



# Un análisis crítico sobre la violencia contra los niños, niñas y adolescentes en España



P. Horno Goicoechea

Consultora en Infancia, Afectividad y Protección. Espirales Consultoría de Infancia. [www.espiralesci.es](http://www.espiralesci.es)

## Resumen

El artículo recoge un análisis crítico de los avances realizados en el abordaje de la violencia contra la infancia en España y carencias del mismo, tanto respecto al conocimiento de la problemática como respecto a las estrategias para su abordaje, especialmente desde el ámbito sanitario.

## Introducción

La violencia contra los niños, niñas y adolescentes es una de las vulneraciones de los derechos humanos más graves que puede darse en una sociedad. El Estado español y las Comunidades Autónomas, en su parte correspondiente, asumieron ser los responsables de prevenir y paliar el sufrimiento de estas víctimas al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas en el año 1990<sup>(1)</sup>. Nuestra sociedad está obligada no solo ética y socialmente, sino institucional y jurídicamente a proteger a los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia. Y falla en el cumplimiento de esa obligación.

Sin embargo, existen datos positivos y avances evidentes en el abordaje de la violencia contra la infancia y la adolescencia en España. La percepción social sobre la violencia contra niños, niñas y adolescentes en España en los últimos años está viviendo una transformación. En un proceso muy parecido a lo que ocurrió con la violencia machista y a través de la atención que los medios de comunicación han empezado a dar a algunos casos especialmente dolorosos acaecidos en distintos lugares de nuestro país, la sociedad está empezando a hablar y a concienciarse de la magnitud de la problemática de la violencia contra los niños y niñas, aunque no siempre desde la perspectiva más ajustada a su realidad. Pero esto supone un gran avance, porque la sensibilización social y el cambio de actitudes hacia la violencia contra los niños, niñas y adolescentes es una de las herramientas más

útiles para lograr una prevención eficaz y una detección certera del mismo.

Al mismo tiempo, existe un debate social creciente sobre la transformación del modelo educativo, la falta de autoridad de los padres y madres sobre los niños y niñas y el crecimiento de las cifras de algunas tipologías de delitos cometidos por menores de edad. Todo esto, está llevando también a un cuestionamiento sobre la educación que estamos dando a los niños y niñas y la responsabilidad de los adultos sobre esta. Al mismo tiempo, se está transmitiendo una visión negativa, especialmente de la adolescencia.

Pero todo esto es muy reciente. Hasta hace muy poco, la violencia contra los niños, niñas y adolescentes estaba ausente del debate público, cuando no legitimada socialmente. Esta forma de violencia es, junto con la violencia ejercida contra las personas de la tercera edad, la forma de violencia más invisible por un motivo muy simple: las víctimas no tienen capacidad de denunciar por sí mismas, organizarse, salir públicamente y constituir un *lobby* social, como sí han podido hacerlo poco a poco las mujeres víctimas de violencia de género o las personas LGTB (Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales), víctimas de violencia homofóbica, entre otros colectivos. Estamos hablando de las víctimas más indefensas: las que no tienen voz. Actuar ante la violencia contra los niños, niñas y adolescentes implica dar un paso adelante por un inocente.

El objetivo de este artículo es proporcionar un marco general sobre la problemática, tanto respecto a su dimensión y las consecuencias en la salud biopsicosocial del niño, niña o adolescente, como respecto a la intervención que se realiza sobre la misma. Dado que se ha escrito mucho sobre esta problemática, no es propósito de este artículo repasar ni la definición de la misma, ni los factores de riesgo y protección, sino exponer algunos aspectos críticos en la conceptualización y actuación técnica ante la violencia contra la infancia, enfatizando algunos aspectos clave correspondientes al ámbito sanitario.

## Algunos datos para contextualizar la problemática

Una de las dificultades más importantes en la violencia contra la infancia y adolescencia en España es que, a día de hoy, es imposible conocer su exacta magnitud. Los datos que existen son de fuentes diferentes, ámbitos profesionales diversos y con sistemas de registro incompletos. De esta manera, existen dos tipos de datos, los que provienen de estudios retrospectivos realizados a adultos, preguntándoles de forma anónima por sus vivencias de niños, y los provenientes de los diferentes sistemas de registro de las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, del ámbito judicial, del ámbito sanitario y del sistema de protección en cada comunidad autónoma. Todos ellos nos dan una perspectiva acumulativa de la gravedad del fenómeno, pero siempre fragmentada. Ese es uno de los primeros fallos del Estado: la falta de un sistema de registro de datos sistematizados para saber exactamente cuántos niños y niñas víctimas de violencia existen en España. Es difícil desarrollar un sistema eficaz de atención a esas víctimas cuando ni siquiera sabemos exactamente cuántas son.

A continuación, se exponen algunos ejemplos de esta acumulación de evidencia fragmentada en el fenómeno de violencia contra niños, niñas y adolescentes en España. Los datos hablan de la magnitud del fenómeno, pero, también de la diversidad de los datos según las fuentes de donde provienen.

1. Niños, niñas y adolescentes fallecidos por causas violentas.
  - a. Según las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, en 2013 hubo 40 niños y niñas víctimas de tentativas de homicidios y asesinatos, de los que murieron 18 niños<sup>(2)</sup>.
  - b. Según el INE (Instituto Nacional de Estadística), en 2013 fueron asesinados 26 menores, 16 niños y 10 niñas<sup>(3)</sup>.
  - c. A estas cifras habría que sumarles todos los fallecimientos relacionados con agresiones accidentales que se categorizan como tales, porque su causa no se determina: ahogamientos, cuchillos, disparos, envenenamientos. Y también habría que sumar las muertes producidas por negligencias graves de los tutores, como llevarles sin cinturón de seguridad en el coche y cosas parecidas.
  - d. En 2013, 13 menores murieron víctimas de violencia de género, asesinados por sus padres junto con sus madres o en el régimen de visitas, según la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas<sup>(4)</sup>.
2. Niños, niñas y adolescentes fallecidos por suicidio. Según el INE, se suicidaron 66 niños y niñas solo en 2013, 46 de ellos varones<sup>(5)</sup>.
3. Niños, niñas y adolescentes víctimas de malos tratos:
  - a. Según las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, hubo 3.062 menores víctimas en 2013, 568 de ellos categorizados como víctimas de malos tratos habituales en el ámbito familiar<sup>(6)</sup>.

- b. Según las fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, en 2013 hubo 3.364 menores víctimas de delitos contra la libertad e indemnidad sexual, que incluye desde la agresión con penetración hasta la pornografía<sup>(7)</sup>. Sin embargo, los estudios realizados de forma retrospectiva en nuestro país, es decir, preguntando de forma anónima a los adultos por sus vivencias en la infancia, han encontrado una incidencia de entre el 15% y el 25% de adultos que manifiestan haber vivido alguna forma de abuso sexual antes de cumplir los 18 años. Y merece la pena indicar que se evaluaban formas de abuso sexual que incluían contacto físico; es decir, desde tocamientos hasta agresiones sexuales con penetración, dejando fuera otras formas de abuso como el exhibicionismo<sup>(8)</sup>.

Por otro lado, realizando un análisis crítico de la información que sí está disponible, merece la pena resumir algunos aspectos clave que surgen del análisis de los datos disponibles y que los profesionales del ámbito sanitario deben conocer:

1. La mayoría de la violencia que sufren niños, niñas y adolescentes en nuestro país, la viven en el **entorno cercano**. En los últimos años, se han estudiado muchos fenómenos, como el *bullying* o la explotación sexual infantil, pero las estadísticas y la investigación son persistentes: la violencia que se ejerce contra la infancia en España, la ejercen mayoritariamente adultos que los niños y niñas conocen y quieren, de su familia o de un entorno muy cercano o íntimo. No son en su mayoría desconocidos ni redes de delincuencia.

Los datos referentes a violencia cometida por menores a otros menores o adultos han adquirido mucha más visibilidad en los últimos años, pero no representan la mayoría de los casos de violencia. Quienes ejercen mayoritariamente la violencia en España son los adultos, hombres y mujeres, y los niños y niñas son las víctimas. Visibilizar la violencia cometida por los niños, niñas y adolescentes es necesario, no solo por las víctimas de esa violencia, sean niños o adultos, sino, porque un niño, niña o adolescente que ejerce violencia necesita atención terapéutica también. Pero no puede ser la excusa para invisibilizar la mayoría de los casos, que son aquellos en los que la violencia la ejercen los adultos.

2. La violencia contra los niños, niñas y adolescentes en nuestro país **no es un problema de inmigración**. Existe la creencia de que la mayoría de los agresores y agresoras son adultos de nacionalidad extranjera, pero no es así. Son ciudadanos y ciudadanas españoles.
3. Es necesario **visibilizar a los niños varones víctimas de violencia**. Existe una creencia muy arraigada en la sociedad, pero también entre los profesionales, de que la mayoría de las víctimas de violencia son niñas. Sin embargo, solo en el caso de abuso sexual infantil hay un número significativamente superior de niñas víctimas.

En cambio cuando miramos las cifras de asesinatos o de maltrato físico, son más los niños varones víctimas. Parece que, en el caso de la violencia contra la infancia, la desigualdad de género y la cultura machista condicionan la forma que adquiere esa violencia. Pero es necesario visibilizar la violencia que están sufriendo los niños varones y desarrollar estrategias específicas para abordarla.

4. Es necesario sistematizar los datos respecto a los niños, niñas y adolescentes muertos de forma violenta en España. No es que mueran, es que mueren de forma violenta a manos de otra persona, son asesinados o víctimas de homicidios o negligencias graves. Sin embargo, no existen datos sistematizados sobre la dimensión de esta problemática, no ya de la violencia en general, sino de los niños y niñas que han fallecido por causas violentas en nuestro país, como sí los hay de otras víctimas.
5. Las formas de violencia contra la infancia más frecuentes en España son: el **maltrato psicológico y la negligencia**. No estamos hablando, por tanto, solo de violencia física, sino de niños y niñas que crecen pensando que son inútiles, indignos de que nadie los quiera, solos y asustados, que dejan de hablar, de comer o de dormir de puro miedo, aunque nunca les pongan la mano encima. O niños y niñas que aprenden a ser adultos y cuidar de quien debió cuidar de ellos. O niños y niñas que saltan aterrorizados al sonar la llave en la puerta de casa. La violencia, sea cual sea la víctima, empieza mucho antes de ponerle la mano encima a una persona. Y en eso la violencia contra la infancia no es una excepción.

### Consecuencias de la violencia en el desarrollo biopsicosocial del niño, niña o adolescente

Los profesionales del ámbito sanitario deben ser conscientes de que la violencia ejercida sobre un niño, niña o adolescente siempre implica una vulneración de sus derechos humanos y un daño psicológico (además del daño físico o riesgo de sufrirlo) que debe ser evaluado. Al mismo tiempo, es esencial comprender que la dinámica de la violencia se basa en el abuso del poder en la relación entre el agresor y su víctima. Estos tres conceptos: los derechos de la víctima, el daño a la persona, a su integridad o dignidad (o el riesgo de sufrirlo) y el abuso de poder desde el que se ejerce, resultan claves para la actuación ante cualquier forma de violencia.

Respecto al concepto del daño, clave para la comprensión de la violencia desde la perspectiva socio-sanitaria, sobre todo, se debe tener presente que la violencia se evalúa siempre desde la víctima, desde los efectos que produce en el niño o niña, no solo desde la intención de quien ejerce la violencia. Cuando la violencia se da en contextos de intimidad y privacidad, donde difícilmente va a haber testigos y en el contexto de una relación afectiva, donde las intenciones pueden ser ampliamente manipuladas, los efectos de la violencia en la víctima, sin embargo, son innegables. Se pueden y se deben evaluar y utilizar como base de la actuación.

Respecto al modo en que la violencia se ejerce, es muy importante comprender que la violencia no es solo la violencia física, y no identificar la ausencia de agresiones físicas como un nivel de violencia menor e incluso inexistente. La violencia psíquica y la negligencia son las dos formas de violencia contra niños, niñas y adolescentes más frecuentes y, sin embargo, las menos conocidas y las menos penalizadas. Cuando se plantea la intervención en la violencia en el marco de relaciones afectivas del niño, niña o adolescente, este aspecto se vuelve esencial, porque existe una clara dificultad para identificar la violencia psicológica como tal. Los estudios alertan de que los adolescentes consideran e internalizan la violencia psicológica como parte natural de las relaciones afectivas<sup>(9)</sup>.

Y en este sentido, es fundamental diferenciar entre la agresión y el maltrato. Ambos son violencia interpersonal, pero los grados son diferentes y como tales han de ser analizados. El maltrato es un continuo de relación, donde se dan agresiones intermitentes e impredecibles para las víctimas, pero constantes en el tiempo. Es importante entender que el maltrato en una relación no supone la agresión continua y permanente, pero sí es una relación donde de forma continuada y mantenida en el tiempo incurrir en actos agresivos físicos, psíquicos y/o sexuales. De este modo, la relación agresor/a y víctima no es solo la de la agresión, debajo de esta existe una relación afectiva, destructiva pero innegable. Por ello, en muchos casos de maltrato, llega un momento en que la cotidianidad e impredecibilidad de la violencia provocan el llamado “síndrome de acomodación” por parte de la víctima, que sería impensable en caso de suceder la agresión permanente.

La regularidad, frecuencia e incluso cotidianidad de la violencia conlleva una vivencia emocional clave y destructiva en la víctima: el terror, que le impide su desarrollo individual. Lo que caracteriza y une a todas las víctimas de maltrato en el contexto de una relación afectiva es la anulación que el agresor o agresora ha perseguido de la víctima y la dependencia que ha logrado que sienta y, sobre todo, el terror que se convierte en cotidiano y les impide su desarrollo individual. Estos tres elementos perpetuados en el tiempo generan un daño que afecta a todas las áreas de desarrollo de las víctimas y modela su personalidad desde y a través de la violencia.

El objetivo de las víctimas entonces pasa a ser muy simple: sobrevivir al maltrato. Las víctimas desarrollan toda una serie de estrategias para intentar comprender aquello que les supera, para poder mantener y salvar el vínculo que existía con las personas que los agreden y para no destruirse fruto de esa violencia, manteniendo algún atisbo de su identidad individual. Aunque estas estrategias les lleven a destruirse, a aislarse de su entorno, a disociarse internamente o a desarrollar diversas patologías. El cuadro que muchas víctimas de maltrato presentan tiene su origen en estos factores.

A continuación, se desarrollan algunos de esos efectos que son especialmente relevantes de cara a la detección de la violencia en el ámbito sanitario. Pero antes de entrar en ellos, conviene hacer una reflexión previa en cuanto a la detección. Resulta clave para la detección que el profesional

sanitario mantenga siempre una perspectiva dual en su visión de los indicadores que pueden presentar las víctimas. La sintomatología indicativa de que un niño, niña o adolescente puede estar siendo víctima de violencia tiene siempre un doble perfil: el externalizador y el internalizador. El primer perfil, el externalizador está constituido por indicadores visibles, que se manifiestan conductualmente de un modo más notorio, que afecta a menudo a las relaciones con las otras personas y que supone, en el fondo, un elemento de salud: esos indicadores le sirven al niño para pedir ayuda y para sacar fuera el sufrimiento y el miedo que está viviendo. El perfil internalizador, por el contrario, son indicadores que tienen mucho más que ver con vivencias emocionales difíciles de ver, con falta de movimiento, de contacto e interacción, con somatizaciones que hay que saber adjudicar como de etiología emocional o exógena etc. Son indicadores más dañinos para el desarrollo, porque además del propio síntoma, conllevan un elemento de autolesión en la persona (el sufrimiento que no se puede expresar se convierte en autoagresión) y una dificultad mayor para ser detectado y, por tanto, recibir ayuda.

Sin embargo, una de las dificultades más habituales en la detección es que los profesionales están acostumbrados a buscar, evaluar y detectar el perfil de sintomatología externalizadora, pero no tanto la internalizadora. Los indicadores internalizadores son más difíciles de observar si no se está adecuadamente formado para ello, porque pasan desapercibidos, no son indicadores tan evidentes como los externalizadores ni generan en principio dificultades de integración social que lleven al entorno del niño a percibir esos indicadores como problemáticos. Desde esta perspectiva, podemos comprender que los indicadores externalizadores siempre conllevan un nivel más alto de salud mental y de preservación de la identidad, porque conllevan una llamada de atención, una petición de auxilio y una externalización de las emociones. Por el contrario, los indicadores internalizadores conllevan adultización del niño, parentalización de su comportamiento y elementos claros de autolesión.

Por poner algunos ejemplos de estas diferencias en el perfil de los indicadores, las conductas de hiperactividad corresponderían a un perfil de sintomatología externalizador, pero la hipotonía y falta de movimiento en el niño o niña al internalizador. La agresión al externalizador, la autolesión al internalizador. La agresión a los padres, en el externalizador, la parentalización del niño en el internalizador. La obesidad o bulimia al externalizador, la anorexia al internalizador. El profesional debe mantener un doble filtro en su evaluación de los indicadores, porque la sintomatología internalizadora conlleva un grado mayor de autolesión y, por tanto, una probabilidad de mayor gravedad en la patología.

Manteniendo esa perspectiva dual, algunos indicadores a tener en cuenta son los siguientes:

1. Indicadores de **daño neurológico**. Hoy en día, se ha probado científicamente el daño cerebral que conlleva el estrés mantenido en el tiempo, tanto en la madre

gestante como el vivido por el bebé o el niño. El daño neurológico surge como resultado de un estado de activación mantenido en el tiempo propio de una situación de maltrato. Tal y como explica gráficamente Francisco Javier Romeu: las emociones negativas continuadas en situaciones de total incertidumbre, similares al estrés adulto, liberan en exceso sustancias adaptativas para la respuesta inmediata (el cortisol, por ejemplo), pero que dañan de diversas formas el cerebro del niño, comprometiéndose seriamente su capacidad de aprendizaje aunque su nivel de inteligencia general sea normal. Podría hablarse, casi en sentido literal, de “malformaciones psíquicas”. Podemos afirmar así, que hay “emociones que matan”<sup>(10)</sup>.

2. Indicadores de **daño fisiológico o somatización**, que se entienden sobre todo en realidades como: el hacinamiento, la falta de higiene, el trabajo extenuante, la falta de sueño o de alimentación adecuada o la violencia psicológica mantenida en el tiempo<sup>(11)</sup>. Algunos indicadores más habituales de este daño pueden ser:
  - Dolores crónicos.
  - Problemas gastrointestinales (dolores de “tripa” de causa exógena o indeterminada, diarreas crónicas, estreñimiento crónico...).
  - Trastornos de la alimentación.
  - Trastornos del sueño (insomnio, pesadillas recurrentes, hipersomnia).
  - Enfermedades de transmisión sexual, etc.
3. Indicadores de **daño emocional** del niño o niña, como pueden ser:
  - La falta de autorregulación afectiva en su doble vertiente, externalizadora, con conductas de excesiva labilidad emocional o dependencia emocional de extraños, o internalizadora, con frialdad y dificultad para establecer intimidad.
  - Sentimiento de culpa y vergüenza paralizante.
  - Conductas de hipervigilancia.
  - Desprecio por sí mismos y culpabilidad.
  - Depresión, ataques de ansiedad, etc.
  - Interiorización de modelos vinculares destructivos (evitativos, ambivalentes o desorganizados)<sup>(12)</sup>. Sobre este punto, es necesario resaltar que:
    - Los modelos vinculares seguros son la base de un desarrollo afectivo óptimo, y también un factor de protección respecto al maltrato. Por el contrario, los modelos vinculares inseguros (evitativo, ambivalente y desorganizado) conllevan costes emocionales para el niño o niña en su desarrollo y son factores de riesgo para vivir diversas formas de maltrato. Por lo tanto, es labor de los programas sociosanitarios de prevención primaria y de atención a la madre gestante y al bebé en el primer año de vida, promover y trabajar específicamente el desarrollo de vínculos afectivos seguros, con el mismo énfasis que se realizan las campañas de vacunación o el seguimiento de la lactancia materna.

- Sobre la relación entre los modelos vinculares y la patología, se ha probado algunas relaciones entre modelos afectivos inseguros y patología. Por ejemplo, entre cualquiera de los tres modelos afectivos inseguros (evitativo, ambivalente y desorganizado) y el trastorno de conducta desafiante y trastorno reactivo de la vinculación. Con frecuencia, se considera que es la desorganización en los vínculos de apego y, no tanto, determinados grados de inseguridad en dichos vínculos, lo que sería un factor central en la aparición de agresión y violencia en la vida adulta<sup>(13)</sup>, asumiendo tanto un rol de agresor o agresora, como de víctima de otras posibles formas de maltrato. Conviene, sin embargo, poner atención en la vulnerabilidad afectiva que conllevan los modelos evitativo y ambivalente. En el primer caso, los niños y niñas aprenden que sus necesidades no van a ser atendidas, no son relevantes y, desde ahí, es difícil que pidan ayuda en contextos de riesgo. Por otro lado, los niños y niñas que interiorizan modelos ambivalentes dependen emocionalmente de la presencia y aprobación de la figura vincular. Desde ahí, esa figura vincular puede llevarles más fácilmente a una situación de riesgo<sup>(14)</sup>.

4. Indicadores de **cuadros disociativos**, que pueden tener distinta manifestación, desde fallos de memoria o amnesia, dificultad para la atención mantenida y la concentración, pensamientos y conductas obsesivos, retrasos severos en el lenguaje o trastornos en el lenguaje, hiperactividad o hipoactividad, etc. El cuadro que muchas víctimas de maltrato presentan (disonancia cognitiva, estados disociativos, estado de hipervigilancia, entumecimiento emocional, retraimiento y aislamiento social, conductas obsesivas, ansiedad y depresión, etc.) tiene su origen en esos mecanismos disociativos. Las víctimas ven dañados sus propios recursos de autoprotección a través de los mecanismos disociativos que tienen que desarrollar para sobrevivir y que les impedirán el desarrollo óptimo de la inteligencia somato sensorial, base del desarrollo cerebral y neurológico pleno<sup>(15)</sup>. En este sentido, debe darse especial atención al síndrome de estrés postraumático complejo y al síndrome de acomodación al abuso, cuyos indicadores deberían ser conocidos en el ámbito sanitario por los profesionales de Atención Primaria, no solo por los especializados.

5. El **aprendizaje de modelos violentos de relación**. La violencia contra la infancia enseña a los niños, niñas y adolescentes que:

- El amor y el cuidado van unidos a la violencia; de hecho, se legitima algunas expresiones de violencia como expresión de amor. Los niños y niñas a menudo llegan a creer que la gente que les quiere tiene derecho a agredirles.
- La violencia es un modo de resolver los conflictos. Aprenden por modelado a afrontar los conflictos de

forma violenta, aprendizaje que pueden generalizar a otros ámbitos de su desarrollo.

- La violencia y el cuidado van unidos. En el caso de la violencia en el entorno cercano, son las figuras de autoridad, educativas y de protección, las que ejercen la violencia; de ese modo, para el niño o niña no es fácil aprender a reconocer la violencia como tal. La violencia psicológica y la negligencia, las formas más habituales de violencia, son las menos reconocidas y denunciadas, porque los niños y niñas no aprenden a diferenciar los límites donde empieza la violencia.

### Algunas consideraciones finales sobre el abordaje institucional de la violencia contra la infancia en España

En los últimos años, se han realizado avances institucionales y legislativos muy importantes en el abordaje institucional de la violencia contra la infancia en nuestro país. En los últimos años, se han realizado varias reformas legislativas claves en este tema como: la penalización de la posesión de pornografía infantil, la tipificación penal de distintas formas de violencia en las redes sociales, la reforma de la ley de protección jurídica del menor, los avances legislativos en materia de trata de niños, niñas y adolescentes o el reconocimiento jurídico de los niños y niñas como víctimas de la violencia de género. Aunque estas reformas legislativas no siempre han venido acompañadas de un incremento en la inversión presupuestaria e institucional en el abordaje de esta problemática<sup>(16)</sup>.

Pero el Estado español sigue sin dar una respuesta suficientemente clara y eficaz al sufrimiento de las víctimas. Por mencionar solo las lagunas institucionales que afectan directamente al ámbito sanitario serían:

1. La falta de un **registro sistematizado** de las víctimas. No existen datos desagregados de los delitos por edades y sexo de las víctimas. No es posible saber cuántos niños, niñas y adolescentes son víctimas de violencia en España, ni por parte de quién ni en qué circunstancias. Existen datos parciales e incompletos que pueden ser consultados en la web de infancia en datos, promovida por el Ministerio de Sanidad y UNICEF<sup>(17)</sup>. Pero no todas las comunidades autónomas tienen datos, ni todas las sistematizan igual, ni el ámbito judicial tiene sistematizados los datos de delitos violentos contra niños, niñas y adolescentes, y los datos existentes en sanidad y en el INE (Instituto Nacional de Estadística) no recogen más que las causas de la muerte de los niños, no todos los casos de niños, niñas y adolescentes que son víctimas sin fallecer, entre otras limitaciones de los diferentes ámbitos. Sin un registro de datos adecuado, no se pueden desarrollar actuaciones eficaces ante la problemática, ni en su prevención ni en su detección y abordaje sociosanitario.
2. La escasa **formación** que se imparte sobre la violencia contra niños, niñas y adolescentes a los profesionales responsables de su atención. Ninguno de los profesiones



que va a tener contacto directo con niños, niñas y adolescentes (medicina, enfermería, trabajo social, psicología, educación, derecho...) tiene como parte de su currículum universitario reglado esta materia. En el ámbito sanitario, este tema es especialmente grave: los profesionales ven y estudian síndromes que tienen una incidencia mínima en la población y no reciben formación sobre una problemática de incidencia muy superior, y que de un modo u otro van a encontrar en su desarrollo profesional. La formación que existe es a los profesionales ya en activo, como parte de la mejora de su atención, o en algunas facultades, de forma puntual, como parte de asignaturas impartidas por profesores especializados, y tiene diferente grado de desarrollo en función del ámbito y la zona geográfica. Es imposible garantizar la detección precoz y una intervención adecuada sin una formación de calidad de los responsables de llevarla a cabo. Incorporar la violencia contra niños, niñas y adolescentes al *currículum* universitario cumpliría dos funciones clave: visibilizar la problemática y su gravedad ante los profesionales en formación, que la tuvieran presente, y darles herramientas básicas para su abordaje, además de evitar muchos elementos de mala praxis de los profesionales que tienen más que ver con la ignorancia que con la mala fe.

3. La escasa **coordinación interdisciplinar** de los ámbitos relacionados con la atención a las víctimas de violencia: educativo, sanitario, social, policial y judicial. En este sentido, se ha avanzado bastante con el desarrollo de los protocolos de actuación en diferentes comunidades autónomas y ayuntamientos, pero los circuitos de Atención Primaria que deben garantizar la aplicación de dichos protocolos son muy limitados. Y la coordinación entre el ámbito judicial y estos circuitos sigue siendo claramente deficiente.
4. La escasez de **programas de educación afectivo sexual en las escuelas y los programas de acompañamiento socio-sanitario desde los centros de salud** a las familias en los tres primeros años de vida del niño, que den continuidad a la formación pre y post parto y no limiten el seguimiento del bebé a cuestiones fisiológicas, sino que incorporen aspectos emocionales y relacionales. Estas son las dos estrategias de prevención que se han demostrado más eficaces. Sin embargo, en el caso de darse, siguen siendo iniciativas puntuales fruto más de la sensibilidad de algunos profesionales que de la asunción sistemática de la responsabilidad institucional que conllevan.

Y para finalizar este análisis, se ha de tener presente que los profesionales del ámbito sanitario, como los del ámbito social, educativo, policial y judicial están obligados ética, técnica y jurídicamente a implicarse de forma activa y eficaz ante cualquier sospecha de estar ante un niño, niña o adolescente víctima de violencia. Cualquier ciudadano está obligado a hacerlo, pero en el caso de los profesionales del ámbito sanitario a esa obligación ciudadana se une el imperativo hipocrático.

## Bibliografía

1. Convención sobre los derechos del Niño de Naciones Unidas (1989) <http://www.unicef.org/panama/spanish/convencion%283%29.pdf>.
2. Save the Children. Violencia contra la infancia: hacia una estrategia global. Madrid: Save the Children [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia\\_contra\\_la\\_infancia\\_hacia\\_una\\_estrategia\\_integral\\_.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_contra_la_infancia_hacia_una_estrategia_integral_.pdf); 2015.
3. <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2013/10/&file=01000.px&type=pcaxis&L=0#nogo>.
4. [http://www.separadasydivorciadas.org/wordpress/?page\\_id=13](http://www.separadasydivorciadas.org/wordpress/?page_id=13).
5. <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p417/a2013/10/&file=01000.px&type=pcaxis&L=0#nogo>.
6. Save the Children. Violencia contra la infancia: hacia una estrategia global. Madrid: Save the Children [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia\\_contra\\_la\\_infancia\\_hacia\\_una\\_estrategia\\_integral\\_.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_contra_la_infancia_hacia_una_estrategia_integral_.pdf); 2015.
7. Save the Children. Violencia contra la infancia: hacia una estrategia global. Madrid: Save the Children [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia\\_contra\\_la\\_infancia\\_hacia\\_una\\_estrategia\\_integral\\_.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_contra_la_infancia_hacia_una_estrategia_integral_.pdf); 2015.
8. Pereda N. "Prevalencia y características del abuso sexual infantil en universitarios españoles" en Child Abuse and Neglect. 31 (2007); 417-426. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/34562/1/551047.pdf>.
9. Freixanet M. (coord.) "Relaciones de género entre adolescentes: cómo intervenir cuando hay violencia?" Barcelona: ICPS. Disponible en: <http://www.icps.cat/archivos/CiPdigital/cip-g32freixanet.pdf?noga=1>.
10. Blog de Francisco Javier Romeu: <http://disparefuturo.wordpress.com/>.
11. Arruabarrena MI. "Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad" Psychosocial Intervention. Vol. 20, No. 1, 2011 - pp. 25-44.
12. Horno, P. "Vínculo afectivo y adolescencia: mirándose en el espejo de los otros" Madrid: Revista Adolescere. Disponible en: <http://adolescenciasema.org/usuario/documentos/19-28%20Apego%20y%20adolescencia.pdf>; 2014.
13. Gómez AM. EMDR Therapy and adjunct approaches with children. Complex trauma, attachment and dissociation. NY: Springer Publishing Company; 2013.
14. Gonzalo JL y Pérez Muga O. No todo niño viene con un pan debajo del brazo. Bilbao: Desclée de Brower; 2012.
15. Horno, P. Escuchando mis tripas: programa de prevención del abuso sexual infantil en educación infantil. Lleida: Boira; 2015.
16. UNICEF. "La infancia en los presupuestos. Estimación de la inversión en políticas relacionadas con infancia en España de 2007 a 2013" Disponible en: <http://www.espiralesci.es/inversion-publica-en-infancia/>; 2015.
17. <http://www.espiralesci.es/web-infancia-en-datos-un-pequeno-gran-paso/>.

## Referencias bibliográficas

- Arruabarrena MI. "Maltrato Psicológico a los Niños, Niñas y Adolescentes en la Familia: Definición y Valoración de su Gravedad" Psychosocial Intervention. Vol. 20, No. 1, 2011 - pp. 25-44.
- Balsells MA. "La infancia en riesgo social desde la sociedad del bienestar"; 2003.
- Bowlby J. Apego y pérdida. Buenos Aires: Paidós; 1998.

- Freixanet M. (coord.) "Relaciones de género entre adolescentes: ¿cómo intervenir cuando hay violencia?" Barcelona: ICPS Disponible en: <http://www.icps.cat/archivos/CiPdigital/cip-g32freixanet.pdf?noga=1>.
- Gómez AM. EMDR Therapy and adjunct approaches with children. Complex trauma, attachment and dissociation. NY: Springer Publishing Company; 2013.
- Gonzalo JL y Pérez Muga O. No todo niño viene con un pan debajo del brazo. Bilbao: Descleé de Brower; 2012.
- Horno P. Salvaguardar los derechos desde la escuela: educación afectivo-sexual para la prevención primaria del maltrato infantil Madrid: Revista de Educación, no. 347, September-December, 2008; pp 127-140. Accesible en [http://www.revistaeducacion.mec.es/re347\\_06.html](http://www.revistaeducacion.mec.es/re347_06.html).
- Horno P. Amor y violencia: la dimensión afectiva del maltrato. Bilbao: Descleé de Brouwer; 2008.
- Horno P. Un mapa del mundo afectivo: el viaje de la violencia al buen trato. Lleida: Boira; 2013.
- Horno P. "Vínculo afectivo y adolescencia: mirándose en el espejo de los otros" Madrid: Revista Adolescere. Disponible en: <http://adolescenciasema.org/usuario/documentos/19-28%20Apego%20y%20adolescencia.pdf>.
- Pereda N. "Prevalencia y características del abuso sexual infantil en universitarios españoles" en Child Abuse and Neglect 31 (2007) 417-426. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bits-tream/2445/34562/1/551047.pdf>.
- Quiroga V Y Alonso A. "Abriendo ventanas: infancia y adolescencia inmigrante en situación de exclusión social" UNICEF; 2011.
- Save the Children. "Violencia contra la infancia: hacia una estrategia integral" Madrid: Save the Children. Disponible en: [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia\\_contra\\_la\\_infancia-hacia\\_una\\_estrategia\\_integral\\_.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_contra_la_infancia-hacia_una_estrategia_integral_.pdf); 2015.
- Siegel D. El cerebro del niño. Madrid: Alba; 2011.
- Stein P and Kendall J. Complex PTSD in Children: Brain and Behaviour. Psychological Trauma and The Developing Brain Neurologically Based Interventions for troubled Children. New York, NY: Hawford Press; 2004.
- UNICEF. "La infancia en España 2012-2013". Disponible en: [https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Infancia\\_2012\\_2013\\_final.pdf](https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Infancia_2012_2013_final.pdf); 2015.
- UNICEF. "La infancia en los presupuestos. Estimación de la inversión en políticas relacionadas con infancia en España de 2007 a 2013" Disponible en: <http://www.espiralesci.es/inversion-publica-en-infancia/>; 2015.
- Van der Hart O, Nijenhuis ERS and Steel K. The haunted self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. New York, NY: W.W. Norton; 2006.
- Van der Kolk B, Pynoos RS, Cichetti D, Cloitre M, D'andrea W, Ford JD, Teicher M. (2009, February 2) Proposal to a developmental trauma disorder diagnosis for children and adolescents in DSMV. Retrieved from: [http://www.traumacenter.org/announcements/DTD\\_papers\\_Oct\\_09.pdf](http://www.traumacenter.org/announcements/DTD_papers_Oct_09.pdf).



## Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: [www.sepeap.org](http://www.sepeap.org) y [www.pediatriaintegral.es](http://www.pediatriaintegral.es).

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".