

Adolescencia y maltrato infantil

La adolescencia y el maltrato infantil son dos bloques de la pediatría del EIR con pocas preguntas por año, pero muy fieles a unos pocos documentos: los estadios de Tanner y la pubertad precoz de la AEP, la higiene del sueño de la guía de práctica clínica del SNS, la Convención sobre los Derechos del Niño y, en maltrato, el Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y la adolescencia, que desarrolla la LOPIVI (Ley Orgánica 8/2021). Vuelven a caer el modelo ecológico de Belsky (2006 y 2011), los estadios de Tanner (2014 y 2023) y el Protocolo común de 2023 (2025 y 2026). Este tema va de la adolescencia normal (etapas, pubertad, sueño, educación sexual) a los derechos de la infancia y al maltrato: tipos, causas, detección, notificación y prevención.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



15 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- Belsky: desarrollo ontogénico (experiencias de los padres con sus propios padres) (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Adolescencia: concepto, etapas y desarrollo psicosocial	8
2. Pubertad: crecimiento, composición corporal, estadios de Tanner y pubertad precoz	10
3. Salud del adolescente: sueño, educación sexual integral y enfermedad grave	14
4. Derechos de la infancia: la Convención y la LOPIVI	17
5. Maltrato infantil: concepto, tipos y trastorno facticio inducido por la persona cuidadora	19
6. Violencia a través de las TIC: grooming, sexting, sextorsión y ciberacoso	21
7. Por qué se produce: factores de riesgo y modelo ecológico de Belsky	23
8. Detección: indicadores de sospecha de maltrato	26
9. Actuación sanitaria: valoración, notificación y prevención	29
Todas las preguntas del tema (16)	32
Preguntas que también podrían ser de este tema (3)	37
Solucionario	38
Fuentes	39

Resumen para repasar

1. Adolescencia: concepto, etapas y desarrollo psicosocial

- La OMS define la adolescencia de los **10 a los 19 años**; la pubertad es solo la parte **biológica** ^{F1,F3}.
- UNICEF: temprana **10-14** y tardía **15-19**; las chicas entran en la pubertad **12-18 meses antes** ^{F2}.
- Etapas: inicial (**cambios puberales**), media (**conflictos familiares**, grupo, conductas de riesgo, posibles TCA) y tardía (**reaceptación de los valores paternos**) ^{F3}.
- Objetivos: **independencia, imagen corporal, amigos e identidad**; el 80 % no vive una etapa tumultuosa ^{F3}.
- Piaget: **operaciones formales desde ≈11-12 años** ^{F4,F3}. Erikson: autonomía frente a vergüenza y duda a los **1-3 años**; **identidad frente a confusión de roles** en la adolescencia ^{F4}.
- La **maduración precoz** perjudica más a las **chicas** (depresión, consumo, TCA); la tardía, a los chicos ^{F5}.

2. Pubertad: crecimiento, composición corporal, estadios de Tanner y pubertad precoz

- El estirón aporta el **20-25 % de la talla** y alrededor del **50 % del peso** adulto; talla final a los 16-17 años en chicas y hasta los 21 en chicos ^{F3}.
- Chicas: más **grasa**; chicos: más **masa ósea y muscular (magra)** ^{F3,F6}.
- Riesgo de **desequilibrios nutricionales** por más necesidades y **cambios en los hábitos alimentarios**: saltarse el desayuno, ultraprocesados, dietas restrictivas, TCA ^{F6}.
- Inicio: **telarquia** en niñas y **testículo ≥4 ml** en niños; menarquía **unos 2 años** tras la telarquia (media en España, **12,7 años**) ^{F7,F3}.
- Tanner mama: **III** crece sin separación de contornos; **IV montículo secundario**; **V contorno adulto único** ^{F7,F8,F9}.
- En la niña, vello escaso y lacio en **II**, grueso y rizado en **III**, adulto sin muslos en **IV** y hasta los **muslos en V** ^{F7,F9}.
- Pubertad **precoz**: antes de **8 años (niñas) y 9 (niños)**; adelantada, 8-9 y 9-10; retrasada, sin Tanner 2 a los 13 y 14 ^{F7,F8}.

3. Salud del adolescente: sueño, educación sexual integral y enfermedad grave

- Tendencia **fisiológica a retrasar el sueño**; si el retraso supera las 2 horas y da síntomas, **síndrome de retraso de fase** ^{F10}.
- Higiene del sueño: horarios regulares, luz por la mañana, **siesta corta a primera hora de la tarde**, fin de semana, un par de horas más como mucho (la tabla del insomnio pide **no más de una hora**), sin pantallas **una hora antes** ^{F10}.
- Ejercicio **regular, pero nunca en las horas previas a acostarse** ^{F10}.
- ESI: proceso basado en un currículo sobre los **aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales** de la sexualidad; **no aumenta** la actividad sexual y **casi nunca la adelanta** ^{F11,F12}.
- El adolescente gravemente enfermo quiere **información y participar** en las decisiones y, pese a su autonomía, que **sus padres intervengan** en las importantes ^{F13,F14}.

4. Derechos de la infancia: la Convención y la LOPIVI

- Convención sobre los Derechos del Niño: ONU, **20-11-1989**; en vigor en España el **5-01-1991**; niño = **menor de 18 años** ^{F16}.
- Art. 7: nombre, nacionalidad, conocer a sus padres; art. 19: protección frente al maltrato; art. 28: primaria obligatoria y gratuita; art. 31: descanso y juego ^{F16}.
- Art. 24: salud, con hincapié en la **atención primaria** (no la hospitalaria) ^{F16}.
- LOPIVI: violencia = **toda acción, omisión o trato negligente** que priva al menor de sus derechos y bienestar, por cualquier medio, **incluido el digital** ^{F17}.
- Todos los centros sanitarios aplican el **Protocolo común de actuación sanitaria (2023)** ^{F17,F18}.

5. Maltrato infantil: concepto, tipos y trastorno facticio inducido por la persona cuidadora

- OMS: abuso o desatención de un **menor de 18 años** en una relación de **responsabilidad, confianza o poder** ^{F20}.
- Cuatro tipologías básicas: **física, emocional, negligencia y abuso sexual** ^{F19}.
- La forma más notificada es la **negligencia (42,75 %)**; solo el **8 %** de las notificaciones son sanitarias ^{F18}.
- **Trastorno facticio inducido por la persona cuidadora** (Münchhausen por poderes): exagerar, inventar o **inducir** la enfermedad; el sanitario es el **instrumento involuntario** ^{F18}.
- Signos: niño pequeño, **ingresos repetidos**, síntomas **solo en presencia del cuidador** (generalmente la madre), discrepancia con la historia y **mejoría al separarlos** ^{F21,F22}.

6. Violencia a través de las TIC: grooming, sexting, sextorsión y ciberacoso

- LOPIVI: nombra el ciberacoso, la extorsión sexual, el **grooming** y el **sexting**, pero no los define ^{F17}.
- **Grooming**: un **adulto** se gana la **confianza** de un menor por Internet **con fines sexuales** ^{F23,F25}.
- **Sexting**: la propia persona envía imágenes sexuales suyas; **sextorsión**: chantaje con ellas; **ciberacoso**: **entre menores**, repetido ^{F26,F27,F28}.
- Código Penal: contactar por las TIC con un **menor de 16 años** con fines sexuales es delito (art. 183); consentimiento sexual a los **16** ^{F24}.

7. Por qué se produce: factores de riesgo y modelo ecológico de Belsky

- **Belsky (1980)**: el maltrato tiene **múltiples causas** en cuatro niveles ^{F22}.
- **Desarrollo ontogénico**: la **historia de los padres** (maltrato en su infancia) ^{F22}.
- **Microsistema**: el niño y la familia; **exosistema**: trabajo, dinero, vecindario, apoyo social; **macrosistema**: valores culturales ^{F22}.
- El **30 %** de los niños maltratados maltratan de adultos: la transmisión **no es automática** ^{F22}.
- El Protocolo 2023 usa el modelo de **Bronfenbrenner**; riesgo no implica maltrato, y este se da en **todo tipo de familias** ^{F18}.

8. Detección: indicadores de sospecha de maltrato

- Lesión no accidental: **explicación contradictoria o cambiante**, mecanismo incompatible, **retraso en consultar**, **accidentes repetidos**, lesiones centinela ^{F18,F21}.
- Conductas: **miedo a los padres**, cautela ante el contacto, **inquietud por el llanto de otros niños**, **conductas extremas**; se adapta fácilmente a adultos desconocidos ^{F18,F22,F21}.
- Negligencia: **higiene deficiente**, **retraso del crecimiento y del lenguaje**, **agresividad** ^{F18}.

9. Actuación sanitaria: valoración, notificación y prevención

- Procedimiento **urgente** si hay riesgo vital, riesgo de desprotección o toma de muestras; **ordinario** si solo hay dudas diagnósticas ^{F18}.
- Deber de comunicación **cualificado** del personal sanitario: de inmediato a **servicios sociales**, y a policía o fiscalía si peligra el menor ^{F17}.
- En la urgencia, **comunicación inmediata y preferentemente telefónica**; leve o moderado → servicios sociales municipales; grave → entidad de protección; **parte de lesiones** al juzgado ^{F18}.
- Protocolo 2014: **leve o moderado** (riesgo, ordinario) frente a **grave** (desamparo, urgente) ^{F19}.
- Prevención: **redes de apoyo**, **visitas domiciliarias hasta los 2 años**, psicoprofilaxis en **embarazo y posparto**, riesgo psicosocial con **EAI y EBI** ^{F18}.

Puntos clave

- 1 La OMS sitúa la adolescencia entre los **10 y los 19 años**; la pubertad es solo la parte biológica ^{F1,F3}.
- 2 Piaget: **operaciones formales desde ≈11-12 años**; Erikson: **identidad frente a confusión de roles** en la adolescencia ^{F4,F3}.
- 3 La **maduración precoz** tiene más consecuencias negativas en las **chicas** (depresión, consumo, TCA) ^{F5}.
- 4 En la pubertad las chicas ganan **grasa** y los chicos **masa magra**; se adquiere alrededor del **50 % del peso adulto** ^{F3,F6}.
- 5 Tanner: mama **III sin separación de contornos, IV montículo secundario, V contorno adulto único**; vello en los muslos = **V** ^{F7,F8,F9}.
- 6 Pubertad precoz: **antes de 8 años en niñas y de 9 en niños** ^{F7}.
- 7 Sueño del adolescente: ejercicio regular **nunca en las horas previas a acostarse**; siesta corta a primera hora de la tarde; fin de semana, un par de horas más como mucho, o una hora si hay insomnio ^{F10}.
- 8 La ESI trata los **aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales** de la sexualidad y **no aumenta** la actividad sexual ni suele adelantarla ^{F11,F12}.
- 9 La Convención sobre los Derechos del Niño hace hincapié en la **atención primaria**, no en la hospitalaria (art. 24) ^{F16}.
- 10 Cuatro tipologías básicas de maltrato: **física, emocional, negligencia y abuso sexual**; la más notificada es la **negligencia** ^{F19,F18}.
- 11 **Münchhausen por poderes** (trastorno facticio inducido por la persona cuidadora): síntomas que **solo aparecen con el cuidador**, ingresos repetidos, discrepancia con la historia ^{F18,F21}.
- 12 **Grooming**: un adulto se gana la confianza de un menor por Internet **con fines sexuales** ^{F23,F25}.
- 13 Belsky: la **historia de maltrato de los padres** pertenece al nivel de **desarrollo ontogénico** ^{F22}.

14 Lesión no accidental: **retraso en consultar, relato poco convincente, versiones contradictorias, accidentes repetidos** ^{F18,F21}.

15 Con criterios de urgencia, la notificación es **inmediata y preferentemente telefónica**; siempre a **servicios sociales** ^{F18}.

16 Prevención: **redes de apoyo, visitas domiciliarias hasta los 2 años**, valoración de **EAI y EBI** ^{F18}.

1. Adolescencia: concepto, etapas y desarrollo psicosocial

La OMS define la **adolescencia** como la fase de la vida entre la infancia y la edad adulta, **de los 10 a los 19 años**, con un crecimiento físico, cognitivo y psicosocial rápido que afecta a cómo sienten, piensan, deciden y se relacionan con el mundo ^{F1}. **Pubertad y adolescencia no son sinónimos**: la pubertad es un periodo de cambios **exclusivamente biológicos**, y la adolescencia es el periodo entre el **inicio de la pubertad** y el **final del crecimiento y desarrollo físico y psicosocial** ^{F3}. La OMS llama **juventud** al periodo entre los 19 y los 25 años ^{F3}.

UNICEF divide esta segunda década de la vida en **adolescencia temprana (10-14 años)** y **tardía (15-19 años)**. En la temprana empiezan los cambios físicos, normalmente con un **estirón**, seguido pronto del desarrollo de los órganos sexuales y los caracteres sexuales secundarios; las **chicas entran en la pubertad, de media, 12-18 meses antes que los chicos** ^{F2}. En la tardía los grandes cambios físicos ya suelen haberse producido, aunque el cuerpo sigue desarrollándose, y mejora mucho la capacidad de pensamiento analítico y reflexivo; la opinión del grupo pierde peso a medida que ganan seguridad en su propia identidad ^{F2}. La asunción de riesgos, típica de la adolescencia temprana y media, disminuye en la tardía ^{F2}.

Etapas (Pediatria Integral, 2017)	Qué la caracteriza ^{F3}
Inicial (≈10-13 años)	Fundamentalmente los cambios puberales . Menor interés por los padres, humor y conducta inestables; preocupación por el cuerpo («¿soy normal?»), inseguridad y comparación; gran interés por los amigos del propio sexo , cuyas opiniones pesan más que las de los padres
Media (≈14-17 años)	Conflictos familiares por la relevancia que adquiere el grupo ; es cuando más probablemente se inician las conductas de riesgo . Aceptación del cuerpo e intento de hacerlo atractivo (pueden aparecer trastornos alimentarios); sentimientos de omnipotencia e inmortalidad
Tardía (≈18-21 años)	Reaceptación de los valores paternos y asunción de responsabilidades de la madurez. El grupo pierde interés y se forman las parejas; pensamiento abstracto y con proyección de futuro, objetivos vocacionales realistas, valores morales, religiosos y sexuales propios

Los cortes de edad bailan

La OMS habla de 10-19 años ^{F1} y UNICEF de temprana 10-14 y tardía 15-19 ^{F2}. Pediatria Integral atribuye a la Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia el tramo **10-21 años** (inicial 10-14, media 15-17, tardía 18-21) y en su propio esquema usa 10-13, 14-17 y 18-21 ^{F3}. En el EIR, sin más datos, la referencia es la de la OMS: **empieza a los 10 años**.

Los **objetivos psicosociales** de la adolescencia son **lograr la independencia, aceptar la imagen corporal, establecer relaciones con los amigos y lograr la identidad** ^{F3}. No es necesariamente una etapa turbulenta: el **80 %** de los adolescentes no pasa por un periodo tumultuoso y se lleva bien con su familia; la etapa se

caracteriza por un desarrollo emocional progresivo, por la inestabilidad emocional más que por un trastorno, y por la **formación gradual de la identidad** ^{F3}. Como la pubertad empieza **1-2 años antes en las mujeres**, también sus cambios psicosociales y emocionales se adelantan 1-2 años respecto a los varones ^{F3}.

Piaget. La cuarta y última etapa es la de las **operaciones formales**, desde **alrededor de los 11 años** hasta la edad adulta: además de razonar sobre hechos concretos, el adolescente maneja **ideas abstractas y situaciones hipotéticas**, y reaparece un cierto egocentrismo ^{F4}. Pediatría Integral lo sitúa **sobre los 12 años** (capacidad de pensar en abstracto) y el desarrollo moral, saber lo que está bien y mal, hacia los **15-16** ^{F3}.

Erikson. La tarea del niño pequeño (**1-3 años**, la etapa del «yo solo») es resolver la **autonomía frente a la vergüenza y la duda** ^{F4}. En la **adolescencia (12-18 años)** la tarea es la **identidad frente a la confusión de roles**: desarrollar un sentido de sí mismo («¿quién soy?», «¿qué quiero hacer con mi vida?»), probando distintos «yoes»; quien no lo logra tiene un sentido débil de sí y **confusión de rol** ^{F4}. La búsqueda de identidad es, por tanto, propia de la adolescencia y no de etapas anteriores ^{F4,F5}.

Maduración precoz y tardía. Los **chicos que maduran pronto** suelen ser más fuertes, altos y atléticos, más populares, seguros e independientes, aunque con más riesgo de consumo de sustancias y de actividad sexual temprana ^{F5}. Las **chicas que maduran pronto** pueden sentirse cohibidas por su cuerpo y tienen **más riesgo de depresión, consumo de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria** ^{F5}. Entre los que maduran tarde, los sentimientos negativos son un problema sobre todo para los **chicos**, con más riesgo de depresión, conflicto con los padres y acoso ^{F5}. Cuando el desarrollo está muy adelantado o retrasado respecto a los compañeros, el adolescente tiene a menudo dificultades de adaptación y baja autoestima ^{F3}.



Lo que más cae

Adolescencia OMS: **10-19 años** ^{F1}. Piaget: **operaciones formales desde ≈11-12 años** ^{F4,F3}. Erikson: **identidad frente a confusión de roles** en la adolescencia; la autonomía frente a vergüenza y duda es de los **1-3 años** ^{F4}. La **maduración precoz sienta peor a las chicas**; la tardía, a los chicos ^{F5}.

EIR 2013 · 34

P11 · respuesta en el solucionario

Inicio de la adolescencia

Una niña ecuatoriana con 10 años comienza a mostrar signos de maduración biológica (desarrollo de senos, aparición de vello púbico y menarquía). Señale el enunciado correcto:

1. Por su edad se encontrará en el periodo de las operaciones formales de Piaget.
2. Es el momento en el que adquiere autonomía frente a vergüenza y duda, según las etapas de desarrollo de Erikson.
3. Recibirá y aceptará mejor la madurez precoz que si fuera un chico.
4. Podría estar iniciando la etapa adolescente caracterizada por amor, melancolía, angustia y despersonalización.
5. Las crisis de identidad serían raras, pues se suelen tener en etapas más tempranas.

2. Pubertad: crecimiento, composición corporal, estadios de Tanner y pubertad precoz

Los cambios físicos de la pubertad son la **aceleración y desaceleración del crecimiento**, los **cambios de la composición corporal** con el desarrollo de órganos y sistemas, la **adquisición de la masa ósea** y la **maduración sexual** (gónadas, órganos reproductores y caracteres sexuales secundarios) ^{F3}. El crecimiento puberal aporta el **20-25 % de la talla adulta**; no es armónico, sino por segmentos, de distal a proximal (**crecen primero los pies**). La talla definitiva se alcanza a los **16-17 años en las chicas** y puede retrasarse **hasta los 21 en los chicos** ^{F3}.

Composición corporal. El aumento de peso durante el estirón llega a suponer **alrededor del 50 % del peso adulto**. Las **chicas acumulan más grasa**; en los **chicos predomina el crecimiento óseo y muscular**, con un cuerpo más magro al final (grasa adulta: 12-16 % en hombres, 18-22 % en mujeres) ^{F3}. Se ensancha la **pelvis** en las mujeres y los **hombros** en los varones, y en estos aumentan los glóbulos rojos y la hemoglobina ^{F3}. El **pico de masa ósea** se alcanza al final de la adolescencia ^{F3}.

Nutrición. La adolescencia tiene el crecimiento más intenso de la vida tras los dos primeros años, con un incremento significativo de la **masa magra en varones** y de la **masa grasa en mujeres**, que eleva y diferencia sus requerimientos ^{F6}. La necesidad aumentada de nutrientes, unida a los **cambios en los hábitos alimentarios**, los comportamientos sociales y el entorno, da a los adolescentes un **riesgo aumentado de desequilibrios nutricionales** ^{F6}. La calidad de la dieta empeora, sobre todo entre los 14 y los 18 años: menos fruta, verdura y lácteos, más ultraprocesados y bebidas azucaradas, y tendencia a **saltarse comidas, en especial el desayuno**; aparecen dietas restrictivas mal planificadas y aumentan los **trastornos de la conducta alimentaria** ^{F6}.

EIR 2006 · 85

P15 · respuesta en el solucionario

Pubertad: cambios en composición corporal y hábitos alimentarios

Los cambios siguientes: aumento de la masa corporal, modificaciones en la composición del organismo y tendencia a alteraciones de los hábitos alimentarios, se corresponde con la etapa de la vida de:

1. La primera infancia.
2. Escolar.
3. Pubertad.
4. Juventud.
5. Vejez.

Cómo empieza. La pubertad normal se inicia en las **niñas con el desarrollo de la mama (telarquía)** y en los **niños con el aumento del tamaño testicular**, y se evalúa con los **estadios de Tanner** ^{F7}. El botón mamario puede aparecer entre los **8 y los 13 años**; en los chicos, el aumento testicular entre los **9 y los 14**, y un volumen de **4 ml** (orquidómetro de Prader) marca el inicio puberal ^{F3}. Los estadios de Tanner (Marshall y Tanner, estudio longitudinal en Inglaterra) van del **1, prepuberal**, al **5, forma adulta** ^{F8}. La **menarquía** suele llegar **unos dos años después de la telarquía**, en el 60 % de las chicas en el estadio IV, con una edad media en España de **12,7 ± 0,9 años** ^{F3}; StatPearls da una media de 12,5 años ^{F8}. Las chicas tienen el **pico de velocidad de crecimiento entre los estadios mamarios 2 y 3**, y los chicos durante el **estadio genital 3**, con la espermarquia hacia el estadio 4 ^{F8}.

Tanner en la niña	Mama	Vello púbico
I	Infantil: no hay desarrollo mamario; solo se eleva la papila ^{F7,F9}	No hay vello pubiano, solo vello fino ^{F7,F9}
II	Inicio de la telarquia: botón mamario palpable bajo la areola, que aumenta discretamente de diámetro ^{F7,F9}	Vello escaso y lacio , sobre todo en los labios mayores ^{F7,F9}
III	Aumentan de tamaño la mama y el pezón, con un contorno redondeado lateral ^{F7} ; el tejido mamario crece sin separación de contornos ^{F9} y la areola aún no se desarrolla por separado ^{F8}	Vello más grueso, oscuro y rizado , en mayor cantidad, que cubre el pubis ^{F7,F9}
IV	La areola y el pezón forman una pequeña elevación que sobresale del resto de la glándula: el montículo secundario («doble cucharada») ^{F7,F8,F9}	Vello similar al adulto , pero en una superficie menor y sin extenderse a los muslos ^{F7,F9}
V	Estadio adulto ^{F7} : el montículo areolar se retrae a un único contorno mamario , con hiperpigmentación areolar y protrusión del pezón ^{F8}	Vello adulto en triángulo invertido , que puede extenderse a la cara interna de los muslos ^{F7,F9}

Tanner en el niño	Genitales	Vello púbico
I	Infantil: volumen testicular menor de 4 cc ^{F7}	No hay vello pubiano ^{F7}
II	Volumen testicular de al menos 4 cc , primer signo puberal ^{F7,F8} ; piel del escroto más rugosa y de tono más oscuro ^{F7}	Primeros vellos, escasos, en la base del pene ^{F7,F9}
III	Volumen testicular 6-12 cc ; el pene crece sobre todo en longitud ^{F7}	Vello más largo y abundante , más grueso y rizado, que se extiende al pubis ^{F7,F9}
IV	Volumen 12-15 cc ; el pene gana longitud y circunferencia y el glande aumenta de tamaño ^{F7} ; oscurecimiento del escroto ^{F9}	Vello más grueso, oscuro y rizado , que cubre la mayor parte del área pubiana, sin llegar a los muslos ^{F7,F9}
V	Estadio adulto: volumen mayor de 15 cc ^{F7}	El vello se extiende a la cara superior e interna de los muslos y a la línea alba ^{F7}

La mama en tres fotos

III: todo crece junto (mama y areola sin separar sus contornos) → **IV: la areola se levanta** sobre la mama (montículo secundario) → **V: vuelve a un solo contorno**, ya adulto ^{F9,F8}. En la **niña**, el vello más grueso, oscuro y rizado es del **III**, y el que llega a los **muslos**, del **V** ^{F7,F9}; en el **niño** las fuentes no coinciden (StatPearls pone el vello grueso y rizado en el III, la AEP en el IV) ^{F9,F7}.

Mama y genitales mandan más que el vello

Para valorar el desarrollo puberal hay que fiarse más de la **mama y los genitales** (y de la velocidad de crecimiento) que del vello púbico, porque el vello depende de la maduración independiente del **eje suprarrenal** ^{F8}. Las descripciones del escroto no coinciden entre fuentes: el protocolo de la AEP lo describe más oscuro ya en el estadio II ^{F7}, y la tabla de StatPearls sitúa el oscurecimiento en el IV ^{F9}; lo que ambas coinciden en no poner en el III es el **crecimiento del glande**, que la AEP describe en el IV ^{F7}. Tampoco coinciden los **volúmenes testiculares** por estadio: la AEP da 6-12 cc (III), 12-15 (IV) y más de 15 (V) ^{F7}, y StatPearls 4-8 ml (II), 9-12 (III), 15-20 (IV) y más de 20 (V) ^{F8}; el corte estable es **4 ml = inicio puberal** ^{F7,F8}.

EIR 2023 · 165

P3 · respuesta en el solucionario

Tanner estadio 3 en la mujer

Indique la opción correcta acerca de los estadios de Tanner del desarrollo puberal en la mujer y en el varón:

1. En el estadio 2 del varón, el vello púbico se hace más tosco, se riza, se oscurece y aumenta en cantidad.
2. En el estadio 3 de la mujer, se produce una elevación de la mama y areola en el mismo plano.
3. En el estadio 4 de la mujer, el vello púbico es como el de una adulta y se extiende a la cara interna de los muslos.
4. En el estadio 3 del varón, se desarrolla el glande y los testículos con un aumento y oscurecimiento del escroto.

EIR 2014 · 155

P9 · respuesta en el solucionario

Tanner estadio 5 en la mujer

En el esquema de las etapas del desarrollo puberal de Tanner, el estadio o nivel 5 en las mujeres se corresponde con:

1. Ligera protuberancia del botón de la mama y aumento del tamaño areolar.
2. Crecimiento de la mama, presencia de ligero vello púbico y redondez de las caderas.
3. Ligera protuberancia mamaria y comienzo de redondez de las caderas.
4. Desarrollo completo de la mama y triángulo de vello púbico completo como en mujeres adultas.
5. El comienzo de la telarquia.

Pubertad precoz: aparición de caracteres sexuales secundarios a una edad no fisiológica (**2,5 DE antes** de la edad de referencia); en población caucásica de países desarrollados, **antes de los 8 años en las niñas y**

antes de los 9 en los niños ^{F7}. La **pubertad adelantada** es el inicio entre los **8-9 años en niñas y 9-10 en niños**: no se considera estrictamente patológica, pero puede afectar a la talla final o a lo social ^{F7}. En el otro extremo, se piensa en **pubertad retrasada** si una niña no ha alcanzado la telarquia (Tanner 2) a los **13 años** o un niño el estadio genital 2 a los **14** ^{F8,F3}.

8 y 9, 13 y 14

Precoz: **niña antes de 8, niño antes de 9**. Retrasada: **niña sin mama a los 13, niño sin testículo puberal a los 14**. El niño, siempre un año más tarde ^{F7,F8}.

EIR 2026 · 103

P17 · respuesta en el solucionario

Pubertad precoz: antes de 8 años en niñas y 9 en niños

¿A qué edad aparecen signos puberales de pubertad precoz, desarrollo mamario en niñas y desarrollo testicular en niños?:

1. Antes de los 6 años en niñas y de los 7 años en niños.
2. Antes de los 7 años en niñas y de los 7 años en niños.
3. Antes de los 8 años en niñas y de los 7 años en niños.
4. Antes de los 8 años en niñas y de los 9 años en niños.

3. Salud del adolescente: sueño, educación sexual integral y enfermedad grave

Sueño. En la adolescencia aumentan las necesidades de sueño y hay una **tendencia fisiológica a retrasar el episodio nocturno** ^{F10}. Acostarse tarde y dormir más el fin de semana es frecuente; cuando el inicio y el final del sueño se retrasan **más de dos horas** respecto a lo convencional, con insomnio al acostarse, dificultad para despertarse y somnolencia diurna, se habla de **síndrome de retraso de fase**, que suele manifestarse en la segunda década de la vida ^{F10}. Para tratar el **insomnio** del adolescente, la guía de práctica clínica del SNS (2011) recomienda la **higiene del sueño** y las intervenciones conductuales (al menos el control de estímulos), y en general, intervenciones educativas con medidas de higiene del sueño e información sobre su importancia ^{F10}.

- **Para la familia:** informarse de los cambios de la adolescencia, en especial del **retraso normal del inicio del sueño**, las mayores necesidades de dormir y las alteraciones que producen los **móviles o Internet justo antes de acostarse**; reconocer los signos de déficit de sueño; dar ejemplo; favorecer un ambiente propicio al sueño al final de la tarde ^{F10}.
- **Fin de semana:** evitar que el joven compense el déficit de la semana durmiendo mucho más **«más allá de lo razonable»**; dejarle dormir **un par de horas más** puede ser beneficioso, pero levantarse el domingo a mediodía dificulta acostarse a su hora esa noche ^{F10}.
- **Horarios regulares, incluso el fin de semana**, y exposición a **luz intensa por la mañana** (adelanta la fase de sueño) ^{F10}.
- **Siesta:** si se duerme, **corta (30-45 minutos) y a primera hora de la tarde** ^{F10}.
- **Ejercicio físico regular, pero nunca en las horas previas a irse a la cama** ^{F10}.
- Evitar **estimulantes** (cafeína, colas) sobre todo después del mediodía, y **tabaco, alcohol y otras drogas** ^{F10}.
- Evitar las **actividades de alerta** (estudio, videojuegos, móvil) **una hora antes de dormir** y dormirse con la televisión puesta; idealmente, sin televisión en el dormitorio ^{F10}.

★ El ejercicio, nunca antes de acostarse

La guía no aconseja hacer ejercicio al final de la tarde: pide ejercicio **regular, pero nunca en las horas previas a acostarse** ^{F10}; en el retraso de fase, **poca actividad física al final del día** y más luz natural por la mañana ^{F10}, y en los centros de secundaria, programar la actividad física **a primera hora de la mañana** si es posible ^{F10}.

Siesta y fin de semana: la guía se contradice

Las recomendaciones generales para adolescentes admiten una siesta **corta y a primera hora de la tarde** ^{F10}. Pero en el **insomnio** la misma guía dice que en los adolescentes **hay que evitar las siestas**, y también en el **retraso de fase** ^{F10}. Con el fin de semana pasa algo parecido: el anexo para familias admite **un par de horas más** de sueño, mientras que los principios de higiene del sueño para el insomnio piden una variación **de no más de una hora** entre días de colegio y días libres ^{F10}. La guía avisa de que han pasado más de cinco años desde su publicación y su actualización está pendiente ^{F10}.

Higiene del sueño en adolescentes: no hacer ejercicio al final de la tarde

A la consulta de atención primaria acude una madre con su hijo adolescente de 13 años que refiere sueño discontinuo, con despertares nocturnos y no sentirse descansado. Tras la valoración, la enfermera identifica un trastorno del patrón del sueño y lleva a cabo una serie de recomendaciones generales para la familia y el propio adolescente. Señale la respuesta INCORRECTA:

1. Hay que practicar regularmente ejercicio físico, especialmente en el último tercio de la tarde. El cansancio y las endorfinas secretadas durante el mismo, mejoran la conciliación del sueño.
2. Es importante para la familia tener información acerca de los cambios en la adolescencia, especialmente sobre el retraso normal del inicio del sueño y las alteraciones que producen en el sueño el uso de móviles, Internet... inmediatamente antes de acostarse.
3. Se debe tratar de evitar que el joven pueda compensar el déficit de sueño acumulado durante la semana con un aumento de horas de sueño los fines de semana, más allá de lo razonable (un par de horas).
4. Si se duerme siesta, ésta deberá ser corta, y a primera hora de la tarde.

Educación sexual integral (ESI). Las orientaciones técnicas de la UNESCO, la OMS y otras agencias de la ONU (2018) la definen como un **proceso que se basa en un currículo para enseñar y aprender acerca de los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad** ^{F11}. Su objetivo es dar a niños, niñas y jóvenes conocimientos, habilidades, actitudes y valores para cuidar su salud, bienestar y dignidad, tener relaciones sociales y sexuales respetuosas y conocer y proteger sus derechos; debe ser científicamente precisa, gradual y adecuada a cada edad ^{F11}.

- La educación en sexualidad **no aumenta la actividad sexual**, los comportamientos de riesgo ni las infecciones de transmisión sexual; muy rara vez adelanta la iniciación sexual: o no influye en la edad de inicio o la **retrasa** ^{F11}.
- Según la OMS, los jóvenes mejor informados **se inician más tarde** y, cuando tienen relaciones, las tienen de forma **más segura**; los programas **solo de abstinencia** son ineficaces y pueden ser perjudiciales ^{F12}.
- La ONU recomienda empezar la ESI a los **5 años**, con la escolarización, y la OMS recuerda que protege frente al **abuso**: quien conoce sus derechos y lo que es aceptable es menos vulnerable ^{F12}.

Concepto	Definición (glosario UNESCO/OMS 2018) ^{F11}
Sexo	Características biológicas y fisiológicas (genéticas, endocrinas y anatómicas) para categorizar a las personas como masculinas o femeninas
Género	Atributos, oportunidades y relaciones asociados a ser hombre o mujer, construidos socialmente y aprendidos en la socialización
Identidad de género	Experiencia individual e interna del propio género, que puede corresponder o no al sexo asignado al nacer
Expresión de género	Cómo la persona expresa su género ante el mundo: nombre, ropa, forma de caminar o hablar, conducta
Orientación sexual	Capacidad de sentir atracción emocional, afectiva y sexual por personas de otro género, del mismo o de más de uno

EIR 2026 · 55

P18 · respuesta en el solucionario

Educación sexual integral según la OMS

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ¿cuál de las siguientes aportaciones puede realizar la Educación Sexual Integral a los jóvenes?:

1. Dar a conocer que la identidad de género se refiere a los genitales masculinos o femeninos, así como la identidad sexual se refiere a nuestra apariencia o forma de actuar.
2. Dar a conocer los conceptos de sexualidad facilita condiciones más seguras para las relaciones sexuales en los jóvenes, pero se inician a edades más tempranas y aumenta la actividad sexual.
3. Dar a conocer normas de conducta y valores morales tradicionales sobre las relaciones afectivas y sexuales.
4. Dar a conocer los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad.

Adolescente con una enfermedad grave. Los niños con enfermedades graves adquieren mucha información sobre su enfermedad, incluida la posibilidad de morir, aunque no se les diga nada; los **adolescentes deben ser informados e implicados en las decisiones si así lo desean**, y la competencia para decidir se adquiere de forma progresiva ^{F13}. La comprensión completa de la muerte (universal, irreversible, con causa) suele alcanzarse **hacia los 10 años**, y la de la propia mortalidad hacia los 8-11 ^{F14}. Los adolescentes con enfermedad terminal consideran un derecho conocer su pronóstico, quieren vivir plenamente lo que les queda, hacer amigos y vivir lo que viven los sanos, y, **pese a su deseo de autonomía, suelen querer que sus padres participen en las decisiones importantes** ^{F14}. La enfermedad puede **aislarlos de su grupo de iguales** y aumentar los roces con unos padres y sanitarios que pueden **«infantilizarlos»**; conviene favorecer su autonomía incluyéndolos poco a poco en las decisiones ^{F15}.

4. Derechos de la infancia: la Convención y la LOPIVI

La **Convención sobre los Derechos del Niño** fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el **20 de noviembre de 1989**; España la firmó el 26 de enero de 1990 y la ratificó (BOE de 31 de diciembre de 1990). Entró en vigor de forma general el 2 de septiembre de 1990 y **para España el 5 de enero de 1991**; tiene un preámbulo y **54 artículos** ^{F16}. Se entiende por **niño todo ser humano menor de 18 años**, salvo que por su ley haya alcanzado antes la mayoría de edad (art. 1) ^{F16}.

Artículo	Qué reconoce (texto oficial del BOE) ^{F16}
3	El interés superior del niño es una consideración primordial en toda medida que le concierna
6	Derecho intrínseco a la vida ; supervivencia y desarrollo
7	Inscripción inmediata tras el nacimiento; derecho desde que nace a un nombre , a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y ser cuidado por ellos
12	Derecho a expresar su opinión en los asuntos que le afectan, según su edad y madurez, y a ser escuchado en los procedimientos
19	Protección contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual , mientras esté al cuidado de padres, representantes o cuidadores
24	Derecho al más alto nivel posible de salud ; entre otras medidas, asegurar la asistencia médica y sanitaria necesaria a todos los niños haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud (24.2.b), reducir la mortalidad infantil, atención prenatal y postnatal a las madres, educación en salud, lactancia materna y prevención de accidentes, y abolir las prácticas tradicionales perjudiciales
28	Derecho a la educación : implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos
31	Derecho al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad , y a la vida cultural y artística
34	Protección contra todas las formas de explotación y abuso sexuales , incluida la prostitución y la pornografía



La trampa del artículo 24

La Convención hace hincapié en el desarrollo de la **atención primaria de salud**, no de la hospitalaria: la hace constar con ese «hincapié» en el art. 24.2.b y vuelve a nombrarla en el 24.2.c ^{F16}.

Convención sobre los Derechos del Niño: articulado

La “Convención sobre los Derechos del Niño” es un convenio de las Naciones Unidas que describe la gama de los derechos que tienen todos los niños y establece normas básicas para su bienestar en las diferentes etapas de su desarrollo. De entre las siguientes opciones indique la que NO forma parte del articulado de la Convención:

1. El niño tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos.
2. Los Estados Partes del Convenio reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y en particular, adoptarán las medidas apropiadas para asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención hospitalaria.
3. El Estado reconoce el derecho del niño a la educación y deberá implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos.
4. Los Estados reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego a las actividades recreativas propias de su edad.

La **Ley Orgánica 8/2021**, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (**LOPVI**), garantiza los derechos de niños, niñas y adolescentes a su integridad física, psíquica, psicológica y moral frente a **cualquier forma de violencia**, con medidas de sensibilización, prevención, **detección precoz**, protección y reparación del daño ^{F17}. Define la **violencia** como **toda acción, omisión o trato negligente** que priva a los menores de edad de sus derechos y bienestar o amenaza o interfiere su ordenado desarrollo físico, psíquico o social, **con independencia de su forma y medio de comisión**, incluida la **violencia digital** (art. 1.2) ^{F17}.

La ley enumera expresamente como violencia, entre otras, el maltrato físico, psicológico o emocional, los **castigos físicos, humillantes o denigrantes**, el descuido o trato negligente, la violencia sexual, el **acoso escolar**, el **ciberacoso**, la **violencia de género**, la **mutilación genital**, la trata, el **matrimonio forzado e infantil**, el acceso no solicitado a pornografía, la **extorsión sexual**, la difusión pública de datos privados y la presencia de cualquier comportamiento violento en su ámbito familiar ^{F17}. Llama **buen trato** al que promueve activamente el respeto mutuo, la dignidad, la solución pacífica de conflictos y la no discriminación (art. 1.3) ^{F17}.

Ámbito sanitario (arts. 38-40). El Consejo Interterritorial debía crear una **Comisión frente a la violencia en los niños, niñas y adolescentes** que elaborara un **protocolo común de actuación sanitaria**, con los procedimientos de comunicación a los servicios sociales y la colaboración con el juzgado de guardia, las fuerzas de seguridad, la entidad pública de protección y el Ministerio Fiscal ^{F17}. **Todos los centros sanitarios** que atiendan a un menor por cualquier tipo de violencia deben aplicar ese protocolo, **incluido al alta hospitalaria**, y los registros se incorporan a su historia clínica ^{F17}. Ese protocolo es el **Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia (2023)**, aprobado por el Consejo Interterritorial el 30 de abril de 2024 ^{F18}.

5. Maltrato infantil: concepto, tipos y trastorno facticio inducido por la persona cuidadora

Para la OMS, el **maltrato infantil** es cualquier forma de abuso o desatención que afecte a un **menor de 18 años**: maltrato físico o afectivo, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otra índole que dañe o pueda dañar su salud, desarrollo o dignidad o poner en peligro su supervivencia, **en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder** ^{F20}. El Observatorio de la Infancia lo definió (2001) como **acción, omisión o trato negligente, no accidental**, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, amenaza o interfiere su desarrollo físico, psíquico o social, y **cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad** ^{F19}. El Protocolo común de 2023 usa «violencia» (LOPVI) y «maltrato» de forma indistinta: se diferencian en el contexto o relación con quien agrede ^{F18}.

Cuatro tipologías básicas. Para facilitar la notificación y la comunicación entre profesionales y el tratamiento agrupado de los datos, el Protocolo básico de intervención (Observatorio de la Infancia, 2014) acuerda usar cuatro tipologías: **maltrato físico, maltrato emocional, negligencia y abuso sexual** ^{F19}. Distingue además el **maltrato familiar** (padres, tutores o familiares) del **extrafamiliar** (otros círculos de confianza, violencia por las TIC o entre iguales) ^{F19}. El Protocolo común de 2023 amplía la clasificación: negligencia, violencia emocional o psicológica, física, sexual, trata y explotación, violencia de género, mutilación genital femenina, violencia perinatal, violencia entre menores, **trastorno facticio inducido por la persona cuidadora**, violencia a través de las TIC, violencia institucional y otras prácticas (matrimonio forzado, violencia de odio...) ^{F18}.

Tipo	Definición (Protocolo común 2023) ^{F18}
Negligencia	La persona responsable no se ocupa de las necesidades básicas , el desarrollo y el bienestar del niño pudiendo hacerlo : salud, educación, soporte emocional, nutrición, refugio y condiciones de vida seguras
Violencia emocional o psicológica	Falta de un entorno de cuidado y apoyo, o conductas como rechazar, marginar, aislar, explotar, agredir verbalmente o despreciar ; incluye implicarle en conflictos entre adultos, como la exposición a violencia de género
Violencia física	Causar de forma no accidental lesión, daño o enfermedad al niño, o exponerle a riesgo de padecerlo
Violencia sexual	Actos de naturaleza sexual no consentidos o que condicionan el libre desarrollo de su vida sexual, incluidos los del ámbito digital (pornografía no consentida, extorsión sexual); no cabe consentimiento en menores de 16 años , salvo entre iguales sin asimetría de edad o madurez
Violencia de género	Los niños que viven en un entorno con violencia de género son víctimas directas : sufren siempre un maltrato psicológico, al que puede sumarse otro sobre ellos mismos

Cuánto y cuál. En 2021 el Registro Unificado de Maltrato Infantil recogió **21.521 notificaciones** de sospecha; la forma más habitual fue la **negligencia (42,75 %)**, seguida de la violencia emocional (30,75 %), la física (19,91 %) y la sexual (9,59 %). **Solo el 8 %** de los registros procedían del ámbito sanitario ^{F18}.

Trastorno facticio inducido por la persona cuidadora (antiguo **síndrome de Münchhausen por poderes**; «trastorno facticio infligido a otro» en el DSM-5; «maltrato médico infantil»). El niño recibe **atención médica innecesaria y dañina** por las acciones de una persona responsable: **exagerar los síntomas, mentir sobre la historia, simular hallazgos o inducir intencionadamente la enfermedad** ^{F18}. Lo que lo distingue de otros maltratos es que **los profesionales sanitarios son el instrumento involuntario** del daño; la anamnesis de los responsables se vuelve ineficaz e incluso contraproducente, y hay que recoger información de otros centros a los que haya acudido ^{F18}. Meadow lo describió en 1977 en niños, a partir del síndrome de Münchhausen del adulto (Asher, 1951) ^{F22}.

- Suele afectar a niños **menores de 4-5 años**, con frecuencia lactantes, y **la madre es la perpetradora en la mayoría de los casos** ^{F21}.
- El cuidador lleva al niño **de forma reiterada a distintos centros**, con cuadros **persistentes o recidivantes, abigarrados e inhabituales**, que no encajan en un diagnóstico, y **múltiples ingresos** y pruebas ^{F21}.
- Los síntomas que relatan o presenta el niño **discrepan de la historia clínica, la exploración y las pruebas** ^{F21}.
- El niño **mejora al ingresar** y quedar controlado por el personal; **los síntomas solo aparecen en presencia del cuidador**, y la **prueba de la separación** lo confirma ^{F21}; los signos agudos cesan cuando se le separa del adulto sospechoso ^{F22}.
- Los tratamientos habituales son **ineficaces o no se toleran** ^{F21}.
- A diferencia del **«doctor shopping»** (búsqueda de diagnóstico por muchos médicos, con una madre **poco colaboradora** y convencida de verdad de la enfermedad, sin simulación), en el síndrome de Münchhausen por poderes hay invención o provocación de la enfermedad ^{F22}.



Münchhausen por poderes en una línea

Niño pequeño con **ingresos repetidos**, síntomas **confusos y persistentes** que **solo aparecen con su cuidador** (generalmente la madre, a menudo muy solícita) y que **no cuadran con la historia** ^{F21,F22}. Es una forma de **maltrato**, y se notifica ^{F18,F21}.

EIR 2009 · 85

P13 · respuesta en el solucionario

Síndrome de Münchhausen por poderes

Paula tiene 4 años y está ingresada en la unidad de pediatría. Tiene una historia de ingresos repetidos y presenta un cuadro de signos y síntomas confusos, persistentes y repetitivos que solamente aparecen cuando su madre está con ella. Existen discrepancias entre las manifestaciones clínicas y la historia. La madre manifiesta sobreprotección con Paula y es una señora muy amable y colaboradora con el personal del hospital. ¿Cuál de las siguientes propuestas se ajusta al cuadro descrito?:

1. Abuso sexual.
2. Maltrato emocional.
3. Síndrome de Münchhausen.
4. Síndrome de superprotección.
5. Síndrome de aislamiento.

6. Violencia a través de las TIC: grooming, sexting, sextorsión y ciberacoso

La LOPIVI incluye en su definición de violencia la ejercida a través de las tecnologías de la información y la comunicación y nombra el **ciberacoso**, la **extorsión sexual** y la **difusión pública de datos privados** ^{F17}. Su art. 45 obliga a las administraciones a hacer campañas sobre el uso seguro de Internet y los riesgos que pueden generar violencia sexual contra los menores, **«como el ciberbullying, el grooming, la ciberviolencia de género o el sexting»**, y a ofrecer una línea de ayuda ^{F17}. La ley nombra estas conductas pero no las define ^{F17}.

Término	Qué es
Grooming	Conductas que una persona adulta desarrolla a través de Internet y las TIC para ganarse la confianza de menores con el fin de concertar encuentros y obtener concesiones de índole sexual (así lo describe el legislador, que lo llama «internacionalmente denominado <i>child grooming</i> ») ^{F23} . El adulto, a veces haciéndose pasar por menor, busca una relación de amistad y confianza , pasa al control emocional y finalmente al chantaje con fines sexuales : imágenes y vídeos o un encuentro en persona ^{F25}
Sexting	Enviar por el móvil u otro dispositivo fotografías o vídeos producidos por uno mismo con connotación sexual. Es voluntario (los crea y envía el propio protagonista) y es una práctica de riesgo : una vez enviados pueden usarse para dañar ^{F26}
Sextorsión	Chantaje en el que el atacante amenaza a la víctima con hacer públicas imágenes o vídeos de connotación sexual que ella le envió, para que haga algo ^{F27}
Ciberacoso (ciberbullying)	Acoso entre menores con medios digitales para hacer daño a la víctima de forma intencionada y repetida en el tiempo; no son incidentes aislados ni peleas puntuales ^{F28}

En el Código Penal. Castiga a quien, por Internet, teléfono u otra tecnología, **contacte con un menor de 16 años** y le proponga un **encuentro** para cometer un delito sexual, si la propuesta va acompañada de actos materiales de acercamiento (con pena agravada si hay coacción, intimidación o engaño), y a quien contacte con él para **embaucarle** y que le facilite material pornográfico o le muestre imágenes pornográficas de menores (art. 183) ^{F24}. La **edad de consentimiento sexual** es de **16 años**: los actos sexuales con un menor de 16 son delito, salvo entre personas próximas por edad y madurez (arts. 181 y 183 bis) ^{F24}. Difundir sin autorización imágenes íntimas obtenidas con consentimiento (lo que ocurre cuando se reenvía un *sexting*) también es delito, agravado si la víctima es menor (art. 197.7) ^{F24}.



Cuatro palabras que se confunden

Grooming: un **adulto** se gana la **confianza** del menor por Internet **con fines sexuales** ^{F23,F25}. **Sexting:** la propia persona **envía** imágenes sexuales suyas ^{F26}. **Sextorsión:** **chantaje** con esas imágenes ^{F27}. **Ciberacoso:** **entre menores**, repetido e intencionado ^{F28}.

Grooming: definición

Cómo se denomina a “Las acciones deliberadas por parte de un adulto de cara a establecer lazos de amistad con un niño/niña en Internet, con el objetivo de obtener satisfacción sexual mediante imágenes eróticas o pornográficas del menor o incluso como preparación para un encuentro sexual”:

1. Sexting.
2. Ciberacoso.
3. Sextorsión.
4. Grooming.

7. Por qué se produce: factores de riesgo y modelo ecológico de Belsky

Belsky (1980) integró los modelos explicativos anteriores en el **modelo ecológico**: el maltrato infantil está determinado por **múltiples factores** que actúan en el individuo, la familia, la comunidad y la cultura, y que están en continua interacción ^{F22}. Su modelo une los contextos de desarrollo de **Bronfenbrenner** (micro-, exo- y macrosistema) con el análisis del **desarrollo ontogénico** de Tinbergen, y ordena los factores de riesgo en **cuatro niveles** ^{F22}.

Nivel (Belsky)	Qué representa	Factores de riesgo (cuadro adaptado por De Paúl, Kaufman y Zigler)
Desarrollo ontogénico (individuo)	El proceso evolutivo del individuo: la experiencia previa que los padres traen consigo a la familia y a la función parental ^{F22}	Historia de malos tratos o de desatención severa, rechazo emocional o falta de afecto en su infancia, historia de desarmonía y ruptura familiar, poca experiencia en el cuidado de niños, ignorancia de las etapas evolutivas, bajo CI, pobres habilidades interpersonales, falta de empatía, poca tolerancia al estrés, problemas psicológicos ^{F22}
Microsistema familiar (familia)	El contexto inmediato donde vive el niño: características del niño y de los padres, ajuste marital y composición familiar ^{F22}	Interacción padres-hijo desadaptada y disciplina coercitiva; estrés y violencia en la pareja; características del niño (prematureo, bajo peso, apático, temperamento difícil, hiperactivo, problemas de conducta, discapacidad); tamaño familiar , padre único, hijos no deseados ^{F22}
Exosistema (sociedad)	Las estructuras sociales que rodean a la familia: mundo laboral, redes sociales, vecindario ^{F22}	Desempleo, falta de dinero , insatisfacción o tensión laboral, pérdida de rol y autoestima; aislamiento y falta de apoyo social ; clase social ^{F22}
Macrosistema (cultura)	Los valores y creencias culturales sobre la paternidad y los derechos de los padres sobre los hijos ^{F22}	Crisis económica, alta movilidad social, aprobación cultural de la violencia y del castigo físico , actitud hacia la infancia, la mujer y la paternidad ^{F22}



Lo que más cae (repetido)

Padre o madre que **sufrió maltrato de sus propios padres** → nivel de **desarrollo ontogénico**: la historia y la experiencia que cada progenitor trae a la crianza ^{F22}. El **desempleo y la falta de dinero** de la familia son **exosistema** (la crisis económica general, **macrosistema**); el niño y la composición de la familia, **microsistema**; los valores culturales, **macrosistema** ^{F22}.

De dentro afuera: O-M-E-M

Ontogénico (la infancia del padre) → **M**icrosistema (la familia) → **E**xosistema (trabajo y barrio) → **M**acrosistema (la cultura) ^{F22}.

EIR 2006 · 106

P14 · respuesta en el solucionario

Belsky: desarrollo ontogénico (experiencias de los padres con sus propios padres)

El modelo del Desarrollo Ontogénico propuesto por Belsky, considera un factor de maltrato infantil:

1. Una mala situación económica de la familia.
2. La edad de los padres.
3. Experiencias de los padres con sus propios padres.
4. El número de hijos.
5. El carácter de los niños.

EIR 2011 · 89

P12 · respuesta en el solucionario

Belsky: desarrollo ontogénico (experiencias de los padres con sus propios padres)

Después de varias consultas, una enfermera concluye que Mario, un niño de 6 años, es objeto de maltrato por parte de su padre, quien a su vez cuenta con una historia de haber sufrido maltrato y abusos por parte de sus progenitores. Según el modelo ecológico propuesto por Belsky, se trata de un modelo de maltrato infantil de:

1. Desarrollo ontogénico.
2. Microsistema familiar.
3. Exosistema.
4. Microsistema.
5. Ecosistema potenciador.

Transmisión intergeneracional. Los estudios longitudinales estiman que el **30 %** de los niños maltratados se convierten en padres maltratadores: seis veces más que en la población general, pero mucho menos de lo que se cree; **no es automática ni inevitable** ^{F22}. La OMS también señala que quien sufrió abusos tiene más probabilidad de abusar de adulto ^{F20}. Muchas familias con varios factores de riesgo no maltratan gracias a los **factores de compensación**, como el reconocimiento de las propias experiencias de maltrato en la infancia, el apoyo de la pareja, los apoyos sociales efectivos o la consideración cultural del niño como sujeto de derechos ^{F22}.

Factores de riesgo según la OMS ^{F20}: del **niño** (menor de 4 años o adolescente, hijo no deseado, necesidades especiales o llanto persistente, discapacidad intelectual o trastorno neurológico, identidad LGTB); de los **progenitores** (dificultad de vínculo con el recién nacido, maternidad o paternidad temprana, **haber sufrido maltrato en la infancia**, expectativas poco realistas, alcohol o drogas, baja autoestima, mala gestión de impulsos, pobreza); de la **relación** (violencia familiar, familia numerosa, aislamiento o falta de red de apoyo); y **comunitarios y sociales** (desigualdad, desempleo, normas que aceptan el castigo corporal).

El Protocolo común de 2023 se apoya en la **teoría ecológica de sistemas de Bronfenbrenner** (individuo, microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema), por lo que la prevención debe abarcar también el ámbito extrafamiliar ^{F18}. Considera como factores de riesgo intrafamiliar más frecuentes la **salud mental de los responsables**, la **situación socioeconómica** y la **violencia en la pareja**, y la **discapacidad** como factor potencial; los niños con discapacidad tienen unas **3,7 veces más riesgo** de sufrir cualquier violencia ^{F18}. Tener factores de riesgo **no implica** que el maltrato vaya a producirse: la resiliencia y las fortalezas familiares y sociales protegen, y **el maltrato se da en todo tipo de familias**, sea cual sea su nivel socioeconómico o cultural ^{F18}.

8. Detección: indicadores de sospecha de maltrato

Los **indicadores de sospecha** son signos y síntomas del niño (físicos, psicológicos o de conducta) y de las conductas de sus responsables cuando son los agresores, que deben alertar de una posible violencia: **uno o más indicadores, el acúmulo de varios o una lesión específica** ^{F18}. Hay indicadores **inespecíficos** que importan si se repiten: no acudir a las citas, no aportar informes, cambiar de profesional sin motivo, consultar sin motivo aparente o no poder obtener datos de la vida familiar ^{F18}. La víctima puede dar relatos poco coherentes o retractarse, y eso es una característica de la conducta de la víctima; y la sospecha en un niño obliga a valorar a los **demás menores del hogar** ^{F18}. Hay que evitar estigmatizar: la persona agresora a menudo no tiene ningún rasgo sospechoso ^{F18}.

- **Explicación contradictoria o cambiante** de quienes acompañan al niño ^{F18}; los padres **se contradicen mutuamente** sobre la causa de la lesión o culpan al cónyuge ^{F21}.
- **Mecanismo no concordante** con las capacidades del niño o con los hallazgos clínicos; explicaciones ilógicas o **poco convincentes** ^{F18}.
- **Retraso en pedir ayuda** o atención sanitaria, indebido o sin explicación ^{F18,F21}.
- **Historia de múltiples accidentes o traumatismos** ^{F18}.
- **Lesiones centinela**: las de menores de 2 años recogidas en la historia con explicaciones inverosímiles o imposibles para su desarrollo madurativo ^{F18}.



Lesión no accidental

Todas cuentan: **retraso en consultar, relato poco convincente, versiones contradictorias entre los adultos y accidentes repetidos** ^{F18,F21}.

EIR 2015 · 172

P7 · respuesta en el solucionario

Lesiones no accidentales sospechosas de maltrato

Respecto a los malos tratos en la infancia, señale los aspectos que indican el carácter no accidental de lesiones y hacen sospechar que sean debidas a malos tratos:

1. Retraso en pedir ayuda o en acudir a la consulta.
2. Cuando el relato del accidente o de los hechos resulta poco convincente.
3. Las explicaciones que dan los progenitores, por separado son discordantes.
4. Historia con numerosos accidentes o traumatismos.
5. Todas las respuestas recogen situaciones que se asocian al maltrato.

Lesiones físicas sugestivas ^{F18}: hematomas **múltiples, en distinto estadio evolutivo**, en zonas protegidas o poco habituales (nalgas, cara interna de muslos, espalda, genitales, orejas), con forma del objeto, o **en menores de 4 meses**; mordedura humana adulta (más de 3 cm entre caninos); quemaduras con la marca del objeto, bordes nítidos o **en guante o calcetín** por inmersión; **cualquier fractura en un niño que no camina**, fracturas múltiples o en distinta fase de curación, metafisarias en menores de 1 año, **costales posteriores** en lactantes o craneales complejas.

Conductas del niño maltratado. Según el Protocolo común, el niño maltratado físicamente muestra **cautela ante el contacto físico con adultos, parece tener miedo de sus padres** o de ir a casa, **siente una inquietud desmedida por el llanto de otros niños**, muestra **conductas extremas (agresividad o rechazo extremos)**, va excesivamente vestido o tiende a la soledad ^{F18}. La guía de la Comunidad de Madrid lo formula como que **se muestra aprensivo cuando otros niños lloran** y siente ansiedad ante actividades normales como el cambio de pañales ^{F22}. La SEUP añade que **se adapta fácilmente con adultos desconocidos** y cuando le ingresan en el hospital, y que puede mostrar autculpa y aceptación de los castigos ^{F21}. En el maltrato emocional, el niño **busca contactos físicos inapropiados**, desconfía del adulto y se inhibe en el juego ^{F18}.

EIR 2013 · 136

P10 · respuesta en el solucionario

Conductas de niños pequeños maltratados

Señale cuáles de las siguientes conductas suelen presentar las niñas y niños pequeños maltratados:

1. Se muestran aprensivos si los niños de su alrededor lloran.

2. Demostraciones de afecto o de amistad indiscriminadas.

3. Pueden presentar conductas extremas, como agresividad o rechazo exagerado.

4. Parecen tener miedo a sus padres, no buscan su consuelo y protección.

5. Todas las respuestas recogen situaciones verdaderas en este problema.

Negligencia: indicadores con más evidencia	Protocolo común 2023, tabla 2 ^{F18}
Físicos en el niño	Higiene deficiente, ropa inadecuada al clima; retraso del crecimiento y desnutrición (descartadas otras causas); accidentes reiterados por falta de supervisión; falta de vacunas y de cuidados médicos; retraso en cualquier área del desarrollo por falta de estimulación
De conducta en el niño	Somnolencia, apatía, tristeza, agresividad , conducta antisocial; conductas impropias de su edad; fracaso o absentismo escolar, retraso en el lenguaje ; dice que no hay quien le cuide; inmadurez emocional
En la persona responsable	No escolarizar al niño; consumo de tóxicos; falta de supervisión; no poner límites; padres ausentes; urgencias frecuentes por falta de seguimiento; ausencia de cuidados médicos rutinarios

Retraso de crecimiento y lenguaje: piensa también en maltrato

Un niño con **retraso de crecimiento, retraso del lenguaje, higiene descuidada y agresividad** reúne indicadores físicos y de conducta de **negligencia** y de maltrato emocional (desnutrición, fallo de medro, retraso del lenguaje, trastornos de conducta) ^{F18}. Cada dato suelto tiene otras causas; juntos, obligan a sospechar ^{F18}.

Signos de sospecha de maltrato infantil en consulta

En la consulta de enfermería se atiende a un niño de 6 años que presenta retraso de crecimiento, lenguaje alterado, aspecto higiénico descuidado y agresividad. Pensaremos en un problema de:

1. Alimentación inadecuada.
2. Maltrato.
3. Problemas de crecimiento.
4. Problemas en la escuela.
5. Dislexia.

9. Actuación sanitaria: valoración, notificación y prevención

Todo el proceso (detección, valoración, atención, seguimiento y recuperación) lo hace un equipo con, al menos, **medicina, enfermería y trabajo social sanitario**, y se recomienda que **trabajo social sanitario coordine** ^{F18}. En la exploración se hace somatometría (talla, peso y perímetro craneal en su gráfica), se valora el **estadio de Tanner** y se buscan lesiones centinela ^{F18}. Si se sospecha que el acompañante es el agresor, lo primero es **garantizar la seguridad del niño** y no dejar que siga acompañándolo ^{F18}.

Procedimiento (Protocolo común 2023)	Cuándo ^{F18}
Urgente	Riesgo vital (físico o psicológico): riesgo de muerte, lesiones o enfermedades graves que requieren tratamiento hospitalario o pueden dejar secuelas, gran afectación psicológica o riesgo de suicidio; riesgo de desprotección (la familia no protege, negligencia reiterada con daño, sin explicación lógica de las lesiones, sospecha de que el autor es del entorno familiar); o toma de muestras en violencia sexual reciente (hasta 72 horas, o 7-10 días si hubo penetración vaginal)
Ordinario	Sin riesgo vital ni de desprotección, con dudas diagnósticas que requieren una valoración más pausada y trabajo interdisciplinar antes de notificar

Deber de comunicar. Toda persona que advierta indicios de violencia sobre un menor debe comunicarlo **de forma inmediata** a la autoridad competente y, si puede ser delito, a las fuerzas de seguridad, el Ministerio Fiscal o la autoridad judicial (art. 15 LOPIVI) ^{F17}. El deber es **cualificado** para quien por su profesión atiende o cuida a menores, incluido **el personal de los centros sanitarios**: debe comunicarlo de inmediato a los **servicios sociales** y, si la salud o seguridad del menor está amenazada, también a las **fuerzas de seguridad o al Ministerio Fiscal** (art. 16) ^{F17}.

- **Quién notifica:** el profesional sanitario que atiende al niño; si se deriva de primaria al hospital, se notifica en el hospital (se puede notificar desde varios ámbitos) ^{F18}.
- **Cuándo:** en cuanto se conozcan o adviertan indicios de una posible violencia, por la vía ordinaria o urgente; **en los casos con criterios de urgencia, la comunicación se hace de forma inmediata, utilizando preferentemente la vía telefónica** ^{F18}.
- **A quién: siempre a los servicios sociales;** como norma, si el riesgo de desprotección es **leve o moderado**, a los **servicios sociales municipales**, y si es **grave**, a la **entidad pública de protección a la infancia** (de la comunidad autónoma). Además, al **juzgado mediante el parte de lesiones**, a la fiscalía o a las fuerzas de seguridad, estas sobre todo en casos urgentes, con lesiones o con la seguridad del niño amenazada ^{F18}.
- **Cómo:** preferiblemente por vía telemática, con el **documento de notificación** para servicios sociales o la entidad de protección y el **parte de lesiones** para el juzgado; **en la urgencia, además por teléfono** ^{F18}.
- Se **informa al niño y a sus responsables** de la notificación y de su objetivo: aclarar si hay violencia y poder protegerle ^{F18}.



Notificar en la urgencia

Con criterios de urgencia: **comunicación inmediata y preferentemente por teléfono** ^{F18}. Siempre, **servicios sociales**; leve o moderado → **municipales**; grave → **entidad pública de protección**; con lesiones → **parte de lesiones al juzgado** ^{F18}.

EIR 2026 · 100

P1 · respuesta en el solucionario

Protocolo común frente a la violencia en la infancia: notificación urgente inmediata por teléfono

Según el protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y la adolescencia, en un caso de maltrato, ¿cuándo lo notificaremos?:

1. En procedimiento ordinario, notificación urgente con Parte al Juzgado de Guardia.
2. En procedimiento ordinario sin lesiones, enviar Hoja de detección y Notificación de Maltrato Infantil a la Delegación Territorial con competencia en protección de Menores.
3. En los casos de urgencia enviar hoja de detección y notificación de Maltrato Infantil a los Servicios Sociales Comunitarios de la localidad de residencia de la persona menor.
4. En los casos en que se presenten criterios de urgencia, la comunicación se hará de forma inmediata utilizando la vía telefónica preferentemente.

El protocolo de 2014 lo decía con otras palabras

El Protocolo básico de intervención (2014) solo distinguía **dos niveles: maltrato leve o moderado** (situación de **riesgo**, el niño sigue en la familia) → **procedimiento ordinario** con notificación a los **servicios sociales de atención primaria**; y **maltrato grave** (situación de **desamparo**, urgente) → **procedimiento de urgencia**, con el **Servicio de Protección de Menores** de la comunidad autónoma ^{F19}. La **hoja de notificación** tenía tres copias: expediente del ámbito que notifica, intervención social y registro autonómico de maltrato; desde sanidad se enviaba además el **parte de lesiones** al juzgado de guardia o a la fiscalía ^{F19}. Las cuatro tipologías se acuerdan sin perjuicio de las que existen en las comunidades autónomas ^{F19}.

Prevención. La primaria reduce los factores de riesgo; su pieza sanitaria es la **valoración del riesgo psicosocial**, que incluye **tanto las experiencias adversas en la infancia (EAI) como las experiencias beneficiosas (EBI)**, preferiblemente en las visitas del Programa de Salud Infantil de pediatría y enfermería de atención primaria ^{F18}. Las **EAI** son eventos perjudiciales, crónicos o recurrentes y **acumulativos** (maltrato y negligencia, violencia de género en casa, adicciones o enfermedad mental de los cuidadores, divorcios complejos, encarcelamiento o muerte de un progenitor, acoso, pobreza...) que aumentan el riesgo de problemas de salud física y mental a lo largo de la vida; las **EBI** amortiguan ese efecto ^{F18}.

- Acceso temprano a servicios **prenatales y posnatales**, con cribado de vulnerabilidad y de violencia de género en el embarazo, **programas de psicoprofilaxis durante el embarazo y el posparto**, atención al puerperio y **promover las redes de apoyo** ^{F18}.
- Servicios pre y post **adopción o acogimiento** ^{F18}.
- **Visitas domiciliarias desde la etapa prenatal hasta los dos años de vida** ^{F18}.

- Programas de **parentalidad positiva** individuales y grupales, y tratamiento para los responsables que **fueron víctimas de violencia en su infancia** ^{F18}.
- Valorar las **EAI/EBI** y derivar los casos complejos a **pediatría social**; evaluar a todo niño que haya presenciado o sufrido violencia; abordar la salud mental y las adicciones de los responsables; terapia familiar y grupos de apoyo mutuo ^{F18}.
- Coordinarse con los servicios sociales municipales o la entidad de protección y promover talleres de **buen trato** en el Programa de Salud Infantil ^{F18}.



Prevención: fíjate en los plazos

Redes de apoyo: sí ^{F18}. Visitas domiciliarias **desde el embarazo hasta los 2 años**, no hasta los 6 meses ^{F18}. Psicoprofilaxis **en el embarazo y el posparto**, no hasta los 6 años ^{F18}. Riesgo psicosocial con **EAI y también EBI**, no solo las adversas ^{F18}.

EIR 2025 · 150

P2 · respuesta en el solucionario

Protocolo común frente a la violencia en la infancia (2023): prevención con redes de apoyo

Indique cuál de las siguientes intervenciones se incluye en el Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y la Adolescencia (2023), para la prevención del maltrato infantil intrafamiliar:

1. Promover visitas domiciliarias desde el nacimiento hasta los primeros seis meses de vida.
2. Promover las redes de apoyo.
3. Promover los programas de psicoprofilaxis durante los primeros seis años de vida.
4. Realizar una valoración del riesgo psicosocial, centrada exclusivamente en las Experiencias Adversas en la Infancia.

Todas las preguntas del tema (16)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 100

P1 · respuesta en el solucionario

Según el protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y la adolescencia, en un caso de maltrato, ¿cuándo lo notificaremos?:

1. En procedimiento ordinario, notificación urgente con Parte al Juzgado de Guardia.
2. En procedimiento ordinario sin lesiones, enviar Hoja de detección y Notificación de Maltrato Infantil a la Delegación Territorial con competencia en protección de Menores.
3. En los casos de urgencia enviar hoja de detección y notificación de Maltrato Infantil a los Servicios Sociales Comunitarios de la localidad de residencia de la persona menor.
4. En los casos en que se presenten criterios de urgencia, la comunicación se hará de forma inmediata utilizando la vía telefónica preferentemente.

EIR 2025 · 150

P2 · respuesta en el solucionario

Indique cuál de las siguientes intervenciones se incluye en el Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia en la Infancia y la Adolescencia (2023), para la prevención del maltrato infantil intrafamiliar:

1. Promover visitas domiciliarias desde el nacimiento hasta los primeros seis meses de vida.
2. Promover las redes de apoyo.
3. Promover los programas de psicoprofilaxis durante los primeros seis años de vida.
4. Realizar una valoración del riesgo psicosocial, centrada exclusivamente en las Experiencias Adversas en la Infancia.

EIR 2023 · 165

P3 · respuesta en el solucionario

Indique la opción correcta acerca de los estadios de Tanner del desarrollo puberal en la mujer y en el varón:

1. En el estadio 2 del varón, el vello púbico se hace más tosco, se riza, se oscurece y aumenta en cantidad.
2. En el estadio 3 de la mujer, se produce una elevación de la mama y areola en el mismo plano.
3. En el estadio 4 de la mujer, el vello púbico es como el de una adulta y se extiende a la cara interna de los muslos.
4. En el estadio 3 del varón, se desarrolla el glande y los testículos con un aumento y oscurecimiento del escroto.

Cómo se denomina a “Las acciones deliberadas por parte de un adulto de cara a establecer lazos de amistad con un niño/niña en Internet, con el objetivo de obtener satisfacción sexual mediante imágenes eróticas o pornográficas del menor o incluso como preparación para un encuentro sexual”:

1. Sexting.
2. Ciberacoso.
3. Sextorsión.
4. Grooming.

La “Convención sobre los Derechos del Niño” es un convenio de las Naciones Unidas que describe la gama de los derechos que tienen todos los niños y establece normas básicas para su bienestar en las diferentes etapas de su desarrollo. De entre las siguientes opciones indique la que NO forma parte del articulado de la Convención:

1. El niño tendrá derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos.
2. Los Estados Partes del Convenio reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y en particular, adoptarán las medidas apropiadas para asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención hospitalaria.
3. El Estado reconoce el derecho del niño a la educación y deberá implantar la enseñanza primaria obligatoria y gratuita para todos.
4. Los Estados reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego a las actividades recreativas propias de su edad.

A la consulta de atención primaria acude una madre con su hijo adolescente de 13 años que refiere sueño discontinuo, con despertares nocturnos y no sentirse descansado. Tras la valoración, la enfermera identifica un trastorno del patrón del sueño y lleva a cabo una serie de recomendaciones generales para la familia y el propio adolescente. Señale la respuesta INCORRECTA:

1. Hay que practicar regularmente ejercicio físico, especialmente en el último tercio de la tarde. El cansancio y las endorfinas secretadas durante el mismo, mejoran la conciliación del sueño.
2. Es importante para la familia tener información acerca de los cambios en la adolescencia, especialmente sobre el retraso normal del inicio del sueño y las alteraciones que producen en el sueño el uso de móviles, Internet... inmediatamente antes de acostarse.
3. Se debe tratar de evitar que el joven pueda compensar el déficit de sueño acumulado durante la semana con un aumento de horas de sueño los fines de semana, más allá de lo razonable (un par de horas).
4. Si se duerme siesta, ésta deberá ser corta, y a primera hora de la tarde.

Respecto a los malos tratos en la infancia, señale los aspectos que indican el carácter no accidental de lesiones y hacen sospechar que sean debidas a malos tratos:

1. Retraso en pedir ayuda o en acudir a la consulta.
2. Cuando el relato del accidente o de los hechos resulta poco convincente.
3. Las explicaciones que dan los progenitores, por separado son discordantes.
4. Historia con numerosos accidentes o traumatismos.
5. Todas las respuestas recogen situaciones que se asocian al maltrato.

El periodo de 1 a 2 años posteriores a la pubertad, en el cual se completa el crecimiento del esqueleto y las funciones reproductivas quedan establecidas, se denomina:

1. Postpubescencia.
2. Prepubescencia.
3. Adolescencia.
4. Menarquía.
5. Premenarquía.

En el esquema de las etapas del desarrollo puberal de Tanner, el estadio o nivel 5 en las mujeres se corresponde con:

1. Ligera protuberancia del botón de la mama y aumento del tamaño areolar.
2. Crecimiento de la mama, presencia de ligero vello púbico y redondez de las caderas.
3. Ligera protuberancia mamaria y comienzo de redondez de las caderas.
4. Desarrollo completo de la mama y triángulo de vello púbico completo como en mujeres adultas.
5. El comienzo de la telarquia.

Señale cuáles de las siguientes conductas suelen presentar las niñas y niños pequeños maltratados:

1. Se muestran aprensivos si los niños de su alrededor lloran.
2. Demostraciones de afecto o de amistad indiscriminadas.
3. Pueden presentar conductas extremas, como agresividad o rechazo exagerado.
4. Parecen tener miedo a sus padres, no buscan su consuelo y protección.
5. Todas las respuestas recogen situaciones verdaderas en este problema.

Una niña ecuatoriana con 10 años comienza a mostrar signos de maduración biológica (desarrollo de senos, aparición de vello púbico y menarquía). Señale el enunciado correcto:

1. Por su edad se encontrará en el periodo de las operaciones formales de Piaget.
2. Es el momento en el que adquiere autonomía frente a vergüenza y duda, según las etapas de desarrollo de Erikson.
3. Recibirá y aceptará mejor la madurez precoz que si fuera un chico.
4. Podría estar iniciando la etapa adolescente caracterizada por amor, melancolía, angustia y despersonalización.
5. Las crisis de identidad serían raras, pues se suelen tener en etapas más tempranas.

Después de varias consultas, una enfermera concluye que Mario, un niño de 6 años, es objeto de maltrato por parte de su padre, quien a su vez cuenta con una historia de haber sufrido maltrato y abusos por parte de sus progenitores. Según el modelo ecológico propuesto por Belsky, se trata de un modelo de maltrato infantil de:

1. Desarrollo ontogénico.
2. Microsistema familiar.
3. Exosistema.
4. Microsistema.
5. Ecosistema potenciador.

Paula tiene 4 años y está ingresada en la unidad de pediatría. Tiene una historia de ingresos repetidos y presenta un cuadro de signos y síntomas confusos, persistentes y repetitivos que solamente aparecen cuando su madre está con ella. Existen discrepancias entre las manifestaciones clínicas y la historia. La madre manifiesta sobreprotección con Paula y es una señora muy amable y colaboradora con el personal del hospital. ¿Cuál de las siguientes propuestas se ajusta al cuadro descrito?:

1. Abuso sexual.
2. Maltrato emocional.
3. Síndrome de Münchhausen.
4. Síndrome de superprotección.
5. Síndrome de aislamiento.

El modelo del Desarrollo Ontogénico propuesto por Belsky, considera un factor de maltrato infantil:

1. Una mala situación económica de la familia.
2. La edad de los padres.
3. Experiencias de los padres con sus propios padres.
4. El número de hijos.
5. El carácter de los niños.

Los cambios siguientes: aumento de la masa corporal, modificaciones en la composición del organismo y tendencia a alteraciones de los hábitos alimentarios, se corresponde con la etapa de la vida de:

1. La primera infancia.
2. Escolar.
3. Pubertad.
4. Juventud.
5. Vejez.

En la consulta de enfermería se atiende a un niño de 6 años que presenta retraso de crecimiento, lenguaje alterado, aspecto higiénico descuidado y agresividad. Pensaremos en un problema de:

1. Alimentación inadecuada.
2. Maltrato.
3. Problemas de crecimiento.
4. Problemas en la escuela.
5. Dislexia.

Preguntas que también podrían ser de este tema (3)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2026 · 103

P17 · respuesta en el solucionario

¿A qué edad aparecen signos puberales de pubertad precoz, desarrollo mamario en niñas y desarrollo testicular en niños?:

1. Antes de los 6 años en niñas y de los 7 años en niños.
2. Antes de los 7 años en niñas y de los 7 años en niños.
3. Antes de los 8 años en niñas y de los 7 años en niños.
4. Antes de los 8 años en niñas y de los 9 años en niños.

EIR 2026 · 55

P18 · respuesta en el solucionario

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), ¿cuál de las siguientes aportaciones puede realizar la Educación Sexual Integral a los jóvenes?:

1. Dar a conocer que la identidad de género se refiere a los genitales masculinos o femeninos, así como la identidad sexual se refiere a nuestra apariencia o forma de actuar.
2. Dar a conocer los conceptos de sexualidad facilita condiciones más seguras para las relaciones sexuales en los jóvenes, pero se inician a edades más tempranas y aumenta la actividad sexual.
3. Dar a conocer normas de conducta y valores morales tradicionales sobre las relaciones afectivas y sexuales.
4. Dar a conocer los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad.

EIR 2016 · 170

P19 · respuesta en el solucionario

Javier es un adolescente de 16 años, diagnosticado de una enfermedad no curable. ¿Cuál será el comportamiento esperable frente a los demás cuando sea consciente de su propia muerte?:

1. Comportarse igual que lo haría un adulto.
2. Enfadarse con su familia.
3. Rodearse de sus amigos.
4. Permitir ser apoyado y ayudado por su familia.

Solucionario

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 100	4	
P2	EIR 2025 · 150	2	
P3	EIR 2023 · 165	2	hoja del archivo oficial
P4	EIR 2021 · 46	4	
P5	EIR 2019 · 85	2	hoja del archivo oficial
P6	EIR 2017 · 46	1	
P7	EIR 2015 · 172	5	reconstruida por un tercero
P8	EIR 2015 · 1	1	reconstruida por un tercero
P9	EIR 2014 · 155	4	reconstruida por un tercero
P10	EIR 2013 · 136	5	reconstruida por un tercero
P11	EIR 2013 · 34	4	reconstruida por un tercero
P12	EIR 2011 · 89	1	
P13	EIR 2009 · 85	3	reconstruida por un tercero
P14	EIR 2006 · 106	3	reconstruida por un tercero
P15	EIR 2006 · 85	3	reconstruida por un tercero
P16	EIR 2006 · 83	2	reconstruida por un tercero
P17	EIR 2026 · 103	4	
P18	EIR 2026 · 55	4	
P19	EIR 2016 · 170	4	hoja del archivo oficial

Fuentes

- **F1** Organización Mundial de la Salud. Adolescent health (página temática, pestaña «Overview»). Página vigente en 2026. · <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health> · consultada 2026-09-28
- **F2** UNICEF. The State of the World's Children 2011. Adolescence: An Age of Opportunity. Nueva York: UNICEF; 2011. Recuadro «Early and late adolescence», p. 6. Texto leído en la copia de la Wayback Machine de esta URL (13-03-2011), porque el documento ya no está en la web oficial. · <https://web.archive.org/web/20110313100251/http://www.unicef.org/sowc2011/pdfs/Early-and-late-adolescence.pdf> · consultada 2026-09-30
- **F3** Güemes-Hidalgo M, Ceñal González-Fierro MJ, Hidalgo Vicario MI. Desarrollo durante la adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. Pediatr Integral (SEPEAP) 2017; XXI(4): 233-244. · <https://www.pediatrintegral.es/publicacion-2017-06/desarrollo-durante-la-adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/> · consultada 2026-09-28
- **F4** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e. OpenStax (Rice University); 2020. 9.2 Lifespan Theories (Piaget y Erikson). · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/9-2-lifespan-theories> · consultada 2026-09-28
- **F5** Spielman RM, Jenkins WJ, Lovett MD. Psychology 2e. OpenStax (Rice University); 2020. 9.3 Stages of Development (adolescencia: desarrollo físico y psicosocial). · <https://openstax.org/books/psychology-2e/pages/9-3-stages-of-development> · consultada 2026-09-28
- **F6** Moreno Villares JM, Núñez Ramos R. Nutrición en la adolescencia. Pediatr Integral (SEPEAP) 2025; XXIX(2): 109-118. doi:10.63149/j.pedint.18. · <https://www.pediatrintegral.es/publicacion-2025-03/nutricion-en-la-adolescencia/> · consultada 2026-09-28
- **F7** Martínez-Aedo Ollero MJ, Godoy Molina E. Pubertad precoz y variantes de la normalidad. Protoc diagn ter pediatr. 2019;1:239-52 (AEP/SEEP), pp. 240-241. · https://static.aeped.es/15_pubertadp_63a65d15e0.pdf · consultada 2026-09-28
- **F8** Emmanuel M, Bokor BR. Tanner Stages. StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 11-12-2022. Texto leído en el paquete oficial de acceso abierto de NCBI Bookshelf. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470280/> · consultada 2026-09-28
- **F9** Sharma L, Daley SF. Delayed Puberty (tablas 1 y 2, Tanner staging). StatPearls (NCBI Bookshelf). Actualizado el 31-01-2026. Texto leído en el paquete oficial de acceso abierto de NCBI Bookshelf. · <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544322/> · consultada 2026-09-28
- **F10** Grupo de trabajo de la GPC sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica sobre Trastornos del Sueño en la Infancia y Adolescencia en Atención Primaria. Plan de Calidad para el SNS, Ministerio de Sanidad; UETS Agencia Laín Entralgo; 2011 (GPC en el SNS: UETS n.º 2009/8). Tabla 13, pp. 41, 68-69, 97-100 y anexos 8.1 y 8.2. · <https://portal.guiasalud.es/gpc/trastornos-sueno-infancia-adolescencia/> · consultada 2026-09-28
- **F11** UNESCO, ONUSIDA, UNFPA, UNICEF, ONU Mujeres y OMS. Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: un enfoque basado en la evidencia. Edición revisada. París: UNESCO; 2018 (versión oficial en español, PDF publicado por la OMS, coeditora). Apartados 2.1 y 4.2, tabla 3 y glosario. · <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/reproductive-health/sexual-health/international-technical-guidance-on-sexuality-education-es.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F12** Organización Mundial de la Salud. Educación sexual integral (preguntas y respuestas). 18-05-2023. · <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/comprehensive-sexuality-education> ·

consultada 2026-09-28

- **F13** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Cuidados Paliativos Pediátricos en el Sistema Nacional de Salud: Criterios de Atención. Madrid; 2014, p. 33. · https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/cuidadosPaliativos/docs/01-Cuidados_Paliativos_Pediatricos_SNS.pdf · consultada 2026-09-28
- **F14** Bates AT, Kearney JA. Understanding death with limited experience in life: dying children's and adolescents' understanding of their own terminal illness and death. Curr Opin Support Palliat Care. 2015;9(1):40-45. doi:10.1097/SPC.0000000000000118. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5066590/> · consultada 2026-09-28
- **F15** de Noriega Echevarría Í, Rigal Andrés M, Martino Alba R. Adolescente con cáncer y cuidados paliativos. Adolescere (Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia) 2019; VII(2): 55-66, p. 58. · https://www.adolescere.es/revista/pdf/volumen-VII-n2-2019/2019-n2-55_66_Caso-clinico-Adolescente-cancer-cuidados-paliativos.pdf · consultada 2026-09-28
- **F16** Jefatura del Estado. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. BOE núm. 313, de 31-12-1990 (BOE-A-1990-31312). · <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1990-31312> · consultada 2026-09-28
- **F17** Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia (LOPIVI). BOE núm. 134, de 5-06-2021 (BOE-A-2021-9347), texto consolidado. Arts. 1, 15, 16, 38-40 y 45. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9347> · consultada 2026-09-28
- **F18** Ministerio de Sanidad. Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y adolescencia (2023). Aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS el 30-04-2024; publicado en 2025 (NIPO 133-25-057-5). · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/prevencionViolencia/infanciaAdolescencia/docs/Protocolo_comun_sanitario_violencia_infancia_adolescencia.pdf · consultada 2026-09-28
- **F19** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Observatorio de la Infancia). 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. Madrid; 2014 (NIPO 680-14-179-9). · https://observatoriodelainfancia.juventudeinfancia.gob.es/sites/default/files/estadisticas_y_publicaciones/2025-12/MaltratoInfantil_accesible.pdf · consultada 2026-09-28
- **F20** Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil (nota descriptiva). 8-05-2026. · <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment> · consultada 2026-09-28
- **F21** Gancedo Baranda A (coord.). Aproximación al manejo del maltrato infantil en la Urgencia. Grupo de Trabajo de Atención al Maltrato Infantil de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP); 2015. ISBN 978-84-16270-13-2. · https://seup.org/pdf_public/gt/maltrato_aproximacion.pdf · consultada 2026-09-28
- **F22** Díaz Huertas JA, Casado Flores J, García García E, Ruiz Díaz MA, Esteban Gómez J (dirs.). Atención al maltrato infantil desde salud mental. Programa de Atención al Maltrato Infantil. Instituto Madrileño del Menor y la Familia y Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; 2000. Programa de atención (indicadores de malos tratos, pp. 33-35), cap. 2 (Galán Sierra I: epidemiología y etiología; modelo de Belsky, cuadros 4 y 5, pp. 61-62) y cap. 5 (Martínez González C: síndrome de Münchausen). · <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007091.pdf> · consultada 2026-09-28

- **F23** Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal. BOE núm. 152, de 23-06-2010 (BOE-A-2010-9953). Preámbulo, apartado XIII. · <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2010-9953> · consultada 2026-09-28
- **F24** Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Texto consolidado del BOE (última actualización publicada el 09-04-2026). Arts. 181, 183 y 183 bis (redacción de la LO 10/2022) y 197.7. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444> · consultada 2026-09-28
- **F25** INCIBE (Instituto Nacional de Ciberseguridad). Menores: Grooming (página temática). Página vigente en 2026. · <https://www.incibe.es/menores/tematicas/grooming> · consultada 2026-09-28
- **F26** INCIBE (Instituto Nacional de Ciberseguridad). Menores: Sexting (página temática). Página vigente en 2026. · <https://www.incibe.es/menores/tematicas/sexting> · consultada 2026-09-28
- **F27** INCIBE (Instituto Nacional de Ciberseguridad). Aprende ciberseguridad: Sextorsión. Página vigente en 2026. · <https://www.incibe.es/aprendeciberseguridad/sextorsion> · consultada 2026-09-28
- **F28** INCIBE (Instituto Nacional de Ciberseguridad). Menores: Ciberacoso (página temática). Página vigente en 2026. · <https://www.incibe.es/menores/tematicas/ciberacoso> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- EIR2015-001 (postpubescencia, respuesta reconstruida por un tercero): no se ha encontrado ninguna fuente válida que use o defina «postpubescencia» (periodo de 1-2 años tras la pubertad en que se completa el crecimiento esquelético y se establecen las funciones reproductoras). No aparece en StatPearls (paquete completo), OpenStax, la AEP, Pediatría Integral ni Open RN; la definición solo circula en copias de terceros de un manual estadounidense de enfermería pediátrica (Wong). No se intercala. Buscar una muestra de la editorial de ese manual.
- EIR2016-170 (adolescente con enfermedad incurable ante su propia muerte; oficial: dejarse apoyar y ayudar por la familia): ninguna fuente válida describe el comportamiento esperable con esas palabras. Hay apoyo parcial para varias opciones: deseo de que los padres participen en las decisiones importantes pese al deseo de autonomía (Bates y Kearney 2015), importancia de los amigos y riesgo de aislamiento, y enfado o negación y roces con los padres (Adolescere 2019 y 2022). No se intercala; buscar en la guía de cuidados paliativos pediátricos de la AEP o de una comunidad autónoma.
- EIR2013-034: los rasgos «amor, melancolía, angustia y despersonalización» de la opción oficial (reconstruida por un tercero) no aparecen en ninguna fuente consultada; la sección permite responder porque a los 10 años puede empezar la adolescencia (OMS) y las demás opciones las contradicen las fuentes.
- EIR2013-136: «no buscan su consuelo y protección» y «demostraciones de afecto o de amistad indiscriminadas» no aparecen literalmente en las fuentes; lo más próximo es «parece tener miedo de sus padres» (Protocolo común 2023) y «se adapta fácilmente con adultos desconocidos» (SEUP 2015).
- Estadios de Tanner: no se ha podido leer el original (Marshall y Tanner, Arch Dis Child 1969 y 1970) porque PMC muestra una barrera antibots y la revista devuelve 403. La expresión «mama y areola en el mismo plano» del estadio III no aparece en las fuentes leídas (StatPearls: «no contour or separation»; AEP: «contorno redondeado»). La AEP describe el escroto más oscuro en el estadio II y StatPearls en el IV.
- Modelo de Belsky: el artículo original (Am Psychol 1980;35:320-35) no tiene resumen en PubMed y la web de la APA devuelve 403. La única fuente oficial que describe los cuatro niveles es la guía de la Comunidad de Madrid de 2000, antigua (terminología del DSM-IV). Buscar un documento oficial más reciente que lo explique.

- GPC de trastornos del sueño (2011): pendiente de actualización según GuíaSalud; dentro de la guía hay una contradicción sobre las siestas en adolescentes (corta y temprana en las recomendaciones generales; evitarlas en el insomnio y en el retraso de fase).
- F2 (UNICEF, Estado Mundial de la Infancia 2011): el recuadro «Early and late adolescence» solo se lee en la copia de la Wayback Machine de la URL oficial antigua; el informe completo está en data.unicef.org, que devuelve 403 a la lectura automática. Sustituir por una fuente vigente de UNICEF u OMS sobre las subetapas.