

Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

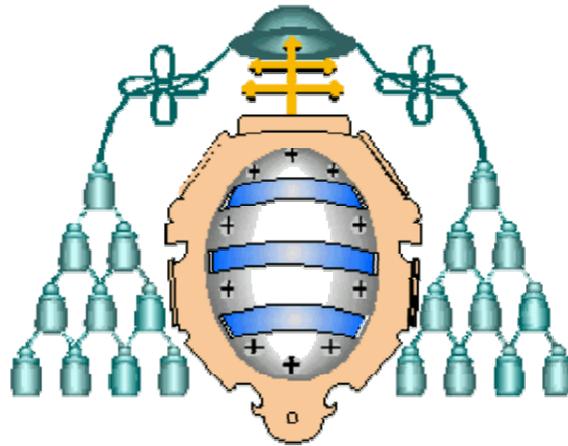
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

“LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA ANTE EL MALTRATO
INFANTIL”

Estefanía García Palacio

Junio 2013

Trabajo Fin de Master



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

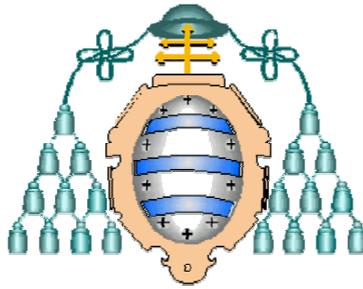
Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados
Críticos

**“LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA ANTE EL
MALTRATO INFANTIL”**

Estefanía García Palacio

Junio 2013

Trabajo Fin de Master



MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE
URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

**LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA ANTE EL MALTRATO
INFANTIL**

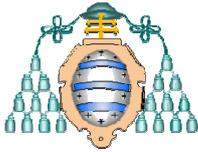
TRABAJO FIN DE MÁSTER

Una firma manuscrita en tinta azul que parece decir "Estefanía".

Estefanía García Palacio
Autora

Una firma manuscrita en tinta azul que parece decir "José Ángel Rodríguez Getino".

José Ángel Rodríguez Getino
Tutor



MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y CUIDADOS CRÍTICOS

JOSÉ ÁNGEL RODRÍGUEZ GETINO , Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Oviedo, Profesor Titular y Director del Área de Medicina Legal y Forense del Departamento de Medicina de la Universidad de Oviedo.

CERTIFICA:

Que el Trabajo Fin de Máster presentado por Dña. **ESTEFANÍA GARCÍA PALACIO**, titulado “**La práctica de la enfermería ante el maltrato infantil**”, realizado bajo mi dirección, dentro del Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos por la Universidad de Oviedo, reúne a mi juicio las condiciones necesarias para ser admitido como Trabajo Fin de Máster en la Universidad de Oviedo.

Y para que así conste dónde convenga, firman la presente certificación en Oviedo a 29 de Mayo de 2013.

Fdo. **JOSÉ ÁNGEL RODRÍGUEZ GETINO**
Director del Trabajo

AGRADECIMIENTOS

1. A mi tutor, Dr. José Ángel Rodríguez Getino
2. A la Coordinadora del Máster, Dra. M^a del Pilar Mosterio, por su confianza.
3. A mi pareja, por su paciencia infinita.
4. A mis compañeros, por su gran apoyo, y en especial a Águeda y Mónica por su gran ayuda.

ÍNDICE

	PÁGINA
1. Introducción	1
1.1. Marco histórico	1
1.2. Definición del maltrato	2
1.3. Tipos de maltrato	2
2. Estado Actual	6
2.1. Teoría de las necesidades	6
2.2. Indicadores de malos tratos	7
2.3. Marco legal	17
2.4. Estudios referentes al tema	22
3. Justificación	25
4. Objetivos	26
5. Material y método	27
5.1. Tipo de estudio	27
5.2. Tiempo y lugar de estudio	27
5.3. Sujetos a estudio. Tamaño muestral	28
5.3.1. Sujetos a estudio. Criterios de exclusión e inclusión	28
5.3.2. Tamaño muestral	29
5.4. Recogida de datos	30
5.5. Variables del estudio	30
5.6. Procedimiento	32
5.7. Análisis de datos	32

5.8. Errores y limitaciones	33
5.9. Presupuesto	34
5.10. Cronograma	35
6. Comentarios	36
7. Bibliografía	37
ANEXOS	41
Anexo 1. Artículo 31 Ley del Principado de Asturias de Protección del Menor 1/1995. Situación de desamparo.	42
Anexo 2. Hoja de notificación	43
Anexo 3. Parte de lesiones	45
Anexo 4. Cuestionario	46
Anexo 5. Corrección del cuestionario	50
Anexo 6. Descripción de variables	54

1. INTRODUCCIÓN

1.1. MARCO HISTÓRICO

El abuso infantil ya existía en los pueblos y civilizaciones de la antigüedad donde utilizaban a los niños para realizar sacrificios y rituales.

A pesar de que los moralistas romanos, como Juvenal, dijese que el niño merecía el máximo respeto, el Derecho Romano reguló el llamado “ius vitae et necis” que permitía la muerte del hijo si el padre lo decidía, y de que el cristianismo, que postula el amor a los niños y condena la violencia y abusos sobre estos pero que fueron tolerantes con los castigos físicos y no penalizaron los abandonos de menores, influyó en las Leyes medievales y en los códigos del siglo XIX, no se reguló el delito de abandono de familia hasta una ley inglesa de 1824, este delito no se castigó en España hasta el código penal de 1944.⁽¹⁾

La atención jurídica y médica de los menores maltratados empezó a desarrollarse en la segunda mitad del siglo XIX. El médico francés A. Tardieu publicó en 1879 un trabajo de medicina legal sobre malos tratos en niños autopsiados por él; y el médico estadounidense Silverman (1946) demostró con estudios radiológicos las consecuencias no visibles de los maltratos, tales como fracturas múltiples de huesos largos o hematomas subdurales, cuyos padres no sabían explicar de manera razonable el mecanismo de producción de los mismos. Pero no fue hasta 1962 cuando se denominó al conjunto de lesiones diversas observadas por pediatras, médicos de familia, forenses, etc. “Síndrome de niño maltratado” que hacía sospechar de un medio familiar inadecuado.⁽²⁾

El primer proceso judicial que defendió a una menor de los malos tratos recibidos por un adulto (su madre y el compañero de ésta) fue en 1874 en EEUU, previamente la trabajadora social que llevó el caso a los tribunales recibió como respuesta que no debía

intervenir en los asuntos entre padre e hijos, por eso acudió a la Sociedad Americana para la Prevención de la Crueldad en los Animales, que la ayudó a defender ante los tribunales que un niño tenía los mismos derechos que un animal indefenso. Este caso dio lugar a la sensibilización social que permitió ir desarrollando un sistema de protección de los niños frente al maltrato en el ámbito familiar.^{(3) (4)}

Sin embargo, no es hasta la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño en el año 1989 (ratificada en España en el B.O.E. de 30 de diciembre de 1990) donde por vez primera se recoge, en su artículo 19, el derecho de los menores a no ser maltratados y define el 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 sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo”*.⁽⁵⁾

1.2. DEFINICIÓN DE MALTRATO INFANTIL

En la actualidad la OMS, define el maltrato infantil, como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. La exposición a la violencia de pareja también se incluye a veces entre las formas de maltrato infantil. También se puede interpretar como maltrato infantil la omisión no accidental del trato hacia un menor⁽⁶⁾.

1.3. TIPOS DE MALTRATO.

Se identifican habitualmente cinco tipos de maltrato que pueden dividirse en dos grupos, por acción (maltrato físico, maltrato emocional y abuso sexual) y por omisión (negligencia y abandono emocional)⁽⁷⁾:

1. **Maltrato físico:** Cualquier acción no accidental por parte de los padres que provoque daño físico o enfermedad en los niños/as o les coloque en grave riesgo de padecerlo.
2. **Negligencia:** Aquella situación en la que las necesidades físicas básicas de los niños/as no son atendidas temporal o permanentemente por parte de las personas responsables de su cuidado.
3. **Maltrato emocional:** Acción capaz de originar cuadros psicológicos-psiquiátricos por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño/a.
4. **Abandono emocional:** Falta persistente de respuesta a las señales (llanto, sonrisa...), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño/a y la ausencia de iniciativa de interacción y contacto por parte de las personas responsables de su cuidado.
5. **Abuso sexual:** Contacto o interacción entre un niño/a y un adulto en la que son utilizados para la obtención de estimulación sexual por parte del adulto. El abuso sexual también puede ser llevado a cabo por menores de 18 años cuando estos son significativamente mayores que la víctima o están en una situación de poder o control sobre la misma.

Estas formas de maltrato tienen unas características comunes ⁽⁷⁾:

- Constituyen la manifestación y resultado de un conjunto de problemas que afectan al bienestar familiar y a su entorno presente y pasado.
- Afectan negativamente a la satisfacción de las necesidades básicas de la infancia y comprometen su adecuado desarrollo.
- Sus efectos negativos aumentan en intensidad a medida que la situación se cronifica o es más severa.

Existen otros tipos de situaciones que comparten estas características pero que no se ajustan de manera estricta a ellas, por ello debemos definir el término desprotección infantil en el que las necesidades básicas del niño/a se ven insatisfechas generando un daño o riesgo que dificulta o impide su desarrollo integral, como son ⁽⁷⁾:

1. **Explotación laboral:** los padres o responsables del cuidado del niño/a les asignan con carácter obligatorio la realización continuada de trabajos que: exceden los límites de lo habitual para la infancia en ese contexto sociocultural, deberían ser realizados por adultos, interfieren en las actividades y necesidades sociales y/o escolares del niño/a, y aquellos que son asignados al niño/a para obtener un beneficio económico.
2. **Corrupción:** Conductas propiciadas por adultos que refuerzan pautas de conducta antisocial o desviada, en ocasiones con el fin de sacar un beneficio del menor y que impiden la normal integración del niño/a, manifestándose especialmente en el área de la agresividad, la sexualidad y las drogas.
3. **Incapacidad de control de la conducta del hijo/a:** Los padres hacen dejación de su responsabilidad de controlar y manejar de manera adaptativa el comportamiento de sus hijos/as o intentan hacerlo de manera notoriamente inadecuada y dañina.
4. **Maltrato prenatal:** Falta de cuidado, por acción u omisión, del cuerpo de la futura madre o autosuministro de sustancias o drogas que, de manera consciente o inconsciente, perjudica al feto, provocando que el bebé nazca con crecimiento anormal, patrones neurológicos anómalos, síntomas de dependencia física de dichas sustancias u otras alteraciones imputables a su consumo por parte de la madre.
5. **Síndrome de Münchhausen por poderes:** aquellas situaciones en las que el padre/madre somete al niño/a a continuos ingresos y exámenes médicos

alegando síntomas físicos patológicos ficticios o generados de manera activa por el padre/madre (por ejemplo, mediante inoculación de sustancias).

6. **Abandono literal:** Todas aquellas situaciones en las que de manera total y absoluta el niño/a se encuentra en una situación de ausencia total de protección porque no tienen padres, tutores o guardadores o estos han renunciado a cumplir con sus deberes de manera literal.

Otros casos en los que la insatisfacción de las necesidades del niño/a es consecuencia de la situación de carencia que padece la familia, situación no achacable ni directa ni indirectamente al comportamiento negligente de los padres, sino consecuencia de factores sociales, económicos, laborales, etc, que sobrepasan temporalmente la capacidad de reacción de estos se denomina situación de necesidad familiar que es una situación de desprotección infantil no generada por maltrato ⁽⁷⁾.

2. ESTADO ACTUAL

2.1. TEORÍA DE LAS NECESIDADES DE LA INFANCIA

La teoría de las necesidades de la infancia facilita una visión global de la situación del niño/a y puede dar respuesta a la pregunta de si un caso que implique a un menor requiere intervención. Estas necesidades se pueden desglosar en ⁽⁷⁾:

1. **Necesidades de carácter físico-biológico:** Alimentación, temperatura, higiene, sueño, ejercicio y juego, integridad física y salud.
2. **Necesidades cognitivas:** Estimulación sensorial, exploración física y social, y comprensión de la realidad física y social.
3. **Necesidades emocionales y sociales:**
 - a. Sociales: Seguridad emocional, red de relaciones sociales, participación y autonomía progresivas.
 - b. Sexuales: Curiosidad, imitación y contacto
 - c. Entorno físico y social: Protección de riesgos imaginarios e interacción lúdica

Habitualmente son los padres/madres por separado, jóvenes y a menudo no casados los autores de malos tratos infantiles. Otros pueden ser los padrastros o compañeros de los padres y de forma excepcional los abuelos. El estado social y el socioeconómico no son determinantes aunque con mayor frecuencia se produce en familias con problemas económicos y en situación de hacinamiento. Manciaux y Strauss comentan que la mayoría de los autores de malos tratos no están gravemente perturbados sino que son personalidades inestables incapaces de adaptarse a la responsabilidad paterna/materna.

Este cuadro se agrava en casos de bajo coeficiente intelectual, alcoholismo, drogodependencias, desviación sexual e incluso antecedentes en los autores de haber sido en su infancia víctimas de malos tratos. A pesar de estas características el riesgo de

que un niño sea maltratado es una tarea difícil de distinguir ya que no todas las familias de las características descritas maltratan a sus hijos y a veces aparecen malos tratos en familias cultas y de niveles sociales altos. Lo que sí es cierto es que el niño/a que es maltratado tiene alto riesgo de serlo de nuevo ⁽²⁾.

2.2. INDICADORES DE MALOS TRATOS

Los indicadores que pueden servir a una primera llamada de atención para cualquier profesional acerca de la existencia de alguno de los cinco tipos de maltrato más frecuentes anteriormente descritos son ⁽⁷⁾:

1. **Maltrato físico:**

a. Indicadores físicos en el niño/a:

- Lesiones cutáneo-mucosas tales como hematomas, contusiones, equimosis, heridas, pinchazos, quemaduras, etc. Añadiendo que no sea una lesión congruente con la causa referida, una presencia frecuente y reiterada de lesiones, presencia de lesiones antiguas y nuevas, localización en zonas no habituales y que la lesión delate el objeto con el que se hizo.
- Lesiones dentales no congruentes con la causa referida
- Lesiones osteoarticulares como fracturas o traumatismos osteoarticulares. Priorizando a niños menores de dos años sobre todo si la causa no es congruente (a cualquier edad), múltiples procesos y en distintos estadios evolutivos. Entre las más frecuentes observadas son las de impacto directo tales como cráneo – faciales, costillas, vertebras, etc.
- Lesiones internas producidas a cualquier nivel que traducen una fuerza directa sobre una cavidad ósea afectando a órganos, vísceras, etc. produciendo hemorragias, hematomas o roturas de la víscera con una sintomatología correspondiente a alteración del nivel de conciencia, dolor,

etc. Entre las lesiones más frecuentes se encuentra hematoma subdural, desprendimiento de retina, ruptura visceral, etc.

b. Indicadores de comportamiento del niño/a:

- Cauto con el contacto físico a adultos.
- Aprensivo cuando otros niños/as lloran.
- Conductas extremas como agresividad o rechazo.
- Parece que tiene miedo de los padres.
- Informa de que alguno de sus progenitores le ha causado alguna lesión.

c. Conducta del cuidador:

- Objeto en su infancia de maltrato.
- Disciplina inapropiada para la edad del niño/a.
- Explicaciones ilógicas no convincentes, contradictorias o simplemente ninguna con respecto a la lesión del niño/a.
- Ve al niño/a de forma negativa.
- Psicótico o psicópata.
- Abuso del alcohol u otras drogas.
- Ocultación de la lesión del niño/a o protección de la persona responsable.
- Cambios frecuentes de pediatra.
- No muestra preocupación por las lesiones ni acude a las citas del médico.

d. Tendremos especial cuidado en diferenciar del maltrato físico:

- Lesiones accidentales: valorando la congruencia, localización...
- Manchas benignas o variantes de la normalidad.
- Lesiones por aplicación de terapias alternativas como la digitopuntura.
- Enfermedades dermatológicas.
- Enfermedades hemorrágicas como alteración de la coagulación.
- Displasias esqueléticas que aumentan la posible producción de fracturas.
- Enfermedades hematológicas, tumores óseos o relacionados.

- Toxicidad medicamentosa como quimioterapia.
- Síndromes genéticos raros.

2. Negligencia:

a. Indicadores físicos en el niño/a:

- Derivados de una alimentación inadecuada como el raquitismo, anemias, fallo global del desarrollo, etc.
- Derivados de una higiene globalmente inadecuada como infestaciones por parásitos, abandono del aspecto externo, boca catastrófica, etc.
- Derivados de la exposición a condiciones ambientales inadecuadas.
- Accidentes domésticos repetidos.
- Derivados de la falta de atención como incumplimiento de la prevención de enfermedades o tratamientos preventivos en enfermedades crónicas como el asma.

b. Comportamiento del niño/a:

- Participa en acciones delictivas.
- Pide o roba comida.
- Comenta que no hay nadie que le cuide.
- Absentismo escolar.
- Conductas para llamar la atención.
- Trabajos inadecuados para su edad.
- Inmadurez emocional.
- Conductas autogratiﬁcantes.

c. Conducta del cuidador:

- Abuso de drogas y/o alcohol.
- Vida en el hogar caótica.
- Apatía o inutilidad.
- Bajo nivel intelectual o mentalmente enfermo.

- Enfermedad crónica.
- En su infancia fue objeto de negligencia.
- Poca preocupación por el niño/a.
- Exterioriza pobreza, ignorancia o incultura.

3. Maltrato emocional:

a. Indicadores físicos en el niño/a:

- Retraso en el desarrollo psico-motor.
- Retraso en funciones tales como control de esfínteres, hábito de masticar, etc.
- Fallo de medro inorgánico.

b. Comportamiento del niño/a:

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

c. Conducta del cuidador:

- Ignorar al niño/a.
- Aislamiento.
- No quiere mantener experiencias sociales normales.
- Impide tener amistades.
- Le hace creer que se encuentra solo en el mundo.

- Impide la autonomía al adolescente.
- Aterroriza amenazando con un castigo extremo o siniestro.
- Insultos, gestos o palabras intimidatorias.
- Amenaza de exponerle a humillación pública.
- Exclusión en las actividades familiares.
- Expectativas inalcanzables y pena de castigo por no lograrlas.
- Construir creencia de mundo hostil y agresivo para el niño/a.
- Violencia doméstica extrema en presencia del menor.

4. Abandono emocional:

a. Indicadores físicos en el niño/a:

- Retraso en el desarrollo psicomotor.
- Fallo de medro inorgánico.
- Retraso en adquisición de funciones tales como control de esfínteres, masticar, etc.

b. Comportamiento del niño/a:

- Enanismo psicosocial: Retraso de crecimiento, psicomotor, intelectual, cognitivo y bajo peso, trastorno en la expresión, lenguaje y en la regulación de esfínteres, falta de sonrisa y apatía, y facciones avejentadas.
- Niños/as mayores: síntomas depresivos, ansiosos y compulsivos, desconexión afectiva, trastornos psicosomáticos, conductas antisociales y regresivas, masturbación pública, comportamientos autogratificantes, desconfianza hacia los adultos ante actitudes positivas o paradójicamente fácil adaptación a desconocidos, contactos físicos inapropiados, y conductas extremas de adultos o infantiles.

c. Conducta del cuidador:

- Ignorar: Ausencia de disponibilidad hacia el niño/a y de interés general, falta de respuesta al acercamiento del niño/a, falta de participación en las

actividades diarias del niño/a, falta de protección ante amenazas externas, y frialdad y falta de afecto.

- Rechazo de atención psicológica para iniciar un tratamiento del problema emocional existiendo acceso a un recurso y siendo recomendado por profesionales expertos.
- Retraso en la atención psicológica: No buscan o proporcionan ayuda psicológica ante alteraciones emocionales y no actúan ante circunstancias extremas de evidente necesidad de ayuda.

5. Abuso sexual:

a. Indicadores físicos en el niño/a:

- Signos externos: ropa interior rasgada, con sangre, semen o fluidos de forma aguda o reciente; dificultad para caminar o sentarse; lesiones cutáneas tales como hematomas, arañazos, etc. en cara interna de los muslos, rodillas, pubis, cuello o mamas; y señales de lucha en la piel tales como petequias o marcas en el cuello.
- Genitales: Cualquier tipo de lesión tal como hemorragias, edema, infección, heridas, desgarros, cuerpos extraños, etc.; dilataciones del himen mayores a 5 – 6 mm, rupturas de himen, etc.; dilatación anal de más de 15 mm, fisuras descartando estreñimiento crónico, verrugas perianales, etc; y embarazo al inicio de la adolescencia con factores asociados (comporta-mentales).
- E. T. S. (descartado transmisión perinatal): Se considera seguro el abuso si se encuentra Sífilis, Gonococia, Chlamydia trachomatis e infección VIH; se considera muy sospechoso el abuso ante Trichomonas vaginales, Herpes genital y Condiloma acuminado ano-rectal.

b. Comportamiento del niño/a:

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

- Escasas relaciones con sus compañeros.
- Se fuga o comete acciones delictivas.
- Tiene conductas o conocimientos sexuales inusuales para su edad o extraños.
- Dice haber sido atacado por un padre/cuidador.
- Pudor inexplicable y exagerado en la exploración médica genital.
- Exceso de interés o evitación en temas sexuales.
- Conductas o juegos de carácter sexual inapropiados para su edad.
- Agresividad sexual hacia otros niños/as o masturbación en sitios públicos.
- Trastornos en el control de esfínteres antes no existentes tales como enuresis o encopresis.

c. Conductas del cuidador:

- Muy protector o celoso del niño/a.
- Alienta al niño/a a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia del padre/cuidador.
- Sufrió abuso sexual en su infancia.
- Puede tener dificultades con su pareja.
- Abuso de drogas y/o alcohol.
- Ausente del hogar frecuentemente.
- Falta de apego.

d. Tendremos especial cuidado en diferenciar del abuso sexual:

- Lesiones accidentales con contusión en zona genital.
- Prácticas no accidentales como masturbación o inadecuado cuidado de los genitales.
- Malformaciones congénitas a nivel de genitales por ausencia congénita de himen, colgajos de piel, etc.
- Dermatitis crónicas.

- Estreñimiento crónico con fisuras, hemorroides, etc.
- Infecciones comunes como candidiasis o vulvovaginitis inespecífica.
- Enfermedad de Behcet: úlceras en genitales.

Los indicadores asociados a las situaciones de desprotección infantil que el personal sanitario puede observar son ⁽⁷⁾:

1. Explotación laboral:

- Trabajos que exceden los límites de lo habitual para la infancia.
- Trabajos que deberían ser realizados por adultos.
- Trabajos que interfieren en las actividades escolares y necesidades sociales del niño/a
- Trabajos que son asignados al niño/a con el objetivo de obtener un beneficio económico o similar.
- Los menores deben saber que la colaboración en las tareas del hogar con otros miembros de la familia y en sus mismas condiciones no es explotación laboral.
- La maduración infantil se ve afectada negativamente por un trabajo realizado a edades muy tempranas o en condiciones insalubres.
- Pueden ser utilizados en prostitución y/o pornografía.
- Algunos trabajos les pueden hacer contraer enfermedades tales como tuberculosis, asma, etc. y SIDA en caso de prostitución.
- Dejarse abusar y/o abusar de otros suele convertirse en parte integral del comportamiento de estos niños cuando son adultos.

2. Corrupción:

- El hogar en el que vive el niño/a es inadecuado para su normal desarrollo por contener pautas asociales o autodestructivas.

- Los padres o responsables facilitan y refuerzan pautas de conducta antisocial o desviadas tales como conductas delictivas, tráfico de drogas, consumo de drogas y comportamientos autodestructivos.
- Debe darse como mínimo una de las conductas anteriormente descritas de forma reiterada, claramente identificable, percibida con claridad por el niño/a y que este/a sea vulnerable a los malos efectos de ese modelo de vida inadecuado.
- Los padres o responsables utilizan al niño/a como ayuda o tapadera para la realización de acciones delictivas, les prostituyen o les utilizan con fines pornográficos.

3. Incapacidad de control de la conducta del hijo/a:

- En la mayoría de las ocasiones son los padres o responsables del cuidado de los niños/as quienes hacen directamente la demanda de ayuda a los servicios sociales.
- Solicitan la salida de su hijo/a del domicilio familiar y su internamiento en un centro de protección de menores.

4. Maltrato prenatal:

a. Indicadores físicos en el niño/a:

- Prematuridad.
- Retraso del crecimiento intrauterino o bajo peso.
- Síndrome de abstinencia a drogas.
- Síndrome de alcohol fetal.
- Enfermedades de transmisión vertical: VIH, Hepatitis B y C.
- Signos de sufrimiento fetal por abandono en el momento del parto.
- Retraso del desarrollo psicomotor.

b. Comportamiento del niño/a:

- Trastorno de la conducta y del comportamiento.
- Dificultades del aprendizaje.

c. Conducta del cuidador:

- Rechazo del embarazo o indiferencia emocional.
- Falta de todos los cuidados básicos de la embarazada incluido el seguimiento del embarazo.
- Consumo de fármacos, alcohol o drogas.
- Exceso de trabajo corporal.
- Negligencia o maltrato a la madre por parte del padre o compañero.
- Actividades delictivas.

5. Síndrome de Münchhausen por poderes⁽⁸⁾:

- La madre puede simular síntomas de enfermedad en su hijo añadiendo sangre a su orina o heces, dejando de alimentarlo, falsificando fiebres, administrándole secretamente fármacos que le produzcan vómito o diarrea o empleando otros trucos como infectar las vías intravenosas para que el niño aparente o en realidad resulte enfermo.
- La madre generalmente es muy colaboradora en el escenario del hospital y, a menudo, es muy apreciada por el personal de enfermería por el cuidado que le prodiga a su hijo. Con frecuencia, se la ve como una persona dedicada y abnegada.
- Estos niños suelen ser hospitalizados por presentar grupos de síntomas que no encajan mucho en ninguna enfermedad conocida o no concuerdan entre sí.
- Los cambios en la condición del niño casi nunca son presenciados por el personal del hospital y casi siempre ocurren sólo en presencia de la madre.
- Los síntomas del niño mejoran en el hospital pero reaparecen en el hogar.

6. Abandono literal⁽⁷⁾:

- Debido a muerte de los padres e inexistencia de tutores o guardadores.
- No reconocimiento de la paternidad o maternidad.
- Abandono total en manos de otras personas o no con desaparición y desentendimiento completo de su cuidado.

- No se debe confundir con el término “abandono” que se suele utilizar como sinónimo de negligencia ya que el abandono literal comprende la desaparición física de los padres o responsables de su cuidado y de la absoluta y estricta situación de desamparo del niño/a.

En referencia a la Atención Primaria, los indicadores más frecuentes sobre el maltrato infantil, que el enfermero/a se puede encontrar son:

- Retraso pondoestatural no orgánico y sin antecedentes de enfermedades graves.
- Retraso madurativo de causa no orgánica.
- No seguir el calendario vacunal o los tratamientos.
- Visitas repetidas sin causa médica aparente.
- Repetición de accidentes.
- Alteraciones de la conducta del niño/a como puede ser actitud temerosa, dificultad en la exploración de genitales, etc.
- Dietas inadecuadas y/o injustificables.
- Inadecuación del vestuario a la climatología.
- Trastornos del sueño en el niño/a

2.3. MARCO LEGAL

En cuanto al marco legal sobre los malos tratos infantiles podemos encontrar ⁽⁹⁾:

- **A nivel internacional:**
 - El marco de obligada referencia es la *Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas* de 1989 que en su artículo 19 establece que:
 1. “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas, apropiadas para proteger al niño contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos

tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un tutor o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”.

2. *“Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales, con objeto de proporcionar la asistencia sanitaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación, remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial”.*
- La Carta Europea de Derechos del Niño, Resolución A3-0172/92 del Parlamento Europeo, establece en su apartado 8.19 que:
- “Los Estados miembros deberán otorgar una protección especial a los niños víctimas de tortura, malos tratos, sevicias o explotación por parte de los miembros de su familia o las personas encargadas de su cuidado. Además de ello los Estados miembros deberán asegurar a estos niños la continuación de su educación y el tratamiento adecuado para su reinserción social”.*

- **A nivel estatal:**

- La Constitución española menciona de forma explícita la protección a la infancia en su artículo 39, apartados:
3. *“Los poderes públicos aseguran, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil”.*
 4. *“Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos”.*
- La Ley 21/87 de 11 de noviembre por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal supuso la introducción de un marco normativo moderno de protección a la infancia: desjudicialización de la

protección al menor, primacía del interés superior del niño, integración preferente del niño en núcleos familiares creando la forma del acogimiento familiar, responsabilidad de las respectivas Comunidades Autónomas, programas de apoyo a las familias, etc.

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

1. *“Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise”.*
3. *“Las autoridades y las personas que por su profesión o función conozcan el caso actuarán con la debida reserva. En las actuaciones se evitará toda interferencia innecesaria en la vida del menor”.*

- **A nivel autonómico:**

- La *Ley del Principado de Asturias 1/1995* ⁽⁷⁾, de 27 de Enero, de protección del menor en el artículo 4.1 menciona que:

“La administración del Principado de Asturias es la entidad pública que en el territorio de la comunidad autónoma tiene encomendada la protección de menores”.

Y en su artículo 32.1 afirma que: *“Cualquier persona y, en especial, quien, por razón de su profesión tuviera conocimiento de la existencia de alguna de las situaciones contempladas en el artículo 31, deberá ponerlo en conocimiento de la administración del Principado de Asturias”.* ^[Anexo 1]

- **A nivel sanitario:**

- La Organización Mundial de la Salud ha considerado en diversas ocasiones el maltrato infantil y recientemente a promovido un estudio sobre el maltrato físico ⁽⁶⁾.

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

“Se considera actividad fundamental del sistema sanitario la realización de estudios epidemiológicos necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de riesgos para la salud, así como la planificación y evaluación sanitaria, debiendo tener como base un sistema organizado de información sanitaria, vigilancia y acción epidemiológica”⁽⁹⁾.

- **A nivel profesional:**

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

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

“El médico que conociere que cualquier persona y más aún si es menor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos, deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad correspondiente”.

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

“La enfermera denunciará y protegerá a los niños de cualquier forma de abusos y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento”⁽⁹⁾.

NOTIFICACIÓN Y PARTE DE LESIONES

Una vez detectado el posible maltrato, para notificarlo no es necesario que el informante posea una certeza absoluta de que esa situación se está produciendo, sino

que es suficiente poseer indicios razonables de ello. Es importante aclarar que la responsabilidad de determinar si se está produciendo o no una situación de maltrato infantil corresponde al profesional de los servicios sociales.

La información más relevante que debemos transmitir es sobre las personas relacionadas con el caso y la situación y particularidades del mismo.

El artículo 13 de la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, anteriormente citada, obliga al personal de enfermería a notificar la situación detectada por estar su profesión directamente ligada a la salud del niño/a; debiendo notificárselo a los servicios sociales del municipio en donde vive el niño/a maltratado/a.

Para facilitar la recogida y transmisión de la información sobre un caso de maltrato infantil, existe una hoja de notificación ^[Anexo 2] donde se recogen los indicadores más frecuentes que pueden aparecer en el ámbito sanitario⁽⁷⁾.

Además en casos de lesión física, y sobre todo cuando se sospecha de un abuso sexual, es necesario un parte médico de lesiones ^[Anexo 3], que se da a la autoridad judicial para ponerle en conocimiento la existencia de éstas; su envío debe ser por el medio más rápido que disponga la institución. Aunque no hay un periodo establecido, es conveniente que se lleve a cabo en la mayor brevedad⁽¹⁰⁾. Este parte de lesiones puede ser cumplimentado por el personal de enfermería cuando no esté presente un facultativo.

Esquemáticamente, las lesiones que hay que notificar, según su origen, serán⁽¹⁰⁾:

1. Lesiones accidentales: accidentes de tráfico, domésticos, urbanos, laborales, deportivos, intoxicaciones y catástrofes.
2. Lesiones criminales: agresiones y maltrato.
3. Lesiones autoinflingidas: envenenamientos e intentos autolíticos.

2.4. ESTUDIOS REFERENTES AL TEMA

Se pueden destacar los realizados por la *Fundación ANAR* y por el *Centro Reina Sofía*.

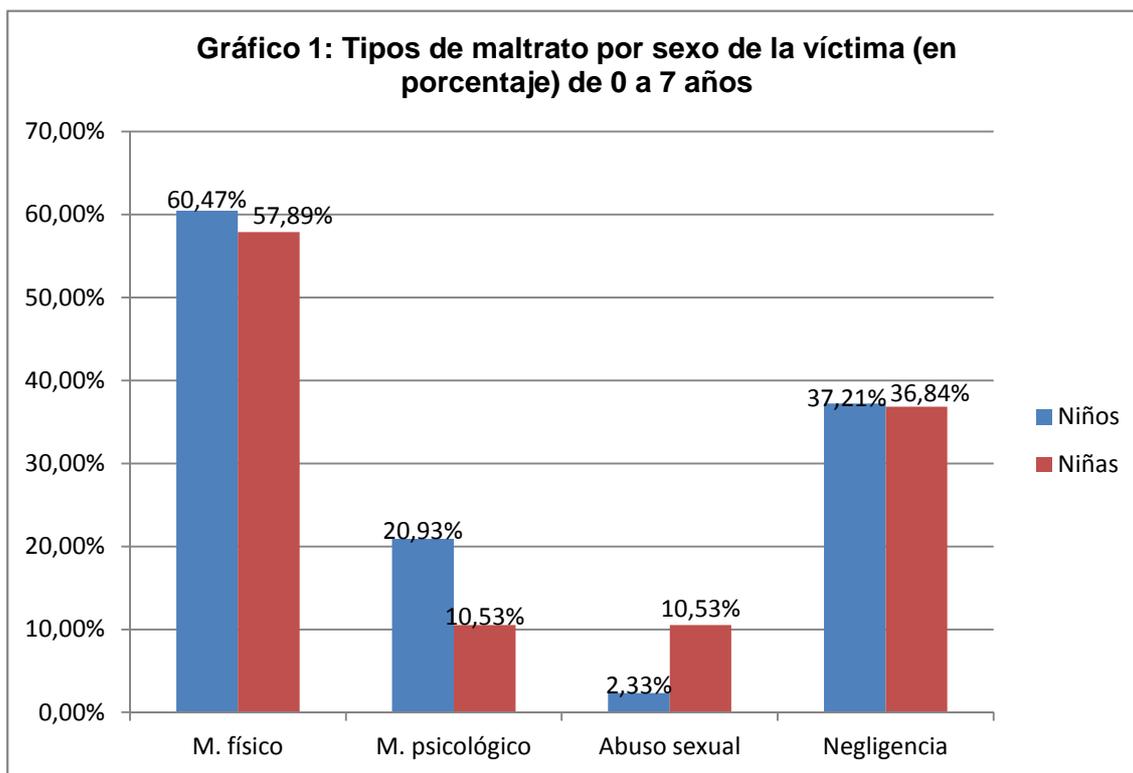
En 2006 la *Fundación ANAR* presentó el informe “Doce años de violencia a menores: maltrato, abandono y abuso sexual desde 1994-2005”, a partir de las llamadas realizadas al teléfono de atención al menor. Las zonas desde donde se realizaron más llamadas relativas a casos de maltrato fueron las comunidades autónomas de Asturias y Castilla y León, y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. La media de este tipo de llamadas fue de un 16% durante los años analizados. Sin embargo, no se detectó un aumento significativo en el número de llamadas durante esos 12 años. En cuanto a la tipología, los menores sufrían maltrato físico (58,86%), abuso sexual (30,32%), maltrato psicológico (7,69%) y abandono (3,11%). El 64,3% eran chicas y el 35,7% chicos. Cabe destacar que en el caso del abuso sexual la proporción de mujeres triplicaba la de hombres⁽¹¹⁾.

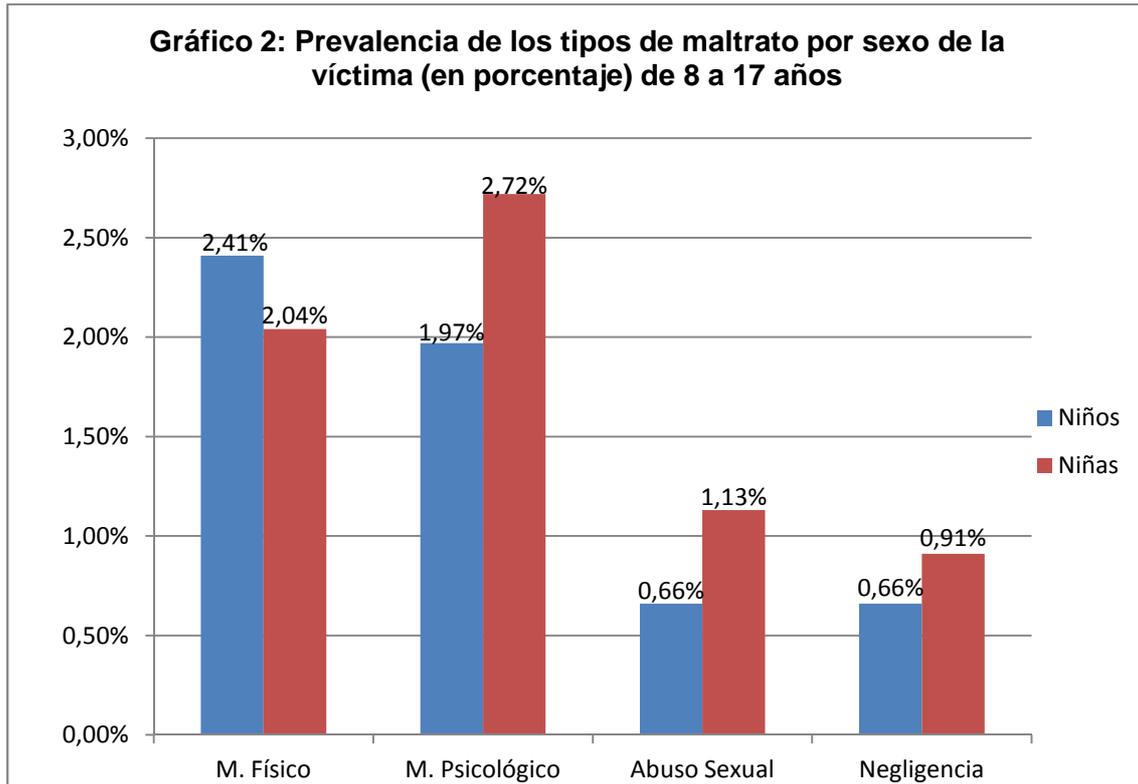
También en 2008 el *Centro Reina Sofía* hizo público el informe “Menores asesinados por sus padres. España (2004-2007)”. Los datos se obtuvieron a partir de la recopilación de las noticias publicadas sobre los menores asesinados por sus padres entre dichos años. El estudio arrojó datos interesantes como el de que cada año mueren en España 12 menores a manos de sus padres, es decir, dos por cada millón (la mitad de ellos con una edad comprendida entre 0 y 24 meses). Entre los datos más significativos de este estudio destaca, además, que en el 85,71% de los casos de menores asesinados en el ámbito familiar, los agresores son los padres⁽¹¹⁾.

Según los estudios realizados por el mismo centro en el año 2011, el porcentaje de niños/as maltratados/as por sexo se divide en 42.73% de niñas maltratadas y 57.27% de niños maltratados (edades comprendidas entre 0 y 17 años). En cuanto a su distribución por zonas geográficas, se dividen en⁽¹¹⁾:

- Galicia/Principado de Asturias/Cantabria: Aproximadamente 7.08%
- Castilla – La Mancha/Castilla y León/La Rioja/Extremadura: 11.29%
- Andalucía/Región de Murcia/Canarias/Ciudades de Ceuta y de Melilla: 27.8%
- Comunidad Valenciana: 9,24%
- País Vasco/Comunidad Foral de Navarra: Aproximadamente 4.57%
- Cataluña/Aragón/Islas Baleares: Aproximadamente 24.43%
- Comunidad de Madrid: 15.59%

Según los psicopedagogos y responsables de colegios y guarderías, la mayoría de las víctimas de 0 a 7 años padece secuelas (98.33%), entre ellas se destacan: lesiones físicas, tristeza y depresión, bajo rendimiento escolar y aislamiento. Teniendo en cuenta la tipología del maltrato, los resultados son mostrados en las siguientes tablas⁽¹¹⁾:





Pese a que los anteriores datos son sobre niños/as que se ha demostrado que han sido maltratados, los casos que se detectan son significativamente inferiores al 50% de los existentes, y de estos se estima que llegan a los Tribunales de Justicia aproximadamente un 10% de los casos reales debido a la ocultación de los agresores, la debilidad de los niños, la indiferencia de la sociedad, la implicación emocional que supone la relación familiar, la crisis que se desencadena en una familia ante la revelación del maltrato, las alianzas y las dinámicas familiares patológicas que acompañan a las situaciones de violencia domestica. Por lo tanto, se requiere que los esfuerzos por detectar a tiempo estas situaciones afloren y se pueda prestar la ayuda necesaria, antes que las consecuencias sean irreversibles. En el Principado de Asturias existe una Guía de Actuación contra el maltrato infantil para los servicios sanitarios que presenta una serie de indicadores que pueden servir como una primera llamada de atención para cualquier profesional acerca de la existencia de alguno de los cinco tipos de maltrato más frecuentes anteriormente descritos⁽⁷⁾.

3. JUSTIFICACIÓN

La enfermería tiene un papel fundamental en asegurar la atención integral del niño, pero aunque se han encontrado diversos estudios relacionados con el tema, muy pocos de estos estudios comentan el papel del personal de enfermería ante este problema. Este personal se enfrenta a un problema social que supera la simple atención profesional y debería ser capaz de reconocer posibles casos de maltrato infantil disminuyendo así la cantidad de casos que puedan pasar desapercibidos. Los profesionales tienen responsabilidad directa en la misma medida que otros problemas de salud, siendo en algunos casos el único agente que interviene, por lo que le corresponde tomar decisiones como la denuncia a la que están obligados aunque sólo exista sospecha. A pesar de que el personal de enfermería es consciente de la gravedad del maltrato infantil, siguen existiendo dudas en relación a la implicación, la competencia profesional, los compromisos legales, las situaciones de riesgo, las vías de notificación y otras deficiencias.

Este trabajo pretende dar una mayor relevancia al trabajo de enfermería en el equipo multidisciplinar en la posible detección de casos y estudiar en un futuro la posibilidad de realizar una guía de actuación propia de enfermería ya que los malos tratos son un problema de todos los tiempos y de todos los países.

4. OBJETIVOS

- **Principal:**

- Valorar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el maltrato infantil y su detección precoz.

- **Secundario:**

- Promover la notificación de los posibles casos de malos tratos, por parte de enfermería, al organismo oportuno.

5. MATERIAL Y MÉTODO

5.1. TIPO DE ESTUDIO

Se trata de un proyecto de estudio descriptivo, prospectivo y transversal.

5.2. TIEMPO Y LUGAR DE ESTUDIO

El Principado de Asturias se organiza en 8 áreas sanitarias, este trabajo se realizará en el Área Sanitaria II (Cangas del Narcea), por su localización en el occidente, y en el Área Sanitaria V (Gijón), por su localización en el centro - oriente del Principado de Asturias (en los Centros de Salud posteriormente descritos) en el periodo de tiempo entre Septiembre de 2013 y Agosto de 2014 (ambos inclusive), dirigido al personal de enfermería.

1. Área Sanitaria II: Hospital de Referencia “Carmen y Severo Ochoa”.
 - a. *Zona Básica de Salud II.1*: Centro de Salud de Tineo y sus consultorios periféricos: Navelgas, Bárcena del Monasterio, Gera, Tuña y Soto de la Barca y Riocastiello.
 - b. *Zona Básica de Salud II.2*: Centro de Salud de Cangas del Narcea y sus consultorios periféricos: Besullo, Tebongo, Arbás y Ventanueva.
 - c. *Zona Especial de Salud 2.1*: Centro de Salud de Pola de Allande y Berducedo. Se incluyen además los lugares de Moure y Tamallanes que pertenecen al municipio de Tineo.
 - d. *Zona Especial de Salud 2.2*: Centro de Salud de 3 S. Antolín de Ibias y Tormaleo.
 - e. *Zona Especial de Salud 2.3*: Centro de Salud de Degaña y Cerredo.

2. Área Sanitaria V: Hospital de Referencia para las zonas básicas de salud V.1 – V.3 es el Hospital de Jove; para las zonas básicas de salud V.4 – V.14 es el Hospital de Cabueñes.

- a. *Zona Básica de Salud V.1:* Centro de Salud de Candás y consultorio periférico El Empalme.
- b. *Zona Básica de Salud V.2:* Centros de Salud de La Calzada I y II.
- c. *Zona Básica de Salud V.3:* Centro de Salud de Natahoyo y consultorio periférico de Tremañes.
- d. *Zona Básica de Salud V.4:* Centro de Salud “Puerta de la Villa”.
- e. *Zona Básica de Salud V.5:* Centro de Salud de Perchera.
- f. *Zona Básica de Salud V.6:* Centro de Salud “Severo Ochoa”.
- g. *Zona Básica de Salud V.7:* Centro de Salud de Contrueces y consultorio periférico de Vega-La Camocha.
- h. *Zona Básica de Salud V.8:* Centro de Salud de El Llano.
- i. *Zona Básica de Salud V.9:* Centro de Salud de El Coto.
- j. *Zona Básica de Salud V.10:* Centro de Salud de Zarracina.
- k. *Zona Básica de Salud V.11:* Centro de Salud El Parque-Somió.
- l. *Zona Básica de Salud V.12:* Centro de salud de Villaviciosa y consultorio periférico de Venta de las Ranas.
- m. *Zona Básica de Salud V.13:* Centro de Salud de Laviada.
- n. *Zona Básica de Salud V.14:* Centro de Salud Rocés-Montevil.

5.3. SUJETOS A ESTUDIO. TAMAÑO MUESTRAL.

5.3.1 SUJETOS A ESTUDIO

- Criterios de inclusión:
 - ATS, Diplomados o Graduados en Enfermería que ejerzan de enfermero/a.
 - Áreas Sanitarias II y V.
 - Atención Primaria.
 - Trabajadores con contrato fijo o con un contrato por vacante.
 - Responder al menos al 80% del cuestionario.

- Criterios de exclusión:
 - Resto de personal sanitario (médico, auxiliar de enfermería, celador, etc).
 - Enfermeros/as de otras Áreas Sanitarias, otro servicio de salud privado o de otra Comunidad Autónoma.
 - Trabajadores de servicios de hospitalización.
 - Trabajadores con un contrato temporal.

5.3.2. TAMAÑO MUESTRAL

Todo el personal de enfermería que trabaje para el Servicio de Salud del Principado de Asturias en los centros de Atención Primaria de las Áreas Sanitarias II y V.

En los centros de atención primaria, el personal enfermero, tanto pediátrico como no, puede valorar la situación con mayor objetividad ya que existe un sistema de visitas ordinarias que permiten seguir el crecimiento y maduración de los niños/as. Al reunir esta información, estos profesionales están más capacitados para detectar casos de maltrato infantil.

La población de enfermería en Atención Primaria en el Área Sanitaria II es de 37 enfermeras/os y en el Área Sanitaria V de 163 enfermeras/os (información proporcionada por la secretariado de atención primaria de cada área sanitaria).

Aunque el objetivo de este estudio es que todo el personal enfermero de estas áreas responda el cuestionario, a continuación se calculará la muestra mínima para que el estudio sea significativo.

Vamos a dividir la muestra en función del Área Sanitaria en que trabajen, por lo que en el Área II necesitaremos:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q} = \frac{37 * 1,96^2 * 0,05 * 0,95}{0,03^2 * (37 - 1) + 1,96^2 * 0,05 * 0,95} = \frac{6,751612}{0,214876} = 31,42 \approx 32$$

Donde "N" (población total) es 37 enfermeras, " Z_{α}^2 " (Seguridad) es $1,96^2$ ya que se pretende una seguridad del 95%, "p" (proporción esperada) utilizamos el valor 0,05, "q"

es 1-p por lo que es 0,95, y “d” (precisión) que es 0,03; con estos datos la población de enfermeras que necesitamos es de 32.

Mientras que en el Área V sería:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q} = \frac{163 * 1,96^2 * 0,05 * 0,95}{0,03^2 * (163 - 1) + 1,96^2 * 0,05 * 0,95} = \frac{29,743588}{0,328276} = 90,60 \approx 91$$

Donde utilizamos los mismos datos que en el anterior salvo el de enfermeras totales que es de 163; en este caso nos da que la muestra que necesitamos es de 91.

5.4. RECOGIDA DE DATOS

Con el fin de recoger los datos para el estudio, utilizaremos un cuestionario ^[Anexo 4] de elaboración propia en el que se recogerán datos sobre el lugar de trabajo, tipo de contrato, conocimientos sobre el maltrato infantil, experiencia del personal con el maltrato infantil y conocimiento de la legislación sobre el tema, así como información sobre la Guía de Actuación ante el Maltrato Infantil.

5.5. VARIABLES DEL ESTUDIO ^[ANEXO 6]

- Variables universales:
 - Sexo (hombre/mujer)
 - Edad (en años)

- Variables independientes de aplicabilidad del protocolo:
 - *Área Sanitaria* (Área II o Área V)
 - *Titulación* (ATS, DUE o Graduado en Enfermería)
 - *Centro de Salud:* Personal que trabaje en los Centros de Salud y consultorios periféricos anteriormente enumerados.

- *Tipo de Contrato:*
 - Fijo: que a través de oposiciones ha conseguido una plaza en propiedad.
 - Vacante: que a través de su puntuación en la bolsa de trabajo del SESPA (Servicio de Salud del Principado de Asturias) consigue un contrato de larga duración hasta el concurso de unas oposiciones.
 - Temporal: resto de contratos que no cumplan las condiciones anteriores.
- Variables relacionadas con el maltrato infantil:
 - *Experiencia:* Entrar en contacto o no con un posible caso de maltrato infantil.
 - *Procedimiento:* Actuación del personal de enfermería ante un posible caso de maltrato infantil, tanto con la víctima como con sus cuidadores.
 - *Conocimientos:* Conocimientos del personal de enfermería sobre el maltrato infantil, sus tipos, síntomas e indicadores.
 - *Importancia de la enfermería:* Saber cuál es la opinión de los propios enfermeros sobre la importancia de nuestra profesión ante la detección de casos de maltrato infantil.
 - *Notificación:* Uso de la hoja de notificación o parte de lesiones ante la sospecha de maltrato infantil.
- Variables dependientes modificadoras del efecto:
 - *Tiempo de contrato:* Tiempo que el enfermero/a lleva contratado en ese puesto de trabajo.
 - *Guía de Actuación del Principado de Asturias:* Valorar si el personal de enfermería ha entrado en contacto o no con dicha guía, y si ha sido avisado de su existencia.

- *Guía Enfermera:* Recabar información sobre la necesidad de una Guía de Actuación propia de enfermería.
- *Legislación:* Conocimiento de las leyes estatales y autonómicas sobre el maltrato infantil.

5.6. PROCEDIMIENTO

El grupo investigador se pondrá en contacto con las direcciones de enfermería de Atención Primaria de cada área a estudio para valorar la factibilidad del proyecto. Una vez que se tuviera el permiso, se llevarán los cuestionarios a cada uno de los centros de salud y consultorios periféricos de dichas áreas, dejando el número necesario de los mismos en cada uno junto con un teléfono de contacto para resolver dudas, la fecha de recogida y un sobre donde se meterán los cuestionarios una vez cumplimentados. La distribución de los cuestionarios se realizaría aproximadamente en tres semanas en el mes de febrero, debido a que no hay tanta contratación temporal, y teniendo en cuenta la distancia entre los diferentes centros de salud y el tiempo empleado en explicar el trabajo a todo el personal posible de cada centro.

Se dará de margen un mes para su realización y posterior recogida en los centros de salud en el mismo orden en que se dejaron los cuestionarios.

Una vez recogidos éstos, se valorarán las respuestas a las diferentes preguntas del mismo.

Al finalizar el análisis de datos se le enviarán los resultados obtenidos además de una carta de agradecimiento a aquellos centros de salud que hayan participado.

5.7. ANÁLISIS DE LOS DATOS

En cuanto al **plan de análisis** se estructuró en:

- Análisis Univariante (Descriptivo): se realizó una estadística descriptiva de las diferentes variables.

- Análisis Bivariante: el objetivo fue analizar la relación o asociación entre dos variables.

Los medios informáticos utilizados para el análisis de datos serán el “SPSS v. 18.0” y los paquetes gráficos de “Microsoft Power Point”.

Para la **estadística descriptiva** se emplearán:

- Variables cuantitativas: se utilizará la media aritmética como medida de tendencia central, y la desviación típica y el rango para la medida de dispersión de los datos.
- Variables cualitativas: Se expresarán mediante frecuencias totales y porcentajes.

Para la **comparación de variables** se realizará:

- Variables cuantitativas: Partiendo de una distribución normal, se utilizará la prueba T de Student para muestras independientes, el ANOVA (en el caso de variables politómicas) y el coeficiente de Correlación de Pearson.
- Variables cualitativas: se obtendrán mediante tablas de contingencias y la prueba Chi Cuadrado.

5.8. ERRORES Y LIMITACIONES

- *Error de seguridad*: existe un 5% de posibilidades de que no sea seguro.
- *Error debido al participante*: estos pueden falsear de forma deliberada las respuestas simplemente para complacer al entrevistador o contestar aleatoriamente – Se incluirá en éste error el personal que no realice el estudio.
- *Error de precisión*: un 3% de posibilidades de que no sea preciso.
- *Error de información*: mala cumplimentación por parte de personal inadecuado o debido a una mala interpretación de las preguntas.

- *Limitación debido al instrumento:* que el cuestionario no sea lo suficientemente preciso,

5.9. PRESUPUESTO

<u>CONCEPTO</u>	<u>TIEMPO DE EJECUCIÓN</u>	<u>TOTAL</u>
Material de Oficina: Papel, fotocopias, archivadores...	Sept. 2013 – Enero 2014	250 €
Material Inventariable: Ordenador, Impresora, software (Word...)	Sept. 2013 – Agosto 2014	1000 €
Conexión a internet	Sept. 2013 – Agosto 2014 Importe mensual aprox 35 €	420 €
Medio de transporte: Gasolina, Mecánica del automóvil, etc...	Febrero - Agosto 2014	450 €
Difusión de Resultados: Asistencia a congreso nacional, Inscripción, desplazamiento, dietas, alojamiento...	Junio – Agosto 2014	750 €
Traducción de Resultados: Elaboración resumen y traducción previos a su publicación.	Junio – Agosto 2014	100 €
TOTAL	Sept 2013-Agost 2014	2970 €

5.10. CRONOGRAMA

A continuación se muestra una relación detallada entre las actividades y fechas en que se llevarán a cabo:

<u>ACTIVIDADES/TAREAS</u>	<u>MESES</u>											
	Septiembre 2013 – Agosto 2014											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Diseño del estudio	■	■	■	■								
Elaboración del cuestionario				■	■							
Distribución del cuestionario						■						
Tiempo espera de respuesta al cuestionario						■						
Recogida del cuestionario							■					
Valoración de los resultados								■	■			
Discusión y conclusiones									■	■		
Ponencia en Congreso/Publicación de resultados											■	■

6. COMENTARIOS

La primera condición requerida para que una niña o un niño maltratado puedan ser protegidos y ellos y su familia reciban la ayuda que necesitan es que alguien se percate de se está produciendo esa situación de maltrato. Así no es una condición del maltrato infantil el que el sujeto que padece el problema haga evidente su situación y solicite ayuda y/o protección, sino es un agente externo a la propia familia el que lo hace. La consecuencia de esto es que generalmente son los casos de maltratos y abandonos mas graves los detectados, lo que conlleva una detección precoz muy escasa.

Las dificultades en esta detección pueden ser: la intimidad del hogar, una inadecuada sensibilización ante estas situaciones unido a la creencia de que es responsabilidad de otros profesionales, el desconocimiento de los derechos y necesidades básicas de los niños/as, la ausencia de conocimiento de los indicadores que revelan situaciones de maltrato infantil, creencias socioculturales relativas a no entrometerse en la privacidad del trato de los padres a sus hijos, la dificultad de la víctima (niño/a) para exponer su caso, no creer a los niños/as cuando ellos/as denuncian los malos tratos y no confiar en los servicios sociales de protección de menores.⁽⁷⁾

El personal de enfermería debe tener acceso a la información relacionada con el maltrato infantil ya que en muchas ocasiones es la única barrera de detección; en cuanto a la notificación debe conocer las opciones que tiene tales como la hoja de notificación y el parte de lesiones, cuando no esté presente un facultativo. Por esto, después de recoger y analizar los resultados del cuestionario, se podría plantear la posibilidad de realizar una Guía de Actuación propia de enfermería para darles toda esa información necesaria.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Carretero Sánchez A. Aspectos penales del maltrato infantil (sitio en internet). [acceso el 3 de Mayo de 2013]. Disponible en: <http://cita.es/maltrato>.
2. Castellano M. Violencia en el medio familiar. 5ª ed. Barcelona. Masson. Medicina legal y toxicológica. 1998; 444-454.
3. Wikipedia. Maltrato infantil (sitio en internet). [acceso el 2 de Mayo de 2013]. Disponible en: (Wikipedia, 2013) http://es.wikipedia.org/wiki/Maltrato_infantil.
4. Aolmedilla. El menor como víctima de delitos 2 (Aolmedilla, 2012). [acceso el 23 de Febrero de 2013]. Disponible en www.filetxt.net/find/delitos-menores.
5. Díaz Aguado M.J., Martínez Arias R., Puerta Climent M.E.. Detección y prevención del maltrato infantil desde el centro educativo. Defensor del Menor de la Comunidad de Madrid. [acceso el 10 de Enero del 2013]. Disponible en https://www.obrasocialcajamadrid.es/Ficheros/CMA/ficheros/OSSoli_MenorMaltratoInfan.PDF.
6. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. Ginebra. OMS; 2010. Nota descriptiva 150.
7. Consejería de bienestar social. Maltrato infantil: Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias. Gobierno del Principado de Asturias; 2007.
8. Ayuga M.D., Pérez V. Atención de Enfermería y maltrato infantil. Niños maltratados. 1 ed. Madrid. Ediciones Díaz de Santos; 1997: 279 – 286.
9. Instituto Madrileño del menor y la familia. Atención al maltrato infantil desde el ámbito sanitario. Comunidad de Madrid; 1998.
10. Casado M. Manual de documentos médico-legales. 1 ed. Extremadura. Consejería Sanidad y Dependencia de Extremadura; 2008: 24 – 38.
11. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad. Maltrato infantil en la familia en España. Centro Reina Sofía. 2011. Informe, estudio e investigación 2011.

12. Ley del Principado de Asturias de Protección del Menor de 1995. (Boletín Oficial del Principado de Asturias, de 9 de Febrero de 1995). 1154 – 1164.
13. Zunzunegui M, Morales JM, Martínez V. Maltrato infantil: factores socioeconómicos y estado de salud. *Anales Españoles de Pediatría* 1997; 47: 33-41.
14. Paúl J, Pérez-Albéniz A, Paz P, Alday N, Mocoroa I. Recuerdos de maltrato infantil en maltratadores y potencial de maltrato en víctimas de maltrato físico y abuso sexual. *Psicothema* 2002; 14 (1): 53-62.
15. Fernández J, Bravo A. Maltrato infantil: situación actual y respuestas sociales. *Psicothema* 2002; (14 Suppl): 118-123.
16. Gracia E. El maltrato infantil en el contexto de la conducta parenteral: percepciones de padres e hijos. *Psicothema* 2002; 14 (2): 274-279.
17. Posada-Díaz A, Gómez-Ramírez JF, Ramírez-Gómez H. Crianza humanizada: una estrategia para prevenir el maltrato infantil. *Acta Pediatr Mex* 2008; 29 (5): 295-305.
18. Arruabarrena MI, de Paul J. Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento. Ediciones Pirámide 1999: 29-35.
19. Oliván G, Indicadores de maltrato infantil. *Guías clínicas* 2002; 2 (4).
20. Ortega S, Ramírez M, Castelan A. Estrategias para prevenir y atender el maltrato, la violencia y las adicciones en las escuelas públicas de la Ciudad de México. *Rev Iberoamericana de educación* 2005; 38: 147-169.
21. Organización Mundial de la Salud. La violencia contra los niños puede y debe prevenirse. Ginebra. OMS; 2006.
22. Mikton C, Butchart A. Prevención del maltrato infantil: revisión sistémica de las revisiones. Ginebra. OMS.
23. Medlineplus. Maltrato físico infantil (sitio en internet). Medlineplus. [acceso el 4 de Mayo de 2013]. Disponible en: www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001552.htm.

24. Arbós J. Enfermería ante la desprotección infantil. Medwave 2003; 4. [acceso el 1 de Mayo de 2013]. Disponible en: www.mednet.cl/link.cgi/medwave/enfermeria/may2003/2802.
25. Hornor G, Thackeray J, Scribano P, Curran S, Berzinger E. Pediatric sexual assault nurse examiner care: trace forensic evidence, ano-genital injury, and judicial outcomes. Forensic Nurs 2012; 8 (3): 105-111.
26. Doggett C, Burret S, Osborn DA. Visitas domiciliarias durante el embarazo y el postparto para mujeres con problemas de alcohol o drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. [acceso el 2 de Mayo de 2013]. Disponible en: www.biblioteca-cochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%206772724&DocumentID=CD004456.
27. Pons M. Derechos para el personal sanitario. 2ª ed. Barcelona. 2011. p. 1211-1214
28. García P, Cuesta M, González N. Examen de salud básico en un servicio de Enfermería Escolar. Metas de Enfermería 2012; 15 (9): 50-56.
29. González M, Montes M, Vivanco A, Concha A, Rey C. Casuística de maltrato físico en una unidad de cuidados intensivos pediátricos. XIV Memorial de Guillermo Arce y Ernesto Sánchez-Villares; 2011 Nov 25-26. Oviedo.
30. Aulaenfermería. Historia de la enfermería (sitio en internet). [acceso el 20 de Mayo del 2013]. Disponible en: <http://www.aulaenfermeria.org/articulo/historia-enfermeria.html>.
31. Blogenfermería. Enfermeras que hicieron historia. Blogenfermeria. [acceso el 20 de Mayo de 2013]. Disponible en <http://blogenfermeria.com/tag/enfermeras-importantes/>.
32. De Elena J. Desigualdad social y relaciones de trabajo. 1 ed. Salamanca. Ediciones Universidad Salamanca; 2004 p 73 – 77.

33. Medlineplus. Síndrome de Munchausen por poderes (sitio en internet).
Medlineplus. [acceso el 21 de Mayo de 2013]. Disponible en:
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001555.htm>.

ANEXOS

ANEXO 1. Artículo 31 Ley del Principado de Asturias de Protección del Menor 1/1995. Situación de desamparo ⁽¹²⁾

1. La determinación de la situación de desamparo, a los efectos de la presente Ley, se hará de conformidad con lo establecido en el artículo 172.1 del Código Civil.

2. La Administración del Principado de Asturias, a través del órgano que resulte competente, incoará expediente informativo en orden a la determinación de la posible situación de desamparo en que pueda encontrarse un menor, cuando concorra alguna de las circunstancias siguientes:

- a) Abandono voluntario del menor por parte de su familia.
- b) Ausencia de escolarización habitual del menor.
- c) Malos tratos físicos o psíquicos al menor.
- d) Trastorno mental grave de los padres, tutores o guardadores, siempre que impida o limite gravemente el adecuado ejercicio de los deberes que tales instituciones conllevan.
- e) Drogadicción habitual en las personas que integran la unidad familiar y, en especial, de los padres, tutores o guardadores del menor, siempre que incida gravemente en el desarrollo y bienestar del menor.
- f) Abusos sexuales por parte de familiares o terceros en la unidad familiar del menor.
- g) Inducción al menor a la mendicidad, la delincuencia, la prostitución o cualquier otra explotación económica del menor de análoga naturaleza.
- h) Cualesquiera otra situación que traiga causa del incumplimiento o del inadecuado ejercicio de la patria potestad, la tutela o la guarda sobre el menor.

ANEXO 2. Hoja de notificación ⁽⁷⁾

HOJA DE NOTIFICACIÓN DE UN POSIBLE CASO DE MALTRATO O ABANDONO INFANTIL

Indicadores de maltrato infantil

Maltrato físico

Magulladuras o hematomas (1)

Quemaduras (2)

Fracturas (3)

Heridas o erosiones (4)

Lesiones viscerales (5)

Mordedura humana (6)

Negligencia

Escasa higiene (7)

Constante falta de supervisión (8)

Cansancio o apatía permanente

Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (9)

Es explotado, se le hace trabajar en exceso (10)

No va a la escuela

Maltrato / Abandono emocional

Manifestaciones de rechazo, desprecio, etc. (11)

Privación afectiva

Aislamiento social por sobreprotección (12)

Abuso sexual

Dolor o picor en la zona genital

Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal

Enfermedad venérea (13)

Cerviz o vulva hinchadas o rojas

Semen en la boca, genitales o en la ropa

Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia)

Maltrato prenatal

Alcoholismo u otras toxicomanías de la madre

Embarazos sin seguimiento médico

Incumplimiento de pautas médicas

Exceso de trabajo corporal

Otros

Síndrome de Münchhausen por poderes (14)

Abandono literal

Otros indicadores y comentarios

.....

.....

.....

.....

.....

.....

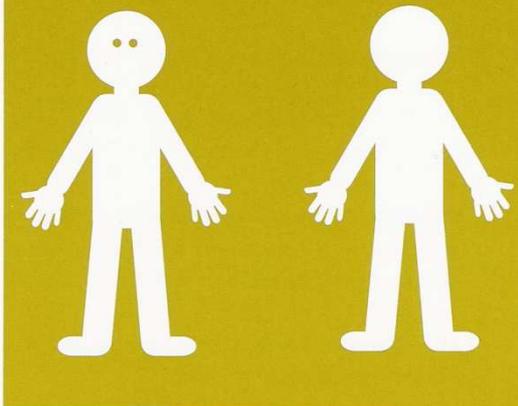
.....

.....

.....

.....

Localización de los síntomas



Identificación del menor

Apellidos Nombre

Domicilio Localidad Teléfono

Sexo Fecha de nacimiento Acompañante/s

Identificación del responsable del maltrato o abandono

Apellidos Nombre y otros/as (marcar con una x)

Relación con el menor (marcar con una x): Padre Madre Ambos padres Tutor/a Guardador/a

Compañero/a padre o madre Acogedor/a Otra relación; especificar:

No se tiene constancia de quién es el causante del maltrato o abandono: (marcar con una x)

En su caso, persona / entidad que identifica al causante del maltrato o abandono:

Identificación del notificador

Apellidos Nombre

Centro de trabajo Localidad Teléfono

Fecha de notificación

Categoría profesional (marcar con una x): Médico ATS/DUE Matrona T. Social Psicólogo/a N° Col:

Notas de aclaración de los indicadores de maltrato infantil

1. **Hematomas** en diferentes fases evolutivas, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con que han sido causados, en varias áreas diferentes, indicando que el menor ha sido golpeado desde distintas direcciones.
2. **Quemaduras** de puros o cigarrillos; quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (en calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente; quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas; quemaduras con objetos que dejan una señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).
3. **Fracturas:** en el cráneo, nariz o mandíbula; fracturas espiroideas de los huesos largos; en diversas fases de consolidación; fracturas múltiples; cualquier fractura en un niño/a menor de dos años.
4. **Heridas o erosiones:** en la boca, labios, encías u ojos; en los genitales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
5. **Lesiones viscerales.** Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos constantes. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas.
6. **Señales de mordeduras humanas**, especialmente cuando parecen ser de adultos (más de 3 centímetros de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.
7. **Escasa higiene.** Constantemente sucio.
8. **Constante falta de supervisión.** El menor realiza acciones peligrosas sin supervisión, está solo durante largos períodos de tiempo. Hambriento y sediento, inapropiadamente vestido para clima o la estación.
9. **Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas** (ejemplo: heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado.
10. **Es explotado**, se le hace trabajar en exceso. Incluye a los menores utilizados en la mendicidad solos o como acompañantes de adultos.
11. **Maltrato emocional.** Manifestaciones de rechazo, desprecio. Situaciones en las que los padres provocan de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del menor. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos, intimidación y discriminación. También están incluidos las amenazas y la corrupción.
12. **Aislamiento social por sobreprotección.** Sobreprotección que priva al menor de las relaciones normales con el entorno (con adultos y con iguales, juego, actividades escolares, etc.). Interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua.
13. **Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual.** Incluye gonococia y sífilis no neonatal. Pueden tener relación con el abuso sexual: condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.
14. **Síndrome de Münchhausen por poderes.** Aquellas situaciones en las que el padre/madre somete al niño/a a continuos ingresos y exámenes médicos alegando síntomas físicos patológicos ficticios o generados de manera activa por el propio padre/madre (por ejemplo, mediante inoculación de sustancias al niño/a).

ANEXO 3. Parte de lesiones

 <p>SERVICIO DE SALUD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS</p> <p>ATENCIÓN PRIMARIA</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Área Primaria (2)</p>		Nº de Historia Clínica
PARTE AL JUZGADO DE GUARDIA		
INSTITUCION		
CENTRO DE SALUD DE		Domicilio:
Médico de servicio		Colegiado/a nº
LESIONADO/A		
NOMBRE		D.N.I.
DOMICILIO		Ciudad, villa, pueblo
Edad	Estado	Profesión
Ingresado el día a las horas por accidente estimado:		
Trabajo <input type="checkbox"/> *Trabajo <i>in itinere</i> <input type="checkbox"/> Tráfico <input type="checkbox"/> Agresión <input type="checkbox"/> Intoxicación <input type="checkbox"/> Fortuito <input type="checkbox"/>		
Para el caso de accidente de trabajo, empresa donde presta sus servicios el lesionado/a:		
Lugar donde se encontraba cuando se produjo el accidente:		
Actividad que estaba desarrollando cuando se produjo el accidente:		
Naturaleza de las lesiones en el momento del ingreso		
Tratamiento inicial: Médico <input type="checkbox"/> Quirúrgico <input type="checkbox"/> Pequeña Cirugía <input type="checkbox"/>		
PRONOSTICO (salvo complicaciones)		
*Lo que ante la posible condición de esta institución de perjudicada, y por si los hechos pudieron constituir infracción penal, se comunica a los efectos judiciales.		
El Jefe/a de Servicio de Administración		El Médico

ANEXO 4. Cuestionario

CUESTIONARIO SOBRE EL MALTRATO INFANTIL

Este cuestionario corresponde al trabajo de investigación denominado “La práctica de la enfermería ante el maltrato infantil”, con el cual se quiere valorar el nivel de conocimientos del personal de enfermería sobre el maltrato infantil y su detección precoz.

Marque con una X la casilla que corresponda a la respuesta correcta. Una vez cumplimentado métalo en el sobre proporcionado que se pasará a recoger en un máximo de un mes.

Para cualquier duda utilizar el número de teléfono que se encuentra en el sobre.

Recuerde que es totalmente anónimo, voluntario y confidencial.

Gracias por su participación.

CUESTIONARIO

1. **EDAD:** _____ 2. **SEXO:** hombre mujer

3. **LUGAR DE TRABAJO:** Área sanitaria II (Cangas de Narcea)
 Área sanitaria V (Gijón)

4. **TITULACIÓN** ATS DUE Graduado en Enfermería

5. **Tipo de contrato:** Fijo Vacante

6. **Tiempo trabajado en este puesto:**

- Menos de 1 años
- Entre 1 y 5 años
- Entre 5 y 10 años
- Más de 10 años

7. **A lo largo de su experiencia laboral, ¿se ha encontrado con algún caso de maltrato infantil?** Sí No

8. **Si su respuesta en la pregunta 7 ha sido “sí”, ¿de qué tipo de maltrato se trataba? (rodee las que sean necesarias):**

- Maltrato físico
- Abuso sexual
- Maltrato emocional
- Negligencia
- Abandono emocional
- Otros: _____

9. **Si su respuesta en la pregunta 7 ha sido “no”, ¿cree que reconocería algún posible caso de maltrato infantil?** Sí No

10. **¿Cuál cree que es la definición de maltrato infantil?**

- “Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo”.
- “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”.
- “Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño/a de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social y cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”.
- Todas son válidas

11. **¿Cuál piensa que NO es un tipo de maltrato infantil?**

- Incapacidad de control de la conducta del hijo/a

- Negligencia
- Síndrome de Münchhausen por poderes
- No hay ninguna falsa

12. ¿Cuál cree que NO es un síntoma de maltrato infantil?

- Lesiones dentales
- Retraso en el desarrollo psicomotor
- Abandono emocional
- Todos son síntomas del maltrato

13. En un Centro de Salud, usted reconocería a un niño con un posible caso maltrato infantil por:

- No seguir el calendario vacunal
- Alteración de la conducta del niño/a en la exploración de los genitales
- Retraso ponderoestatural orgánico
- A y B son ciertas

14. En cuanto al maltrato infantil es cierto que:

- Es un fenómeno infrecuente.
- Todas las personas y también las mentalmente sanas pueden maltratar.
- Sólo se da en clases sociales bajas o desfavorecidas económicamente.
- Maltratar es dañar físicamente a un niño/a dejándole graves secuelas físicas.

15. ¿Cómo actuaría si se encuentra con un niño/a que cree que ha sido maltratado?

- Se lo comunicaría al pediatra o médico correspondiente
- Rellenaría un parte de notificación y avisaría al asistente social
- Esperaría a una segunda consulta antes de tomar medidas oportunas
- Rellenaría un parte de notificación, avisaría al pediatra o médico correspondiente para que realizara un parte de lesiones (si no hay facultativo lo podremos hacer nosotros), si es necesario, y avisaría al asistente social.

16. ¿Cómo actuaría con los padres/tutores de un niño/a que sufre un posible maltrato?

- Manifestar horror, enfado o desaprobación.
- Permitir a sus padres/tutores admitir, explicar o negar sus alegaciones y dejarles proporcionar la información que consideren conveniente.
- Utilizar palabras vagas o con una fuerte carga emocional.
- Formular preguntas que obligan a dar una respuesta concreta, como si o no.

17. ¿Conoce la existencia de una Guía de Actuación contra el maltrato infantil en el Principado de Asturias? Sí No

18. Si su respuesta en la pregunta 17 es SÍ, ¿la ha leído? Sí No

19. Si su respuesta en la pregunta 17 es NO, ¿cree que le deberían haber comentado su existencia? Sí No

20. ¿Cree que debería haber una Guía de Actuación contra el Maltrato Infantil propia de enfermería? Sí No

21. ¿Por qué cree que tendría que haber o no esa guía propia de actuación?

22. ¿Conoce las leyes relacionadas con el maltrato infantil tanto en España como en el Principado de Asturias?

- Conozco todas las leyes
- Conozco las leyes españolas
- Conozco las leyes del Principado de Asturias
- No conozco ninguna

23. ¿Sabe que la enfermería, por su relación directa con el niño/a, está obligada a poner en conocimiento los posibles casos de maltrato infantil a la entidad oportuna?

- Sí
- No

24. ¿Cuánta importancia cree que tiene la enfermería en la detección de un posible caso de maltrato infantil?

- Ninguna importancia
- Poca importancia
- Bastante importancia
- Mucha importancia

25. Comentarios de interés:

Anexo 5: Corrección cuestionario^{(5), (6), (7)}

- **¿Cuál cree que es la definición de “maltrato infantil”?:** Todas son válidas
- **¿Cuál piensa que NO es un tipo de maltrato infantil?:** No hay ninguna falsa
- **¿Cuál cree que NO es un síntoma típico del maltrato infantil?:** Todos son síntomas del maltrato
- **En un Centro de Salud, usted reconocería a un niño con un posible caso maltrato infantil por:** A y B son ciertas
- **¿Cómo actuaría si se encuentra con un niño/a que cree que ha sido maltratado?** Rellenaría un parte de notificación, avisaría al pediatra o médico correspondiente para que realizara un parte de lesiones (si no hay facultativo lo podremos hacer nosotros), si es necesario, y avisaría al asistente social.
- **¿Cómo actuaría con los padres/tutores de un niño/a que sufre un posible maltrato?:** Permitir a sus padres/tutores admitir, explicar o negar sus alegaciones y dejarles proporcionar la información que consideren conveniente.
- **En cuanto al maltrato infantil es cierto que:** Todas las personas y también las mentalmente sanas pueden maltratar.

ANEXO 6. Descripción de variables

1. **Edad.** Cuantitativa medida en años completos mediante escala discreta. Se trata del tiempo transcurrido hasta el momento de recogida de información de la persona. Se trata de una variable universal.
2. **Sexo.** Cualitativa. Sexo fenotípico según caracteres secundarios. Se medirá mediante una escala nominal, dicotómica: *hombre/mujer*. Se trata también, de una variable universal.
3. **Titulación.** Cualitativa medida mediante una escala nominal politómica; ATS, DUE o Graduado en enfermería.
4. **Lugar de trabajo.** Se trata de una variable cualitativa que describe la unidad de trabajo en el momento de la encuesta. Se medirá mediante una escala nominal dicotómica con 2 categorías: *Área sanitaria II (Cangas del Narcea)* y *Área sanitaria V (Gijón)*. Se trata de una variable modificadora (comparación entre áreas) y de aplicabilidad de protocolo (criterios de exclusión e inclusión)
5. **Tipo de contrato.** Variable cualitativa medida con una escala nominal dicotómica con 2 categorías: *fijo/vacante*. Se trata de una variable de aplicabilidad de protocolo (criterios de inclusión y exclusión).
6. **Tiempo trabajo;** años trabajados como enfermero/a en ese lugar. Variable cualitativa medida mediante una escala nominal politómica con 4 categorías: *menos de 1 año/entre 1 y 5 años/entre 5 y 10 años/más de 10 años*. Se trata de una variable modificadora.
7. **A lo largo de su experiencia laboral, ¿se ha encontrado con algún caso de maltrato infantil?** Variable cualitativa medida mediante una escala nominal

dicotómica: *sí/no*. Se trata de una variable relacionada con el maltrato infantil (“Experiencia”).

8. **Si su respuesta en la pregunta 7 ha sido “sí”, ¿de qué tipo de maltrato se trataba? (rodee las que sean necesarias);** haber encontrado algún caso de maltrato infantil. Variable cualitativa medida mediante escala nominal politómica de respuesta múltiple: *maltrato físico/abuso sexual/maltrato emocional/negligencia/abandono emocional/otros* (cuantitativa). Se trata de una variable modificadora. También se trata de una variable relacionada con el maltrato infantil.
9. **Si su respuesta en la pregunta 7 ha sido “no”, ¿cree que reconocería algún posible caso de maltrato infantil?** Variable cualitativa medida mediante una escala nominal dicotómica: *sí/no*. Se trata también de una variable relacionada con el maltrato infantil junto a la 7 y 8 de “Experiencia”

Las preguntas 10, 11, 12, 13 y 14 están relacionadas con la variable relacionada con el maltrato infantil “Conocimientos”, y se trata de variables cualitativas medidas mediante un escala nominal politómica con 4 categorías cada una, que se pueden observar en el Anexo 4.

10. **¿Cuál cree que es la definición de maltrato infantil?**

11. **¿Cuál piensa que NO es un maltrato infantil?**

12. **¿Cuál cree que NO es un síntoma de maltrato infantil?**

13. **En un Centro de Salud, usted reconocería a un niño con un posible caso maltrato infantil por.**

14. **En cuanto al maltrato infantil es cierto que.**

La pregunta 15 y 16, están relacionadas con la variable relacionada con el maltrato infantil “Procedimiento” y son cuantitativas medidas mediante escalas nominales politómicas con varias categorías.

15. ¿Cómo actuaría si se encuentra con un niño/a que cree que ha sido maltratado?

16. ¿Cómo actuaría con los padres/tutores de un niño/a que sufre un posible maltrato?

Las variables 17, 18 y 19 van en relación con la variable modificadora “Guía de Actuación del Principado de Asturias” y se trata de variables cualitativas medidas con escalas dicotómicas sí/no.

17. ¿Conoce la existencia de una Guía de Actuación contra el maltrato infantil en el Principado de Asturias?

18. Si su respuesta en la pregunta 15 es SÍ, ¿la ha leído?

19. Si su respuesta en la pregunta 14 es NO, ¿cree que le deberían haber comentado su existencia?

Las preguntas 20 y 21 están relacionadas con la variable modificadora del efecto “Guía Enfermera”. La 20 se mide con escala nominal dicotómica (sí/no) y la 21 es una variable cualitativa que nos ayudará en las discusiones.

20. ¿Cree que debería haber una Guía de Actuación contra el Maltrato Infantil propia de enfermería?

21. ¿Por qué cree que tendría que haber o no esa guía propia de actuación?

Las variables 22 y 23 están relacionadas con variable modificadora “Legislación”. La 22 medida con escala nominal politómica y la 23 dicotómica

22. ¿Conoce las leyes relacionadas con el maltrato infantil tanto en España como en el Principado de Asturias?

23. ¿Sabe que la enfermería, por su relación directa con el niño/a, está obligada a poner en conocimiento los posibles casos de maltrato infantil a la entidad oportuna?

Por último la pregunta 24 se trata de la variable relacionada con el maltrato infantil “Importancia de la enfermería” y se mide con escala ordinal politómica con 4 categorías.

24. ¿Cuánta importancia cree que tiene la enfermería en la detección de un posible caso de maltrato infantil?

Y la 25 es una variable cualitativa:

25. Comentarios de interés.