

A large, abstract graphic on the left side of the page, consisting of several overlapping, curved, red and white shapes that create a sense of movement and depth. The red is a vibrant, primary red, and the white shapes are layered behind it, creating a dynamic, organic form that frames the text.

MALTRATO INFANTIL. INTERVENCION ENFERMERA I

-DIEGO PÉREZ ASENSIO
-IRENE MARTÍNEZ
TEMBLADOR
-JOSÉ DAVID RUIZ CANCELA,

Titulo libro

MALTRATO INFANTIL.
INTERVENCION ENFERMERA I

NOMBRE AUTORES

DIEGO PÉREZ ASENSIO
IRENE MARTÍNEZ TEMBLADOR
JOSÉ DAVID RUIZ CANCELA

©MALTRATO INFANTIL. INTERVENCION ENFERMERA I

©DIEGO PÉREZ ASENSIO, IRENE MARTÍNEZ TEMBLADOR,
JOSÉ DAVID RUIZ CANCELA

ISBN papel 978-84-686-2504-1

Impreso en España

Editado por Bubok Publishing S.L.

Dedicatoria

*“a los que día a día hacen que me levante con
ganas de vivir”*

INDICE

<i>CAPITULO I. ANTECEDENTES HISTORICOS.....</i>	<i>PÁG. 7</i>
<i>CAPITULO II. MALTRATO INFANTIL.....</i>	<i>PÁG. 11</i>
<i>CAPITULO III. DETECCIÓN DEL MALTRATO..</i>	<i>PÁG. 27</i>
<i>CAPITULO IV. FACTORES ASOCIADOS CON EL MALTRATO Y LAS CAUSAS.....</i>	<i>PÁG. 32</i>
<i>CAPITULO V. CÓMO AYUDAR A LAS VÍCTIMAS DEL MALTRATO.....</i>	<i>PÁG. 46</i>
<i>CAPITULO VI. DIAGNÓSTICO DEL MALTRATO INFANTIL.....</i>	<i>PÁG. 48</i>
<i>CAPITULO VII. CUIDADOS DE ENFERMERIA.....</i>	<i>PÁG. 51</i>
<i>CAPITULO VIII. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.....</i>	<i>PÁG.6</i>
3	
<i>CAPITULO IX. MARCO LEGAL.....</i>	<i>PÁG. 71</i>
<i>BIBLIOGRAFIA.....</i>	<i>PÁG. 75</i>

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTORICOS

La atención jurídica y médica de los menores maltratados empezó a desarrollarse en la segunda mitad del siglo XIX. De manera individual, el médico francés A. Tardieu publicó en 1860 la primera monografía sobre el tema y el también médico estadounidense Silverman demostró con estudios radiológicos las consecuencias no visibles de los maltratos.

El primer proceso judicial que defendió a un menor (una niña) por los malos tratos recibidos por adultos (en su caso, su propia madre), tuvo lugar en 1874 en Estados Unidos. La acusación fue realizada por la Sociedad Protectora de Animales, por cuanto no existía ley alguna que amparase a los menores, aunque sí a los animales en general.

Estas labores pioneras dieron como resultado que antes de que acabase el siglo se creasen dos sociedades pro derechos de los niños: The Society for the Prevention of Cruelty to Children, en Nueva York, y The National Society for the Prevention of Cruelty to Children, en Londres.

La atención a los derechos de los menores es característica de la segunda mitad del siglo XX, que es cuando se les reconoce como sujetos de derechos. En 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración de los Derechos del Niño; y, más tarde, en 1989, esa misma Asamblea adoptó la Convención sobre los Derechos del Niño.

Paralalamente a este interés en el estatus legal, se fue desarrollando la correspondiente atención a la comprensión y prevención del fenómeno.

En 1962 se publicó en Estados Unidos un trabajo científico titulado «Síndrome del niño apaleado» que incentivó de manera definitiva la atención a las víctimas de los malos tratos infantiles, incluyendo con ellos la reformulación de las medidas legislativas y la sensibilización de la opinión pública respecto del problema. En los países europeos más desarrollados, se produjo un fenómeno similar en los años siguientes.

Habiéndose registrado una alta incidencia de querellas de maltrato de niños y un esfuerzo único por este mal fue aprobada en varios estados de Estados Unidos la Ley Núm. 75 el 28 de mayo de 1980, en la cual se establecía que un menor era víctima de "maltrato o negligencia" cuando sufría daño o perjuicio, o se encontraba en riesgo de sufrir daño o perjuicio en su salud física, mental emocional, o en su bienestar, por las acciones y omisiones no accidentales de sus padres o de otras personas o instituciones responsables de su cuidado. En esta ley se estableció la política pública de protección a menores.¹⁵

La atención de los expertos ha ido desde la casi concentración en los malos tratos de tipo físico a la apertura hacia, por un lado, la comprensión de los conceptos de negligencia y de maltrato emocional, y, por otro, el problema de los abusos sexuales. También, ha habido cambios en lo que se refiere a la percepción de los maltratadores (en principio, identificados con personas con problemas psíquicos y/o pertenecientes a contextos socio-económicos muy atrasados; después, asumiendo el perfil variopinto del maltratador infantil) y en la forma de

abordar los problemas (en principio, la separación del maltratado de su entorno; después, el intento de rehabilitar ese entorno).

CAPÍTULO II

MALTRATO INFANTIL

AUTORES DEL CAPITULO

M^a TERESA SOTO PICA

M^a DOLORES GARCIA GUTIERREZ

PALOMA BARRIOS RODRÍGUEZ

¿Qué es el maltrato infantil?

Un niño, según la Ley considerado como tal en este sentido a todo menor de 18 años, es maltratado o abusado cuando su salud física o mental o su seguridad están en peligro, ya sea por acciones u omisiones llevadas a cabo por la madre o el padre u otras personas responsables de sus cuidados, produciéndose el maltrato por acción, omisión o negligencia.

El maltrato a los niños es un grave problema social, con raíces culturales y psicológicas, que pueden producirse en familias de cualquier nivel económico y educativo.

El maltrato viola derechos fundamentales de los niños o niñas y por lo tanto, debe ser detenido, cuanto antes mejor.

El origen de la crueldad hacia los niños es en su sentido más amplio puede ser dividido en cuatro categorías:

1. - Crueldad inspirada en conceptos exagerados de disciplina y en base a sus funciones que se resultan ser sujetos profundamente inadecuados e irresponsables: alcohólicos, drogadictos, criminales o delincuentes, débiles mentales etc..
2. - Actos de violencia o negligencia cometidos por padres o adultos ejerciendo rígidas interpretaciones de la autoridad y de normas y reglas de conducta.

3. - Crueldad patológica cuyos oscuros orígenes mentales o psicólogos son muy difíciles de identificar y todavía mas de tratar.

4. - La crueldad más intangible de todas, la crueldad oficial o la organizada, aquella que se comete por ignorancia, por insensibilidad o por omisión en la forma de falta de legislación o de cumplimiento de la misma que proteja adecuadamente al menor.

1. Clasificación del maltrato

El abuso infantil es un patrón de maltrato o comportamiento abusivo que se dirige hacia el niño y que afecta los aspectos físico, emocional y/o sexual, así como una actitud negligente hacia el menor, a partir de la cual se ocasiona amenaza o daño real que afecta su bienestar y salud. El maltrato infantil se puede clasificar en maltrato por acción y maltrato por omisión.

A la vez que el maltrato por acción se divide en:

Maltrato físico activo y pasivo, abuso fetal, maltrato psicológico o emocional, abuso sexual.

El maltrato por omisión es el abandono o negligencia, el cual se subdivide:

Abandono físico y negligencia o abandono educacional.

A) MALTRATO FÍSICO ACTIVO

1. Traumatismo no accidental: son lesiones osteoarticulares, cutáneo-mucosas y oculares. En el niño encontraremos magulladuras o hematomas en rostro y su torso, agrupadas o con señal del objeto con el que han sido infringidos. Se distinguen de los accidentales en que estos suelen encontrarse en las zonas de las crestas óseas o mal protegidas, mientras que los no accidentales los encontramos además de en estos lugares en zonas protegidas y no prominentes, es decir, regiones no frecuentes u ocultas por la ropa. También será muy inquietante su existencia en el lactante que no deambula.

Encontramos también quemaduras (de cigarrillos, agua caliente, como señal de ataduras, con planchas..) donde se sospecha intencionalidad cuando sus bordes son rectos, limpios y con delimitación muy marcada entre piel sana y lesionada; Fracturas (en cráneo, nariz, costillas, de huesos largos...) que serán altamente sospechosas cuando se trate de fracturas diafisarias de los huesos largos en niños menores de un año; heridas o raspaduras; cortes o pinchazos; señales de mordeduras humanas (sobre todo cuando parecen de adulto, ya que cuando son mayores de 3cm es improbable que sean de otro niño); asfixia o ahogamiento.

2. Síndrome del niño sacudido o agitado de Caffey. Síndrome de estrangulamiento. Entre los síndromes con especial incidencia de lesiones intracraneales sin fracturas de cráneo o signos de violencia, se encuentran: Síndrome del niño sacudido

o agitado de Caffey, donde los padres sujetan al niño por el cuerpo balanceándolo con fuerza y violencia de

atrás adelante, la cabeza experimenta movimientos de aceleración-desaceleración, con rupturas vasculares; Síndrome de estrangulamiento donde los padres o cuidadores pueden comprimir la arteria carótida primitiva junto con movimientos violentos de aceleración y desaceleración de la cabeza provocando alteraciones cerebrovasculares (hematomas subdurales) y lesiones de fondo de ojo (hemorragias retinianas, cuya existencia debe sugerir la posibilidad del maltrato).

3. Traumatismo craneoencefálico: es uno de los aspectos más importantes en este tipo de maltrato debido a su frecuencia y repercusiones. Una de las lesiones más comunes es el hematoma subdural, que puede presentarse con o sin fractura de cráneo, y con y sin señales externas de traumatismo. En el caso de golpes violentos, suele asociarse a fracturas craneales. Su *causa* más común es la rotura de una o más venas de unión, que van desde la corteza cerebral hasta los senos venosos, provocada por la aceleración y desaceleración de un objeto pesado móvil que incide sobre la cabeza o porque la cabeza es impulsada sobre una masa estacionaria. La *clínica* que se presenta será una hipertensión intracraneal con vómitos, déficit motor, alteraciones de la conciencia, trastorno de la respiración, convulsiones, hemorragias retinianas, etc.

Otras lesiones características del traumatismo craneoencefálico por maltrato son las alopecias por tracción, así como una amplia gama de lesiones intracraneales como edema cerebral, hemorragias subaracnoideas, focos de contusión cerebral, infartos

isquémicos, atrofia cerebral, hematoma subdural y epidural...

4. Síndrome de Munchausen por poderes:

“pacientes que presentan historias clínicas espectaculares, llenas de mentiras e invenciones, es un presumible intento de conseguir seguridad hospitalaria y atención médica”. Se trata de una forma de maltrato en el que uno de los padres (generalmente la madre) simula la existencia o provoca síntomas o signos en el niño con el objeto de buscar asistencia médica y maniobras diagnósticas o terapéuticas costosas o de riesgo. Es un maltrato infantil de alto riesgo y difícil diagnóstico, que suele pasar desapercibido. Los motivos que conducen al agresor a tan anómalo comportamiento se desconocen, siendo rara la presencia de trastornos psiquiátricos manifiestos. Se ha tratado de interpretar achacándolo a estados de ánimo, a diversos impulsos como necesidad de sufrir, deseo de ser el centro de atención, trasfondo de recuerdos o vivencias infantiles...su confrontación ante el problema es la negación.

5. Maltrato prenatal: es la falta de cuidado, por acción u omisión, del cuerpo de la futura madre o autosuministro de sustancias o drogas, que de una

manera consciente o inconsciente, perjudican al feto de que es portadora. Es evidente que todo aquello que influye negativamente en las condiciones de vida de la madre gestante tendrá consecuencias sobre el feto.

Estas influencias negativas serán físicas (no control del embarazo, enfermedades maternas, alimentación

deficitaria, consumo de alcohol, tabaco, drogas), psíquicas (rechazo al embarazo, tensiones personales, ansiedad prolongada), sociales (pobreza, marginación, condicionantes étnicos y culturales); todas ellas se encuentran interrelacionadas.

B) MALTRATO FÍSICO PASIVO O POR OMISIÓN

Situación en la que las necesidades básicas de un niño y su seguridad no son atendidas por quienes tienen la responsabilidad de cuidarlo.

Puede ser de forma consciente, por ignorancia, incultura, pobreza o de la incapacidad parental para proteger y criar a sus hijos.

El abandono es el grado extremo de la negligencia.

Es mucho más frecuente en nuestro medio la negligencia y el abandono de lo que se cree.

Familias de clase social baja, cercanas a la marginación. Se asocian a situación de desempleo y

de importantes déficit educativos, incluso analfabetismo. Existe medio sociocultural deficitario.

C) ABUSO FETAL

Ocurre cuando la futura madre ingiere, deliberadamente, alcohol u otras drogas, estando el feto en su vientre. Producto de esto, el niño (a) nace con problemas, malformaciones, retraso severo.

D) ABUSO SEXUAL

“Cualquier acto sexual con un niño realizado por un adulto o un niño mayor”.

Es una tipología de maltrato en el que la incidencia de factores socioculturales es especialmente intensa.

Hay que observar:

Valoraciones en las que mero desarrollo y manifestación de la sexualidad son los que causan el problema.

Existe un preocupante desconocimiento, falta de detección e incluso negación de su existencia.

La manifestación del abuso sexual puede ir desde la exposición y caricias hasta intercambio sexual o cópula, pudiendo por tanto darse variantes con o sin contacto físico.

Dicho acto se realiza desde una posición de poder o autoridad, siendo la edad más frecuente de 11 a 14 años.

El agresor es casi siempre un varón de edad entre 30-50 años es más frecuente.

Suele ser familiar o conocido de la víctima (8/10casos) y siendo más frecuente la utilización de la violencia y asalto en los casos en los que el agresor sea desconocido.

El agresor recurre casi siempre a conductas de persuasión o engaño, soborno, amenazas o violencia física. Habitualmente no son enfermos mentales propiamente dicho. Son individuos de apariencia normal, inteligencia media con dificultades emocionales, afectivas y eróticas. Tienden a provenir de una familia con sistema pobre de relaciones y donde fue maltratado cuando era niño.

Las características de abusadores sexuales intra familiares varones son: dominación, el autoritarismo y control de los demás a la ineficacia, inadecuación, pasividad, introversión en relaciones personales. También predomina la impulsividad, inmadurez, necesidad de cercanía, aislamiento social, hostilidad, alcoholismo y baja autoestima.

Dentro de la familia se muestra dominante y controlador pero ineficaz fuera de la estructura familiar.

En estas personas se da el uso de la negación o la distorsión cognitiva de los incidentes de abuso sexual.

Los niños que son objeto del abuso sexual son obligados a guardar silencio.

Se pueden destacar cuatro conceptos en relación al abuso sexual:

- **INCESTO:** contacto físico sexual o relación sexual por un pariente de consanguinidad lineal o también se incluye figuras adultas que

-

estén cubriendo de manera estable el papel de figuras paternas.

- **VIOLACIÓN:** contacto físico sexual o relación sexual por una persona adulta exceptuando los casos señalados en el incesto.
- **VEJACIÓN SEXUAL:** conducta sexual con un menor cuando tal contacto, estimulación o interacción es usado para la estimulación o gratificación de las necesidades o deseos sexuales de otra persona. Incluye:
- Tocamiento intencionado de los genitales o partes íntimas o las ropas que cubran estas partes
-

- Alentar, forzar o permitir al niño que toque de manera inapropiada las mismas partes del penetrador
- **ABUSO SEXUAL SIN CONTACTO**, incluye cuatro conductas:
 - Solicitud incidente a un niño o seducción verbal explícita
 - Exponer los órganos sexuales a un niño con el propósito de obtener excitación/gratificación sexual, agresión, degradación o propósitos similares
 - Realizar el acto sexual intencionadamente en la presencia de un menor con el objeto de buscar la excitación o la gratificación sexual, agresión, degradación u otros propósitos semejantes
 - Automasturbación en la presencia de un niño

Reconsidera abuso sexual que al menos en una ocasión se haya producido alguna de las situaciones señaladas.

E) MALTRATO PSICOLÓGICO O EMOCIONAL

Todos los niños tienen necesidades de afecto, de aprobación, de seguridad, de aceptación, de poseer un concepto propio positivo, de relacionarse socialmente, de ser intelectualmente estimulados...

Por ello cuando los padres ponen en peligro la satisfacción de esas necesidades podríamos decir que están maltratando psicológicamente a sus hijos.

Se define como “un ataque concertado de un adulto sobre el desarrollo del ego y la competencia social del niño; un patrón de conducta psíquicamente destructivo: rechazar, aislar, aterrorizar, ignorar y corromper”.

Destacar dos conceptos relacionados con lo psicológico: *maltrato emocional y abandono emocional*.

- **MALTRATO EMOCIONAL:** “Hostilidad verbal crónica en forma de insulto, burla, desprecio o amenaza de abandono, y constante bloqueo de las iniciativas de interacción y contacto, por parte de una figura adulta estable”.
- **ABANDONO EMOCIONAL:** “La falta persistente de respuesta a las señales (llanto, sonrisa), expresiones emocionales y conductas procuradoras de proximidad e interacción iniciadas por el niño y falta de iniciativa de interacción y contacto por parte de una figura adulta”.

Ocurre en circunstancias en que los adultos significativos son incapaces de proporcionar el cariño, estimulación, apoyo y protección necesarios para el niño en sus diferentes estadios de desarrollo y que inhiben su funcionamiento óptimo.

F) ABANDONO O NEGLIGENCIA

Significa una falla intencional de los padres o tutores en satisfacer las necesidades básicas del niño en cuanto alimento, abrigo o en actuar debidamente para salvaguardar la salud, seguridad, educación y bienestar del niño.

Es decir, Dejar de proporcionar los cuidados o atención al menor que requiere para su adecuado crecimiento y desarrollo físico y espiritual. Esto puede incluir, por ejemplo, omitir brindarle al menor alimentos, medicamentos y afecto.

Pueden definirse dos tipos de abandono o negligencia:

Abandono físico: Este incluye el rehuir o dilatar la atención de problemas de salud, echar de casa a un menor de edad; no realizar la denuncia o no procurar

el regreso al hogar del niño o niña que huyo; dejar al niño solo en casa a cargo de otros menores.

Negligencia o abandono Educativo: No inscribir a su hijo en los niveles de educación obligatorios para cada provincia; no hacer lo necesario para proveer la atención a las necesidades de educación especial.

En diversas oportunidades realizar el diagnóstico de negligencia o descuido puede presentar problemas de subjetividad. El descuido puede ser intencional como cuando se deja solo a un niño durante horas porque

ambos padres trabajan fuera del hogar. Este último ejemplo como tantos otros que generan la pobreza, el abandono o descuido es mas resultado de naturaleza social que de maltrato dentro de la familia.

1.3. Lugar y modo en que se presenta el maltrato al niño

En el hogar. La mayoría de los casos de maltrato infantil ocurre dentro de la familia. Cuando la familia tiene vínculos estrechos con otros pariente, tales como los abuelos, la condición de un niño puede salir a la luz por la intervención de estos.

La posibilidad de encontrarse con una relación de maltrato.

El abuso sexual y el maltrato físico se revelan al medico general o al pediatra. El maltrato emocional rara vez se presenta de este modo, en gran medida porque surge la duda acerca de la persona apropiada en quien puede confiar un pariente.

Aquellos profesionales que visitan familias, tales como trabajadores de salud y trabajadores sociales, pueden llegar a sospechar el maltrato infantil, pero rara vez son elegidos para confiarles tal revelación. Esto se debe con frecuencia, a que visitan hogares a partir de que surgen preocupaciones iniciales sobre las aptitudes del padre dentro de la familia. Tales padres muchas veces provienen de hogares en los que se abuso de ellos; ven a los especialistas como adversarios mas que como apoyo, ya que a sus

colegas los recuerdan en asociación con las tensiones de su propia infancia.

En la clínica o guardería. Los niños de menos de cuatro o cinco años de edad con frecuencia a revisiones físicas y de crecimiento. Cuando se les cría en un entorno de creencias, es posible que desde época temprana se les coloque en una guardería. La cuidadosa observación de estos niños puede llevar a la detección d maltrato infantil, pero nunca resulta fácil decidir cuándo el desarrollo de un niño se ve comprometido como consecuencia dl maltrato. Cuando las lesiones no accidentales están presentes, resulta menos difícil, pero dichos casos constituyen una minoría.

En la escuela. El abuso contra escolar origina considerables problemas para el reconocimiento del maltrato. Los niños con mayores riesgos vienen de familias en las aquellas que sustenta la autoridad son considerados sospechosos. Los maestros dedican mucho de su tiempo y sus habilidades en ganar la confianza del alumno y esto requiere hacer amistad con ellos. Mientras mayores son los niños, estos se tornan mas reservados acerca de sus cuerpos, de ahí

que la enfermedad escolar y el oficial médico de la escuela que tengan una importante responsabilidad en el reconocimiento de la evidencia física del maltrato. Aunque los maestros son los primeros en sospechar del abuso, nunca resulta fácil observar lesiones físicas cuando los niños se mudan de ropa. El comportamiento de los menores sin embargo,

sigue patrones relacionados con la edad y con los que el maestro esta familiarizado. El comportamiento anormal o divergente puede ser síntoma más importante del maltrato infantil y el maestro es el profesional mejor ubicado para sospechar de este.

CAPÍTULO III

DETECCIÓN DEL MALTRATO

La idea popular de un niño "golpeado" evoca la imagen de un infante patético, sucio y cubierto de moretones, que mira fijamente al fotógrafo de modo aprehensivo. La verdadera imagen revela que los niños sufren de una variedad infinita de abusos, por lo general a manos de los propios padres y a menudo sin lesión evidente ni queja.

El maltrato infantil incluye una serie de ofensas que van de los extremos de la violación y el asesinato, hasta la más sutil e insidiosa negación de amor. Un niño que crece sin esperar nada sino un entorno hostil aprenderá a vivir dentro de estos límites y adaptará su comportamiento de tal forma que no traiga la mínima agresividad. Tales niños aprenden desde época temprana a procurar la complacencia de cualquier adulto con el que puedan entrar en contacto como forma de protegerse a sí mismos.

La habilidad para detectar que un niño ha sido maltratado depende, por lo tanto, del conocimiento por parte de cada observador no sólo del estado físico de un niño, sino del comportamiento normal infantil. No basta con notar cualquier cambio en las interacciones sociales de un niño en particular, pues el niño agredido constantemente puede haber sufrido desde la primera infancia. Por consiguiente, cuando un niño parece comportarse de un modo anormal, deberá considerarse la posibilidad de que la causa sea el maltrato.

La detección de esta variedad de maltrato infantil depende de dos factores: la capacitación en los patrones típicos que aquél presenta y la experiencia. Para llegar a desarrollar un

"olfato" y descubrir al niño maltratado, cada individuo necesita haber acumulado un acervo considerable de casos. El entrenamiento debe, por supuesto, ocupar el primer lugar. No es sino hasta que tenemos un grupo de observadores estratégicamente ubicados en la comunidad, que podemos esperar alcanzar la detección temprana.

1.COMO IDENTIFICAR ALOS NIÑOS MALTRATOS

Los indicadores de conducta

El comportamiento de los niños maltratados ofrece muchos indicios que delatan su situación. La mayoría de esos indicios son no específicos, porque la conducta puede atribuirse a diversos factores.

Sin embargo, siempre que aparezcan los comportamientos que señalamos a continuación, es conveniente agudizar la observación y considerar el maltrato y abuso entre sus posibles causas:

- Las ausencias reiteradas a clase
- El bajo rendimiento escolar y las dificultades de concentración
- La depresión constante y/o la presencia de conductas autoagresivas o ideas suicidas.
- La docilidad excesiva y la actitud evasiva y/o
- Defensiva frente a los adultos.
- La búsqueda intensa de expresiones afectuosas por parte de los adultos, especialmente cuando se trata de niños pequeños.

- Las actitudes o juegos sexualizados persistentes e inadecuados para la edad.

Los indicadores físicos:

- La alteración de los patrones normales de crecimiento y desarrollo.
- La persistentes falta de higiene y cuidado corporal
- Las marcas de castigo corporales.
- Los "accidentes" frecuentes.
- El embarazo precoz.

2.GRUPOS POR EDADES

Menos de nueve meses. Los niños no aprenden a girar sobre su cuerpo sino hasta que cumplen unos tres meses o más. Dependen de los demás para moverse de un lado a otro. Por lo tanto, es poco probable que se lesionen en manos de alguien que no sea aquel que los cuida, aunque no hay que descartar la posibilidad de un accidente. Por consiguiente, los

moretones en los bebes pequeños considerarse como no accidentales, cuando se llega a una posible comprobación del daño.

Ciertas lesiones que pueden presentar algunos de estos infantes son horrendas, y la cuestión de si un bebé tiene unos padecimientos de "huesos quebradizos" o una tendencia hereditaria a las hemorragias es algo que se emplea a menudo. Estas condiciones son en extremo poco comunes, pero es parte del cuidado médico rutinario él examinarlas.

Los bebés tienen una capacidad extraordinaria para recuperarse de las enfermedades graves o de las lesiones severas, pero también es cierto que son frágiles que los niños de mayor edad. Sus vidas pueden extinguirse como resultado de un episodio breve pero violento, ya que no pueden huir o esconderse de su atacante. Debido a esto, no pienso que puede criticarse una tendencia al error en torno de la precaución cuando un bebe puede estar bajo riesgo.

Los niños que gatean o empiezan a andar: Una vez que los niños pueden moverse, se lastiman con mayor facilidad. Por lo general, estas heridas se hacen visibles en la frente o en aquellas partes del cuerpo que tienen más probabilidad de recibir un golpe con el mobiliario o el suelo: codos, rodillas, pies, etcétera.

Cuando estos niños son golpeados, a menudo sólo es posible afirmar que los daños son compatibles con las lesiones no accidentales.

CAPÍTULO IV

FACTORES ASOCIADOS CON EL MALTRATO Y LAS CAUSAS

AUTORES DEL CAPITULO

PALOMA BARRIOS RODRÍGUEZ

M^a DOLORES GARCIA GUTIERREZ

M^a TERESA SOTO PICA

1.FACTORES INDIVIDUALES:

Ascendientes maltratadores

Concepto equivocado de la disciplina

Falsas expectativas

Inmadurez

Retraso Mental

Psicopatías

Adicciones

Trato brusco

2.FAMILIARES:

Hijos no deseados

Desorganización hogareña

Penurias económicas

Desempleo o subempleo

Desavenencia conyugal

Falta de autodominio

Educación severa

3.SOCIALES:

Concepto del castigo físico

Actitud social negativa hacia los niños

Indiferencia de la sociedad

CAUSAS:

Supone que los "factores de estrés situaciones" derivan de los siguientes cuatro componentes:

a)Relaciones entre padres: Segundas nupcias, disputa maritales, padrastros cohabitantes, o padres separados solteros.

b)Relación con el niño: Espaciamiento entre nacimientos, tamaño de la familia, apego de los padres al niño y expectativas de los padres ante el niño.

c)Estrés estructural: Malas condiciones de vivienda, desempleo aislamiento social, amenazas a la autoridad, valores y autoestima de los padres.

d)Estrés producido por el niño: Niño no deseado, niño problema, un niño que no controla su orina o su defecación, difícil de disciplinar, a menudo enfermo, físicamente deforme o retrasado.

Las posibilidades de que estos "factores de estrés" situacionales desemboquen en el maltrato infantil o el abandono, determinan la relación padres-hijo y dependen de ella. Una relación segura entre éstos

amortiguará a cualquier efecto del estrés y proporcionará

estrategias para superarla, a favor de la familia. En cambio, una relación insegura o ansiosa no protegerá a la familia que esté bajo tensión; la "sobrecarga de acontecimientos", como las discusiones o el mal comportamiento del niño, puede generar diversos ataques físicos o comportamiento del niño, puede generar diversos ataques físicos o emocionales. En suma, lo anterior tendrá un efecto negativo en la relación existente entre los padres y el hijo, y reducirá los efectos amortiguadores aun más. Así, se establece un círculo vicioso que, a la larga, lleva a una "sobrecarga sistemática", y en que el estrés constantes ocasiona agresiones físicas reiteradas. La situación empeora en forma progresiva, sin la intervención pertinente, y podría calificarse como una "espiral de violencia".

De aquí se sigue que la relación padres-hijo debería ser el punto de concentración para el trabajo en torno de la prevención, tratamiento y manejo del maltrato y abandono infantiles. Es en este nivel que los psicólogos como nosotros podemos aportar una contribución significativa.

Como sugiere el modelo, el grado de involucramiento de los padres en la relación con el niño dependerá de la personalidad o el carácter y su patología, como sería el mal control del temperamento y los desordenes psiquiátricos. Estos factores de personalidad pueden ser resultado de las experiencias sociales tempranas del padre o la madre; de hecho, muchos padres que maltratan

informan que ellos mismos fueron víctimas del maltrato cuando eran niños.

Finalmente, como se indica al comienzo del presente capítulo, los valores culturales y comunitarios pueden afectar las normas y estilos del comportamiento los padres. Éstos recibirán la influencia de su posición social, en lo que se refiere a edad, sexo, educación, condición, socioeconómica, grupo étnico y antecedentes de clase social.

Un grupo importante de padres que maltrata o abusa de sus hijos han padecido en su infancia falta de afecto y maltrato. Esto suele asociarse a una insuficiente maduración psicológica para asumir el rol de crianza, inseguridades, y perspectivas o expectativas que no se ajustan a lo que es de esperar en cada etapa evolutiva de sus hijos. Como señala Kempe, estas características psicológicas en sus padres, son un importante potencial del maltrato. De tal forma que:

"Cualquier pequeño hecho de la vida cotidiana, todo comportamiento del niño que se considere irritante, si encuentra a su progenitor en situación de crisis, con escasas defensas anímicas y con dificultades para requerir apoyo externo, puede desatar la violencia".

Resumiendo, los factores que estos autores relacionan con el maltrato son:

- 1)La repetición de una generación a otra de una pauta de hechos violentos, negligencia o privación física o emocional por parte de sus padres.

2)El niño es considerado indigno de ser amado o es desagradable, en tanto las percepciones que los padres tienen de sus hijos no se adecuan a la realidad que los niños son, además, consideran que el castigo físico es un método apropiado para "corregirlo" y llevarlos a un punto más cercano a sus expectativas.

3)Es más probable que los malos tratos tengan lugar en momentos de crisis. Esto se asocia con el hecho de que muchos padres maltratantes tienen escasa capacidad de adaptarse a la vida adulta.

4)En el momento conflictivo no hay líneas de comunicación con las fuentes externas de las que podrían recibir apoyo. En general estos padres tienen dificultades para pedir ayuda a otras personas. Tienden a aislarse y carecen de amigos o personas de confianza.

CARACTERISTICAS DEL NIÑO GOLPEADO Y EL AGENTE AGRESOR

El niño no solamente es maltratado a través de la agresión física, sino también por la privación del alimento, cuidados físicos y estimulación sensorial tan necesaria para su desarrollo. Así, la desnutrición, las malas condiciones higiénicas del niño, el retraso en las esferas del lenguaje y personal social, clásicamente consideradas como medidas de la estimulación que el niño recibe de su ambiente, son la regla, en nuestra muestra y en la de otros autores. A lo anterior se suma el deterioro de las funciones intelectuales como secuela de lesiones al sistema nervioso central. De acuerdo con algunos autores, este tipo de secuelas llega al 40%.

En nuestra serie basta enfatizar la presencia en el 17% de los casos de secuelas neurológicas severas y retraso importante en el desarrollo en el 50% de los niños afectados.

En algunos casos cabe la posibilidad de que el retraso y apariencia poco agraciada del menor disparasen la ira del agresor. Pero en otros muchos puede plantearse la posibilidad inversa: que el retraso fuese secuela de asaltos previos y retroalmente la ira de desencadenarse de agresiones posteriores. En no pocas veces, inclusive, sirve para justificar al agresor en sus nuevos ataques al niño.

El panorama se vuelve más sombrío si recordamos, como lo han demostrado varios trabajos, que la desnutrición por sí misma es capaz de afectar en sentido negativo y en forma irreversible el crecimiento y el desarrollo. Para algunos autores, la "falla para crecer" en un niño, puede ser el primer dato que oriente hacia el diagnóstico.

Estos niños muestran un patrón de comportamiento muy característico cuando están internados en el hospital. Aun en ausencia de lesiones que comprometan el estado general, el niño aparece triste, apático y en ocasiones estuporoso; rehuye el acercamiento del adulto y frecuentemente se oculta bajo las sábanas. En general, es un niño que llora y no se muestra ansioso, cuando se trata un lactante mayor o un preescolar, por la ausencia de la madre y aun puede mostrar franco rechazo hacia ésta cuando ha sido la agresora. La conducta del niño cambia relativamente poco tiempo a una de aferramiento excesivo hacia el personal del hospital, con gran

necesidad de contacto físico, al mismo tiempo que hay periodos patentes de agresividad cuando se les frustra; estos niños pegan y aun llegan a morder a las enfermeras, a pesar de que éstas muestra especial afecto y cuidado al menor cuando se enteran del problema.

Se han señalado también patrones de comportamiento característicos del agente agresor en el hospital; poco interés del familiar involucrado acerca de la seriedad de las lesiones y evolución del padecimiento, con abandono del niño en el hospital o, al menos, visitas cortas muy esporádicas y el comentario frecuentes de las enfermeras de la sala "de no conocer al padre o madre del niño", a pesar de estancias prolongadas. Sin embargo, esto no es necesariamente un comportamiento característico del familiar agresor; en ocasiones, el

padre o familiar involucrado parece mostrar una gran preocupación por la enfermedad del pequeño paciente, con actitudes francas de sobreprotección hacia éste, lo cual hace más difícil para el médico, la enfermera y aun la trabajadora social con experiencia en el manejo de este problema, aceptar la posible culpabilidad en una persona tan aparentemente interesada en el bienestar del menor.

En nuestra serie, al igual de lo que sucede al comparar los reportes de diversos autores, existe cierta discrepancia en lo que se refiere al familiar involucrado como agresor. Si tomamos en cuenta sólo los casos en los cuales la identificación del agresor fue calificada como "comprobada" o "muy posible", el padre aparece como agresor en el 26% de

los casos y la madre en el 58%; en el 16% restantes, estuvieron involucrados padrastros, madrastras y un hermano mayor.

Hay acuerdo general en que se trata de personas jóvenes y aun cuando existe la creencia de que el maltrato físico extremo está confinado a la clase socioeconómicamente baja y/o personas de inteligencia baja, la mayor parte de los reportes, así como nuestra experiencia, están de acuerdo en que los padres golpeados provienen de todas las clases sociales y están dentro de todos los niveles de inteligencia. En un trabajo se señala que "es probable que algunos padres estén psicológicamente propensos a este desastre particular, pero esto no tiene nada que ver con la clase social o inteligencia"

Se han descrito muchos rasgos característicos del agente del agresor. Entre ellos estaría la inmadurez emocional, la cual es la consecuencia de insatisfacción de la misma durante la niñez.

Sentimientos de ira, coraje y frustración hacia los hijos, son normales; pero comúnmente están balanceados por sentimientos igualmente importantes de protección y cariño y, sólo

rara vez, bajo presiones desorbitadas del ambiente, resultan en una pérdida total del control. En los agresores, se ha enfatizado también, la existencia de un grado especialmente alto de impulsividad y pobres mecanismos de control para la misma, lo cual hace que un estímulo aparentemente pequeño, que generalmente toleran bien la mayor parte de los padres, provoque la reacción agresiva intensa hacia el

menor involucrado. Sin embargo, otros autores enfatizan que el agresor funciona bien fuera de la presencia del niño agredido y que este último es dotado de características reales o supuestas, que desencadenan el maltrato y/o actitudes abiertas de rechazo. Estas características pueden ir desde inquietud motora marcada, llanto excesivo, aspecto físico del menor, enfermedades frecuentes, etc., hasta otras más sutiles y las cuales requieren de una investigación cuidadosa para descubrirlas, como son el conferir al niño características del adulto. Muy frecuentemente, estos padres tienen dificultad para ver al bebe como tal y esperan que coma sin dejar nada de la ración ofrecida o demandan hábitos de limpieza por encima de la edad del niño, especialmente un control muy precoz esfínteres anal y vesical por lo que los ataques al niño suelen ocurrir alrededor de la hora de comida o de la defecación. No es raro también que una madre insatisfecha en sus relaciones interpersonales, especialmente con el esposo, tome al bebe como única fuente de satisfacción; si responde como ella quiere, no hay problema; pero si es llorón o no acepta el alimento ofrecido, puede pensar que el bebe la rechaza, la critica y dispararse así la agresión. En otras ocasiones se desplaza hacia el menor parte de la conflictiva del agresor; tal sería el suponer que el niño, concebido en relaciones pre o extramaritales, es un estigma, y por ello generados de culpa e ira del agresor. Más difícil de descubrir es un hecho encontrado en dos de nuestros casos: el niño es tomado como un

rival que acapara los cuidados del otro cónyuge, atención que es requerida en exclusividad, y con ello surgen los celos, la ira y la agresión.

Fuera de lo antes señalado, los agresores presentan escasa o nula psicopatología, cuando menos aparente. Muy frecuentemente, el agresor, en quien la sola presencia del niño provoca un estado afectivo incontrolable, trata de manejar sus emociones apartándose del menor a través de relegar los cuidados al otro padre u otra persona; es cuando se rompe este arreglo que ocurre la agresión. Esto último explicaría la mayor frecuencia del llamado "Síndrome del Niño Golpeado" durante los primeros dieciocho meses de vida, lo cual, inclusive, ha hecho que también se conozca este problema como "Síndrome del Bebé Golpeado". Cuando el niño empieza a caminar y más aún cuando es capaz de aprender a rehuir al agresor, las agresiones son más frecuentes.

CONSECUENCIAS

Los niños criados en hogares donde se les maltrata suelen mostrara desórdenes postraumáticos y emocionales. Muchos experimentan sentimientos de escasa autoestima y sufren de depresión y ansiedad por lo que suelen utilizar el alcohol u otras drogas para mitigar su distress psicológico siendo la adicción al llegar la adultez, más frecuente que en la población general.

Los efectos que produce el maltrato infantil, no cesan la niñez, mostrando muchos de ellos dificultades para establecer una sana interrelación al llegar a la adultez.

Algunos niños sienten temor de hablar de lo que les pasa por que piensan que nadie les creerá. Otras

veces no se dan cuenta que el maltrato a que son objeto es un comportamiento anormal así aprenden a repetir este "modelo" inconscientemente. La falta de un modelo familiar positivo y la dificultad en crecer y desarrollarse copiándolo, aumenta las dificultades de establecer relaciones.

Puede que no vean la verdadera raíz de sus problemas emocionales, hasta que al llegar a adultos busquen ayuda para solucionarlos.

"Para muchos niños / as que sufren de maltrato, la violencia del abusador se transforma en una forma de vida. Crecen pensando y creyendo que la gente que lastima es parte de la vida cotidiana, por lo tanto este comportamiento se toma "aceptable" y el ciclo del abuso continua cuando ellos se transforman en padres que abusan de su hijos y estos de los suyos, continuando así el ciclo vicioso por generaciones".

Muchas personas no pueden cortar el ciclo del abuso, pero hay niños al que la bibliografía mundial denomina "resilientes" que poseen características que les permite superar este obstáculo. Estos niños tiene la habilidad de llamar positivamente la atención de otras personas, se comunican bien, poseen una inteligencia promedio, se nota en ellos un deseo por superarse y creen en sí mismos. Muchas veces es la aparición de un adulto preocupado por ellos lo que les permite desarrollar esta habilidad y romper con el ciclo del abuso.

Como todos sabemos, los niños aprenden de lo que viven.

El niño aprende lo que vive

- Si vive con tolerancia aprende a ser paciente
- Si vive criticado aprende a condenar
- Si vive con aprobación aprende a confiar en sí mismo
- Si vive engañado aprende a mentir
- Si vive en equidad aprende a ser justo
- Si vive con vergüenza aprende a sentirse culpable
- Si vive con seguridad aprende a tener fe en sí mismo
- Si vive hostilizado aprende a pelear
- Si vive en la aceptación y la amistad aprende a encontrar el amor en el mundo.

Problemas de conducta

La literatura sobre el tema de abuso infantil coinciden manifestar que los niños que sufren malos tratos presentan un funcionamiento comportamental problemático (Cerezo, 1997c. En España, de forma consistente a lo encontrado en otros países, se observa que comparando a niños que reciben abuso con niños que no lo reciben, los primeros manifiestan más problemas de conducta, tanto cuando la información procede de los padres como cuando procede de los maestros. Las conductas que se han descrito en estos niños han sido: agresividad, verbal y física, hostilidad, oposición, robos, mentiras, absentismo, que se integrarían en la categoría de problemas de conducta externalizantes. En un estudio longitudinal encontraron que la experiencia del daño físico intencional sufrido durante los primeros cinco años estaba asociado con un

incremento considerable del riesgo a sufrir problemas de conducta externalizantes. Pero aunque estos problemas sean los más frecuentes, sin embargo, también algunos de estos niños presentan problemas de eliminación, miedos, desobediencia encubierta, pero incluso algunos niños presentan combinación de ambas categorías.

CAPÍTULO V

CÓMO AYUDAR A LAS VÍCTIMAS DEL MALTRATO

Formas de ayuda

La mejor manera de ayudar al niño /a es:

- Identificando los casos de maltrato.
- Realizando intervenciones en las situaciones detectadas, a través del gabinete o de docentes sensibles y capacitados.
- Derivado y /o denunciado los casos de maltrato a los organismos pertinentes.

Aquí proponemos algunas líneas de trabajo que la escuela puede desarrollar con los niños y sus familias:

- Realizar tareas de sensibilidad y capacitación.
- Realizar talleres reflexivos.
- Desarrollar accidentes de difusión y sensibilidad entre los niños, las familias y la comunidad acerca de los derechos del niño.
- Articular con la currícula, actividades dirigidas a revisar el problema críticamente.
- Estimular la confianza y la autoestima de los niños / as.
- Para desarrollar con éxito la función preventiva, la escuela como institución debe ser capaz de revisar sus propias actitudes hacia el control de las conductas de los niños y adolescentes.

Ofrecer a los alumnos el espacio y las oportunidades para experimentar formas no violentas de resolución de los conflictos. Llevar a cabo asambleas, consejos de aula y todo medio que estimule la participación democrática en la vida escolar.

CAPITULO VI

DIAGNÓSTICO DEL MALTRATO INFANTIL

Consiste en reconocer o identificar una posible situación de maltrato infantil.

Es la primera condición para poder intervenir en casos de maltrato infantil y posibilitar así la ayuda a la familia y al niño que sufran éste problema, ya que, si no detectamos la situación de malos tratos, difícilmente podemos actuar sobre las causas que dieron lugar a ésta situación y proteger al menor.

Debe ser lo más precoz posible para evitar la gravedad de consecuencias para el niño e incrementar las posibilidades de éxito de la intervención, tratar las secuelas, prevenir la repetición, etc.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL MALTRATO INFANTIL EN LA FASE DE DIAGNÓSTICO:

<p>IDENTIFICAR LOS CASOS SOSPECHOSOS DE MALOS TRATOS.</p>	<p>Estar atento a los signos que puedan indicar maltrato o negligencia.</p> <p>Informar sobre las sospechas a las autoridades competentes.</p> <p>Llevar registros objetivos del estado físico del niño, su conducta con los padres, otras personas y el medio ambiente, y las entrevistas con los miembros de la familia.</p>
<p>EVALUAR LA AMPLITUD DE LAS LESIONES.</p>	<p>Realizar la evaluación física.</p> <p>Evaluar el estado emocional y la conducta.</p> <p>Participar en las pruebas diagnósticas.</p>

EL DIAGNÓSTICO DEL MALTRATO INFANTIL:

Se realiza en base a cuatro elementos:

- Historia: datos aportados por el propio niño, otros profesionales y/o otras personas (maestro, médico, vecinos, amigos...)
- Examen- psicológico médico: existencia de indicadores físicos y comportamentales del niño y la conducta del agresor/ acompañante.
- Pruebas complementarias: realización de pruebas médicas (radiologías, análisis...), psicológicas (test, entrevistas...), para confirmar o realizar diagnóstico diferencial con otros procesos.
- Datos sociales: factores de riesgo presentes que actúan como facilitadores de la existencia del maltrato infantil, que nos van a ayudar a entender por qué se produjo esta situación y a orientar la toma de decisiones y la intervención.

CAPITULO VII

CUIDADOS DE ENFERMERIA.

METODOLOGÍA ENFERMERA

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

El profesional de Enfermería en su trabajo diario con la población infantil, debe aplicar el Proceso Enfermero, como sistema de trabajo. Por ello debe utilizarse para la

prevención del maltrato, la detección de signos que evidencien violencia y la ejecución de las actuaciones necesarias para atender adecuadamente al niño afectado y evitar que vuelva a ocurrir esta situación.

La sistemática propuesta a seguir será la siguiente:

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

- Establecimiento de intervenciones enfermeras, con indicación del nombre, definición y las actividades más apropiadas para resolver el problema

identificado. Se utilizará la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) de la Universidad de Iowa.

1. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Los datos obtenidos se analizan e interpretan concluyendo con la identificación de los problemas de salud y la identificación de los diagnósticos enfermeros, mediante la clasificación de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

El **diagnóstico enfermero** es un juicio sintético de las respuestas humanas del individuo, familia o comunidad que requieren cuidados de salud en la prevención de la enfermedad, el mantenimiento y mejora de la salud o el fin de la vida. Su objetivo es identificar el estado de salud de un paciente o cliente y los problemas relativos al cuidado de su salud.

5. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- EN SITUACIÓN DE URGENCIA

Se considera como malos tratos a menores, el acto no accidental cometido por un cuidador, que habitualmente es un miembro de la familia, y que provoca una lesión o privación física, sexual o

emocional a una persona menor de 18 años, aunque con más probabilidad menor de 6 años de edad.

La valoración de enfermería se debe basar, tanto en urgencias como en otros servicios, en: establecer una relación de confianza, transmitirle seguridad y bienestar, y explicarle qué se está haciendo.

Datos subjetivos:

- Historia de la enfermedad o lesión
- Antecedentes

Datos objetivos:

- Exploración física del niño
- Constantes vitales
- Procedimientos: Laboratorio, radiología, y fotos si es posible

Detección de problemas:

- Ansiedad relacionada con las amenazas percibidas por la salud o bienestar manifestadas por el niño
- Potencial de lesión relacionado con la alteración de los procesos familiares o el sistema familiar disfuncional
- Alteración paternal relacionada con los factores etiológicos determinados mediante la

- valoración y manifestados por los malos tratos al niño
- Afrontamiento individual y familiar ineficaz, relacionado con el conflicto emocional y los recursos o capacidad inadecuados para satisfacer las demandas del padre

Las actividades enfermeras:

- Establecer una relación de confianza.
- Asegurar al niño que el personal de urgencias le ayudará.
- Determinar si la historia es incompatible con la lesión.
- Limpiar heridas en caso de existencia, y vacunar.
- Determinar si los hermanos o cónyuge están en situación de riesgo de malos tratos o desatención.
- Examinar en busca de lesiones ocultas: Por debajo de la ropa; lesiones antiguas o internas, subyacentes a las heridas superficiales.
- Establecer una buena relación y reforzar la creencia de la historia del niño por el equipo de asistencia sanitaria.
- Tranquilizarle.

- Reconocer la dificultad o rechazo a establecer el origen de las lesiones.
- Escribir claro y conciso todo lo encontrado en la historia de enfermería, con firma legible y fecha.
- Cursar el parte de lesiones al juzgado y fiscalía y de hojas de notificación a los servicios sociales, tanto si existe certeza como si existe sospecha de malos tratos.
- Especial cuidado en la observación de los indicadores que permitan descubrir los malos tratos psicológicos, ya que es difícil de detectar en los niños.

Actuación especial ante un Abuso sexual:

En ocasiones, los niños espontáneamente describen o insinúan el abuso sexual y quien lo realizó. En Urgencias la exploración física se realizará en presencia de un adulto protector no sospechoso del abuso.

Muy importante: comprobar signos de traumatismo y áreas implicadas en actividad sexual: boca, mamas, genitales, región perianal, anal y ano.

Entre los indicadores físicos de sospecha de abuso sexual, tenemos: dificultad para andar y sentarse; ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada; se queja de dolor o picor en la zona genital; tiene ETS; tiene semen en genitales, boca o ropa; escoriaciones, abrasiones y hematomas en cara interna de los

muslos y genitales; hematomas alrededor del ano, indicios de traumatismo en boca: enrojecimiento, erosiones, petequias; observar mordeduras en la piel.

A tener en cuenta: la recogida de ropa, legrado de las uñas, recogida de vello púbico, patrones de vello pubiano y de cabello de la cabeza, detección de esperma.

- EN ATENCIÓN PRIMARIA

Los profesionales de enfermería, como se puede ver, juegan un papel importante en la detección del maltrato infantil, especialmente en la atención primaria donde las continuas revisiones realizadas dentro del programa del niño sano, pueden dar la señal de alarma. Por esta razón, deben ponerse en marcha algunos programas de detección del maltrato infantil para formar a los diplomados enfermeros en este problema social del cual no constan datos estadísticos y específicos. Así pues, las “Guías Anticipadas” pueden ser unas herramientas útiles para hacer prevención primaria, detección eficaz y disminuir las complicaciones.

La primera condición para poder intervenir en los casos de maltrato infantil y poder ayudar tanto al niño como a la familia que padece este problema es, lógicamente y como ya se ha dicho en apartados anteriores, reconocer la posible situación de maltrato infantil lo más rápidamente posible. Ante la sospecha de maltrato se hará una primera entrevista con los padres o cuidadores, teniendo en cuenta que: la entrevista se realizará en privado, primero aceptaremos las explicaciones familiares evitando

todo tipo de enfrentamiento en el diálogo, no juzgaremos, utilizaremos un lenguaje comprensible para dar información con un tono suave y normal, no insistiremos en preguntas que no quieran responder, asegurar la confidencialidad; y si fuera necesario entrevistar al niño solo, es muy importante procurar que no se sienta culpable, siempre manteniendo una actitud de escucha activa. Existen una serie de manifestaciones relacionadas con el niño maltratado ante las cuales deberemos estar atentos, como son: señales físicas repetidas, niños que van sucios, con ropa inadecuada, cansancio o apatía permanente, cambio relevante sin causa aparente en la conducta escolar; conductas y relaciones con agresividad y manteniendo la distancia, una actitud hipervigilante, problemas alimentarios, retraso en el desarrollo físico, emocional e intelectual, etc.

En la entrevista con los cuidadores también podremos apreciar cierta despreocupación por el niño, el hecho de que no acudan a las visitas del colegio, menosprecio hacia el niño, el considerar a su hijo como algo de su propiedad, que estén siempre fuera de casa, dan explicaciones contradictorias o ilógicas, etc.

A partir de todo lo observado en las entrevistas podremos orientar nuestra intervención a:

1º Atender el estado de salud física del niño maltratado, si el riesgo es elevado se derivará al hospital.

2º Derivación con pediatras y trabajadores sociales del equipo.

3º Comunicar el caso a los servicios sociales del área, que se encargarán del problema familiar y de tramitar el traslado del niño a un centro de acogida.

4º Realizar el parte de lesiones propio del centro de salud.

5º Notificación a las instituciones de asesoramiento y judicial.

6º El tratamiento y los seguimientos tienen que ser *multidisciplinar* tanto al niño como a la familia.

La intervención en atención primaria será por tanto fundamental, pero sin duda la *prevención* es la clave en este área. La prevención del maltrato no es una tarea imposible, existen una serie de acciones determinantes como: evitar realizar cuestionarios, pues no sirven para identificar riesgo en la familia, las visitas domiciliarias durante el embarazo y durante los dos primeros años de vida del niño, intervenir ante situaciones de falta de habilidades, toxicomanías... y una vez más buscar factores de riesgo en la entrevista clínica; aunque un gran inconveniente que ocasionalmente impide desarrollar con éxito la prevención, es la prudencia de los padres o tutores que maltratan a los niños de no llevarlos al mismo centro de salud más de una vez para no ser descubiertos.

Un aspecto a considerar es, que el primer paso en toda intervención es el *conocimiento*, cuánto se conoce acerca de este problema; es importante que la sociedad se informe respecto al maltrato infantil, así

que toda la información que pueda facilitar un enfermero en su centro de salud será imprescindible.

6. TRATAMIENTO DEL NIÑO MALTRATADO. ACTUACIÓN

La actuación en casos de maltrato infantil desde el ámbito sanitario conlleva el tratamiento de las lesiones y la comprobación diagnóstica de la etiología, así como la intervención social, y en su caso, del sistema de protección infantil.

La actuación al niño maltratado presenta unas características particulares y deberá:

Atender las lesiones (atención sanitaria, comprobación diagnóstica, validación de las lesiones), acompañándose de apoyo emocional y tratamiento psicológico.

Considerar el tratamiento de la crisis (lesiones, problemas de salud asociados, posibles secuelas, repetición del maltrato) y apoyo emocional.

Equipo multiprofesional (incluye la intervención de los servicios sociales).

Coordinación.

Realizar un seguimiento posterior del niño y su familia.

Prevención.

La atención clínica de las lesiones no difiere de otras lesiones equivalentes por otras causas, por lo que en cuanto al tratamiento médico-quirúrgico no existen diferencias. El apoyo emocional es imprescindible en el maltrato infantil ya que las secuelas y las consecuencias psíquico-emocionales siempre van a estar presentes en este problema tanto a corto como a medio-largo plazo. El maltrato infantil es un problema multifactorial con repercusiones múltiples que afecta al niño y su familia por lo que requiere ser atendido por un equipo multiprofesional.

La coordinación es una palabra clave en la intervención en casos de maltrato infantil resultando la realización del trabajo sanitario y social de forma conjunta e imprescindible para la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos de maltrato infantil, correspondiendo a cada ámbito profesional encargarse de las actividades de su actividad.

- OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

El programa de atención a la Salud mental de niños y adolescentes de la Comunidad de Madrid tiene los siguientes objetivos:

- Atender las necesidades en materia de salud mental de la población infantil y juvenil de la Comunidad de Madrid.

- Contribuir a la promoción de la salud y a la prevención de los trastornos mentales de niños y adolescentes, en el marco de la atención comunitaria.
- Establecer, definir y delimitar las actividades clínico-asistenciales, diferenciándolas de otros campos de intervención (educativos, sociales...).
- Establecer la coordinación y cooperación con los dispositivos sanitarios, escolares, sociales y jurídicos que trabajen en los campos infantil y juvenil.
- Desarrollar una atención integral, llevada a cabo por un equipo interdisciplinar que provea la continuidad de cuidados.
- Desarrollar líneas de investigación en el campo de la salud mental de niños y adolescentes.
- Realizar tareas de formación continuada.

CAPITULO VIII

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

AUTORES DEL CAPITULO

M^a DOLORES GARCIA GUTIERREZ

M^a TERESA SOTO PICA

PALOMA BARRIOS RODRÍGUEZ

1. Diagnóstico: Riesgo de retraso en el desarrollo.

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

2.- Diagnóstico: Riesgo de crecimiento desproporcionado.

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

3.- Diagnóstico: Protección inefectiva.

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

4.- Diagnóstico: Riesgo de infección.

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

exposición ambiental.Desnutrición. Alteración de las defensas primarias.

5.- Diagnóstico: Riesgo de intoxicación.

-Definición: aumento del riesgo de exposición accidental o de ingestión de sustancias o productos peligrosos en dosis suficiente para originar una intoxicación.

-Factores de riesgo: Almacenaje de medicamentos en armarios sin llave, accesibles a los niños o personas confusas. Disponibilidad de drogas ilegales potencialmente contaminadas con aditivos venenosos. Productos peligrosos almacenados o colocados al alcance de los niños o personas confusas. Insuficiencia de recursos económicos.

6.- Diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea

-Definición: riesgo de que la piel se vea negativamente afectada.

-Factores de riesgo: Factores mecánicos (presión, sujeciones, etc.). Alteración del estado nutricional.

7. Diagnóstico: Deterioro de la integridad cutánea:

- Definición: alteración de la epidermis, la dermis o ambas.

- Características definatorias:

Destrucción de las capas de la piel.

Invasión de las estructuras corporales.

Alteración de la superficie de la piel (epidermis).

- Factores relacionados: Factores mecánicos (fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones, etc.). Alteración del estado nutricional.

8.- Diagnóstico: Deterioro de la integridad tisular:

-**Definición:** lesión de las membranas mucosa o corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.

- **Características definitorias:** Lesión por destrucción tisular.

-**Factores relacionados:** Mecánicos (presión, cizallamiento, fricción, etc.). Déficit o exceso nutricional. Déficit de conocimientos.

9.- Diagnóstico: Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal

-**Definición:** riesgo de sufrir un fallo de los mecanismos reguladores de la temperatura corporal.

- **Factores de riesgo:**

Ropas inadecuadas para la temperatura ambiente.

Extremos ponderales.

Exposición al frío o al calor o a ambientes fríos o calientes sin las debidas precauciones.

10. Diagnóstico: Riesgo de estreñimiento

- **Definición:** riesgo de sufrir una disminución de la **frecuencia** normal de defecación, acompañado de eliminación difícil o incompleta de las heces o eliminación de heces duras y secas.

- **Factores de riesgo:**

Estrés emocional.

Depresión.

Aporte insuficiente de fibras.

Malos hábitos alimentarios.

Aporte insuficiente de líquidos

11. Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física.

-Definición: limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una de las extremidades.

-Características definitorias: Inestabilidad postural durante la ejecución de las actividades habituales de la vida diaria. Disminución del tiempo de reacción. Enlentecimiento del movimiento. Cambios en la marcha.

- Factores relacionados:

Desnutrición selectiva o generalizada.

Estado de humor depresivo o ansioso.

Malestar o dolor.

12.-Diagnóstico: Déficit de actividades recreativas.

-Definición: disminución de la estimulación del (interés o de la participación) en actividades recreativas o de ocio.

-Características definitorias: Afirmaciones del niño de que se aburre, o que desea tener algo que hacer, leer, etc.-

- Factores relacionados: Entorno desprovisto de actividades recreativas

13.-Diagnóstico: Retraso en el crecimiento y en el desarrollo.

- Definición: Desviaciones de las normas para el grupo de edad.

-Características definitorias: Alteración del crecimiento físico.

Indiferencia, disminución del tiempo de respuesta.

- Factores relacionados:

Separación de la persona significativa.

Deficiencias ambientales y de estimulación.

Cuidados inapropiados.

14.-Diagnóstico: Deterioro del patrón del sueño.

- **Definición:** trastorno de la cantidad y calidad del sueño limitado en el tiempo.

- **Características definitorias:** Despertar antes o después de lo deseado.

Tiempo total de sueño menor del considerado normal para la edad. Despertarse

3 o más veces por la noche.

- **Factores relacionados:**

Depresión.

Temor.

Ansiedad.

15.-Diagnóstico: Dolor agudo.

- **Definición:** experiencia sensitiva y emocional desagradable, ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad, de leve o grave, con un final anticipado o previsible y una duración menor de 6 meses.

- **Características definitorias:** Informe verbal o codificado. Observación de evidencia. Posición antiálgica para evitar el dolor. Conducta de defensa. Trastornos del sueño. Conducta expresiva: agitación, gemidos, llanto, vigilancia, irritabilidad, suspiros, etc. Cambios en el apetito y en la ingesta.

- **Factores relacionados:** Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos).

16.-Diagnóstico: Riesgo de baja autoestima situacional.

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

17.-Diagnóstico: Baja autoestima situacional.

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

18.-Diagnóstico: Ansiedad

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

19.-Diagnóstico: Síndrome traumático de la violación.

- **Definición:** respuesta desadaptada y persistente a una penetración sexual forzada, violenta, contra su voluntad y sin su consentimiento. Este síndrome incluye tres subcomponentes: trauma de la violación, reacción compuesta y reacción silente.

- **Características definitorias:** (incluye una fase aguda de desorganización del estilo de vida de la víctima y un proceso a largo plazo de reorganización del estilo de vida). Desorganización. Cambio en las relaciones. Confusión.

Trauma físico (hematomas, irritación de los tejidos, etc.). Negación. Culpa. Pesadillas o trastornos del sueño. Depresión. Ansiedad. Temor.

- **Factores relacionados:** Violación.

20.-Diagnóstico: Síndrome postraumático.

- **Definición:** Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador.

- **Características definitorias:** Evitación. Represión. Pesadillas. Respuesta de alarma exagerada. Vergüenza. Ataques de pánico. Depresión. Temor. Ansiedad.

- **Factores relacionados:**

Abuso físico y psicosocial.

Violación.

CAPITULO IX

MARCO LEGAL

La enfermera en el cumplimiento de su actividad profesional deberá siempre tener presente la ética enfermera, que está recogida en el código deontológico de nuestra profesión, en este escrito se establecen las directrices éticas que se deben emplear al trabajar con niños, y medidas a tomar en el caso del maltrato a menores.

- CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA (Capítulo VII)

El personal de enfermería y el derecho del niño a crecer en salud y dignidad, como obligación ética y responsabilidad social:

- La enfermera en su ejercicio profesional debe salvaguardar los derechos del niño.
- La enfermera protegerá a los niños de cualquier forma de abuso y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.
- En el ejercicio de su profesión la enfermera promoverá la salud y el bienestar familiar a fin de que en dicho núcleo los niños sean deseados, protegidos y cuidados de forma que puedan crecer con salud y dignidad.

NOTIFICACIÓN

La notificación del caso es la transmisión de información referente al menor supuestamente maltratado y del propio informante. La notificación es una condición necesaria para posibilitar la

intervención en casos de maltrato infantil, así como una obligación legal y profesional.

No sólo los casos detectados más graves y evidentes deben ser notificados, también los aparentemente leves y las situaciones de riesgo. Existe la obligación de notificarlas, si bien las respuestas e intervenciones serán distintas. La notificación deberá realizarse a:

- Servicios sociales del ámbito sanitario en el que desarrolla su actividad el profesional que realizó el diagnóstico / detección.
- Registro de casos del Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
- Historia clínica del niño donde deberá quedar reflejado y en los Servicios de Urgencias, según se estipule en cada centro.

○ CÓDIGO CIVIL ESPAÑOL

Ley de Protección del Menor - Ley Orgánica 1/1996, de 15-1-1996. Ley en la que se establecen los derechos de los menores, las medidas para facilitar el ejercicio de los mismos, las acciones de desprotección social del menor e instituciones de protección de menores (actuaciones y obligaciones en caso de ser conocedor, presenciar o sospechar malos tratos), y la tutela (en el caso de la existencia o sospecha de maltrato el tutor del menor pasa a ser el estado).

Ley Orgánica 1/96, de 15 de Enero, de Protección Jurídica del menor (B.O.E. 17.01.96, Art. 13.1 sobre "Obligaciones de los ciudadanos y deber de reserva"):

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.

- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978

En la Constitución hace mención a la obligación de los Poderes Públicos de asegurar la protección social, económica y jurídica de la familia y dentro de ésta, la de los menores.

- FUNDACIÓN ANAR 900 20 20 10

Numerosas asociaciones son las que se dedican a la protección del menor ante el maltrato, pero de entre todas ellas destaca por sus años de experiencia y resultados la Fundación ANAR (ayuda a niños y adolescentes en riesgo, www.anar.org). Recibe tres llamadas de niños maltratados al día, esto supone el 16% de las llamadas totales recibidas en el día. El maltrato físico y el abuso sexual son los principales motivos de llamada sobre maltrato; el maltrato psicológico representa el 7,69% de las llamadas, frente al 3,11% de abandonos. Según sus informes reciben más llamadas en las que las personas que sufren maltrato es niña (64,3%) que niños (35,7%), estas cifras se triplican si de lo que se habla es de abusos sexuales.

La Fundación ANAR lleva 12 años en activo identificando casos de abusos o de malos tratos en todo el territorio español.

BIBLIOGRAFIA

1. Dr. Galeano, Francisco. Ayudando a aliviar el dolor. Maltrato Infantil. Página Internet: www.rionet.com.ar
2. ¿Qué es el maltrato infantil?. La Violencia contra los niños. Página Internet: www.vidahumana.com
3. Dole Sierra, Laura y Ma. Ángeles Cerezo Jiménez. Maltrato parental y problemas infantiles. Unidad de investigación. Página Internet: Altavista.com
4. Diane E. Papalia y Sally Wendkos Old. Desarrollo Humano. Naucalpan Juárez, México: Ed. Mc Graw Hill, 1990, 753 págs.
5. IMSS. Maltrato Físico al niño. Análisis psiquiátricos, médicos de trabajo y jurídicos. México: sin Ed., 1971,68 págs.
6. Maher, Peter. Abuso contra los niños [Zulán Marcela Fuentes Ortega]. Grijalvo, México D.F.: Ed., 1990, 379 págs.
7. Mussen, Paul Henry. Desarrollo de la Personalidad en el niño. México: Ed. Trillas, 1990 563 págs.
8. Fuentes de la Hemeroteca José María Pinosuárez.
9. Entrevista en el Hospital T1 con el Dr. Jorge Carlos González Cepeda.
10. Entrevista en el Hospital T1 con el Dr. Saúl Hernández García.

11. Entrevista en un centro de salud con la trabajadora social Gilda María Castro.
12. Arruabarrena, M.I.; De Paul, J. *“Maltrato a los niños en la familia. Evaluación y tratamiento”*. Madrid: Ed. Pirámide, 1999.
13. Arruabarrena, M.I.; De Paul, J.; Muñoz, R.Y.; Torres, B. *“Tratamiento para familias con problema de maltrato y/o abandono infantil”*. Madrid: Ed. Pirámide, 1992.
14. Asociación Española de Pediatría. American Academy of Pediatrics. *“Normas de supervisión pediátrica”*. Barcelona: Marketing Trends, 1993.
15. Boynton, R.W.; Duna, E.S.; Stephens, G.K. *“Manual de pediatría ambulatoria”*. Madrid: Ed. Masson, 1995
16. Casado Flores, J.; Díaz Huertas, J.A.; Martínez González, C. *“Niños maltratados”*. Madrid: Díaz de Santos, S.A.
17. *“Código Civil Español”*. Ley Orgánica 1/ 96.
18. *“Código deontológico de la enfermería española”*. Capít. VII.
19. *“Constitución Española”*
20. De Paul Ochotorena, J.; Arruabarrena, M.I. *“Manual de protección infantil”*. Barcelona: Ed. Masson, 1996.

21. Diagnósticos enfermeros de la NANDA. *Definiciones y clasificación 1999-2000*. Madrid: Harcourt, 1999.
22. Díaz Huertas, J.A. *“Atención de Enfermería al maltrato infantil”*. Instituto madrileño del menor y familia.
23. Díaz Huertas, J.A.; Casado Flores, J.; García García, E.; Ruiz Díaz, M.A.; Esteban Gómez, J. *“Atención al maltrato Infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid”*. Instituto madrileño del menor y la familia; Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
24. Díaz Huertas, J.A.; Casado Flores, J.; García García, E.; Ruiz Díaz, M.A.; Esteban Gómez, J. *“Atención al maltrato infantil desde Salud Mental”*. Instituto madrileño del menor y la familia; Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.
25. Dr. Flórez Lozano, J.A. *“Revista de Monografías de Pediatría: Síndrome del niño maltratado”*. Ed. Jarjoyo.
26. Gavin, S.; Narciso, A. *“Enfermería de urgencias”*. ENA. Ed. McGraw-Hill. Interamericana, 1996.
27. Gómez de Terreros, I. *“Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil”* (2ª ed.) Ed. Comares, 1997.
28. Lobo Alev, E. *“La protección de los niños y niñas en situación de riesgo social”*. Comunidad de Madrid y Consejería de Educación.

29. Loredó, A.A. *“Maltrato al menor”*. México D.F.: Ed. Interamericana McGraw- Hill, 1994.
30. Rovira Gil, E. *“Urgencias en enfermería”*. Madrid: Ed. DAE, 2000.
31. Lopez SC et al. Parenting and physical punishment: primary care interventions in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 2000, 8:257–267.
32. López F, Meléndez P. *Maltrato Infantil y Violencia Intrafamiliar: Estudio Realizado con Padres de Niños Preescolares*. Veracruz: Xalapa de Enríquez Editores; 1997.
33. López J. *Maltrato Infantil*. Murcia: Asociación de Apoyo a la Infancia Maltratada, Facultad de Psicología, Universidad de Murcia; 1996
34. Loredó AA. *Maltrato al menor*. México D.F.: Interamericana McGraw-Hill, 1994.
35. Luis MT. *Los Diagnósticos Enfermeros: revisión crítica y guía práctica*. 7^a ed. Barcelona: Masson; 2006
36. Muñoz J, Goded F, Ruza F. Diagnóstico de maltrato en el niño. *Pediatrka* 1996;16:109–26.
37. Murray M.E, Atkinson L.D. *Proceso de Atención de Enfermería*. 5^a Ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1996.
38. Musitu G, Román J, Gracia E. *Familia y Educación*. Barcelona: Editorial Barcelona Labor; 1988.

39. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008.1ª.ed.Madrid : Elsevier ;2007.

40. National Research Council. Understanding child abuse and neglect. Washington, D.C.:National Academy of Sciences Press; 1993.

41. Antonio Sáez Crespo, Mariano Castro Molina, Mercedes Martínez Piédrola. Cuidados de Enfermería en el Maltrato Infantil. Mayoral. Isaac Peral, 52 – 28040 Madrid

