



ARTICULO ORIGINAL

Menores fallecidos en episodios recurrentes de maltrato infantil intrafamiliar. Serie de casos.

Ana Reynaldo Díaz

Mariolis Hernández Osorio

Idael Carralero Jiménez

Ana María Piñero González

¹Hospital Ernesto Guevara de la Serna, Las Tunas, Cuba.



RESUMEN

El maltrato infantil intrafamiliar supone un sinnúmero de consecuencias en todas las áreas de la vida del menor y durante todas las etapas de su desarrollo, repercutiendo negativamente en su futura vida adulta; sin embargo, en la actualidad la prevalencia real es desconocida debido a que la mayoría de los casos no son diagnosticados. Por lo que es necesario cuando acontece la muerte violenta de un menor, además de precisar las causas y las circunstancias de la misma, determinar si estamos en presencia de un caso de maltrato infantil. En esta investigación se presenta una serie de tres casos de menores víctimas de violencia intrafamiliar de manera recurrente, teniendo como forma de expresión el maltrato físico, quienes recibieron atención médica con anterioridad por lesiones traumáticas en diferentes partes del cuerpo sin que se diagnosticara el maltrato infantil del que eran víctima y la repetición los llevó a fallecer en posteriores sucesos similares. Este artículo debe constituir una alerta educativa para incrementar la preparación de los profesionales de la salud sobre el tema, pues detectarlo o reconocerlo depende de sus conocimientos y habilidades, porque no es común que el maltrato infantil sea un motivo de consulta y el diagnóstico; se requiere de un acto médico de sospecha, lo que nos permite afirmar que es fundamental la acción de los servicios de salud para que pueda ser detectado, reportado a tiempo y se tomen las medidas necesarias para evitar las secuelas y mortalidad por esta causa.

Palabras claves: Violencia intrafamiliar; maltrato infantil; factores de riesgo.

ABSTRACT

Intrafamily child abuse implies multiple consequences in several stages of a minor's life and throughout their future development, upsetting the future adult life; however, its real prevalence is unknown nowadays, because most of the cases are not diagnosed. So, when there is a child's violent death, besides finding its causes and circumstances, it is essential to determine if we are in the presence of child's abuse. In this investigation, a series of three cases of children who were victims of recurring intra-family violence is presented, having as form of expression the physical battering, who had received medical assistance due to traumatic injuries in different parts of their bodies without being diagnosed as victims of child's abuse and its recurrence took them to die in later similar incidents. This article must be an educational awareness to increase the preparation of health professionals about the topic, since detecting and identifying it depend on their knowledge and abilities, because it is not common of child's abuse to be a reason for consultation and its diagnosis requires a medical act of suspicion, what allows us to confirm that the action of the health services is fundamental for it to be detected, reported on time, and



the necessary measures be taken to avoid the sequelae and mortality due to this cause.

Keywords: Domestic violence; child abuse; risk factors.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el maltrato infantil (MI) como "los abusos o desatención que afecte a menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o afectivo, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otra índole que vaya o pueda ir en perjuicio de la salud, el desarrollo o la dignidad del niño o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder". ⁽¹⁾

A propuesta de la OMS en 1999, los tipos de MI han incluido clásicamente 4 entidades: maltrato físico, maltrato psicológico, abuso sexual y negligencia. Sin embargo, en los últimos años se han reconocido nuevos tipos de MI, como son la enfermedad generada por el cuidador, el ciberacoso, el grooming, el sexting, la violencia de género entre adolescentes, el maltrato institucional o la mutilación genital. ⁽²⁾ Este tipo de violencia es ejercida con mayor frecuencia por padres y madres, representantes legales o miembros del entorno familiar que tengan a su cargo a la víctima, así como por instituciones sociales – administrativas. ⁽³⁾

Siempre se piensa en el maltrato de los adultos hacia los niños, pero también existe entre los propios muchachos, pues algunos, por ser mayores de edad, se consideran más poderosos (14) y en los niños con discapacidad intelectual esta percepción se intensifica.

El MI es un grave problema social, humanitario y de salud pública a nivel mundial; así como una de las principales causas de morbilidad en los primeros años de la infancia y primera causa de mortalidad en los primeros cinco años de vida (excluyendo el periodo neonatal). Según datos aportados en el 2020 por la OMS, 1000 millones de niños entre 2 y 17 años en todo el mundo han sido víctimas de abusos físicos, sexuales, emocionales o de abandono en el último año, de éstos, 41000 menores de 15 años fallecen anualmente. ⁽⁴⁾

Por su parte la Organización de Naciones Unidas (ONU) reporta, que según estimado del 2020, cada año la mitad de los niños a nivel mundial son maltratados ya sea física, psicológica o sexualmente. Además de los mil millones de niños que han sido víctima de violencia, cerca de 300 millones son menores de dos a cuatro años. ⁽⁵⁾ Estos datos, resultan especialmente preocupantes si tenemos en cuenta que este tipo de violencia acarrea consecuencias imborrables en la vida de la persona que ha sido maltratada, afectando su desarrollo integral.

En América Latina y el Caribe, según LACEA (2020) cada año más de 99 millones de menores de 0 a 17 años sufren de algún tipo de maltrato, se estima además que "casi el 60% de los niños latinoamericanos son víctimas de algún tipo de MI" y cerca de 80.000 niños fallecen por esta causa, llegando incluso a aumentar durante el periodo de confinamiento. ⁽⁶⁾

En la bibliografía revisada casi la totalidad de los autores coinciden en plantear que el MI es una realidad infradiagnosticada, así lo afirma Largo Nadador en su estudio realizado en España en el año 2020, donde se notificaron 15.688 casos y se atendieron 87.543 peticiones de ayuda de MI, sin embargo solo un 30% de los casos notificados denunciaron la situación, a pesar de que en los últimos 3 años la proporción de casos graves se había incrementado acercándose al 50%.

La familia es el núcleo fundamental en la educación de la población infantil, a la cual se le deben transmitir hábitos, costumbres, habilidades, patrones morales y éticos, según las normas establecidas por las figuras jurídicas de una determinada sociedad. ⁽⁷⁾ Le corresponde a la familia proporcionar un clima favorable al desarrollo físico y psíquico del niño y establecer los modelos de conducta correctos, pero sin dar cabida a manifestaciones violentas, sin embargo de acuerdo con la literatura revisada, una de las características especiales de la violencia en la infancia es que es cometida por los cuidadores principales de los niños, niñas y adolescentes maltratados, violándose así el objetivo principal de la familia de brindar seguridad y cuidar la salud física, emocional y psicológica de los menores. ⁽²⁾

En Cuba existe voluntad política para defender los derechos del niño, siendo signataria del primer instrumento jurídico internacional aprobado por la Asamblea General de la ONU el 20 de noviembre de 1989 (la Convención Internacional de los

derechos del niño) y refrendada en el marco legal cubano. El Código de la Familia y el Código Penal recogen numerosos artículos que hacen referencia los derechos del niño y los deberes de los padres y la familia, para garantizar el normal desarrollo de la infancia, dejando bien establecidas las penas y sanciones para todo tipo de maltrato y violencia ejercidas sobre el niño. ^(8,9)

En este sentido, el Sistema Nacional de Salud cubano despliega acciones dirigidas al desarrollo pleno de la niñez, a través de una estructura, que ofrece una cobertura total y gratuita a la población, con un enfoque preventivo de sus acciones con énfasis en la Atención Primaria de Salud, por ser el escenario ideal para afrontar tales retos, donde el médico de la familia representa al principal custodio de la salud de los niños y debe poseer los conocimientos necesarios para detectar y emprender acciones que disminuyan la ocurrencia de tales eventos.

El hecho de que el estado cubano tenga políticas para proteger a los niños no significa que todas las personas cumplan con tales normas y a pesar del trabajo social e institucional realizado, el MI constituye un problema de salud con tendencia al crecimiento en los últimos años, por lo que el sector salud debe jugar un papel más activo en su investigación y prevención a distintos niveles, pues constituye una obligación legal y profesional del médico la identificación, diagnóstico y notificación del MI a la autoridad competente como señala el Código Penal Cubano en su artículo 205. ⁽⁹⁾

En la actualidad casi la totalidad de los autores coinciden en plantear que la prevalencia real del MI es desconocida y que las cifras de hechos registrados no se corresponden con la envergadura real del problema, debido a que la mayoría de los casos no son diagnosticados. Andérez Catalán sostiene que "sólo entre el 10 y el 20% de los casos existentes de MI son detectados" ⁽²⁾, lo que coincide con lo planteado la OMS en el año 2014 "las cifras que se reportan subestiman la verdadera magnitud del problema". Las causas son múltiples y entre ellas se constata que generalmente ocurren en el seno familiar, se producen en niños y estos sienten miedo a realizar la denuncia, los profesionales no lo sospechan por la escasa información sobre el tema y si lo sospechan no lo informan a los organismos de protección correspondiente por el temor a equivocarse en el diagnóstico o a denunciarlo, lo que provoca muchas veces que las secuelas de maltrato sean clasificadas como accidentales.

Por otra parte, el MI es una realidad silenciada por la familia debido a la tradicional concepción de ésta como espacio privado y otras veces las manifestaciones de violencia o maltrato se confunden con normas educativas y el castigo corporal llega a representar un verdadero peligro que a corto plazo, cada año, mata a miles de niños y daña e incapacita a muchos más; mientras que a largo plazo, es un factor importante en el desarrollo de comportamientos violentos y se asocia con otros problemas en la niñez y etapas posteriores de la vida. ⁽¹⁰⁾

Aunque en Cuba es infrecuente la muerte de los menores por agresividad contra ellos, en la provincia de Las Tunas en los últimos años se han presentado casos aislados pero severos que han culminado con la muerte del menor. Por lo que consideramos de interés la presentación de esta serie de casos con el propósito de dar a conocer los elementos que distinguen el MI, para de esta forma contribuir al conocimiento del tema y que constituya además una alerta para incrementar la preparación de los profesionales de la salud sobre este contenido, pues detectarlo o reconocerlo depende de sus conocimientos y habilidades, ya que no es común que el MI sea un motivo de consulta y el diagnóstico requiere de un acto médico de sospecha; también puede ser de utilidad a quienes toman decisiones en los programas, para la formulación de estrategias de intervención encaminadas a la promoción y prevención de salud con enfoque intersectorial, pues velar porque no existan víctimas del síndrome del niño maltratado es obligación de todos.

Factores de riesgo

La ocurrencia del MI intrafamiliar está influenciada por una serie de factores de riesgo que rodean al menor y al entorno en el que se desarrolla. Resulta imprescindible detectarlos precozmente con el objetivo de corregir o evitar la aparición de cualquier tipo de violencia. Tomando como referencia lo planteado por la OMS (2009) se pueden dividir en: individuales, familiares, comunitarios y socioculturales, basándose en el modelo ecológico de Belsky de 1980. ⁽³⁾



Según la bibliografía consultada dentro los factores de riesgo más frecuentemente asociados al MI tenemos: (2,3, 11, 12, 13,14)

- En los padres o cuidadores: antecedentes personales de MI, enfermedades físicas o mentales, consumo de alcohol o drogas, participación en actos delictivos, nivel socioeconómico bajo, embarazos no deseados, no contar con una red social sólida, altos niveles de estrés y de ira, así como baja tolerancia a la frustración.
- En el niño: Ser un hijo no deseado, prematuro, nacer en un parto múltiple, con alteraciones congénitas, padecer una enfermedad grave o crónica, discapacidad física o mental, llorar mucho, tener una edad cercana a la de otro hermano o grupo etario menor de cuatro años o adolescentes.
- En la familia: Ruptura familiar, disfunción o violencia intrafamiliar, problemas de salud física, mental o discapacidad de un familiar, discriminación por razones de género, orientación sexual o religión, aislamiento de la comunidad o falta de red de apoyo, .
- Comunitarios: No tener una vivienda o cambiar frecuentemente de barrio, estar en desempleo, vivir en comunidades que se caracterizan por (la pobreza, la violencia, el fácil acceso a las drogas y la desigualdad de género), no recibir ayudas por parte de la familia y de las instituciones para cubrir las necesidades especiales del menor, así como la existencia de políticas que favorecen la violencia como disciplina.
- ✓ Culturales: La visión de los hijos como propiedad, el desconocimiento de los derechos de los niños, falta de leyes contra el MI, políticas y programas insuficientes de prevención del maltrato, carencia de formación de los profesionales sobre la infancia y la detección de la violencia en esta etapa.

Desarrollo

Casos clínicos

Caso Nro. 1: Lactante masculino de 2 meses de edad con antecedentes de salud, que ingresa al mes de nacido por presentar un trauma facial derecho con equimosis y hematomas, producido (según los padres) con la mano al tratar de cogerlo cuando se le caía de sus manos. En la segunda ocasión llega a una institución de salud en cuadro de parada cardio-respiratoria, refiriendo sus padres que se había caído de sus brazos. Al examen físico presenta hematoma subgaleal y se diagnostica una fractura lineal de la bóveda craneal, evoluciona hacia una encefalopatía hipóxica con daño neurológico irreversible y después de una larga estadía hospitalaria con varias complicaciones infecciosas fallece por una sepsis generalizada.

La investigación aportó elementos de importancia relativos al domicilio, reportándose por los vecinos conflictos maritales frecuentes y al interrogar a los padres por separado brindan datos controvertidos de cómo se produjeron las lesiones del menor. Se identifican factores de riesgo de MI: edad y llanto prolongado en el niño, además de disfunción familiar y conflictos maritales frecuentes.

Después de realizar la necropsia médico legal se concluye como una muerte violenta debido a un traumatismo craneoencefálico con objeto contundente que provoca fractura de la bóveda craneal con daño neurológico irreversible, llegando directamente a la muerte por una sepsis generalizada. Se plantea el síndrome del niño maltratado y la forma de maltrato se clasifica dentro del tipo activo, crónico, agudizado.

Caso Nro. 2: Menor femenina de 2 años de edad con antecedentes de salud, que recibe atención médica, la primera ocasión por traumatismos en la cabeza y miembros inferiores debidos a una caída de la cama (según lo referido por la madre). En la segunda ocasión presenta herida en la cabeza que requiere sutura debido a otra caída de la cama (según lo referido por la madre). En la tercera ocasión se recibe en una institución de salud en cuadro de parada cardio-respiratoria de la cual no se recupera, refiriendo la madre y el padrastro que se cayó en el patio encima de unos palos mientras jugaba.

En la investigación los vecinos reportaron violencia intrafamiliar frecuente; al interrogar a la madre y padrastro no ofrecen una explicación coherente de cómo se produjeron las lesiones de la menor (porque el trauma descrito no explica la magnitud de las lesiones). Se identifican factores de riesgo de MI: llanto prolongado en la niña, bajo nivel escolar en la madre, núcleo

familiar con escaso soporte socio económico, existencia de padrastro y violencia intrafamiliar.

En la necropsia médico legal, se constatan en el exterior del cadáver múltiples signos de violencia de diferente mecanismo de producción y coloración variada localizadas en cabeza, tórax, regiones glútea, sacra y lumbosacra; en el examen del interior del cadáver se observan infiltrados hemorrágicos recientes en cuero cabelludo, tórax y región lumbosacra, múltiples focos de contusión en ambos pulmones y desgarros en el hígado, y hematoma retroperitoneal extenso con sangre libre en cavidad abdominal.

Se concluye como una muerte violenta debido a un traumatismo tóracoabdominal cerrado con objeto contundente, que provoca focos de contusión pulmonar y desgarros hepáticos con sangre libre en cavidad abdominal, llegando directamente a la muerte por una anemia aguda. Se plantea el síndrome del niño maltratado y la forma de maltrato al menor se clasifica dentro del tipo activo, crónico, agudizado.

Caso Nro. 3: Menor masculino de 2 años de edad con antecedentes de salud, que recibe atención médica la primera ocasión por presentar hematomas en el cuerpo; se ingresa para estudio y la madre se va de la institución de salud sin consentimiento médico llevándose al menor; una semana después es recibido fallecido en el mismo hospital.

En la investigación, los vecinos reportaron violencia intrafamiliar recurrente y al interrogar a la madre y padrastro por separado hay discrepancia en las versiones de cómo se produjeron las lesiones del menor. Se identifican factores de riesgo de MI: bajo nivel escolar en la madre, núcleo familiar con escaso soporte socioeconómico, problemas de la vivienda y la existencia de padrastro.

En la necropsia médico legal, en el examen del exterior, el cadáver presenta múltiples signos de violencia de diferentes mecanismos de producción y coloración variada, localizadas en cabeza, cuello, tórax, abdomen y genitales; en el interior del cadáver se observan infiltrados hemorrágicos de coloración variable en cuero cabelludo, desgarros hepáticos y renal, además sangre libre en la cavidad abdominal.

Se concluye como una muerte violenta debido a un traumatismo tóracoabdominal cerrado con objeto contundente que provocó desgarros hepáticos y renales, con la consiguiente salida de sangre a la cavidad abdominal, llegando directamente a la muerte por una anemia aguda. Se plantea el síndrome del niño maltratado y la forma de maltrato al menor se clasifica dentro del tipo activo, crónico, agudizado.

Discusión

Vargas Alvarado describe dos formas fundamentales de agresión al niño: activa o pasiva. La forma activa o de castigo físico es más frecuente y se caracteriza por la presencia en la víctima de contusiones de diferente cronología, que denotan agresiones en diferentes momentos, provocando en los menores daños a su integridad corporal. La forma activa puede tener una evolución aguda o crónica; en la primera, las lesiones se causan en un solo castigo, pero exagerado y en dependencia de la localización de las mismas pueden llevar al menor a la muerte. En la forma crónica, el menor va sufriendo un deterioro progresivo por castigo reiterado que también puede dar al traste con su vida si no es detectado a tiempo¹⁵.

Identificarlo constituye un desafío para los profesionales de la salud, porque la historia recogida puede ser inexacta o engañosa y los hallazgos al examen físico inespecíficos; por lo que los médicos deben ser adiestrados para incluir el MI en el diagnóstico diferencial y al estar frente un niño (con lesiones que afectan cualquier parte del cuerpo) sospechar la posibilidad del maltrato físico e indagar además por otras formas de expresión como el maltrato emocional, la negligencia o el abandono.

La bibliografía consultada plantea una serie de indicadores que han sido empleados como base para la elaboración de diferentes escalas (SPUTOVAMO, ESCAPE) que pudieran ser empleadas en la práctica clínica como método de screening en el Servicio de Urgencias para identificar el MI. ^(18,19) Dentro de estos indicadores tenemos: la demora injustificada en acudir a consulta, explicaciones múltiples, pobres o incoherentes sobre el mecanismo de producción o la naturaleza de las lesiones,

negativa familiar a la entrevista individual con el menor, escasa preocupación o interés por la salud del mismo, falta de cumplimiento en los tratamientos prescritos, dificultad en la expresión afectiva del menor, reacciones de miedo o rechazo (a regresar al hogar o el colegio, al contacto con un adulto).

El estudio realizado por Arrieta Vergara, Díaz Cárdenas y Ramos Martínez describe que al analizar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre MI en profesionales de la salud de Cartagena (Colombia), encontraron que más de la mitad de los sujetos (59,7 %) poseen un nivel deficiente de conocimiento y en la totalidad sus prácticas eran inadecuadas al momento de presentarse un caso de sospecha, al dejar de realizar las descripciones de las lesiones, las anotaciones respectivas en la historia clínica y no hacer los reportes del caso. Además, los profesionales eran conscientes de la necesidad de incrementar su preparación sobre la temática y reconocían el desconocimiento en la existencia de guías de manejo y los protocolos de atención de estos niños.⁽²⁰⁾

Para llegar al diagnóstico de MI se sugiere un exhaustivo y completo examen físico desde la cabeza hasta los pies, incluido los genitales. Las lesiones traumáticas son los elementos fundamentales que el médico debe reconocer para considerar en el diagnóstico la posibilidad de maltrato físico, debiendo tenerse presente que éstas pueden ser recientes o tardías (rasguños, huellas de instrumentos, quemaduras en evolución), pues es frecuente que los padres o agresores acudan a consulta horas o días después de ocurrido el hecho, por temor a ser descubiertos. A criterio de Mouesca JP(2016), también debe pensarse en MI dentro del diagnóstico diferencial ante síntomas o signos inexplicables y repetidos o cuadros que no se expliquen completamente por una enfermedad pues las somatizaciones pueden ser la forma de expresión de una situación que los niños no pueden resolver y que termina afectando su cuerpo.⁽²¹⁾

Conclusiones

El presente estudio muestra detalles de algunas de las circunstancias en las que se produce el MI, pues en los casos presentados los menores eran víctimas de violencia intrafamiliar de manera recurrente, teniendo todos como forma de expresión el maltrato físico y recibieron atención médica por lesiones traumáticas en diferentes partes del cuerpo (que se interpretaron como accidentales), sin que se diagnosticara el MI del que eran víctima y la repetición los llevó a fallecer en posteriores sucesos similares.

Lo que a criterio de los autores (desde la experiencia profesional y como profesores de la asignatura Medicina Legal y Ética Médica) plantea la necesidad de reforzar el tema de MI en los planes de estudio de pregrado y postgrado, sobre todo aquellas especialidades que atienden a niños y adolescentes, con vistas a formar profesionales con conocimientos y habilidades necesarias para que en el momento inicial, puedan ser capaces de detectar aquellos signos y/o síntomas de sospecha o certeza de maltrato, distinguir entre una lesión accidental y una lesión intencional y posterior al diagnóstico notificarlo, para lograr la intervención adecuada que permita evitar las secuelas y mortalidad por esta causa.

Referencias bibliográficas:

- 1- Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. www.who.int. 2022 [citado 7 Nov 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/child-maltreatment>
- 2- Andérez Catalán, S. Epidemiología del maltrato infantil y su manejo en el Servicio de Urgencias. 2023 [citado 6 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://addi.ehu.es/handle/10810/62491>
- 3- Largo Nadador, N. Consecuencias del maltrato infantil intrafamiliar en el desarrollo de la víctima. 2023 [citado 6 de marzo de 2024] Disponible en: <https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/56477>
- 4- Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. Ginebra [Internet]. 2020 [citado 15 octubre 2021]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/child-maltreatment>
- 5- Naciones Unidas. La mitad de los niños sufren algún tipo de maltrato físico sexual o psicológico cada año. Naciones Unidas. 2020 Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2020/06/1476222>

- 6- Lacea. Alertas para detectar y prevenir el maltrato infantil. 2020 Disponible en: https://vox.la-acea.org/?q=blog/prevenir_maltrato_infantil#:~:text=El%20maltrato%20infantil%20en%20cifras,de%20alg%C3%BAn%20tipo%20maltrato%20infantil.
- 7- Ulloa CO, Hernández CL, Páez OR, et al. Comportamiento del maltrato infantil en niños con discapacidad intelectual. salud ciencia tec. 2022 [citado 6 de marzo de 2024]; 2(1) Disponible en: <https://www.medigrafix.com/cgibin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=109116>
- 8- Asamblea Nacional del Poder Popular (Cuba). Código de las Familias. Ley N° 156 - 2022. Gaceta Oficial de 17 de agosto de 2022.
- 9- Asamblea Nacional del Poder Popular (Cuba). Código Penal. Ley 151/2022. Gaceta Oficial de 1ero de septiembre de 2022.
- 10- Alonso Gutiérrez, G.M, González Caballero, R., Martínez Gómez, C., Ruiz Betancourt, Y., Pérez Laffitte, M., & Vega Fernández, D. Manifestaciones del maltrato infantil, repercusión social y vías para su prevención. MediCiego. 2017; 23(1), 63-71. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/671>
- 11- Austin AE, Lesak AM, Shanahan ME. Risk and protective factors for child maltreatment: A review. Curr Epidemiol Rep Internet]. 2020 [citado 27 octubre 2021]; 7(4): 334-342. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8205446/>
- 12- World Health Organization. European report on preventing child maltreatment [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [citado 27 octubre 2021]. Disponible en: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/217018/European-Report-on-Preventing-Child-Maltreatment.pdf?ua=1
- 13- Mouesca JP. Prevención del maltrato infantil: función del pediatra. 1ra parte: Aspectos generales, evidencia, factores de riesgo, factores protectores y desencadenantes. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2015 [citado 27 octubre 2021]; 113(6): 558-567. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivo-sarg/2015/v113n6a13.pdf>
- 14- Mulder TM, Kuiper KC, Van der Put CE, Stams GJM, Assink M. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. Child Abuse Negl [Internet]. 2018 [citado 27 octubre 2021]; 77: 198–210. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0145213418300164?via%3Dihub>
- 15- Vargas A E. Medicina Legal. 3ra ed. México: Trillas; 2010.
- 16- Salud Castilla y León. Protocolo sanitario de actuación ante la sospecha de maltrato intrafamiliar en la infancia y adolescencia: Gerencia Regional de Salud. [Internet]. 2021 [citado 12 abril 2022]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-consejeriasanidad/buscador/protocolo-sanitario-actuacion-sospecha-maltrato-intrafamili.4>
- 17- Pau-Charles I, Darwich-Soliva E, Grimalt R. Signos cutáneos del maltrato infantil. Actas Dermosifogr [Internet]. 2012 [citado 12 abril 2022]; 103(2): 94-99. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001731011002754>
- 18- McTavish JR, Gonzalez A, Santesso N, MacGregor JCD, McKee C, MacMillan HL. Identifying children exposed to maltreatment: a systematic review update. BMC Pediatr [Internet]. 2020 [citado 12 abril 2022]; 20(1): 113. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7060650/>
- 19- Hoedeman F, Puiman PJ, Smits AW, Dekker MI, Diderich-Lolkes de Beer H, Laribi S, et al. Recognition of child maltreatment in emergency departments in Europe: Should we do better? PLoS One [Internet]. 2021 [citado 12 abril 2022]; 16(2): e0246361. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7864669/>
- 20- Arrieta Vergara K, Díaz Cárdenas S, & Ramos Martínez K. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre maltrato infantil en odontólogos de Cartagena (Colombia). Salud Barranquilla. [Internet]. 2017; 33(2): 129-138. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522017000200129&lng=en

- 21- Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. 2014. Disponible en: <http://WWW.Who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>.