preventivas. Habitualmente se clasifican siguiendo el modelo socioecológico en factores individuales (del cuidador y del niño), familiares, sociales y comunitarios.

En 2009, Stith et al publicaron uno de los metaanálisis más referenciados en este campo, e incluido en la revisión europea sobre el maltrato infantil realizada por la OMS en 2013. En ambos se señalan los rasgos del cuidador como principal factor de riesgo de maltrato, identificando 20 factores de este tipo con efectos de moderados a severos; mientras que sólo 3 propios del niño, con efecto moderado-bajo¹⁰.

Dichos factores individuales se resumen en los siguientes perfiles^{1,10-11}:

- Padres jóvenes (especialmente adolescentes), solteros, con bajo estatus económico y bajo nivel educativo.
- Padres víctimas en la infancia de maltrato infantil o abuso sexual durante periodos prolongados de tiempo, si bien cabe mencionar que sólo una minoría de ellos son maltratadores en la edad adulta.
- Padres con patologías psiquiátricas (ansiedad, depresión, trastorno de personalidad antisocial, autoestima bajo, soledad).
- Padres con abuso de drogas y alcohol.
- Padres con estrés parental, agresividad o hiperreactividad y falta de aptitudes para la crianza.

Estas revisiones constituyen la base de la evidencia en las últimas publicaciones de la SEUP sobre el manejo del maltrato infantil en 2015 y 2021, en las que se exponen unos factores de riesgo muy similares¹.

Otros metaanálisis recientes, como el de Mulder TM et en 2018, respaldan la aseveración de la OMS sobre el peso del papel individual del cuidador, y destacan entre los factores de riesgo los antecedentes de comportamiento antisocial o criminal, la historia de patología psiquiátrica y el bajo nivel educativo. Estos resultados se atribuyen al papel central del cuidador en el microsistema del niño, y se mantienen en línea desde hace casi 20 años con los primeros estudios realizados por Cohen, Brown y Smiles en 2001¹².

Por su parte, los factores de riesgo individuales del niño presentan más discrepancias entre publicaciones. La OMS sostiene que son 3 los factores de riesgo significativos: las alteraciones de la conducta social y la exteriorización o interiorización del

comportamiento, entre los que destaca el TDAH. El resto de factores, si bien son mantenidos por parte de la SEUP, la OMS los considera de escaso efecto, carentes de estudios o no significativos^{1,10}.

Mouesca JP (2015) afirma en líneas más generales que cualquier característica que dificulte o distorsione las expectativas previas de los padres respecto a la crianza puede constituir un factor de riesgo. Además de las características conductuales recogidas por la OMS, incluye patologías crónicas (diabetes, mielomeningocele, enfermedades pulmonares en lactantes y VIH como ejemplos de casos habituales de negligencia), discapacidades, dificultades en la comunicación y prematuridad. Según Mouesca, el riesgo de maltrato en estos niños se ve incrementado por aumento de los costes tangibles e intangibles que supone el cuidado del niño, la mayor dificultad del niño por denunciar los malos tratos, y la incompreensión de los límites éticos en los casos de discapacidad mental. De hecho, en caso de discapacidad, el riesgo puede aumentar hasta 4,6 veces. También recoge el maltrato institucional y el sobretratamiento entre las formas de maltrato que afectan a estos niños¹¹.

Últimas revisiones como la de Austin AE et al (2020) reúnen estudios poblacionales realizados entre los años 2015 y 2018 que también incluyen como factores de riesgo patologías congénitas o discapacidades (labio leporino, espina bífida, síndrome de Down) y enfermedades crónicas. En este caso, Austin atribuye parte del riesgo de dichas condiciones a la dependencia del niño de un mayor número de adultos que puedan ser fuente de maltrato, frente a un niño sano (cuidadores, especialistas sanitarios, rehabilitadores, etc.)¹³.

El género, la edad y la etnia del niño son factores discutidos, si bien hasta la fecha no han sido claramente atribuidos a un aumento del riesgo^{10, 13}.

Por otro lado, entre los factores de riesgo familiares caben mencionar^{1, 10-11}:

- Familias disfuncionales, incluyendo la violencia familiar, falta de cohesión familiar y mala relación paterno-filial.
- Familias desestructurales, con presencia de cuidadores transitorios o ruptura familiar.

- Familias discriminadas por etnia, nacionalidad, religión, género, edad, orientación sexual, discapacidad o estilo de vida.
- Familias pertenecientes a sociedades o comunidades con culturas tolerantes con el castigo físico, la inequidad o las relaciones sexuales adulto-niño.
- Familias con antecedentes de retiro de tutela, guardia o custodia de otros hijos/as.
- La concepción del niño como un problema.
- El embarazo no deseado (no aceptado, accidental o traumático -violación-).

Finalmente, los factores de riesgo socio-comunitarios más relevantes incluyen entornos de delincuencia, prostitución, mendicidad, pobreza, desempleo, marginación y violencia^{1, 10, 12-13}.

Factores de riesgo de recurrencia

No sólo se han analizado los factores de riesgo como desencadenante, sino que existen varias revisiones sobre los factores de riesgo responsables de la recurrencia del maltrato infantil. White OG et al (2014) realizan una de las revisiones sistemáticas más recientes en este ámbito. Sus resultados asociaron mayores tasas de recurrencia a las víctimas de negligencia (frente al maltrato físico y el abuso sexual) o de múltiples tipos de maltrato simultáneos, múltiples episodios con múltiples víctimas, víctimas de menor edad y discapacitados. En lo que respecta a las características del maltratador, el abuso de sustancias y el carácter agresivo fueron clave en los casos reincidentes¹⁴.

A pesar de la heterogeneidad de los estudios incluidos, los resultados se asemejan a los obtenidos previamente por uno de los coautores, Hindley N, en 2006; que ya entonces asoció la negligencia a la recurrencia, así como el número de episodios previos de maltrato. Otros factores, no mencionados por White OG, fueron el conflicto y la patología psiquiátrica parental¹⁵.

Maltrato como factor de riesgo

Por último, cabe mencionar el reciente estudio de Kennedy J et al en 2020 que analiza y concluye cómo la condición de maltrato constituye en sí un factor de riesgo de fatalidad y muerte significativo en un niño ingresado, frente a otro con clínica similar y sin dicha condición. Estos resultados son especialmente interesantes considerando

la inclusión en el estudio de 10825 niños menores de 5 años; perfil que se corresponde con el principal grupo de riesgo según las últimas revisiones¹⁶.

1.3.2. Factores protectores

Los factores protectores son aquellos que aumentan el bienestar de las familias y/o comunidades, disminuyendo la influencia de los factores de riesgo. La evidencia es limitada dado que son un concepto notablemente menos estudiado que los factores de riesgo del maltrato, al no ser el foco de las medidas preventivas. Por ello, las revisiones de la OMS y la SEUP prácticamente coinciden y los resumen en^{1, 10}:

- Apoyo de las redes familiares y sociales.
- Padres con adecuadas habilidades educativas y de desarrollo infantil.
- Padres empleados.
- Padres con alto nivel educativo.
- Padres con buen nivel de autoestima.
- Padres intolerantes con el castigo físico.
- Competencia social del niño.
- Buena situación económica.

El apoyo protagoniza un papel principal en la protección del maltrato; y existe amplia evidencia sobre su efecto protector tanto a nivel individual (apoyo en la pareja, apoyo de las amistades), como a nivel comunitario (apoyo en la vecindad). Además, es clave el apoyo derivado de la accesibilidad los sistemas sanitario, educativo y sociales (programas de abuso de sustancias, adopción, salud mental, violencia doméstica y necesidades especiales)¹³.

1.4. TIPOS DE MALTRATO INFANTIL

Los tipos de maltrato infantil han incluido clásicamente 4 entidades propuestas por la OMS en 1999: maltrato físico, maltrato psicológico, abuso sexual y negligencia. Sin embargo, en los últimos años se han reconocido nuevos tipos de maltrato infantil a raíz del desarrollo tecnológico, el reconocimiento de la violencia machista o el bullying,

como son la enfermedad generada por el cuidador, la violencia contra la mujer en la pareja, el acoso entre padres, el ciberacoso, el grooming, el sexting, la violencia de género entre adolescentes, el maltrato institucional o la mutilación genital.

1.4.1. Maltrato físico

Se define como el uso no accidental de la fuerza física contra el niño, ocasionando perjuicio en su salud, supervivencia y desarrollo integral; o que lo ponga en situación de grave riesgo, sin llegar a ocasionar dicho perjuicio. Se trata del tipo de maltrato más frecuentemente detectado y uno de los de mayor relevancia clínica en el Servicio de Urgencias, por la presencia de lesiones visibles o potencialmente detectables¹.

1.4.2. Maltrato psicológico

El maltrato psicológico es probablemente la forma más compleja y menos conocida de maltrato. Son varias las razones que hacen de éste una incógnita.

En primer lugar, carece de definición universal. De hecho, existe una amplia diversidad no sólo de definiciones, sino también de aceptaciones (maltrato emocional, negligencia emocional, abuso emocional, etc.) que dificultan el consenso. La OMS lo definió en 2002 como aquel en el que un cuidador no brinda las condiciones apropiadas y propicias, e incluye actos que tienen efectos adversos sobre la salud emocional y el desarrollo del niño¹⁷. Otra propuesta más reciente es la del Observatorio de la Infancia en su informe “Maltrato infantil en las familias en España” (2011), comprendiendo cualquier acción u omisión que provoque o pueda provocar daños emocionales, cognitivos o comportamentales en el niño⁹. Actualmente, la SEUP lo define como un patrón repetido de conductas negativas del cuidador hacia el niño, que despiertan en éste el sentimiento de no ser querido y la consecuente pérdida de autoestima¹.

En segundo lugar, existen múltiples formas de presentación (por acción u omisión, verbal o no verbal) que pueden llegar a ser muy sutiles. Generalmente se clasifican en seis categorías^{1, 18}:

- Rechazar: denigrar o ridiculizar.

- Aterrorizar: amenazar con circunstancias peligrosas o con ejercer violencia sobre el niño o sus seres queridos.
- Aislar: restricción de las interacciones sociales.
- Corrupción o explotación: permitir o fomentar comportamientos delictivos.
- Negligencia emocional: no proporcionar afecto o no interactuar positivamente cuando deba.
- Negligencia médica o educativa: limitar el acceso del niño a la atención médica o negarse a proporcionar atención a las necesidades o problemas físicos, emocionales, conductuales o educativos.

Su definición y diagnóstico son aún más arduos considerando que la presencia de cierto tipo de comportamientos mencionados puede presentarse de forma incidental y aislada sin constituir maltrato (por ejemplo, la ausencia de refuerzo positivo puntual); mientras que otros más severos (aterrorizar o explotar) sí lo definen con un solo episodio.

Además, la presentación concomitante del maltrato psicológico con otros tipos de maltrato puede dificultar su detección por ser menos evidente clínicamente y quedar oculta al focalizarse en las manifestaciones físicas de otros tipos de maltrato. En esta línea, resulta interesante cómo las consecuencias del maltrato físico son inmediatas, mientras que el maltrato psicológico es sólo directamente detectable cuando se produce en la interacción del cuidador y el niño (circunstancia que muchas veces ocurre en ausencia de testigos); en tanto que sus consecuencias indirectas pueden tardar años en florecer. Más si cabe, las consecuencias físicas o psicológicas del maltrato psicológico en la infancia pueden confundirse con patologías aisladas típicas de la adolescencia sin levantar sospecha de maltrato, como el TCA, la depresión o la ansiedad¹⁸.

Como consecuencia de su desconocimiento, la evidencia sobre la prevalencia, factores de riesgo, consecuencias a corto y largo plazo y abordaje del maltrato psicológico es limitada hoy día.

1.4.3. Abuso sexual

El abuso sexual infantil implica toda interacción sexual entre el menor y el agresor en la que no hay consentimiento o no puede ser dado (por limitaciones legales o cognitivas), incluso sin la presencia de signos de rechazo por parte del menor.

La edad juega un papel importante en la definición del abuso sexual. El agresor es generalmente adulto, si bien pueden considerarse abuso las actividades sexuales impuestas por otro niño si es considerablemente mayor que la víctima, o si emplea la fuerza o la amenaza. En lo que a la víctima respecta, la Ley Orgánica 1/2015 establece la edad de consentimiento sexual en los 16 años en España, de modo que toda interacción sexual por debajo de dicha edad constituye un hecho delictivo (salvo circunstancias no definidas con edades muy próximas entre maltratador y víctima)¹.

Algunos de los grupos de mayor riesgo incluyen los niños preescolares (por su dificultad para comprender y denunciar la situación, y la concepción del adulto como figura de confianza), las chicas adolescentes (por su deseo de independencia y aceptación social) y los discapacitados (por sus limitaciones cognitivas). En cuanto al agresor, no hay un prototipo evidente respecto a historia delictiva, psicopatología, características étnicas o socioeconómicas¹⁹.

Los tipos de abuso sexual infantil clásicamente se han diferenciado en:

- Sin contacto físico: diálogo sexual, seducción, exhibicionismo y masturbación en presencia del menor.
- Con contacto físico: sin penetración (masturbación o tocamientos recíprocos) o con penetración (oral, vaginal, anal, digital o con objetos).

En caso de incluir un componente de violencia o intimidación se cataloga como agresión sexual. Al igual que en otros tipos, los avances tecnológicos ha suscitado la necesidad de definir nuevos tipos de abuso sexual online, como el grooming (engaño pederasta) o el sexting (mensajería de índole sexual)¹.

1.4.4. Negligencia

La negligencia se define como cualquier acción u omisión que cause o ponga al menor en riesgo de daño físico o emocional. Es la forma más frecuente de maltrato,

involucrada en el 70% de las notificaciones de fallecimiento por maltrato, generalmente en combinación con otros tipos. En la mayoría de los casos la víctima es privada de atención suficiente hasta producirse un accidente, una situación incontrolable e incluso la muerte.

En función de la necesidad privada puede clasificarse de negligencia física (alimentación, ropa, vivienda e higiene), emocional, por descuido de supervisión (no garantizar la seguridad o la vigilancia para evitar daños), médica, nutricional, dental, educativa y prenatal (incluyen el consumo de sustancias y mal cumplimiento de las revisiones o recomendaciones)¹.

1.5. CICLO DEL MALTRATO

La transmisión intergeneracional del maltrato, bautizada por algunos autores como el “ciclo del maltrato”, es una de las hipótesis más prevalentes en la literatura popular y científica sobre el maltrato desde las primeras series de casos publicadas. Esta teoría se fundamenta en las consecuencias cognitivas y conductuales del maltrato a largo plazo sobre el niño inmaduro¹⁰.

La mayoría de las revisiones de la década de los 70 se caracterizaron por la aceptación general de la hipótesis, con graves consecuencias para los padres víctima de maltrato (Kaufman y Zigler estudiaron en 1989 la denegación de sus peticiones de custodia por inadecuación como padres). Desde entonces, cierta corriente de estudios se mantiene a favor de esta teoría mientras que, paralelamente, diversos autores han revisado la evidencia desde un punto de vista más escéptico, cuestionando su validez y aceptación.

La controversia se fundamenta en dos pilares. Por un lado, un análisis más exhaustivo de la metodología de los estudios postulados a favor del ciclo del maltrato ha destapado severas limitaciones metodológicas que podrían invalidar sus conclusiones; mientras que los estudios con resultados mixtos son más robustos. Las principales limitaciones se refieren al carácter retrospectivo de los estudios y a la escasa representatividad de las muestras^{10, 20}.

Los estudios retrospectivos no son capaces de detectar la proporción de personas adultas con historias de maltrato que no maltratan a sus hijos, perdiéndose una perspectiva importante sobre la transmisión del maltrato y provocando una

considerable sobreestimación de las tasas obtenidas²⁰. Dicho sesgo es mejor controlado en los estudios de cohortes prospectivos, como el estudio Avon, que identifica únicamente un 1,2% de los padres con historia de maltrato como actuales maltratadores¹⁰.

Por otro lado, la evidencia sobre los factores de riesgo del maltrato sostiene cómo el modelo parental se gesta a raíz de varios factores del sistema ecológico, y no sólo por la condición de víctima en el pasado. El modelo multi-dimensional de Belsky (1993) fue uno de los pioneros en establecer estas conexiones. Recientemente, Vial et al (2020) han ofrecido un análisis de la interrelación de los factores de riesgo individuales parentales que sitúa el antecedente de maltrato como uno de los factores de riesgo centrales y de mayor conexión con otros factores, particularmente con la situación financiera. Se plantea de esta manera un modelo de riesgo acumulativo en el que no sólo influye el número de factores de riesgo acumulados, sino también su potenciación entre sí. De cara a la práctica clínica, Vial et al plantean la prevención del maltrato abordando los factores centrales, como es la historia de maltrato, a fin de controlar indirectamente el mayor número de factores de riesgo posibles²¹.

Asimismo, los antecedentes de maltrato también pueden verse modificados por factores protectores, como el apoyo familiar y las relaciones de pareja estables y con comunicación sana^{10,13}. Por tanto, la complejidad de los factores que influyen en la transmisión del maltrato hace del ciclo del maltrato una hipótesis cuestionable, dado que se limita a un único factor.

Los metaanálisis más recientes en este campo encuentran la historia de maltrato como un factor de riesgo significativo con efecto débil o moderado (r 0.13-0.25, y r 0.289), en consonancia con los estudios a favor del ciclo del maltrato. Sin embargo, los análisis de regresión revelan un efecto moderador negativo del tipo de estudio y tamaño muestral, y el año de publicación sobre la hipótesis. Es decir, los estudios más recientes, probablemente por una mayor rigurosidad metodológica, ofrecen una mejor estimación del efecto real de la historia de maltrato que parece ser más débil que lo manifestado en estudios más antiguos. Asimismo, los autores conciben la historia de maltrato como uno de los varios factores que influyen en la multicausalidad del

maltrato infantil; y consideran la necesidad de más estudios prospectivos longitudinales para esclarecer su influencia²²⁻²³.

En definitiva, la importancia que todavía hoy se concede a una historia de maltrato como factor decisivo en la transmisión intergeneracional de este ciclo debe ser considerada con prudencia, debido a los importantes sesgos metodológicos que presiden aún buena parte de las investigaciones, y de la influencia directa e indirecta de otros muchos factores determinantes en el modelo parental que adopta el progenitor.

2. JUSTIFICACIÓN

El maltrato infantil es un grave problema social, humanitario y de salud pública a nivel mundial; así como una de las principales causas de morbimortalidad en los primeros años de la infancia y primera causa de mortalidad en los primeros cinco años de vida (excluyendo el periodo neonatal). Según datos de la OMS (2020), 1000 millones de niños entre 2 y 17 años en todo el mundo han sido víctimas de abusos físicos, sexuales, emocionales o de abandono en el último año. De éstos, 41000 menores de 15 años fallecen anualmente. A pesar de los datos disponibles, es una realidad reconocidamente infradiagnosticada.

El efecto de la violencia a edades tempranas sobre la arquitectura cerebral, el sistema inmune, los sistemas metabólicos y las respuestas inflamatorias ya ha sido demostrada. Aquellos que no son víctimas mortales del maltrato sufren consecuencias biológicas, psicológicas, cognitivas y emocionales, afectando su desarrollo personal y social. Las consecuencias son más severas en presencia de varios tipos de maltrato o a mayor gravedad de violencia experimentada. Éstas son fuente añadida de morbilidad para las víctimas e incluyen patologías psiquiátricas y conductas de riesgo, como el consumo de drogas, actos violentos, comportamientos sexuales de riesgo o conductas autolíticas; que aumentan el riesgo de infecciones de transmisión sexual, cáncer o suicidio, entre otros.

La detección del maltrato es tarea difícil por el limitado conocimiento de su prevalencia y presentación, en parte fomentados por la ausencia de consenso sobre su definición y la dificultad de su investigación. Sin embargo, no deja de ser una patología

grave con consecuencias de alto costo sociosanitario, y costes intangibles para la víctima.

Es por ello que conocer la epidemiología del mismo puede ayudar a los profesionales en su detección y atención al menor.

Así mismo, proveer a los profesionales sanitarios, especialmente a los Servicios de Urgencias Pediátricos, vía de entrada frecuente del menor al sistema sanitario, de información y herramientas para su detección y manejo temprano es un pilar básico en la prevención y paliación de las consecuencias a corto y largo plazo del maltrato infantil.

3. OBJETIVOS

Los objetivos de la presente revisión bibliográfica son:

- Ofrecer una descripción epidemiológica del maltrato infantil a nivel nacional, analizando la evolución de su reporte desde los primeros registros hasta los datos actuales.
- Recoger la evidencia disponible, tanto a nivel protocolario como de investigación, sobre el manejo del maltrato infantil en el Servicio de Urgencias; incluyendo la enumeración de signos de sospecha, sistemática de evaluación y manejo específico preciso.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. DISEÑO

Las fuentes para la elaboración de la presente revisión bibliográfica tienen tres orígenes: fuentes oficiales nacionales, organismos extragubernamentales y evidencia científica.

A fin de evitar la pérdida de información, los datos oficiales nacionales se extraen principalmente del Ministerio de Sanidad, dado que los datos de maltrato infantil presentados por otros Ministerios (Interior, Justicia y Fiscalía General) reúnen únicamente aquellos juzgados y sentenciados o bajo apertura de proceso. También se recoge información de los órganos adscritos a él destinados a esta causa concreta,

como el Observatorio de la Infancia (OI) y el Centro Reina Sofía (CRS). Asimismo, se reúnen datos del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Por otro lado, algunos organismos extragubernamentales como Save the Children, UNICEF y la OMS dependen de fuentes oficiales nacionales; mientras que otros, como la Fundación ANAR o “Infancia en datos” (colaboración entre el Ministerio de Sanidad y UNICEF) ofrecen sus propios registros.

Finalmente, la evidencia científica procede de publicaciones en bases de datos como Pubmed (Medline), Google Scholar, Biblioteca Cochrane y Scopus; así como de distintos manuales médicos y de los protocolos sanitarios de cada CCAA.

4.2. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La búsqueda de información se realizó desde el 10/09/2021 hasta el 10/3/2022.

La información de fuentes oficiales del estado y organismos extragubernamentales se extrajo mediante el acceso a sus páginas web oficiales. En éstas, los datos se recogen en forma de registros de datos o memorias, a destacar el Registro Unificado de casos de sospecha de Maltrato Infantil (RUMI), registro de ámbito estatal promovido por el OI que recopila datos de profesionales del ámbito educativo, social, sanitario y fuerzas de seguridad utilizando un instrumento de recogida de datos unificado; y la memoria “Maltrato Infantil en la Familia en España”, publicada periódicamente por el CRS hasta 2011.

En cuanto a la revisión de la evidencia científica, la búsqueda de artículos se realizó sobre las bases de datos Pubmed, Google Scholar, Biblioteca Cochrane y Scopus; y las publicaciones expuestas en la página de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP).

En Pubmed se identificaron inicialmente los términos MESH “child abuse” y “battered child syndrome” para acotar la búsqueda al maltrato infantil, así como otros términos MESH generales como “prevalence” o “emergencies”. Para evitar la pérdida de evidencia relevante, se combinaron los términos MESH con términos no MESH como “epidemiology”, “emergency department”, “management”, “treatment”, “early detection”, “evolution” o “notification”; junto con “Spain”, dada la ausencia de filtro por países. En Google Scholar, Scopus y Cochrane se realizaron combinaciones

similares de términos, especificando igualmente “España” o “Spain” en aquellas bases sin filtro por países; obteniendo resultados similares a las búsquedas previas.

En la página de la SEUP se revisaron aquellas publicaciones científicas y manuales médicos que contuvieran los términos “maltrato infantil” en el título.

Los artículos científicos recogidos incluyeron en su totalidad estudios observacionales descriptivos retrospectivos, todos ellos unicéntricos salvo 1 estudio multicéntrico. Éticamente, la naturaleza del objeto de estudio imposibilita la existencia de ensayos clínicos.

4.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Tipos de participantes: se incluyeron estudios con niños menores en su totalidad (de 0 a 17 años) víctimas de maltrato infantil; sin discriminación por raza, situación familiar, nivel educativo o cualquier otro factor. De cara a la epidemiología se incluyeron víctimas que hubieran accedido al sistema por cualquier vía de denuncia (reporte a las autoridades, detección en el sistema escolar o sanitario); mientras que para el manejo se seleccionaron exclusivamente aquellos que accedieran vía hospitalaria, y concretamente la Urgencia.
- Tipos de estudios: no se han restringido los resultados en cuanto al tipo de estudio, incluyendo ensayos clínicos, estudios observacionales, metaanálisis, revisiones sistemáticas y reporte de casos, tratando siempre de priorizar aquellos con mayor evidencia; mientras que sí se han aplicado los siguientes filtros:
 - Estudios publicados en los últimos 10 años (desde 2011 hasta 2021).
 - Estudios escritos en inglés o español.
 - Estudios publicados en España o con datos extraídos de bases españolas.
 - Se ordenaron los estudios por relevancia.

De toda la evidencia recopilada tras la aplicación de dichos filtros, se excluyeron los artículos alejados del objetivo de la presente revisión en base a la lectura del título, o del abstract en caso de ser necesario. Sí se incluyeron artículos con una línea de investigación diferente (consecuencias del maltrato, prevención, factores de riesgo,

etc.) pero con apartados destinados a epidemiología o manejo que pudieran ser relevantes para el presente trabajo.

En caso de que los resultados ofrecieran un número de estudios no abarcable para su valoración individual (hasta más de 9500 resultados), se decide revisar los 50 primeros artículos de cada búsqueda en base a su ordenamiento por relevancia y asumiendo la posible inclusión de un sesgo.

5. RESULTADOS

5.1. EPIDEMIOLOGÍA

5.1.1. Notificación de casos de maltrato

Las notificaciones de los casos de maltrato pueden provenir, a grandes rasgos, de las denuncias de las propias víctimas o de las denuncias de distintas autoridades, por detección propia o porque las víctimas o terceros contactan con éstas. En cada uno de los casos, las fuentes de información sobre los datos recogidos difieren.

Según los últimos datos disponibles, en el año 2020 se notificaron a la base RUMI desde los distintos ámbitos profesionales un total de 15.688 casos de maltrato infantil a nivel nacional.

La distribución territorial de las notificaciones establece a Andalucía (6.183 casos), Baleares (2.641 casos) y Canarias (1.375 casos) como las CCAA con cifras absolutas más altas. Sin embargo, en base a la tasa de población menor de 18 años de cada comunidad, las de mayor número de notificaciones son Baleares (1.246,5), Extremadura (425,4) y Canarias (394,5), al igual que en años previos. En el otro extremo, las CCAA con menores cifras de notificaciones son Ceuta (6 casos), Melilla (16 casos) y la Rioja (19 casos). Asimismo, no hay datos registrados de Cataluña y Galicia²⁴.

Para ese mismo año, el Anuario Estadístico publicó 4.791 victimizaciones de malos tratos en el ámbito familiar, lo que corresponde a un 30,5% de denuncias por parte de la víctima sobre el total de casos notificados. En caso de añadir las denuncias contra la libertad sexual (no referidos explícitamente como maltrato infantil en la clasificación delictiva), se suman 5.685 casos de victimización más²⁵.

Por su parte, la Fundación ANAR reporta 166.433 llamadas o chats atendidos en 2020, en su mayoría también reportados por víctimas, de los que el 52,6% (87.543 casos) constituyeron diferentes formas de maltrato. Los territorios con más denuncias corresponden a Castilla y León (34.040), Comunidad de Madrid (30.413) y Comunidad Valenciana (13.263)²⁶.

Con todo, la literatura sostiene que sólo entre el 10 y el 20% de los casos existentes de maltrato son detectados; por lo que la incidencia real es aún desconocida²⁷⁻²⁸.

5.1.2. Evolución de los casos de maltrato

Todos los registros e investigaciones realizadas hasta la fecha revelan un importante crecimiento de las cifras de maltrato infantil detectado y reportado desde los primeros estudios realizados a final de los años 90 y principios de los 2000 en España.

Tras un periodo de relativa estabilidad en la prevalencia del maltrato entre los años 1997 y 2001; los primeros informes epidemiológicos relevantes, realizados a cargo del Centro Reina Sofía, revelaron un incremento en la prevalencia del 133,3% entre los años 2001 y 2005; así como un aumento de la incidencia del 146,2%²⁷. La tasa de casos reportados por cada 1000 menores de 18 años creció de 0,36 a 0,84 en dicho periodo de tiempo; si bien la Encuesta Nacional de Salud realizada por el INE tan sólo 1 año después reveló un incremento mucho mayor, con tasas de maltrato de 28 por cada 1000 menores de 15 años. En las posteriores Encuestas de Salud poblacionales (años 2011-2012 y 2016-2017) no se incluyeron variables en relación al maltrato infantil^{27, 29}. También la OMS presentó datos que muestran esta misma tendencia, estimando una prevalencia de maltrato infantil en España del 4,3% en el año 2006, frente a la prevalencia del 0,2 al 1,5% de los estudios previos al año 2000³⁰⁻³¹.

El último informe publicado por el Centro Reina Sofía, datado en el año 2011, estima una prevalencia de maltrato intrafamiliar del 4,25% en niños de 8 a 17 años³².

A partir de esa fecha, el principal peso en cuanto a notificaciones de maltrato infantil recae sobre la base de datos RUMI, proyecto fruto del Observatorio de la Infancia. Desde el inicio de su funcionamiento en 2011 y su consolidación en 2014 hasta la actualidad, existe una tendencia primordialmente creciente de los casos notificados; con sólo un punto de decrecimiento relevante en el año 2018, que presentó una caída

del 18,28% respecto al año previo. La caída en el número de registros en 2015 (3,2%) no puede considerarse como dato relevante a efectos de utilización de la base de datos RUMI, ya que el número de registros sigue siendo mucho más elevado que al inicio de recogerse esta estadística.

En el último año, la notificación de casos se incrementó en un 2,1% respecto al previo, si bien en cómputo total ha aumentado un 93,15% en los últimos 10 años; con casi el doble de notificaciones en valores absolutos (**Figura 1**)^{24, 33-34}.

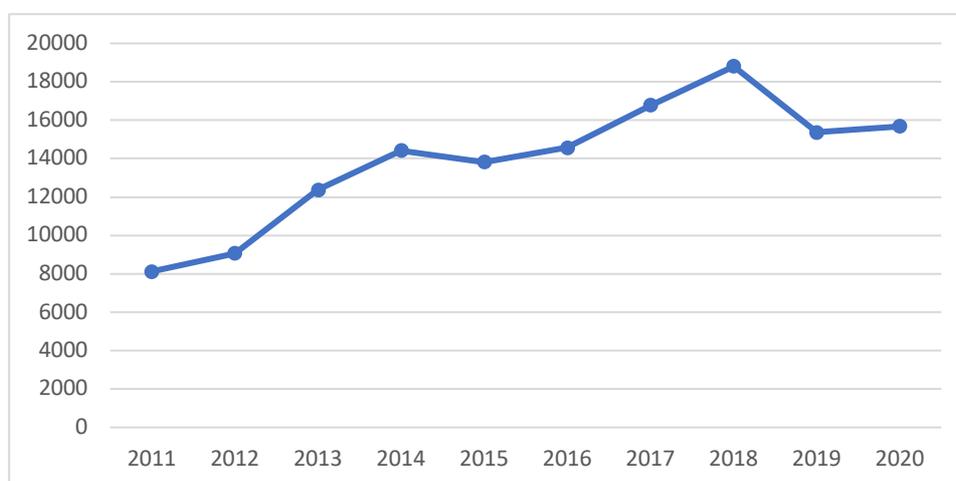


Figura 1. Evolución de las notificaciones de maltrato infantil en los últimos 10 años en España. Fuente: RUMI (Boletín estadístico de protección a la infancia).

Según la propia base, las CCAA que responden al incremento del año 2020 son Andalucía (68%), Cantabria (40%) y Comunidad Valenciana (41%), en tanto que Ceuta y Melilla han registrado un descenso importante en el número de notificaciones, del 65% y 52%, respectivamente. Con respecto a hace 20 años, Ceuta y Melilla, que originalmente poseían entre las tasas más elevadas de España, se han tornado en las comunidades de menor notificación; al contrario que Madrid y País Vasco, que han aumentado significativamente sus datos iniciales. Andalucía, por su parte, aún se mantiene como una de las más prevalentes desde entonces^{24, 27}.

En línea con estos datos, aunque con cifras mucho mayores, la Fundación ANAR reporta una tasa de crecimiento total de todos los tipos de maltrato del 298,8% entre los años 2009 y 2016. Sólo la prostitución infantil disminuye en un 33%, mientras que el resto de tipos de maltrato presentan cifras crecientes en tasas desde el 180% al 682%; máxime en el caso del maltrato físico³⁵.

También los últimos artículos publicados en materia de seguimiento hospitalario han revelado importantes tasas de crecimiento, con un crecimiento del 166,7% entre los años 2005 y 2009; y del 86% entre 2009 y 2014, según los distintos estudios³⁶⁻³⁷.

Asimismo, cabe destacar la evolución por desglose de gravedad. Si bien los casos leves o moderados siempre han superado hasta la fecha en cifras absolutas a los casos graves, los últimos datos revelan cierta proximidad entre ambos desde el año 2019, que no se producía desde el año 2012. En el último año, las notificaciones graves han aumentado un 5,5% frente a un descenso de 0,8% de las leves o moderadas, de modo que la relación entre ambas es más próxima a la proporción 1:1 (**Figura 2**)^{24, 33-34}.

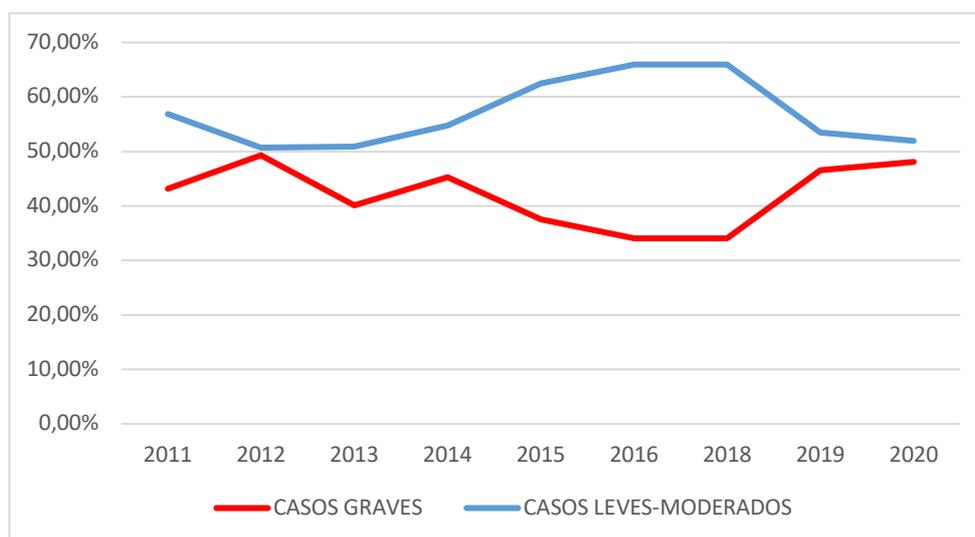


Figura 2. Evolución de las notificaciones de maltrato infantil desglosadas por gravedad en los últimos 10 años en España. Fuente: RUMI (Boletín estadístico de protección a la infancia).

Sin embargo, a medida que los casos de maltrato infantil registrados van en aumento, el número de denuncias por parte de la víctima ha disminuido en porcentajes desde un 2,3% a 24,7% en los distintos tipos de delito y grupos de edad^{25, 35}.

5.1.3. Ámbito de procedencia más frecuente

Las notificaciones incluidas en la base RUMI proceden en su mayoría del ámbito de los Servicios sociales (39.2%). Las restantes proceden de la categoría “Otros” en un 30% (incluye ámbitos de tiempo libre y ocio), del ámbito educativo en un 12%, del ámbito de las Fuerzas y los Cuerpos de Seguridad en un 9.3% y del ámbito sanitario en un 9% del total.

No es uniforme la distribución del ámbito de notificación en todo el territorio nacional. Los Servicios sociales fueron el ámbito principal en 9 comunidades, con tasas de entre 43 (Madrid) a 549,4 (Baleares) por cada 100.000 habitantes menores de 18 años. Andalucía y Castilla y León notificaron en su mayor parte por ámbitos de la categoría “Otros”. Comunidad Valencia y La Rioja notificaron en su mayoría a través del ámbito educativo. Castilla La Mancha y Murcia notificaron principalmente a través de las fuerzas y los cuerpos de seguridad. Melilla notificó mayoritariamente a través del ámbito sanitario. Finalmente, Ceuta notificó a partes iguales (3 casos) mediante el ámbito sanitario y “otros”.

Cabe destacar que no todos los ámbitos tienen el mismo peso a nivel nacional, siendo el ámbito sanitario el único que tuvo al menos 1 caso reportado en todas las comunidades autónomas. El resto de ámbitos no tuvieron ninguna presencia (0 casos reportados) en entre 2 (Servicios sociales, educativo y “otros”) y 4 (Cuerpos y Fuerzas de Seguridad) comunidades.

Respecto al año previo, las notificaciones procedentes de la categoría “Otros” y el ámbito sanitario se han incrementado un 14% y un 1.5%, respectivamente. El resto de ámbitos de procedencia han sufrido un descenso porcentual en el número de notificaciones en un 9.2%, 5.1%. y 1.7% para los ámbitos de los Servicios sociales, educativo y de las Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, respectivamente²⁴.

Por su parte, las notificaciones recogidas en el Anuario Estadístico corresponden al ámbito de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Ertzaintza, Policía Foral de

Navarra y las policías locales que aportan datos al Sistema Estadístico de Criminalidad. Sin embargo, el número de notificaciones que reportan es sustancialmente mayor que el que debiera corresponder según el 9,3% del total notificado desde este ámbito²⁵.

5.1.4. Tipo de maltrato más frecuente

El tipo de maltrato más frecuente varía en función de la fuente de denuncia o detección del maltrato. Por un lado, los datos del RUMI, remitidos en casi el 40% por parte de los Servicios Sociales y con sólo un 9% de presencia sanitaria, señalan la negligencia como el tipo de maltrato más frecuente (44,84% de los casos), seguido del maltrato emocional (32,71%)²⁴. Sin embargo, la mayoría de estudios realizados por los Servicios de Urgencia señalan el maltrato físico como el tipo más frecuente, detectado en un 40 al 59% de los casos³⁸⁻⁴⁵. Asimismo, uno de los estudios hospitalarios presenta cifras muy próximas entre maltrato físico (37,4%) y abuso sexual (37,6%), ligeramente superado por este último⁴⁶.

Por su parte, 4 de los estudios hospitalarios identificaron el abuso sexual como el más frecuente, con datos de entre el 61,7 y el 79,5% de los casos⁴⁷⁻⁵⁰; en tanto que 1 estudio del mismo ámbito presentó la negligencia como tipo más frecuente con un 46,7% de los casos³⁷. En todos ellos, el segundo tipo de maltrato más frecuente fue el maltrato físico (20,5 a 37,9% de los casos).

Un estudio que analizó casos de maltrato reconocidos en la Unidad de Vigilancia Forense Integrada (UVFI) de Bilbao señaló el maltrato emocional como el más frecuente, presente en el 63% de las víctimas⁵¹.

En cuanto a denuncias por parte de la víctima, los datos de la Fundación ANAR señalan un 30% de las denuncias correspondientes a casos de maltrato físico, seguidos del maltrato emocional con un 21,6% de casos²⁶. Otra fuente de denuncia, como es un estudio que recoge datos del Servicio de Urgencias Médicas de Madrid (SUMMA 112), señala el maltrato emocional como el más frecuente, presente en un 71% de los casos⁵².

Las victimizaciones de maltrato emocional son similares a los datos ofrecidos por el RUMI, pero son sustancialmente superiores frente a los datos recogidos en el Servicio

de Urgencias, que lo identifican como máximo en un 15% de los casos, si bien la mayoría de estudios lo detecta menos de un 5%^{37-39, 41-42, 44, 46-47}.

5.1.5. Perfil de la víctima

Según la mayor parte de la evidencia, el perfil más habitual de víctima de maltrato es una niña menor de 8 años y nacionalidad española, acompañada por un progenitor si acude a la Urgencia.

En mayoría de estudios predomina el género femenino en las víctimas, 9 de los cuales presentan una proporción de mujeres con valores del 57,3 al 70,7%^{35, 37, 44, 46-47, 49-52}; mientras que en 4 de ellos el predominio femenino fue por valores inferiores al 55%^{36-37, 39-40}. Asimismo, en 4 de los estudios se establece una proporción 1:1 entre géneros^{38, 41-42, 45}. Sólo los últimos datos del RUMI y la última publicación del Centro Reina Sofía para el grupo de 0-7 años señalan un predominio masculino, en porcentajes de 53,84% y 69,35%, respectivamente^{24, 32}.

El análisis cronológico de los estudios en cuanto a género de la víctima revela cómo las publicaciones hasta el año 2014 muestran un leve predominio femenino con hasta el 54% de los casos; mientras que entre los años 2016 y 2019 aumentan hasta cifras próximas al 70% en su mayor parte. Estos datos sólo discrepan en los estudios del año 2018, con predominio femenino del 55%³⁹. La cifra, inferior a lo esperada por el periodo que le corresponde, se correlaciona con un repunte masculino según los datos del RUMI para el mismo año²⁴.

Por otro lado, el género predominante varía en función del tipo de maltrato. Todos los estudios que realizan este desglose señalan un predominio de víctimas varones en el maltrato físico, y de mujeres en el abuso sexual^{24, 32, 35-37, 39-40, 44, 46, 48, 51}. Concretamente, el maltrato físico fue un 104 a 190% más frecuente en los niños frente a las niñas; y el abuso sexual un 142% a 1604% más frecuente en las niñas (media de 436,7%). Sólo 5 estudios analizaron estadísticamente los resultados, obteniendo una relación estadísticamente significativa ($p < 0,005$) entre el tipo de maltrato y el género de la víctima en todos ellos para el abuso sexual^{36-37, 44, 46, 51}, y en 2 de ellos para el maltrato físico^{36, 46}.

En cuanto a la negligencia y el maltrato emocional, los resultados son dispares. La negligencia es más frecuente en varones en 5 de los estudios, 2 de ellos con resultados estadísticamente significativos^{24, 32, 37, 39, 46}; y en mujeres en 2 estudios^{32, 40}. También los datos del RUMI, que presentaban en su mayor parte notificaciones de casos de negligencia, ofrecen mayor proporción de víctimas masculinas²⁴. Por su parte, el maltrato emocional fue más frecuente en mujeres en 4 estudios, 2 de ellos con resultado estadísticamente significativo^{32, 39, 46, 51}; y más frecuente en varones en 2 estudios^{24, 32}.

Sólo el Centro Reina Sofía ofrece un desglose por edad y género, con mayor prevalencia de maltrato en los niños de 0 a 7 años, y mayor en las niñas para el grupo de 8 a 17 años³².

En cuanto a edad, en líneas generales la mayor parte de las víctimas fueron menores de 8 años, bien en base a edad media de las víctimas, bien en base a los grupos más frecuentes en aquellas investigaciones que compararon por grupos de edad.

La mayoría de las víctimas fueron menores de 1-2 años (lactantes) en 5 de los estudios^{36-38, 41, 45}, menores de 5 años (preescolar) en 2 estudios^{39,40} y de 5 a 11 años (escolar) en 8 estudios^{42-44, 46-47, 49-51}, con una media de edad de 5,2 a 7,5 años en 5 de estos últimos^{44, 46-47, 49-5}. Es decir, 12 investigaciones recogieron la mayor prevalencia en víctimas de 0 a 7,5 años. Los adolescentes sólo fueron el grupo más frecuente en base a los datos del RUMI, la fundación ANAR y a los recogidos por el SUMMA 112; con edades de 8 a 14; 11,4 y 15 a 18 años, respectivamente^{24, 35, 52}. Asimismo, 3 investigaciones señalaron mayor proporción de casos graves de maltrato en los grupos de menor edad^{24, 37, 46}.

La nacionalidad de las víctimas fue principalmente española, con un porcentaje del 5 al 36% de extranjeros entre las distintas fuentes que recogieron este dato^{24, 32, 35, 40, 49, 51}. Sólo González Grado C et al. señalan un 50,6% de progenitores inmigrantes en los pacientes con maltrato que acudieron al Servicio de Urgencia⁴⁷. Igualmente, se detectó alguna discapacidad en un 2,7 al 7,8% de las víctimas según los estudios que recogieron este dato^{24, 32, 44}. Sin embargo, la comparativa entre grupos realizada por el Centro Reina Sofía demuestra mayor prevalencia de maltrato en los extranjeros (9,26% frente a 3,44%) y los discapacitados (23,08% frente a 3,87%)³².

En caso de acudir al Servicio de Urgencia o UVFI, la madre fue la acompañante más frecuente (del 30 al 70% de los casos) en todos los estudios, seguida por el padre (11 al 29%) y por ambos en un 16% de los casos. Entre un 4-19% fue acompañado por otro familiar; y 5-10% por la policía. Menos frecuentemente (inferior al 5%), la víctima acudió acompañada de vecinos o profesores^{37-38, 45-46}.

Otros datos del perfil de la víctima no recogidos de manera unificada entre los distintos estudios son los antecedentes de seguimiento previo por los Servicios Sociales en un 24 a 38% de los casos⁴⁶⁻⁴⁷ y la presencia de al menos un hermano en el 68% de las víctimas³².

5.1.6. Perfil del agresor

El principal objeto de estudio en el perfil del agresor es su relación con la víctima. En un 44,2 al 93,8% de los casos (media de 66,8%) el agresor pertenece al círculo familiar de la víctima^{32, 35-37, 39-40, 43-44, 48-51}, asumiendo un posible sesgo de inferioridad por inclusión de familiares en segundo o tercer grado en la categoría “otros” en una parte importante de la evidencia. El responsable del maltrato más frecuente es el padre biológico de la víctima (21 a 47% de los casos), seguido por la madre biológica (10,5 a 24,2%) y menos habitualmente otros parientes, como abuelos, tíos o primos (2 a 13%)^{35-36, 43-44, 48-49, 51}. Sólo 1 estudio señaló a la madre como principal agresor³⁷. Otros agresores identificados incluyen las parejas de los progenitores en un 7,2 a 16% de los casos^{35-36, 48, 51}; e iguales (otros niños, compañeros de clase) en 1 a 21% de los casos^{35-36, 44}.

Además, el 6 al 20% de los progenitores presentaba adicción a drogas^{32, 35, 38, 42, 49}, y en un 5 al 40% de los hogares estaba presente la violencia de género^{35, 42, 45, 51}. La prevalencia de patología psíquica en los progenitores sólo fue evaluada en 2 de los estudios con resultados muy variables (1,2% al 57% de los casos)^{38, 51}.

Otros datos aportados por el informe del Centro Reina Sofía, pero no evaluados por el resto de la evidencia, incluyen estudios superiores (75%) y nivel socio económico medio (58%) en la mayoría de agresores, aunque con mayor riesgo de maltrato en el nivel socioeconómico medio-bajo. Asimismo, el 75% de los agresores consideró que “había pegado al menor porque le había provocado o se lo merecía”, el 72% piensa

que “un cachete a tiempo educa”, y 48,28% opina que nadie debe meterse cuando “corrige a sus hijos”, aunque se escuchen golpes o gritos. Los agresores reconocieron el maltrato ejercido en un 19,76%, 6,40% y 1,88% de los casos de maltrato psicológico, físico y negligencia, respectivamente; sin reconocimiento en casos de abuso sexual³². Por su parte, la Fundación ANAR detectó rasgos de personalidad violenta en un 44,8% de los agresores³⁵.

5.2. MANEJO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

5.2.1. Sospecha y signos de alarma

Pocos estudios hospitalarios recogen la sistemática de detección del maltrato infantil en el Servicio de Urgencias. Aproximadamente en un 50% de los casos el maltrato constituye el motivo de consulta^{36, 39}. A lo largo de la visita, el maltrato es detectado en un 63% a través de la anamnesis, 25% a través de la exploración y 6,4% a través de las pruebas complementarias^{39, 42, 45}. Por tanto, un alto índice de sospecha y el conocimiento de signos de alarma, tanto en la entrevista clínica como en la exploración física, son cruciales para su correcta detección.

La anamnesis puede alertar de un presunto maltrato en caso de detectar^{1, 53-54, 58-60}:

- Indicadores respecto al episodio actual:
 - Demora injustificada en consultar.
 - Explicaciones múltiples, pobres o incoherentes sobre el mecanismo de producción o la naturaleza de las lesiones, o con la edad de la víctima.
 - Negativa a la entrevista individual con el menor.
- Historia personal o familiar de antecedentes o factores de riesgo de maltrato.
- Indicadores conductuales en el adulto: percepción negativa del menor, escasa preocupación o interés por la salud del menor, no escolarización del menor o falta de cumplimiento en los tratamientos prescritos.
- Indicadores conductuales en el menor: sumisión, reacciones de miedo o rechazo (a regresar al hogar o el colegio, al contacto con un adulto), dificultad en la expresión

afectiva, ausencia de sonrisa social en lactantes, tristeza, apatía o agresividad injustificada, y conductas inapropiadas (autocomplacencia, conductas sexuales).

Estos indicadores han sido empleados como base para la elaboración de diferentes escalas (SPUTOVAMO, ESCAPE) que pudieran ser empleadas en la práctica clínica como método de screening en el Servicio de Urgencias^{61, 62}.

En la exploración física, determinadas características confieren un carácter sospechoso de maltrato a las lesiones. El maltrato físico, la negligencia y el abuso sexual son los tipos que más frecuentemente se manifiestan como lesiones físicas; mientras que el maltrato emocional rara vez es detectable en la exploración física, salvo estigmas de lesiones autolíticas o intentos de suicidio⁵².

En el maltrato físico, si bien los distintos tipos de lesión tienen características propias (**Tabla 1**), es común la localización en zonas no prominentes y no expuestas, y por tanto no propias de traumatismo, que coinciden con las denominadas “zonas de castigo”, como son las orejas, área peribucal y periorcular, cuello, torso, nalgas, muslos y genitales; así como la presencia de múltiples lesiones, en distintos estadios evolutivos o con improntas concordantes con objetos típicamente empleados en los castigos corporales (dedos, cinturón, cuerda o regla en lesiones cutáneo-mucosas o cigarrillos en quemaduras)^{1, 53-60, 63}.

Tabla 1. Características sospechosas de maltrato en las distintas lesiones físicas.

Fuente: (1, 53, 54, 55, 56, 58, 59, 60, 63).

Tipo de lesión	Características sospechosas
Lesiones cutáneo-mucosas	<ul style="list-style-type: none"> - En niños ≤4 años, especialmente en lactantes. - Petequias perilesionales. - Formas circunferenciales en muñecas, tobillos o cuello (casi patognomónicas de maltrato). - Bilateralidad. En hemicuerpo posterior. - Bordes definidos.
Quemaduras	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de lesiones satélite por salpicadura. - Profundidad homogénea y de carácter grave, generalmente 2º o 3º grado. - Morfología en guante o calcetín, en “líneas de cebra” o “en rosquilla” (por la posición al sumergir en agua caliente), y en sacabocados (propias de cigarrillos).

Mordeduras	<ul style="list-style-type: none"> - Características de dentadura humana, como arcada ovoide o lesión poco profunda con ausencia de desgarro de tejido (propio de animales). - Características de dentadura adulta, como distancia mayor de 3 cm entre las marcas de caninos.
Alopecia	<ul style="list-style-type: none"> - Occipital u occipito-parietal. - Longitud variable de los cabellos rotos. - Asociada a zona equimótica irregular o hematoma subcutáneo y dolor.
Lesiones bucales	<ul style="list-style-type: none"> - Hematomas y laceraciones en las comisuras orales, labios (especialmente el superior), mucosa oral, lengua o paladar. - Desgarro de frenillo labial. - Pérdida de piezas dentales o necrosis pulpar. - Fractura de diente o mandíbula.
Fracturas	<ul style="list-style-type: none"> - En niños <2 años (o no deambulación). - Costales, vertebrales o metáfisis de huesos largos (espiroideas, oblicuas o en "asa de cubo").
Traumatismo craneoencefálico (TCE)	<ul style="list-style-type: none"> - Fracturas parietales, bilaterales o que atraviesan suturas; lineales y de trayecto tortuoso. - Hemorragia subdural. - Asociado a hemorragia retiniana, otras fracturas, apnea o convulsiones.
Lesiones viscerales	<ul style="list-style-type: none"> - En niños ≤4 años. - Afectación de vísceras huecas no acompañadas de lesiones cutáneas.

Las lesiones cutáneo-mucosas son las más prevalentes, presentes en un 90% de los casos. Otras lesiones de frecuencia considerable son las quemaduras, de las que se estima que un 25% es de carácter intencionado^{37, 54-55, 57}.

Por otra parte, hallazgos congruentes con maltrato por negligencia en la exploración incluyen^{1, 54-56, 58-60, 63}:

- Falta de higiene personal, vestuario inapropiado o sucio y aspecto abandonado.
- Retraso pondoestatural y/o psicomotor, delgadez importante, prominencia de relieves óseos o pérdida del panículo adiposo.
- Eczema del pañal en lactantes, frecuentemente en estadios avanzados y ulcerados.
- Parasitosis frecuentes, especialmente pediculosis capitis.

- Múltiples caries, alteración del color dental, flemones o granulomas periodontales.

Finalmente, la exploración debe alertar de abuso sexual en caso de^{37, 54-56, 58-60, 63-64}:

- Dificultad o molestia en la deambulación, al permanecer sentado o defecar.
- Ropa interior rasgada, con restos de sangre o fluidos y vello púbico.
- Hematomas en pubis, cara interna de muslos, zona anal o pecho.
- Laceraciones en genitales externos (vulva, pene, escroto, periné).
- Cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o ano.
- Lesiones himenales agudas; asimetría, escotaduras o ausencia de himen.
- Signos de enfermedad de transmisión sexual (ETS): prurito genital, vulvovaginitis, exudado purulento o maloliente, condilomas acuminados, ampollas, etc.
- Laceración o desgarró anal; dilatación del esfínter anal.
- Eritema o petequias en paladar (unión de paladar blando y duro), laceración del frenillo lingual y signos de ETS.

Sin embargo, el 90-95% de las víctimas de abuso sexual presenta una exploración anodina incluso en casos con penetración, dada la rápida cicatrización de las lesiones genitales. En consecuencia, su detección es más probable en los casos más tempranos y en aquellos que la víctima refiere sangrado durante el abuso^{1, 36, 53-54, 57}.

Asimismo, de acuerdo con los estudios hospitalarios, una media del 36,9% de las víctimas precisó de una evaluación específica por un médico forense, con mayor prevalencia en los casos de abuso sexual^{38, 46, 49}. Aunque en menor medida, Ginecología, Neurología y Neurocirugía también fueron requeridas cuando la exploración pediátrica en el Servicio de Urgencias no fue concluyente^{38, 49}.

5.2.2. Estancia en la Urgencia

El tiempo de estancia medio en el Servicio de Urgencias en los casos sospechosos de maltrato infantil fue de aproximadamente 3 horas^{40, 50}.

5.2.3. Pruebas complementarias

Bajo la sospecha de maltrato, las guías de atención al maltrato infantil recogen distintas circunstancias en las que se precisan pruebas complementarias (**Tabla 2**)^{1, 53}.

Tabla 2. Pruebas complementarias a solicitar en los distintos tipos de maltrato.

Fuente: (1, 53).

Tipo de maltrato	Pruebas complementarias
Maltrato físico	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Laboratorio</u>: <ul style="list-style-type: none"> ○ Hematimetría, plaquetas y coagulación en hemorragia intracraneal o lesiones cutáneas sospechosas. ○ Bioquímica, perfil iónico, CPK, amilasa y lipasa y hierro si traumatismo abdominal. ○ Tira de orina y sedimento si traumatismo abdominal, deshidratación o fallo renal agudo. ○ Ácidos orgánicos en orina si hemorragia subdural. ○ Tóxicos en orina o sangre si síntomas compatibles con intoxicación, episodio breve resuelto espontáneamente, síntomas neurológicos inexplicables u otra sospecha de ingesta. ○ Pruebas de salud ósea, vitamina C, cobre y ceruloplasmina si sospecha de escorbuto o déficit de cobre. - <u>Pruebas de imagen</u>: <ul style="list-style-type: none"> ○ Radiografía: serie ósea completa en <2 años con sospecha de maltrato, y de la zona de traumatismo sospechoso o inexplicable en >2 años. ○ TAC craneal sin contraste: en <2 años con TCE sospechoso de maltrato, "alto riesgo" (múltiples lesiones o fracturas, lesiones faciales o menor de 6 meses) u otras lesiones inexplicables; y >2 años con TCE sospechoso de maltrato acompañado de clínica neurológica. ○ Ecografía/TAC abdominal: si sospecha de lesión visceral. - <u>Fondo de ojo</u>: siempre en <2 años con sospecha de maltrato.
Abuso sexual	<ul style="list-style-type: none"> - Test de embarazo. - Tóxicos en orina si sospecha de sumisión química. - Serología VIH, VHB, VHC, VHS y sífilis.
Negligencia	<ul style="list-style-type: none"> - Medición de IMC, perímetro craneal y comparación con curvas de crecimiento. - Pruebas destinadas a la sospecha específica (déficits nutricionales, etc.).

La mayor parte de estudios no señala en qué medida se requiere de pruebas complementarias, y sólo 2 de ellos constatan su solicitud en uno a dos tercios de los pacientes, con predominio de las pruebas de laboratorio^{38, 49}.

Igualmente, ante la sospecha de un posible caso de maltrato infantil es esencial conocer si conviven más menores en el hogar y evaluarlos en las 24 horas siguientes⁵³.

5.2.4. Tratamiento

El tratamiento del maltrato infantil se sustenta en 4 grandes pilares, formados por la atención médica y psicológica del cuadro agudo derivado del maltrato, la separación de la víctima de la fuente de maltrato, la notificación de los hechos y la educación familiar. Otros dos grandes bloques que acompañan al tratamiento son el seguimiento y la prevención, que requieren la acción coordinada de órganos judiciales, sistema social y sanitario.

El tratamiento médico puede incluir, en función de las características del episodio:

- Tratamiento de heridas o lesiones físicas, con profilaxis antitetánica si precisa.
- Profilaxis antibiótica de ETS (clamidia, gonococo y tricomonas; mediante macrólidos, ceftriaxona y metronidazol, respectivamente): en pacientes postpuberales y <72 horas desde la agresión, o posteriores con clínica compatible.
- Profilaxis mediante vacunación de VHB y VPH: según edad de la víctima y estado de vacunación.
- Profilaxis postexposición a VIH: si <72 horas desde la agresión junto con agresor VIH positivo, factores de riesgo en la víctima o en base al tipo de agresión y riesgo de transmisión (mayor riesgo en contacto directo entre fluidos).
- Anticoncepción de urgencia (levonorgestrel si <72 horas desde de la agresión, y acetato de ulipristal hasta 120 horas después) y control con test de embarazo a las 3 semanas.

En todos los casos, sospechosos o confirmados, deben cumplimentarse, junto con el informe médico, el parte de lesiones por el primer médico que atiende a la víctima y la hoja de notificación de riesgo de maltrato infantil para la comunicación a los Servicios Sociales de la zona. Asimismo, debe contactarse siempre con Atención

Primaria, y con Pediatría Social en caso de así disponerse en el entorno hospitalario. La notificación judicial se realizará de manera más o menos urgente según la gravedad del episodio, no siendo obligada en los casos más leves o de baja sospecha (a excepción del abuso sexual, que siempre debe notificarse)^{1, 53, 65}.

En la práctica médica diaria, los estudios hospitalarios revelan la notificación prácticamente total a los Servicios Sociales (98%)^{38-39, 42}, mientras que las notificaciones judiciales varían del 50 al 95% de los casos^{42, 46}.

En los casos urgentes, tanto por la gravedad de las lesiones como por la necesidad de protección del menor (maltrato reiterado o peligro inminente), debe procederse al ingreso y notificación judicial urgente para garantizar la seguridad de la víctima. Los casos de abuso sexual serán considerados de urgencia, además, si han transcurrido <72 horas desde la agresión o si precisa tratamiento antibiótico o anticonceptivo^{1, 53, 65}.

Según la evidencia, hasta un tercio de las víctimas de maltrato atendidas en el Servicio de Urgencia fueron ingresadas en el hospital, precisando un 1,5 a 6,8% del total atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica (UCIP)^{37, 39-40, 42, 46-47}. Únicamente 2 artículos concretaron el motivo de ingreso, que fue en aproximadamente un 70% con finalidad médica y un 30% por protección del menor³⁹⁻⁴⁰; en tanto que otros 2 recogieron la duración del mismo, con una media de 10 días en general y 9,5 días en la UCIP^{38, 40}.

La edad y el tipo de maltrato son factores de riesgo cuya relación con el ingreso ha sido demostrada, siendo aquellos más jóvenes y víctimas de negligencia los grupos de mayor riesgo de hospitalización^{37, 39}.

La necesidad de medidas de estabilización es infrecuente (5,7%), y por lo general se precisa en víctimas de maltrato físico (intoxicación) o negligencia de corta edad⁴¹.

5.2.5. Destino de la víctima y seguimiento

Tras la atención hospitalaria lo más frecuente es que la víctima regrese al domicilio en el 64 a 88% de los casos, mientras que el resto acude a un centro de acogida (11%) o es reubicado con otros familiares (6%)^{37, 39-40, 42, 46-47}. Sólo 2 artículos recogen una mayor proporción de casos en centros de acogida frente a regreso al hogar^{36, 38}. En menor medida, un 0,4 a 3% de las víctimas fallece^{37-38, 40-42, 46}; mientras que el 3 a 12%

sufre secuelas permanentes, más frecuentemente neurológicas (encefalopatía, epilepsia)^{38, 40, 42}.

Trenchs Sainz de la Maza V et al. señalan una relación estadísticamente significativa entre el tipo de maltrato y las altas domiciliarias, con mayor prevalencia de altas en los casos de maltrato emocional y abuso sexual (90%) frente a la negligencia y el maltrato físico (68%)⁴⁶.

En caso de realizarse, el tipo de seguimiento tras un caso de maltrato puede ser social, legal o médico. Lo más habitual es el seguimiento realizado por trabajadores sociales, presente en un 40% de los casos. En torno al 20% de las víctimas queda sujeta a vigilancia médica, y un 8% a seguimiento judicial^{37, 39, 42, 47}. Otros tipos específicos de vigilancia son variables intercomunidad, como la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAIA), que realiza seguimiento en el 40% de los casos en Cataluña⁴². En un 5% de los casos no consta ningún tipo de seguimiento^{37, 42}. Además, cerca del 9% de los progenitores pierde la custodia del menor^{37, 39, 42}.

6. DISCUSIÓN

El maltrato infantil es una entidad altamente compleja, cuyo número de casos en España ha aumentado a casi el doble respecto a las cifras de hace una década, ratificándose como un grave problema de salud pública. Estos datos más probablemente se correspondan con una optimización y unificación en los sistemas de notificación (estandarización de hojas de notificación comunitarias, sistema RUMI), así como una mayor educación y sensibilización social, que con un aumento real de casos. Trabajar en esta línea apunta a predicciones cada vez mayores de los casos detectados, con un incremento progresivo del histórico porcentaje del 15% de casos detectados sobre el total reales.

El leve descenso de los años 2019 y 2020 puede corresponderse a un enmascaramiento del maltrato por la pandemia de la COVID-19, a la cual también puede atribuirse el incremento de casos graves; posible consecuencia del confinamiento y crisis económica derivados de la misma (al igual que los datos próximos al año 2012 coinciden con la crisis económica española).

El grupo más vulnerable y con mayor número de víctimas graves son los niños de edad escolar o inferior, especialmente los lactantes, los cuales presentan mayor morbilidad, necesidad de ingreso, medidas invasivas o cuidados intensivos y tasa de fallecimientos. A grandes rasgos, el maltrato disminuye con la edad, en probable relación con la capacidad del niño para defenderse de manera individual y mediante recursos sociales. De hecho, las notificaciones de casos en víctimas más mayores se realizan frecuentemente por su comunicación en los centros escolares, o porque recurren a plataformas de ayuda a menores en riesgo o servicios de emergencias. En las víctimas más jóvenes, la inconsciencia e inmadurez para comprender la situación o el miedo son obstáculos frecuentes que impiden al menor reportar el maltrato. Estos sentimientos pueden verse potenciados por el hecho de que la principal fuente de maltrato es el círculo cercano del menor, familiar o no. Por ello, no es infrecuente la presentación del maltrato en el Servicio de Urgencia a su llegada con un adulto. Bajo esta premisa, el clínico debe conocer y considerar la posibilidad de maltrato.

Otras características de la víctima que aumentan su vulnerabilidad y actúan como factores de riesgo son las enfermedades crónicas, minusvalías o extranjeros (frecuentemente ligados a circunstancias socioeconómicas y educativas desfavorables). A pesar de no constituir el perfil más habitual, la comparación entre grupos ha demostrado mayor prevalencia de maltrato en estos menores.

Existen discrepancias sobre el tipo de maltrato más prevalente. Las diferencias entre los protocolos de detección hospitalarios y de los Servicios Sociales pueden ser la razón de estas discrepancias; que centran su atención en la víctima o en su entorno, respectivamente. Por ello, el maltrato físico y abuso sexual son los más prevalentes en el Servicio de Urgencias; mientras que los Servicios Sociales tienen una alta tasa de detección de negligencia. Asimismo, existen importantes diferencias en función del género de la víctima, con un predominio de maltrato físico en varones y de abuso sexual en mujeres. Es posible que el género del agresor también tuviera su papel en el tipo de maltrato ejercido, si bien este aspecto no ha sido estudiado hasta la fecha.

Con todo, el tipo de maltrato más habitual probablemente sea el maltrato emocional. Existe una importante tasa de polivictimización y coexistencia de múltiples tipos de maltrato en los que el maltrato emocional, más sutil, queda oculto a los ojos del

evaluador por la evidencia con la que los otros tipos se manifiestan. Asimismo, cuando aparece de manera aislada es infrecuente que sea motivo de consulta médica, contacto con trabajadores sociales, fuerzas de seguridad u otras fuentes de notificación. Debe resaltarse que las cifras más altas de maltrato emocional provienen de la victimización, por lo que la formación en directrices a seguir en la entrevista individual con la víctima es clave para su detección desde cualquier ámbito.

Pero no sólo puede y debe mejorarse la detección del maltrato emocional. En el 50% de los de los casos detectados en el Servicio de Urgencias el maltrato no constituye el motivo de consulta, el 70% no estaban en conocimiento de los Servicios Sociales, y hasta un 90% presenta exploración anodina en determinados casos. Por ello, mejorar la calidad de la detección es fundamental para un adecuado control global del problema. En un esfuerzo por cumplir dicho objetivo, en los últimos años se han elaborado varias escalas (SPUTOVAMO, ESCAPE) basadas en los indicadores del episodio actual de maltrato (demora, consistencia, congruencia). Sin embargo, de acuerdo con las últimas revisiones, no hay evidencia suficiente para la implantación de dichos sistemas de screening en la práctica clínica. Para elaborar la sospecha de maltrato debe conocerse el perfil de la víctima previamente descrito, así como la combinación de indicadores físicos, conductuales, emocionales y factores de riesgo; lo que probablemente haga de dichas escalas un instrumento insuficiente por sí mismo. En contraposición, una medida que sí parece optimizar la precisión en la detección del maltrato a nivel hospitalario es la formación especializada de un miembro del equipo que actúe como referente y a quien derivar los casos sospechosos.

Otro punto crítico de dichas escalas es que, si bien podrían tener el potencial de aumentar el número de casos detectados, no los identifican de manera más temprana, y muchas de las víctimas ya experimentan el maltrato y sus consecuencias a su detección.

En este sentido, cobra mayor relevancia labrar la atención ofrecida. Existen varios indicadores que evalúan la calidad de la atención, como el seguimiento de protocolos, el registro completo de información en la historia (incluyendo las declaraciones del menor) y la valoración específica de las necesidades terapéuticas. No obstante, si bien un gran volumen de los estudios sobre el maltrato en los hospitales españoles recoge

detalladamente el proceso de detección y perfil de la víctima, sólo una pequeña fracción describe el manejo específico.

En aquellos estudios que analizan la calidad de la atención se han detectado numerosos casos en los que los informes médicos no reflejan correctamente las medidas tomadas, como la iconografía o la notificación a los Servicios Sociales. También la atención psicológica, pilar clave en la atención del menor con independencia del maltrato sufrido, es poco frecuentemente documentada. La evaluación de otros menores convivientes, ampliamente recomendada por las guías, no es mencionada en ningún estudio hospitalario. La inclusión de prerreductados y divulgación de protocolos, muchas veces ya existentes pero no conocidos por todos los miembros del equipo, son medidas que pueden reforzar la calidad de la atención.

La tasa de ingresos sí es bien recogida, no así su motivo, que muchas veces no es concretado. A pesar de que el 30% ingresa por protección, tras su estancia, la mayoría de las víctimas regresa al hogar y el 50% no recibe ningún tipo de seguimiento, lo que puede aumentar el riesgo de perpetuación de maltrato.

Dada la complejidad de estos pacientes, corregir esta situación y proteger al menor precisa de la coordinación multidisciplinar de profesionales médicos, psicólogos y trabajadores sociales.

Desde el papel del profesional sanitario, promover una estricta vigilancia de la víctima, que actualmente se realiza únicamente en un 20% de los casos, puede ser clave. Asimismo, la integración de profesionales en Pediatría Social puede ofrecer una atención más especializada al menor, abarcando las dimensiones física, psicológica y social.

Por otro lado, desde la atención pediátrica es posible y se debe reducir el impacto de los factores de riesgo detectados durante la asistencia médica a las familias que acuden al Servicio de Urgencia. El reconocimiento precoz de situaciones de riesgo (violencia de género en la pareja, adicción de los progenitores, personas no familiares convivientes, dificultades económicas, pautas de educación o disciplina inadecuadas, entre otras) en las familias permite una actuación preventiva dirigida a minimizar los daños de un maltrato todavía no detectado, y presuntamente no presente. Los potenciales beneficios no sólo reducen el número de casos, sino que limitan la

proporción de casos graves (en actual repunte), secuelas y fallecimientos, cuyas tasas no son frecuentes, pero tampoco desdeñables, dada la gravedad del cuadro por las características de la víctima (pacientes de corta edad, habitualmente a manos de familiares próximos).

En las circunstancias que lo permitan, ofrecer a los progenitores tratamiento médico (adicciones, trastornos psiquiátricos) o psicológico (manejo de la ira, ansiedad o depresión) son algunos ejemplos de las medidas preventivas a tomar. Igualmente, la atención de Pediatría Social puede colaborar en la corrección del vínculo afectivo paternofilial y promocionar la capacidad educativa de los progenitores y habilidades comunicativas del menor. Del mismo modo, asegurar una vía de comunicación sana y segura con éste puede incrementar la calidad en la detección del maltrato, si una vez se produce el maltrato la víctima recurre a los profesionales en los que confía de manera precoz. Sin embargo, más estudios prospectivos son requeridos para evaluar la eficacia e impacto real de dichas intervenciones.

7. CONCLUSIONES

- En el año 2020 se notificaron 15.688 casos y se atendieron 87.543 peticiones de ayuda de maltrato infantil en España. Sólo un 30% de los casos notificados denuncia la situación. La proporción de casos graves ha aumentado en los últimos 3 años, y actualmente es cercana al 50%.
- Ciertas características de la víctima, como la corta edad, son un importante factor de riesgo de gravedad y morbilidad del maltrato. En la mayoría de los casos, éste proviene del entorno de la víctima.
- En una gran proporción de casos el maltrato no es conocido y su presentación clínica no es alarmante. Su sospecha requiere conocer y reconocer el perfil de la víctima, los factores de riesgo y los indicadores en la anamnesis y exploración.
- La entrevista individual con la víctima es esencial, especialmente para la detección del maltrato emocional; subtipo más frecuente.

- El Servicio de Urgencias juega un papel clave en la detección, atención y prevención del maltrato infantil. La formación especializada de uno o varios miembros del equipo es necesaria para lograr una calidad adecuada en el manejo.
- El tratamiento del maltrato infantil se sustenta en la atención médica y psicológica a la víctima, la separación de la víctima de la fuente de maltrato, la notificación de los hechos y la educación familiar.
- Las mejoras en calidad de detección realizadas a raíz del reconocimiento del maltrato infantil como un problema de salud han permitido duplicar el número de casos conocidos en España.
- Se precisa de más estudios prospectivos que describan la atención hospitalaria ofrecida y que evalúen el impacto de las medidas de prevención, para la elaboración de recomendaciones clínico-preventivas eficaces.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguado E, Álvaro LI, Arbeloa A, Barrios A, Braviz L, Cadenas NM et al. Manual para la atención a situaciones de maltrato infantil. 2ª ed. Gancedo A, editor. Madrid: Grupo 2 CM; 2021.
2. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil [Internet]. Ginebra: OMS; 2020 [citado 15 octubre 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
3. Alonso-Gutiérrez G, García-Martínez O. Consideraciones acerca de la conceptualización del maltrato infantil. MediCiego [Internet]. 2012 [citado 15 octubre 2021]; 18(4). Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/359>
4. Wheeler S. El primer caso de maltrato infantil de la Historia. ABC [Internet]. 2013 [citado 15 octubre 2021]. Disponible en: <https://www.abc.es/ciencia/20130528/abci-primer-caso-maltrato-infantil-201305281804.html>
5. Labbé J. Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. Child Abuse Negl [Internet]. 2005 [citado 15 octubre 2021]; 29 (4): 311–324. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213405000608>
6. Santos M. Los inicios de la protección a la infancia en España (1873-1918) [Internet]. Madrid: Asociación Española de Historia Económica; 2008 [citado 15 octubre 2021]. Disponible en: <https://www.aehe.es/wp-content/uploads/2008/09/Los-inicios-de-la-proteccion-infancia.pdf>
7. Pérez MT. El niño maltratado: perspectiva médica. Cuad. trab. soc. 1997. 10: 145-156.
8. Greeley CS. The Evolution of the Child Maltreatment Literature. Pediatrics [Internet]. 2012 [citado 15 octubre 2021]; 130(2): 347–348. Disponible en: doi:10.1542/peds.2012-1442

9. Díaz Huertas JA. El maltrato infantil en la historia. En: Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González C. Niños maltratados. 1ª ed. Madrid: Díaz de Santos. 1997. p. 1-6.
10. World Health Organization. European report on preventing child maltreatment [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [citado 27 octubre 2021]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf?ua=1
11. Mouesca JP. Prevención del maltrato infantil: función del pediatra. 1ra parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2015 [citado 27 octubre 2021]; 113(6): 558-567. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n6a13.pdf>
12. Mulder TM, Kuiper KC, Van der Put CE, Stams GJM, Assink M. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. Child Abuse Negl [Internet]. 2018 [citado 27 octubre 2021]; 77: 198–210. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213418300164?via%3Dihub>
13. Austin AE, Lesak AM, Shanahan ME. Risk and protective factors for child maltreatment: A review. Curr Epidemiol Rep Internet]. 2020 [citado 27 octubre 2021]; 7(4): 334-342. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8205446/>
14. White OG, Hindley N, Jones DP. Risk factors for child maltreatment recurrence: An updated systematic review. Med Sci Law [Internet]. 2015 [citado 27 octubre 2021]; 55(4): 259-77. Disponible en: https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0025802414543855?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
15. Hindley N, Ramchandani PG, Jones DP. Risk factors for recurrence of maltreatment: a systematic review. Arch Dis Child [Internet]. 2006 [citado 27 octubre 2021]; 91(9): 744-52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2082913/>

16. Kennedy JM, Lazoritz S, Palusci VJ. Risk Factors for Child Maltreatment Fatalities in a National Pediatric Inpatient Database. *Hosp Pediatr* [Internet]. 2020 [citado 27 octubre 2021]; 10(3): 230-237. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7041552/>
17. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003 [citado 27 octubre 2021]. Publicación Científica y Técnica N°. 588. Disponible en: https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/Informe_Mundial_Salud.pdf
18. Kimber M, MacMillan HL. Child Psychological Abuse. *Pediatr Rev* [Internet]. 2017 [citado 27 octubre 2021]; 38(10): 496-498. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatricsinreview/article-abstract/38/10/496/31997/Child-Psychological-Abuse?redirectedFrom=fulltext>
19. Chiesa A, Goldson E. Child Sexual Abuse. *Pediatr Rev* [Internet]. 2017 [citado 27 octubre 2021]; 38(3): 105-118. Disponible en: <https://publications.aap.org/pediatricsinreview/article-abstract/38/3/105/73198/Child-Sexual-Abuse?redirectedFrom=fulltext>
20. Gómez Pérez E, de Pául J. La transmisión intergeneracional del maltrato físico infantil: estudio en dos generaciones. *Psicothema* [Internet]. 2003 [citado 5 noviembre 2021]; 15(3): 452-457. Disponible en: <https://www.psicothema.com/pdf/1087.pdf>
21. Vial A, Van der Put C, Stams GJJM, Kossakowski J, Assink M. Exploring the interrelatedness of risk factors for child maltreatment: A network approach. *Child Abuse Negl* 107 2020 104622 [Internet]. 2020 [citado 5 noviembre 2021] Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213420302775?via%3Dihub>
22. Assink M, Spruit A, Schuts M, Lindauer R, Van der Put CE, Stams GJM. The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level meta-analysis. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2018 [citado 5 noviembre 2021]; 84: 131-145. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0145213418303181?via%3Dihub>

23. Savage LÉ, Tarabulsky GM, Pearson J, Collin-Vézina D, Gagné LM. Maternal history of childhood maltreatment and later parenting behavior: A meta-analysis. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2019 [citado 5 noviembre 2021]; 31(1): 9-21. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/abs/maternal-history-of-childhood-maltreatment-and-later-parenting-behavior-a-metaanalysis/DC5AE1FE0953AB7400B417EDE2642D6A>

24. Observatorio de la Infancia. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia [Internet]. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; 2020 [citado 9 febrero 2022]. Boletín N°. 23. Disponible en: https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/PDF/Estadisticaboletineslegislacion/Boletin_Proteccion_23_Provisional.pdf

25. Ministerio del Interior. Anuario Estadístico del Ministerio de Interior 2020 [Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; 2020 [citado 9 febrero 2022]. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/documents/642317/1204854/Anuario+Estad%C3%ADstico+del+Ministerio+del+Interior+2020/94d9cf1b-889f-4119-b4c4-09926630a29e>

26. Fundación ANAR. Memoria Fundación ANAR 2020 [Internet]. Madrid: Fundación ANAR; 2020 [citado 9 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2021/12/Memoria-ANAR-2020-Definitiva.pdf>

27. Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Prevención y detección precoz del maltrato infantil: revisión de estrategias e intervenciones desde los Servicios Sanitarios [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2011 [citado 9 febrero 2022]. Cuadernos de trabajo N°. 3. Disponible en: http://217.12.23.249/bitstream/10668/1647/1/PrevencionYDeteccionMaltrato_2011.pdf

28. Lachica E. Síndrome del niño maltratado: aspectos médico-legales. Cuad. med. forense [Internet]. 2010 [citado 9 febrero 2022];16 (1-2). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062010000100007
29. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo e INE; 2006 [actualizado marzo 2008, citado 9 febrero 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?type=pcaxis&path=/t15/p419/a2006/p01/&file=pcaxis>
30. World Health Organization. European report on preventing child maltreatment [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 9 febrero 2022]. Disponible en: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/381140/wh12-ecm-rep-eng.pdf
31. Mas Hesse B, Carrasco Ortiz M. Abuso sexual y maltrato infantil. En: Manual de terapia de conducta en la infancia. 3ª ed. Vallejo Pareja M, Comeche Moreno M. Madrid: Dykinson; 2016. p. 271-292.
32. Centro Reina Sofía. Maltrato infantil en la familia en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [citado 9 febrero 2022]. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/3688_d_maltrato-infantil-espana-2011.pdf
33. Observatorio de la Infancia. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [citado 9 febrero 2022]. Boletín N°. 18. Disponible en: <https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/productos/pdf/Boletinproteccionlainfancia18accesible.pdf>
34. Observatorio de la Infancia. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016 [citado 9 febrero 2022]. Boletín N°. 19. Disponible en: [https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/estadisticas/estadisticas/PD/F/Boletin Proteccion 19 Accesible.pdf](https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/estadisticas/estadisticas/PD/F/Boletin%20Proteccion%2019%20Accesible.pdf)

35. Fundación ANAR. Evolución de la Violencia a la Infancia en España según las Víctimas 2009-2016 [Internet]. Madrid: Fundación ANAR; 2018 [citado 9 febrero 2022]. Disponible en:

https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5545_d_Estudio_Evolución-de-la-Violencia-a-la-Infancia-en-España-según-las-V%C3%ADctimas.pdf

36. Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI, Gelabert Colome G, Macias Borrás C, Pou Fernández J. Evolución de los ingresos por maltrato infantil durante 15 años. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2013 [citado 17 febrero 2022]; 78(2): 118-22. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-evolucion-ingresos-por-maltrato-infantil-articulo-S1695403312003049>

37. Madroñal Fernández P. Valoración de casos de maltrato infantil detectados en Urgencias de Pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia [Tesis]. Murcia: Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones; 2015.

38. Navarro Campo S, Ruiz Herrera ME, Alonso Álvarez A. Maltrato infantil revisión de los casos atendidos en urgencias de pediatría de un hospital terciario en los últimos 5 años. Ponencia presentada en: XXIV Reunión SEUP; 2019 May 9-11; Murcia. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/reuniones/2019/Posters/P_163.pdf

39. Solís-García G, Marañón R, Medina Muñoz M, de Lucas Volle S, García-Morín M, Rivas García A. Maltrato infantil en Urgencias: epidemiología, manejo y seguimiento. An Pediatr (Engl Ed) [Internet]. 2019 [citado 17 febrero 2022]; 91(1): 37-41. Disponible en: <https://www.analesdepediatria.org/es-maltrato-infantil-urgencias-epidemiologia-manejo-articulo-S1695403318303643>

40. Sabaté Rotés A, Sancosmed Ron A, Cebrián Rubio R, Canet Ponsa M, Martín González M. Sospecha de maltrato infantil en urgencias pediátricas. An Pediatr (Barc.) [Internet]. 2009 [citado 17 febrero 2022]; 71(1): 60-63. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1695403309001362>

41. Cacharrón Cid G, García Alonso M, Azcúnaga Santibañez B, Benito Fernández FJ, Mintegui Raso, S, Daghoum Dorado E. Medidas de estabilización inicial realizadas

en urgencias en niños con sospecha de maltrato. Ponencia presentada en: XXV Reunión SEUP; 2021 Mar 3-6; San Sebastián. Disponible en:

https://seup.org/pdf_public/reuniones/2021/CCM/6_CCM_V_9.pdf

42. Marín Córdoba C, Gladwin Albaladejo E, Sancosmed Ron M, Rodrigo García R, Lera Carballo E, González Peris S. Maltrato infantil: un problema creciente en las Urgencias Pediátricas. Ponencia presentada en: XXV Reunión SEUP; 2021 Mar 3-6; San Sebastián. Disponible en:

https://seup.org/pdf_public/reuniones/2021/CCM/6_CCM_OTR_26.pdf

43. Caro Juárez M, Sánchez Bernaldo F, Trujillo Caballero L, García Méndez RM. Análisis de las notificaciones de maltrato infantil en el servicio de urgencias. Ponencia presentada en: XXIV Reunión SEUP; 2019 May 9-11; Murcia. Disponible en:

https://seup.org/pdf_public/reuniones/2019/CC/CC_241.pdf

44. González Brabin A, Monzón Calvo S, Storch de Gracia Calvo P, Martín Díaz MJ, Gaitero Tristán J, Alonso Cadenas JA. Estudio descriptivo de maltrato infantil en urgencias pediátricas. Ponencia presentada en: XXIII Reunión SEUP; 2018 Abr 19-21; Sitges. Disponible en:

https://seup.org/pdf_public/reuniones/2018/CC/cc13_011.pdf

45. Fernández Carretero L, Pueyo Agudo E, Jiménez Bravo B, Oliva Rodríguez-Pastor S, Durán Hidalgo I. Maltrato infantil moderado-grave en urgencias estudio descriptivo en un hospital de tercer nivel. Ponencia presentada en: XXIII Reunión SEUP; 2018 Abr 19-21; Sitges. Disponible en:

https://seup.org/pdf_public/reuniones/2018/CC/cc15_009.pdf

46. Trenchs Sainz de la Maza V, Curcoy Barcenilla AI. Registro multicéntrico de maltrato en urgencias: casuística de un año. Emergencias [Internet]. 2014 [citado 17 febrero 2022]; 26(6): 468-471. Disponible en:

https://seup.org/pdf_public/gt/maltrato_Registro_multicentrico.pdf

47. González Grado C, Curcoy Barcenilla AI, Trenchs Sainz de la Maza V, Macías Borrás C, Luaces Cubells C. Sospecha de maltrato, ¿qué pasa tras solventar la urgencia médica? Ponencia presentada en: XXV Reunión SEUP; 2021 Mar 3-6; San Sebastián. Disponible en: https://seup.org/pdf_public/reuniones/2021/CCM/6_CCM_PSI_8.pdf

48. Espinel Padrón Z, Córdoba Oñate Á, Manzano Gracia I, Peña Figuro G, Molo Amorós S, Sigüero Onrubia M. Análisis del maltrato infantil en nuestro entorno. Ponencia presentada en: XXV Reunión SEUP; 2021 Mar 3-6; San Sebastián. Disponible en:

https://seup.org/pdf_public/reuniones/2021/CCM/6_CCM_OTR_2.pdf

49. López Jesús M, Del Toro Saravia C, Muñoz Martínez P, Rodríguez Molina B, Balaguer Martín de Oliva M, Pérez de Alejo AN. Analizando el maltrato infantil. ¿Actuamos adecuadamente? Ponencia presentada en: XXV Reunión SEUP; 2021 Mar 3-6; San Sebastián. Disponible en:

https://seup.org/pdf_public/reuniones/2021/CCM/6_CCM_OTR_3.pdf

50. Domingo Ruiz A, Ibars Valverde Z, Vallmanya Cucurull T, Pociello Almiñana N, Planella Cornudella M, Bordas Pérez A. Evaluación de los casos de maltrato infantil en el servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel. Ponencia presentada en: XXIII Reunión SEUP; 2018 Abr 19-21; Sitges. Disponible en:

https://seup.org/pdf_public/reuniones/2018/P/pos18_003.pdf

51. Abasolo Telleria AE. Estudio descriptivo del tipo de maltrato que sufren menores evaluados en la Unidad de Valoración Forense Integral de Bizkaia. Rev Esp Med Legal [Internet]. 2019 [citado 23 febrero 2022]; 45 (1): 4-11. Disponible en:

[https://www.sciencedirect-com.ehu.idm.oclc.org/science/article/pii/S0377473218300518](https://www.sciencedirect.com.ehu.idm.oclc.org/science/article/pii/S0377473218300518)

52. Cardós Alonso MC. Epidemiología del maltrato infantil detectado en un servicio de urgencias extrahospitalario (SUMMA 112) de la Comunidad de Madrid [Tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Repositorio Institucional de la UCM; 2015.

53. Lobeiras A. Niño maltratado. En: Urgencias Pediátricas. Guía de actuación. 2ª ed. J. Benito, S. Mintegi. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2019. p. 855-61.

54. Pau-Charles I, Darwich-Soliva E, Grimalt R. Signos cutáneos del maltrato infantil. Actas Dermosifíogr [Internet]. 2012 [citado 12 abril 2022]; 103(2): 94-99. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001731011002754>

55. Agencia Española de Pediatría [Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría y Sociedad Española de Urgencias Pediátricas; 2020 [citado 12 abril 2022]. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Urgencias de Pediatría [356 páginas].

Disponible en:

aeped.es/sites/default/files/documentos/protocolos_seup_2020_final.pdf

56. Peraza Gutiérrez L, Gutiérrez Martorell ST. El síndrome del maltrato infantil y su diagnóstico en el consultorio estomatológico. *Mediciego* [Internet]. 2016 [citado 12 abril 2022]; 22(4):60-70. Disponible:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/mediciego/mdc-2016/mdc164j.pdf>

57. Pou Fernández J. Abordaje integral del maltrato infantil. En: AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2015*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 503-9. Disponible en: <https://www.aepap.org/sites/default/files/cursoaepap2015p503-509.pdf>

58. Junta de Andalucía [Internet]. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales; 2014 [citado 12 abril 2022]. Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil [67 páginas]. Disponible en:

https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af9587b22e75_protocolo_maltrato_infantil.pdf

59. Repositorio Institucional de Asturias [Internet]. Oviedo: Consejería de Vivienda y Bienestar social; 2011 [citado 12 abril 2022]. Maltrato infantil. Guía de actuación para los Servicios Sanitarios de Asturias [160 páginas]. Disponible en:

<https://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/4486>

60. Salud Castilla y León [Internet]. Valladolid: Gerencia Regional de Salud; 2021 [citado 12 abril 2022]. Protocolo sanitario de actuación ante la sospecha de maltrato intrafamiliar en la infancia y adolescencia [61 páginas]. Disponible en:

<https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-consejeria-sanidad/buscador/protocolo-sanitario-actuacion-sospecha-maltrato-intrafamiliar.45>

61. McTavish JR, Gonzalez A, Santesso N, MacGregor JCD, McKee C, MacMillan HL. *Identifying children exposed to maltreatment: a systematic review update*. *BMC Pediatr* [Internet]. 2020 [citado 12 abril 2022]; 20(1): 113. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7060650/>

62. Hoedeman F, Puiman PJ, Smits AW, Dekker MI, Diderich-Lolkes de Beer H, Laribi S, et al. Recognition of child maltreatment in emergency departments in Europe: Should we do better? PLoS One [Internet]. 2021 [citado 12 abril 2022]; 16(2): e0246361. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7864669/>

63. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia [Internet]. Murcia: Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración Dirección General de Familia y Menor; 2010 [citado 12 abril 2022]. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario [160 páginas]. Disponible en:

[https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=4674&IDTIPO=246&RASTRO=c887\\$m5857](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=4674&IDTIPO=246&RASTRO=c887$m5857)

64. Oliván Gonzalvo G, de la Parte Sernab AC. Manifestaciones orales y dentales del maltrato infantil. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2021 [citado 12 abril 2022]; 23:15-23. Disponible en:

https://www.researchgate.net/profile/Gonzalo-Olivan-Gonzalvo/publication/349573486_Manifestaciones_orales_y_dentales_del_maltrato_infantil/links/607420de299bf1c911c62102/Manifestaciones-orales-y-dentales-del-maltrato-infantil.pdf

65. Gancedo Baranda A. Abordaje integral del maltrato infantil. Ponencia presentada en: 14º Curso de Actualización en Pediatría de la AEPap; 2017 Feb 16-18; Madrid. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/417.mi.antonio_gancedo.pdf