

Trabajo de Fin de Grado

GRADO DE ENFERMERÍA

Escola Universitària d'Infermeria
Universitat de Barcelona

BARRERAS Y HERRAMIENTAS PARA LA DETECCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL EN EL ÀMBITO HOSPITALARIO

Irene Gómez Pla

Tutora: Silvia Costa Abós

Àmbito docente: Violencia de Género

Curso académico: 2018-19

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo me ha supuesto tiempo, esfuerzo y motivación. No podría empezar de otra forma que no fuese agradeciendo a aquellas personas que han hecho todo lo posible por que ninguna de estas tres me fallara durante el proceso.

En primer lugar, a mi familia. Gracias Silvia, Manuel y Lidia por dedicaros en cuerpo y alma a mi formación académica, por empujarme a seguir cuando no veía el camino y por ser el amor más grande que tengo en mi vida.

Gracias a mis amigas y compañeras de futura profesión por aguantar mis momentos de estrés, por consolarme cuando lo necesitaba y por animarme cuando el peso del trabajo se cernía sobre mis hombros.

Por último, pero no menos importante, a mi tutora Silvia Costa. Gracias de corazón. Por los buenos consejos, por guiar sin imponer, por apreciar y apoyar mi trabajo y por llenarme de energía y motivación en todo momento. Sin ti esto no hubiese sido posible.

RESUMEN

Introducción: Pese a las altas cifras de incidencia, el maltrato y abuso infantil sigue siendo infravalorado a causa de las múltiples barreras que se encuentran en su detección.

Objetivo: Identificar las barreras que dificultan la detección del maltrato y abuso infantil, así como las herramientas o factores que ayudan a su percepción en los servicios de urgencias.

Metodología: Revisión bibliográfica en la que se han utilizado las bases de datos PubMed, The Cochrane Library, EnFisPo, Cuidatge y Web of Science.

Resultados: De un total de doce artículos, se encontraron una revisión bibliográfica, un estudio de casos, uno de cohortes, seis casi-experimentales, dos con metodología cualitativa y uno con metodología cuantitativa.

Conclusiones: La falta de formación y concienciación, la carga de trabajo y la tendencia a creer al cuidador antes que al menor son las barreras más comúnmente detectadas. Por el contrario, instrumentos de detección como ESCAPE o *The Hague Protocol*, así como medidas de informatización e intervenciones formativas o de concienciación han demostrado aumentar los casos detectados.

Palabras clave: maltrato infantil, abuso sexual infantil, detección, barreras, urgencias, enfermería.

ABSTRACT

Introduction: Despite the high incidence, child abuse continues to be underestimated due to the multiple barriers in their detection.

Objective: Identify the barriers that hinder the detection of child abuse as well as the tools or factors that help their perception in the emergency services.

Methodology: A review of the literature in which PubMed, The Cochrane Library, EnFisPo, Cuidatge and Web of Science databases have been used.

Results: Of a total of twelve articles, a literature review, a case study, a cohort study, six quasi-experimental studies, two with qualitative methodology and one with quantitative methodology were found.

Conclusions: The lack of training and awareness, the workload and the tendency to believe the caregiver before the child are the most commonly detected barriers. On the other hand, detection instruments such as ESCAPE or *The Hague Protocol*, as well as computerization measures and training or awareness-raising interventions have been shown to increase the detected cases.

Key words: child abuse, sexual child abuse, detection, barriers, emergency, nursing.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Maltrato infantil.....	1
1.1.1. Definición y conceptos.....	1
1.1.2. Epidemiología.....	2
1.1.3. Marco legal.....	3
1.2. Detección en el ámbito sanitario.....	4
1.3. Pregunta de búsqueda.....	5
2. OBJETIVOS	6
2.1. Objetivo general.....	6
2.2. Objetivos específicos.....	6
3. METODOLOGÍA	7
3.1. Palabras clave.....	7
3.2. Bases de datos.....	7
3.3. Estrategia de búsqueda.....	7
3.4. Artículos seleccionados.....	9
3.5. Gestor bibliográfico.....	10
3.6. Dimensiones a estudiar.....	10
4. RESULTADOS	10
5. DISCUSIÓN	16
5.1. Formación.....	16
5.2. Herramientas validadas.....	17
5.3. Tiempo y carga de trabajo.....	18
1.1. Concienciación y comunicación.....	18
5.4. Limitaciones del trabajo.....	19
6. CONCLUSIONES	20
6.1. Aplicabilidad en la práctica enfermera.....	20
6.2. Nuevas líneas de investigación.....	21
7. PLAN DE DIFUSIÓN	21
8. BIBLIOGRAFÍA	22

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Tipos de maltrato infantil.....	1
Tabla 2. Palabras clave de la búsqueda.....	7
Tabla 3. Estrategia de búsqueda.....	9
Tabla 4. Resultados obtenidos en la búsqueda.....	11
Figura 1. Edad media de las víctimas.....	3
Figura 2. Casos de niños entre 5 y 12 años	3
Figura 3. Tipos de artículos seleccionados	10

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Maltrato infantil

1.1.1. Definición y conceptos

Entendemos por maltrato cualquier situación en la que un niño es objeto de violencia, bien sea física, psíquica, sexual y/o emocional por parte de las personas de las que depende o no. Esta violencia puede darse por acción o por omisión¹.

Se pueden distinguir diferentes tipos de maltrato, expuestos en la siguiente tabla.

Tabla 1. Tipos de maltrato infantil

Maltrato físico	Maltrato psicológico o emocional
Cualquier acción no accidental provocada por sus padres o cuidadores que provoque daño físico o enfermedades.	Situación permanente de provocación de sentimientos negativos al niño, relacionados con su autoestima y limitando las iniciativas que tiene mediante privaciones o actuaciones (menosprecios, insultos, etc.).
Maltrato por negligencia y/o abandono	Maltrato sexual
Situación dada cuando ninguno de los miembros con los que convive el niño atiende a sus necesidades básicas (físicas, sociales y psicológicas), de manera temporal o permanente.	Participación o visualización de actividades sexuales, por parte de un niño o adolescente que no está preparado según su desarrollo o no los comprende, y por lo que no puede dar su consentimiento (incesto, violación, tocamientos, seducción verbal, masturbación en presencia de una menor, pornografía, etc.)

Fuente: OMS². Elaboración propia.

Además, según la gravedad, puede clasificarse como leve, moderado o grave en función de las consecuencias y los daños que se infringen en el niño o adolescente.

- Se entiende como maltrato leve aquel que es dado con poca frecuencia y con baja intensidad.
- En el maltrato moderado existen dudas de que en el futuro no pueda agravarse, pese a que la intensidad y frecuencia en el momento no sean graves.
- Se habla de maltrato grave cuando peligran la integridad física, psíquica o emocional del niño o adolescente, provocando o pudiendo provocar daños significativos en su desarrollo³.

1.1.2. Epidemiología

Los casos registrados de maltrato infantil en 2016 ascendieron a 4.056 pero, aunque la cifra ya es elevada, Save the Children⁴ denuncia en su *Memoria Anual 2017* que las cifras reales podrían ser mayores a causa de los casos que siguen permaneciendo ocultos.

La Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil⁵ (FAPMI), junto con la Asociación Catalana por la Infancia Maltratada (ACIM), en noviembre de 2018 con motivo de su IV Congreso de Infancia Maltratada, estipuló que un 35% de los niños y adolescentes han sufrido maltrato físico y un 31% han padecido abusos sexuales, siendo estas dos las principales causas de maltrato registrado entre 2016 y 2018. Por otra parte, el 9% de los niños y adolescentes sufre abandono, mientras que otro 9% es maltratado psicológicamente.

Según el informe realizado por la Fundación Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo⁶ (ANAR) en 2016, las niñas, quienes también se ven afectadas por la violencia de género, suponen un 57,3% de las víctimas.

En las Figuras 1 y 2 se puede apreciar cómo ha disminuido la edad de las víctimas del maltrato y abuso infantil.

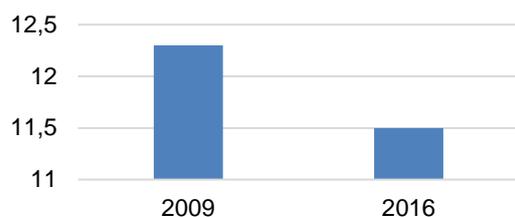


Figura 1. Edad media de las víctimas (años)

Fuente: Fundación ANAR⁶. Elaboración propia.

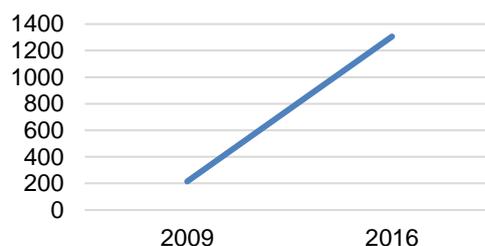


Figura 2. Casos de niños entre 5 y 12 años

Fuente: Fundación ANAR⁶. Elaboración propia.

En 2018, la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAIA), encargada de coordinar y promover el bienestar de los jóvenes en riesgo social y proteger y tutelar a menores desamparados, presenta más de 7.000 expedientes abiertos por maltrato familiar sólo en Cataluña, conforme también informó FAPMI⁷ en su IV Congreso.

1.1.3. Marco legal

Desde los primeros documentos donde se reconoce la existencia de los derechos de los niños, enunciados en la Declaración de Ginebra de 1924⁸, el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948⁹ donde se reconoce la especialidad de los cuidados, asistencia y protección en la infancia, o la Declaración de los Derechos del Niño de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1959¹⁰, se reconoce también, la responsabilidad de los adultos sobre la protección y el bienestar de los niños.

Otros ejemplos de responsabilidad de protección infantil, en este caso por parte de las instituciones estatales, serían los artículos 23 y 24 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos¹¹ o el artículo 10 del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹², donde se establece la responsabilidad del Estado en la creación de medidas a favor de la protección socioeconómica de los menores.

Gracias a la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas de 1989¹³, firmada y aceptada por 20 países, entre ellos España, se estipula la obligación de las entidades jurídicas de proteger a los niños y adolescentes de la violencia, adoptando las medidas necesarias para hacer frente al maltrato y proporcionar una protección efectiva.

En Cataluña, la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia, reconoce el derecho de todo menor de edad a una atención integral para garantizar el desarrollo de su personalidad y bienestar social y familiar, además de atribuir a la Generalitat la competencia de protección de los menores maltratados o desamparados¹⁴.

En el ámbito de salud, el artículo 89 de dicha ley, estipula el deber de las administraciones de promover y desarrollar las actuaciones de los profesionales sanitarios para la detección precoz del maltrato, mediante campañas de sensibilización y formación continua del personal.

Con la finalidad de asegurar una coordinación eficaz en las actuaciones para la protección de niños y adolescentes ante casos de maltrato, el Síndic de Greuges de Cataluña³ elaboró, el 13 de septiembre de 2006, el *Protocol Marc d'actuacions en casos d'abusos sexuals i altres maltractaments greus a menors*. Firmado por parte de todas las instituciones implicadas en la protección de la infancia, establece la base de elaboración de los protocolos específicos entre las instituciones implicadas.

En lo que a términos de detección de maltrato se refiere, podemos hablar de sospecha fundamentada cuando los indicadores detectados por el centro no permiten confirmar la certeza del maltrato o abuso. Por otro lado, hablaríamos de certeza de diagnóstico cuando un profesional detecta que hay indicadores evidentes que permiten confirmar la existencia del maltrato³.

1.2. Detección en el ámbito sanitario

El maltrato puede detectarse en el ámbito sanitario, educativo o social, entre otros. Es preciso el trabajo interdisciplinar para otorgar una visión sanitaria y psicosocial completa¹.

En Catalunya, existen dos unidades especializadas en la atención de abusos a menores: la Unidad de Pediatría Social Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona (UPS) y la Unidad Funcional de Abusos al Menor del Hospital Sant Joan de Déu Barcelona (UFAM).

Los pacientes atendidos en la UFAM por un equipo multidisciplinar integrado por pediatras, psicólogas, psiquiatra y trabajadora social, son valorados, diagnosticados y tratados con terapias adaptadas a las necesidades de cada caso¹⁵.

En el ámbito hospitalario es más común encontrarse con etapas agudizadas de maltratos físicos y abusos sexuales¹ manifestados por lesiones físicas que hacen que el niño y la familia sean atendidos en los servicios de urgencias. Estas ocasiones son una gran oportunidad para detectar y denunciar los casos de maltrato y abuso infantil.

1.3. Pregunta de búsqueda

A pesar de las alarmantes cifras de incidencia y teniendo en cuenta la tendencia al aumento en los últimos años, sabemos que existen barreras en la detección del maltrato y abuso hacen que se infravaloren los casos reales⁴.

¿Cuáles son las barreras con las que nos encontramos el personal sanitario a la hora de detectar el maltrato o abuso infantil?

Las enfermeras y los enfermeros, dentro de un equipo multidisciplinar, son los profesionales que proporcionan atención y contacto directo a los niños y niñas, lo que lleva a preguntarme ¿Cómo podemos las enfermeras ayudar a disminuir estas barreras? ¿Qué actividades, habilidades o conocimientos podemos desarrollar para incrementar la detección del maltrato y abuso infantil?

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar las barreras y estrategias facilitadoras en la detección del maltrato y abuso infantil en los servicios de urgencias.

2.2. Objetivos específicos

- Describir las barreras en la detección del maltrato y abuso infantil en urgencias
- Especificar las estrategias que favorecen la detección del maltrato y abuso infantil en urgencias.

3. METODOLOGÍA

Este trabajo corresponde a una revisión bibliográfica sobre las diferentes barreras que se encuentran los profesionales sanitarios ante la detección del maltrato y abuso infantil, así como las medidas que favorecen el incremento de casos correctamente detectados.

3.1. Palabras clave

La búsqueda de artículos se ha llevado a cabo con las palabras clave descritas en la Tabla 2.

Tabla 2. Palabras clave de la búsqueda

CASTELLANO	CATALÁN	INGLÉS
Maltrato infantil	Maltractament infantil	Child abuse
Abuso sexual infantil	Abús sexual infantil	Sexual child abuse
Niños	Nens	Children
Diagnóstico	Diagnòstic	Screening
Detección	Detecció	Detection
Barreras	Barreres	Barriers
Urgencias	Urgències	Emergency
Enfermería	Infermeria	Nursing

3.2. Bases de datos

Las bases de datos utilizadas para la búsqueda de los artículos fueron PubMed, The Cochrane Library, EnFisPo, Cuidatge y Web of Science.

3.3. Estrategia de búsqueda

Con el fin de ajustar los resultados al tema de interés, para todas las búsquedas se determinaron una serie de criterios de inclusión y exclusión, facilitándose la posterior elección de los artículos a discutir.

Criterios de inclusión

- Artículos científicos donde se reflejen estudios sobre las barreras en la detección del maltrato y abuso infantil en servicios de urgencias hospitalarias.
- Artículos que muestren estudios sobre actividades, habilidades o conocimientos que incrementen la detección del maltrato y abuso infantil por parte del personal sanitario.
- Artículos actuales de revistas científicas (con una antigüedad máxima de cinco años). La búsqueda se realizó en 2019.
- Artículos escritos en castellano, catalán o inglés.
- Artículos publicados como resultado de investigaciones empíricas.

Criterios de exclusión

- Artículos que traten actividades de detección o prevención de la violencia obstétrica o prenatal.
- Artículos que expongan estudios sobre terapias o psicoterapias a víctimas de maltrato y abuso infantil.

Con los criterios bien definidos, se distinguieron las palabras clave necesarias para la búsqueda mediante los tesauros Medical Subject Headings (MeSH) y Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS). Gracias a estos descriptores, los conceptos se unificaron mostrando resultados más concisos.

Dependiendo de la base de datos desde la cual se realizó la búsqueda, las palabras claves fueron alternadas y unidas por booleanos como “AND”, “OR”, “NOT” o el truncamiento “*”.

Cabe mencionar que para obtener el acceso a la mayoría de los artículos fue necesario el uso del Servicio Intermediario de Acceso a los Recursos Electrónicos (SIRE) de la Universitat de Barcelona (UB)

3.4. Artículos seleccionados

Tras varias búsquedas en diferentes bases de datos se seleccionaron doce artículos que, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión anteriormente expuestos, fueron encontrados con las estrategias de búsqueda mostradas en la Tabla 3.

Tabla 3. Estrategia de búsqueda

PUBMED			
Palabras clave	Resultados	Selección inicial	Selección final
"child abuse" AND "nursing" AND "emergency"	27	3	1
"screening" AND "child abuse" AND "emergency"	49	3	3
"screening" AND "barriers" AND "child abuse"	14	2	2
"barriers" AND "child abuse" AND "detection"	9	1	1
"child abuse" AND ("detection" OR "screening") AND "nurs*"	19	3	3
("sexual child abuse" OR "child abuse") AND "nursing" AND "detection"	13	0	-
COCHRANE LIBRARY			
Palabras clave	Resultados obtenidos	Selección inicial	Selección final
"barriers" AND "child abuse" AND "detection"	4	1	0
"child abuse" AND "screening" AND "nursing"	9	0	-
"sexual child abuse" AND "detection"	0	0	-
ENFISPO			
Palabras clave	Resultados obtenidos	Selección inicial	Selección final
"maltrato" AND "niños"	2	0	-
"Maltrato infantil" AND "detección"	0	0	-
CUIDATGE			
Palabras clave	Resultados obtenidos	Selección inicial	Selección final
"maltractament" AND "nens"	0	0	-
"maltractament" AND "detecció"	0	0	-
WEB OF SCIENCE			
Palabras clave	Resultados obtenidos	Selección inicial	Selección final
"child abuse" AND "screening" AND "barriers"	23	0	-
"child abuse" AND "detection" AND "emergency"	43	3	2
Total		19	12

La selección inicial se realizó mediante la lectura de los resúmenes de los artículos filtrados en las búsquedas. La diferencia entre la selección inicial y la selección final se dio tras una primera lectura de los artículos donde se objetivaron criterios de exclusión no identificados previamente o filtrados erróneamente.

3.5. Gestor bibliográfico

Con el fin de mantener las fuentes bibliográficas y toda la información ordenada y clasificada se usó, desde el inicio de la revisión, el gestor Mendeley®.

De forma paralela, los documentos encontrados se fueron clasificando en carpetas según la temática.

3.6. Dimensiones a estudiar

Con el fin de conseguir los objetivos establecidos para esta búsqueda bibliográfica, los artículos seleccionados se analizaron para encontrar las dificultades con las que lidia el equipo multidisciplinar sanitario a la hora de detectar e informar de un caso de maltrato y abuso infantil y las acciones, protocolos o actividades que ayudan a minimizar esas barreras y facilitan la detección.

4. RESULTADOS

Los artículos seleccionados tras la búsqueda fueron doce. Una revisión bibliográfica, un estudio de casos, uno de cohortes, seis casi-experimentales, dos con metodología cualitativa y uno con metodología cuantitativa.

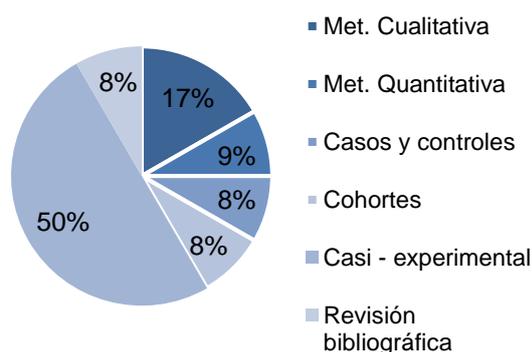


Figura 3. Tipos de artículos seleccionados

En la Figura 3 pueden observarse los diferentes tipos de artículos seleccionados. Asimismo, en la Tabla 4 quedan recogidos los artículos seleccionados obtenidos en la búsqueda según año de publicación.

Tabla 4. Resultados obtenidos en la búsqueda

Autor, País, Año	Objetivo	Tipo art.	Sujetos a estudio	Instrumentos	Resultados	Conclusiones
Diderich HM et al., Holanda, 2014 ¹⁶	Determinar los factores críticos que facilitan e impiden la implementación exitosa del método de detección de maltrato y abuso infantil <i>The Hague Protocol</i> .	AO. Casi.	Provincia de Friesland (591,901 hab.) en comparación con la The Hague (754,733 hab.)	Recopilación de datos de los servicios de urgencias y centros de informes de maltrato infantil (RCCAN por sus siglas en inglés) en The Hague y en Friesland, entrevistas a grupos focales en los servicios de urgencias y en los RCCAN y entrevistas a profesionales de urgencias.	La implementación de <i>The Hague Protocol</i> aumentó sustancialmente el número de remisiones a los RCCAN en ambas regiones. Aunque en la nueva región el valor predictivo positivo es más bajo y esto puede deberse a la falta de capacitación de los profesionales. Las entrevistas y los cuestionarios de los grupos focales apuntan a las limitaciones de tiempo como el principal impedimento para la implementación, mientras que un asesor de implementación ha sido mencionado como el factor de facilitación más importante para el éxito.	<i>The Hague Protocol</i> se puede usar para detectar el abuso infantil más allá de la región de implementación inicial. Sin embargo, la capacitación es esencial para asegurar una evaluación consistente por parte del RCCAN.
Sanders Jordan K, Hatfield Steelman S. EE UU., 2015 ¹⁷	Presentar una revisión basada en la evidencia del alcance del problema del maltrato infantil, barreras en el reconocimiento y sugerencias para intervenciones.	AO. Cas.	Profesionales de la salud.	Reconocimiento de las barreras en la detección del maltrato infantil a partir de la revisión de dos casos clínicos.	El primer caso mostraba un ejemplo de retraso en la detección del maltrato infantil por un error de diagnóstico inicial, el segundo muestra la dificultad y miedo que muchas víctimas tienen de verbalizar el abuso que están sufriendo. La evidencia incluye como barreras la falta de conocimiento o experiencia, la reticencia a iniciar un proceso legal, la lealtad a los padres o la sospecha de malas consecuencias para la familia.	Los profesionales deben mantener una actitud abierta de precaución ante la sospecha de maltrato infantil. Se debe adoptar un enfoque preventivo. La formación en estrategias para disminuir la prevalencia.

<p>Tiyyagura G et al., EE. UU., 2015¹⁸</p>	<p>Identificar las barreras y facilitadores en la detección del maltrato y negligencia infantil en un servicio de urgencias.</p>	<p>AO. Cual.</p>	<p>Personal sanitario (n= 29) de los servicios de urgencias de 3 hospitales de Connecticut, EE. UU.</p>	<p>Entrevistas semiestructuradas.</p>	<p>Las principales barreras en la detección del maltrato infantil son el deseo de creer al cuidador, la falta de seguimiento de los casos denunciados, las consecuencias negativas de la denuncia. Como facilidades aportaron la discusión con compañeros o supervisores. El personal entrevistado pidió más formación basada en casos.</p>	<p>Se identificaron posibles mejoras como incluir formación específica en base a revisiones de casos o mejorar el seguimiento de los pacientes.</p>
<p>Teeuw AH et al., Holanda, 2016¹⁹</p>	<p>Examinar el resultado de la implantación de un nuevo protocolo para la detección del maltrato infantil en un servicio de urgencias de Ámsterdam.</p>	<p>AO. Casi.</p>	<p>Pacientes menores de 18 años atendidos en febrero de 2010 en el servicio de urgencias del Academic Medical Center en Ámsterdam.</p>	<p>Recopilación de los datos de selección y adherencia en la inspección de "cabeza a pies" (TTI por sus siglas en inglés) y la lista de verificación SPUTOVAMO en pacientes de 0 a 18 años en su admisión en febrero 2010 y nueve meses después.</p>	<p>En febrero se llevó a cabo el protocolo de detección en el 42% de los casos, nueve meses más tarde solo al 19%. La finalización de la exploración dependía sobre todo del profesional que la realizaba siendo los médicos de urgencias los de mayor éxito. La edad avanzada del niño o la presencia de patologías crónicas dificultaba la finalización del protocolo.</p>	<p>La implementación del protocolo no sucedió con éxito.</p>
<p>Wilkins GG et al., EE.UU., 2016²⁰</p>	<p>Evaluar la implementación de un diseño estatal de unificación de procesos de cuidados ofrecidos a niños lesionados menores de 14 años.</p>	<p>AO. Coh.</p>	<p>Casos reportados por 21 hospitales de EE. UU. Durante 2009-2013</p>	<p>Estudio retrospectivo pre-post evento centinela.</p>	<p>Los 13 participantes de Carolina del Norte documentaron un 50,3% más de casos, mientras que los 8 participantes de Delaware aumentaron un 19.04% entre 2009 y 2013, pese a que no se realizaron formaciones específicas al personal, solo difusión de un caso de maltrato físico ocurrido en la UCIP de un hospital pediátrico en 2011.</p>	<p>La concienciación sobre la importancia de la detección temprana del maltrato infantil que otorgó la difusión de un caso aumentó el número de casos reportados.</p>

Teeuw AH et al., Holanda, 2016 ²¹	Evaluar la opinión de los padres sobre el uso de la TTI para el diagnóstico del maltrato y abuso infantil.	AO. Cuan.	Padres de menores de 18 años atendidos en las urgencias del Academic Medical Center en Ámsterdam del 1 de abril al 31 de mayo de 2013.	Cuestionarios con preguntas dicotómicas o con cuatro opciones cerradas sobre datos demográficos del infante, motivo de consulta, antecedentes personales, experiencias y opiniones sobre el servicio, experiencias sobre la TTI y datos demográficos de quien rellena la encuesta.	De los 1000 pacientes visitados durante ese periodo solo 372 padres cumplimentaron los cuestionarios. De esos el 52% informó de que a su hijo/a se le había explorado mediante TTI. Según los padres, de los 194 pacientes a los que se le había realizado la exploración, el 23.2% la encontró gravosa, al contrario que un 62,9% al que no se lo pareció. Un 17.5% la encontró dolorosa frente a un 64.9% que no pensaba que lo fuera y un 18% sintió miedo frente un 67% a la que no le asustó. Un 77.3% de los encuestados le pareció aceptable, solo un 1,5 no la aceptó y un 21% no dieron su opinión. Solo el 7.3% de los encuestados no piensan que todos los menores atendidos deban someterse a la exploración TTI.	El estudio muestra una gran aceptabilidad por parte de los padres.
Crichton KG et al., EE. UU., 2016 ²²	Evaluar el uso de las herramientas de detección del maltrato infantil.	AO. Cualí.	Contactos de los programas de maltrato infantil de 103 hospitales pediátricos de EE. UU.	Encuestas en línea donde se evaluaba el uso de herramientas de detección, las características, beneficios de éstas y las barreras detectadas en su uso.	El 70% completaron las encuestas. La mayoría eran pediatras (n=46) solo 3 eran enfermeras. 9 de los encuestados aseguraron usar una herramienta estandarizada para la detección del maltrato infantil, 8 eran llevados a cabo por enfermería. Lo que usan herramientas sintieron que aumentaba la detección de abuso y disminuía el riesgo de responsabilidad para la institución. También detectaron una mayor carga para los profesionales. De los 63 participantes que no usan una herramienta estandarizada detectan como principal barrera la falta de tiempo para su desarrollo, otros no la perciben necesaria. Otras barreras serían la falta de comprensión con el niño, la falta de recursos y la difícil comunicación con los cuidadores ante la sospecha de abuso. La barrera detectada más común fue la falta de una validada y efectiva técnica de cribado.	Solo el 13% de los participantes aseguran usar una herramienta estandarizada para la detección del abuso infantil. La falta de tiempo fue la barrera más reportada.

Dinpanah H et al., Iran, 2017 ²³	Evaluar la validez diagnóstica de la herramienta ESCAPE para el diagnóstico de maltrato en los servicios de urgencias.	AO. Casi.	6120 menores de 16 atendidos en urgencias del hospital Shahid Beheshti en Babol (Iran) entre 2011 y 2014.	Una muestra de conveniencia de 6120 menores de 16 fue triada por enfermeras entrenadas con herramienta ESCAPE. Posteriormente fueron valorados de forma ciega por un grupo experto de maltrato infantil para comprobar resultados.	Gracias al equipo especialista en maltrato, que servía de estándar dorado, se estipuló que la herramienta ESCAPE tenía una sensibilidad del 100 (87.6 – 100), especificidad del 98.3 (97.9 – 98.6), verosimilitud positiva y negativa del 25.5 (18.6 – 33.8) y 100 (99.9 – 100) respectivamente y unos valores predictivos positivo y negativo de 0.34 y 0 con un IC del 95%.	Según el estudio la herramienta ESCAPE muestra una precisión de detección del 99,2%, lo que la hace adecuada para la detección.
Hoft M, Haddad L, EE. UU., 2017 ²⁴	Identificar las herramientas de detección disponibles actualmente para el diagnóstico del maltrato y abuso infantil.	Rb	Artículos que describieran herramientas de detección para profesionales sanitarios en menores de 17 años.	Búsqueda en bases de datos de Cochrane Database, Psych INFO, PubMed y CINAHL publicados entre 1995 y 2016.	Solo la herramienta ESCAPE tiene validez para cualquier edad, aunque solo es útil para la detección del maltrato físico en urgencias. Solo se encontró una herramienta específica para el abuso sexual que no cuenta con soporte empírico. Tampoco se encontraron herramientas para otros tipos de maltrato, así como instrumentos de detección en otros ámbitos sanitarios.	La única herramienta con validez demostrada en la detección del maltrato físico en servicios de urgencias fue ESCAPE.
Flemington T, Fraser J, Australia, 2017 ²⁵	Evaluar el impacto de "Safe Children Vietnam" en la disposición de denuncia del maltrato infantil.	AO. Casi.	Profesionales sanitarios del servicio de urgencias de un hospital pediátrico de Vietnam.	Estudio retrospectivo pre-post intervención.	73 participantes finalizaron el programa con éxito. Se indicó un aumento la actitud de predisposición de informar de un caso de maltrato detectado. Pese al aumento de conocimiento la falta de un protocolo en los centros o de organizaciones de protección infantil dificulta la denuncia de los casos.	El personal sanitario (n=73) al finalizar el programa, era más propenso a reconocer e informar casos graves de todo tipo de abusos.

Rumball-Smith J et al., EE. UU., 2018 ²⁶	Implementar un sistema de registro electrónico para el diagnóstico del maltrato y abuso infantil en diversos hospitales de EE. UU.	AO. Casi.	Médicos y enfermeras del servicio de urgencias del Hospital Universitario de Pittsburgh.	Recopilación de datos de identificación y reporte de sospechas de maltrato y abuso infantil.	El cribado se completó en un 67.6% de los niños. Los niños menores de 3 años eran más comúnmente cribados que el resto más mayores. Con el paso del tiempo el cribado iba en aumento dado el mayor dominio de la herramienta. Se reportaron 169 casos al servicio de protección infantil de un total de 11.600 niños cribados (1.3%) frente al 0.4% de casos de niños no cribados que fueron reportados.	La implementación de una herramienta de diagnóstico del maltrato infantil informatizada que de obligada realización en la exploración rutinaria aumentó los casos reportados.
Carson SM, EE. UU., 2018 ²⁷	Implementar un programa de detección del maltrato infantil con base científica en un servicio de urgencias de Arizona.	AO. Casi.	Personal sanitario del servicio de urgencias de un centro de trauma de nivel 1 en Arizona.	Test pre/post sesión informativa, análisis de los códigos de diagnóstico 30 días pre y post implantación y evaluación del impacto del protocolo a los cuatro meses.	El conocimiento y confianza del personal aumentó, no se reportaron cambios en la detección del maltrato infantil. La barrera más notificada fue el cambio de programa informático.	Aparentemente el proyecto fue un éxito al aumentar el conocimiento y confianza del personal en la detección de casos después de las sesiones informativas.

Tipo de artículo: AO: artículo original, Rb = Revisión bibliográfica.

Metodología y Diseño artículos originales. Cuan = Metodología Cuantitativa: Coh = Cohortes, Cas = Casos y Controles, Casi = casi-experimental, Quali = Metodología Cualitativa

5. DISCUSIÓN

Los objetivos de esta revisión bibliográfica eran determinar las barreras y estrategias que favorecen la detección del maltrato y abuso infantil en urgencias hospitalarias. La mayoría de los artículos seleccionados identificaban barreras y acciones o herramientas para eliminarlas respondiendo a ambos objetivos a la vez. Con el fin de facilitar la discusión entre las similitudes y diferencias encontradas en los artículos se ha dividido este apartado en los diferentes ámbitos donde se han encontrado dichas barreras o herramientas.

5.1. Formación

Son varios los autores que detectan la falta de formación del personal sanitario como la principal barrera en la detección del maltrato infantil.

Diderich HM et al.¹⁶ observaron mediante la implementación de *The Hague Protocol* en Friesland que, pese a que los números de casos reportados al RCCAN aumentaron en la nueva región, el 43.9% del personal encuestado refirió necesitar más formación. Todos ellos creyeron que las guías de actuación del protocolo son claras y que la presencia de un asesor durante la implementación es motivadora y beneficiosa para la buena adaptación del personal.

Tiyyagura G et al.¹⁸ mediante su estudio con metodología cualitativa detectaron como mayor petición de los profesionales una buena formación basada en casos, con el fin de poder reconocer los signos y síntomas y no elaborar diagnósticos erróneos, tal y como sucedió en el primer caso del estudio de Sanders Jordan K, Hatfield Steelman S.¹⁷ donde un pequeño de solo 2 meses de edad fue atendido y múltiplemente mal diagnosticado hasta que tuvo que ser ingresado en la unidad de cuidados intensivos pediátrica por los abusos cometidos por sus progenitores.

Los encuestados por Tiyyagura G et al.¹⁸, en adición, propusieron como medida de soporte la creación de una figura especialista en cada centro con quien poder consultar los casos poco claros, así como un proceso estandarizado para la reportación a los servicios de protección infantil.

Por otra parte, Flemington T y Fraser J.²⁵ realizaron un estudio para valorar los conocimientos y actitudes frente el maltrato infantil del personal sanitario. La formación realizada en Vietnam aumentó la predisposición de los profesionales de la salud para reportar los casos detectados a los servicios de protección infantil, pero no pudo probarse que esa predisposición aumentara el número de casos informados a los servicios de protección infantil.

Tampoco lo demostró Carson SM²⁷ en su estudio donde, gracias a una primera sesión formativa con una visión general del maltrato y sus tipos, evidencia de la validez diagnóstica de la herramienta ESCAPE y la documentación necesaria en caso de sospecha, el conocimiento y confianza de los profesionales aumentó, pero no se obtuvieron muestras suficientes para probar un aumento de los casos detectados antes y después de la formación ni de la implementación de la herramienta ESCAPE.

5.2. Herramientas validadas

Un notable 38% de los encuestados del estudio de Crichton KG et al.²² acusaba la falta de una herramienta de detección efectiva y válida como barrera más común. En 2016, año en el que se realizó dicho estudio, Diderich HM et al.¹⁶ ya había demostrado, no solo la validez, sino también la correcta implementación en otras áreas del protocolo basado en las características parenterales *The Hague*.

Un año después se publicó el estudio de Dinpanah H et al.²³ donde con un IC del 95% la herramienta ESCAPE demostraba tener una exactitud de detección del 99.2%. Al mismo tiempo, Hoft M y Haddad L²⁴ encontraron diferentes artículos en su revisión bibliográfica que también respaldaban la herramienta ESCAPE como la más útil en la detección del maltrato físico en todas las edades para un servicio de urgencias, posicionándola por encima del examen físico "TTI" que, pese a que su uso está apoyado por los padres²¹, se va complicando su realización conforme avanza la edad del niño o hay presencia de patologías crónicas¹⁹.

5.3. Tiempo y carga de trabajo

Otra de las barreras mayormente detectadas por los autores es la falta de tiempo dada la gran carga de trabajo de los profesionales.

Es su estudio con metodología cualitativa Crichton KG et al.²² obtuvieron como respuesta más común a la ausencia de una herramienta de detección estandarizada en los hospitales la falta de tiempo para desarrollar una política de detección en su centro.

En el estudio de Tiyyagura G et al.¹⁸ la falta de tiempo para atender a la familia y poder realizar un buen diagnóstico la acusan a la gran carga de trabajo de los profesionales en urgencias. La falta de continuidad de los cuidados es característica del servicio y, añadida al continuo flujo de trabajo, hace que el profesional no pueda atender e investigar el tiempo necesario la veracidad de la historia de la lesión.

Una posible intervención para agilizar la rutina de exploración y detección del maltrato la probaron Rumball-Smith J et al.²⁶ con la implementación de un recordatorio electrónico e informatización de la herramienta ESCAPE. La digitalización del proceso evita la reentrada de los datos recogidos a mano, con el ahorro de tiempo que ello comporta, disminuye los riesgos del manejo de información y facilita la protección de datos.

Además, gracias a la implementación electrónica, Rumball-Smith J et al.²⁶ notificaron un aumento del 68% de los casos detectados durante el curso del estudio.

5.4. Concienciación y comunicación

La falta de concienciación y, más concretamente, no creer necesaria una herramienta de detección específica fue detectada por el estudio cualitativo de Crichton KG et al.²². A esa poca concienciación sobre la importancia de la detección se suman la dificultad de comunicación con los padres en caso de sospecha de abuso.

Esta dificultad de comunicación se relaciona con el deseo de creer la versión de los padres detectado tanto por Sanders Jordan K, Hatfield Steelman S.¹⁷ como por Tiyyagura G et al.¹⁸. Los encuestados en ambos estudios aseguraban querer creer la historia contada por el adulto. Fue precisamente el miedo a no ser creída, el que llevó a la víctima del segundo caso planteado por Sanders Jordan K, Hatfield Steelman S.¹⁷ a mantener en secreto los abusos sexuales que padecía por parte de su tío.

Otra de las barreras detectadas en ambos estudios fueron las posibles malas consecuencias que puede tener para la familia la acusación, así como el proceso legal a seguir por los profesionales en caso de denuncia^{17,18}.

En el estudio retrospectivo de Wilkins GG et al.²⁰ se demostró como el sencillo hecho de conocer un caso aumenta la concienciación y por consiguiente las detecciones de maltrato. Tras la concienciación, las denuncias aumentaron en 50,3% en los hospitales de Carolina del Norte y un 19.04% en los de Delaware.

5.5. Limitaciones del trabajo

Una de las principales limitaciones del estudio ha sido la selección de los artículos. Pese a que el uso del SIRE ha permitido el acceso a la gran mayoría de ellos, muchos otros publicados en revistas de pago no han sido accesibles para esta revisión.

La búsqueda limitada a artículos escritos en castellano, catalán o inglés ha impedido la selección de artículos originales en otras lenguas.

6. CONCLUSIONES

Tras el análisis de los artículos seleccionados y teniendo en cuenta los objetivos establecidos, se pueden determinar las siguientes conclusiones.

Pese a que la formación del personal sanitario en lo que a detección del maltrato y abuso infantil queda recogida por la ley¹⁴, es muy común encontrarse con profesionales que se ven poco formados o inseguros en este ámbito^{16, 17}.

Aunque en los artículos seleccionados no se pudo demostrar que la formación aumentara directamente los casos reportados, si aumentó la concienciación y la predisposición de denuncia del maltrato en los trabajadores²⁵.

Es precisamente la concienciación sobre la incidencia y gravedad de los casos de maltrato infantil los que pueden fomentar al trabajador la necesidad de realizar un buen cribado²⁰. Una exploración física exhaustiva, utilizar los protocolos o herramientas de detección con validez demostrada como el método ESCAPE o *The Hague Protocol*, así como la implementación de recursos para que dicho cribado no se vea aminorado por la gran carga de trabajo que mantenemos los profesionales de salud en el ámbito hospitalario, son medidas que han demostrado aumentar la detección del maltrato infantil^{16, 23, 24, 26}.

Es también la concienciación el arma contra otras barreras culturales como la tendencia a creer al cuidador^{17, 18} o incredulidad hacia el menor¹⁷.

6.1. Aplicabilidad en la práctica enfermera

De los doce grupos de autores seleccionados, siete estaban formados por enfermeras. Se demuestra cómo, además de atender en primera línea a los pequeños que acudan al servicio, enfermería tiene la capacidad y autoridad de aplicar las medidas necesarias, bien sean protocolos, herramientas de detección, sesiones formativas o meramente campañas de concienciación a favor de la lucha contra el maltrato y abuso infantil.

6.2. Nuevas líneas de investigación

Se ha determinado como la concienciación, la formación y las herramientas protocolizadas ayudan a la detección de maltrato infantil. Sin embargo, siguen siendo necesarios circuitos de denuncia que mantengan el seguimiento de los casos y minimicen las repercusiones negativas percibidas por el trabajador que siguen considerándose una barrera para denunciar los casos detectados^{17, 18}.

7. PLAN DE DIFUSIÓN

Como primera exposición, este trabajo será defendido frente a un tribunal universitario.

Para facilitar su difusión, se puede incluir en el Depósito Digital de la UB donde se permitiría su lectura en línea a los integrantes de la comunidad de la universidad.

Dado que la violencia de género está estrechamente relacionada con los abusos sexuales, en los cuales tres de cada cuatro de los casos son niñas las víctimas^{6, 29}, este trabajo podría presentarse al Premio con perspectiva de género de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la UB.

Otra forma de difusión para este trabajo podría ser la publicación en revistas de enfermería donde se permita la publicación de revisiones bibliográficas como son Ene enfermería o ROL de enfermería.

La Asociación Estatal de Estudiantes de Enfermería organiza de manera anual un congreso donde se pueden presentar los posters realizados por los alumnos. Por último, aunque pueda parecer utópico, podría presentarse en el futuro Congreso Estatal de Infancia Maltratada 2020 organizado por FAPMI.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo del Protocol d'actuació clínicoasistencial de maltractaments aguts de la infància. *Protocol d'actuació clínicoasistencial de maltractaments aguts de la infància* 2ª Edició. Cataluña, Departament de Salut y Departament d'Acció Social i Ciutadania; Mayo 2008.
2. A Butchart, A Harvey, M Mian y T Fűrmiss. Prevención del maltrato infantil: qué hacer y cómo obtener evidencias. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud; 2009.
3. Síndic de Greuges de Catalunya. *Protocol marc d'actuacions en casos d'abusos sexuals i altres maltractaments greus a menors*. Barcelona, España. Síndic de Greuges; 2006.
4. Save the Children España. *Memoria anual 2017*. Madrid, España. Save the Children; 2017.
5. M Espanyol. Crece el maltrato infantil en Cataluña: más de 7.000 niños son víctimas. *La Razón*. 21 de Noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.larazon.es/local/cataluna/crece-el-maltrato-infantil-en-cataluna-mas-de-7-000-ninos-son-victimas-KF20619120> (acceso el 06 de enero de 2019)
6. Fundación ANAR. *Evolución de la violencia a la infancia y adolescencia en España según las víctimas 2009-2016*. Madrid, España. Fundación ANAR; 2016.
7. Agencia EFE. Más de 7.000 menores tienen un expediente de tutela o desamparo por maltrato. *El Periódico*. 20 de Noviembre de 2018. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20181120/mas-de-7000-menores-tienen-un-expediente-de-tutela-o-desamparo-por-maltrato-7157261> (acceso el 13 de enero de 2019)
8. Declaración de Ginebra sobre los Derechos del Niño. Adoptada por *Sociedad de Naciones*, 1924.
9. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Adoptada por *Asamblea General de las Naciones Unidas*, 10 de diciembre de 1948
10. Declaración de los Derechos del Niño. Adoptada y aprobada por *Asamblea General de las Naciones Unidas*, 20 de noviembre de 1959.
11. Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos. Adoptado por *Asamblea General de las Naciones Unidas*, 16 de diciembre de 1966.

12. Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado por *Asamblea General de las Naciones Unidas*, 16 de diciembre de 1966.
13. Convención sobre los Derechos del Niño. *Naciones Unidas*, 1989.
14. Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia. *Boletín Oficial del Estado*, 28 de junio de 2010. 156: 32-35. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-10213-consolidado.pdf> (acceso 06 de enero de 2019)
15. Hospital Sant Joan de Déu Barcelona. Abusos al Menor (UFAM). Hospital Sant Joan de Déu Barcelona <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/ninos/abusos-al-menor-ufam> (acceso el 13 de enero de 2019)
16. Diderich HM, Dechesne M, Fekkes M, Verkerk PH, Pannebakker FD, Velderman MK et al. Facilitators and barriers to the successful implementation of a protocol to detect child abuse based on parental characteristics. *Child Abuse & Neglect*. 2014; 38: 1822 – 1831
17. Sanders Jordan K, Hatfield Steelman S. Child Maltreatment: Interventions to improve recognition and reporting. *Journal of Forensic Nursing*. 2015; 11 (2): 107 – 113
18. Tiyyagura G, Gawel M, Koziel JR, Asnes A, Bechtel K. Barriers and facilitators to detecting child abuse and neglect in general emergency departments. *Annals of Emergency Medicine*. 2015; 66 (5): 447 – 454
19. Teeuw AH, Sieswerda-Hoogendoorn T, Sangers EJ, Heymans HSA, Van Rijn RR. Results of the implementation of a new screening protocol for child maltreatment at the Emergency Department of the Academic Medical Center in Amsterdam. *International Emergency Nursing*. 2016; 24: 9 – 15
20. Wilkins GG, Ball J, Mann NC, Nadkarni M, Meredith JW. Increased screening for child physical abuse in emergency departments in a regional trauma system: response to a sentinel event. *Journal of Trauma Nursing*. 2016; 23 (2): 77 – 82
21. Teeuw AH, Hoytema van Konijnenburg EM, Sieswerda-Hoogendoorn T, Molenaar S, Heymans HS, Van Rijn RR. Parent's opinion about a routine Head-to-toe examination of children as a screening instrument for child abuse and neglect in children visiting the emergency department. *Journal of Emergency Nursing*. 2016; 42 (2): 128 – 138

22. Crichton KG, Cooper JN, Minneci PC, Groner JI, Thackeray JD, Deans KJ. A national survey on the use of screening tools to detect physical child abuse. *Pediatr Surg Int.* 2016; 32: 815 – 818
23. Dinpanah H, Akbarzadeh Pasha A, Sanji M. Potential child abuse screening in emergency department; a diagnostic accuracy study. *Emergency.* 2017; 5 (1): e8
24. Hoft M, Haddad L. Screening children for abuse and neglect: a review of the literature. *Journal of Forensic Nursing.* 2017; 13 (1): 26 – 34
25. Flemington T, Fraser J. Building workforce capacity to detect to detect and respond to child abuse and neglect cases: a training intervention for staff working in emergency settings in Vietnam. *International Emergency Nursing.* 2017; 34: 29 – 35
26. Rumball-Smith J, Fromkin J, Rosenthal B, Shane D, Skrbini J, Bimber T et al. Implementation of routine electronic health record-based child abuse screening in general emergency departments. *Child Abuse & Neglect.* 2018; 85: 58 – 67
27. Carson SM. Implementation of a Comprehensive program to improve child physical abuse screening and detection in the emergency department. *Journal of Emergency Nursing.* 2018; 44 (6): 576 – 581
28. Agencias RTVE. El maltrato infantil se cuadruplica desde 2009: aumenta la frecuencia, la duración y la gravedad de las víctimas. España: RTVE Noticias; 15 de marzo de 2018 [Consultado 28 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.rtve.es/noticias/20180315/maltrato-infantil-se-cuadruplica-aumenta-frecuencia-duracion-gravedad-victimas/1697607.shtml>