
PROTOCOLO COMÚN DE ACTUACIÓN SANITARIA FRENTE A LA VIOLENCIA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (2023)

Este documento ha sido aprobado por Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 30 de abril de 2024.

Cita sugerida: Ministerio de Sanidad. Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia (2023). Madrid; 2023.

Este documento ha sido elaborado por el Grupo de Trabajo para la elaboración del Protocolo Común de Actuación frente a la Violencia en NNA en el SNS. (CoViNNA)

Contenido

PROTOCOLO COMÚN DE ACTUACIÓN SANITARIA FRENTE A LA VIOLENCIA EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (2023).....	1
Abreviaturas	4
1. Resumen ejecutivo.....	5
2. Justificación del documento.....	9
3. Definición de violencia durante la infancia y la adolescencia	12
4. Situación epidemiológica.	13
5. Promoción del buen trato, del desarrollo, de la salud y los derechos de la infancia.....	14
6. Prevención de la violencia sobre niños, niñas y adolescentes en el ámbito sanitario.....	18
7. Resumen de la intervención asistencial. Algoritmo.	23
8. Detección o sospecha de la situación de violencia	24
8.1. Negligencia	26
8.2. Violencia emocional o psicológica	28
8.3. Violencia física	29
8.4. Violencia sexual	32
8.5. Trata y explotación infantil.....	35
8.6. Otros tipos de violencia	37
9. Diagnóstico diferencial.....	41
10. Valoración inicial de la violencia en niños, niñas o adolescentes	41
10.1. Recomendaciones para la valoración.....	41
10.2. Procedimiento de valoración	46
10.2.1. Valoración del riesgo vital y la gravedad clínica.....	46
10.2.2. Valoración de la seguridad (riesgo de desprotección)	48
10.2.3. Valoración del riesgo de recurrencia.....	48

10.2.4. Procedimiento según el resultado de la evaluación.....	49
11. Notificación.	51
12. Intervención y seguimiento.....	53
13. Registro en la historia clínica e informes.	56
14. Coordinación interdisciplinar y derivación a otros profesionales.....	56
15. Monitorización y evaluación del protocolo.	59
16. Anexos.....	60
Anexo 1. Experiencias Adversas en la Infancia y Experiencias Beneficiosas en la Infancia.	60
Anexo 2. <i>Clasificación de Adams</i>	61
Anexo 3. Diagnóstico diferencial	63
Anexo 4 Guía de recursos estatales y autonómicos	64
17. Bibliografía.....	65
18. Autoría.....	76
19. Fe de erratas	82

Abreviaturas

- AP: Atención Primaria
- AH: Atención Hospitalaria
- VSI: Violencia Sexual Infantil
- CCAA: Comunidades y ciudades autónomas
- CDN: Convención sobre los Derechos del Niño
- CEPIA: Consejo Estatal de Participación de la Infancia y Adolescencia
- CoViNNA: Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
- DSS: Determinantes sociales de la salud
- EEVIA: Estrategia de Erradicación de la Violencia contra la Infancia y Adolescencia
- EAI: Experiencias adversas en la infancia
- EBI: Experiencias beneficiosas en la infancia
- EPPI: Entidad pública de protección a la infancia (dependiente de la CCAA)
- FFCCSS: Fuerzas y cuerpos de seguridad
- FR: Factores de riesgo
- HC: Historia clínica
- IMLCF: Institutos de medicina legal y ciencias forenses
- ITS. Infecciones de transmisión sexual
- LGTBI: Lesbianas, gais, transexuales, bisexuales o intersexuales
- LOPIVI: Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.
- MGF: Mutilación genital femenina
- NICE: National Institute for Health Care and Excellence
- NNA: Niños, niñas y adolescentes.
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- PL: Parte de lesiones
- PSI: Programa Salud Infantil
- RUMI: Registro Unificado de Maltrato Infantil
- SSM: Servicios Sociales Municipales
- TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
- TEA: Trastornos del espectro autista
- TIC: Tecnologías de la información y comunicación
- TSS: Trabajo social sanitario
- VHB: Virus hepatitis B
- VHC: Virus hepatitis C
- VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana
- VPH: Virus del papiloma humano
- SNS: Sistema nacional de salud
- SQ: Sumisión química
- SVQ: Sumisión y/o vulnerabilidad química
- VQ: Vulnerabilidad química

1. Resumen ejecutivo

La lucha contra la violencia en la infancia y la adolescencia es un imperativo de derechos humanos y constituye una cuestión de salud pública. La violencia y sus consecuencias se pueden prevenir o atenuar a través de medidas sistemáticas basadas en evidencia científica, entre las que se encuentra garantizar una respuesta integral, multidisciplinar y de calidad de los servicios de atención a la infancia y adolescencia, entre ellos los servicios sanitarios.

La violencia sufrida en la infancia afecta a la salud y el bienestar a lo largo de toda la vida. El estrés que conlleva afecta al desarrollo cerebral sobre todo durante los primeros años de vida, así como también durante la adolescencia, pudiendo perjudicar el rendimiento académico y profesional con posibles problemas cognitivos, de lenguaje, desarrollo psicomotor, etc. Puede existir una afectación del vínculo de apego que dificultará las relaciones sociales, y una mayor impulsividad y baja autoestima. Además, se afectan otros sistemas como el endocrino, circulatorio, osteomuscular, reproductivo, respiratorio e inmunológico y sus consecuencias pueden durar toda la vida. Por ello, y porque es su derecho, se debe realizar un apoyo integral e interdisciplinar a los niños, niñas y adolescentes (NNA)¹ que han sufrido violencia con profesionales formados en el tema y durante el tiempo que sea preciso, apoyando y contando con sus personas cuidadoras.

En España, las cifras oficiales provienen del Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI) que en 2021 registró 21.521 notificaciones de casos sospechosos de violencia en personas menores de edad, sin embargo, como ocurre a nivel internacional, diversos estudios de prevalencia muestran que está infra notificado.

En 2021, se aprobó la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI), que persigue establecer un nuevo paradigma de prevención de la violencia y protección de los NNA a través de una aproximación integral desde la perspectiva de los derechos de niños, niñas y adolescentes, y teniendo en cuenta la naturaleza multidimensional de sus factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud.

¹ A efectos de este protocolo se considera niños, niñas y adolescentes a las personas menores de 18 años de edad, cualquiera que sea su sexo, orientación e identidad sexual y expresión de género.

Este protocolo pretende unificar la respuesta del ámbito sanitario a la violencia en la infancia y la adolescencia a nivel nacional, como estipulan tanto las recomendaciones internacionales, como la propia LOPIVI. Está dirigido a profesionales del sistema sanitario, asistenciales o no asistenciales, así como y también a todas aquellas personas con responsabilidad en la gestión y planificación de políticas y recursos sanitarios. Aborda la violencia ejercida sobre la infancia y adolescencia, entendida, según queda definida por la LOPIVI, “como toda acción, omisión o trato negligente que priva a las personas menores de edad de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, con independencia de su forma y medio de comisión, incluida la realizada a través de las tecnologías de la información y la comunicación, especialmente la violencia digital”. Pretende sistematizar la promoción del buen trato, la prevención, la detección y el abordaje integral de todos los casos de violencia desde una perspectiva de equidad, género, accesibilidad, no discriminación y curso de vida.

La promoción del buen trato debe identificar los determinantes sociales contribuyendo a promover entornos seguros y saludables, así como actuar a nivel individual informando y capacitando a las personas responsables del niño, niña o adolescente sobre cuáles son y cómo satisfacer sus necesidades básicas, autonomía y capacidad para lograr un desarrollo integral y saludable en cada etapa del desarrollo. Para conseguirlo, la promoción del buen trato a la infancia y adolescencia debe estar integrada en cualquier momento del proceso asistencial, incluyendo el embarazo, y en cualquier contacto con el NNA y su familia, respetando su autonomía, promoviendo su participación y garantizando espacios y procedimientos adaptados a las características personales, derechos y situación emocional de los NNA y de sus acompañantes, y ofreciendo atención respetuosa y adecuada a las creencias y costumbres, siempre que no supongan un riesgo para la salud o integridad de la persona menor de edad.

Para contribuir desde el ámbito sanitario a la prevención de la violencia, este protocolo se dirige a reducir la prevalencia de factores de riesgo (prevención primaria), a través de la valoración del riesgo psicosocial, que incluye la valoración tanto de las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) como de las Experiencias Beneficiosas en la Infancia (EBI), permitiendo visibilizar y valorar las vulnerabilidades y fortalezas del NNA y su entorno, así como facilitar la identificación precoz de situaciones de riesgo de violencia (prevención secundaria), y la puesta en marcha de los apoyos necesarios para corregir o atenuar estas situaciones de riesgo de una manera integral y coordinada (prevención terciaria). Además, este protocolo recomienda otras intervenciones para abordar el riesgo y prevenir la

violencia, como son el acceso temprano a servicios prenatales y posnatales en embarazos de riesgo, visitas domiciliarias desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida, programas de parentalidad positiva individuales y grupales; programas de tratamiento para personas responsables que fueron víctimas de maltrato en su infancia; evaluación de todos los NNA que hayan presenciado o sufrido actos violentos; abordaje de las diferentes adicciones o trastornos psiquiátricos de las personas responsables a través de las instancias que se consideren para su tratamiento; acceso a terapia familiar; entre otras.

El abordaje integral de la violencia se inicia en el momento de su detección o sospecha de un posible caso de violencia. Los servicios sanitarios son un ámbito privilegiado para la detección precoz de las situaciones de violencia durante la infancia y la adolescencia debido al contacto frecuente y cercano que tienen con los NNA y sus familias. Sin embargo, para que esto sea posible, las y los profesionales sanitarios deben estar formados en la detección de indicadores de sospecha de cada tipo de violencia y tener en cuenta que la identificación de alguno implicará siempre la valoración de otras personas menores de edad convivientes en ese hogar. En este protocolo se detallan los principales indicadores de sospecha para los casos de negligencia, violencia emocional o psicológica, violencia física, violencia sexual, así como trata y explotación infantil. Otros documentos podrán ser elaborados con posterioridad para profundizar en otros tipos de violencia.

Una vez detectado un posible caso es imprescindible llevar a cabo una minuciosa historia clínica y social, así como realizar las pruebas y test necesarios para llevar a cabo un diagnóstico diferencial preciso que descarte o confirme la sospecha. Si esta se confirma, es necesario realizar una valoración tanto de la gravedad clínica de las lesiones y el riesgo vital que estas conllevan, como de la seguridad o riesgo de desprotección del NNA que va a dar lugar a la adopción de un procedimiento urgente u ordinario.

Todo el proceso de detección, valoración, atención, seguimiento y recuperación a personas menores de edad víctimas de violencia se ha de realizar por un equipo compuesto, al menos, por profesionales de medicina, enfermería y trabajo social sanitario (TSS), en colaboración con otros/as profesionales o unidades especializadas, especialistas forenses, de psicología y/o del ámbito de la protección y la justicia, cuando proceda.

En este protocolo se detalla y explica también el proceso de notificación, incluyendo cuándo, a quién y cómo se debe realizar. El objetivo principal es cumplir con el deber de comunicación cualificado que está establecido en la LOPIVI. Este deber especial de comunicar recae en aquellas personas que, debido a su cargo, profesión, oficio o actividad, tienen la responsabilidad de asistir, cuidar, enseñar o proteger a niños, niñas y adolescentes. Estas personas, en el ejercicio de sus funciones, deben comunicar si tienen conocimiento de una situación de violencia ejercida sobre NNA.

En cuanto a la intervención y seguimiento en el protocolo, se establecen recomendaciones esenciales para brindar atención terapéutica integral, multidisciplinar, adaptada y especializada, en espacios amigables. Esta atención, con independencia del proceso judicial que pudiera derivar de los hechos, debe ser pública, gratuita y universal, y cumplir con la legislación correspondiente. La actuación se guía por el interés superior de NNA, garantizando su derecho a la salud, vida y desarrollo pleno, y protegiendo su derecho a no sufrir ninguna forma de violencia o abuso. También es importante tener en cuenta que los NNA que ejercen violencia también necesitan atención especializada. Es necesario homogeneizar y sistematizar el registro en la historia clínica electrónica, asegurando la confidencialidad, para facilitar el seguimiento del caso y obtener datos sobre la prevalencia de casos de violencia en NNA, lo que permitirá una adecuada monitorización y evaluación tanto del problema de salud pública en general como de este protocolo en particular.

Para un adecuado abordaje de la violencia, es necesario establecer canales de comunicación y coordinación, tanto dentro de las instituciones sanitarias, como entre ellas y con otras instituciones que participan en el proceso, como son los servicios sociales municipales (SSM), la entidad pública de protección a la infancia (EPPI) dependientes de cada CCAA, las instancias judiciales incluyendo los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (IMLCF) y la Fiscalía, fuerzas y cuerpos de seguridad (FFCCSS) e instituciones educativas, entre otras. Para ello, se recomienda establecer procedimientos para asegurar la coordinación entre los profesionales de las administraciones públicas competentes en la atención a la violencia durante la infancia y adolescencia, que redunden en una mejor asistencia y una protección eficaz en las situaciones de riesgo de violencia y desamparo o desprotección y eviten la victimización secundaria de los NNA a los que se atiende.

También se contará con las asociaciones y activos comunitarios para el abordaje integral de la violencia, tanto la prevención y promoción de los buenos tratos, como la atención y acompañamiento posterior, de forma que se promuevan redes por el buen trato.

Por último, este protocolo prevé, aunque los indicadores a tal efecto se desarrolle en una fase posterior, la monitorización y evaluación tanto de la implementación como de los resultados obtenidos en materia de calidad asistencial, protección y recuperación de proyectos vitales. Deben ser valorados con indicadores que permitan medir su impacto y grado de cumplimiento, y poder establecer medidas correctoras en caso necesario.

2. Justificación del documento

La lucha frente a la violencia en la infancia y adolescencia es un imperativo de derechos humanos y una obligación prioritaria de los poderes públicos reconocida en el artículo 39 de la Constitución Española y a nivel internacional en la Convención sobre los Derechos del Niño de 1989, ratificada por España en 1990.

Esta violencia afecta a la salud y el bienestar a lo largo de toda la vida, constituyendo un grave problema de salud pública. El estrés que conlleva afecta al desarrollo cerebral, sobre todo durante los primeros años de vida, pero también durante la adolescencia, pudiendo existir una afectación del vínculo de apego, problemas cognitivos, de lenguaje, desarrollo psicomotor, mayor impulsividad y baja autoestima, perjudicando el rendimiento académico y profesional. Además, se afectan otros sistemas como el endocrino, circulatorio, osteomuscular, reproductivo, respiratorio e inmunológico y sus consecuencias pueden durar toda la vida. Si bien son difíciles de cuantificar, no podemos olvidar los costes económicos que supone el abordaje de la violencia en la infancia y la adolescencia. El gasto anual estimado para España para el abordaje únicamente de la violencia sexual en NNA ascendió a más de 979 millones de euros, sin contar con datos de lo que se invierte en prevención de la violencia, sensibilización y educación^[1].

Ilustración 1: *Repercusiones en la salud del maltrato en personas menores de edad*



Fuente: adaptada de Reunión Consultiva sobre el Maltrato de Menores (1999: Ginebra, Suiza) [2]

Lamentablemente, este fenómeno está presente a nivel mundial. En España, las cifras oficiales provienen del Registro Unificado de Maltrato Infantil (RUMI) que en 2021 registró 21.521 notificaciones, lo que supuso un incremento del 37,18% respecto al año anterior^[3]. Sin embargo, como ocurre a nivel internacional, diversos estudios de prevalencia muestran que está infranotificado.

La violencia contra los NNA se puede prevenir a través de medidas sistemáticas basadas en evidencia científica, entre las que se encuentra garantizar una respuesta adecuada de los servicios de atención que es en la que se enmarcarían los objetivos de este protocolo.

Siendo consciente de este grave problema, en 2021 se aprobó la Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI)^[4], que persigue establecer un nuevo paradigma de prevención y protección a través de una aproximación integral, teniendo en cuenta la naturaleza multidimensional de sus factores de riesgo y los determinantes

sociales de la salud. La norma establece medidas de promoción del buen trato, prevención, protección, detección precoz, notificación, asistencia, reinstauración de derechos vulnerados y recuperación de la víctima, dirigidas a todas las administraciones, y en particular al sistema sanitario, ya que por su accesibilidad y por la relación tan estrecha y continuada con la ciudadanía, especialmente en atención primaria, es el ámbito adecuado para llevar a cabo estas acciones; siempre teniendo en cuenta la corresponsabilidad y coordinación con otros ámbitos, como educación, protección o justicia, para garantizar abordaje integral que evite la victimización secundaria.

Para coordinar y planificar todas las medidas relativas al ámbito sanitario, la LOPIVI establece la creación de la Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes (CoViNNA) del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, creada el 6 de abril, y constituida el 6 de mayo de 2022. Entre sus funciones se encuentra la elaboración de un protocolo común de actuación sanitaria que evalúe y proponga las medidas necesarias para la correcta aplicación de la ley, y cualesquiera otras medidas que se estimen precisas, para que el sector sanitario contribuya a la erradicación de esta violencia. Este protocolo se ha elaborado a partir del consenso de un grupo de personas expertas designado por la CoViNNA, tras la revisión de protocolos nacionales e internacionales y de literatura científica, en colaboración con las Comunidades y Ciudades Autónomas (CCAA), representantes de los Ministerios de Juventud e Infancia, Igualdad y Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes, así como de personas expertas y sociedades profesionales del ámbito sociosanitario, y contando con la consulta al Consejo Estatal de Participación de la Infancia y la Adolescencia (CEPIA) y a asociaciones de víctimas e infancia recogidas al final del documento.

El ámbito de actuación del protocolo es el sistema sanitario en todos sus niveles asistenciales, desde la Atención Primaria (AP) y comunitaria, a la Atención Hospitalaria (AH), incluyendo los servicios extrahospitalarios de urgencias/emergencias y la atención comunitaria, tanto del sector público como del privado.

Se dirige a profesionales del sistema sanitario que tienen contacto con NNA, tanto asistenciales (profesionales de medicina y enfermería, en las áreas de pediatría, familiar y comunitaria, ginecología y obstetricia, matronería, psiquiatría y urgencias, así como profesionales de psicología, trabajo social sanitario, fisioterapia, terapia ocupacional, salud bucodental y personal técnico de cuidados auxiliares de enfermería, celadores/as, etc.) como no asistenciales (personal de administración, salud pública,

etc.) y a todas aquellas personas con responsabilidad en la gestión y planificación de políticas y recursos sanitarios.

Las personas beneficiarias del mismo son los NNA menores de 18 años, así como sus familias y entorno social, y la ciudadanía en su conjunto.

Trata de ser un resumen práctico de las principales actuaciones desde una perspectiva de equidad, género, accesibilidad, no discriminación y curso de vida. La implementación se realizará en cada territorio adaptándolo a sus características y contexto. En el futuro, se desarrollarán materiales complementarios para la formación y sensibilización que podrán encontrarse en la web².

3. Definición de violencia durante la infancia y la adolescencia

Según la LOPIVI: *“A los efectos de esta ley, se entiende por violencia toda acción, omisión o trato negligente que priva a las personas menores de edad de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, con independencia de su forma y medio de comisión, incluida la realizada a través de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC), especialmente la violencia digital. En cualquier caso, se entenderá por violencia el maltrato físico, psicológico o emocional, los castigos físicos, humillantes o denigrantes, el descuido o trato negligente, las amenazas, injurias y calumnias, la explotación, incluyendo la violencia sexual, la corrupción, la pornografía infantil, la prostitución, el acoso escolar, el acoso sexual, el ciberacoso, la violencia de género, la mutilación genital, la trata de seres humanos con cualquier fin, el matrimonio forzado, el matrimonio infantil, el acceso no solicitado a pornografía, la extorsión sexual, la difusión pública de datos privados así como la presencia de cualquier comportamiento violento en su ámbito familiar”.*

Si bien este documento, al igual que la LOPIVI, pretende abordar la violencia en todas sus formas, se hace uso del término *maltrato* que, según OMS, se refiere a la violencia y la desatención de que son objeto las personas menores de 18 años en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder, incluyendo todos los tipos de maltrato físico o psicológico, violencia sexual infantil (VSI), negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud,

² Violencia sobre la infancia y adolescencia. Ministerio de Sanidad.
<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/home.htm>

desarrollo o dignidad del NNA, o poner en peligro su supervivencia^{[2][5]}. La exposición a la violencia de género también se incluye entre las formas de maltrato infantil^{[6][7]}. Por tanto, los términos violencia y maltrato se diferencian en el contexto o relación con la persona agresora, y a lo largo del documento se utilizarán de forma indistinta.

Tabla 1. Clasificación de violencia frente a niños, niñas y adolescentes

Clasificación de las Violencia sobre la Infancia y la Adolescencia	
Tipos de violencia	Negligencia
	Violencia emocional o psicológica
	Violencia física
	Violencia sexual
	Trata y explotación infantil (incluyendo la explotación sexual).
	Violencia de género
	Mutilación genital femenina (MGF)
	Violencia perinatal
	Violencia entre personas menores de edad
	Trastorno facticio inducido por la persona cuidadora (antiguo Síndrome de Munchausen por poderes)
	Violencia a través de TIC
	Violencia ejercida desde las instituciones (institucional, profesional, victimización secundaria)
	Otras prácticas que afectan a la salud, integridad o derechos de las personas menores de edad (ej. matrimonio forzado o precoz, violencia de odio y discriminación, etc.)
Entorno dónde se produce la violencia	Familiar
	Extrafamiliar
Tipo de procedimiento sanitario que requiere el caso de violencia	Urgente
	Ordinario

Fuente: elaboración propia a partir de la Observación general Nº 13 (2011): *Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia*, 18 abril 2011, ONU: Comité de los Derechos del Niño (CRC). ^[8]

4. Situación epidemiológica.

Se dispone de los datos que proporciona el RUMI^[3], en el que solo el 8% de los registros proceden del ámbito sanitario, probablemente debido a la escasa adaptación de los sistemas de notificación a la dinámica sanitaria. Además, hay que tener en cuenta que la incidencia y prevalencia recogidas dependen de la capacidad de detección de las y los profesionales, de la formación y disponibilidad de instrumentos para la notificación de los casos de sospecha.

Según este registro, en 2021 hubo 21.521 notificaciones de sospecha de violencia en NNA (48,66% sexo femenino, 51,34% sexo masculino), siendo la forma más habitual de violencia la negligencia (42,75%), seguida por la violencia emocional (30,75%), la violencia física (19,91%) y la violencia sexual (9,59%); aunque la violencia sexual es el tipo menos frecuente, ha sufrido un aumento del 133,66%

con relación a los datos del 2020. En todos los tipos de violencia se notifican más sospechas en el sexo femenino que en el masculino, salvo en el de negligencia donde el mayor número de notificaciones corresponden al sexo masculino. La mayor diferencia entre ambos sexos se da en el caso de la violencia sexual, donde el 57,61% del total de notificaciones corresponden a sexo femenino. El 70,7% de los casos registrados son de nacionalidad española, y más del 50% corresponden a adolescentes de 11 a 17 años, destacando que el 32,01% de los casos se registran en la franja de edad de 11 a 14 años, lo que no necesariamente significa que sean las franjas de edad donde más casos se den, ya que de cero a seis años la detección de víctimas de violencia es especialmente compleja.

A pesar de que la discapacidad es un factor de riesgo para sufrir violencia y que, según las investigaciones, la prevalencia global de violencia sobre menores con discapacidad es del 31,7%^[9], tan solo se está detectando en un 3,02% de los casos, no habiendo información suficiente para determinar si esto se debe a las dificultades de detección o a una menor incidencia.

Más datos relativos a la violencia experimentada por NNA se pueden obtener de otras fuentes además de la Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y adolescencia (EEVIA)^[10]. Por último, se pueden obtener datos a través de estudios de investigación^{[11][12] [13] [14] [15] [16] [17] [18] [19]}.

5. Promoción del buen trato, del desarrollo, de la salud y los derechos de la infancia.

La LOPIVI (art.1.3) define el buen trato como aquel que, respetando los derechos fundamentales de los niños, niñas y adolescentes, promueve activamente los principios de respeto mutuo, dignidad del ser humano, convivencia democrática, solución pacífica de conflictos, derecho a igual protección de la ley, igualdad de oportunidades y prohibición de discriminación de los niños, niñas y adolescentes. Desde el sistema sanitario se considera buen trato al conjunto de acciones que desarrollan las y los profesionales y las instituciones sanitarias para favorecer el vínculo de apego, el afecto, los cuidados, la crianza, el soporte y la socialización que deben recibir los NNA por parte de sus familias y del entorno social, que les garanticen las condiciones necesarias para satisfacer sus derechos, necesidades básicas, salud y el adecuado desarrollo integral: afectivo, psicológico, físico, sexual, intelectual, social y cultural. Para llevar a cabo intervenciones de promoción del buen trato, es

necesario conocer las necesidades de la infancia³ diferenciadas por cada etapa evolutiva del desarrollo^{[20][22]}.

Se debe integrar la promoción del buen trato a la infancia en cualquier momento del proceso asistencial y en cualquier contacto con el NNA y su familia, tanto en la asistencia, ya sea a demanda o programada, como en la acción comunitaria, con los siguientes objetivos:

1. Promocionar los factores compensadores o protectores, entre ellos el vínculo de apego seguro, y evitar la aparición de factores de riesgo, en particular promoviendo herramientas validadas de parentalidad positiva^{[4][5][23]}.
2. Informar y capacitar a las personas responsables del NNA⁶ a través de programas de educación para la salud, de crianza y de parentalidad positiva, sobre las necesidades básicas de los NNA en las diferentes etapas del desarrollo, en particular sobre las posibles necesidades especiales y recursos de apoyo que pueden precisar por causa de enfermedad o discapacidad, tanto en las actuaciones asistenciales individuales y grupales como comunitarias, reforzando la autonomía y la capacidad, facilitando la participación comunitaria y favoreciendo entornos seguros y protectores.
3. Identificar los determinantes sociales y las barreras de accesibilidad en el entorno del NNA y contribuir a promover entornos seguros, accesibles y saludables, tanto si se encuentra en un entorno familiar como institucionalizado.

También es preciso adecuar los espacios y entornos de comunicación, presenciales y virtuales, así como los procedimientos sanitarios a las características personales, derechos, situación de discapacidad y emocional de los NNA y de sus acompañantes, asegurando la accesibilidad universal

³ Necesidades básicas: respirar, comer, evacuar, descansar, dormir y moverse, mantener el cuerpo limpio, abrigado y vestido, y hacer de la vida algo más que un proceso vegetativo al comunicarse con los demás, mantener las relaciones humanas, aprender, trabajar y jugar, o recrearse.^{[20][21]}

⁴ Programa de parentalidad positiva del Ministerio de Sanidad. Enlace:

<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/programaParentalidadPositiva/home.htm>

⁵ Familias en Positivo: plataforma on-line impulsada por el Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 y la Federación Española de Municipios y Provincias que tiene por fin promover el ejercicio positivo de la parentalidad y reforzar el apoyo a la parentalidad positiva en las políticas y servicios públicos de los Gobiernos Locales y en el tejido asociativo. Enlace: www.familiasenpositivo.es

⁶ A lo largo del texto cuando se hace referencia a las “personas responsables del NNA” se incluyen madres, padres, tutores legales, personas cuidadoras o educadoras y toda aquella persona a cargo del cuidado de los NNA.

y la provisión de recursos de apoyo en caso de discapacidad, ofreciendo atención integral, seguimiento y acompañamiento respetuoso a las familias con especial respeto a la diversidad cultural y religiosa, siempre que no supongan un riesgo para la salud y el bienestar del NNA, teniendo en cuenta la siguientes recomendaciones:

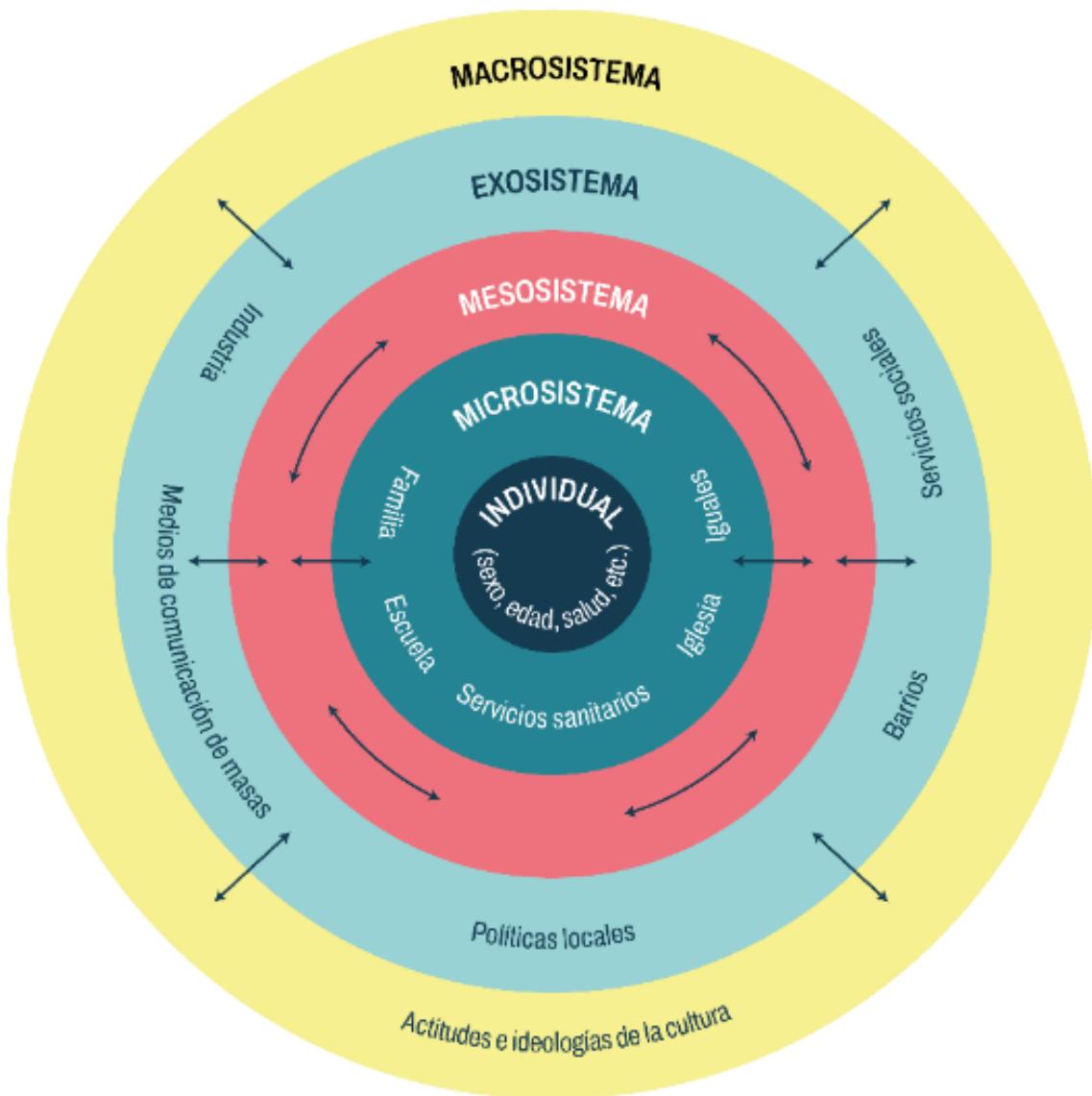
1. Los NNA tienen derecho a participar en el proceso de atención a su salud. Se debe respetar su autonomía y deseos en la medida de lo posible, así como ofrecerles información y opciones de participación que contemplen plena accesibilidad en función de la evolución de sus capacidades y/o discapacidad, para la toma de decisiones en el curso de su atención garantizando el consentimiento y/o el asentimiento informado según corresponda. En la adecuación de los espacios y los procedimientos sanitarios se tomarán en consideración cuestiones de género que puedan tener relevancia con el objetivo de que los NNA puedan adoptar decisiones en igualdad.
2. Se debe garantizar el acompañamiento por una persona de su confianza.
3. Se deben diseñar y ofrecer servicios, espacios y procedimientos accesibles, adaptados, centrados en los NNA y conocidos por ellos/as, difundidos y adecuadamente publicitados, seguros, sensibles, confidenciales, con personal capacitado, y adaptados a sus características y estado emocional; respetando su sexo, orientación e identidad sexual y expresión de género, con especial atención a la discapacidad y a sus necesidades de apoyo y comunicación, así como a su origen y a las diferencias culturales y étnicas, además de a los determinantes sociales que puedan provocar situaciones de vulnerabilidad^[24].
4. Se deben tener en cuenta las posibles barreras idiomáticas, culturales o de comunicación disponiendo de servicios de traducción e interpretación, mediación o personal cualificado durante la atención, así como recursos de apoyo a la audición y comunicación oral, debiéndose conocer las distintas formas aumentativas y alternativas de comunicación como la utilización de cuadernos o tableros de comunicación de abecedarios, silábicos, por palabras, pictogramas⁷, fotografías, mixtos, respuestas sí o no, o usar documentos de lectura amigable o fácil, especialmente en casos de discapacidad intelectual o sensorial^{[5][25][26][27]} o problemas de salud mental.

⁷ Pictogramas y recursos para la Comunicación Aumentativa y Alternativa (CAA). Centro Aragonés para la Comunicación Aumentativa y Alternativa. Disponible en: AAC Symbols and shared resources - ARASAAC

5. Se recomienda disponer de espacios que favorezcan y posibiliten la promoción de la salud y el desarrollo del NNA desde su más temprana edad. Espacios adecuados para la lactancia materna y espacios preparados para la actividad lúdica en cualquier entorno sanitario, así como espacios que fomenten el aprendizaje y el juego durante el ingreso de NNA, asegurando siempre una correcta limpieza y desinfección.
6. Los espacios para la atención de NNA deben estar diferenciados de los espacios para la atención de personas adultas en los diferentes servicios y especialidades.
7. Se debe garantizar la preparación y formación de los/as profesionales sanitarios, el desarrollo de las habilidades y competencias profesionales adecuadas y la calidad en la atención. También es necesario el autocuidado profesional correspondiente, dada la alta carga emocional negativa que supone detectar y actuar en situaciones de violencia durante la infancia y adolescencia.

Fomentar la longitudinalidad^[28] en la atención sociosanitaria, entendida como la relación estable y mantenida en el tiempo entre un/a profesional y sus pacientes. Hay que tener en cuenta que la violencia no es un problema individual, está influenciada por los determinantes sociales de la salud (DSS)^{[29][30]}, por lo que, además de instaurar medidas individuales, es fundamental abordar estos determinantes de forma intersectorial, integrada y coordinada, desde una perspectiva poblacional. En base a la Teoría Ecológica de Sistemas^[31], el abordaje puede incluir acciones sobre las condiciones del entorno, económicas y sociales que se conoce que aumentan este riesgo y potenciar las condiciones protectoras. Las actividades de promoción de la salud y prevención en NNA deben, por lo tanto, abarcar también el ámbito extrafamiliar. Para ello, es fundamental la sensibilización de la ciudadanía, la formación de profesionales y responsables de las políticas, y la realización de cambios estructurales encaminados al establecimiento y puesta en marcha de planes, programas y estrategias dotados de los recursos necesarios para su implementación.

Ilustración 2: Teoría Ecológica de Sistemas



Fuente: Adaptado y traducido de “The ecological theory of human development”. [31].

6. Prevención de la violencia sobre niños, niñas y adolescentes en el ámbito sanitario.

La prevención primaria se dirige a la población general con el fin de reducir la prevalencia de factores de riesgo (FR) y evitar que ocurra un episodio de violencia^[32]. Incluye también sensibilizar y ofrecer educación a los NNA para que sean capaces de desarrollar herramientas personales que les permitan identificar, comunicar y abordar la situación de violencia o maltrato. Tradicionalmente, en el ámbito

sanitario se ha considerado la salud mental de las personas responsables del NNA, la situación socioeconómica familiar y la violencia en la pareja, como los FR de maltrato infantil intrafamiliar más frecuentes a considerar [33][34][35][36,37]. De la misma forma, la situación de discapacidad debe ser considerada un potencial FR. Es necesario aclarar que la existencia de factores de riesgo no implica necesariamente que se vayan a producir acontecimientos adversos en la vida de estos NNA, ya que su resiliencia, así como las fortalezas familiares y sociales, pueden favorecer un desarrollo normal en estos NNA [38].

En este sentido es fundamental la valoración del riesgo psicosocial^{[38][39]}, que incluirá la valoración tanto de las Experiencias Adversas en la Infancia como de las Experiencias Beneficiosas en la Infancia (anexo 1). Esto permite visibilizar y valorar vulnerabilidades y fortalezas del NNA y su entorno; facilitar la identificación precoz de situaciones de riesgo de violencia; poner en marcha los apoyos necesarios para corregir o atenuar las consecuencias del riesgo detectado y acompañar a las familias en dificultades. La valoración debe realizarse, preferiblemente, dentro de las visitas programadas con motivo de los exámenes clínicos y demás actividades contempladas en el Programa de Salud Infantil (PSI), realizado por los equipos de pediatría y enfermería de AP, pero también se podría realizar en cualquier momento de la asistencia sanitaria, permitiendo su realización de forma independiente. Los equipos de AP⁸ no solo se encargarán de la valoración y el seguimiento, sino también de la derivación y coordinación, si fuera procedente, a servicios sociales, salud mental infanto-juvenil, unidad de pediatría social hospitalaria u otra unidad especializada si se precisa. Se han publicado algunas herramientas clínicas de identificación del riesgo psicosocial en NNA^[40]. En muchos casos, se pueden sumar varios de estos riesgos o vulnerabilidades por lo que es necesario tenerlo en cuenta para la organización tanto de actividades de promoción de buen trato y prevención como atención ante la sospecha de la existencia de maltrato, realizando un enfoque centrado en los NNA y sus necesidades.

Otras intervenciones para abordar el riesgo y prevenir la violencia contra los NNA son:

⁸ El equipo de atención primaria necesario para el desarrollo de las acciones descritas en este protocolo estará formado al menos por profesionales de pediatría o medicina familiar y comunitaria, enfermería y trabajo social sanitario.

- A. Asegurar el acceso temprano a servicios prenatales y posnatales en el embarazo^[41], especialmente si existen factores o situaciones de riesgo de violencia.
1. Incluir en el programa de seguimiento del embarazo un cribado para detección de situaciones de especial vulnerabilidad y la identificación precoz de aquellas circunstancias que puedan influir negativamente en la evolución del embarazo y en el bienestar de la persona gestante y el feto.
 2. Realizar cribado de violencia de género y establecimiento de circuitos y recursos específicos durante el embarazo según lo estipulado en el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género^[42].
 3. Promover los programas de psicoprofilaxis durante el embarazo y posparto, con actividades de refuerzo y protección para padres y madres.
 4. Promover los programas de atención al puerperio hospitalarios y en atención primaria.
 5. Promover las redes de apoyo.
- B. Asegurar el acceso temprano a servicios pre y post adopción o acogimiento, incluidos programas de psicoprofilaxis, especialmente si existen factores o situaciones de riesgo de violencia.
- C. Promover visitas domiciliarias desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida^{[37][43]}.
- D. Remitir a las personas de la familia a programas educativos de parentalidad positiva individuales y grupales basadas en evidencia, para mejorar las habilidades y funcionamiento psicosocial de las personas responsables, fomentar el vínculo y apego seguros, la resolución de conflictos y el establecimiento de normas y límites; así como mejorar la dinámica familiar y reducir el estrés de la parentalidad y los problemas conductuales de los NNA. Hacer un seguimiento específico acorde con las necesidades de la persona menor de edad o de la familia estableciendo objetivos específicos de educación sanitaria, y medidas de apoyo y respiro, que aumenten la capacidad y habilidad para cuidar a sus hijos e hijas y modificar actitudes o creencias sobre disciplina y necesidades psicoafectivas.
- E. Remitir a las personas responsables que fueron víctimas de cualquier tipo de violencia en su infancia programas de tratamiento, si es preciso.

- F. Valorar las EAI/EBI de los NNA y sus personas responsables para la derivación de casos seleccionados por su complejidad a las unidades de pediatría social de los hospitales de referencia u otras unidades especializadas.
- G. Evaluar a todos los NNA que hayan presenciado o sufrido violencia y remitir a los servicios de salud mental infanto-juvenil especializados si es necesario.
- H. Evaluar y abordar los problemas de salud mental, incluida la ansiedad, y adicciones de las personas responsables del NNA a través de diferentes abordajes integrales y desde una perspectiva comunitaria.
- I. Remitir a terapia familiar y/o grupos de apoyo mutuo cuando proceda.
- J. Proporcionar información y formación especializada a través de las organizaciones de personas con discapacidad a las familias ante el nacimiento de una niña o niño con discapacidad.
- K. Remitir a las familias que lo precisen a los recursos comunitarios de ayuda psicológica para personas adultas y menores de edad, ayuda social, laboral o económica.
- L. Colaborar y coordinarse con Servicios Sociales Municipales o Entidad Pública de Protección a la Infancia en la definición de objetivos, planes, estrategias y ayudas definidas para cada familia de riesgo.
- M. Promocionar, dentro del PSI, talleres específicos para promover el buen trato dirigidos tanto a las personas responsables del NNA como a los NNA (por ejemplo, a través del centro educativo o asociaciones de familias).

La efectividad de las actividades de prevención de la violencia en los distintos entornos asistenciales, especialmente AP, se analiza en diversos estudios que exceden el objetivo de este protocolo^{[5][44][45]}^[46]. Deberá trabajarse en equipo multidisciplinar, recomendando que sea TSS quien coordine las actuaciones. El seguimiento será realizado preferiblemente por el equipo de AP de referencia para el

NNA⁹ o por el/la profesional que ha detectado la situación. También deben establecerse mecanismos de coordinación y/o derivación con servicios sociales, salud mental infanto-juvenil, consulta de pediatría social hospitalaria u otra unidad especializada, así como recabar información a nivel educativo, entidades especializadas en la atención a las personas con discapacidad o de otras instancias como protección de menores, juzgados o servicios sociales si fuera necesario.

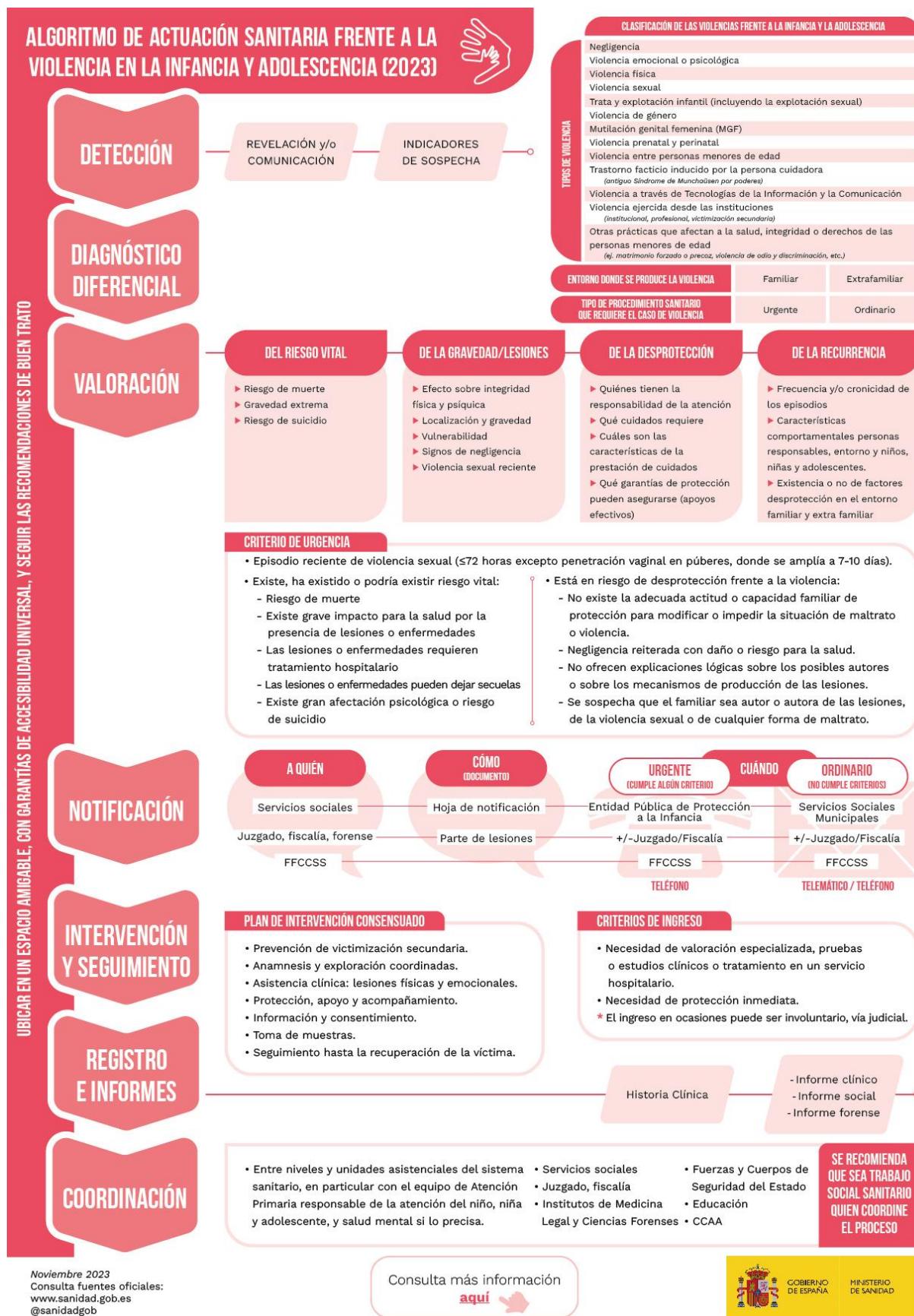
Además, es especialmente relevante identificar y abordar situaciones que creen o aumenten la vulnerabilidad de NNA a la violencia como las recogidas en EEVIA “*tener una discapacidad, tener de cero a tres años, el origen racial, étnico o nacional diverso, una situación de desventaja económica, el pertenecer al colectivo LGTBI, el tener una orientación o identidad de género diversa, ser refugiado o solicitante de asilo o de protección subsidiaria y el carecer de cuidados parentales*” u otros como pertenecer o haber pertenecido a una familia con historial previo de maltrato a NNA, estar en situación de desamparo, padecer ciertas enfermedades^[47].

Los NNA con discapacidad tienen particular riesgo de violencia, mayor en niñas y adolescentes, estimado por algunos estudios en 3,7 veces más riesgo de ser víctimas de cualquier tipo de violencia, 3,6 veces más riesgo de maltrato físico y 2,9 veces más riesgo de VSI^{[5][25][26]}. También tienen mayores necesidades de cuidados y de recursos, por lo que el ámbito sanitario debe ofrecer a las personas con discapacidad y sus familias una atención-adecuada a sus necesidades y con garantías de accesibilidad.

Hay que prestar atención a las personas jóvenes en acogimiento residencial ya que un gran porcentaje han sufrido exposición a violencia y eventos traumáticos^{[48][49][50][51]}.

⁹ Véase nota al pie nº 8 (página 19)

7. Resumen de la intervención asistencial. Algoritmo.



8. Detección o sospecha de la situación de violencia

Detectar una posible situación de violencia en una persona menor de edad es el primer paso para poder intervenir y posibilitar la ayuda al NNA y su familia, para activar las medidas de protección que pudieran ser necesarias, minimizar las consecuencias, tratar las secuelas y prevenir las recurrencias. Por ello, debe ser lo más precoz posible.

Los servicios sanitarios cobran especial relevancia en la detección de las situaciones de violencia durante la infancia y la adolescencia por los diferentes momentos y circunstancias en las que se les presta atención sanitaria durante su desarrollo. La detección puede ser llevada a cabo por cualquier profesional del sistema sanitario (medicina, enfermería, trabajo social, psicología, terapia ocupacional, fisioterapia, unidades de salud bucodental, etc.) tanto de AP, AH, como de urgencias y emergencias extrahospitalarias, durante cualquiera de las múltiples situaciones en que los NNA y sus familias entran en contacto con el sistema sanitario.

Se debe trabajar desde una perspectiva biopsicosocial y de equidad, con garantía de accesibilidad universal e igualdad de género, teniendo en cuenta que algunos NNA, como aquellos/as con discapacidad, enfermedades crónicas o en el sistema de protección de menores pueden tener mayor riesgo de violencia, y ser más vulnerables ante la misma, a menudo enmascarada por sus circunstancias a las que se suman las dificultades y barreras para comunicarlas dificultando su detección.

Se debe evitar estigmatizar, ya que el maltrato o violencia se puede producir en todos los modelos de familia independientemente de su nivel socioeconómico, educativo, cultural, etc. y también fuera del entorno familiar.

Ser víctima de un tipo de violencia puede propiciar serlo de otro tipo o pueden ocurrir simultáneamente. Las distintas formas de violencia pueden relacionarse entre sí, formando un ciclo del que es muy difícil salir^[52].

La detección de una posible situación de violencia hacia la persona menor de edad puede generarse ante:

- La comunicación explícita por parte de la persona menor de edad o cualquier persona de su

entorno que haya presenciado o supiera de una posible situación de maltrato, incluyendo otras personas menores de edad, así como por la comunicación no verbal, atendiendo a la gestualidad, la expresión facial o la postura corporal.

- La comunicación por parte de profesionales de otros ámbitos que están en contacto con el/la NNA (educación, servicios sociales, Centros de Atención Temprana, programas deportivos, ocio y tiempo libre, agentes de las fuerzas y cuerpos de seguridad, profesionales que intervienen en las situaciones de violencia de género, etc.).
- La detección de indicadores de sospecha identificados durante la atención.

La identificación de una posible situación de maltrato no siempre es fácil:

- A veces no aparecen indicadores específicos y claros. Las lesiones compatibles con maltrato pueden deberse a otras causas que conviene descartar mediante un adecuado diagnóstico diferencial (consultar apartado 10 sobre valoración inicial de la violencia en niños, niñas y adolescentes).
- Existe gran heterogeneidad en las manifestaciones y con frecuencia se asocian distintos tipos de maltrato. A veces la víctima ofrece relatos poco coherentes o contradictorios y en ocasiones se retracta; lo que debe ser considerado como una característica de la conducta de la víctima de violencia.
- En algunos casos, por las propias características del NNA (menores de 2 años, discapacidad grave, etc.) es precisa la búsqueda activa de signos y señales de alerta, utilizando si es preciso, técnicas específicas e indirectas (técnicas proyectivas gráficas, cuentos, etc.) y recursos humanos y materiales que garanticen la comunicación aumentativa y alternativa.

Además, se ha de recordar que la detección o sospecha de violencia en un/una NNA, implicará siempre la valoración de otras personas menores de edad y convivientes en el hogar.

Es recomendable que el proceso de detección, atención y seguimiento a NNA víctimas de violencia se realice por un equipo compuesto, al menos, por profesionales de medicina, enfermería y TSS, que se recomienda que sea quien coordine las actuaciones, siempre que sea posible, a los que se unirán otros profesionales o unidades especializadas cuando procedan.

Los **indicadores de sospecha de violencia** son aquellos signos y síntomas que presentan las posibles víctimas y/o las personas responsables, cuando son las agresoras, que nos deben alertar de la posible situación de violencia. Pueden ser hallazgos físicos, psicológicos y/o comportamentales en el NNA, y también hallazgos relacionados con la conducta de las personas responsables. La presencia de uno o más indicadores, el acúmulo de varios de estos o la presencia de lesiones específicas deben alertar a cualquier profesional sobre la posible existencia de una situación de violencia.

Existen algunos indicadores inespecíficos que hay que tener presentes en la consulta, especialmente si se dan de forma reiterada, como son:

- No acudir a las consultas concertadas o de seguimiento.
- No aportar informes cuando se solicitan.
- Cambios frecuentes de profesionales del sistema sanitario sin justificación.
- Acudir a consulta sin motivo aparente.
- Imposibilidad de recabar datos de la vida familiar en la entrevista clínica.

A continuación, se recogen algunas definiciones de las tipologías más frecuentes de violencia y tablas de indicadores, que no constituyen una lista cerrada si-no que se deben considerar como señales de alerta que se deben valorar de forma holística. Se podría excluir la violencia como causa de los síntomas o signos detectados cuando se comprueba objetivamente otra causa o mecanismo de producción como veremos en el apartado de valoración. En caso de duda, se recomienda consultar con otros profesionales con experiencia en violencia y/o los diagnósticos alternativos^[7].

Muchas de las recomendaciones e indicadores presentes en este protocolo aluden a la violencia que se produce en el entorno intrafamiliar pues hasta la fecha la evidencia científica, manuales y protocolos disponibles versan mayoritariamente sobre el maltrato intrafamiliar, por ser el más frecuente; sin embargo, muchos de los indicadores y recomendaciones pueden hacerse extensibles a otros tipos de violencia fuera del ámbito familiar.

8.1. Negligencia

La negligencia, desatención o abandono incluye el hecho de que una persona responsable no se ocupe de las necesidades básicas, el desarrollo, crecimiento y bienestar del NNA, cuando está en condiciones de proveerlo, con respecto a la salud, la educación, soporte emocional, nutrición, refugio

y condiciones de vida seguras^[7]. Hay diferencias en la forma en que las personas cuidadoras eligen criar a los NNA, incluidas las decisiones que toman sobre su atención médica. Una forma que puede ayudar en las dudas diagnósticas es comparar la situación concreta de un NNA que sospechamos sufre negligencia con otros en una situación familiar similar^{[53][54][55]}. El National Institute for Health and Care Excellence (NICE) revisa periódicamente los principales signos de sospecha de negligencia^[56].

Tabla 2. Indicadores de negligencia con mayor evidencia. Adaptado de^{[53][54] [55] [56]}.

INDICADORES	Descripción
Indicadores físicos en los NNA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Higiene deficiente. Ropa inadecuada para las condiciones climáticas. ▪ Retraso del crecimiento. Desnutrición por falta de aportes adecuados a la edad y las necesidades, una vez descartadas otras causas. ▪ Accidentes reiterados por falta de supervisión. ▪ Falta de vacunaciones y de cuidados médicos. ▪ Retraso en cualquiera de las áreas del desarrollo por falta de estimulación. ▪ Alimentación y/o hábitos horarios inadecuados. ▪ Heridas, lesiones o marcas. Síntomas de enfermedades ocasionadas por el maltrato.
Indicadores comportamentales en NNA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Somnolencia, apatía, depresión, agresividad, tristeza, comportamiento antisocial. ▪ Conductas y expresiones impropias de su edad. ▪ Participa en actividades delictivas. ▪ Fracaso y/o absentismo escolar, retraso en el lenguaje. ▪ Dice que no hay quien le cuide. ▪ Inmadurez emocional; retraso madurativo global.
Indicadores de la persona sospechosa de ejercer la violencia¹⁰	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No escolarizar al NNA a su cargo en relación a su edad. ▪ Consumo de tóxicos durante la gestación y/o posteriormente. ▪ Falta de supervisión parental. ▪ Toleran todos los comportamientos del niño/a sin ponerle ningún límite. ▪ Padres y madres ausentes en su función parental. ▪ Consultas frecuentes a los servicios de urgencia por falta de seguimiento médico. ▪ Enfermedad crónica llamativa que no genera consulta médica. ▪ Ausencia de cuidados médicos rutinarios. ▪ Falta o inadecuación de cuidados y atención de las necesidades especiales por padecer enfermedad crónica. ▪ Separaciones conflictivas de padres y madres (utilización de los hijos/as en denuncias y acusaciones).

¹⁰ Hay que destacar que en muchas ocasiones la persona agresora no tiene ningún rasgo comportamental sospechoso.

8.2. Violencia emocional o psicológica

La violencia emocional o psicológica incluye situaciones aisladas o patrones de comportamiento en las que falla la provisión de cuidados o entorno apropiado y de apoyo^[7], u otros comportamientos como rechazar, marginar, aislar, explotar, agredir verbalmente, despreciar o actuar con negligencia emocional^[57]. También puede incluir la implicación al NNA en conflictos entre las figuras parentales, o entre estas y otros familiares significativos del entorno convivencial, como exposición a violencia de género^{[54][57]}.

Tabla 3. Indicadores de maltrato emocional o psicológico en la infancia y adolescencia con mayor evidencia. Adaptado de^[57] [58]

INDICADORES	Descripción
Indicadores físicos en el NNA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tristeza, sin la presencia de otras posibles causas. ▪ Desnutrición, fallo de medro y retraso de crecimiento. ▪ Retraso psicomotor y madurativo. Puede ser debido a falta de estímulo. ▪ Fragilidad capilar, alopecia. ▪ Enfermedades y síntomas de origen psicosomático (cefalea, dolor abdominal, etc.).
Indicadores comportamentales en el NNA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desconfianza y apatía hacia la persona adulta. ▪ Busca contactos físicos inapropiados. ▪ Inhibición en el juego con otros NNA. ▪ Inmadurez socioemocional. ▪ Baja autoestima, ánimo deprimido. ▪ Carácter asustadizo, tímido, pasivo. ▪ Disminución de la capacidad de atención. ▪ Retraso en el lenguaje y/o fracaso escolar. ▪ Trastornos de la conducta alimentaria, del sueño, o del control de esfínteres (enuresis, encopresis). ▪ Trastornos relacionados con estructuras del pensamiento obsesivo, fobias, ansiedad, regresión, impulsividad, falta de control de sus conductas y falta de empatía y de mentalización propia y de las emociones de las otras personas. ▪ Conductas de autolesión, ideación o intentos de suicidio. ▪ Comportamientos antisociales, participa en actividades delictivas y/o practica conductas de riesgo para la salud (uso y/o abuso de tabaco, otras drogas, alcohol); actividad sexual temprana y sin medidas anticonceptivas, promiscuidad sexual, prostitución.

Indicadores de la persona sospechosa de ejercer la violencia¹¹	<ul style="list-style-type: none">▪ Exhibe frialdad y falta de afecto en el trato del /hacia el NNA.▪ Rechazo verbal, insultos al NNA. Disciplina desproporcionada.▪ Obliga a practicar convicciones y creencias extremas (nutricionales, religiosas, culturales).▪ Niega atención médica, tratamientos o medidas preventivas en función de sus propias creencias.▪ Parece no preocuparse por los problemas del NNA.▪ Tolera todos los comportamientos sin poner límite alguno.▪ No acepta la iniciativa del NNA; impide una mayor autonomía.▪ Aparta al menor de las interacciones sociales.▪ Tiene un exceso de vida social o laboral, persona responsable ausente.▪ Alienta a cometer conductas delictivas; expone al menor a pornografía; premia conductas agresivas.▪ Violencia de género.
--	---

8.3. Violencia física

La violencia física supone causar, de forma no accidental, lesión, daño o enfermedad a un NNA o exponerle a riesgo de padecerlo, ^[7,57].

Hay aspectos que nos pueden ayudar a diferenciar el carácter no accidental, fisiológico o causado por otros mecanismos, de las lesiones como:

- Explicación contradictoria y/o cambiante proporcionada por las personas que acompañan al NNA.
- Mecanismo descrito no concordante con las capacidades y habilidades del NNA o con los hallazgos clínicos.
- Retraso en solicitar ayuda o atención sanitaria.
- Historia con múltiples accidentes o traumatismos.
- Presencia de “*lesiones centinelas*”: Son aquellas lesiones que se producen en los niños/as menores de 2 años, y que están reseñadas en la historia clínica (HC), con intentos de explicación inverosímiles por parte de la persona responsable o que son imposibles de justificar por el desarrollo madurativo del lactante. Su presencia induce a sospechar posibles situaciones de maltrato^[59].

¹¹ Véase nota al pie nº 10 (página 27)

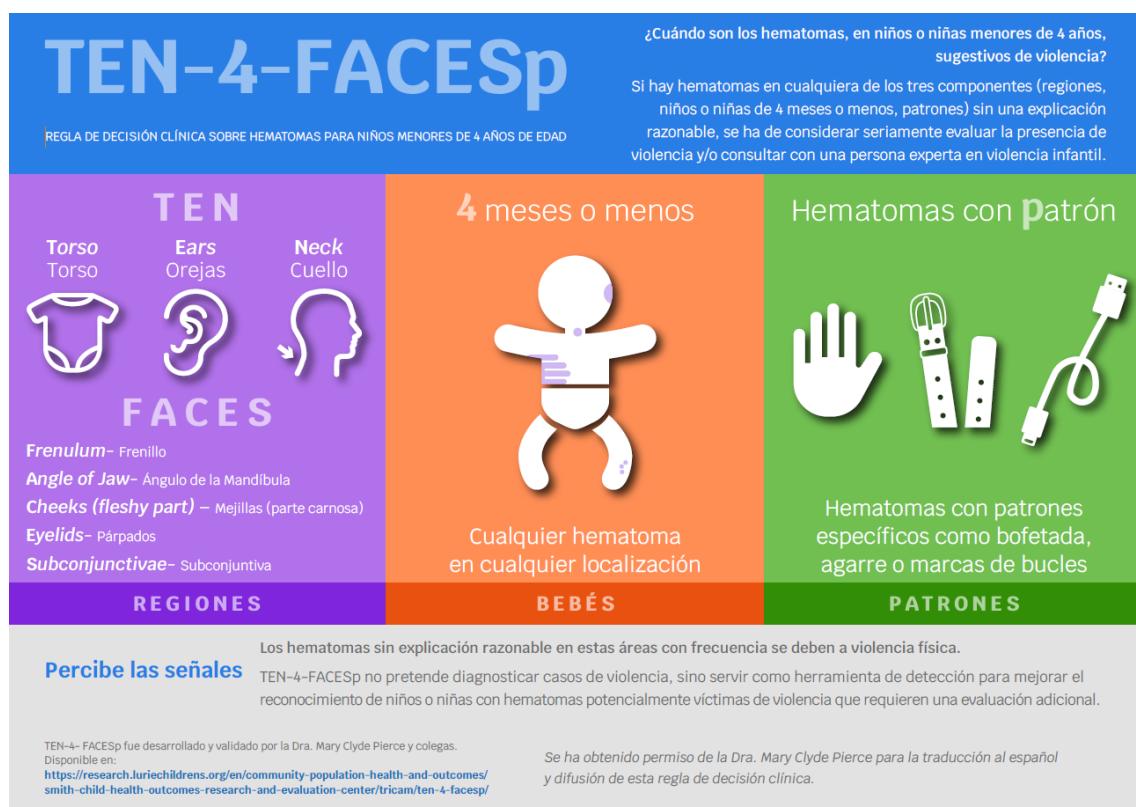
Tabla 4. Indicadores de maltrato físico con mayor evidencia. Adaptado de [60][61][57]

INDICADORES	Descripción
Indicadores físicos en el NNA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las erosiones, equimosis o hematomas son las lesiones más frecuentes de maltrato físico seguidas de las fracturas. Debemos sospechar de los hematomas o magulladuras cuando: <ul style="list-style-type: none"> - Son múltiples o hay presencia frecuente y reiterada de lesiones (importante en <3 años). - Se encuentran en diferentes estadios evolutivos. - Se localizan en zonas poco habituales o protegidas por la ropa (por ej. en nalgas, cara interna de muslos, espalda, tronco, genitales y orejas). - Tienen formas geométricas o formas que delatan el objeto con el que se hizo. - Hay equimosis en antebrazos o crestas ilíacas como mecanismo de sujeción. - Se encuentran en el cuero cabelludo asociados a lesiones intracraneales. - Siempre que aparezcan en niños y niñas menores de 4 meses de edad. - Lesiones centinela: <ul style="list-style-type: none"> ○ 0-6 meses: rasguños, quemaduras, lesiones orofaríngeas (rotura del frenillo, tanto labial como lingual). ○ 6-12 meses: fracturas de huesos largos o craneales, hemorragias intracraneales. ○ Menores de 24 meses: fractura de costillas, traumatismos abdominales, hemorragias subconjuntivales y lesiones genitales. - El acrónimo TEN- 4 FACES en menores de 4 años nos ayuda a recordar las localizaciones de hematomas más sugestivas de causa no accidental (ver ilustración 3). ▪ Mordedura humana: la huella de una persona adulta tiene una separación mayor de 3 centímetros entre caninos. ▪ Alopecia traumática por arrancamiento intencional localizada en la zona occipital o pariетooccipital en diferentes estadios de evolución. ▪ Quemaduras: <ul style="list-style-type: none"> ○ Se reconocen las señales claramente definidas del objeto que ha producido la quemadura por contacto (cigarrillos, plancha, etc.). ○ Los bordes de la herida, tanto si es producida por escaldadura como por contacto, son nítidos y precisos, casi geométricos sin lesiones de salpicadura. ○ Quemaduras indicativas de inmersión en agua caliente, que cubren toda la superficie de la mano (como un guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas o genitales. ○ Presencia de diferentes zonas quemadas y en diferentes fases de curación. ▪ Fracturas. <ul style="list-style-type: none"> ○ Cualquier fractura en un niño o niña que no camina. ○ Fracturas múltiples o en distintos estadios de curación. ○ Fractura metafisaria en niño/a menor de 1 año. ○ Fractura diafisaria en espiral u oblicua de los huesos largos, sobre todo en menores de 3 años. ○ Fracturas posteromediales de costillas en lactantes. ○ Fracturas craneales: sobre todo si son bilaterales, complejas y de trayecto anfractuoso, deprimidas o que atraviesan suturas. Si la energía del impacto es muy elevada, se asocian a hematomas subdurales.

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Heridas o raspaduras: en la boca, los labios, encías y ojos; en los genitales externos; en la parte posterior de los brazos, piernas o torso. ▪ Trastorno facticio inducido por la persona cuidadora^[62]. ▪ Lesiones internas como hematoma subdural o dural, hemorragias subaracnoideas, hemorragias retinianas, desprendimiento de retina, hematoma pulmonar, o de bazo, hemotórax, neumotórax o quilotórax, entre otras.
Indicadores comportamentales en NNA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muestra cautela con respecto al contacto físico con personas adultas. ▪ Parece tener miedo de su padre, madre o personas cuidadoras, de ir a casa, o llora cuando terminan las clases y tiene que irse de la escuela o escuela infantil. ▪ Dice que la persona responsable de su cuidado o compañeros/as le han causado daño alguna vez. ▪ Va excesivamente vestido y se niega a desnudarse ante otros. ▪ Siente inquietud desmedida por el llanto de otros niños/as. ▪ Muestra conductas extremas (ej. agresividad o rechazo extremos). ▪ Tendencia a la soledad y aislamiento.
Indicadores de la persona sospechosa de ejercer la violencia¹²	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ha sido objeto de maltrato en su infancia. ▪ Utiliza una disciplina severa, inapropiada para la edad, la falta cometida y condición de la persona menor de edad. ▪ No da ninguna explicación con respecto a la lesión del niño/a o estas son ilógicas, no convincentes o contradictorias. ▪ Parece no preocuparse por el NNA. ▪ Percibe al niño/a de manera significativamente negativa, por ejemplo, le ve como malo, perverso, un monstruo, etc. ▪ Abuso de alcohol u otras drogas. ▪ Intenta ocultar la lesión o proteger la identidad de la persona responsable de ésta.

¹² Véase nota al pie nº 10 (página 27)

Ilustración 3 Acrónimo TEN-4-FACES-p.



Fuente: adaptación y traducción propia^{[63] [64]}

8.4. Violencia sexual

Según la legislación, se consideran violencias sexuales los actos de naturaleza sexual no consentidos¹³ o que condicionan el libre desarrollo de la vida sexual en cualquier ámbito público o privado, lo que incluye la agresión sexual, el acoso sexual y la explotación de la prostitución ajena, así como todos los demás delitos que, en el momento en que se redacta el presente protocolo, están regulados en el Título VIII del Libro II de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, orientados específicamente a proteger a personas menores de edad. También las violencias sexuales cometidas en el ámbito digital, lo que comprende la difusión de actos de violencia sexual a través de medios tecnológicos, la pornografía no consentida y la extorsión sexual. Asimismo, entre las conductas con impacto en la vida sexual, se consideran

¹³ Hay que tener en cuenta que no cabe consentimiento en menores de 16 años, salvo una relación entre iguales y sin asimetría de edad o madurez. Además, existe una protección reforzada cuando la víctima tiene entre 16 y 18 años, si existe un abuso de superioridad o de vulnerabilidad de la víctima.^[65]

violencias sexuales la MGF, el matrimonio forzado, el acoso con connotación sexual y la trata con fines de explotación sexual. Se incluye el homicidio de mujeres vinculado a la violencia sexual, o feminicidio sexual^{[34][65]}.

Es importante tener en cuenta que los NNA que han sido víctimas de VSI pueden estar aparentemente asintomáticos inicialmente, lo que no significa que los hechos no hayan podido ocurrir. Además, pueden no mostrar rechazo hacia la persona que les ha causado el maltrato, sobre todo si procede de su entorno más inmediato familiar. Es necesario tener en cuenta que, en la violencia sexual, la persona agresora establece un fuerte vínculo con la víctima de forma paulatina con el fin de aislarla y que no solicite ayuda o relate la situación de violencia.

Como apoyo a la valoración de la violencia sexual, se dispone de la “*Guía de Pautas Básicas Comunes del SNS para la actuación sanitaria ante Violencia Sexual*”^[66], el “*Protocolo Común del SNS para la Actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual 2023*”^[67], así como la “*Guía de actuación en la atención a menores víctimas en los institutos de medicina legal y ciencias forenses (2018)*”^[68] y el “*Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2021)*”^[69]¹⁴.

Tabla 5. Indicadores de violencia sexual con mayor evidencia. Adaptado de ^[70,71]

INDICADORES	DESCRIPCIÓN
Revelación por parte de la víctima.	El hecho de que un NNA nos cuente que ha sido víctima de VSI es uno de los indicadores más potentes y específicos. Incluso si las explicaciones no son coherentes, se contradicen o se retracta de relatos anteriores.
Indicadores físicos en el NNA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolor, picor, sangrado o secreción en los genitales externos, zona vaginal o anal, excoriaciones en zona interior del muslo. ▪ Erosiones, contusiones y hematomas en la zona genital, anal o en senos. ▪ Sugilaciones en cuello o mamas. ▪ Restos de semen, pelo público o antígenos específicos (por ejemplo, fosfatasa ácida), en boca, ano, genitales o ropa. ▪ Infecciones de transmisión sexual (ITS).

¹⁴ En el momento de redacción de este protocolo está en trámites la aprobación la “*Guía de recomendaciones de actuación de los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses con las muestras biológicas y evidencias que se recojan y remitan por los centros sanitarios en el contexto de la Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual*” que será de gran apoyo antes la eventual necesidad de recogida de muestras y evidencias por parte del centro sanitario.

	<ul style="list-style-type: none">▪ Infecciones urinarias de repetición. Vulvovaginitis.▪ Cuerpos extraños en vejiga, vagina o ano.▪ Cérvix o vulva hinchados o rojos.▪ Rupturas de himen.▪ Ruptura esfínter anal.▪ Engrosamiento de pliegues perianales.▪ Perianitis.▪ Verrugas perianales.▪ Fisuras anales múltiples únicas o recurrentes, no secundarias a estreñimiento.▪ Embarazo (especialmente al inicio de la adolescencia).▪ Dificultad para andar y sentarse, de causa desconocida.▪ Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.
Indicadores comportamentales en el NNA	<p>Debemos conocer el desarrollo sexual normal para poder valorar adecuadamente las conductas inapropiadas que pueden estar relacionadas con VSI. Los juegos sexuales infantiles implican actividades consentidas y apropiadas, cumplen funciones de satisfacer la curiosidad y aprender las diferencias sexuales e implican a niños y niñas del mismo nivel de desarrollo cognitivo. Los comportamientos sexuales inapropiados no siempre pueden atribuirse a VSI. Sin embargo, cuando están presentes justifican una evaluación. Debemos considerar, además, otros estresores (maltrato emocional, maltrato físico, disfunción familiar, etc.) o exposición inapropiada a material sexualizado.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Fuerte resistencia a la exploración de genitales.▪ Dice haber sido objeto de conductas compatibles con cualquier forma de violencia sexual.▪ Manifiesta conductas o conocimientos sexuales extraños, sofisticados, inusuales o impropias de la edad (masturbación compulsiva con objetos, caricias bucogenitales, pedir ser tocado en el área genital, conductas sexualmente seductoras, etc.).▪ Conocimiento sexual precoz e inapropiado para su edad.▪ Conductas sexualizadas o agresiones sexuales a otros NNA.▪ Parece reservado, rechazante o con fantasías o conductas infantiles, e incluso puede parecer que tiene retraso madurativo o conductas regresivas.▪ Escasas relaciones con sus compañeros/as.▪ Trastornos del sueño y alimentación.▪ Síndrome de estrés postraumático.▪ Sintomatología psicosomática. Enuresis, encopresis.▪ Baja autoestima. Terrores nocturnos.▪ Ansiedad, depresión, disociación, autolesiones, ideación de intentos autolíticos.▪ Problemas de conducta, criminalidad y violencia.▪ Promiscuidad sexual, prostitución masculina o femenina.▪ Cambios repentinos de conducta.▪ Síntomas, signos, conductas o alteraciones inespecíficas que pueden aparecer como reacciones a situaciones de estrés: llanto, conductas regresivas, ansiedad, aislamiento, falta de autocontrol emocional, fobias repetidas y variadas, culpa o vergüenza extremas, desórdenes funcionales,

	agresiones, fugas, consumo excesivo de alcohol y/o otras drogas, conductas autodestructivas o intentos de suicidio, criminalidad, disminución del rendimiento escolar, etc.
Indicadores de la persona sospechosa de ejercer la violencia¹⁵	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extremadamente protector o celoso del NNA. ▪ Aparentemente facilitador de las exploraciones, no ofrece explicaciones lógicas de las posibles lesiones; puede tener buena imagen social. ▪ Alienta al NAA a implicarse en actos sexuales o prostitución en presencia de la persona sospechosa de ejercer la violencia. ▪ Expone al NNA a pornografía. ▪ Dificultades en las relaciones de pareja. ▪ Historias de infancia con presencia de maltrato físico, psicológico o sexual. ▪ Abuso de alcohol y/u otras drogas. ▪ Frecuentemente está ausente en el hogar. ▪ Consumidor/a de prostitución. ▪ Ejerce o ha ejercido violencia de género.

8.5. Trata y explotación infantil

Se entiende por trata de seres humanos el proceso consistente en captar, trasladar, acoger, entregar o transferir el control sobre una persona, empleando violencia, intimidación o engaño, o abusando de una situación de superioridad o de necesidad o de vulnerabilidad de la víctima, o mediante la entrega o recepción de pagos o beneficios para lograr el consentimiento de la persona que poseyera el control sobre la víctima, con la finalidad de someterla a explotación^{[72][71][73]}, lo que puede ser aplicado a las personas menores de edad, sobre las que puede ocasionar graves alteraciones físicas, psicológicas y sobre su desarrollo en etapas posteriores. Aun cuando no se recorra a ninguno de los medios comisivos anteriormente mencionados, se considerará trata de seres humanos cualquiera de las acciones indicadas cuando se lleve a cabo respecto de menores de edad con fines de explotación.

Se entiende por explotación “*la imposición de cualquier trabajo, servicio o actividad, regulado o no, lícito o ilícito, exigido a una persona en situación de dominación o ausencia de libertad de decisión para prestarlo*”. En este concepto se incluyen: la esclavitud, la servidumbre y los trabajos o servicios forzados; la mendicidad; la realización de actividades delictivas; la prestación de servicios sexuales o reproductivos; la extracción de órganos o fracción o de tejidos corporales y la

¹⁵ Véase nota al pie nº 10 (página 27)

celebración de matrimonios o uniones de hecho forzadas, conforme a cualquier rito^{[72][74]}. Se dispone del documento de *Actuación sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual* anexo al *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género en el sistema nacional de salud (SNS)*^[75].

Tabla 6. Indicadores de trata / explotación sexual y laboral de niños y niñas en países de destino y casos de trata interna. Adaptado de [70][76][77][78].

INDICADORES	Descripción
Indicadores del control ejercido por las personas explotadoras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traslado a otras ciudades o países en muy corto espacio de tiempo y sin que el NNA tenga claro dónde se encuentra ni cómo ha llegado. ▪ Presencia de una persona adulta que vigila y controla a un NNA en la calle. ▪ Mediación por parte de una persona adulta que no tiene vínculos familiares con el NNA para evitar su contacto con trabajadores/as sociales, policía o personal sanitario. ▪ Aparente fuga voluntaria de un Centro de Acogida. ▪ Falta de tiempo para que el NNA interactúe sin una persona adulta que le controle con trabajadores/as de los servicios sociales o personal sanitario. ▪ Profunda preocupación por la falta de ingresos y temor a ser castigado por ello. ▪ Una tercera persona posee los documentos de identidad del NNA. ▪ La persona que dice ser familiar responsable no comparte compatibilidad genética (ADN). ▪ Manifestar haber contraído una elevada deuda. ▪ El NNA realiza actividades físicas o se encuentra en la calle durante espacios de tiempo prolongados en condiciones físicas o climatológicas muy severas. ▪ El NNA muestra miedo o ansiedad, sobre todo en presencia del supervisor o de la persona o personas que lo acompañan. ▪ Declaraciones incoherentes o que indican adoctrinamiento. ▪ Las personas que acompañan al NNA muestran agresividad hacia esta. ▪ El NNA presenta heridas visibles.
Indicadores del aislamiento de un NNA debido a la presencia de las personas explotadoras	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de conocimiento sobre cómo desarrollar solos/as una vida normal. ▪ Poco conocimiento del idioma local. Vida social muy limitada: falta de una red de amigos/as que no sean “familia”. ▪ Aislamiento social y marginación. ▪ El NNA no conoce dónde se encuentra ni conoce su dirección. ▪ El NNA no tiene acceso, o tiene acceso limitado, a comunicación.
Indicadores de violencia, abuso o abandono	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Signos físicos de violencia. Aspectos relacionados con el comportamiento del NNA: <ul style="list-style-type: none"> - Abuso habitual de sustancias estupefacientes, particularmente cocaína o similares. - Tendencia a interactuar con otros/as como si constantemente

	<p>necesitará superarlos o demostrarles quién es el jefe/a.</p> <ul style="list-style-type: none">- Cambios de comportamiento y actitud diferente con las distintas personas con que interactúa.<ul style="list-style-type: none">o Rotundo rechazo a dialogar (mutismo, mantener distancias, etc.).• Comportamiento extremadamente hostil y desafiante, tanto en el lenguaje corporal como hablado, parecido al que se encuentra en un ambiente adulto de delincuencia. <p>▪ Indicadores de VSI: Ver apartado anterior.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Estado de negación y descuido del cuidado personal o las propias necesidades.▪ El NNA muestra signos de miedo y ansiedad.▪ El NNA hace declaraciones que son incoherentes.▪ Las personas que acompañan al NNA muestran agresividad hacia él.▪ El NNA presenta heridas visibles.▪ El NNA acude con frecuencia a urgencias por heridas, ITS, aborto, etc.
--	--

Fuente: Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales. Save the children. 2012^[70]

8.6. Otros tipos de violencia

Además de los tipos de violencia recogidos previamente hay que prestar atención a indicios de otros tipos de violencia:

a) La violencia de género. El marco legislativo reconoce la condición de víctimas directas de violencia de género a NNA, por el solo hecho de vivir en un entorno con dicha violencia, ya que esta circunstancia supone un maltrato psicológico en todos los casos, al que se puede añadir un maltrato físico, psicológico y sexual sobre la propia persona menor de edad por parte del maltratador^{[4] [79] [80]}.

Además, la violencia de género también puede manifestarse entre parejas o exparejas adolescentes, así como en chicas jóvenes por parte de otros hombres que no son su pareja. El abordaje de la violencia de género en mujeres mayores de 14 años queda recogido en los protocolos de actuación sobre violencia de género, tanto el “Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género”^[42], como en los protocolos autonómicos desarrollados con posterioridad. Sin embargo, la detección de este tipo de violencia entre la población adolescente puede pasar desapercibida para el personal del sistema sanitario, ya que se trata de un grupo de edad que transita con menor frecuencia por el sistema sanitario,

tras finalizar el periodo de seguimiento de la edad pediátrica. Es importante garantizar en todos los casos la necesaria protección y atención sanitaria, especialmente la atención a la salud mental especializada y de calidad, y las medidas necesarias para la recuperación del proyecto vital de las víctimas (académico, familiar y social).

- b) La mutilación genital.** Se dispone de Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina ^[81].
- c) Maltrato prenatal y perinatal. Factores de riesgo o indicadores de vulnerabilidad**^[82] ^[83].

Se pueden considerar factores de riesgo prenatal y perinatal o indicadores de vulnerabilidad aspectos como:

- Gestación no deseada o sobrevalorada.
- Edad materna y de las figuras de crianza (adolescentes, embarazos tardíos).
- Intervalo entre embarazos corto (inferior a 18 meses).
- Situación socioeconómica muy desfavorable.
- Alteraciones o malformaciones fetales.
- Discapacidad y necesidades especiales sin apoyo o recursos.
- Trastornos perinatales del estado de ánimo y ansiedad ^[84].
- Falta de seguimiento/atención durante el embarazo y el puerperio.
- Historia de abortos voluntarios o no espontáneos.
- Consumo de alto riesgo de alcohol, tabaco u otras drogas o sustancias psicoactivas¹⁶.
- Antecedentes de violencia o malos tratos. La violencia de género puede aparecer o aumentar durante la gestación ^[85] y está asociada con un aumento en la probabilidad de abortos involuntarios, muertes fetales, partos prematuros y recién nacidos/as con bajo peso al nacer, así como trastornos conductuales y emocionales, y mayores tasas de mortalidad y morbilidad en lactantes, niños y niñas.

¹⁶ Considerando que el consumo de cualquiera de estas sustancias durante el embarazo es de riesgo y por tanto la recomendación es no consumir.

El objetivo de la valoración y la intervención es establecer una relación de ayuda con la gestante¹⁷ y su entorno, que evite o detenga el maltrato, disminuyendo o eliminando los factores de riesgo para evitar llegar a indicadores de alarma^[86].

Se considera maltrato prenatal y perinatal aquellas acciones u omisiones de la gestante o su entorno, que influyan negativa o patológicamente en el embarazo y periodo perinatal, pongan en peligro la salud del feto o le causen, directa o indirectamente, un daño. Se considera también maltrato prenatal y perinatal todo maltrato ejercido a una mujer, con especial atención a la violencia de género, o a otras personas gestantes, ya que se observa una alta prevalencia durante la gestación^{[82][85,87,88]}. El maltrato prenatal y perinatal puede, en ocasiones, identificarse por la afectación del feto o bien detectarse o manifestarse tras el nacimiento.

Las situaciones de riesgo y el maltrato prenatal y perinatal pueden causar daño o problemas de salud tras el nacimiento, que pueden condicionar el desarrollo en etapas posteriores y aumentar el riesgo de maltrato. La crianza y la parentalidad son procesos complejos, marcados por la sociedad y la cultura además de la propia capacidad y experiencia, por lo que la atención al proceso de gestación debe buscar ofrecer una experiencia saludable y libre de cualquier tipo de discriminación y violencia del proceso de embarazo y parto^[85], incluyendo el abordaje de las experiencias de aborto, muerte fetal y neonatal^[86].

d) Trastorno facticio inducido por la persona cuidadora.

Se refiere a situaciones clínicas en que un NNA recibe atención médica innecesaria y dañina o potencialmente dañina debido a las acciones manifiestas de una persona responsable, incluida la exageración de los síntomas, mentir sobre la historia o simular hallazgos físicos (fabricación), o inducir intencionalmente la enfermedad en el NNA^[89]. La diferencia más significativa con otras formas de maltrato es la participación de las y los profesionales de atención sanitaria como instrumentos involuntarios, pero en ocasiones necesarios para el maltrato. La detección es difícil y depende del reconocimiento de las señales de advertencia

¹⁷ Cuando hablamos de gestante nos referimos a mujeres y/o personas gestantes.

que deberían despertar la sospecha^[90]. A lo largo del tiempo ha recibido diferentes denominaciones; también conocido como Síndrome de Munchausen por poderes, trastorno facticio infligido a otro (DSM-5) o maltrato médico infantil (medical child abuse) en la literatura americana, donde entienden al profesional del sistema sanitario como herramienta para causar daño.

El diagnóstico resulta especialmente complicado porque la anamnesis detallada de las personas responsables, que es una herramienta muy valiosa para el diagnóstico, se vuelve ineficaz e incluso contraproducente. En la práctica clínica, cuando los hallazgos encontrados no coinciden con los esperados, se debe valorar si la atención que está recibiendo la persona menor de edad le puede causar daño potencial o real^[91], siendo importante recoger información de otros centros asistenciales a los que ha podido acudir. Identificar y responder a esta compleja forma de maltrato infantil requiere una intervención multidisciplinaria cuidadosamente coordinada^[90].

e) La violencia ejercida en las instituciones.

La disfunción de las instituciones y administraciones, así como el difícil acceso a los servicios de atención a las víctimas y las trabas burocráticas dificultan el ejercicio de los derechos del NNA. En el ámbito sanitario, la no adaptación de las instalaciones, procedimientos o de las actuaciones profesionales a los derechos, etapa del desarrollo, discapacidad, características personales y estado emocional del NNA víctima de cualquier forma de violencia, así como la falta de formación que puede conllevar a la dificultad en el diagnóstico (infradiagnóstico) y en el resto de actuaciones (notificación, intervención y seguimiento), pueden suponer trabas de acceso así como contribuir a la victimización secundaria¹⁸, que finalmente acarrea la desprotección de las víctimas^[10].

f) Otras prácticas que afectan a la salud, integridad o derechos de las personas menores de edad.

- a. **La sumisión y/o vulnerabilidad química (SVQ).** Incluye la sumisión química (SQ) cuando se administran sustancias psicoactivas de forma subrepticia y la vulnerabilidad química (VQ) cuando por el consumo voluntario de alcohol, otras drogas, o

¹⁸ Victimización secundaria es *la victimización que ocurre no como resultado directo del delito penal sino como resultado de la respuesta de instituciones públicas o privadas y otros individuos a la víctima*.^[92]

medicamentos se encuentran disminuidas las capacidades. Se dispone de la Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: intervención ante la sospecha de sumisión química (2022)^{[93][93]}.

- b. Agresión a adolescentes por objeto punzante (“pinchazo”).** Se dispone del documento de Pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante casos de agresión a mujeres por objeto punzante (“pinchazo”) en contextos de ocio^{[94][94]}, aplicable también a NNA.
- c. El acoso entre personas menores de edad, en especial el acoso en el ámbito escolar.**
- d. El ciberacoso^{[95][95]}.**
- e. La difusión pública de datos o material audiovisual privados o que afecten a la intimidad.**
- f. El matrimonio forzado y el matrimonio infantil.**
- g. Violencia de odio.^{[96][97]}**

Es importante tener en cuenta que pueden coexistir distintos tipos de violencia.

Este protocolo recoge una actuación general para todos los tipos de violencia contra NNA. En el futuro, se elaborarán materiales concretos en aquellos tipos de violencia con particularidades respecto a este procedimiento general.

9. Diagnóstico diferencial

Se debe realizar el diagnóstico diferencial con otras posibles causas que pudieran explicar los síntomas o signos, para confirmar o descartar la consideración de un posible indicador de violencia.

Ver anexo 3.

10. Valoración inicial de la violencia en niños, niñas o adolescentes

10.1. Recomendaciones para la valoración

Es primordial tener en cuenta algunos aspectos y recomendaciones durante la atención del NNA para evitar la victimización secundaria, favorecer su bienestar y realizar una valoración completa y adecuada.^{[5] [7] [57]}

- La atención debe estar centrada en el interés superior del NNA por encima de cualquier otra consideración como así lo establece el Comité de los Derechos del Niño (2013) en su Observación general Nº 14 (2013)^[98] debiéndose respetar siempre su dignidad, intimidad y derecho a la participación, confidencialidad y asegurando su protección a través de la valoración de la seguridad. En el caso de NNA con discapacidad se asegurará, además, la accesibilidad de todo el proceso. Para ello, se debe realizar una evaluación formal de ese interés, ya que es único por cada NNA.
- Ubicar al NNA en un espacio tranquilo y adecuado, acompañado/a por una persona adulta que haya elegido, salvo que esté excluido por decisión motivada o su presencia sea considerada como dificultadora de la comunicación entre el NNA y la o el profesional sanitario, en cuyo caso se recomienda el acompañamiento del NNA por al menos dos personas pertenecientes a la institución correspondiente.
 - Preguntarle, siempre que sea posible, si prefiere ser atendido/a por una mujer u hombre, o una persona más joven o de más edad. En todo caso preferiblemente por la/el profesional sanitario con más experiencia, acompañado de otro/a profesional, que actuará como observador y testigo de la asistencia, siendo éstos profesionales los mismos durante todo el proceso, siempre que sea posible.
 - Crear un clima de confianza, manteniendo una actitud empática y facilitadora de la comunicación y expresión de sentimientos, mediante una relación deliberativa y no paternalista.
 - Separar al NNA de potenciales agresores/as a través de la realización de una valoración de la seguridad, y adoptando todas medidas precisas para velar por su interés superior, incluida la indicación de ingreso en un hospital si fuera necesario.
 - Es imprescindible coordinar la participación de las y los profesionales implicados, tanto en la valoración como en la asistencia, y garantizar una valoración y exploración completas, siendo ideal un acto único y llevado a cabo lo antes posible, respetando los tiempos pautados por el NNA, comunicando cada paso del procedimiento, tanto al NNA como a sus representantes legales y/o la persona de confianza designada por él/ella,

contando con el consentimiento. Se evita de esta forma la victimización secundaria y se facilita la toma de decisiones posterior y el seguimiento.

- Si es preciso utilizar el apoyo de traducción, interpretación o mediación de lengua de signos, se procurará llevar a cabo por personal capacitado del sexo de preferencia del NNA, para garantizar el acceso universal a una atención integral y de calidad. Se utilizarán ayudas visuales, recursos de apoyo a la audición y comunicación así como términos apropiados a la edad y discapacidad, además de instrumentos¹⁹ y posiciones que minimicen la incomodidad física y/o la angustia psicológica; explicando qué se espera después del examen y dando instrucciones para el seguimiento.
- Es fundamental formar a las y los profesionales del sistema sanitario en contacto con NNA para realizar la valoración de casos de violencia.

Durante la entrevista/anamnesis es frecuente que los NNA se encuentren recelosos de las personas adultas, rechacen el contacto físico y se nieguen a hablar, por lo que se recomienda realizar una acogida estableciendo un clima apropiado con preguntas generales y neutrales, así como evaluar sus capacidades, para poder ajustarse a la edad, discapacidad y grado de madurez del NNA utilizando lenguaje y terminología accesible y no estigmatizante y apoyos a la comunicación necesarios. Además, se informará al NNA sobre el proceso, incluidos los aspectos relativos a la confidencialidad de la información que refiera durante la entrevista, incluyendo la necesidad de comunicar esa información a determinados estamentos y órganos de protección, solicitándole, en función de la valoración de su competencia, su consentimiento a tal efecto.

Escuchar atentamente mostrando interés, prestando atención tanto al lenguaje verbal como al no verbal, sin interpretar ni juzgar, expresando que hay un entendimiento mutuo y dando credibilidad a su relato, alabando su valentía por compartir lo sucedido, intentando contrarrestar sentimientos de culpabilidad y reforzando la imagen de ayuda que pueden prestarle las y los profesionales sociosanitarios. Se ha de tener en cuenta que en muchas ocasiones los

¹⁹ Los espéculos o anoscopios y los exámenes digitales o bimanuales de la vagina o el recto de un niño/a prepuberal no se requieren de forma rutinaria, a menos que esté médicaamente indicado; si se necesita un examen con espéculo, se debe considerar la sedación o la anestesia general y explicar al NNA su necesidad^[5].

sentimientos y pensamientos del NNA acerca de la experiencia pueden llegar a ser fragmentados y desorganizados, encontrando importantes dificultades para poder dar sentido o una explicación a lo que ocurre^[99]. Se deben formular preguntas claras y abiertas, evitando las preguntas cerradas, enjuiciadoras que puedan modificar su relato. Anotar entrecomillado el testimonio del NNA. Permitir que el NNA se exprese libremente incluso con dibujos u otros recursos si lo desea y cerrar la conversación de forma distendida comentando temas de su interés. Es muy importante tener en cuenta que el objetivo de la entrevista es sanitario y orientado a obtener la información necesaria para la atención clínica y notificación, evitando reiterar aspectos que no tengan relación con el objetivo asistencial y cuya repetición puede ocasionar artefactos en el testimonio, ya que en ocasiones es la única prueba, preservando estos aspectos para la entrevista forense. En todo caso, es muy importante la coordinación entre los diferentes estamentos.

Tras la entrevista, hay que considerar una **exploración clínica detenida y completa, coordinada con los y las especialistas clínicos y/o forenses si procede**, que debe llevarse a cabo en un ambiente tranquilo y con la mayor prontitud posible, aunque dando tiempo para poder coordinarla en las mejores condiciones y siempre respetando los tiempos del NNA. No se debe forzar al NNA a la realización de la exploración física. Se puede dialogar con el NNA en un lenguaje adaptado y accesible a su desarrollo evolutivo y su capacidad, y explicarle la necesidad y características de las exploraciones, pero lo primero es su bienestar.

Deberán coordinarse las actuaciones de los y las diferentes especialistas intervinientes, incluyendo al médico/a forense, para evitar la repetición de exploraciones, y que el número de exámenes sea el menor posible y estrictamente necesario para evitar una posible victimización secundaria.

Las muestras biológicas y evidencias se recogerán prioritariamente desde la medicina forense. Las que excepcionalmente se recojan en el centro sanitario se conservarán debidamente para su remisión, garantizando la cadena de custodia y del modo más inmediato posible, a los institutos de medicina legal y ciencias forenses (IMLCF). El plazo y demás condiciones de conservación se determinará mediante protocolos científicos por los organismos competentes^[65,69,93].

Se recomienda la documentación completa de las lesiones visibles en la persona menor de edad, mediante medios audiovisuales que permitan la revisión por otros/as profesionales y el testimonio en el juzgado. Si fuera necesario podría ser admitida como medio de prueba en el proceso penal, por lo que se recomienda establecer protocolos de realización, gestión y custodia de estos materiales.

Además, es necesario cuidar la **interacción con las personas responsables**. Las personas que cuidan y /o acompañan al NNA pueden ser un apoyo importante, pero también pueden ser la persona causante, haber permitido el maltrato o sentirse impotente para detenerlo. Además, hay que tener en cuenta que pueden ser víctimas de violencia de género u otros tipos de violencia. Se debe dar la oportunidad de hablar por separado con el NNA y las personas que lo acompañan, garantizando a las persona acompañantes que se le proporcionará información y fomentando su participación en el proceso, proporcionándoles apoyo, tratándolos con respeto, sin confrontarlos y evitando culpar o estigmatizar e identificar lo que están haciendo bien, explicando las posibles consecuencias para la salud del maltrato o la negligencia, la importancia y los posibles efectos secundarios de cualquier intervención, y las opciones y derechos al consentir o rechazar el tratamiento para el NNA, así como las limitaciones de confidencialidad y obligaciones de informar. Si se sospecha una situación de violencia se debe explicar la preocupación por la salud y bienestar del NNA y que hay que abordarlo, bien de forma urgente o en procedimientos ordinarios^[7], considerando qué información se puede compartir y con quién [5].

Si se conoce o sospecha que la persona acompañante es la agresora, se debe garantizar en primer lugar la seguridad del NNA. No se debe permitir que siga teniendo acceso o acompañando a la víctima, para evitar que ejerza sobre ella presión o intimidación para silenciarla. Si es necesario, se solicitará asistencia judicial para ingreso o medidas cautelares, y se avisará a FFCCSS y a la seguridad del centro.

Para más información, se recomienda consultar el documento de Actuación en la atención a menores víctimas en los IMLCF^[58].

10.2. Procedimiento de valoración

De manera general, se obtendrá información del tipo de violencia (tabla 1), contexto (familiar/extrafamiliar), relación con la persona agresora, tiempo pasado desde la agresión (reciente/no reciente), reiteración (único/múltiple), número de personas agresoras (una/varias), método utilizado (seducción, amenazas, engaño, coacción, aislamiento, etc.) y la distancia (presencial/a distancia). Además, se debería evaluar el riesgo psicosocial si no se ha realizado previamente.

En la valoración inicial biopsicosocial de los casos de violencia contra NNA en el ámbito sanitario, se deberá comenzar con una valoración inicial que permita tomar las primeras decisiones en función de la gravedad clínica, riesgo vital, seguridad (grado de desprotección), riesgo de recurrencia y vulnerabilidades según los FR.

10.2.1. Valoración del riesgo vital y la gravedad clínica.

Se considera riesgo vital:

- Cuando existe riesgo de muerte, pudo haber existido, o pudiera existir si se repitiera o continuara produciéndose la situación de violencia.
- Cuando existe grave impacto para la salud del NNA, por la presencia de lesiones o enfermedades que requieren tratamiento hospitalario o pueden dejar secuelas.
- Cuando existe trastorno de salud mental.
- Riesgo de suicidio.

La gravedad clínica hace referencia a la intensidad o severidad del daño sufrido, o estimado a medio y largo plazo, por el NNA en una situación de violencia. Para su valoración se deben considerar los siguientes factores:

- Tipo de daño, según el efecto que tiene sobre la integridad física o psíquica del NNA.
- Localización y gravedad de la lesión o lesiones.
- Nivel de vulnerabilidad del NNA: edad, enfermedad previa, discapacidad, etc.
- Signos de negligencia.
- Posibilidad de recogida de muestras en los casos de violencia sexual reciente.

La exploración física y psicológica debe incluir:

- Una inspección en la que se preste atención y registre la actitud general del NNA (colaboradora, recelosa, etc.), estado emocional (tristeza, ansiedad, pánico, etc.), postura corporal, lenguaje no verbal e interacción tanto con los/las profesionales como con las personas que le acompañan (si la persona menor de edad busca apoyo en ella o por el contrario muestra recelo o temor). También es importante registrar la higiene que presenta, ropa que porta, útiles de puericultura, etc.
- Se debe realizar una somatometría (talla, peso y perímetro craneal), reflejándolos en una gráfica de crecimiento ^[100].
- Valorar e indicar la etapa de desarrollo sexual según la escala de Tanner.
- Valorar la presencia de lesiones centinelas (tabla 4).
- Realizar una exploración por órganos y sistemas, y según se precise, solicitar las pruebas complementarias necesarias e interconsultas a otras especialidades, tratando de minimizar los daños adicionales, incluidos el trauma, el miedo y la angustia, y respetar la autonomía y los deseos de los NNA^[5].
- Se puede consultar la clasificación de Adams (anexo 2) ^[101] para valorar el diagnóstico de VSI.
- La exploración general o ginecológica puede hacerse bajo sedación general si la víctima presenta un importante estado de agitación o un alto nivel de espasticidad, debido a su situación de discapacidad, que lo aconseja para evitar sufrimiento, con el correspondiente consentimiento informado.
- Desde el Sistema Sanitario se facilitará la exploración psicopatológica realizada por profesionales especializados en infancia víctima de violencia sexual, en los equipos de salud Mental del SNS o en Unidades o Dispositivos concertados, con capacidad para realizar prueba preconstituida²⁰.

²⁰ Más información sobre la prueba preconstituida en la “Guía de buenas prácticas para la declaración en el proceso penal de menores y personas con discapacidad necesitadas de especial protección: intervención desde la psicología forense, en particular en la prueba preconstituida”.^{[27][27]}

10.2.2. Valoración de la seguridad (riesgo de desprotección).

La valoración de la seguridad resulta imprescindible para determinar las garantías de protección o de amenaza de la misma que tiene la persona menor de edad. Además de la valoración que con esta finalidad se puede realizar a la persona responsable y/o acompañante y al NNA, el TSS realiza una valoración exhaustiva posterior considerando:

- Quiénes tienen la responsabilidad de la atención del NNA, y de otras personas menores de edad en la familia.
- Qué cuidados requiere ésta (según edad, situación de salud y autonomía personal - discapacidad, dependencia, etc.).
- Cuáles son las características de la prestación de cuidados (actitud y capacidad de las personas que cuidan, organización de los cuidados, etc.).
- Qué garantías de protección pueden asegurarse (apoyos efectivos, capacidad de protección para evitar recurrencia, etc.).

Teniendo siempre en cuenta la coherencia de las explicaciones que ofrecen, si existen dudas sobre la posible autoría de las personas responsables, etc.

10.2.3. Valoración del riesgo de recurrencia.

Se valorará **el riesgo de recurrencia**, es decir, la probabilidad de que una situación de desprotección y/o daño pueda ocurrir o vuelva a ocurrir, pudiendo poner en peligro la integridad o el desarrollo integral de la persona menor de edad. Dicho riesgo se puede valorar en función de:

- Antecedentes, frecuencia y/o cronicidad de los episodios de violencia.
- Características comportamentales y capacidades parentales de las personas responsables, entorno no familiar y/o del NNA.
- Existencia o no de factores de protectores/desprotección en el entorno familiar (incluyendo la sospecha de violencia de género).
- Existencia o no de factores protectores/desprotección del entorno extrafamiliar donde está sucediendo la violencia: colegio, pares, redes sociales, etc.

10.2.4. Procedimiento según el resultado de la evaluación.

De acuerdo con las circunstancias clínicas y sociales, y la información obtenida hasta este momento, el equipo²¹ debe decidir si continúa con un procedimiento ordinario o un procedimiento de urgencia:

Procedimiento de urgencia:

Este se inicia en los casos en los que existe riesgo vital (físico, psicológico/emocional) o de desprotección para el NNA, o cuando esté indicada la toma de muestras ante el riesgo de que puedan perderse indicios:

- Episodio reciente de violencia sexual: está indicada la toma de muestras de valor forense hasta 72 horas (también en caso de penetración anal), y hasta 7-10 días si ha habido penetración vaginal. Ante cualquier duda sobre los plazos y la posibilidad de recogida de muestras se recomienda consultar al IMLCF correspondiente, incluso a través los médicos/as forenses de guardia si se trata de una actuación urgente.
- Existe, ha existido o podría existir riesgo vital:
 - Riesgo de muerte.
 - Existe grave impacto para la salud, física y psicológica, por la presencia de lesiones o enfermedades.
 - Las lesiones o enfermedades requieren tratamiento hospitalario.
 - Las lesiones o enfermedades pueden dejar secuelas físicas o psicológicas.
 - Existe gran afectación psicológica o riesgo de suicidio.
- Está en riesgo de desprotección frente a la violencia:
 - No existe la adecuada actitud o capacidad familiar de protección para modificar o impedir la situación de maltrato o violencia.
 - Negligencia reiterada con daño o riesgo para la salud.
 - No ofrecen explicaciones lógicas sobre los posibles autores o sobre los mecanismos de producción de las lesiones.

²¹ Véase nota al pie nº 8 (página 19)

- Se sospecha que la persona del entorno familiar es autor/a de las lesiones, de la violencia sexual o de cualquier forma de maltrato.

Así mismo, si el caso se ha detectado en un centro no hospitalario (AP o urgencias extrahospitalarias, salud mental, etc.) se valorará si es necesario el traslado del NNA al hospital. Si se precisa, se recomienda contactar telefónicamente con el o la profesional de guardia hospitalaria y garantizar el traslado seguro, sobre todo en el caso de sospecha de maltrato intrafamiliar, incluso, contactando con las FFCCSS si es preciso. En estos casos, la valoración tendrá que ser somera si la situación clínica del NNA lo permite, para no entorpecer el interrogatorio, exploración y la toma de muestras adecuadas que se realizarán en el ámbito hospitalario. Si se precisa ingreso involuntario como consecuencia de las circunstancias del hecho violento o para proteger a la víctima, se contactará con el juzgado, siguiendo el procedimiento legalmente establecido. Las indicaciones para ingreso hospitalario son:

- Necesidad de valoración especializada, pruebas o estudios clínicos o tratamiento en un servicio hospitalario.
- Necesidad de protección inmediata de la persona menor de edad. En caso de que se decrete situación de desamparo por el Juzgado o los Servicios Sociales competentes, y sea necesaria su permanencia en el centro sanitario.

Procedimiento ordinario:

Este se inicia cuando no existe riesgo vital físico o emocional, ni de desprotección, y se da el caso de dudas diagnósticas que precisan de una valoración más pausada y trabajo interdisciplinario para establecer un diagnóstico y notificar a las autoridades competentes. En caso de que TSS o las unidades especializadas no estén informadas, el o la profesional de medicina y/o enfermería a cargo del NNA deberá contactar con dichos departamentos para coordinar las actuaciones con la familia y el entorno de la persona menor de edad si es necesario (escuela, pares, barrio, etc.) y el resto de profesionales que deban ser consultados/as para llegar al diagnóstico una vez aclaradas todas las circunstancias concurrentes.

11. Notificación.

La LOPIVI establece “*el deber de comunicación cualificado*”, como la especial responsabilidad en el deber de notificar por su cualificación, que tienen las personas que, por razón de su cargo, profesión, oficio o actividad, tengan encomendada la asistencia, el cuidado, la enseñanza o la protección de NNA y, en el ejercicio de estas, hayan tenido conocimiento de una situación de violencia ejercida sobre estos. En esta definición se incluye el ámbito sanitario, y se establece también la obligación de comunicación inmediata a los servicios sociales competentes. Además, cuando dicha violencia pudiera comprometer la salud o la seguridad del NNA se debe comunicar inmediatamente a las FFCCSS y/o al juzgado de guardia o ministerio fiscal.

Se debe informar al NNA y las personas responsables sobre la notificación y su objetivo ^[7], que no es otro que el de aclarar si hay o no una posible situación de violencia y poder establecer medidas para evitar y revertir esta situación y sus efectos adversos.

Procedimiento de notificación:

- ¿Quién hace la notificación?

El o la profesional del ámbito sanitario que atienda al NNA. En caso de que se precise derivación desde AP a AH la notificación será realizada en este ámbito, teniendo en cuenta que se puede notificar desde varios ámbitos.

- ¿Cuándo notificar?

Acorde con la LOPIVI, las y los profesionales deben notificar cuando tengan conocimiento o advirtieran indicios de la existencia de una posible situación de violencia que priva a las personas menores de edad de sus derechos y bienestar, que amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social.

El equipo del centro sanitario considerará dos modos de hacerlo, ordinario o urgente, según lo establecido en el apartado 10 sobre valoración de este protocolo.

En los casos en que se presenten criterios de urgencia, como los expuestos previamente, la comunicación se hará de forma inmediata utilizando la vía telefónica preferentemente.

- ¿A quién notificar?
 - En todos los casos de sospecha o evidencia de violencia se debe notificar a servicios sociales competentes.
 - Como norma general, si el riesgo de desprotección es leve o moderado se comunicará a SSM, y si es grave a la EPPI.
 - Además, se debe notificar a otros estamentos como juzgado (a través del parte de lesiones), fiscalía o FFCCSS.
 - El juzgado de guardia, tras recibir la notificación del centro sanitario, podrá requerir la intervención del IMLCF si las circunstancias lo requieren.
 - La/el profesional sanitario responsable de su asistencia podrá consultar también con Fiscalía.
 - Valorar notificar a FFCCSS en los casos urgentes, con lesiones o en los que la salud o la seguridad del NNA se encontrase amenazada.
- ¿Cómo notificar?

A través del envío, preferiblemente por vía telemática, de los documentos de notificación ya disponibles en los distintos ámbitos:

- Documento de notificación para los Servicios Sociales/Entidad Pública de protección a la infancia.
- Parte de lesiones para comunicación con el juzgado²².

En caso de urgencia, contactar también vía telefónica.

²² Si el reconocimiento se realiza de forma conjunta con medicina forense, el parte de lesiones será cumplimentado por medicina forense. El o la profesional sanitaria debe en todo caso dejar constancia de la valoración en el informe de alta.

- Se debe disponer de un mecanismo de notificación anónimo, preferiblemente 24 horas y 365 días al año, adaptado a la capacidad evolutiva de los NNA, de cualquier caso de violencia o victimización secundaria en el sistema sanitario.

12. Intervención y seguimiento

El sistema sanitario, aparte de su labor asistencial, desarrolla un aspecto muy significativo en cuanto a la prevención secundaria (detección precoz) y terciaria (manejo y recuperación) de la violencia durante la infancia y la adolescencia.

Todos los NNA que han sufrido o ejercido violencia deben recibir una atención terapéutica integral, especializada, adaptada, multidisciplinar y en espacios amigables y plenamente accesibles, sea necesaria o no la asunción de una medida de protección y con independencia del proceso judicial que pudiera derivar de los hechos. Esta atención debe darse de forma pública, gratuita y universal, en todo el territorio estatal, en el plazo mínimo posible y según la legislación correspondiente, y guiándose por el principio del interés superior del NNA, ya que forma parte de su derecho a la salud, a la vida y al desarrollo pleno y su derecho a no sufrir ninguna forma de violencia o abuso.

Un NNA que ejerce violencia es también una persona necesitada de atención especializada. Por ello cuando se detecte que un NNA ejerce violencia se procederá a un estudio de la posible etiología teniendo presente la alta probabilidad de que esté siendo víctima o testigo de algún tipo de violencia y procurando que reciba protección y asistencia terapéutica especializada, manteniendo el seguimiento y la coordinación.

Del mismo modo, los NNA que presencien violencia entre otras personas, sobre todo si les une a ellas un vínculo afectivo, no deben ser consideradas sólo testigos, sino también víctimas de violencia. En el caso de los hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género, este hecho está recogido en la legislación vigente^[80].

Esta atención especializada y multidisciplinar debe incluir un acompañamiento emocional, y si es necesario terapéutico, durante todo el tiempo que dure el proceso, a las familias de estos NNA que han sufrido violencia o que la han ejercido, puesto que son los garantes de su bienestar y sostén emocional^{[102] [103] [104]}.

La asistencia de los NNA deberá incluir:

- Anamnesis y exploración coordinadas.
- Atención de las lesiones o alteraciones físicas derivadas de la situación de violencia, así como otros problemas de salud observados (vacunaciones, crecimiento y desarrollo psicomotor, etc.).
- Toma de muestras.
- Valorar profilaxis de enfermedades infecciosas (tétanos, etc.)
- En casos de VSI, se debe valorar la necesidad de profilaxis de ITS y la indicación de anticoncepción de urgencia o interrupción voluntaria del embarazo.
- Satisfacer las necesidades básicas, deseos y preocupaciones del NNA y subsanar las carencias de estimulación, afectivas, educativas o nutricionales, facilitando a las personas responsables recursos y capacitación para el desarrollo de las habilidades de estimulación, cuidados y pautas psicoeducativas que satisfagan las carencias detectadas durante la intervención, optando por métodos positivos, no punitivos, de crianza^[105].
- Valoración y tratamiento de las consecuencias psicológicas del maltrato que pudiera sufrir la persona menor de edad, tanto en el momento de la evaluación como en el seguimiento. Si precisa tratamiento psiquiátrico y/o psicológico, se debe valorar derivación a los equipos especializados de salud mental infanto-juvenil, de manera urgente si fuera necesario^[104].
- Facilitar el acceso a recursos especializados para la recuperación del proyecto vital y la inclusión social: programas de refuerzo pedagógico, acceso al empleo juvenil, etc.

Además, es prioritario asegurar la protección en aquellos casos en que se detecte la existencia de un maltrato presuntamente causado en su entorno familiar o de acogimiento, que pueda estar poniendo en riesgo inminente su vida o integridad física o psicológica. La coordinación con la EPPI o SSM puede proveer información sobre las intervenciones pasadas y actuales que se llevan o llevaron a cabo sobre el NNA.

El equipo²³ elaborará un **plan de intervención**, coordinado y consensuado las y los profesionales que intervengan, estableciendo un calendario de seguimiento en cada caso, así como las derivaciones necesarias a otras instancias tras la evaluación e indicando los recursos de apoyo que requiere, en caso de NNA con discapacidad. En el marco de este plan de intervención, TSS proporcionará medidas de apoyo y acompañamiento necesarios al NNA y a su familia y coordinará las intervenciones que faciliten la continuidad asistencial entre niveles de atención sanitaria y entre ámbitos asistenciales- y su derivación cuando proceda.

Si bien lo deseable es que todos los y las profesionales del sistema sanitario que tienen contacto con NNA estén formados a nivel básico en la prevención y abordaje de la violencia en NNA, en algunas CCAA existen o se están desarrollando unidades especializadas en el estudio y abordaje de la violencia sobre NNA como pueden ser las unidades de pediatría social, proyecto Barnahus, juzgados especializados u otras iniciativas que, en coordinación con AP y junto a los dispositivos interprofesionales e interinstitucionales que atienden a la infancia y la adolescencia, son un elemento eficaz en la atención a las víctimas y en la lucha contra la violencia que afecta a la persona menor de edad. Es fundamental que estas unidades estén identificadas en cada territorio y que se establezcan los mecanismos de coordinación, como se describe más adelante.

Se ha de destacar y tener en cuenta que la intervención en NNA con problemas graves del neurodesarrollo, discapacidad, problemas de salud mental, y aquellos en los que concurra cualquier otra situación de especial vulnerabilidad y riesgo social, contextos de violencia de género, etc., debe contemplar las necesidades específicas de estas personas, recomendándose reforzar la coordinación con otros agentes implicados, como las entidades especializadas en la atención a personas con discapacidad, para garantizar una atención integral.

Si el NNA y/o acompañante muestran dificultades para contactar con otros recursos, es preciso facilitar el apoyo necesario^[7].

En los casos en que la violencia sea intrafamiliar y sea preciso una intervención familiar, ésta última deberá ser definida fuera del ámbito del agresor o agresores, especialmente en casos en que está

²³ Véase nota al pie nº 8 (página 19)

presente la violencia sexual o violencia de género, en coordinación con los equipos competentes en la materia.

Deberá hacerse un seguimiento y acompañamiento de la víctima hasta su recuperación integral, teniendo en cuenta que las secuelas de la violencia pueden desarrollarse a medio y largo plazo, por lo que el seguimiento deberá prolongarse el tiempo que sea preciso, incluyendo también la intervención sobre la unidad familiar para crear un entorno lo más adecuado posible para la recuperación del NNA.

13. Registro en la historia clínica e informes.

Ante la sospecha o confirmación de violencia, es muy importante observar y registrar en la HC toda la información recogida en la anamnesis (qué dice y cómo lo dice) y la exploración clínica (tipo de lesión, localización, data de las lesiones, cómo se ha producido, correlación adecuada de la explicación con la edad, gravedad, patrón y distribución de aquellas y la probabilidad de causas no accidentales de las mismas etc.), orientación diagnóstica y terapéutica, medidas y recursos de apoyo y comunicación que se precisan en el caso del NNA con discapacidad, así como la coordinación entre las y los profesionales que han intervenido. También se debe registrar la conducta del NNA, incluido el lenguaje no verbal, así como la conducta de la persona responsable del NNA o acompañantes y su interacción con la persona menor de edad. Por último, es recomendable reflejar en la HC las medidas civiles o penales si las hubiera (régimen de custodia, patria potestad, alejamiento, etc.), en caso de que ello resulte necesario, para mayor información de quienes atienden a la persona menor de edad.

Se registrará el episodio de violencia utilizando la codificación establecida en cada CCAA hasta disponer de unos criterios comunes a nivel nacional tal y como se especifica en el apartado de registro en la HC, y garantizando la confidencialidad según la legislación vigente.

Se realizará el informe clínico, social y forense según se precise. En ocasiones se realizarán informes especiales como por ejemplo en casos de MGF, maltrato prenatal, etc.

14. Coordinación interdisciplinar y derivación a otros profesionales.

Es fundamental establecer procedimientos para asegurar la coordinación entre las y los profesionales de las administraciones públicas competentes en la atención a la violencia durante la infancia y

adolescencia, que redunden en una mejor asistencia y una protección eficaz en las situaciones de riesgo de violencia y desamparo o desprotección, y eviten la victimización secundaria de los NNA con los que, en cada caso, deban intervenir.

Esta coordinación se debe producir, tanto dentro de las instituciones sanitarias, entre ellas y con otras instituciones que participan en el proceso como:

- Los Servicios sociales municipales /Entidad pública de protección a la infancia.
- Juzgado (incluyendo los IMLCF) y fiscalía, facilitando procedimientos protocolizados de notificación y consulta.
 - o Se considera recomendable que los IMLCF puedan tener acceso a la HC electrónica, mediante los oportunos convenios de colaboración, como los que ya existen en algunos territorios.
- FFCCSS
 - o En ocasiones es necesario contar con las FFCCSS para el traslado al centro sanitario o para la custodia de muestras, por ejemplo. En función de las circunstancias, puede ser necesario activar también al servicio de seguridad del centro sanitario.
 - o Existen unidades especializadas en relación con la violencia sobre NNA:
 - GRUME: Grupo de Policía Judicial Especializado en Menores, integrados en las Brigadas Provinciales de Policía Judicial.
 - UFAM: Unidades de Atención a la Familia y Mujer. Unidades de la Policía Nacional especializadas en la prevención y la investigación de las infracciones penales sobre violencia de género, doméstica y sexual.
 - EMUME: Equipo de Mujer y Menor de la Guardia Civil.
- OAVD: Oficina de asistencia a las víctimas de un delito violento o contra la libertad sexual. Estas oficinas atienden y acompañan a las víctimas de delito, formadas por un equipo multidisciplinar y, de forma habitual, dependen del departamento de justicia y según la LOPIVI actúan como mecanismo de coordinación del resto de recursos y servicios de protección de

las personas menores de edad.

- El ámbito educativo. Es importante su participación en la prevención, detección y recuperación mediante programas de refuerzo pedagógico, adaptación curricular, inclusión social, promoción de los buenos tratos, prevención de la violencia, así como su participación en el seguimiento de la evolución de las víctimas.
- Entidades del tercer sector.

Para que esta coordinación sea efectiva, se recomienda contar con una estructura organizativa en cada centro asistencial; integrada en la cartera de servicios y en los objetivos de centro. También se pueden valorar estructuras sanitarias regionales²⁴ que den servicio a varios centros, con profesionales y unidades con mayor grado de especialización que actúen como referencia, distribuidas en el territorio para garantizar la accesibilidad y la calidad asistencial. En algunas CCAA ya existen estas unidades integrales o unidades asistenciales de referencia.

Para la coordinación con otros agentes, se recomienda crear o utilizar estructuras de coordinación ya existentes en el territorio, donde se encuentran diversos sectores con implicaciones en salud para facilitar la prevención y el abordaje de los casos de violencia sobre NNA. Un ejemplo de esto podrían ser las unidades interdisciplinares de zona o las iniciativas como el modelo Barnahus^[106] para la valoración y la atención a la violencia sexual en NNA, donde en un mismo lugar se reúnen todos los agentes implicados y se llevan a cabo las actuaciones directas con NNA, tales como orientación, asistencia inicial, prueba preconstituida, intervención terapéutica y asesoramiento social y judicial.

Se promoverá el desarrollo de protocolos de coordinación intersectorial a nivel autonómico y municipal, incluso a nivel de centro sanitario, donde se defina y facilite la comunicación y coordinación entre las y los profesionales de cada institución y se identifiquen en el territorio,

²⁴ Valorar la constitución o ampliación de Comisiones interdisciplinares a nivel de área de salud para coordinarse en los casos más complejos, similares a las comisiones de violencia de género que ya existen en algunos territorios y que podrían servir de modelo: profesionales formados del hospital y de AP: pediatría, urgencias, ginecología, medicina general y comunitaria, salud mental, trabajo social, jurídico, incluso incorporar cuando sea necesario a representantes de educación, servicios sociales y otras entidades.

pudiendo ser de utilidad la elaboración de un mapa de activos en salud ^[107], así como un directorio que identifique los recursos a los que deben notificar, y aquellos que pueden proporcionar apoyo ^[7].

Por último, es fundamental la coordinación entre CCAA, especialmente cuando un NNA víctima de violencia se traslade a otra CCAA; se debe garantizar la continuidad de la asistencia sanitaria, y, siempre que sea posible, comunicar con el nuevo equipo sanitario de referencia del NNA. Debería facilitarse la consulta de la HC e informes clínicos y sociales en todo el territorio nacional para el seguimiento de los NNA víctimas de violencia.

15. Monitorización y evaluación del protocolo.

Tanto la implementación como los resultados de este protocolo en materia de calidad asistencial, protección y recuperación de proyectos vitales deben ser evaluados con indicadores que permitan evaluar su impacto y grado de cumplimiento y poder establecer medidas correctoras en caso necesario. Más adelante se establecerá una propuesta de indicadores de proceso y resultado, que debe ser revisada y definida de cara a la realización de los informes periódicos.

A efectos de este protocolo se entiende por caso de violencia todo aquel caso de un NNA víctima de violencia, detectado y registrado por quienes lo atienden en los servicios sanitarios que integran el SNS. Es necesario un estudio en profundidad para establecer indicadores y, de manera simétrica al trabajo realizado en el abordaje de la violencia de género desde el sistema sanitario, consensuar:

- Criterios comunes para el conjunto del SNS respecto a los códigos específicos de los sistemas de información sanitaria, que se recogerían para catalogar los casos de violencia sobre NNA, y poder elaborar los indicadores comunes epidemiológicos de violencia sobre NNA del SNS.
- Método de cómputo común para extraer el cálculo global de casos detectados y registrados en el conjunto del SNS.
- Indicadores de magnitud, características de la violencia y de los NNA.
- Variables de desagregación de los mismos (geográfica, grupos de edad, sexo, tipo de discapacidad, país de nacimiento, etc.).

Hay que tener en cuenta que a través de este protocolo solo se detectan aquellos casos que llegan al ámbito sanitario. Para determinar las dimensiones y características del problema es necesaria una

coordinación eficaz entre todas las partes implicadas y la realización de estudios de prevalencia.

También es importante valorar la participación de las víctimas y de sus familiares, así como su grado de satisfacción en todo el proceso asistencial, mediante encuestas de satisfacción o instrumentos similares.

16. Anexos

Anexo 1. Experiencias Adversas en la Infancia y Experiencias Beneficiosas en la Infancia.

Las Experiencias Adversas en la Infancia [108][109][110][111][112] se definen como eventos perjudiciales, crónicos o recurrentes, angustiosos, con efectos acumulativos, de diferente gravedad y consecuencias para la salud física, mental y/o social a lo largo de toda la vida de la persona. La acumulación de EAI en un NNA incrementa el riesgo de sufrir problemas significativos de salud física y mental, tanto presentes como futuros; de presentar comportamientos delictivos, mayor uso de la violencia, consumo de tóxicos, problemas emocionales, laborales y relaciones, a lo largo de todo su ciclo vital [112] [113] [114].

Tabla 7. Experiencias Adversas en la Infancia.

Categoría.	Ítems
Violencia y Negligencia	<ul style="list-style-type: none"> - Maltrato Psicológico - Negligencia emocional - Abandono físico - Maltrato Físico - Violencia sexual
Disfunción Familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Violencia de género - Otra violencia intrafamiliar - Abuso de sustancias tóxicas - Enfermedad mental en personas cuidadoras - Divorcios complejos - Internamiento penitenciario del padre y/o madre - Conflictividad interparental - Fallecimiento del padre y/o madre
Adversidad en el entorno social	<ul style="list-style-type: none"> - Testigo de violencia en la comunidad - Pérdida de confianza o de relaciones en el barrio - Discriminación: raza, religión, cultura, etc.
Otros	<ul style="list-style-type: none"> - Acoso entre pares - Institucionalización en sistema de protección - Enfermedad crónica - Pobreza/Bajo nivel socioeconómico

Fuente: Modificada de Finkelhor [115].

En este sentido, es de destacar que las Experiencias Beneficiosas en la Infancia ^[110] tienen un efecto acumulativo en los resultados de salud mental de por vida, y amortiguan los efectos negativos sobre la salud causados por la exposición a EAI.

Tabla 8. Experiencias beneficiosas en la infancia^[110]

- Sentirse capaz de hablar con tu familia sobre tus sentimientos.
- Haber sentido que tu familia te apoyó en los momentos difíciles.
- Sentirse seguro/a y protegido/a por una persona adulta en su hogar.
- Disfrutar de la participación en las tradiciones de la comunidad.
- Tener sentido de pertenencia al colegio que acude.
- Sentir el apoyo de los amigos/as.
- Tener al menos dos personas adultas (distinta de padre y/o madre), que se interesan sinceramente por el NNA.

Anexo 2. Clasificación de Adams

Tabla 10. Signos físicos relacionados con el diagnóstico de abuso sexual infantil. Clasificación de Adams^[116].

Tipo de Indicador	Signos físicos
A.1 Hallazgos físicos normales no relacionados con violencia sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Variaciones normales en la apariencia del himen (anular, semilunar, imperforado, etc.). • Banda(s) periuretral o vestibular. • Cresta(s) o columna(s) intravaginal. • Cresta externa en el himen. • <i>Diastasis ani</i> (área lisa). • Banda(s) o etiqueta(s) cutánea(s) perianales. • Hiperpigmentación de la piel de los labios menores o tejidos perianales en niños de color. • Dilatación de la abertura uretral. • Variantes normales de la línea media: <ul style="list-style-type: none"> ○ Ranura o cresta de la fosa, vista en la primera fase de adolescencia. ○ Defecto de fusión de la línea media (ranura o estría perineal). ○ Rafe medial (confundido a veces con una cicatriz). ○ <i>Línea vestibularis</i> (área avascular medial). • Visualización de la línea pectina en la unión del anodermo y la mucosa rectal, cuando el ano está completamente dilatado. • Dilatación parcial del esfínter anal externo, con el esfínter interno cerrado, proporcionando visualización de parte de la mucosa anal más allá de la línea pectinea, que se puede confundir con laceración.
A.2 Hallazgos comúnmente causados por causas médicas diferentes a trauma o contacto sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Eritema de los tejidos genitales. • Aumento de la vascularización del vestíbulo y el himen. • Adherencia labial. • Friabilidad de la horquilla posterior. • Secreción vaginal que no se asocia a una enfermedad de transmisión sexual. • Fisuras anales. • Congestión venosa o acumulación venosa en el área perianal. • Dilatación anal en niños con condiciones predisponentes, como síntomas actuales o antecedentes de estreñimiento y/o encopresis, o niños que están sedados, bajo anestesia o con un tono neuromuscular alterado por otras causas, como ocurre post-mortem.

<p>A.3 Hallazgos debidos a otras causas que pueden confundirse con abuso sexual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prolapso uretral. • Liquen escleroso y atrófico. • Úlcera(s) vulvar(es), como las úlceras aftosas y las que se observan en la enfermedad de Behcet. • Eritema, inflamación y fisuras de los tejidos perianales o vulvares debidos a infección con bacterias, hongos, virus, parásitos u otras infecciones que no son de transmisión sexual. • Prolapso rectal. • Decoloración rojo/púrpura de las estructuras genitales (incluido el himen) por livideces post mortales, confirmada por análisis histológico.
<p>A.4 Hallazgos sin consenso sobre su significado con respecto a un posible contacto sexual o trauma.</p> <p>(Estos hallazgos físicos y de laboratorio han sido asociados con una historia de abuso sexual en algunos estudios, pero hasta la fecha, no existe un consenso entre los expertos acerca del peso que se les debe asignar en lo que respecta al diagnóstico de abuso sexual infantil).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dilatación anal completa con relajación de los esfínteres interno y externo, en ausencia de otros factores predisponentes como estreñimiento, encopresis, sedación, anestesia y afecciones neuromusculares. Debe confirmarse utilizando posiciones y/o técnicas de examen adicionales. • Muescas o hendidura en el borde del himen, a la altura o por debajo de las posiciones 3 o 9 horarias, que se extienden casi hasta la base del himen, pero no se tratan de una transección completa. Se trata de hallazgos infrecuentes que deben ser interpretados con mucha cautela a menos que se recoja el antecedente de una lesión aguda en la misma localización. Debe confirmarse utilizando posiciones y/o técnicas de examen adicionales. • Hendidura completa/sospecha de transección hasta la base del himen situada a las 3 o a las 9 horarias.
<p>A.5 Lesiones causadas por trauma genital. (Estos hallazgos son altamente sugestivos de abuso o agresión sexual, incluso en ausencia de una referencia explícita de la víctima, excepto en el caso de que el menor o sus cuidadores proporcionen de forma oportuna una explicación aceptable de un antecedente traumático).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Agudas <ul style="list-style-type: none"> ○ Laceración(es) aguda(s) o hematomas de los labios, el pene, el escroto, o el periné. ○ Laceración aguda de la horquilla posterior o vestíbulo, que no afecta al himen. ○ Laceración aguda del himen, de cualquier profundidad; parcial o completo. ○ Hematomas, petequias o abrasiones en el himen. ○ Laceración vaginal. ○ Laceración perianal con exposición de los tejidos debajo de la dermis. • Lesiones cicatrizadas. <ul style="list-style-type: none"> ○ Cicatriz perianal (un hallazgo muy raro que es difícil de diagnosticar a menos que una lesión aguda sea previamente confirmada en la misma localización). ○ Cicatriz de horquilla o fosa posterior (otro hallazgo muy raro que es difícil de diagnosticar a menos que una lesión aguda sea previamente confirmada en la misma localización). ○ Cicatriz de hendidura transversal/transección himeneal completa. Un defecto en el himen por debajo de las 3 y las 9 horarias que se extiende hasta la base del himen, sin tejido himeneal detectable en ese lugar. ○ Signos de mutilación genital femenina o cortes, como una pérdida de parte o todo el prepucio (capuchón), clítoris, labios menores o labios mayores, o cicatriz vertical lineal adyacente al clítoris (mutilación genital femenina tipo 4).
<p>B.1 Infecciones no relacionadas con un contacto sexual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginitis causadas por hongos tipo Candida Albicans, o infecciones bacterianas transmitidas por medios no sexuales, como el Estreptococo tipo A o tipo B, Estafilococo, Escherichia coli, Shigella u otros microorganismos Gram negativos. • Ulceras genitales causadas por infecciones virales como el virus Epstein-Barr u otros virus respiratorios.
<p>B.2 Infecciones que pueden provenir o de un contacto sexual o no sexual.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Molluscum contagiosum del área genital o anal. (En niños pequeños, la transmisión es frecuentemente no sexual). 4 • Condiloma acuminado (virus del papiloma humano) en el área genital o anal. Verrugas que aparecen por primera vez después de los 5 años puede ser más probable que haya sido transmitido por contacto sexual.

	<ul style="list-style-type: none"> • Infección por Virus de Herpes Simple tipos 1 o 2 en la zona oral, genital o anal.
B.3 Infecciones causadas por un contacto sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Infección por Neisseria gonorrhoeae genital, rectal o faríngea. • Sífilis. • Infección por Chlamydia trachomatis genital o rectal. • Infección por Trichomonas vaginalis. • VIH, si la transmisión por transfusión de sangre ha sido descartada.
C Hallazgos diagnósticos de contacto sexual.	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo. • Semen identificado en muestras forenses tomadas directamente del cuerpo de un niño/niña.

Anexo 3. Diagnóstico diferencial

Tabla 11. Diagnóstico diferencial^[60,117-121]

Tipo de Indicador	Diagnósticos diferenciales más comunes
Desnutrición	<ul style="list-style-type: none"> - Desnutrición por enfermedad neoplásica, infecciosa o malabsorción. - Negligencia.
Deshidratación	<ul style="list-style-type: none"> - Deshidratación por pérdidas accidentales o enfermedad. - Negligencia.
Higiene deficiente reiterada	<ul style="list-style-type: none"> - Vulnerabilidad social. - Negligencia.
Mordeduras	<ul style="list-style-type: none"> - Mordedura animal.
<ul style="list-style-type: none"> - Trastornos del nivel de conciencia. - Somnolencia, hipotonía. - Irritabilidad - Traumatismo cráneo-encefálico. - Agresión física con objeto o contra superficies. - Sacudida del cuello. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad infecciosa o neurológica. - Intoxicación accidental (no reiterada). - Hemorragia cerebral accidental. - Administración de tóxicos o fármacos. - Malaria cerebral. - Negligencia. - Violencia física.
Ante la presencia de alguno de los indicadores de la tabla 3 hay que descartar la presencia de otro origen que no sea el maltrato emocional.	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades del neurodesarrollo. - Enfermedades orgánicas que condicionan alteración del desarrollo pondoestatural. - Rasgos de personalidad (timidez, rebeldía, desconfianza, agresividad, etc.). - Trastornos del apego por otras causas. - Trastornos de conducta de otro origen. - TDAH y TEA. - Depresión y ansiedad de otro origen. - Violencia emocional.
Equimosis/Hematomas/ Sangrados/Hemorragias retinianas.	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades hemorrágicas: deficiencias de factor VIII y IX, enfermedad de von Willebrand, trombocitopenia inmunitaria (PTI), anomalías de la función plaquetaria y trombocitopenia causada por leucemia u otras mielodisplasias. - Deficiencia de vitamina K. - Ingestión de salicilatos. - Vasculitis por inmunoglobulina A (púrpura de Schönlein-Henoch) y otras vasculitis. - Melanosis dérmica (anteriormente manchas de Mongolia/ Mancha azul). - Hemangiomas. - Hematomas y/o cicatrizaciones inusuales que pueden ser causados como resultado de la aplicación de terapias alternativas (ej.: digitopuntura). - Masa de líquido subaponeurótica retrasada.

	<ul style="list-style-type: none"> - Malaria cerebral. - Violencia sexual. - Violencia física. - Negligencia.
Heridas (incisas, contusas, marcas, cicatrices) y fracturas.	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatismos accidentales. - Osteogénesis imperfecta. - Fracturas patológicas. - Insensibilidad congénita al dolor. - Síndrome de Ehlers-Danlos. - Sífilis congénita. - Displasias esqueléticas que condicionen aumento de fracturas como osteoporosis, osteogénesis imperfecta, hiperostosis cortical infantil (Enfermedad de Caffey). - Enfermedades onco-hematológicas (leucemia), tumores óseos o relacionados. - Síndromes genéticos más raros: Hipofosfatemia, enfermedad de Menkes, homocistinuria, etc. - Violencia sexual. - Violencia física. - Negligencia.
Lesiones dermatológicas:	<ul style="list-style-type: none"> - Mancha mongólica o de Batz. - Epidermolisis ampular distrófica. - Impétigo ampular. - Violencia física.
Alopecia. Placa de pelada en lactantes.	<ul style="list-style-type: none"> - Alopecia areata. - Infecciones y parasitosis. - Micosis. - Falta de higiene. - Violencia física. - Negligencia.
Quemaduras	<ul style="list-style-type: none"> - Lesiones accidentales. - Fitofotodermatitis. - Terapias complementarias y alternativas: Moxibustión, etc. - Quemaduras químicas. - Violencia física. - Negligencia.

Anexo 4 Guía de recursos estatales y autonómicos

Se mantendrá actualizado en la web del Ministerio de Sanidad²⁵.

²⁵ Enlaces de Interés. Ministerio de Sanidad.

<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/enlacesDeInteres.htm>

17. Bibliografía

1. Ramos R (Coord.), Fabra Florit ME, Redondo Palomo R, Dubin A, Martínez García C, Paul Larrañaga K. Los costes de la violencia contra la infancia. Impacto económico y social. [Internet]. Educo-Universidad Pontificia Comillas; 2018 [citado 2022 dic 28]. Available from: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5675_d_INFORME-coste-economico-violencia-Educo.pdf
2. Reunión Consultiva sobre el Maltrato de Menores (1999: Ginebra S, World Health Organization. Violence and Injury Prevention Team, Global Forum for Health Research. Informe de la Reunión Consultiva sobre el Maltrato de Menores, 29-31 de marzo de 1999, OMS, Ginebra, Suiza. 2000 [citado 2023 mar 3];(WHO/HSC/PVI/99.1). Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66734>
3. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 24. Datos 2021. [Internet]. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; 2022 [citado 2022 dic 21]. Available from: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/8071_d_Boletin_24_protecion.pdf
4. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia [Internet]. [citado 2022 dic 1]. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/lo/2021/06/04/8>
5. WHO Guidelines for the health sector response to child maltreatment [Internet]. World Health Organization.; 2019 [citado 2022 dic 23]. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/child-maltreatment/technical-report-who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment-2.pdf?sfvrsn=6e0454bb_2&download=true
6. Maltrato infantil [Internet]. Organ. Mund. Salud2022 [citado 2022 dic 23];Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
7. Cómo responder al maltrato infantil. Manual clínico para profesionales de la salud [Internet]. 2023 [citado 2023 jul 31]. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57102/9789275326824_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
8. Observación general Nº 13 (2011). Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia [Internet]. ONU: Convención sobre los Derechos del Niño; 2011 [citado 2023 mar 29]. Available from: <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhsqkirKQZLK2M58RF%2F5F0vFKtnY3RFBX0eVOrGEVYulmujMv4OPRK5sI2s3WTdcWJHDSYkp3d7UQ3eUVGj0IAhy6cx%2FFz2o1R6I%2Bw7rXFOWO>
9. Fang Z, Cerna-Turoff I, Zhang C, Lu M, Lachman JM, Barlow J. Global estimates of violence against children with disabilities: an updated systematic review and meta-analysis. Lancet Child Adolesc Health 2022;6(5):313-23.

10. Estrategia de erradicación de la violencia sobre la infancia y la adolescencia [Internet]. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; 2022 [citado 2022 dic 22]. Available from: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/docs/EstrategiaErradicacionViolenciaContraInfancia.pdf>
11. Pereda N. ¿Uno de cada cinco?: Victimización sexual infantil en España. 2016;126-33.
12. López Sánchez F, Fuertes A. Abusos sexuales a menores: lo que recuerdan de mayores. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales : Universidad de Salamanca, Cátedra de Psicología de la sexualidad; 1994.
13. López F, Carpintero E, Hernández A, Martín MJ, Fuertes A. Prevalencia y consecuencias del abuso sexual al menor en España. *Child Abuse Negl* 1995;19(9):1039-50.
14. López F, Hernández A, Carpintero E. Los abusos sexuales de menores: concepto, prevalencia y efectos. *Infancia Aprendiz* 1995;18(71):77-98.
15. Finkelhor D, Shattuck A, Turner HA, Hamby SL. The Lifetime Prevalence of Child Sexual Abuse and Sexual Assault Assessed in Late Adolescence. *J Adolesc Health* 2014;55(3):329-33.
16. Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Prevalence of Childhood Exposure to Violence, Crime, and Abuse: Results From the National Survey of Children's Exposure to Violence. *JAMA Pediatr* 2015;169(8):746.
17. Maltrato infantil en la familia. Informe del Centro Reina Sofía. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011 [citado 2023 may 5]. Available from: https://observatoriodelainfancia.mdsocialesa2030.gob.es/productos/pdf/malt2011v4_total_10_0_acces.pdf
18. Abuso Sexual en la infancia y la adolescencia según los afectados y su evolución en España (2008-2019). [Internet]. Madrid: Fundación ANAR; 2020 [citado 2023 mar 3]. Available from: <https://www.anar.org/wp-content/uploads/2021/12/Estudio-ANAR-abuso-sexual-infancia-adolescencia-240221-1.pdf>
19. La situación de la explotación sexual de la infancia y la adolescencia en España. [Internet]. FAPMI-ECPAT; 2022 [citado 2023 may 5]. Available from: <file:///C:/Users/sgilt/Downloads/FAPMI-ECPAT-Espana-2022.-La-situacion-de-la-explotacion-sexual-de-la-infancia-y-la-adolescencia-en-Espana.pdf>
20. Henderson V. The concept of nursing*. *J Adv Nurs* 2006;53(1):21-31.
21. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev* 1943;50(4):370-96.
22. II manual de procedimiento para la detección, notificación, valoración e intervención en las situaciones de desprotección infantil [Internet]. Agencia Navarra de Autonomía y Desarrollo de las Personas; 2019. Available from: <https://participa.navarra.es/processes/ii-manual-procedimiento-para-deteccion-notificacion-valoracion-e-intervencion?locale=es>

23. WHO guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent–child relationships with children aged 0–17 years [Internet]. 2023 [citado 2023 mar 13];Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1490149/retrieve>
24. Comisión Europea, Consejo de Europa. Directrices del Comité de Ministros del Consejo de Europa para una asistencia sanitaria adaptada a la infancia: adoptadas por el Comité de Ministros el 21 de septiembre de 2011, Durante la 1121^a reunión de Delegados de Ministros. y exposición de motivos. [Internet]. LU: Publications Office; 2011 [citado 2022 dic 28]. Available from:
<https://www.sanidad.gob.es/gl/profesionales/saludPublica/prevPromocion/maternoInfantil/docs/Directrices.pdf>
25. Diaz Huertas JA, Ruiz Díaz MA, Ruíz Díaz V. Maltrato Infantil y su relación con las discapacidades. [Internet]. En: Infancia y Discapacidad. Sociedad de Pediatría Social; 2007 [citado 2023 mar 1]. página 65-76. Available from:
<https://canal.uned.es/uploads/materials/resources/pdf/9/1/1255978137419.pdf>
26. Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet* 2012;380(9845):899-907.
27. Guía de buenas prácticas para la declaración en el proceso penal de menores y personas con discapacidad necesitadas de especial protección: intervención desde la psicología forense, en particular en la prueba preconstituida. [Internet]. Ministerio de Justicia; 2022. Available from: https://www.mjusticia.gob.es/es/AreaTematica/DocumentacionPublicaciones/InstListDownload/Gu%C3%A3da_buenas_pr%C3%A1cticas_web.pdf
28. Añel Rodríguez RM^a, Astier Peña P. Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud. *Rev Clínica Med Fam* 2022;75-6.
29. Organización Mundial de la Salud, Europa. Determinantes Sociales de la Salud: Los Hechos Probados. Edición española, traducción de la 2^o edición de la OMS. [Internet]. Editado por Richard Wilkinson y Michael Marmot. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006 [citado 2023 mar 6]. Available from:
<https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
30. Determinantes sociales de la salud [Internet]. [citado 2023 mar 13];Available from:
<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22>
31. Bronfenbrenner U. La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados. Barcelona: Paidós; 1987.
32. Health promotion glossary of terms 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0IGO. [Internet]. [citado 2022 oct 10];Available from:
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349>

33. Ahmadabadi Z, Najman JM, Williams GM, Clavarino AM, d'Abbs P, Abajobir AA. Maternal intimate partner violence victimization and child maltreatment. *Child Abuse Negl* 2018;82:23-33.
34. Stith SM, Smith DB, Penn CE, Ward DB, Tritt D. Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggress Violent Behav* 2004;10(1):65-98.
35. Wiegand-Grefe S, Cronemeyer B, Plass A, Petermann F. Comparisons of mental abnormalities in children of mentally ill parents from different points of view: Effects of a manaulized family intervention. *Kindh Entwickl* 2013;22:31-40.
36. Sidebotham P, Heron J. Child maltreatment in the “children of the nineties”: A cohort study of risk factors. *Child Abuse Negl* 2006;30(5):497-522.
37. Child abuse and neglect. NICE guideline [NG76] [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2017 [citado 2022 dic 30]. Available from: <https://www.nice.org.uk/Guidance/ng76>
38. Pérez Candás J, Domínguez Aurrecoechea B, Amador Tejón V, Fernández Cuesta L, Ruano Fajardo C, Fernández Álvarez E, et al. Plan Personal Jerárquico de la Atención Sanitaria a la Infancia y la Adolescencia del Principado de Asturias. [Internet]. Servicio de Salud del Principado de Asturias; 2018 [citado 2022 dic 29]. Available from: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/13_08_19_asia_definitivo.pdf
39. Gracia Fuster E, Musitu Ochoa G. Los malos tratos a la infancia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Subdirección General de Publicaciones; 1999.
40. Pérez Candás JI. Programa de identificación del riesgo psicosocial en la infancia y la adolescencia (I). Form Act En Pediatría Aten Primaria [Internet] 2022 [citado 2023 mar 13];15(3). Available from: <https://fapap.es/articulo/660/programa-de-identificacion-del-riesgo-psicosocial-en-la-infancia-y-la-adolescencia-i>
41. OMS. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen de orientación. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250802>
42. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012 [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. Available from: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/PSanitarioVG2012.pdf>
43. Organización Mundial de la Salud. Manual INSPIRE: medidas destinadas a implementar las siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 [citado 2023 may 5]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311034>

44. Soriano Faura F. Promoción del buen trato y prevención del maltrato infantil. [Internet]. Recom. PrevInfad PAPPS2011 [citado 2022 dic 30];Available from: <https://previnfad.aepap.org/recomendacion/maltrato-infantil-rec>
45. World Health Organization. Prevención de la violencia: guía para aplicar las recomendaciones del Informe mundial sobre la violencia y la salud. Prev Violence Guide Implement Recomm World Rep Violence Health [Internet] 2004 [citado 2022 dic 30];Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43439>
46. Nancy Cardia. Estado del arte de los programas de prevención de la violencia en jóvenes Basados en la promoción del desarrollo [Internet]. 2006 [citado 2023 mar 13];Available from: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/ca_desarrollo.violencia.pdf
47. Murillo Dávila MC, Díaz Huertas JA, Posada de Paz M, Cascajo Almenara M, Castellanos Delgado JL. Informe sobre los menores con enfermedades raras atendidos por el Sistema de Protección a la Infancia en España: aproximación epidemiológica. 2021. [Internet]. Federación Española de Enfermedades Raras; 2022 [citado 2022 dic 28]. Available from: <https://www.enfermedades-raras.org/sites/default/files/documentos/Informe%20Menores%20con%20enfermedades%20raras%20atendidos%20por%20el%20SPI.pdf>
48. Díaz Huertas JA, Esteban Gómez J, García E. Atención al maltrato infantil desde el acogimiento residencial: Entorno protector. Maltrato al menor por el personal de la institución. Situaciones de explotación sexual comercial y trata de menores. Rev APIMM 2021;
49. Plan de acción contra la explotación sexual de niñas, niños y adolescentes del sistema de protección a la infancia. [Internet]. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Ministerio de Igualdad.; 2022 [citado 2023 ene 9]. Available from: https://www.mdsociales2030.gob.es/eu/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/PDF/Conferencia_Sectorial/Plan_de_Accion_contra_ESI_sistema_de_proteccion.pdf
50. Inofuentes RA, Fuente LD la, Ortega E, García-García J. Victimización y Problemas de Conducta Externalizante y Antisocial en Menores Extranjeros no Acompañados en Europa: Revisión Sistemática. Anu Psicol Juríd 2021;32(1):95-106.
51. Rodriguez IM, Dobler V. Survivors of Hell: Resilience Amongst Unaccompanied Minor Refugees and Implications for Treatment- a Narrative Review. J Child Adolesc Trauma 2021;14(4):559-69.
52. Pereda N, Guilera G, Abad J. Victimization and polyvictimization of Spanish children and youth: Results from a community sample. Child Abuse Negl 2014;38(4):640-9.
53. Pérez Candás J, Ordóñez Alonso M, Amador Tejón V. Maltrato infantil por negligencia. Form Act En Pediatría Aten Primaria 2018;11(1):245-36.
54. Grupo de trabajo sobre maltrato infantil de la Asociación de Pediatría de Atención Primaria de Castilla y León. Protocolo sanitario de actuación ante la sospecha de maltrato intrafamiliar en la infancia y la adolescencia [Internet]. Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León.; 2021 [citado 2022 dic 30]. Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-consejeria->

sanidad/busador/protocolo-sanitario-actuacion-sospecha-maltrato-intrafamili.ficheros/2002730-Protocolo%20Sanitario%20de%20actuacion%20ante%20el%20maltrato%20infantil%20%282021%29.pdf

55. Botello Díaz B del R, Díaz Oliver B. Cuaderno III Prevención y detección precoz del maltrato infantil: revisión de estrategias e intervenciones desde los servicios sanitarios [Internet]. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.; 2011 [citado 2022 dic 30]. Available from: https://www.redsabia.org/pluginfile.php/69/mod_label/intro/Cuaderno_3_Prevencionmaltrato.pdf
56. Child maltreatment: when to suspect maltreatment in under 18s. Clinical guideline [CG89]. Last update 2017. [Internet]. National Institute for Health and Care Excellence; 2009 [citado 2022 dic 30]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg89>
57. Gancedo Baranda A, editor. Manual para la atención a situaciones de maltrato infantil. [Internet]. Editorial Grupo 2 Comunicación Médica; 2021 [citado 2022 dic 30]. Available from: https://seup.org/pdf_public/gt/Maltrato_infantil.pdf
58. Protocolo sanitario de actuación ante la sospecha de maltrato intrafamiliar en la infancia adolescencia. Castilla y León. [Internet]. Gerencia Regional de Salud. Junta de Castilla y León.; 2021. Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-consejeria-sanidad/busador/protocolo-sanitario-actuacion-sospecha-maltrato-intrafamili>
59. Lindberg DM, Beaty B, Juarez-Colunga E, Wood JN, Runyan DK. Testing for Abuse in Children With Sentinel Injuries. *Pediatrics* 2015;136(5):831-8.
60. Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil [Internet]. Junta de Andalucía. Consejería de igualdad, salud y políticas sociales.; 2014 [citado 2022 dic 30]. Available from: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af9587b22e75_protocolo_maltrato_infantil.pdf
61. Protocol d'actuació davant de maltractaments en la infància i l'adolescència en l'àmbit de la salut [Internet]. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2019 [citado 2022 dic 30]. Available from: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/infancia-i-adolescencia/05maltractament-infantojuvenil/protocol-actuacio-maltractaments-infancia.pdf
62. Delgado S. Síndrome de Münchhausen por poderes. Una forma especial de maltrato infantil. Tomo IV. Medicina legal reproductiva. Obstetricia y ginecología legal y forense. Pediatría legal y forense. Violencia. Víctimas. Pags 589-606. 2012.
63. Pierce MC, Kaczor K, Lorenz DJ, Bertocci G, Fingarson AK, Makoroff K, et al. Validation of a Clinical Decision Rule to Predict Abuse in Young Children Based on Bruising Characteristics. *JAMA Netw Open* 2021;4(4):e215832.
64. TEN-4 FACES P: A Mnemonic to Help You Spot Signs of Child Abuse [Internet]. ACEP Now [citado 2023 may 3]; Available from: <https://www.acepnow.com/article/ten-4-faces-p-a-mnemonic-to-help-you-spot-signs-of-child-abuse/>

65. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. [Internet]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2022-14630>
66. Guía de pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante violencia sexual [Internet]. 2023 [citado 2023 mar 13];Available from: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/GUIA_PAUTAS_BASICAS-SNS_VSEXUAL_07-03-2023_web.pdf
67. Protocolo Común del SNS para la actuación Sanitaria ante la Violencia Sexual 2023 [Internet]. 2023 [citado 2023 dic 22];Available from: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_VSexual_12junio2023_rev5dic2023.pdf
68. Actuación en la atención a menores víctimas en los institutos de medicina legal y ciencias forenses [Internet]. 2018 [citado 2023 abr 26];Available from: <https://www.observatoriodelainfancia.es/olia/esp/descargar.aspx?id=5688&tipo=documento>
69. Protocolo de actuación médico-forense ante la violencia sexual en los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Consejo Médico Forense. Comité Científico-Técnico. Ministerio de Justicia del Gobierno de España. 2021. [Internet]. Ministerio de Justicia; 2021. Available from: <https://www.mjusticia.gob.es/es/ElMinisterio/OrganismosMinisterio/Documents/ProtocoloViolenciaSexual.pdf>
70. Orjuela López L, Rodríguez Bartolomé V. Violencia sexual contra los niños y las niñas. Abuso y explotación sexual infantil. Guía de material básico para la formación de profesionales. [Internet]. Save The Children España; 2012 [citado 2023 ene 9]. Available from: https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_sexual_contra_losninosylasninas.pdf
71. Guía de intervención con víctimas de trata para profesionales de la salud [Internet]. 2015 [citado 2023 mar 13];Available from: <https://apramp.org/download/guia-de-intervencion-con-victimas-de-trata-para-profesionales-de-la-salud/>
72. Anteproyecto de Ley Orgánica integral contra la trata y la explotación de seres humanos [Internet]. [citado 2023 mar 15]. Available from: <https://www.mjusticia.gob.es/es/AreaTematica/ActividadLegislativa/Documents/Anteproyecto%20de%20Ley%20Org%C3%A1nica%20Trata%20TAIP.pdf>
73. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. [Internet]. [citado 2023 mar 16]. Available from: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1995/11/23/10/con>
74. Menores Víctimas de Trata y Explotación. Una realidad oculta, cada día más visible [Internet]. 2017 [citado 2023 mar 13];Available from: <https://apramp.org/download/menores-victimas-de-trata-y-explotacion-una-realidad-oculta-cada-dia-mas-visible/>
75. Actuación Sanitaria frente a la trata con fines de explotación sexual. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017. Available from: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Anexo_TRATA_al_

Protocolo _Comun _VG _SNS _27Nov2017 _entregado _en _papel _Reunion _ComisionVG _28nov2017.pdf

76. Directrices para la detección de víctimas de trata en Europa. [Internet]. FEI – Ministère des Affaires étrangères; 2013. Available from: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/trata/detectarla/pdf/ManualDirectricesDeteccionTSH.pdf>
77. Herramienta práctica para la detección de víctimas de trata con fines de explotación laboral. [Internet]. FEI – Ministère des Affaires étrangères; 2013 [citado 2023 jul 28]. Available from: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/trata/sensibilizacion/educacion/materialDeteccion/pdf/HerramientaDeteccionTSHexplotacionLaboral.pdf>
78. Herramienta práctica para la detección de víctimas de trata con fines de mendicidad realización forzada de actividades ilícitas. [Internet]. FEI – Ministère des Affaires étrangères; 2013 [citado 2023 jul 28]. Available from: <https://violenciagenero.igualdad.gob.es/otrasFormas/trata/sensibilizacion/educacion/materialDeteccion/pdf/HerramientaDeteccionTSHactividadesIllicitas.pdf>
79. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Actualizado a la intervención en los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género. [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [citado 2022 dic 23]. Available from: https://observatoriodelainfancia.mdsociales2030.gob.es/productos/pdf/MaltratoInfantil_accesible.pdf
80. Jefatura del Estado. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. [Internet]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
81. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF) [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [citado 2023 mar 8]. Available from: https://www.sanidad.gob.es/gl/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf
82. Solo de Zaldivar Tristán M, García García M, Martín Fernández R. Maltrato Perinatal. Indicadores de riesgo. Mesa redonda neonatología. Resúmenes de las ponencias y comunicaciones de la CVII Reunión científica de la SPAOYEX celebrada en Cáceres 8 y 9 de marzo de 2019 [Internet]. En: Vox Paediatrica. 2019. página 91-6. Available from: https://spaoyex.es/sites/default/files/vp_26_1_17.pdf
83. García García J, Campistol Mas E, López-Vilchez MÁ, Morcillo Buscato MJ, Mur Sierra A. Análisis del maltrato prenatal en Cataluña entre los años 2011 y 2014. An Pediatría 2018;88(3):150-9.
84. Tien J, Lewis GD, Liu J. Prenatal risk factors for internalizing and externalizing problems in childhood. World J Pediatr 2020;16(4):341-55.

85. Velasco Juez M. Recomendaciones para detección precoz de la violencia en el embarazo. *Matronas Profesión* 2008;9(3):32-7.
86. Ortiz O, López Uribe O, López Uribe E. Acompañar para empoderar. Guía de apoyo para la formación de acompañantes a mujeres en situación de aborto. Fondo de Aborto para la Justicia Social MARIA [Internet]. 2010. Available from: <https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/613/guia-acompanamiento-aborto-final.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
87. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. 2015.
88. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. [Internet]. [citado 2023 may 11]. Available from: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069>
89. Medical Child Abuse (Munchausen by proxy) [Internet]. Cancer Ther. Advis. 2019 [citado 2023 abr 27]; Available from: <https://www.cancertherapyadvisor.com/home/decision-support-in-medicine/pediatrics/medical-child-abuse-munchausen-by-proxy/>
90. Medical Child Abuse A Collaborative Approach to Identification, Investigation, Assessment and Intervention [Internet]. Available from: https://www.michigan.gov/mdhhs/-/media/Project/Websites/mdhhs/Adult-and-Childrens-Services/Abuse-and-Neglect/Forms-and-Publications/DHS_PUB_0017.pdf?rev=861f586039f44ed0a64fa40f71de5223&hash=B8F9A6F652A0265929BD36695A23CF27
91. Pérez Candás J. Maltrato Médico Infantil. Form Act Pediatr Aten Prim 2021;14((1)):31-8.
92. Recommendation CM/Rec(2023)2 of the Committee of Ministers to member States on rights, services and support for victims of crime [Internet]. Council of Europe; 2023 [citado 2023 jul 27]. Available from: <https://rm.coe.int/cm-rec-2023-2e-eng-recommendation-trafficking/1680ab4922#:~:text=Member%20States%20should%2C%20therefore%2C%20ensure,effects%20of%20crime%20on%20victims.>
93. Guía de buenas prácticas para la actuación forense ante la víctima de un delito facilitado por sustancias psicoactivas: intervención ante la sospecha de sumisión química [Internet]. Madrid: Ministerio de Justicia; 2022 [citado 2023 mar 8]. Available from: <https://www.mjusticia.gob.es/es/AreaTematica/DocumentacionPublicaciones/InstListDownload/GuiaBuenasPracticas.pdf>
94. Pautas básicas comunes del SNS para la actuación sanitaria ante casos de agresión a mujeres por objeto punzante (“pinchazo”) en contextos de ocio [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2022. Available from: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/profesionalesInvestigacion/sanitario/docs/Agresion_Pinchazo GrupoProtocolVSexual_19_08_2022.pdf
95. What works to prevent online violence against children? [Internet]. World Health Organization; [citado 2023 ene 9]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062085>

96. Rodríguez-Arenas MÁ, Martín-Ríos MD, Gil-Borrelli C. Intervenciones en salud pública contra la violencia de odio. *Gac Sanit* 2018;32(2):114-6.
97. Gil-Borrelli CC, Martín-Ríos MD, Rodríguez-Arenas MÁ. Propuesta de actuación para la detección y la atención a víctimas de violencia de odio para profesionales de la salud. *Med Clínica* 2018;150(4):155-9.
98. Observación general Nº 14 (2013) sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1) [Internet]. ONU: Convención sobre los Derechos del Niño; 2013 [citado 2023 jul 14]. Available from: https://www2.ohchr.org/English/bodies/crc/docs/GC/CRC.C.GC.14_sp.doc
99. Manual de psiquiatría de la infancia y la adolescencia. Barcelona: Elsevier; 2021.
100. Kellogg ND, Committee on Child Abuse and Neglect ___. Evaluación del niño con sospecha de abusos físicos. *Pediatrics* [Internet] Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-pediatrics-10-articulo-evaluacion-del-nino-con-sospecha-13112749>
101. Adams, J.A., Farst, K.J. y Kellogg, N.D. Interpretation of Medical Findings in Suspected Child Sexual Abuse: An Update for 2018. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2018;31:J Pediatr Adolesc Gynecol.
102. Barudy J, Dantagnan M. Los buenos tratos a la infancia: parentalidad, apego y resiliencia. Barcelona: Editorial Gedisa; 2013.
103. Gancedo Baranda A, editor. Aproximación al manejo del maltrato infantil en la urgencia. Majadahonda (Madrid): Ergon; 2015.
104. Diaz huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J. Atención al maltrato infantil desde salud mental [Internet]. 2000. Available from: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007091.pdf>
105. Executive function and early adversity in internationally adopted children. *Child Youth Serv Rev* 2020;108.
106. Barnahus en España - Fortalecimiento de la justicia adaptada a la infancia a través de la cooperación y coordinación efectiva entre diferentes servicios Barnahus en las regiones de España - Children's Rights - publi.coe.int [Internet]. Child. Rights [citado 2023 mar 8];Available from: <https://www.coe.int/es/web/children/barnahus-spain>
107. Localiza Salud [Internet]. [citado 2023 mar 8];Available from: <https://localizasalud.sanidad.gob.es/maparecursos/main/Menu.action>
108. Jones CM, Merrick MT, Houry DE. Identifying and Preventing Adverse Childhood Experiences: Implications for Clinical Practice. *JAMA* 2020;323(1):25.
109. Sherfinski HT, Condit PE, Williams Al-Kharusy SS, Moreno MA. Adverse Childhood Experiences: Perceptions, Practices, and Possibilities. *WMJ Off Publ State Med Soc Wis* 2021;120(3):209-17.

110. Bethell C, Jones J, Gombojav N, Linkenbach J, Sege R. Positive Childhood Experiences and Adult Mental and Relational Health in a Statewide Sample: Associations Across Adverse Childhood Experiences Levels. *JAMA Pediatr* 2019;173(11):e193007.
111. Bellis MA, Hughes K, Ford K, Ramos Rodriguez G, Sethi D, Passmore J. Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2019;4(10):e517-28.
112. Tackling Adverse Childhood Experiences (ACEs) State of the Art and Options for Action [Internet]. 2023 [citado 2023 mar 13];Available from: <https://phwwhocc.co.uk/wp-content/uploads/2023/03/2023-01-state-of-the-art-report-eng.pdf>
113. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. *Am J Prev Med* 1998;14(4):245-58.
114. Vega-Arce M, Nuñez-Ulloa G. Experiencias Adversas en la Infancia: Revisión de su impacto en niños de 0 a 5 años. *Enferm Univ* 2017;14(2):124-30.
115. Finkelhor D, Shattuck A, Turner H, Hamby S. A revised inventory of Adverse Childhood Experiences. *Child Abuse Negl* 2015;48:13-21.
116. Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2016;29(2):81-7.
117. Metz JB, Schwartz KA, Feldman KW, Lindberg DM, ExSTRA investigators. Non-cutaneous conditions clinicians might mistake for abuse. *Arch Dis Child* 2014;99(9):817-23.
118. Fortin K, Bertocci G, Nicholas JL, Lorenz DJ, Pierce MC. Long bone fracture characteristics in children with medical conditions linked to bone health. *Child Abuse Negl* 2020;103:104396.
119. Schwartz KA, Metz J, Feldman K, Sidbury R, Lindberg DM, the ExSTRA Investigators. Cutaneous Findings Mistaken for Physical Abuse: Present but Not Pervasive. *Pediatr Dermatol* 2014;
120. García López Hortelano M, Fumadó Pérez V, González Tomé MI. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la malaria. *An Pediatr* 2013;78(2):124.e1-124.e8.
121. Beare NAV, Taylor TE, Harding SP, Lewallen S, Molyneux ME. Malarial retinopathy: a newly established diagnostic sign in severe malaria. *Am J Trop Med Hyg* 2006;75(5):790-7.

18. Autoría

Grupo de Trabajo para la elaboración del Protocolo Común de Actuación frente a la Violencia en NNA en el SNS (Comisión frente a la violencia en NNA del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud).

Bañon González, Rafael María	Hernández Gil, María Dolores	Puerto Hernández, Mª Cecilia
Blanco Pena, Tania Isabel	Hervás de la Torre, Agustina	Ramos Zugasti, Marta
Cano Moreno, Silvia	Ibáñez Espinal, Rocío	Rodríguez Fernández-Oliva,
Cansino Campuzano, Ángeles	Iglesias Fernández, María Neri	Carmen Rosa
Cañellas Fuster, Margarita	Martín Rodríguez, Tomás Luis	Rodríguez Novoa, Silvia
Damas Plasencia, Lila	Núñez Jiménez, Catalina	Ruiz del Prado, Yolanda
De Aguilar Gutiérrez, Alicia	Ordóñez Alonso, Mª de los	Salvador Sánchez, Lydia
Díaz Huertas, José Antonio	Ángeles	Soriano Faura, Francisco Javier
Fonfría Gómez, Josefa	Palomino Urda, Narcisa	Vela Martínez, Eva
Gancedo Baranda, Antonio	Palomo Fernández, Antonia	Vidal Palacios, Carmen
Garrido Porras, Antonio	Patiño Masó, Josefina	Zamanillo Rojo, Inés
Gil Arrones, Juan	Peñalba Cidores, Ana Cristina	Zapata Hernández, David
Giménez Masat, Albert	Pérez Candás, José Ignacio	
Grijalba Mazo, Marta	Ponce López, Sonia	

Revisado por:

Comisión frente a la violencia en Niños, Niñas y Adolescentes.

Abad Andújar, Itziar (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género-Ministerio de Igualdad)

Aguado Martín, José Ignacio (La Rioja)

de Aguilar Gutiérrez, Alicia (Ministerio de Juventud e Infancia)

Alcover Giménez, Sonia (Comunidad Valenciana)

Antoñanzas Baztán, Elena (Navarra)

Aparicio Azcárraga, Pilar (Ministerio Sanidad)

Bañón González, Rafael María (Ministerio de Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes)

Belmonte Gómez, María Antonia (Murcia)

Cabanillas Moruno, Juan Luis (Melilla)

Campos Aguilera, María Jesús (Andalucía)

Cansino Campuzano, Ángeles (Canarias)

Cano Moreno, Silvia (INGESA)

Cañellas Fuster, Margarita (Islas Baleares)

Cárdaba Plaza, Marta (Observatorio de Salud de las Mujeres-Ministerio de Sanidad)

Damas Plasencia, Lila (Canarias)

del Diego Salas, Jorge (Andalucía)

Febrel Bordejé, Mercedes (Aragón)

Ferrer Gracias, Elisa (Aragón)

Gallo García, Belén (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género-Ministerio de Igualdad)

García Pérez, Jesús (Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria)

Garrido Palomo, Ramón (Castilla La Mancha)

Gil Tarragato, Sara (Ministerio de Sanidad)

Giménez Masat, Albert (Cataluña)

Grijalba Mazo, Marta (Ministerio de Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes)

Hermoso Castro, Luisa Fernanda (Melilla)

Hernández Gil, María Dolores (Murcia)

Justo Gil, Soledad (Ministerio de Sanidad)

Latasa Zamalloa, Pello (La Rioja)

López Rodríguez, Rosa María (Observatorio de Salud de las Mujeres - Ministerio de Sanidad)

Marbán Calzón, Mercedes (Castilla La Mancha)

Márquez Polo, Yolanda (Extremadura)

Martínez Blanco, Marisa (Comunidad de Madrid)

Martínez Ochoa, Eva (La Rioja)

Monteagudo Romero, Josefina (Galicia)

Núñez Jiménez, Catalina (Islas Baleares)

Palomino Urda, Narcisa (Asociación española de Pediatría de Atención Primaria)

Palomo Fernández, Antonia (Ceuta)

Patiño Masó, Josefina (Asociación Española de Enfermería Pediátrica)

Peñalba Cidores, Ana Cristina (Cantabria)

Pérez Candás, José Ignacio (Asociación española de Pediatría de Atención Primaria)

Pires Alcaide, Marisa (Comunidad de Madrid)

Puerto Hernández, María Cecilia (Extremadura)

Quintas Díez, José Luis (País Vasco)

Ramos Zugasti, Marta (Navarra)

Rodríguez García, Lidia Clara (Asturias)

Rodríguez Fernández-Oliva, Carmen Rosa (Canarias)

Rodríguez Novoa, Silvia (Ministerio de Juventud e Infancia)

de Rojas Galiana, Teresa (Comunidad de Valencia)

Rucandio Alonso, Ignacio (Observatorio de Salud de las Mujeres-Ministerio de Sanidad)

Ruiz Cavanilles, Cristina (Comunidad Valenciana)

Salvador Sánchez, Lydia (Castilla y León)

Sánchez Asensio, Juan José (Cantabria)

Sanchís Vila, Isabel (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género - Ministerio de Igualdad)

Vidal Palacios, Carmen (Sociedad Española de Pediatría Social)

de Torres Medina, José María (Andalucía)

Órganos consultivos institucionales.

- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.
 - Consejo Nacional de Discapacidad
- Ministerio de Juventud e Infancia
 - Informado el Consejo Estatal de Participación de la Infancia y Adolescencia (CEPIA).
- Ministerio de Presidencia, Justicia y Relaciones con las Cortes
 - Consejo Médico Forense.
- Ministerio del Interior
 - Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO).

Asociaciones profesionales.

- Asociación Española de Enfermería Pediátrica (AEEP).
- Asociación Española de Pediatría (AEP).
 - Comité de Bioética de la AEP.
 - Grupo Prevención en la Infancia y la adolescencia (PrevInfad).
 - Asociación española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).
- Asociación Española de Enfermería de Salud Mental (AEESME).
- Asociación Española de Matronas (AEM).
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

- Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA).
- Asociación Española de Trabajo Social y Salud (ATSYS).
- Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria (FAECAP).
- Federación de Asociaciones de Matronas de España.
- Sociedad Española de Medicina del Adolescente (SEMA).
- Sociedad Española de Pediatría Social.
- Sociedad Española de Puericultura.
- Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS):
 - Asociación Juristas de la Salud (ASJ).
 - Grupo de Trabajo Género, Diversidad Afectivo-sexual y Salud de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE).
 - Equipo Funcional de Expertos en Maltrato Grave y Violencia Sexual Infantil de Lleida, Pirineu i Aran.
 - Red Española de Atención Primaria REAP.
- Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)

Asociaciones tercer sector.

- Asociación Estatal de Acogimiento Familiar (ASEAF).
- Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI).
- Confederación Española de Asociaciones de Atención a las Personas con Parálisis Cerebral (ASPACE).
- Confederación Española de Familias de Personas Sordas (FIAPAS).
- Confederación Estatal de Personas Sordas (CNSE).
- Confederación Salud Mental España.
- Coordinadora de Asociaciones de Adopción y Acogimiento (CORA).
- Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE).
- Plataforma de Organizaciones de Infancia (POI).

Revisora externa.

- Claudia García-Moreno Esteva. Experta internacional en género y salud de las mujeres.

Coordinación.

- Justo Gil, Soledad. Jefa Área Prevención. SG Promoción y Prevención. DG Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio Sanidad.
- Gil Tarragato, Sara. Área Prevención. SG Promoción y Prevención. DG Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio Sanidad.
- Laura Sanchez López. Revisión de estilo. Área Prevención. SG Promoción y Prevención. DG Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio Sanidad. (Tragsatec)
- Cristina Coll Fernández. Diseño gráfico. SG Promoción y Prevención. DG Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio Sanidad. (Tragsatec)
- Aparicio Azcárraga, Pilar. Directora General de Salud Pública y Equidad en Salud. Ministerio de Sanidad.

Agradecimientos.

Clara Benedicto Subirá; Cristina de Blas Hernando; Enrique Villalobos Pinto; Pedro J. Alcalá Minagorre; Ana Martínez Virto; Cristina Polo Usaola; Laura Pina Camacho; Francesco Paolucci; María Pilar Poza Vallejo; Carmen Mendoza Sánchez; María José Perela Moreta.

19. Fe de erratas

Con fecha 1 de abril la CoViNNA aprobó la corrección de las erratas detectadas en las páginas abajo mencionadas. Este documento es la versión final aprobada.

- Se elimina a referencia revictimización y victimización secundaria como sinónimos, permaneciendo solo victimización secundaria y su definición en el texto de las páginas 8, 41,43 y 57.
- Se sustituye la ilustración 3 de la página 32 por la original traducida con permiso de la autora.