

Marina Iglesias Rueda

# **MALTRATO Y DISCAPACIDAD EN MENORES DE EDAD**

**TRABAJO FIN DE GRADO**

**Dirigido por:** Dra. María Luisa Panisello Chavarría

**Enfermería**



**UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI**

**Facultad de Enfermería**

**TORTOSA 2016**

## **AGRADECIMIENTOS**

Ahora que ya vemos el final de esta experiencia, llega la hora de agradecer a todas las personas, que por unas razones u otras, han hecho más fácil la realización de este trabajo.

A mis padres, Esteban e Ina, y a mi hermana, Natalia. Sin ellos no habría llegado hasta aquí. Todo lo que consiga será gracias a vosotros, por enseñarme a ser lo que soy.

A mis amigos, por estar siempre ahí.

A la directora de este trabajo, Dra. María Luisa Panisello Chavarría por haberlo hecho posible y haber confiado en mí.

Y a todo el que invierta un ratito de su tiempo leyendo este trabajo.

## ÍNDICE

|  |    |
|--|----|
| <b>RESUMEN</b>                                       | 1  |
| <b>ABSTRACT</b>                                      | 2  |
| <b>1. INTRODUCCIÓN</b>                               | 3  |
| <b>1.1 MARCO TEORICO</b>                             |    |
| 1.1.1 EL MALTRATO INFANTIL A LO LARGO DE LA HISTORIA | 4  |
| 1.1.2 CONCEPTO DE MALTRATO                           | 6  |
| 1.1.3 TIPOS DE MALTRATO                              | 9  |
| 1.1.4 TEORÍA DE LAS NECESIDADES DE LA INFANCIA       | 12 |
| <b>1.2 ESTADO ACTUAL DEL TEMA</b>                    | 13 |
| <b>1.3 JUSTIFICACIÓN</b>                             | 15 |
| <b>2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS</b>          | 16 |
| <b>3. MATERIAL Y METODO</b>                          | 16 |
| 3.1 RESULTADOS                                       | 18 |
| 3.2 CONCLUSIONES                                     | 29 |
| <b>4. BIBLIOGRAFIA</b>                               | 34 |
| <b>5. ANEXOS</b>                                     | 41 |
| 5.1 ANEXO 1  | 41 |
| 5.2 ANEXO 2  | 45 |

## **RESUMEN**

Actualmente la sociedad no muestra suficiente conciencia sobre la vulnerabilidad que pueden presentar los niños y niñas menores de edad con discapacidad intelectual hacia el maltrato, ya que no se actúa de manera acorde a la magnitud del asunto. Por ello, es necesaria la sensibilización social y el desarrollo de actuaciones preventivas para conseguir disminuir los estereotipos existentes y las situaciones de abuso y desigualdad que se puedan llegar a producir.

El presente trabajo presenta una revisión bibliográfica y documental que se centra en el análisis de los factores que aumentan la vulnerabilidad al maltrato, en las consecuencias del mismo, en las características de los agresores de abusos sexuales y en los ámbitos en los que con más frecuencia aparece este tipo de maltrato. Donde hemos podido observar como la relación existente entre infancia y discapacidad se convierte en un círculo vicioso en el que el maltrato crea o agrava una discapacidad, y que a su vez, aumenta el riesgo de maltrato.

Podemos concluir como existe una relación positiva entre la discapacidad que padecen los menores de edad, y el maltrato infantil que llegan a sufrir. Por lo que es imprescindible, que seamos conscientes de la necesidad de conocer a que realidad nos enfrentamos, intentando dar respuesta a las necesidades de la infancia maltratada de la manera más adecuada, y por lo consiguiente responder a la relación existente entre la discapacidad que padecen los menores de edad y el maltrato infantil que llegan a sufrir.

**Palabras clave:** maltrato infantil, niño, cuidador, indicadores, discapacidad.

## **ABSTRACT**

Currently the company does not show sufficient awareness of the vulnerability that may occur in children under age with intellectual disabilities to abuse because you do not act accordingly to the magnitude of the issue. Therefore, social awareness and developing preventive for reducing existing stereotypes and situations of abuse and inequality that may eventually produce action is necessary.

This paper presents a literaturra and document review that focuses in the analysis of the factors that increase vulnerability to abuse, the consequences thereof, the characteristics of perpetrators of sexual abuse and in areas where ore often this type of abuse occurs. Where we have seen how the relationship between childhood and disability, and that in turn increases the risk of abuse.

We can conclude as there is a positive relationship between disability suffered by minors and child abuse that come to suffer. So it is essential to be aware of the need to know what reality we face, trying to respond to the needs of abused children in the most appropriate way, and so therefore respond to the relationship between disability they suffered by minors and child abuse that come to suffer.

**Key words:** child abuse, child, caregiver, indicators, disability.

## 1. INTRODUCCIÓN

Actualmente el maltrato infantil ha llegado a ser un problema que se incrementa de manera alarmante, ya que los menores que sufren este agravio, pueden llegar a padecer, tanto a corto como a largo plazo, consecuencias en su desarrollo físico, psíquico y social. <sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>

Aunque diariamente convivimos con este problema social, no se le da la importancia que realmente requiere. Diversos estudios certifican la existencia de grandes cifras de menores que sufren maltrato, señalando una mayor probabilidad en niños con discapacidad, pero debido a las investigaciones insuficientes que hay, existe un desconocimiento general sobre el maltrato infantil. <sup>1, 6, 7</sup>

El maltrato infantil es un fenómeno complejo cuya detección se ha ido incrementando con el paso del tiempo debido a la sensibilización de los profesionales sanitarios. Por ello resulta importante capacitar y formar de manera específica a los profesionales sanitarios ante la detección de posibles maltratos en estadios precoces, con la finalidad de prevenirlo, identificarlo e iniciar su abordaje terapéutico temprano, evitando de esta forma este tipo de consecuencias en los menores. <sup>8, 9, 10</sup>

Si sumamos la característica de la discapacidad a la infancia maltratada, nos encontramos ante una lamentable realidad que cada vez es más evidente. Los niños y niñas con discapacidad son un colectivo que no está incluido plenamente en nuestra sociedad. Por lo que en numerosas ocasiones reciben un trato poco digno, llegando a ser vulnerables al maltrato. <sup>11, 12, 13, 14</sup>

El maltrato por lo general, no siempre se produce en el ámbito intrafamiliar, sino que en algunos casos, personas que trabajan junto a estos niños también pueden llegar a ser maltratadores. Unas veces, de forma intencionada, y otras, de forma involuntaria por desconocimiento. <sup>11, 15, 16, 17, 18, 19</sup>

A nuestro juicio, se debe insistir en que los profesionales sanitarios, no solo sean capaces de reconocer los signos tempranos de cualquier situación de desprotección en la población infantil con discapacidad, evitando los prejuicios y los valores preconcebidos, sino que también son necesarias políticas de prevención del maltrato, concienciación social y más recursos económicos, como es el caso de fomentar la adquisición de habilidades en los cuidadores, padres y personas relacionadas con estos niños, con la finalidad de propiciar un buen desarrollo físico, psíquico y sensorial de los niños, para que puedan disfrutar de una vida digna y saludable, evitando situaciones de exclusión y discriminación.

## **1.1 MARCO TEORICO**

### **1.1.1 EL MALTRATO INFANTIL A LO LARGO DE LA HISTORIA**

Según Martínez y De Paúl, *“El derecho a la vida no siempre le ha sido reconocido al niño. Son múltiples las culturas de la antigüedad en las que la infancia carecía completamente de derechos. El fenómeno del maltrato infantil ha pasado a través de la historia de la humanidad por todas las culturas y de formas muy diversas”*.<sup>20</sup>

Como manifiestan De Paúl y Arruabarrena, la principal preocupación de la humanidad siempre ha sido la supervivencia, por lo que dentro de esta visión, la protección a los débiles era de escasa importancia.<sup>21</sup>

A su vez, Soriano establece que en el pasado, los menores han padecido un sufrimiento continuo, ya que en la mayoría de las culturas la infancia era considerada un instrumento al servicio de los adultos.<sup>2</sup>

A continuación, recogiendo las aportaciones de autores como Soriano, Moreno, Casado, Díaz y Martínez, plasmaremos un análisis histórico de las costumbres acontecidas a lo largo de la historia en relación con las situaciones de maltrato sufridas en la infancia.<sup>2, 3, 4</sup>

En la Antigüedad, los hijos eran propiedad absoluta de los padres, los cuales tenían la potestad de decidir sobre su derecho a vivir. <sup>4</sup>

En Esparta, el infanticidio y el abandono eran reconocidos legalmente. Los menores eran propiedad del Estado, siendo desde muy pequeños adiestrados para luchar. Así pues, los niños con algún tipo de discapacidad eran sacrificados o abandonados. <sup>4</sup>

Durante la Roma Clásica, los menores al nacer, eran propiedad del padre y se les sometía a un rito llamado "*pater familias*", en el cual el niño romano, era postrado a los pies del progenitor. Si este le aceptaba le cogía en sus brazos, pero por el contrario, si este le rechazaba, le abandonaba en la calle dejándole morir de hambre o frío, o en el mejor de los casos, el bebé era recogido por cualquier persona para convertirlo en esclavo. <sup>4</sup>

Por su parte, en la Edad Media los niños eran considerados adultos jóvenes y tenían que convivir con las mismas reglas que los mayores, siendo sometidos a trabajos inapropiados para su edad. <sup>4</sup>

Durante la Edad Moderna, la influencia del clero se manifestó gradualmente y comenzó de manera leve, un cambio en la mentalidad de la población. Las prácticas de maltrato, abandono o infanticidio disminuyeron moderadamente. Además se crearon instituciones para atender a la infancia desprotegida. Aunque el elevado número de albergados, la falta de manutención y condiciones higiénicas, seguían manteniendo a la infancia en condiciones infrahumanas. <sup>4</sup>

Con la llegada de la Ilustración, se despertó en la población un gran interés por la protección de la infancia. El Estado comienza a intervenir, dotando económicamente a los centros e instituciones, y creando leyes contra el abandono y el infanticidio. <sup>4</sup>

Gracias a la burguesía del siglo XIX se implanta una nueva visión familiar. La madre se encarga de la crianza de los hijos. Pero con la llegada de la Revolución Industrial todos los miembros de la familia, hasta los menores, se ven obligados a trabajar. <sup>4</sup>

El siglo XX planteó, desde sus inicios, grandes avances a nivel legislativo, debido a las grandes cifras de mortalidad infantil. Por esta razón, se produjeron grandes avances sanitarios tras el establecimiento de leyes que atendiesen a la tutela de los menores. <sup>4</sup>

Actualmente, hay multitud de leyes contra el maltrato infantil. Sin embargo, a pesar de que la mentalidad de la población está cada vez más inmersa en la lucha contra dicha problemática, continúan existiendo multitud de culturas y zonas del planeta donde el abandono y las muertes por maltrato continúan ocurriendo diariamente.

Por ello, como establece Gómez de Terreros, los profesionales implicados y los responsables políticos, se encuentran ante el gran reto de ampliar la conciencia social y centrar la preocupación en el tratamiento y prevención de los malos tratos contra la infancia en general y contra los menores discapacitados en particular. <sup>4, 22</sup>

### **1.1.2 CONCEPTO DE MALTRATO**

Teniendo en cuenta la situación de los niños y niñas discapacitados, es lógico que se parta de una definición de niños y niñas con discapacidad. Sin embargo, esta definición propiamente dicha no existe, por lo que han sido muchos los esfuerzos realizados para poder encontrar una definición operativa y válida. Lo que nos lleva a optar por diferentes posibilidades. <sup>5</sup>

El concepto de maltrato infantil es una realidad compleja difícil de definir. En un primer momento, los malos tratos en la infancia, estaban asociados a lesiones somáticas sin tener en cuenta los daños psicológicos y emocionales que podían causar a los menores. <sup>4</sup>

Sin embargo, gracias a los estudios realizados y al cambio de mentalidad de la población, esta situación ha cambiado, siendo las necesidades y derechos de los menores, los elementos que se plantean los autores a la hora de elaborar sus definiciones. <sup>4</sup>

Partiendo de esta idea, a pesar de tener en cuenta las necesidades básicas de los niños para clarificar el concepto de maltrato infantil, hay una serie de factores y criterios ideológico - culturales que suponen la aparición de discordancias a la hora de establecer un concepto común de maltrato. Lo que conlleva a que cada autor establezca el suyo propio. Así pues, en el presente trabajo hemos recogido las definiciones de varios investigadores. <sup>4</sup>

Para que podamos hablar de maltrato infantil, es condición necesaria, que la persona sobre la que recae la acción y el efecto del maltrato sea menor de edad. Así, una primera definición de maltrato infantil, en su más amplio sentido sería la siguiente:

Según De Paúl y Arruabarrena, el maltrato infantil es *“cualquier acción u omisión no accidental que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del menor y/o dificulten su desarrollo óptimo”*. <sup>21</sup>

Para Moreno, una situación de malos tratos es cuando *“el comportamiento del responsable del menor, ya sea por acción o por omisión, pone o puede llegar a poner en peligro su salud física o psíquica”*. <sup>3</sup>

Igualmente, Gómez de Terreros, siguiendo al Centro Internacional de la Infancia de París, sitúa el maltrato infantil como *“cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, instituciones o sociedad en su conjunto, y todos los estados derivados de estos actos que priven a los niños de su libertad”*. <sup>22</sup>

Del mismo modo, Soriano entiende por maltrato infantil *“cualquier daño físico o psicológico producido de forma no accidental a un menor de dieciocho años y que es ocasionado por individuos o instituciones, y que amenazan el desarrollo normal, tanto físico como psicológico del niño o niña”*.<sup>2</sup>

Según Palacios, Jiménez, Oliva y Saldaña, en el entorno de protección a la infancia, existe un amplio consenso en definir el maltrato como *“toda acción u omisión no accidental que impide o pone en peligro la seguridad de los menores de edad y la satisfacción de sus necesidades físicas y psicológicas básicas”*.<sup>15</sup>

A nivel universal, podemos tomar la definición ofrecida por la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas en Noviembre de 1989, por la que se considera maltrato infantil a *“toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentra bajo custodia de sus padres, tutor o cualquier otra persona que le tenga a su cargo”*.<sup>4</sup>

Por lo tanto, a modo de conclusión, podríamos decir que de acuerdo con Echeburua y Del Corral, una buena definición de maltrato infantil sería aquella que recogiese *“lo que se hace (acción), lo que se deja de hacer (omisión), o se realiza de forma inadecuada (negligencia), ocasionando al niño no solamente daño físico, psicológico, emocional y social, sino que considerándole persona de derecho, incluye sus derechos y bienestar, y cuyos autores pueden ser las personas (familiares o no) y las instituciones/administraciones (maltrato institucional)”*.<sup>16</sup>

Así mismo, cuando hablamos de maltrato infantil, existe la errónea concepción de que el fenómeno se suele producir dentro del ambiente familiar, pero gracias a las definiciones anteriormente citadas, podemos comprobar que existen distintas tipologías de maltrato infantil.<sup>4</sup>

### 1.1.3 TIPOS DE MALTRATO

Según Díaz Huertas et al., el maltrato puede clasificarse desde diferentes perspectivas:<sup>9</sup>

- Según el momento en el que se produce el maltrato: prenatal, postnatal.
- Según los autores del maltrato: familiar, extrafamiliar, institucional, social.
- Según las acciones concretas que constituyen el maltrato infligido: maltrato físico, negligencia, maltrato emocional, abuso sexual.

Según Díaz Huertas et al., García Caballero y González Meneses, otras situaciones que comparten características con una o varias de las tipologías básicas son: corrupción, explotación laboral, dificultad de control de la conducta del niño, retraso no orgánico del crecimiento y Síndrome de Munchausen por poderes.<sup>9, 23</sup>

Como vemos, el maltrato se puede dar en cualquier contexto. No es consustancial a una determinada clase social, nivel socioeconómico o educativo. Sin embargo, debemos conocer y reconocer las “familias vulnerables”, ya que son más susceptibles de producir situaciones de maltrato. El término vulnerable añade el concepto de familia el de “*que puede ser herida, dañada, física o moralmente*”. Por lo que calificaremos como “vulnerables” a las familias que por factores determinados de riesgo ocurridos a lo largo de su ciclo vital, en constante interacción con otras características individuales y/o específicas, pueden ser dañadas en mayor grado que las familias denominadas “sanas o normales”.<sup>11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24</sup>

Cada modalidad de maltrato infantil, puede darse en una gran diversidad de formas y niveles de gravedad, y que en la mayoría de las ocasiones, no se producen de manera aislada e independiente de otros tipos de maltrato.<sup>9, 23</sup>

Así pues, Díaz Huertas et al., García Caballero y González Meneses establecieron que el maltrato infantil tiene diferentes formas de expresión: <sup>9, 23</sup>

1. Abuso (físico, psicológico, sexual)
2. Abandono (físico, emocional)
3. Negligencia
4. Explotación
5. Síndrome de Münchhausen

En relación con el **abuso**:

Según Díaz Huertas et al., García Caballero y González Meneses, el **abuso sexual** abarca desde actos en los que no existe contacto sexual directo, hasta cualquier acción con contacto sexual manifiesto. Refiriéndose a *“cualquier acción no accidental por parte de los padres o cuidadores, que provoque daño físico o enfermedad, y puede manifestarse a través de golpes, sacudidas o quemaduras”*. <sup>9, 23</sup>

Según Martín Álvarez y Pedreiro Mora, el **abuso psicológico**, es muy frecuente y difícil de detectar. Se manifiesta a través de amenazas, críticas, desprecio, burlas, insultos, humillaciones, encierro, aislamiento, creación de falsas expectativas, chantajes y exigencias extremas. <sup>25</sup>

En relación con el **abandono**:

Según Díaz Huertas et al., García Caballero y González Meneses, el **abandono físico** se expresa en situaciones en las que las necesidades físicas básicas (alimentación, vestido, protección, vigilancia y cuidados médicos) no son atendidas debidamente. <sup>9, 23</sup>

Mientras que el **abandono emocional** se evidencia mediante la falta persistente de respuesta a señales como lo son el llanto, la sonrisa y las expresiones emocionales o de conducta. <sup>9, 23</sup>

En relación con la **negligencia**:

Según Díaz Huertas et al., García Caballero, González Meneses y Azaola, la **negligencia** abarca un conjunto de acciones consideradas irresponsables, que provocan daños al menor, como son el incumplimiento de la consultas médicas programadas, la vacunación, los tratamientos médicos indicados, o la aplicación inadecuada de medicamentos. <sup>9, 23, 26</sup>

En relación con la **explotación**:

Según Díaz Huertas et al., García Caballero y González Meneses, la **explotación** se describe cuando “se asigna al niño con carácter obligatorio, la realización continuada de trabajos domésticos o laborales, que exceden sus límites y capacidades con fines de lucro”. <sup>9, 23</sup>

Y por último, en relación con el **síndrome de Münchhausen**:

Según Díaz Huertas et al., García Caballero y González Meneses, este se expresa en niños cuyos padres inventan historias de enfermedades inexistentes, falseando síntomas y signos, sometiéndolos a exploraciones y tratamientos innecesarios, con la posibilidad de producir iatrogenia o desarrollar una enfermedad real inducida por los padres. <sup>9, 23</sup>

Al igual, Palacios, Jiménez, Oliva, Saldaña, y Díaz Huertas et al., señalan como dentro de la definición de maltrato, encontramos multitud de realidades que se recogen dentro de su definición, como es el caso de: abandono o negligencia, maltrato emocional, maltrato físico, abuso sexual, maltrato prenatal, mendicidad, corrupción, explotación laboral, Síndrome de Münchhausen por poderes o maltrato institucional. <sup>9,15</sup>

Según Sepúlveda García de la Torre, De Paúl, Arruabarrena, Organización Mundial de la Salud, Wolfe, Kaufman, Aragona y Sandler, para poder detectar las situaciones de desprotección infantil, se precisa de una intervención inmediata, intentando lograr prevenir y detener el problema, evitando que las circunstancias sean lo menos lesivas para el menor. <sup>6, 8, 10, 18, 19, 21, 27</sup>

#### 1.1.4 TEORÍA DE LAS NECESIDADES DE LA INFANCIA

Gómez de Terreros, Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y Prevención del Maltrato, señalan como el maltrato es un problema de extremada complejidad, que requiere de un enfoque multidimensional. Las primeras teorías que se desarrollaron, se centraban en la búsqueda de “una causa”, pero este no era un problema donde existiese una causa única que provocase un efecto concreto. <sup>22, 24</sup>

Dicha teoría, facilitó una visión global de la situación de estas niñas y niños, pudiendo dar respuesta a la pregunta de si un caso de maltrato implicaba a que un menor requiriese o no de intervención. Así pues, Moreno, García Caballero y González Meneses, establecieron una serie de necesidades básicas que debían quedar cubiertas desde el seno familiar. Se pueden desglosar en: <sup>3, 23</sup>

1. **Necesidades de carácter físico - biológico:** alimentación, temperatura, higiene, sueño, ejercicio, juego, integridad física y salud.
2. **Necesidades cognitivas:** estimulación sensorial, exploración física y social, y comprensión de la realidad física y social.
3. **Necesidades emocionales y sociales:**
  - a. **Sociales:** seguridad emocional, red de relaciones sociales y participación.
  - b. **Sexuales:** curiosidad, imitación y contacto.
  - c. **Entorno físico y social:** protección de riesgos imaginarios.

En el presente trabajo, la relación que existe entre maltrato infantil y discapacidad se ha documentado en dos direcciones básicas:

- El menor discapacitado como víctima de maltrato.
- La discapacidad como consecuencia del maltrato infantil.

En nuestro estudio, nuestras preguntas formuladas serían ¿Cuál sería la posible relación existente entre maltrato infantil y discapacidad? y ¿Qué factores están relacionados con el maltrato infantil?

## **1.2 ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2002 se produjeron 31.000 defunciones, las cuales fueron consideradas como homicidio en menores de 15 años. Posiblemente, hay cierto número de defunciones por maltrato que no han sido contabilizadas, incluso en los países de alto nivel de ingresos que registran tales casos, por lo que la cifra anterior subestima el número real de muertes por maltrato infantil. Así mismo, en los países de ingresos bajos y medios, el riesgo de abuso con consecuencias mortales es de dos a tres veces mayor que en el de los países de alto nivel de ingresos. <sup>10</sup>

Según la Organización Mundial de la Salud, Verdugo, Bermejo y Fuertes, los lactantes y niños en edad preescolar se encuentran expuestos, de manera muy considerable, a fallecer a causa del maltrato, debido a su dependencia, vulnerabilidad y atención social. Donde las muertes representan sólo una pequeña parte del problema del maltrato infantil. <sup>10, 28</sup>

En algunos países, la desatención representa la mayor parte de los casos de maltrato infantil conocidos. Por lo general, las niñas están más expuestas a los abusos sexuales, mientras que los niños lo están al castigo físico severo. <sup>10</sup>

En algunas regiones, la desigualdad de género y la discriminación conllevan para las niñas un riesgo adicional de muerte como consecuencia de algún tipo de maltrato. <sup>10</sup>

Según Fernández del Valle, Braco Arteaga, Arruabarrena y De Paúl, uno de los grandes problemas de la intervención sobre el maltrato infantil es debido a la dificultad de saber cuál es la frecuencia real del problema, fundamentalmente porque este tipo de sucesos suelen producirse en la intimidad del hogar familiar, lo que dificulta su posterior detección. <sup>21, 29</sup>

Según Fernández del Valle y Braco Arteaga, en España son muy pocos los estudios que han tratado de cuantificar el riesgo que padecen los menores con discapacidad. Como es el caso de algunos estudios, donde se determina que el 5,56% de los 1.115 menores ingresados por malos tratos intrafamiliares en centros de acogida de la provincia de Zaragoza, tenían alguna discapacidad. Por lo que teniendo presente que la población con discapacidad supone un 10% de la población infantil, la infrarrepresentación entre los menores maltratados podría ser indicativa de un menor riesgo de estos menores de sufrir alguna forma de maltrato. <sup>29</sup>

Según Sullivan y Knutson, si acudimos a estudios estadounidenses encontramos un aumento del 1,7% en la incidencia del maltrato intrafamiliar en menores discapacitados frente al resto de los niños sin discapacidad. <sup>13</sup>

Según Cooke y Standen, la presencia de múltiples discapacidades aumenta, aún más, el riesgo de maltrato tanto activo como pasivo, no solo a lo largo de su infancia, sino también en su vida adulta. <sup>30</sup>

Según Mitchell, Turbiville y Turnbull, las mayores dificultades para la detección de maltrato en niños con discapacidad, hace que no se registre adecuadamente la posible discapacidad, haciendo que esta realidad sea invisible para la mayor parte de la sociedad, y por tanto su prevención, sea menos efectiva. <sup>31</sup>

Según Verdugo, Bermejo y Fuertes, las personas con discapacidad intelectual presentan una mayor vulnerabilidad ante situaciones de violencia y maltrato que las personas sin discapacidad.<sup>32</sup>

Para finalizar, la Plataforma de Infancia Española, más recientemente, ha reiterado que se trata de un colectivo en situación de alto riesgo, estimándose que son entre 4 y 10 veces más proclives a ser maltratados, que los que no presentan ninguna discapacidad.<sup>14</sup>

### **1.3 JUSTIFICACIÓN**

A pesar de que el maltrato infantil es un tema en auge, continuamos con una ausencia de datos a nivel internacional y nacional sobre la prevalencia del mismo en personas con discapacidad intelectual.

Teniendo presente que la probabilidad de detectar el maltrato infantil en el ámbito sanitario es alta, no deja de ser una tarea difícil que genera temor y dudas. Por ello, es necesario sensibilizar a la enfermería de la importancia que tiene la detección precoz.

Numerosos estudios señalan que cuanto más tarde se detecta un caso más se incrementa la gravedad de las consecuencias físicas, emocionales o sociales que genera el maltrato recibido. En este sentido, la cronicidad del daño sufrido dificulta el pronóstico de recuperación del menor.<sup>5, 9, 27</sup>

Enfermería, se enfrenta a un problema social que supera la simple atención profesional. Debería ser capaz de reconocer los posibles casos de maltrato infantil con el objetivo de poder disminuir la cantidad de casos que pudiesen pasar desapercibidos.<sup>9, 22, 25, 33</sup>

## **2. OBJETIVOS**

### **Objetivos generales**

- Analizar el maltrato en la infancia.
- Analizar el maltrato de los menores discapacitados.
- Describir la incidencia y prevalencia del maltrato infantil en la familia.

### **Objetivos específicos**

- Identificar los indicadores de maltrato infantil y de los menores discapacitados.
- Describir los factores de riesgo del maltrato infantil en la familia, tanto para la víctima como para el agresor.
- Precisar las principales consecuencias que padecen los menores víctimas de maltrato en el ámbito familiar.

## **3. MATERIAL Y METODO**

El presente trabajo está subdividido en dos tipos de revisión. Por una parte encontramos la revisión bibliográfica, y por otra, la revisión documental. Ambas, están encaminadas a abordar los principales aspectos que intervienen en la violencia contra la infancia en general, y contra las niñas y niños discapacitados en particular. Reflejados en el Anexo 1.

La identificación de documentos se basó en una revisión bibliográfica en páginas web durante el periodo comprendido entre el 25 de Septiembre y el 31 de Marzo de 2016. Reflejado en el Anexo 2.

Actualmente, este sigue siendo un tema de suma importancia social y que sin embargo, carece de estadísticas fiables que traten el problema a escala nacional y tengan en cuenta a toda la población infantil, sea cual sea su edad.

Ante esta situación, y conociendo las dificultades que acarrea este tema, en esta revisión bibliográfica y documental se ha adoptado una doble vía para obtener una visión más completa del maltrato infantil: la de las víctimas y la de los agresores.

Para ello, se utilizaron las siguientes palabras clave, tanto en inglés como en castellano: maltrato infantil, maltreatment, disabilities, abuso sexual, maltrato psicológico, violencia intrafamiliar, niño maltratado, disabled children, child abuse, alcohol problems, intellectual disabilities, negligencia infantil e indicadores.

Y para la selección de artículos y documentos se siguieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

#### **Criterios de selección de los artículos recuperados:**

Los artículos recuperados fueron aquellos que cumplían los siguientes requisitos:

- Artículos relacionados con la sensibilización social ante el maltrato infantil.
- Artículos que tratan de analizar el fenómeno del maltrato infantil a través de: por un lado, su entorno familiar, y por otro, de profesionales como psicopedagogos y personal de guarderías.
- Artículos que tratan de analizar el fenómeno del maltrato infantil desde el ámbito sanitario.
- Artículos en los que se revisa el fenómeno del maltrato en los menores discapacitados en particular.
- Artículos en los que se identificaba los indicadores de maltrato infantil.
- Aquellos que describen los factores de riesgo relacionados con el maltrato infantil.

Se han excluido artículos que:

- No coincidiesen con estos criterios anteriormente citados.

En nuestro estudio, en total se revisaron un total de 62 documentos, en el periodo de tiempo comprendido entre los años 1985 y 2016.

## **RESULTADOS**

En relación a los objetivos del trabajo, en la revisión bibliográfica y documental, hemos encontrado:

- **Analizar el maltrato en la infancia**

Los niños y niñas menores de edad, son especialmente vulnerables debido a la situación de proceso de desarrollo en la que viven, y a su dependencia por ser cuidados por una persona adulta. De hecho, es a lo largo de la infancia cuando se produce su desarrollo físico, psicológico y social. <sup>4, 11, 18, 28</sup>

En este sentido, la violencia que pueden sufrir estos menores, puede producir no solo consecuencias inmediatas en ellos, sino también consecuencias a largo plazo, que pueden llegar a ser permanentes y afectar a su capacidad futura de adaptación personal, familiar y social. <sup>12, 14, 18, 28, 34</sup>

La familia, es imprescindible para la protección requerida por estos menores. Sin embargo, en reiteradas ocasiones, los padres dejan de ser agentes protectores para interferir de manera inadecuada en el correcto desarrollo de sus hijos. De hecho, es dentro del contexto familiar donde se producen la mayor parte de los casos de maltrato infantil, siendo generalmente los mismos padres o cuidadores del menor los autores de agresiones, abusos y graves negligencias. <sup>18, 19, 28</sup>

- **Analizar el maltrato de los menores discapacitados**

En la investigación realizada por Filippini et al. se puede observar como los niños con discapacidad tienen una probabilidad 3,7 veces mayor de experimentar negligencia, 3,8 veces más de sufrir maltrato físico y emocional, y 4 veces más de sufrir abuso sexual.<sup>35</sup>

Según Cooke y Standen, el aumento de incidencia de maltrato infantil se produce en cualquier tipo de discapacidad. Aunque se ha observado, que el abuso sexual es más frecuente en discapacitados psíquicos que en otros tipos de discapacidad.<sup>30</sup>

Verdugo, Alcedo, Bermejo, Aguado y otros autores, ratifican que existe una mayor incidencia de abuso sexual en menores con discapacidad intelectual que en niños con discapacidad física. Además de una mayor incidencia en el comportamiento negligente y maltrato físico hacia los niños con esta patología, donde la mujer maltrata más, pero suele ser el hombre quien lo hace con mayor severidad y gravedad.<sup>11, 19, 33, 36, 37, 38, 39, 40</sup>

Siguiendo esta premisa, Kennedy señala como dos de cada tres chicas y uno de cada tres chicos con discapacidad, han sufrido algún tipo de abuso sexual a lo largo de su infancia.<sup>41</sup>

Sin embargo, Olivan, McCabe y Cummins, no están de acuerdo con que el aumento de incidencia de maltrato infantil esté relacionado con la discapacidad, ya que según él, algunos estudios encuentran que los menores con discapacidad sufren los mismos tipos de maltrato y en proporción similar al resto de la población infantil sana.<sup>40, 42</sup>

Por el contrario, según Eguren, Gutiérrez, Herrero y López, señalan que parece no existir una mayor incidencia de situaciones de maltrato, ni familiar, ni escolar, ni entre iguales, en población con discapacidad visual. Incluso se ha encontrado como el hecho de ser ciego total disminuía la probabilidad de sufrir maltrato.<sup>43</sup>

- **Describir la incidencia y prevalencia del maltrato infantil en la familia**

En relación a la incidencia de maltrato intrafamiliar, hemos podido encontrar como lo que sabemos acerca de estas agresiones sexuales hacia las personas con discapacidad no es mucho. La prevalencia de estos abusos en la población que nos ocupa, parece ser más elevada que en la población en general, aunque la frecuencia real del problema se desconoce entre otros motivos por la tasa tan baja de denuncias existentes.<sup>18, 36</sup>

En el caso de los niños, el riesgo de abuso se duplica en comparación con los niños sin discapacidad. Los niños con retraso mental sufren con mucha más frecuencia estos abusos, especialmente en edades comprendidas entre 6 y 11 años. El riesgo ante estos abusos aumenta de forma importante en la adolescencia.<sup>36, 40</sup>

En lo que respecta al sexo, las chicas con retraso mental son objeto de abuso sexual más frecuentemente que los chicos. En ellos, el tipo de maltrato que más predomina es el abuso físico o la negligencia. Algunos estudios informan de proporciones de agresión sexual que corresponden a dos de cada tres chicas y uno de cada tres chicos con discapacidad.<sup>36, 40, 41</sup>

Las investigaciones realizadas sobre la incidencia y prevalencia de la protección infantil han demostrado con claridad que una parte muy importante de los casos que se producen no llegan al conocimiento de los Servicios de Protección Infantil.<sup>18</sup>

Por otro lado, en relación a los objetivos específicos, hemos encontrado:

- **Identificar los indicadores de maltrato infantil y de los menores discapacitados**

Según el estudio realizado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, las situaciones de maltrato y abandono infantil se producen muy frecuentemente en un ambiente privado y en el contexto del domicilio familiar. Por lo que es poco probable observarlas de manera directa. En consecuencia, su detección ha de ser realizada basándose en sus manifestaciones externas.<sup>28</sup>

En el examen físico del niño, es importante buscar, constatar o descartar la presencia de signos sugerentes de maltrato.<sup>44</sup>

Los tipos de discapacidad que con mayor grado reciben maltrato por parte de los cuidadores son: los niños con ceguera, sordera, enfermedad crónica, con retraso en el desarrollo y comportamientos o emociones desordenadas entre otras discapacidades.

28, 32, 44, 45, 46

A continuación describimos de manera detallada los diferentes indicadores relacionados con el maltrato infantil:

#### *Indicadores de maltrato infantil*

En relación al maltrato físico se pueden observar contusiones, equimosis, eritemas, laceraciones, quemaduras, fracturas, signos de intoxicación o envenenamiento, así como, traumatismo craneal con daño visceral; huellas de objetos agresores como cinturones, lazos, zapatos, cadenas y planchas.<sup>44</sup>

- *Indicadores de abuso sexual*

En relación al abuso sexual las lesiones más frecuentemente encontradas son: equimosis en la entepierna, laceraciones, sangrado, inflamación, himen perforado en el caso de las niñas; así como dificultad para caminar, rastros de semen y, en etapas más tardías, prurito e infecciones frecuentes.<sup>44</sup>

Es común que el abuso sexual ocurra con un miembro de la propia familia y de modo progresivo, por lo que no necesariamente se produce violencia física.<sup>44</sup>

- *Indicadores de abandono*

En relación al abandono el descuido en la alimentación e higiene, dermatitis de pañal, signos o cicatrices de accidentes domésticos frecuentes y desnutrición, o bien, ausencia de cuidados médicos rutinarios.<sup>44</sup>

Es importante distinguir el abandono físico, como una forma de maltrato, de la falta de cuidado debido a la escasez de recursos que la familia puede tener.<sup>44</sup>

- *Indicadores psicológicos y emocionales de maltrato*

En relación a los indicadores emocionales y psicológicos de maltrato es frecuente observar en el niño conductas de temor y retraimiento, o bien, de inquietud excesiva y apego inadecuado al profesional que presta la atención.<sup>18, 34, 44, 47</sup>

En el maltrato y abandono emocional, las manifestaciones no serán nunca evidentes y precisas, ni a corto ni a largo plazo como en el físico, pues las huellas del abandono y falta de atención son sutiles y se instalan lentamente, además, lesionan no solo el cuerpo, sino también el desarrollo psicológico y social del niño.<sup>21, 48</sup>

Otros indicadores psicológicos y conductuales observados son: bajo rendimiento escolar, falta de asistencia a clases, hiperactividad, agresividad, rebeldía, desorganización, timidez, falta de comunicación y apariencia descuidada.<sup>44</sup>

- **Describir los factores de riesgo del maltrato infantil en la familia, tanto para la víctima como para el agresor**

Habitualmente son los padres/madres por separado, y a menudo no casados los autores de malos tratos infantiles. Otros pueden ser los padrastros o compañeros de los padres y de forma excepcional los abuelos. El estado social y económico no son determinantes aunque con mayor frecuencia se produce en familias con problemas económicos y en situación de hacinamiento.<sup>17, 19, 49</sup>

A pesar de estas características el riesgo de que un niño sea maltratado es una tarea difícil de distinguir, ya que no todas las familias de las características descritas, maltratan a sus hijos, y a veces, aparecen malos tratos en familias cultas y de niveles sociales altos. Lo que sí es cierto es que los niños y niñas víctimas del maltrato tienen alto riesgo de serlo de nuevo.<sup>17, 19</sup>

Ningún factor de riesgo por sí solo explica la ocurrencia de maltrato, ya que está totalmente descartado el intentar explicar el fenómeno del maltrato infantil relacionándolo con un solo factor, como es el caso de los factores individuales, tanto del agresor como de la víctima. De hecho, se requiere de la acumulación de varios de estos factores para poder catalogar a un niño con maltrato.<sup>44</sup>

Las condiciones de riesgo para la presencia de maltrato pueden originarse en los padres, el embarazo, el niño o en las características de la convivencia familiar, incluyendo aspectos sociales y culturales relacionados con la violencia.

Estos, se ven reflejados de la siguiente manera: <sup>44</sup>

- Condiciones de riesgo en los padres.

Según Azaola y Herrera-Basto, serían aquellos padres que fueron maltratados, abandonados o institucionalizados en su infancia, que padecen patología psiquiátrica, o que tienen baja tolerancia al estrés. <sup>26, 44</sup>

Según Arruabarena, De Paúl, McCubbin, Patterson, Marge, Catani, Sossalla, Carreño, Rey y Castellanos et al., entre los factores emocionales habría que destacar que los agresores suelen experimentar mayores niveles de estrés, se sienten más aislados y solos, y tienen menor capacidad para utilizar los recursos individuales y sociales de los que dispone. <sup>19, 50, 51, 57, 58, 59</sup>

- Condiciones de riesgo por embarazo.

Según Azaola y Herrera-Basto, sería en el caso del embarazo no deseado. <sup>26, 44</sup>

- Condiciones de riesgo en el niño.

Según Azaola y Herrera-Basto, serían en el caso de los niños que padezcan alguna discapacidad física o psíquica. <sup>26, 44</sup>

Según McCubbin, Paterson y otros autores, señalan como entre los primeros factores de maltrato infantil encontramos como en las familias que tienen hijos con alguna discapacidad existe un aumento de las fuentes de estrés familiar, lo que hace que exista un mayor riesgo de que la familia emprenda respuestas poco adaptativas como son la negligencia o el maltrato. <sup>19, 24, 40, 50</sup>

En cuanto a los factores sociales encontrados en la revisión bibliográfica, podemos observar como Marge, Department of Health and Human Services, Oliven, Sullivan, Knutson y Ticoll, señalan como los menores con discapacidad son víctimas fáciles ante cualquier tipo de maltrato. Y donde cabe mencionar que la mayoría de los casos de maltrato se produce en el entorno doméstico. <sup>13, 42, 51, 52, 53</sup>

- Condiciones de riesgo en la familia.

Según Arruabarrena, De Paúl, Herrera-Basto, Smith, Grekin y Smith, serían aquellas familias con antecedentes de conducta violenta, con procesos psiquiátricos o con antecedentes de consumo de sustancias tóxicas (drogas, ansiolíticos, antidepresivos y alcohol) <sup>19, 44, 54</sup>

- Condiciones de riesgo en el entorno.

Herrera-Basto se refiere a las condiciones de vida difíciles o a la ausencia de redes sociales de apoyo en la comunidad. <sup>44</sup>

Por lo que, a modo de conclusión podemos decir que todas y cada una de estas condiciones, son factores que aumentan el riesgo de que estos menores puedan llegar a sufrir algún tipo de maltrato. <sup>26</sup>

- **Precisar las principales consecuencias que padecen los menores víctimas de maltrato en el ámbito familiar**

El maltrato conlleva o puede conllevar un daño en la integridad física o psicológica del niño. Este daño puede tener mayor o menor importancia, dependiendo de factores tales como el tipo de maltrato, su gravedad, frecuencia o la edad del niño. <sup>19, 40</sup>

Esto significa que no todos los niños se ven afectados por igual ante el maltrato, ya que sus efectos en la conducta de los menores, difieren dependiendo del tipo de maltrato sufrido. <sup>19</sup>

También se habla de niños con una tremenda capacidad de “resiliencia”. Los cuales, experimentan situaciones graves de maltrato y no presentan problemas importantes en su desarrollo, ni a corto ni a largo plazo. Sin embargo, la mayoría de las situaciones de maltrato, sea físico o psicológico, afectan negativamente a los niños. <sup>19, 56</sup>

- Consecuencias psicológicas.

El maltrato psicológico hacia los niños en la familia puede tener efectos altamente negativos para su bienestar y para su proceso de desarrollo. Incluso hay autores que plantean como situaciones vitales adversas como abuso sexual, maltrato físico y emocional o violencia familiar, entre otros, constituyen un grave problema para la salud mental de menores y adolescentes, ya sean éstos testigos o víctimas de las mismas. <sup>18, 34, 46</sup>

Según Zubizarreta, durante la **primera infancia** y la **edad preescolar** están relacionadas con el desarrollo del apego. Los niños que experimentan malos tratos pueden crecer con una falta o una desorganización en el apego, se observan además trastornos de relación con sus iguales, conductas de retraimiento y retrasos cognitivos. <sup>34</sup>

En la **primera etapa**, los/as menores perciben el miedo y la ansiedad de sus madres, en esta época pueden ser ignoradas sus necesidades llevando a la desconfianza y al abandono emocional. <sup>34</sup>

En la **etapa preescolar** (2 - 5 años), los/as menores observan la realidad sin comprenderla, donde en esta etapa, los niños suelen más susceptibles a sufrir maltrato físico, mientras que las niñas son las que más sufren el abuso sexual, pudiendo creer que son ellos la razón de lo sucedido, se culpan y tienen sentimientos de inutilidad y ansiedad.<sup>34</sup>

En la **etapa escolar** (6 a 8 años), las dificultades de comprensión y asimilación de los problemas provoca sentimientos de tristeza y depresión muy altos en ambos sexos, incluso más altos en niños que en niñas. Y a medida que el niño crece, aumenta su capacidad para comprender y asimilar la realidad.<sup>34</sup>

En **preadolescentes**, los sentimientos de frustración y desamparo se pueden traducir en mala conducta en la escuela. Algunos son provocadores y agresivos para adquirir sensación de poder, otros son evitadores de relaciones. En otros casos pueden adoptar posiciones prematuramente adultas de protección a sus madres y hermanos/as (hasta los 10-12 años), pero a medida que crecen puede aumentar el desapego.<sup>34</sup>

La **adolescencia**, es una etapa en la que de por sí se abordan temáticas propias del ámbito de personalidad, como es la identidad personal. Los síntomas más frecuentes en esta etapa están relacionados con actitudes de responsabilidad excesiva en el hogar, un hecho que ocurre en esta etapa es cuando los niños adquieren un papel protector activo, de tal manera, que se interponen delante de la madre cuando el padre intenta golpearla, recibiendo ellos mismos los golpes.

También encontramos niveles bajos de autoestima, niveles altos de ansiedad y depresión y problemas académicos. En ocasiones llegan a la frialdad e indiferencia.<sup>34</sup>

Por lo que podemos concluir como según Verdugo y Alcedo, señalan como la prevalencia de maltrato infantil es mayor en la infancia que en la adolescencia.<sup>36</sup>

- Consecuencias del maltrato físico.

Según Verdugo, Alcedo, Bermejo, Aguado y Olivan, las partes del cuerpo más afectadas son, en este orden, la cabeza, la cara, y las extremidades superiores e inferiores. <sup>36, 56</sup>

El maltrato físico, ya sea de carácter crónico o esporádico, puede interferir en la capacidad del niño de regular sus emociones. De ahí que los niños maltratados físicamente sean más propensos a presentar problemas para relacionarse no sólo con sus cuidadores, sino también con su entorno social, mostrándose más agresivos física y verbalmente. Mientras que las niñas maltratadas tienden a mostrar más signos de malestar interno como son la vergüenza o la culpa. <sup>18, 28, 32, 45</sup>

- Consecuencias del abuso sexual.

Según Sanmartin, Beail y Warden, los niños que han sido víctimas de abuso sexual a medida que se hacen mayores, pueden presentar un comportamiento sexual inapropiado para su edad, e incluso, conductas antisociales en la escuela y en la sociedad en general. <sup>47, 49</sup>

- Consecuencias de la negligencia.

Los niños víctimas de negligencia son por su parte más retraídos y evitan relacionarse con sus compañeros. Cuando son pequeños, suelen aislarse y no juegan con otros niños. Y a medida que se hacen mayores, en lugar de formar un sentimiento sano de autonomía personal y respeto por sí mismos, tienden a comportarse de manera contradictoria en sus relaciones sociales. De ahí que en ocasiones se comporten como víctimas y en otras como agresores. <sup>9, 23, 26, 45, 46, 57, 58, 60, 61, 62</sup>

### 3.2. CONCLUSIONES

Desde los años 90 numerosos autores han alertado sobre la especial vulnerabilidad de los niños y niñas con discapacidad al maltrato. Sin embargo, a pesar de ser un problema de salud de primer orden, que tiende a repetirse y a aumentar de intensidad, la investigación en este campo ha sido, y sigue siendo escasa, encontrándonos ante una revisión bibliográfica y documental poco reciente.

Esta falta de investigación implica el desconocimiento de numerosos aspectos de este problema, especialmente los datos de prevalencia de maltrato en esta población.

Si ya los datos sobre maltrato en general son escasos, aunque todos coinciden en apuntar que se trata de situaciones de riesgo y vulnerabilidad alarmantes, la relación entre abuso sexual y discapacidad intelectual ha sido uno de los aspectos que más ha tardado en abordarse. En la actualidad apenas existen estudios y trabajos empíricos sobre este tema. En la casi totalidad de autores que se han acercado a esta área existe un consenso en reconocer la insuficiencia investigadora y escasez de conocimientos al respecto.

De hecho, se ha observado como la relación existente entre infancia y discapacidad se convierte en un círculo vicioso en el que el maltrato crea o agrava una discapacidad que a su vez, aumenta el riesgo de maltrato.

Por lo que haciendo referencia a las preguntas de estudio, podemos decir que existe una relación directa entre maltrato infantil y discapacidad, ya que:

- Tienen mayor riesgo de sufrirla.
- La sufren con más frecuencia.
- Son más vulnerables a sus efectos.
- Están expuestos a formas específicas de violencia o abuso.

A modo más general, podemos observar como los estudios revisados señalan como el maltrato infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y un estímulo disparador de la agresión.

Una de las principales características del abuso sexual en la población con discapacidad intelectual a diferencia de la población sin tal discapacidad es que la vulnerabilidad a este tipo de abuso no desciende a medida que el niño con discapacidad se hace mayor, si no que por el contrario se mantiene con el paso de los años.

Este dato es realmente importante si tenemos en cuenta que numerosos autores que han estudiado las consecuencias del abuso sexual en personas sin discapacidad han puesto de relevancia que uno de los aspectos que influye de modo decisivo en la vivencia del hecho traumático por parte de la víctima es si este se repite en el tiempo.

En España, la única investigación específica realizada por Verdugo, Bermejo y Fuertes sobre el maltrato a niños y niñas con discapacidad intelectual que ha tenido impacto internacional se llevó a cabo en el año 1995. En ella se aportaron datos de una prevalencia de maltrato en esta población que cuadruplicaba a la que se produce en niños y niñas sin tal discapacidad.<sup>32</sup>

Actualmente, la desprotección infantil sigue siendo un problema social grave que afecta a toda la sociedad y, de manera especial, a los profesionales sanitarios que se encuentran en contacto con estos menores. Por lo que no puede ni debe ser eludido por nadie.

Muchas de estas intervenciones centran sus resultados en las tasas de notificación de maltrato infantil. Sin embargo se recomienda el uso de indicadores más amplios, ya que son útiles para reducir los factores de riesgo de maltrato infantil, como ocurre con las visitas domiciliarias, la educación de los padres y la prevención del abuso sexual infantil.

La falta de redes de apoyo social y estrés a pesar de ser factores predisponentes y precipitantes, indica que la mayoría de los agresores destacó no tener ayuda para el cuidado de los menores.

A su vez, reconocen vivir situaciones de estrés, dentro de las que destacan principalmente los problemas laborales, por encima de los problemas económicos y de salud.

Tras la revisión bibliográfica, diversos estudios han confirmado que el alcohol contribuye en grado significativo a este tipo de violencia, y muchos de ellos demuestran, que ser maltratado en la infancia se asocia a un considerable incremento del riesgo de consumo peligroso o nocivo del mismo.

Hemos podido observar como la detección precoz de situaciones de maltrato continua siendo muy escasa, y podemos decir que convendría intensificarla, debido a que a medida que el maltrato se cronifica y el niño o la niña pasan más tiempo sufriendo el problema, las posibilidades de recuperación del daño sufrido disminuyen. Por lo que como consecuencia, los casos detectados y notificados suelen ser generalmente los más graves y evidentes, pudiendo derivar en discapacidad infantil, pudiendo provocar enlentecimiento e incluso estancamiento del desarrollo físico y psicológico del niño.

De una manera más concreta, podemos decir que las chicas tienen mayor tendencia a sufrir trastornos de internalización, como son la depresión, ansiedad o aislamiento, seguidos del nerviosismo, mientras que los chicos suelen presentar comportamientos violentos.

Así como, con mayor frecuencia, son los niños los más susceptibles al maltrato físico, mientras que son las niñas en edad escolar las que más sufren el abuso sexual.

Por ello, el maltrato infantil ha de ser comprendido como un fenómeno complejo y nunca aislado, donde se aprecian las relaciones entre el adulto y el niño, haciéndose visible los conflictos generados por las expectativas de la familia al tratar el niño discapacitado por el deseado.

Se observa con más frecuencia como el sexo masculino es el responsable de los porcentajes más altos de maltrato físico y psicológico, mientras que la madre biológica lo es de la negligencia.

Así mismo, se ha encontrado una relación positiva entre padecer maltrato en la infancia y ser maltratador en la edad adulta. Los familiares que tenían un historial de maltrato, maltrataron a su vez a algún menor. Este porcentaje es mucho menor entre aquellos familiares que no tenían historia de maltrato.

A pesar de que la mayoría de las víctimas reciben ayuda de diversas fuentes (personal del ámbito sanitario, etc.), el maltrato infantil está alejándose de la esfera de lo privado para pasar a ser un problema social, ante el que las personas que rodean a los menores se sienten implicadas.

Por lo que teniendo en cuenta cada uno de los aspectos obtenidos tras la revisión bibliográfica y documental, podemos concluir diciendo, que los profesionales sanitarios debemos ser conscientes de que la presencia de discapacidad en un niño puede ser un factor de riesgo a padecer cualquier tipo de maltrato, al igual que la existencia de discapacidades pueden ser el resultado del mismo. Por lo que se les debe insistir, en que sean capaces de reconocer los signos tempranos de cualquier situación de desprotección en la población infantil con discapacidad.

Y para ello, creemos conveniente la sensibilización y formación de los profesionales sanitarios con respecto a los factores de riesgo, las señales de alerta y los indicadores ya comentados, para que la detección de los mismos, sean lo más precoces posible, siendo estos, la primera condición imprescindible para poder intervenir en casos de maltrato infantil. Y así, podremos evitar las consecuencias de gravedad, e incrementar las posibilidades de éxito de dicha intervención.

Lamentablemente, a pesar de reconocer que los niños con discapacidad son especialmente vulnerables al abuso y al maltrato, aún no se han generalizado en España los programas de prevención ni de tratamiento del maltrato en esta población. Por lo que es imprescindible ponerse en marcha para poder llegar a mitigar la influencia de todos los factores de riesgo específicos de estos niños.

#### 4. BIBLIOGRAFÍA

1. Pineda Pérez E, Gutiérrez Baró E, Díaz Franco A.M. Estrategia educativa para el control y prevención del maltrato infantil dirigida a padres de niños con síndrome de Down. Revista Cubana de Pediatría. 2011; 83 (1): 22 - 23.
2. Soriano Díaz A. Maltrato infantil. Segunda Edición. Madrid: Editorial San Pablo; 2001.
3. Moreno Manso JM. Maltrato infantil. Madrid: Editorial EOS Gabinete de Orientación Psicológica; 2002.
4. Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González Carmen. Niños maltratados. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1997.
5. Campoy Cervera I. Estudio sobre la situación de los niños y las niñas con discapacidad en España. Madrid: Editorial Huygens. 2013; (2).
6. Sepúlveda García de la Torre, A. La violencia de Género como causa de maltrato infantil. Cuadernos de Medicina Forense. 2006; 12 (43 - 44): 149 - 164.
7. Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Children with disabilities. Assessment of Malteatment of children with disabilities. American academy of pediatrics. 2001; (108): 508-512.
8. Arruabarrena Madariaga M<sup>al</sup>, De Paúl Ochotorena J, Torres B. El maltrato infantil: detección, notificación, investigación y evaluación. 2º Edición. Madrid: Ministerio de asuntos sociales, D.L; 1996.

9. Díaz Huertas J.A, Romeu Soriano FJ, Puyo Marín C, Gotzens Busquets F, Requena Manzano E, Seiquer Carasa J, et al. Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos. Observatorio Infancia. Grupo de trabajo sobre el maltrato infantil. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.
10. Prevención del Maltrato Infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias. Organización Mundial de la Salud (OMS). Sociedad internacional para la prevención del maltrato y el abandono de los niños; 2009.
11. Berástegui Pedro - Viejo A. y Gómez - Bengoechea B. Los menores con discapacidad como víctimas del maltrato infantil: una revisión. Intervención Psicosocial. 2006; 15 (3): 293 - 306.
12. Díaz Huertas J.A, Ruiz Díaz MA, Ruiz Díaz V. Maltrato Infantil y su relación con las discapacidades. Infancia y Discapacidad. Sociedad de Pediatría Social; 2007: 65 – 76.
13. Sullivan PM, Knutson JF. (2000). Maltreatment and disabilities: A population based epidemiological study. Child Abuse and Neglect; 2000; (24): 1257- 1273.
14. Niños, niñas y adolescentes con discapacidad, víctimas invisibles de la violencia. Plataforma de infancia Española; 2015.
15. Palacios J, Jiménez JM, Oliva A, Saldaña D. Malos tratos a los niños en la familia. Madrid: Editorial Alianza; 1998: 399-422.
16. Echeburua E, Del Corral P. Manual de violencia familiar. Madrid: Editorial Siglo XXI; 1998.
17. Castellano M. Violencia en el medio familiar. 5ª Edición. Barcelona: Editorial Masson. Medicina legal y toxicológica; 1998: 444 – 454.

18. Arruabarrena, M<sup>a</sup> I. Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad. Universidad del País Vasco, Spain. Psychosocial Intervention; 2011; 20 (1): 25 – 44.
19. Arruabarrena M.I, De Paúl J. Maltrato a los niños en la familia: Evaluación y tratamiento. Segunda Edición. Madrid: Editorial Pirámide; 2001: 29 – 35.
20. Martínez Roig A, De Paúl Ochotorena J. Maltrato y abandono a la infancia. Segunda Edición. Barcelona: Editorial Martínez Roca; 1993.
21. De Paúl Ochotorena J, Arruabarrena Madariana M<sup>a</sup>I. Manual de protección infantil. Segunda Edición. Barcelona: Editorial Masson; 2001.
22. Gómez de Terreros I. Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil. Granada: Editorial Comares; 1997.
23. García Caballero C, González Meneses A. Pediatría Social. 2<sup>a</sup> Edición. Madrid: Edición Díaz de Santos; 2000 (1): 357 – 361.
24. Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato. Guía de atención al Maltrato infantil. Madrid: Editorial ADIMA, 1993.
25. Martín Álvarez L, Pedreiro Mora JL. Infancia maltratada. En: Pediatría extrahospitalaria, manual de diagnóstico y tratamiento. Segunda Edición. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1994.
26. Azaola E. Maltrato, abuso y negligencia contra menores de edad. Extracto del informe nacional sobre violencia y salud; Primera Edición. 2006: 19 – 49.
27. Wolfe D, Kaufman K, Aragona J, Sandler J. Programa de conducción de niños maltratados. Orientación para padres intolerantes. Barcelona: Editorial Trillas; 2009.

28. Verdugo MA, Bermejo BG, Fuertes J. Maltrato infantil y minusvalía. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1993.
29. Fernández del Valle J, Braco Arteaga A. Maltrato infantil: Situación actual y respuestas sociales. *Psicothema*. 2002; (14): 118 – 123.
30. Cooke P, Standen PJ. Abuse and disabled children: Hidden Needs?. *Child Abuse Review*; 2002; (11): 1-18.
31. Mitchell LM, Turbiville V, Turnbull HR. Reporting Abuse and Neglect of Children with Disabilities: Early Childhood Service Providers' Views. *Infants and Young Children*; 1999; 11 (3): 19 - 26.
32. Verdugo MA, Bermejo BG, Fuertes J. The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. *Child Abuse and Neglect*; 1995; 19 (2): 205 – 215.
33. Vásquez Barrios A, Cáceres N. El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud. Editorial Buenos Aires: Organización Panamericana de la salud; 2008.
34. Zubizarreta Anguerra I. Consecuencias Psicológicas del Maltrato doméstico en las mujeres y en sus hijos e hijas. Jornada de Trabajo para el profesorado. Proyecto EMAKUNDE. Gobierno Vasco; 2004: 11.
35. Filippini, M, Lució S, Rodrigues A, Díaz C, Royo A, Fyca G. et al. Infancia, Discapacidad y Violencia. Facilitar el desarrollo de estrategias de prevención en las Asociaciones de Discapacitados; 2004.

36. Verdugo MA., Alcedo M<sup>a</sup>A., Bermejo B., Aguado AL. El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Universidad de Salamanca, Universidad de Oviedo. *Psicothema* 2002; (14).
37. Sánchez D, Sánchez D, Chacon O, Muñoz M, Mendoza M, Pereyra S et al. Maltrato Infantil. *Revista Médica Rebagliati*; 2012; 1(1): 36 - 40.
38. Guía para detectar, notificar y derivar situaciones de maltrato infantil en Aragón. Servicio Aragonés de Servicios Sociales y Asociación de Desarrollo Comunitario. Programa de prevención y detección de situaciones de desprotección y maltrato infantil. Zaragoza; 2001.
39. Herrada-Huidobro A, Nazar-Beutelspacher A, Cassaball-Núñez M, Vega-Ramos R, Nava-Cruz CB. El niño maltratado en Tlaxcala: estudio de casos. *Salud Pública de México*; 2015; 34 (6): 626 – 634.
40. McCabe M, Cummins R. An empirical study of the sexual abuse of people with intellectual disability. *Sexual and Disability*; 1994; (12): 297 – 306.
41. Kennedy M. Encuentros con desconocidas. *Feminismo y discapacidad. Agresiones sexuales y discapacidad infantil*. Madrid: Edición Narcea; 1996: 139 - 159.
42. Olivan G. Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. *Anales Españoles de Pediatría*. 2002; 56 (3): 219-223.
43. Eguren Sáez P, Gutiérrez Rodríguez H, López Taboada JL, Herrero Pérez M.I. Maltrato y discapacidad visual. *Psicología Educativa*; 2006; 12 (1): 21 - 33.
44. Herrera-Basto E. Indicadores para la detección de maltrato en niños. *Salud pública de México*; 1999; 41(5)

45. Murphy N. Maltreatment of children with disabilities: the breaking point. *J. Child Neurol*; 2011; 26(8):1054 – 1056.
46. González RA, Kallis C, Ullrich S, Barnicot K, Keers R, Coid JW. Childhood maltreatment and violence: Mediation through psychiatric morbidity. *Child Abuse and Neglect*; 2016; 52: 70 – 84.
47. Sanmartín Esplugues, J. *Violencia contra niños*. Cuarta Edición. Barcelona: Editorial Ariel; 2008
48. Almenarez Aleaga M, Louro Bernal I, Ortiz Gómez MT. Comportamiento de la violencia intrafamiliar. *Revista Cubana Medicina General Integral*; 1999; 15(3): 285-292.
49. Beail N, Warden S. Sexual abuse of adults with learning disabilities. *Journal Intellect Disabilities Research*; 1995; 39: 382 – 387.
50. McCubbin H.I, Patterson JM. The family stress process: the double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*; 1983; (6): 7 - 37.
51. Marge DK. *A call to action: Ending crimes of violence against children and adults with disabilities*. Syracuse: SUNY Upstate Medical University; 2003.
52. *The risk and prevention of maltreatment of children with disabilities*. Child Welfare Information Gateway. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services, Children's Bureau; 2012: 2 – 19.
53. Ticoll M. (1994) *Violence and people with disabilities: A review of the literature*. Ottawa: National Clearinghouse on Family Violence, Family Violence Prevention Division, Health Canada.

54. Smith KZ, Smith PH, Grekin ER. Childhood sexual abuse, distress, and alcohol - related problems: Moderation by drinking to cope. *Psychol Addict Behav*; 2014; 28(2): 532 – 537.
55. Loredó-Abdalá A. Maltrato infantil: consideraciones básicas para el diagnóstico de las formas más preponderantes. *Acta Pediátrica de México*. 2008; 29: 255 - 261.
56. Oliván Gonzalvo, Gonzalo. “Indicadores de Maltrato Infantil”. *Guías Clínicas*. Observatorio de la Infancia en Andalucía. 2002; (44): 1-13.
57. Catani C, Sossalla IM. Child abuse predicts adult posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms among individuals diagnosed with intellectual disabilities. *Front Psychol*; 2015; 19 (6): 1600.
58. Carreño C, Rey A. Reflexiones en torno a la comprensión del maltrato infantil., Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia; 2010; 9 (3): 807-822.
59. Castellanos Sanz B, López Hernández J, Pérez Hernández Francisco, Pérez Sevilla Maravillas, Ponce Martínez María, Sánchez Jara Purificación et al. Atención al maltrato infantil desde el ámbito de servicios sociales de atención primaria. Región de Murcia. Conserjería de Política Social, Mujer e Inmigración. Dirección general de Familia y Menor; 2009.
60. Loredó - Abdalá AA, Oldak SD, Carbajal Rodríguez L, Reynes Manzur J. Algoritmo del niño maltratado a su ingreso a un centro hospitalario pediátrico. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1999; 47 (2): 91-95.
61. J. Fontana V. En defensa del niño maltratado. México D.F: Editorial Pax; 1979.
62. Osorio CA. El niño maltratado. Segunda Edición. México D.F.: Editorial Trillas, 1995.

Anexo 1

Revisión de los artículos

| Documentos revisados            | Base de datos | Palabras clave    | Número de artículos | Autores                                     | Título   | Año  | Metodología                                  |
|---------------------------------|---------------|-------------------|---------------------|---|--|------|--|
| Revista Cubana de Pediatría     | SCIELO        | Maltrato infantil | 171                 | Pineda Pérez, Gutiérrez Baró, Díaz Franco   | Estrategia educativa para el control y prevención del maltrato infantil dirigida a padres de niños con síndrome de Down. | 2011 | Intervención educativa con diseño de estudio |
| Cuadernos de Medicina Forense   | SCIELO        | Maltrato infantil | 171                 | Sepúlveda García de la Torre                | <i>La Violencia de Género como causa de Maltrato Infantil.</i>   | 2006 | Revisión bibliográfica                       |
| Intervención Psicosocial        | SCIELO        | Maltrato infantil | 171                 | Berástegui Pedro – Viejo, Gómez -Bengoechea | Los menores con discapacidad como víctimas de maltrato infantil: una revisión  | 2006 | Revisión teórica                             |
| Pontificia Universidad Javeiana | SCIELO        | Maltrato infantil | 171                 | Carreño, Rey                                | Reflexiones en torno a la comprensión del maltrato infantil  | 2010 | Estudio de investigación                     |
| Universidad de Oviedo           | PSICOTHEMA    | Maltrato infantil | 9                   | Fernández del Valle, Bravo Arteaga          | Maltrato infantil: situación actual y respuestas sociales.   | 2002 | Revisión Bibliográfica                       |

|   |            |                               |     |  |  |      |                           |
|---|------------|-------------------------------|-----|--|--|------|---------------------------|
| Child Abuse<br>Neglect  | PUBMED     | Maltreatment,<br>Disabilities | 121 | Sullivan, Knutson  | Maltreatment and disabilities: a population -<br>based epidemiological study                                       | 2000 | Revisión<br>bibliográfica |
| Infants &<br>Young<br>Children  | -          | -                             | -   | Mitchell, Turbiville, Turnbull                                       | Reporting Abuse and Neglect of Children with<br>Disabilities: Early Childhood Service Providers'<br>Views          | 1999 | Estudio<br>cualitativo    |
| Plataforma<br>de Infancia   | -          | -                             | -   | -  | Niños, niñas y adolescentes con discapacidad,<br>víctimas invisibles de la violencia.                              | 2015 | -                         |
| Instituto<br>Universitario<br>de<br>Integración<br>en la<br>Comunidad | PSICOTHEMA | Abuso sexual                  | 9   | Verdugo, Alcedo, Bermejo,<br>Aguado                                  | El abuso sexual en personas con discapacidad<br>intelectual  | 2002 | Revisión<br>bibliográfica |
| Psicología<br>Educativa   | DIALNET    | Maltrato<br>infantil          | 477 | Gutiérrez Rodríguez, López<br>Taboada, Herrero Pérez,<br>Eguren Sáez | Maltrato y discapacidad visual   | 2006 | Revisión<br>bibliográfica |
| Psychosocial<br>Intervention  | DIALNET    | Maltrato<br>psicológico       | 290 | Arruabarrena   | Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y<br>Adolescentes en la Familia: definición y<br>Valoración de su Gravedad | 2011 | Revisión<br>bibliográfica |
| Salud<br>Publica de<br>México   | SCIELO     | Indicadores,<br>Maltrato      | 20  | Herrera-Basto  | Indicadores para la detección de maltrato en<br>niños  | 1999 | Ensayo                    |

|   |                                    |                         |    |  |  |      |                            |
|---|------------------------------------|-------------------------|----|--|--|------|----------------------------|
| Revista Cubana de Medicina General Integral | SCIELO                             | Violencia intrafamiliar | 36 | Almenares Aleaga, Louro Bernal, Ortiz Gómez                        | Comportamiento de la violencia familiar  | 1999 | Estudio descriptivo        |
| Journal article                             | American Psychological association | -                       | -  | Wolfe David  | Child - abusive parents: An empirical review and analysis.   | 1985 | Revisión bibliográfica     |
| Revista de Psicología                       | -                                  | -                       | -  | Araneda Ramón, Haz, Cumsille, Muñoz, Bustos                        | Resiliencia al Maltrato Físico Infantil. Variables que diferencia a los sujetos que maltratan y no maltratan físicamente a sus hijos en el presente y que tienen una historia de maltrato físico en la infancia. | 2000 | Investigación cuantitativa |
| -   | ADOLEC                             | Niño maltratado         | 12 | Loredó – Abdalá, Oldak Skvirsky, Carbajal Rodrigues, Reynes Manzur | Algoritmo del niño maltratado a su ingreso a un centro hospitalario pediátrico de tercer nivel   | 1999 | Revisión bibliográfica     |
| Revista Médica Rebagliati                   |                                    | -                       |    | Sanchez, Sanchez, Chacon, Muñoz, Mendoza, Pereyra, Valderrama      | MALTRATO INFANTIL  | 2012 | Revisión bibliográfica     |

|                                 |        |  |     |  |  |      |  |
|---------------------------------|--------|--|-----|--|--|------|--|
| Salud Pública de México         | -      | -  | -   | Herrada-Huidobro A, Nazar-Beutelspacher A, Cassabal, Muñoz, Vega Ramos, Nava Cruz CB | El niño maltratado en Tlaxcala: estudio de casos.  | 2015 | Estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo |
| Child Abuse and Neglect         | PUBMED | Child abuse                              | 266 | Verdugo MA, Bermejo BG, Fuertes J.   | The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents  | 1995 | Estudio de investigación                         |
| J Child Neurol.                 | PUBMED | Child maltreatment                       | 122 | Murphy N.  | Maltreatment of children with disabilities: the breaking point   | 2011 | Revisión bibliográfica                           |
| Psychol Addict Behav            | PUBMED | Childhood maltreatment, Alcohol problems | 164 | Smith KZ<br>Smith PH<br>Grekin ER  | Childhood sexual abuse, distress, and alcohol – related problems: moderation by drinking to cope.                                    | 2014 | Revisión bibliográfica                           |
| Child Abuse and Neglect         | PUBMED | Early Child maltreatment                 | 470 | González RA, Kallis C, Ullrich S, Barnicot K, Keers R, Coid JW                       | Childhood maltreatment and violence: Mediation through psychiatric morbidity   | 2016 | Revisión bibliográfica                           |
| Front. Psychol.                 | PUBMED | Child abuse, Intellectual disabilities   | 336 | Catani C, Sossalla IM.   | Child abuse predicts adult posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms among individuals diagnosed with intellectual disabilities. | 2015 | Revisión bibliográfica                           |
| Intellect Disabilities Research | PUBMED | Sexual abuse                             | 164 | Beail N, Warden S.   | Sexual abuse of adults with learning disabilities.   | 1995 | Estudio clinico                                  |

## **Anexo 2**

### **REVISIÓN DOCUMENTAL**

**Webs:** Se buscaron documentos específicos de las siguientes organizaciones o asociaciones:

#### Organismos clave relacionados con la infancia

- Plataforma de infancia
- Infants & Young Children.
- Child Information Gateway.
- Centro Internacional de la Infancia en Paris.
- Sociedad de Pediatría Social.
- Department of Health and Human Services.
- Organización Mundial de la Salud (OMS)
- Sociedad Internacional para la prevención del maltrato y el abandono de los niños.
- Save the children.

#### Asociaciones profesionales

- Committee on Child Abuse and Neglect.
- Anales Españoles de Pediatría.
- Acta Pediátrica de México.

#### Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPS)

- American Academy Pediatrics.
- Child Abuse Review.
- Child Abuse and Neglect.
- Department of Health and Human Services
- Organización Panamericana de la salud.
- Servicio Aragonés de Servicios Sociales y Asociación de Desarrollo Comunitario.

| <b>Documentos revisados</b>                       | <b>Base de datos</b> | <b>Palabras clave</b> | <b>Número de artículos</b> | <b>Autores</b>  | <b>Título</b>   | <b>Año</b> | <b>Metodología</b>     |
|---|----------------------|-----------------------|----------------------------|---|---|------------|------------------------|
| American Academy of Pediatrics                    | PUBMED               | Child maltreatment    | 541                        | Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Children With Disabilities. | Assessment of maltreatment of children with disabilities.                 | 2001       | Revisión bibliográfica |
| Ministerio de Asuntos Sociales                    | -                    | -                     | -                          | Arruabarrena Madariaga, De Paúl, Torres   | El maltrato infantil: detección, notificación, investigación y evaluación | 1994       | Revisión bibliográfica |
| Editorial Martínez Roca                           | -                    | -                     | -                          | Martínez Roig, De Paúl Ochotorena   | Maltrato y abandono en la infancia.                                       | 1993       | Revisión bibliográfica |
| Editorial Masson                                  | -                    | -                     | -                          | De Paúl Ochotorena, Arruabarrena Madariaga  | Manual de protección infantil   | 2001       | Revisión bibliográfica |
| Editorial San Pablo                               | -                    | -                     | -                          | Soriano Díaz  | Maltrato infantil   | 2001       | Revisión bibliográfica |
| Editorial EOS Gabinete de Orientación Psicológica | -                    | -                     | -                          | Moreno Manso  | Maltrato infantil   | 2002       | Revisión bibliográfica |
| Ediciones Díaz de Santos                          | -                    | -                     | -                          | Casado Flores, Díaz Huertas, Martínez González                                    | Niños maltratados.  | 1997       | Revisión bibliográfica |
| Editorial Comares                                 | -                    | -                     | -                          | Gómez de Terreros   | Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil.                  | 1997       | Revisión bibliográfica |

|                              |        |                              |       |   |  |      |                        |
|------------------------------|--------|------------------------------|-------|---|--|------|------------------------|
| Editorial Huygens            | UNICEF | Niños y niñas discapacitados | 2.540 | Campoy Cervera  | Estudio sobre la situación de los niños y las niñas con discapacidad en España | 2013 | Revisión documental    |
| Editorial Alianza            | -      | -                            | -     | Palacios, Jiménez, Oliva, Saldaña   | Malos tratos a los niños en la infancia.                                       | 1998 | Revisión bibliográfica |
| Editorial Siglo XXI          | -      | -                            | -     | Echeburua, Del Corral   | Manual de violencia familiar   | 1998 | Revisión bibliográfica |
| Sociedad de Pediatría Social | -      | -                            | -     | Díaz Huertas, Ruiz Díaz, Ruiz Díaz  | Maltrato infantil y su relación con las discapacidades.                        | 2007 | Revisión bibliográfica |
| Observatorio Infancia        | -      | -                            | -     | Díaz Huertas, Gómez, Romeu Soriano, Puyo Marín, Gotzens Busquets, Pastor Aguilar, Requena Manzano, Seiquer Carasa | Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos.                | 2006 | Revisión bibliográfica |

|   |   |   |   |   |   |      |                                   |
|---|---|---|---|---|---|------|-----------------------------------|
| Edición Díaz de Santos  | - | - | - | C.García Caballero<br>A. González Meneses | Pediatría social  | 2000 | Revisión bibliográfica            |
| Ediciones Díaz de Santos  | - | - | - | L. Martín Álvarez, JL.Pedreiro Mora       | Infancia maltratada   | 1994 | Revisión bibliográfica            |
| Editorial Masson  | - | - | - | M. Castellano                             | Violencia en el medio familiar  | 1998 | Revisión bibliográfica            |
| Organización Mundial de la Salud, Sociedad internacional para la prevención del maltrato y el abandono de los niños | - | - | - | -   | Prevención del Maltrato Infantil: Qué hacer, y cómo obtener evidencias.     | 2009 | Revisión bibliográfica            |
| Anales Españoles de Pediatría   | - | - | - | G. Olivan Gonzalvo                        | Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. | 2002 | Estudio retrospectivo transversal |
| Child Abuse Review  | - | - | - | Pamela Cooke, PJ Standen                  | Abuse and disabled children: Hidden Needs?                                  | 2002 | Revisión bibliográfica            |

|  |        |                      |   |  |   |      |                        |
|--|--------|----------------------|---|--|---|------|------------------------|
| Consejería de Política Social, Mujer e Inmigración.  | -      | -                    | - | Castellanos Sanz, López Hernández, Martín García Pérez Hernández, Pérez Sevilla, Ponce Martínez, Sánchez Jara, Tomás Asens | Atención al maltrato infantil desde el ámbito de servicios sociales de atención primaria                                      | 2009 | Protocolo de actuación |
| Disminuidos físicos de Aragón, Disability now        | -      | -                    | - | Filippini, Lució, Rodrigues Díaz, Royo, Fyca   | Infancia, Discapacidad y Violencia Facilitar el desarrollo de estrategias de prevención en las Asociaciones de Discapacitados | 2004 | Revisión bibliográfica |
| Edición Narcea                                       | -      | -                    | - | Kennedy  | Encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad.  | 1996 | Revisión bibliográfica |
| Extracto de Informe nacional sobre violencia y salud | UNICEF | Negligencia infantil | - | Azaola   | Maltrato, abuso y negligencia contra menores de edad.   | 2006 | Revisión bibliográfica |
| Marriage and Family Review                           | -      | -                    | - | McCubbin, Patterson  | The family stress process: the double ABCX model of adjustment and adaptation   | 1983 | Revisión bibliográfica |
| A Report to the Nation                               | -      | -                    | - | Marge  | A call to action: Ending crimes of violence against children and adults with disabilities                                     | 2003 | Revisión bibliográfica |

|  |                                       |                                |   |  |  |      |                        |
|--|---------------------------------------|--------------------------------|---|--|--|------|------------------------|
| Family Violence Prevention Division      | Health Canada                         | -                              | - | Ticoll                                     | Violence and people with disabilities : a review of the literature                       | 1994 | Revisión bibliográfica |
| Editorial Piramide                       | -                                     | -                              | - | Arruabarrena Madariaga, De Paúl Ochotorena | Maltrato a los niños en la familia: Evaluación y tratamiento                             | 2001 | Revisión bibliográfica |
| Proyecto EMAKUNDE Gobierno Vasco         | -                                     | -                              | - | Zubizarreta Anguera                        | Consecuencias Psicológicas del Maltrato doméstico en las mujeres y en sus hijos e hijas. | 2004 | Estudio cuantitativo   |
| Observatorio de la Infancia en Andalucía | Guía clínica                          | Indicadores, Maltrato infantil | 7 | Oliván Gonzalvo                            | Indicadores de maltrato infantil   | 2002 | Revisión bibliográfica |
| Editorial Ariel                          | -                                     | -                              | - | Sanmartin Esplugues                        | Violencia contra niños   | 2008 | Revisión bibliográfica |
| Editorial Pax                            | -                                     | -                              | - | Fontana                                    | En defensa del niño maltratado   | 1979 | Revisión bibliográfica |
| Editorial Trillas                        | -                                     | -                              | - | Osorio                                     | <i>El niño maltratado</i>  | 1995 | Revisión bibliográfica |
| Editorial Trillas                        | -                                     | -                              | - | Wolfe, Kaufman, Aragona, Sandler           | Programa de conducción de niños maltratados. Orientación para padres intolerantes        | 2009 | Revisión bibliográfica |
| Editorial Buenos Aires                   | Organización Panamericana de la Salud | -                              | - | Vásquez Barrios, Cáceres                   | El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud                    | 2008 | Revisión bibliográfica |

|                            |                                 |                   |   |  |  |      |                          |
|----------------------------|---------------------------------|-------------------|---|--|--|------|--------------------------|
| ADIMA y Junta de Andalucía | Bienestar y Protección Infantil | Maltrato infantil | 9 | Asociación Andaluza para la Defensa y Prevención del Maltrato Infantil | Guía de Atención al Maltrato Infantil  | 1993 | Revisión bibliográfica   |
| Sexual and Disability      | -                               | -                 | - | McCabe, Cummins  | An empirical study of the sexual abuse of people with intelectual disability | 1994 | Estudio de investigación |



# Anales de Pediatría

## Publicación Oficial de la Asociación Española de Pediatría

A nivel nacional, las dos revistas de pediatría más significativas y queridas por el ámbito sanitario son Anales de Pediatría, órgano oficial de la Asociación Española de Pediatría, y el Boletín de Pediatría.

Actualmente, en España, a pesar de que se publican 16 revistas científicas pediátricas con distintos formatos y periodicidades, Anales de Pediatría es la revista elegida para publicar nuestro trabajo de investigación *“Maltrato y discapacidad en menores de edad”*, ya que además de tener una dilatada historia científica con una importante producción bibliográfica, tiene como uno de sus objetivos principales la difusión de información científica rigurosa y actualizada sobre temas relacionados con la pediatría y sus especialidades.

A continuación, mostramos las normas de publicación de la revista, seguido de nuestro manuscrito *“Maltrato y discapacidad en menores de edad”*.



## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

ANALES DE PEDIATRÍA es la Publicación Oficial de la Asociación Española de Pediatría y se edita en castellano en su versión impresa en papel y en forma bilingüe (castellano e inglés) en su versión electrónica accesible en la dirección <http://www.aeped.es/anales-pediatria>. Se trata de una revista de acceso libre, basada en el sistema de revisión por pares y que considera para su publicación trabajos relacionados con la Pediatría y sus especialidades.

### TIPOS DE ARTÍCULOS

Todos los manuscritos publicados en ANALES DE PEDIATRÍA deberán adecuarse a las normas de publicación de la revista y respetar el formato de alguno de los tipos de artículo que se describen a continuación:

#### **Originales**

Trabajos de investigación sobre epidemiología, etiología, fisiopatología, anatomía patológica, diagnóstico, prevención y tratamiento. Los diseños recomendados son prospectivos de tipo analítico en forma de estudios transversales, longitudinales, casos y controles, estudios de cohorte y ensayos controlados. La extensión del texto (sin incluir resumen, bibliografía, tablas y pies de figuras) no debe superar un total de 3.000 palabras. El número de citas bibliográficas no será superior a 40 y se admitirán hasta un máximo de 8 figuras o tablas. Es recomendable que el número de firmantes no sea superior a siete.

#### **Cartas científicas**

Series de casos clínicos u observaciones de laboratorio de inusual interés que supongan una aportación importante a la comprensión de la enfermedad y se sitúen en el contexto del conocimiento actual. La extensión máxima del texto (que no debe incluir resumen) será de 750 palabras, el número de citas bibliográficas no será superior a 6 y se admitirán hasta un máximo de 2 figuras o tablas. El número de firmantes no deberá ser superior a cinco. La publicación de casos únicos será excepcional y deberá ser sólidamente justificada por los autores del manuscrito y sus revisores.

### **Imágenes en pediatría**

Este tipo de artículo se reserva para la publicación de imágenes que ilustren problemas clínicos o soluciones de interés para los lectores. Su título debe contener menos de 8 palabras. El trabajo, que no tendrá más de 4 firmantes, podrá incluir hasta 3 figuras y el texto explicativo no deberá superar las 250 palabras, de forma que todos los símbolos contenidos en las imágenes estén adecuadamente explicados. El número de citas bibliográficas no será superior a 3.

### **Cartas al Editor**

En esta sección se admitirán únicamente comunicaciones sobre temas editoriales y comentarios realizados en respuesta a trabajos publicados en ANALES DE PEDIATRÍA durante los cuatro meses previos o en relación con temas abordados en dichos artículos. La extensión máxima será de 500 palabras, el número de citas bibliográficas no será superior a 4 y se admitirán dos figuras o tablas. El número de firmantes no deberá ser superior a cuatro.

### **Editoriales**

Discusión de avances recientes en Pediatría, preferiblemente relacionados con alguno de los artículos publicados en ese número de la revista. Este tipo de artículos será encargado por el Comité Editorial de la Revista y no deberá superar las 1200 palabras y las 5 citas bibliográficas.

### **Asociación Española de Pediatría**

En esta sección se incluirán exclusivamente las publicaciones elaboradas por los diversos Comités de la Asociación Española de Pediatría y de las Sociedades Científicas Especializadas, en respuesta a una solicitud previa del Comité Ejecutivo de la Asociación Española de Pediatría. Este tipo de artículos representará la postura oficial de la Asociación Española de Pediatría sobre los distintos temas elegidos de acuerdo con la política editorial de la Asociación. La extensión del texto (sin incluir resumen, bibliografía, tablas y pies de figuras) no debe superar un total de 3.000 palabras. El número de citas bibliográficas no será superior a 40 y se admitirán hasta un máximo de 8 figuras o tablas.

### **Artículos por Encargo**

ANALES DE PEDIATRÍA encargará a autores elegidos por el Comité Editorial la confección de artículos especiales o la revisión de temas de especial interés para la práctica pediátrica. El tamaño y la estructura de los manuscritos deberán ser como la de los artículos originales.

## Otras secciones

ANALES DE PEDIATRÍA podrá publicar en su versión electrónica en castellano parte de los resúmenes de las reuniones y congresos de las distintas Sociedades Científicas de la Asociación Española de Pediatría que lo soliciten. Los originales deberán entregarse en un único archivo MS Word con el mismo orden y estructura con el que deban ser publicados en la revista.

## PRESENTACIÓN Y ESTRUCTURA DE LOS TRABAJOS

ANALES DE PEDIATRÍA aceptará revisar manuscritos escritos en los idiomas castellano e inglés. En el caso de ser acordada su publicación, pasarán a ser propiedad permanente de la revista y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la misma. No se admitirán trabajos presentados o publicados en otra revista. Los componentes de un artículo modelo (artículo original) deberán ser ordenados en páginas separadas como sigue: Página titular, resumen y palabras clave, texto, bibliografía, tablas y pies de figuras. Todas las páginas deberán ser numeradas consecutivamente.

### Página titular

Debe presentarse en un documento separado del resto del texto. La página titular deberá contener los datos siguientes:

- Título del artículo. Deberá ser lo más explícito posible y en cualquier caso de una extensión no superior a 85 letras. No debería incluir palabras como “niño”, “infancia” “pediatría”, etc., ya que queda implícito en el título de la revista.
- Título abreviado de no más de 40 letras.
- Lista de autores en el mismo orden en el que deben aparecer en la publicación. Deben citarse primer nombre y uno o dos apellidos de cada autor. Debe tenerse en cuenta que el formato que los autores elijan para su firma será, en caso de publicación del artículo, el mismo que figurará en las distintas bases de datos bibliográficos en las que ANALES DE PEDIATRÍA está incluida.
- Nombre del centro de trabajo y dirección completa del mismo.
- Si el trabajo ha sido financiado debe incluirse el origen y numeración de dicha financiación.
- Presentación previa en reuniones, congresos o simposios, con nombre, ciudad y fecha.
- Nombre, dirección, número de teléfono y número de fax y e-mail del autor al que debe dirigirse la correspondencia.
- Recuento de palabras del texto propiamente dicho, excluyendo resumen, bibliografía, tablas y pies de figuras.
- Fecha de envío.

## **Resumen y palabras clave**

Se incorporará resumen estructurado de 250 palabras, aproximadamente, a los trabajos originales con los siguientes apartados: Introducción, Material o Pacientes y Métodos, Resultados, y Conclusiones. En cada uno de ellos se describirán, respectivamente, el problema motivo de la investigación, la manera de llevar a cabo la misma, los resultados más destacados y las conclusiones que se deriven de los resultados. Los autores deben procurar que el resumen incluya con detalle los resultados más importantes, ya que será dicho resumen (en inglés) el que aparezca en el sistema MEDLINE. Al final de la página donde figure el resumen, deberán añadirse de 3 a 10 palabras clave que corresponderán a términos incluidos en el Medical Subject Headings del Index Medicus. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>. Las cartas científicas no deberán acompañarse de resumen ni palabras clave

## **Texto**

Se recomienda la redacción del texto en forma impersonal. Conviene dividir los trabajos en secciones. Los originales en: Introducción, Material o Pacientes y Métodos, Resultados y Discusión. Se recomienda que cada sección encabece páginas separadas. En general, es deseable el mínimo de abreviaturas, aceptándose los términos empleados internacionalmente. Las abreviaturas poco comunes deberán ser definidas en el momento de su primera aparición. Se evitarán abreviaturas en el título y en el resumen. Los autores pueden utilizar tanto las unidades métricas de medida como las unidades del Sistema Internacional (SI). Cuando se utilicen las medidas del SI es conveniente incluir las correspondientes unidades métricas inmediatamente después, en paréntesis. Los fármacos deben mencionarse por su nombre genérico. Los instrumentos utilizados para realizar técnicas de laboratorio u otras, deben ser identificados, en paréntesis, por la marca así como por la dirección de sus fabricantes.

## **Bibliografía**

Las citas bibliográficas deben ser numeradas consecutivamente por orden de aparición en el texto en números volados. La referencia de artículos de revistas se hará en el orden siguiente: autores, empleando el o los apellidos seguido de la inicial del nombre, sin puntuación, y separando cada autor por una coma; título completo del artículo en lengua original; nombre de la revista según abreviaturas del Index Medicus, disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/jrbrowser.cgi>; año de aparición, volumen e indicación de la primera y última página. Deben mencionarse todos los autores cuando sean seis o menos; cuando sean siete o más deben citarse los seis primeros y añadir después las palabras "et al.". Un estilo similar se empleará para las citas de los libros. A continuación se exponen tres ejemplos:

## **Artículo**

Fernández Rivas A, Erkoreka L, Vivanco González E, Landa Aqueche M, Sesma Pardo E, Pérez Cabeza L, et al. Adopción y alteraciones de conducta en la adolescencia. Estudio en población hospitalaria. An Pediatr (Barc). 2014;80:21-7.

## **Libro**

García Nieto V, Santos F, Rodríguez Iturbe B, editores. Nefrología Pediátrica. 2ª ed. Madrid: Grupo Aula médica; 2006.

## **Capítulo de libro**

Franco M, Sánchez-Lozada LG, Herrera Acosta J. Fisiología glomerular. En: García Nieto V, Santos F, Rodríguez Iturbe B, editores. Nefrología Pediátrica. 2ª ed. Madrid: Grupo Aula médica. 2006. p. 9-38.

No deben incluirse en la bibliografía citas del estilo de “comunicación personal”, “en preparación”, “sometido a publicación” o de resúmenes de Congresos que no estén publicados en una revista científica. Si se considera imprescindible citar dicho material debe mencionarse su origen en el lugar correspondiente del texto.

Para elaborar la bibliografía pueden consultarse las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (actualizadas en agosto de 2013). Disponible en: [http:// www.icmje.org](http://www.icmje.org).

## **Tablas**

Deben ser numeradas en caracteres árabes por orden de aparición en el texto. Serán escritas a doble espacio, no sobrepasarán el tamaño de un folio y se remitirán en hojas separadas. Tendrán un título en la parte superior que describa concisamente su contenido, de manera que la tabla sea comprensible por sí misma sin necesidad de leer el texto del artículo. Si se utilizan abreviaturas deben explicarse al pie de la tabla. Debe evitarse presentar los mismos datos en texto, tablas y figuras.

## **Figuras**

Tanto se trate de gráficas, dibujos o fotografías, se numerarán en caracteres árabes de manera correlativa y conjunta como figuras, por orden de aparición en el texto. Las figuras deben tener una resolución mínima de 300 dpi y uno de los siguientes formatos: JPG, EPS, TIFF y PDF y MS Office. También puede mandar archivos comprimidos (.zip, .tar, .tar.gz y .tgz). Para la confección de gráficos, los autores deben seguir las pautas establecidas en el documento “Gráficos de datos estadísticos en medicina” disponible en <http://www.seh-lelha.org/graficos.htm>.

Eventualmente es posible la reproducción de fotografías o dibujos en color, siempre que sea aceptado por el Equipo de Dirección y Redacción y exista acuerdo previo económico de los autores con Elsevier España. Si se reproducen fotografías o datos de pacientes, éstos no deben ser identificativos del sujeto. En todos los casos deben acompañarse de un consentimiento informado escrito de los padres que autorice su publicación, reproducción y divulgación en soporte papel y en Internet en formato de libre acceso en ANALES DE PEDIATRÍA (Barcelona). Las figuras se acompañarán del correspondiente pie, escrito en hoja incorporada al texto.

## RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Los autores son responsables de obtener los oportunos permisos para reproducir en ANALES DE PEDIATRÍA material (texto, tablas o figuras) de otras publicaciones. Estos permisos deben solicitarse tanto al autor como a la editorial que ha publicado dicho material.

**Autoría.** En la lista de autores deben figurar únicamente aquellas personas que han contribuido intelectualmente al desarrollo del trabajo. Haber ayudado en la colección de datos o haber participado en alguna técnica no son por sí mismos criterios suficientes para figurar como autor. En general, para figurar como autor se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Haber participado en la concepción y realización del trabajo que ha dado como resultado el artículo en cuestión.
2. Haber participado en la redacción del texto y en las posibles revisiones del mismo.
3. Haber aprobado la versión que finalmente va a ser publicada. La Secretaría de Redacción de ANALES DE PEDIATRÍA declina cualquier responsabilidad sobre posibles conflictos derivados de la autoría de los trabajos que se publican en la Revista.

**Publicación previa y redundante.** El contenido del artículo debe ser completamente original, no haber sido publicado previamente ni estar enviado a cualquier otra publicación (ni sometido a consideración). Estas restricciones no son aplicables a los resúmenes publicados de comunicaciones, ponencias o conferencias presentados en reuniones científicas nacionales o internacionales. Cuando el artículo enviado para publicación sea de un tema similar al de otro artículo publicado por los autores, deberán enviar una copia de dicho trabajo para que el Equipo de Dirección y Redacción compruebe que no existe riesgo de duplicación o de redundancia en la publicación. Los autores deben ser conscientes de que no revelar que el material sometido a publicación ha sido ya total o parcialmente publicado constituye un grave quebranto de la ética científica.

**Consentimiento informado. Comités de investigación y/o Ética.** Los autores deben mencionar en la sección de métodos que los procedimientos utilizados en los pacientes y controles han sido realizados tras obtención de un consentimiento informado de los padres. Es necesario que el estudio haya sido revisado y aprobado por los Comités de Investigación y/o Ética de la institución donde se ha realizado el estudio. Cuando se describan experimentos con animales hay que indicar si se han seguido las correspondientes recomendaciones institucionales y nacionales reguladoras del cuidado y la utilización de animales de laboratorio. En el caso de la descripción de casos clínicos en cualquiera de las secciones de la revista, fundamentalmente cuando el paciente pueda ser reconocido bien por la descripción de la enfermedad o por las figuras que ilustren el artículo, deberá enviarse un consentimiento informado de padres o tutores explicitando su permiso para la publicación tanto del texto del artículo como de las posibles imágenes del mismo.

Del mismo modo, en todos los casos, los autores deberán declarar que han seguido los protocolos establecidos por sus respectivos centros sanitarios para acceder a los datos de las historias clínicas cuando vayan a ser utilizados en investigación y divulgación entre la comunidad científica.

## ENVÍO DE MANUSCRITOS

Los manuscritos para ANALES DE PEDIATRÍA deben enviarse a través de la página web <http://ees.elsevier.com/anpedia>. Para enviar un manuscrito sólo tiene que entrar en dicha página y seguir las instrucciones de la pantalla. Todos los artículos deben acompañarse de una carta firmada por todos los autores del trabajo, manifestando que:

- El manuscrito es remitido en exclusiva a ANALES DE PEDIATRÍA de forma que no está siendo sometido a consideración en cualquier otra publicación y que no ha sido publicado previamente ni en todo ni en parte. Estas restricciones no son aplicables a los resúmenes derivados de las presentaciones en Congresos u otras reuniones científicas.
- Los autores son responsables de la investigación (confirmación autoría).
- Los autores han participado en su concepto y diseño, análisis e interpretación de los datos, escritura y corrección del manuscrito, así como que aprueban el texto final que ha sido enviado a ANALES DE PEDIATRÍA. Esta información también puede escribirse en el apartado Enter Comments de la página web <http://ees.elsevier.com/anpedia>
- Los autores especifican su titulación laboral y académica.

**Declaración de conflicto de intereses.** En el apartado **Additional Information**, los autores deberán especificar obligatoriamente si hay algún conflicto de intereses en relación a su manuscrito. Especialmente, en estudios con productos comerciales, los autores deberán declarar si poseen acuerdo alguno con las compañías cuyos productos aparecen en el manuscrito enviado o si han recibido ayudas económicas de cualquier tipo por parte de las mismas a fin de discutir con los autores implicados cómo debe ser referido este hecho en la publicación.

En todos los casos, deberán cumplirse los requisitos incluidos en An Esp Pediatr 2002; 56: 497-499 y hacerse constar explícitamente las relaciones de este tipo que hayan existido durante los 5 últimos años. La Secretaría de Redacción acusará recibo. El manuscrito será inicialmente examinado por el Equipo de Dirección y Redacción y si se considera válido será remitido a los revisores externos. El Equipo de Dirección y Redacción, ya directamente o una vez atendida la opinión de los revisores, se reserva el derecho de rechazar los trabajos que no juzgue apropiados, así como de proponer las modificaciones de los mismos que considere necesarias. Antes de la publicación en versión impresa o electrónica del artículo, el autor de correspondencia recibirá por correo electrónico las pruebas del mismo para su corrección, que deberán ser devueltas en el plazo de 48 horas siguientes a su recepción.

**Compruebe el contenido de su envío.** Página titular incluyendo: título, lista de autores, nombre y dirección del centro, financiación, teléfono, fax del autor, e-mail, recuento de palabras, fecha de envío; Resumen en castellano; Palabras clave; Texto; Bibliografía; Leyendas de las figuras (en hoja aparte); Tablas; Figuras identificadas.

## Maltrato y discapacidad en menores de edad

M. Iglesias Rueda\*

*Universitat Rovira i Virgili, Facultat de Enfermeria, Tortosa, España.*

### Resumen

#### PALABRAS CLAVE

Maltrato infantil;  
Niño;  
Cuidador;  
Indicadores;  
Discapacidad.

**Introducción:** El maltrato de los niños, incluidos los discapacitados, es un asunto crítico de salud pública. Actualmente la sociedad no muestra suficiente conciencia sobre la vulnerabilidad que estos pueden presentar frente al maltrato.

**Objetivo:** Analizar el maltrato en la infancia en general, así como, en los menores discapacitados en particular, y describir la incidencia y prevalencia del mismo en la familia.

**Pacientes y métodos:** El presente trabajo subdividido en dos tipos de revisión, bibliográfica y documental, se centra en analizar los factores de riesgo relacionados con el maltrato infantil.

**Resultados:** Hemos podido observar como la relación existente entre infancia y discapacidad se convierte en un círculo vicioso en el que el maltrato crea o agrava una discapacidad, y que a su vez, aumenta el riesgo de maltrato.

**Conclusión:** Podemos concluir como existe una relación positiva entre la discapacidad que padecen los menores de edad y el maltrato infantil que llegan a sufrir. Por lo que es imprescindible ponerse en marcha para poder llegar a mitigar la influencia de todos los factores de riesgo específicos de estos niños.

## Abuse and disabilities in children

### Abstract

---

#### KEY WORDS

Child maltreatment;  
Child;  
Caregiver;  
Indicators;  
Disability.

**Introduction:** The abuse of children, including the disabled, is a critical public health issue. Currently the society does not show sufficient awareness of the vulnerability they may have against the abuse.

**Objective:** Analyze the abuse on children in general, as well as in younger persons with disabilities in particular, and describe the incidence and prevalence of the same family.

**Patients and methods:** this study divided into two types of review, bibliographic and documentary, focuses on analyzing risk factors related to child maltreatment.

**Results:** We have seen how the relationship between childhood and disability becomes a vicious circle in which abuse creates or exacerbates a disability, and that in turn, increases the risk of abuse.

**Conclusion:** We can conclude as there is a positive relationship between the disability suffered by minors and child abuse that come to suffer. So it is essential to start to get mitigate the influence of all the factors of risk of these children.

---

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [marina.iglesias.rueda@gmail.com](mailto:marina.iglesias.rueda@gmail.com)

2016 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elseiver España, S.L.  
Todos los derechos reservados.

## Introducción

El maltrato de los niños, incluidos los discapacitados, es un asunto crítico de salud pública que se incrementa en el tiempo de manera alarmante. Es un tema de suma importancia social, y que sin embargo, carece de investigaciones que traten el problema y tengan en cuenta a toda la población infantil, sea cual sea su edad. <sup>1, 2, 3</sup>

Actualmente, a pesar de la existencia de multitud de leyes contra este agravio, continúan existiendo culturas y zonas del planeta donde el abandono y las muertes por maltrato continúan ocurriendo. En ocasiones, nos encontramos ante la característica de la discapacidad de la infancia maltratada, los cuales, reciben un trato poco digno, pudiendo llegar a padecer consecuencias tanto a corto como a largo plazo en su desarrollo físico, psíquico y social. La Plataforma de Infancia Española, más recientemente, ha reiterado que se trata de un colectivo en situación de alto riesgo, estimándose que son entre 4 y 10 veces más proclives a ser maltratados, que los que no presentan ninguna discapacidad. <sup>1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12</sup>

Cada modalidad de maltrato puede darse tanto en una gran diversidad de formas y niveles de gravedad, como en cualquier contexto, tanto intrafamiliar como extrafamiliar, no siendo consustancial a una determinada clase social, nivel socioeconómico o educativo. Así pues, Díaz Huertas et al., García Caballero y González Meneses, manifiestan como este puede clasificarse desde diversas perspectivas: según el momento en el que se produce el maltrato (prenatal, postnatal), según los autores del maltrato (familiar, extrafamiliar, institucional, social), y según las acciones concretas que constituyen el maltrato infligido (maltrato físico, negligencia, maltrato emocional, abuso sexual). O bien, clasificarse desde diferentes formas de expresión: abuso (físico, psicológico, sexual), abandono (físico, emocional), negligencia, explotación y síndrome de Münchhausen. <sup>4, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21</sup>

Gómez de Terreros, la Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y Prevención del Maltrato, señalan como el maltrato infantil no es un fenómeno simple, sino un problema de extrema complejidad, que requiere de un enfoque multidimensional. Las primeras teorías relacionadas con esta problemática, se centraban en la búsqueda de “una causa”, pero más tarde se comprobó como este, no era un problema donde existía una causa única que provocase un efecto concreto.<sup>15,21</sup>

Según Fernández del Valle y Braco Arteaga, en España son muy pocos los estudios que han tratado de cuantificar el riesgo de maltrato en menores con discapacidad. Como es el caso de algunos estudios de corte clínico, en los cuales, se determina que el 5,56% de los 1.115 menores ingresados por malos tratos intrafamiliares en centros de acogida de la provincia de Zaragoza, tenían alguna discapacidad. Por lo que teniendo presente que la población con discapacidad supone un 10% de la población infantil, la infrarrepresentación entre los menores maltratados podría ser indicativa de un menor riesgo de estos menores de sufrir alguna forma de maltrato.<sup>22</sup>

Por lo que, teniendo presentes estas afirmaciones, tenemos que decir que los objetivos de nuestro estudio serán analizar el maltrato en la infancia en general y en los menores discapacitados en particular, describir la incidencia y prevalencia del maltrato infantil en la familia, los factores de riesgo del maltrato infantil en la familia, los indicadores de maltrato y las consecuencias que padecen estos menores en el ámbito familiar.

### **Pacientes y métodos**

El presente trabajo, subdividido en dos tipos de revisión, bibliográfica y documental, está encaminado a abordar los principales aspectos que intervienen en la violencia contra la infancia en general, y contra las niñas y niños discapacitados en particular, en el periodo de tiempo comprendido durante el 25 de Septiembre y el 23 de Abril de 2016.

Ante esta situación y conociendo las dificultades que acarrea este tema, se ha adoptado una doble vía para obtener una visión más completa del maltrato infantil: la de las víctimas y la de los agresores. Para ello, se utilizaron diversas páginas web, donde se buscaron documentos específicos tanto en Organismos relacionados con la Infancia como en Asociaciones profesionales, preventivas y promoción de la salud (PAPPS).

Se obtuvo información a través de diferentes bases de datos (Pubmed, Scielo, Dialnet, entre otros) en un periodo comprendido entre los años 1985 y 2016, utilizando las siguientes palabras clave, tanto en inglés como en castellano: maltrato infantil, maltreatment, disabilities, abuso sexual, maltrato psicológico, violencia intrafamiliar, niño maltratado, disabled children, child abuse, alcohol problems, intellectual disabilities, negligencia infantil e indicadores.

## **Resultados**

Los niños y niñas menores de edad, son especialmente vulnerables debido a la situación de proceso de desarrollo en la que viven. De hecho, es a lo largo de la infancia cuando se produce su desarrollo físico, psicológico y social. Pudiendo producir no solo consecuencias inmediatas en ellos, sino también consecuencias a largo plazo, que pueden llegar a ser permanentes y afectar a su capacidad futura de adaptación personal, familiar y social. <sup>4, 7, 9, 11, 19, 23, 24</sup>

También se habla de niños con una tremenda capacidad de “resiliencia”. Los cuales, experimentan situaciones graves de maltrato y no presentan problemas importantes en su desarrollo ni a corto ni a largo plazo. Sin embargo, la mayoría de las situaciones de maltrato, acaban afectando negativamente a los niños. <sup>20, 25</sup>

La familia, es imprescindible para la protección requerida por estos menores. Según el estudio realizado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, las situaciones de maltrato y abandono infantil se producen muy frecuentemente en un ambiente privado y en el contexto del domicilio familiar, siendo sus padres o cuidadores los autores de agresiones, abusos y graves negligencias. Por lo que es poco probable observarlas de manera directa. Y en consecuencia, su detección ha de ser realizada basándose en sus manifestaciones externas. <sup>19, 20, 24, 26</sup>

El estado social y la situación económica de la familia no son determinantes, aunque con mayor frecuencia, se produce en contextos donde existen problemas económicos y en situación de hacinamiento. Los tipos de discapacidad que con mayor grado reciben maltrato por parte de los cuidadores, son los niños con ceguera, sordera, enfermedad crónica, retraso en el desarrollo y comportamientos o emociones desordenadas. <sup>12,18, 21, 24, 26, 27, 28</sup>

Uno de los pocos estudios realizados en España que ha tratado de cuantificar el maltrato en menores con discapacidad, ha sido la investigación realizada por Filippini et al., a través de la cual podemos observar como la infancia con discapacidad tiene una probabilidad 3,7 veces mayor de experimentar negligencia, 3,8 veces más de sufrir maltrato físico y emocional, y 4 veces más de sufrir abuso sexual. <sup>29</sup>

Cooke y Standen manifiestan como el abuso sexual es más frecuente en discapacitados psíquicos que en otros tipos de discapacidad. Así pues, Verdugo, Alcedo, Bermejo y Aguado, ratifican esta afirmación, ya que dichos autores señalan como con más frecuencia el sexo masculino es el responsable de los porcentajes más altos de maltrato físico y psicológico, mientras que la madre biológica lo es de la negligencia. Siguiendo esta premisa, Kennedy señala como dos de cada tres chicas y uno de cada tres chicos con discapacidad han sufrido algún tipo de abuso sexual a lo largo de su infancia. <sup>4, 20, 26, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36</sup>

Sin embargo, Olivan no está de acuerdo con que el aumento de incidencia de maltrato infantil esté relacionado con la discapacidad, ya que según él, en algunos estudios se ha podido encontrar como los menores con discapacidad sufren los mismos tipos de maltrato y en una proporción similar, que el resto de la población infantil sana. De manera más concreta, Eguren, Gutiérrez, Herrero y López, señalan como parece no existir una mayor incidencia de situaciones de maltrato, ni familiar, ni escolar, ni entre iguales, en población con discapacidad visual. Incluso se ha encontrado como el hecho de ser ciego total disminuye la probabilidad de sufrir maltrato. <sup>25, 36, 37, 38</sup>

En lo que respecta al sexo, se ha podido comprobar como existe una mayor incidencia de abuso sexual en chicas que en chicos con retraso mental. En ellos, el tipo de maltrato que más predomina es el abuso físico o la negligencia. Así mismo, algunos estudios informan de proporciones de agresión sexual que corresponden a dos de cada tres chicas y uno de cada tres chicos con discapacidad, siendo la prevalencia de maltrato infantil mayor en la infancia que en la adolescencia. <sup>26, 31, 36</sup>

En lo que a los factores de riesgo se refiere, ninguno por sí solo explica la ocurrencia de maltrato, ya que está totalmente descartado el intentar explicar el fenómeno del maltrato infantil con un solo factor. De hecho, se requiere de la acumulación de varios factores para poder catalogar a un niño con maltrato, como son el tipo de maltrato sufrido, su gravedad, frecuencia o la edad del niño. Por lo que no todos los niños se ven afectados por igual ante esta situación. <sup>20, 21, 26, 36</sup>

## Conclusiones

Desde los años 90 numerosos autores han alertado sobre la especial vulnerabilidad de los niños y niñas con discapacidad al maltrato. Como es el caso de la única investigación específica realizada en España, por Verdugo, Bermejo y Fuertes sobre el maltrato a niños y niñas con discapacidad intelectual, llevada a cabo en el año 1995. En ella, se aportaron datos de una prevalencia de maltrato en esta población que cuadruplicaba a la que se produce en niños y niñas sin tal discapacidad.<sup>12</sup>

Sin embargo, a pesar de ser un problema de salud de primer orden, que tiende a repetirse y a aumentar de intensidad, la investigación en este campo ha sido, y sigue siendo escasa, encontrándonos ante una revisión bibliográfica y documental poco reciente.

Hemos podido observar, como la relación existente entre infancia y discapacidad se convierte en un círculo vicioso en el que el maltrato crea o agrava una discapacidad que a su vez, aumenta el riesgo de maltrato. Por lo que podemos decir que existe una relación directa entre maltrato infantil y discapacidad. Ya que los niños con discapacidad tienen mayor riesgo de sufrir maltrato, lo sufren con más frecuencia, son más vulnerables a sus efectos, y están expuestos a formas específicas de violencia o abuso.

A modo más general, podemos observar como el maltrato infantil es un problema multicausal, en el que intervienen las características del agresor, el agredido, el medio ambiente que les rodea y el estímulo disparador de la agresión. Como es el caso del problema del alcohol. Donde muchos estudios han podido encontrar una relación positiva entre padecer maltrato en la infancia y ser maltratador en la edad adulta a consecuencia del riesgo de consumo peligroso o nocivo del mismo.

Una de las principales características del abuso sexual en la población con discapacidad intelectual a diferencia de la población sin tal discapacidad, es que la vulnerabilidad a este tipo de abuso no desciende a medida que el niño con discapacidad se hace mayor, si no que por el contrario se mantiene con el paso de los años.

Actualmente, a pesar de que la desprotección infantil sigue siendo un problema social grave que afecta a toda la sociedad, y de manera especial a los profesionales sanitarios, su detección precoz continua siendo muy escasa. Por lo que no puede ni debe ser eludido por nadie. Siendo importante, capacitar y formar de manera específica a los profesionales sanitarios, con la finalidad de prevenirlo, identificarlo e iniciar su abordaje terapéutico de manera temprana. Ya que a medida que el maltrato se cronifica y el niño o la niña pasan más tiempo sufriendo el problema, las posibilidades de recuperación del daño sufrido disminuyen.

De manera más concreta, hemos podido observar como las chicas tienen mayor tendencia a sufrir trastornos de internalización, como son la depresión, ansiedad o aislamiento, seguidos del nerviosismo. Mientras que los chicos suelen presentar comportamientos violentos. Y con mayor frecuencia, son los niños los más susceptibles al maltrato físico, mientras que son las niñas en edad escolar las que más sufren el abuso sexual.

Por ello, el maltrato infantil ha de ser comprendido como un fenómeno complejo y nunca aislado, donde se aprecian las relaciones entre el adulto y el niño, haciéndose visible los conflictos generados por las expectativas de la familia al tratar el niño discapacitado por el deseado.

## **Bibliografía**

1. Pineda Pérez E, Gutiérrez Baró E, Díaz Franco A.M. Estrategia educativa para el control y prevención del maltrato infantil dirigida a padres de niños con síndrome de Down. Revista Cubana de Pediatría. 2011; 83 (1): 22 - 23.
2. Sepúlveda García de la Torre, A. La violencia de Género como causa de maltrato infantil. Cuadernos de Medicina Forense. 2006; 12 (43 - 44): 149 - 164.
3. Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Children with disabilities. Assessment of Malteatment of children with disabilities. American academy of pediatrics. 2001; (108): 508-512.
4. Berástegui Pedro - Viejo A. y Gómez - Bengoechea B. Los menores con discapacidad como víctimas del maltrato infantil: una revisión. Intervención Psicosocial. 2006; 15 (3): 293 - 306.
5. Soriano Díaz A. Maltrato infantil. Segunda Edición. Madrid: Editorial San Pablo; 2001.
6. Moreno Manso JM. Maltrato infantil. Madrid: Editorial EOS Gabinete de Orientación Psicológica; 2002.
7. Casado Flores J, Díaz Huertas JA, Martínez González Carmen. Niños maltratados. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1997
8. Campoy Cervera I. Estudio sobre la situación de los niños y las niñas con discapacidad en España. Madrid: Editorial Huygens. 2013; (2).
9. Díaz Huertas J.A, Ruiz Díaz MA, Ruiz Díaz V. Maltrato Infantil y su relación con las discapacidades. Infancia y Discapacidad. Sociedad de Pediatría Social; 2007: 65 – 76.

10. Sullivan PM, Knutson JF. (2000). Maltreatment and disabilities: A population based epidemiological study. *Child Abuse and Neglect*; 2000; (24): 1257- 1273.
11. Niños, niñas y adolescentes con discapacidad, víctimas invisibles de la violencia. Plataforma de infancia Española; 2015.
12. Verdugo MA, Bermejo BG, Fuertes J. The maltreatment of intellectually handicapped children and adolescents. *Child Abuse and Neglect*; 1995; 19 (2): 205 – 215.
13. Díaz Huertas J.A, Romeu Soriano FJ, Puyo Marín C, Gotzens Busquets F, Requena Manzano E, Seiquer Carasa J, et al. Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos. Observatorio Infancia. Grupo de trabajo sobre el maltrato infantil. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.
14. García Caballero C, González Meneses A. *Pediatría Social*. 2ª Edición. Madrid: Edición Díaz de Santos; 2000 (1): 357 – 361.
15. Gómez de Terreros I. Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil. Granada: Editorial Comares; 1997.
16. Palacios J, Jiménez JM, Oliva A, Saldaña D. *Malos tratos a los niños en la familia*. Madrid: Editorial Alianza; 1998: 399-422.
17. Echeburua E, Del Corral P. *Manual de violencia familiar*. Madrid: Editorial Siglo XXI; 1998.
18. Castellano M. *Violencia en el medio familiar*. 5ª Edición. Barcelona: Editorial Masson. *Medicina legal y toxicológica*; 1998: 444 – 454.

19. Arruabarrena, M<sup>a</sup> I. Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad. Universidad del País Vasco, Spain. *Psychosocial Intervention*; 2011; 20 (1): 25 – 44.
20. Arruabarrena M.I, De Paúl J. Maltrato a los niños en la familia: Evaluación y tratamiento. Segunda Edición. Madrid: Editorial Pirámide; 2001.
21. Asociación Andaluza para la Defensa de la Infancia y la Prevención del Maltrato. Guía de atención al Maltrato infantil. Madrid: Editorial ADIMA, 1993.
22. Fernández del Valle J, Braco Arteaga A. Maltrato infantil: Situación actual y respuestas sociales. *Psicothema*. 2002; (14): 118 – 123.
23. Zubizarreta Anguerra I. Consecuencias Psicológicas del Maltrato doméstico en las mujeres y en sus hijos e hijas. Jornada de Trabajo para el profesorado. Proyecto EMAKUNDE. Gobierno Vasco; 2004: 11.
24. Verdugo MA, Bermejo BG, Fuertes J. Maltrato infantil y minusvalía. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1993.
25. Aracena M, Castillo R, Haz AM, Cumsille F, Muñoz S, Bustos L, et al. Resiliencia al Maltrato Físico Infantil. Variables que diferencia a los sujetos que maltratan y no maltratan físicamente a sus hijos en el presente y que tienen una historia de maltrato físico en la infancia. *Revista de Psicología*. Universidad de Chile; 2000; 9 (1): 11 – 28.
26. Verdugo MA., Alcedo M<sup>a</sup>A., Bermejo B., Aguado AL. El abuso sexual en personas con discapacidad intelectual. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad. *Psicothema* 2002; (14).

27. Murphy N. Maltreatment of children with disabilities: the breaking point. *J. Child Neurol*; 2011; 26(8):1054 – 1056.
28. González RA, Kallis C, Ullrich S, Barnicot K, Keers R, Coid JW. Childhood maltreatment and violence: Mediation through psychiatric morbidity. *Child Abuse and Neglect*; 2016; 52: 70 – 84.
29. Filippini, M, Lució S, Rodrigues A, Díaz C, Royo A, Fyca G. et al. Infancia, Discapacidad y Violencia. Facilitar el desarrollo de estrategias de prevención en las Asociaciones de Discapacitados; 2004.
30. Cooke P, Standen PJ. Abuse and disabled children: Hidden Needs?. *Child Abuse Review*; 2002; (11): 1-18.
31. Kennedy M. Encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad. Agresiones sexuales y discapacidad infantil. Madrid: Edición Narcea; 1996: 139 - 159.
32. Sánchez D, Sánchez D, Chacon O, Muñoz M, Mendoza M, Pereyra S et al. Maltrato Infantil. *Revista Médica Rebagliati*; 2012; 1(1): 36 - 40.
33. Vásquez Barrios A, Cáceres N. El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud. Editorial Buenos Aires: Organización Panamericana de la salud; 2008.
34. Guía para detectar, notificar y derivar situaciones de maltrato infantil en Aragón. Servicio Aragonés de Servicios Sociales y Asociación de Desarrollo Comunitario. Programa de prevención y detección de situaciones de desprotección y maltrato infantil. Zaragoza; 2001.

35. Herrada-Huidobro A, Nazar-Beutelspacher A, Cassaball-Núñez M, Vega-Ramos R, Nava-Cruz CB. El niño maltratado en Tlaxcala: estudio de casos. *Salud Pública de México*; 2015; 34 (6): 626 – 634.
36. McCabe M, Cummins R. An empirical study of the sexual abuse of people with intellectual disability. *Sexual and Disability*; 1994; (12): 297 – 306.
37. Olivan G. Maltrato en niños con discapacidades: características y factores de riesgo. *Anales Españoles de Pediatría*. 2002; 56 (3): 219-223.
38. Eguren Sáez P, Gutiérrez Rodríguez H, López Taboada JL, Herrero Pérez M.I. Maltrato y discapacidad visual. *Psicología Educativa*; 2006; 12 (1): 21 – 33.

