

## Original

# Prevalencia de maltrato infantil en el Servicio de Pediatría del Hospital San José, 2010-2013

Helen Preciado Barrera<sup>a</sup>, Laura Camila Lozano<sup>b</sup>, Jennifer Andrea Gutiérrez<sup>b</sup>, Mayra Tierradentro<sup>b</sup> y Carlos Alberto Castro<sup>c,\*</sup>

<sup>a</sup>MD, Pediatra, Hospital de San José; Instructora asociada, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Bogotá, D.C., Colombia

<sup>b</sup>Estudiante de Medicina, FUCS, Semillero de investigación materno-fetal, Bogotá, D.C., Colombia

<sup>c</sup>MD, MSc, Epidemiólogo; Profesor asistente, FUCS, Bogotá, D.C., Colombia

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 3 de noviembre de 2014

Aceptado el 1 de diciembre de 2014

Palabras clave:

Maltrato infantil

Disfunción familiar

Factores de riesgo

Prevalencia

## RESUMEN

**Antecedentes:** El maltrato infantil ha existido desde tiempos remotos, y solo a partir de la Declaración de los Derechos del Niño en 1959, se consideró como un delito. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 25 a 50% de los niños refieren maltrato físico. En Colombia, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) reportó 16.457 niños maltratados de 2012 a 2013, con un aumento de 52% para el periodo comprendido entre enero y abril del 2014.

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de maltrato infantil de pacientes que consultaron al Servicio de Pediatría del Hospital San José de marzo de 2010 a febrero de 2013.

**Métodos:** Se hizo un estudio descriptivo de corte trasversal de pacientes que ingresaron al servicio de urgencias pediátricas del Hospital San José de marzo de 2010 a febrero de 2013, y que fueron remitidos a interconsulta con el área de trabajo social, por sospecha de maltrato infantil o situación de riesgo social, como resultado del examen físico y la anamnesis.

**Resultados:** Se estudiaron 110 pacientes con diagnóstico confirmado de maltrato infantil, con una prevalencia de 0,25%. El 50% de las situaciones de riesgo fueron confirmadas por el área de trabajo social. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre disfunción familiar y separación prolongada de la madre, o enfermedad mental del cuidador o padre, y el antecedente de maltrato infantil ( $p < 0,005$ ).

**Conclusión:** La frecuencia de maltrato infantil en el Hospital San José en el periodo de tiempo mencionado, fue de 0,25%. Se encontró la disfunción familiar como el principal factor de riesgo asociado a los casos confirmados de maltrato. Existe un subregistro en la notificación de casos, por falta de sospecha o por considerar algunas situaciones secundarias a otros diagnósticos, lo que resalta la importancia de implantar políticas de salud encaminadas a la prevención de esta entidad y su detección precoz.

© 2014 Revista Pediatría EU. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cacastro@fucsalud.edu.co](mailto:cacastro@fucsalud.edu.co) (C.A. Castro).

## Prevalence of child abuse seen in the Pediatric Department of San José Hospital, 2010-2013

### A B S T R A C T

**Keywords:**

Child abuse  
Family dysfunction  
Risk factors  
Prevalence

**Background:** Child abuse has existed since ancient times, and only after the Declaration of the Rights of the Child in 1959, was it considered a crime. According to the World Health Organization (WHO) in 25%-50% of children referred to physical abuse. In Colombia. The Colombian Family Welfare Institute (ICBF) reported 16,457 abused children in 2012-2013, with an increase of 52% for the period between January and April 2014.

**Objective:** To determine the frequency of child abuse patients admitted to the Pediatric Department of the Hospital San José from March 2010 to February 2013.

**Methods:** A descriptive study of a cross section of patients admitted to the pediatric emergency department of the Hospital San José from March 2010 to February 2013, who were referred to the Social Work Area, with suspected child abuse or a situation that became social risk as a result of anamnesis and physical examination.

**Results:** There were 110 patients with a confirmed diagnosis of child abuse, with a prevalence of 0.25%. The Social Work Area confirmed 50% of the risk situations. Statistically significant association was found between family dysfunction and prolonged separation from the mother, or mental illness of caregiver or parent, and a history of child abuse ( $P<.005$ ).

**Conclusion:** The frequency of child abuse in the San José Hospital in the period mentioned, was 0.25%. Family dysfunction was found to be the main risk factor associated with confirmed cases of abuse. There is under-reporting of cases, due to lack of suspicion or to considering some situations secondary to other diagnoses. This highlights the importance of implementing health policies aimed at the prevention of this condition and its early detection.

© 2014 Revista Pediatría EU. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons CC BY-NC-ND Licence (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

## Introducción

El maltrato infantil es una condición de alta prevalencia en el mundo, que ha existido desde tiempos remotos y que solo a partir de la Declaración de los Derechos del Niño en 1959 se consideró como un delito con profundas repercusiones físicas y psicológicas<sup>1</sup>. Sin embargo, a pesar de ser reconocida como una práctica ilegal, se subestima la cifra real del total de casos a nivel mundial, en parte, porque las secuelas de maltrato son clasificadas como accidentales o porque el personal responsable de diagnosticarlo no lo sospecha.

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente, 20% de las mujeres y de 5 a 10% de los hombres, manifiestan haber sufrido abusos sexuales en la infancia, mientras que 25 a 50% de los niños de ambos sexos refieren maltrato físico<sup>2</sup>. En Colombia, según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), de enero de 2012 a enero de 2013, las hospitalizaciones por maltrato alcanzaron los 16,457 niños con aumento del 52% con respecto a las reportadas por medicina legal en la última década<sup>3</sup>. Por lo tanto, es necesario fomentar en la comunidad hospitalaria el interés por reconocer, notificar y llevar un registro serio de los casos que acuden a los servicios de salud y hacen parte del grupo de pacientes víctima de violencia infantil, para caracterizarlos y, de esta forma, empezar a llenar los vacíos que aún existen en cuanto a identificación, diagnóstico y definición de una conducta protocolaria o universal para su manejo<sup>4</sup>.

Siendo esta entidad una de las causas de discapacidad en la población menor de edad y potencialmente prevenible, es de suma importancia que los profesionales de la salud estén en la capacidad de hacer una completa identificación y notificar los casos de maltrato. En el presente estudio, se determinó la prevalencia de maltrato infantil de niños que consultaron al Servicio de Urgencias del Hospital de San José.

## Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte trasversal, cuya población fueron los pacientes que ingresaron al Servicio de Urgencias Pediátricas y que fueron remitidos a consulta por trabajo social por sospecha de maltrato infantil o situación de riesgo social, como resultado del examen físico y la anamnesis.

Una vez el paciente ingresó a la evaluación por parte del área de trabajo social, se estudió su contexto ambiental, familiar y social para confirmar la impresión diagnóstica de maltrato. Esta información fue recolectada a partir de las historias clínicas de pediatría y de trabajo social, la cual se registró en una base de datos en Excel®, para su posterior análisis. Se midieron las variables demográficas y las relacionadas con los factores de riesgo de maltrato, entre las que se encontraban composición del núcleo familiar y antecedentes clínicos.

Para el análisis de la información, se determinó la distribución de los datos. Las variables cualitativas fueron presentadas con frecuencias absolutas y relativas, y las cuantitativas, con medidas de tendencia central y de dispersión. Se exploró la relación entre variables categóricas utilizando la prueba de Fisher, teniendo en cuenta como significancia estadística un valor de  $p < 0,05$ .

Este trabajo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud- Hospital de San José.

## Resultados

Se analizaron 110 pacientes con diagnóstico confirmado de maltrato infantil, entre marzo de 2010 y febrero de 2013, para una prevalencia de 0,25% de las consultas en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital de San José. Se encontró que 50% de las situaciones de riesgo social que sugerían maltrato en algunos de sus tipos, fueron confirmados por trabajo social. Hubo 56 (50,9%) niñas y 54 (49,1%) niños, con una mediana de edad de tres años (rango intercuartílico [RIQ]: 1,4-9). Las características generales de la población se presentan en la tabla 1.

En los antecedentes clínicos relacionados con factores de riesgo para maltrato infantil, se encontró que: un paciente (0,9%) tenía defectos congénitos y 19 (17,5%) tenían antecedentes previos de maltrato infantil; hubo 3 (2,8%) niños con alteraciones del desarrollo psicomotor, 7 (6,4%) tenían diagnóstico clínico confirmado de desnutrición, 5 (4,5%) presen-

taban enfermedades de base que generaban discapacidad, y 8 (7,3%) tenían antecedentes de enfermedad crónica.

Según la información suministrada por los acudientes o testigos de los hechos que despertaron la sospecha de maltrato, en 36 casos (31,8%) el maltratador era desconocido, y en 9 casos (8%) no se registró la edad del victimario.

La mediana de la edad del maltratador fue de 28,8 años (RIQ: 22-34,5) y se hallaron 3 (3,1%) casos en los cuales el maltrato fue infligido por un menor de edad. De los maltratadores, 36 (37,1%) no tenían empleo en el momento de los hechos que motivaron la consulta a urgencias.

Con respecto a los factores extrínsecos a la víctima que se reportan en la literatura científica, se encontró: 32 (29,3%) casos con padre o madre solteros; 20 (18,1%) con padrastro o madrastra en el círculo familiar; 31 (28,9%) con separación prolongada de la madre, o sea, su ausencia en el núcleo familiar, temporal o definitiva, por más de 18 horas al día; 5 (4,5%) con padre o cuidador con enfermedad mental; y 46 casos (42,2%) con disfunción familiar, o sea, cualquier falla en los aspectos básicos de la familia (económico, social, educativo, afectivo y reproductivo) que afectara a alguno de sus miembros. En la figura 1 se muestra la frecuencia de los factores de riesgo asociados a maltrato infantil.

No hubo asociación estadística significativa entre los antecedentes de maltrato previo y la presencia de madre o padre solteros ( $p = 0,58$ ); sin embargo, de los 18 casos con antecedentes de maltrato, 6 (33%) tenían padre o madre solteros. De 45 pacientes con disfunción familiar, 2 presentaban discapacidad ( $p = 0,65$ ), y de 45 con disfunción familiar, ninguno tenía defectos congénitos documentados ( $p = 0,57$ ). En la tabla 2 se muestran las asociaciones estadísticamente significativas con factores de riesgo. La disfunción familiar se distribuyó por estrato socioeconómico, así: 3 (60%) pacientes de estrato 1, 13 (39,3%) de estrato 2, y 8 (47%) de estrato 3.

**Tabla 1 – Características generales de la población**

	n (%)
<b>Sexo</b>	
Femenino	56 (50,9)
Masculino	54 (49,9)
<b>Edad en años - Mediana (RIQ)*</b>	3 (1,4-9)
<b>Estrato socioeconómico</b>	
Uno	5 (8,7)
Dos	35 (61,4)
Tres	14 (29,8)
<b>Localidad</b>	
Usaquén	1 (1,4)
Santa Fe	1 (1,4)
San Cristóbal	7 (10,1)
Usme	3 (4,3)
Tunjuelito	4 (5,8)
Bosa	7 (10,1)
Kennedy	16 (23,1)
Engativá	2 (2,9)
Suba	3 (4,3)
Los Mártires	15 (21,7)
Antonio Nariño	1 (1,4)
Puente Aranda	2 (2,9)
Candelaria	2 (2,9)
Rafael Uribe Uribe	3 (4,3)
Fuera de Bogotá	2 (2,9)

\*Rango intercuartílico.

## Discusión

El maltrato infantil es un problema grave y frecuente en todo el mundo, tanto en países desarrollados como en desarrollo, y es una situación que se repite constantemente en Colombia. Sin embargo, la regional de occidente (Caldas, Risaralda, Quindío y Cartago) del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, reportó un análisis comparativo de cifras entre 2011 y 2012, evidenciándose una reducción de 20%<sup>5</sup>.

A pesar de ser un asunto preocupante en nuestro país, no hay registros hospitalarios recientes que refieran su prevalencia a nivel nacional. En un estudio del Hospital de La Misericordia en 1997, se encontró una prevalencia de maltrato infantil de 1%<sup>1</sup>. Según el ICBF, entre 2012 y 2013, del total nacional de 12.921.797 menores de 14 años, hubo 16.457 niños maltratados y una cuarta parte de esos abusos se registraron en Bogotá; además, entre enero y abril del 2014, el número de víctimas de abuso aumentó en 52%<sup>6</sup>.

La prevalencia de maltrato infantil encontrada en el presente estudio fue de 0,25%, la cual contrasta con la de estudios anteriores, probablemente por diferencias entre las poblaciones y sus sitios de origen. La carencia de estadísticas sobre esta entidad, revela el subregistro y la falta de un sistema de

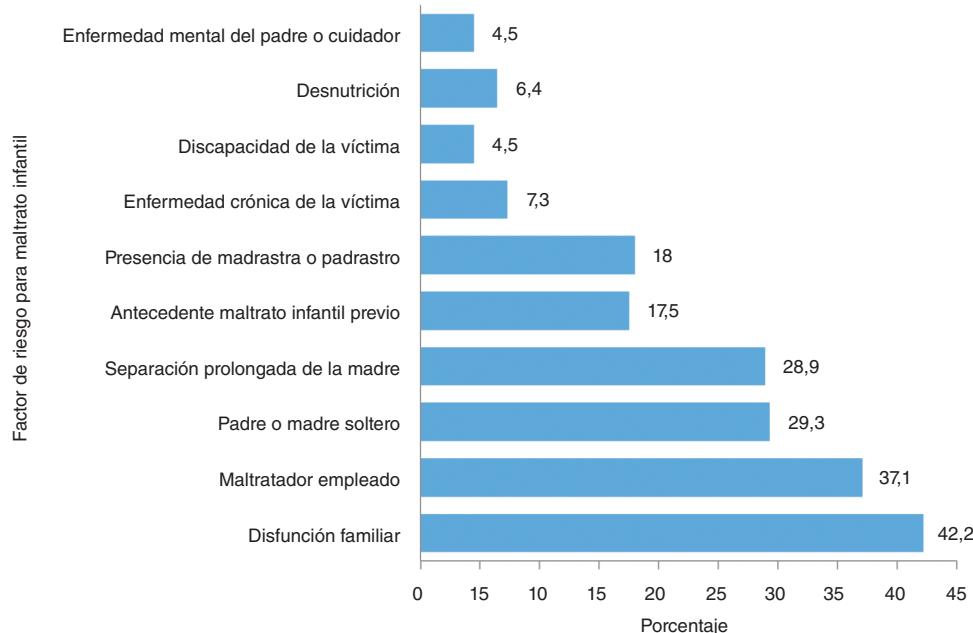


Figura 1 – Frecuencia de factores de riesgo asociados a maltrato infantil.

notificación por parte de los profesionales que tienen contacto con este flagelo que afecta la población infantil en nuestro medio<sup>7</sup>.

Se encontró que la mediana de edad fue de 3 años para los casos confirmados, anotando que en el Servicio de Pediatría de esta institución se manejan pacientes hasta los 14,6 años. Esto concuerda con lo encontrado en otros estudios, como el del Hospital Universitario San José de Popayán, también en menores de 14 años, donde el intervalo de edad más frecuente fue de 0 a 2 años, lo cual evidencia que los más afectados son los menores de tres años<sup>8</sup>.

Las localidades con mayor frecuencia de maltrato infantil fueron Kennedy, Los Mártires, San Cristóbal y Bosa, lo cual concuerda con los datos de la Secretaría Distrital de Gobierno de Bogotá, donde reportan que las localidades más afectadas fueron Ciudad Bolívar, Bosa, San Cristóbal, Kennedy y Suba, a pesar de que existe un sesgo de selección por la cercanía de las localidades al Hospital de San José y por la contratación con las entidades promotoras de salud<sup>9</sup>.

El estrato socioeconómico 2 fue en el que se encontró mayor número de casos confirmados de maltrato, teniendo en cuenta que, según la clasificación de las viviendas o predios del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), los 1, 2 y 3 corresponden a estratos bajos<sup>10</sup>; esto concuerda con lo observado en la literatura científica mundial, que el maltrato infantil podría ser más frecuente en la población con menos recursos económicos y más vulnerable desde el punto de vista social. Sin embargo, no se puede concluir que pertenecer a un estrato socioeconómico bajo sea un factor de riesgo.

Uno de los problemas más frecuentes, es la falta de notificación de eventos y la caracterización de variables por parte del equipo de salud, que se consideran factores de riesgo en las publicaciones. Esta caracterización permitiría un mejor

Tabla 2 – Factores de riesgo asociados a maltrato infantil, según disfunción familiar

Factor de riesgo	Disfunción familiar n (%)		p*
	Sí	No	
<i>Antecedentes de maltrato de la víctima</i>			
Sí	13 (28,8)	5 (8,2)	0,004
No	31 (69)	56 (91,8)	
<i>Separación prolongada de la madre</i>			
Sí	23 (74,1)	8 (25,8)	0,000
No	21 (28,3)	53 (71,6)	
<i>Enfermedad mental en el padre o cuidador</i>			
Sí	5 (11,1)	0 (0)	0,01
No	40 (89)	61 (100)	

\*Test de Fisher.

abordaje de la víctima, además de una reducción en los errores de diagnóstico, evitando una mala orientación del tratamiento y ayudando a su prevención en la población pediátrica.

Según la OMS, los factores de riesgo más frecuentemente asociados a maltrato infantil son: fallas en el vínculo afectivo entre padres e hijo, separación prolongada de los padres del núcleo familiar, antecedentes personales de maltrato infantil en los padres, consumo de alcohol o drogas por parte de los padres, nivel socioeconómico bajo, embarazos no deseados, alteraciones congénitas en el niño, grupo etario de la víctima (menores de cuatro años y adolescentes), problemas físicos o mentales en algún miembro de la familia, disfunción o violencia intrafamiliar, aislamiento de la comunidad o falta de red de apoyo. Sin embargo, no se registran investigaciones que

analicen en orden de frecuencia estos factores o situaciones de riesgo, en determinada población.

En este trabajo se encontró que los factores de riesgo fueron: disfunción familiar, desempleo en el maltratador, presencia de padre o madre solteros, separación prolongada de la madre, existencia de padrastro o madrastra en el núcleo familiar y antecedente en la víctima de maltrato previo; por el contrario, las variables menos comunes fueron enfermedad crónica, desnutrición y discapacidad de la víctima, y enfermedad mental del padre o cuidador (tabla 1).

Estos hallazgos señalan la disfunción familiar como el factor más frecuente en los casos confirmados de maltrato y muestran su importancia creciente en nuestro medio, la cual se relaciona con la existencia de padre o madre solteros y ausencia prolongada de la madre del núcleo familiar. Asimismo, se ha observado que la frecuencia de hogares con madres solteras cabeza de familia va en aumento en nuestro país; hasta 34% de los menores de 15 años viven solo con la madre<sup>11</sup>. Este estudio fortalece la necesidad, no solo de generar campañas para detectar violencia intrafamiliar, sino de conservar y favorecer el núcleo familiar como parte de una estrategia de prevención para cualquier tipo de violencia; además, motiva a que las políticas gubernamentales en torno al maltrato sean gestionadas y ejecutadas, partiendo de la realidad revelada en los estudios.

Se observó una asociación estadísticamente significativa entre las variables disfunción familiar y antecedente de maltrato previo en la víctima, en la población estudiada, lo cual confirma lo observado en otros estudios referentes a las secuelas y consecuencias que dejan experiencias adversas de abuso en la infancia, donde se destacan fallas en las relaciones interpersonales, intentos de suicidio y trastornos de conducta o autoestima<sup>11</sup>, situaciones todas que pueden conducir a disfunción familiar y, eventualmente, a perpetuarla.

En esta investigación también se confirmó la relación entre disfunción familiar y separación prolongada de la madre, hallazgo que señala una vez más la importancia de la madre en la composición del núcleo familiar y en la optimización de las relaciones dentro de la familia. Cabe anotar que las causas de dicha separación son múltiples y que, en la mayoría de los casos, posiblemente se deba a la necesidad de contribuir a la economía familiar saliendo a trabajar, lo que sucede también en estratos altos, o incluso, a la violencia intrafamiliar que obliga a la mujer a alejarse o separarse del hogar. Estas circunstancias confirman el círculo vicioso y la íntima relación entre estos dos factores.

Lo anterior coincide con teorías de varios autores que proponen que la separación de la madre altera el vínculo afectivo con el niño o apego, una de las vías que indefectiblemente termina en una o más formas de maltrato: negligencia o abuso físico, entre otras<sup>12</sup>. Algunos investigadores han sugerido que esta situación también genera, en el niño, agresividad, trastornos de conducta y hasta un incremento en el consumo de sustancias psicoactivas<sup>13</sup>.

Otra asociación estadística significativa fue la relación entre disfunción familiar y enfermedad mental en un miembro de la familia o el cuidador. Estos aspectos están íntimamente relacionados, ya que la enfermedad mental genera alteraciones en las relaciones intrafamiliares y, por el con-

trario, la disfunción familiar puede favorecer la aparición de trastornos mentales o de conducta en cualquier miembro de la familia. Este problema es mayor cuando la persona afectada es el cuidador del niño y, por su perfil, según varios autores, puede mostrar rechazo verbal o no verbal y desinterés hacia el menor, infringir castigos no coherentes y transmitir desvalorización continua, lo que posibilita varios tipos de maltrato<sup>14</sup>; todo esto dificulta la relación o interacción del menor dentro de la familia y con otros niños o individuos.

## Conclusión

Se puede afirmar que el maltrato infantil sigue siendo muy frecuente en nuestro país y aunque se desconoce su prevalencia total nacional, sí se puede asegurar que los casos se presentan continuamente en entidades prestas al manejo de la población infantil. Si bien se presentan de forma constante, aún hay subregistro y déficit en su notificación, por falta de sospecha o por considerar algunas de las situaciones secundarias a otros diagnósticos.

Por ello, se deben implantar políticas de salud encaminadas a su prevención, con el fortalecimiento del registro completo de la historia clínica para la detección precoz, así como con charlas y reuniones educativas que enfaticen en el fortalecimiento del núcleo familiar estructurado, mediante educación de los padres sobre pautas de crianza, cuidado del menor, necesidades y derechos del niño, siempre con el apoyo de equipos multidisciplinarios, especialmente cuando se carece de recursos para el desarrollo normal del infante.

## Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Financiación

Este estudio fue financiado por la convocatoria interna de semilleros de investigación de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

## B I B L I O G R A FÍA

1. Sierra P. El médico no puede ver al niño sólo desde el punto de vista orgánico, para no omitir el diagnóstico del síndrome del niño maltratado. Bogotá, Colombia; 2008 [consultado Abr 2014]. Disponible en: [http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/pediatría/vp-334/pediatría\\_el\\_medico](http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/pediatría/vp-334/pediatría_el_medico)
2. OMS. Maltrato infantil 2014 [consultado Ago 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
3. Noticias HS. Alarmantes cifras de maltrato infantil en Colombia. Colombia, 2013 [consultado Ene 2014]. Disponible en: <http://www.hsbnoticias.com/vernoticia.asp?WPLACA=39373>
4. CEPAL-UNICEF, editores. Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. Santiago de Chile. UNICEF C-; 2009.
5. Maltrato infantil en la Regional Occidente. Caldas, Quindío y Risaralda. Manizalez-Caldas. Instituto Nacional de Medicina

- Legal y Ciencias Forenses, Colombia; 2013 [consultado May 2014]. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/31383/2-boletnepidemiologicoviolenciaenniosniasyadolescentes2011-2012occidente.pdf/f50cd9d3-7e70-4c37-8753-481b45924f19?version=1.0>
6. ICBF. Maltrato infantil, Colombia, 2013 [consultado Jul 2014]. Disponible en: [www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/Prensa1/ColombiaSinMaltatoInfantil\\_180313.pdf&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co&client=firefox-a](http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/Descargas1/Prensa1/ColombiaSinMaltatoInfantil_180313.pdf&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co&client=firefox-a)
  7. Muñoz D. El maltrato infantil: un problema de salud pública. Rev. Fac. Cienc. Salud Univ. Cauca. 2006;8:1-9.
  8. Sarmiento G, Muñoz I, Ordóñez C. Perfil epidemiológico de los casos de maltrato infantil detectados en el Hospital Universitario San José durante el año 2008. Rev. Fac. Cienc. Salud Univ. Cauca. 2009;11:14-8.
  9. El Espectador. 2011. 72% de bogotanas han sido agredidas verbalmente por su pareja [consultado Jun 2014]. Disponible en: <http://www.elespectador.com/noticias/bogota/72-de-bogotanas-han-sido-agredidas-verbalmente-su-parej-articulo-295852>
  10. DANE. Información territorial 2014 [consultado Oct 2014]. Disponible en: <http://www.dane.gov.co/index.php/es/planificacion-estadistica/planes-estadisticos>
  11. Ramiro LS, Madrid BJ, Brown DW. Adverse childhood experiences (ACE) and health-risk behaviors among adults in a developing country setting. Child Abuse Negl. 2010;34:842-55.
  12. Ammerman R, Van Hasselt V, Hersen M. Maltrato con niños con discapacidades 2014 [consultado Ago 2014]. Disponible en: <http://www.asapmi.org.ar/publicaciones/articulos/articulo.asp?id=20>
  13. Martínez G. El maltrato infantil: mecanismos subyacentes. Av.psicol.latinoam. 2008;26:171-9.
  14. Andalucía JD. Tipología del maltrato infantil, indicadores y niveles de gravedad, España, 2014 [consultado Jul 2014]. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Infancia\\_Familia\\_archivos\\_TiposMaltrato.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Infancia_Familia_archivos_TiposMaltrato.pdf)